

« La médecine des vaccins n'est pas scientifique »

Entretien avec le Dr Michel de Lorgeril (CNRS)

Le 22/08/2022 par Laurent Mucchielli

La médecine actuelle des vaccins relève-t-elle davantage de l'idéologie que de la recherche scientifique? C'est le point de vue du docteur Michel de Lorgeril, ex-chercheur au CNRS. Il discute en détail la question de l'efficacité comme celle de la toxicité des vaccins au regard des méthodes utilisées dans la recherche industrielle. Il revient également sur la question de l'influence délétère des politiques et des médias dans l'imposition de ce dogme.

<https://qq.media/blog/laurent-mucchielli/la-medecine-des-vaccins-est-pas-scientifique-entretien-avec-michel-de-lorgeril/>

Dans cet entretien approfondi, le Dr Michel de Lorgeril (CNRS) explique pourquoi et en quoi la médecine actuelle des vaccins relève davantage de l'idéologie (on affirme un dogme de façon intangible) que de la recherche scientifique (où l'on doit administrer en toute transparence la preuve de ses affirmations). Il discute en détail la question de l'efficacité comme celle de la toxicité des vaccins au regard des méthodes utilisées dans l'industrie. Il montre notamment l'importance de la méthode (souvent mal comprise) de l'essai randomisé en double aveugle ainsi que de la notion de « concordance épidémique » pour vérifier historiquement le postulat de l'éradication de certaines maladies grâce aux campagnes de vaccination de masse. Il revient également sur la question de l'influence délétère des politiques et des médias dans l'imposition de ce dogme. Entretien avec Laurent Mucchielli

1) Michel de Lorgeril bonjour, pouvez-vous vous présenter pour nos lecteurs ? Vous êtes médecin mais aussi chercheur au CNRS. Quel a été votre parcours professionnel ? Et comment en êtes-vous venu à vous intéresser d'aussi près aux vaccins ?

En résumé, j'ai passé le concours de 1^{ère} année de médecine au CHU Saint-Antoine à Paris. A la fin de mes études, ma thèse de médecine portait sur un essai clinique randomisé en double aveugle dans la pancréatite aiguë (1976). Ce fut ma première étape de la compréhension de la médecine scientifique. J'ai ensuite immigré en Suisse puis au Canada où j'ai passé des diplômes de cardiologie. Puis je suis revenu en France (INSERM, Lyon) sur invitation pour mettre en place et conduire un essai randomisé en aveugle dans la prévention nutritionnelle des complications cardiovasculaires (1986-1999). C'est une période de grande créativité avec notamment la définition de deux concepts majeurs en épidémiologie cardiovasculaire : le « French paradox » (*pourquoi les Français meurent moins d'infarctus que les Anglais ou les Américains alors qu'ils ont apparemment les mêmes comportements à risque ?*) et la « Mediterranean diet » (*concept majeur en prévention cardiovasculaire : les méditerranéens – Italiens, Grecs, Espagnols, par exemple – sont relativement protégés contre les maladies cardiovasculaires grâce à leur modèle alimentaire. Nous avons démontré que l'adoption de ce modèle par des populations non méditerranéennes à haut risque pouvait diminuer le risque de d'environ 70%. Ces évidences ne sont plus contestées aujourd'hui*). Ces concepts donnent lieu à des milliers de citations (nos principaux articles sont parmi les plus cités par les scientifiques dans les sciences de la vie et en médecine) me font reconnaître au niveau international mais suscitent une grande hostilité au niveau de la direction générale de l'INSERM. Je suis finalement recruté par le CNRS en 1990 (deux fois premier classé) dans deux sections de physiologie du département des Sciences de la Vie. Curieusement, ces sections ont été rapidement dissoutes par la direction du CNRS, témoignage d'une inquiétante incompréhension des sciences de la vie.

Je crée en outre, *ex nihilo*, un laboratoire de cardiologie expérimentale à l'INSERM de Lyon (1986-1998) qui me sera confisqué après 12 années d'une extraordinaire activité (des dizaines de publications) par le directeur général de l'INSERM de l'époque (sans commentaire...).

Après diverses péripéties administratives, j'ai finalement atterri à Grenoble dans une unité CNRS (en 2000) qui a bien voulu m'héberger. J'avais mon salaire mais aucun budget pour conduire de recherches. J'ai toutefois obtenu, et contre toute attente de la part de l'institution, de nombreux contrats de recherche (6 avec la

Communauté Européenne, notamment) qui me permettent de conduire mes recherches confortablement (indépendamment de toute institution) et de produire de magnifiques résultats dans les domaines « cœur et nutrition », publiés via une multitude d'articles scientifiques (en anglais) et mis à la disposition du grand public par des nombreux livres en français. J'ai ainsi pu développer de nouveaux concepts concernant, par exemple, l'innocence du cholestérol, la toxicité des médicaments anticholestérol ou l'importance des polyphénols dans les maladies cardiovasculaires.

Pour terminer ma réponse, vous me demandez pourquoi finalement cet intérêt pour les maladies infectieuses et, en conséquence, les vaccins ? Pendant très longtemps (jusque dans les années 1980 en Europe et en Amérique du Nord), beaucoup de maladies cardiovasculaires avaient une origine infectieuse et tout bon cardiologue devait connaître ces pathologies : streptocoques variés, complications valvulaires cardiaques du rhumatisme articulaire aigu (RAA), maladie d'Osler, cardiomyopathies variées... Comme scientifique et clinicien ayant travaillé dans trois pays différents, j'avais l'obligation d'une certaine expertise dans ces domaines désormais inconnus des cardiologues conventionnels. Enfin, concernant les vaccins spécifiquement, c'est la *loi d'obligation vaccinale pour les nourrissons du 30 décembre 2017* (et en réponse à des associations et des familles qui me demandaient un avis scientifique) qui m'a poussé à investiguer ces questions. C'était donc au départ pour rendre service et tenter de comprendre. J'ai alors découvert l'ampleur du désastre et j'ai cru indispensable de donner l'alerte. D'où les *9 livres sur les vaccins publiés à ce jour*. En attendant le numéro 10, déjà écrit et en préparation chez mon éditeur. Ce sera une sorte de synthèse des livres précédents.

2) Les vaccins ont pris progressivement une place centrale dans la médecine industrielle moderne, comment expliquez-vous ce fait ?

L'engouement des industriels pour les vaccins est en réalité assez récent, car les profits espérés étaient jusqu'alors faibles par rapport aux médicaments. C'est seulement au début du 21^{ème} siècle et du fait de la crise d'innovation dans l'industrie des médicaments que cette dernière s'est tournée vers les vaccins. Cela s'est accompagné (et même a été précédé) de progrès importants en immunologie, dans l'immunothérapie (par exemple, les techniques des anticorps monoclonaux) et dans la « manipulation » génétique. Ces technologies offraient des perspectives nouvelles à la médecine des vaccins. D'abord, cette évolution a été freinée par des considérations éthiques et en vertu du principe de précaution, mais ce n'était qu'une apparence comme l'ont révélé les manipulations secrètes en laboratoire des coronavirus, au nez et à la barbe de comités d'éthique impuissants. Nous le constatons aujourd'hui : avec la COVID-19, toutes les barrières éthiques et tout ce qui découle du principe de précaution ont explosé. Et on voit désormais apparaître des projets de manipulation génétique (chez les humains) dans d'autres spécialités, notamment en cardiologie. On peut penser que de nombreuses maladies, y compris non infectieuses, vont faire l'objet de combinaisons de génétique et d'immunothérapie, et évidemment de vaccinothérapie. On croit ainsi pouvoir vacciner contre toutes les maladies. Certains ont même proposé des vaccins anticholestérol... Nous sommes entrés dans une ère de folie biologique et aucun obstacle, visible à ce jour, ne semble pouvoir s'y opposer.

3) Compte tenu de cette importance des vaccins dans cette nouvelle médecine industrielle, je m'attendais à trouver une petite armée de vaccinologues, des laboratoires spécialisés, plusieurs revues scientifiques de haut niveau et quelques dizaines de publications princeps enseignées aux étudiants de médecine. Or, à ma grande surprise, ce n'est pas du tout le cas. Comment expliquez-vous ce décalage entre l'ampleur d'une pratique médicale et la faiblesse des connaissances scientifiques ?

Une première explication vient du caractère récent (discuté plus haut) de cette médecine « moderne » des vaccins. Mais sur le constat que vous posez, soyons clairs : la médecine des vaccins n'est pas une médecine scientifique, il n'y a pas d'enseignement sérieux de vaccinologie dans les facultés de médecine et il y a très peu de laboratoires de recherche indépendants de l'industrie. Pour le pouvoir académique contemporain et les autorités sanitaires et scientifiques (qui créent les unités de recherche et distribuent les budgets), les vaccins sont fondamentalement du ressort de l'industrie et non de la recherche publique. Des institutions, comme l'INSERM en France, ont essayé de promouvoir cette « nouvelle »

médecine des vaccins au 21^{ème} siècle. Mais c'était surtout – sous couvert d'une supposée « collaboration » avec les industriels – une façon de générer des budgets en sous-louant des locaux et des techniciens à l'industrie. En tous les cas, jusqu'à la COVID-19, les retombées commerciales pour les uns et les autres étaient encore relativement faibles. Avec le prétendu « miracle » des vaccins anti-COVID tout a changé, et va certainement encore plus changer tant les industriels (et les instituts de recherche) sont fascinés par les énormes profits générés.

Comme je l'analyse en détail dans mon livre *Les vaccins à l'ère de la COVID-19*, on a vu avec les essais cliniques testant les vaccins anti-COVID en 2020 que les industriels et leurs complices académiques et institutionnels (la Food and Drug Administration [FDA] aux USA, l'Agence Européenne du Médicament [EMA] en Europe, la Haute Autorité de Santé [HAS] en France et bien d'autres) s'étaient affranchis de toutes les règles méthodologiques « normalement » exigées pour les médicaments. Pour le dire simplement, les autorités sanitaires, à commencer par l'EMA et la FDA, ont fermé les yeux. Par ailleurs, les industriels et les autorités sanitaires ont été aidés par des médias consentants à la censure et par de supposés « experts » se relayant en permanence sur les plateaux TV. Enfin, il ne faut pas négliger les effets pervers de la naïveté (réelle ou feinte parfois) de la plupart des infectiologues et virologues universitaires, que ce soit à Paris, Marseille, Londres ou New York.

4) J'ai consulté une petite dizaine de manuels universitaires d'histoire de la médecine publiés ces 20 dernières années. La plupart (peut-être écrits par les enseignants les plus jeunes, je n'ai pas vérifié) célèbrent la vaccination moderne et égrènent la longue liste des maladies qui auraient été éradiquées grâce aux vaccins, en particulier celles qui provoquaient aux siècles passés une très importante mortalité infantile. Or vous êtes un des très rares chercheurs à tenter de vérifier systématiquement les données historiques en question, afin de voir s'il existe réellement des « concordances épidémiques ». Cela me semble un peu le b.a.ba de l'épidémiologie et de l'histoire de la médecine. Et pourtant, là encore, on est sidéré de l'étroitesse de la bibliographie... Vous qui avez donc fait systématiquement ce travail, pouvez-vous nous dire quelles maladies auraient ainsi réellement disparu grâce à l'arrivée d'un vaccin ? Et quelles autres étaient déjà en train de disparaître pour d'autres raisons (comme l'amélioration des conditions de vie sociales et sanitaires) avant que des vaccins ne soient introduits ?

Merci de cette question. Elle est cruciale en médecine scientifique, mais elle se pose de façon très particulière concernant les vaccins.

Il y a de nos jours un consensus chez les scientifiques et les administrations sanitaires concernant la façon de tester les produits de santé. Une autorisation de mise sur le marché (AMM) d'un produit de santé n'est possible que s'il a fait l'objet d'un essai clinique randomisé en double aveugle [ECRDA] ayant fait démonstration de l'efficacité de ce produit. On vérifie aussi son innocuité (généralement relative) afin d'établir un rapport bénéfice/toxicité pour aider à la pratique des médecins. Mais l'ECRDA n'est pas spécifiquement conçu pour tester la toxicité. Comme je l'explique à maintes reprises dans mes livres (sur les vaccins et sur d'autres sujets), le principe basique de l'essai clinique (ECRDA) est de maîtriser les effets du hasard. Il y a plusieurs exigences dans l'ECRDA, notamment la comparaison du produit testé avec un placebo et l'élaboration d'une hypothèse primaire, point fondamental et rarement compris. Cela dit, ces deux conditions doivent aussi répondre à une exigence éthique. En faisant simple, on ne peut tester que l'efficacité d'un produit de santé, pas sa toxicité. Il n'est pas éthique (et inacceptable pour un volontaire) de se prêter à une recherche visant à évaluer la nocivité d'un produit de santé. On ne peut donc pas élaborer une hypothèse primaire pour tester la toxicité de ce produit de santé. Pas d'hypothèse primaire signifie : pas d'ECRDA ! On ne peut donc pas évaluer la toxicité d'un produit de santé avec la seule méthode qui permet de maîtriser les effets du hasard. D'où les discussions interminables à propos de la causalité entre le produit administré et les effets indésirables. Les défenseurs du produit vont alléguer une coïncidence, c'est-à-dire l'effet du hasard. Seuls des effets indésirables tonitruants sont rapidement validés.

Je ne vais pas détailler plus ici ce qu'est un ECRDA et pourquoi il ne permet pas une analyse fine de la toxicité d'un produit de santé mais j'insiste : c'est la pierre angulaire (étape limitative) de la médecine scientifique. Certes, cette technique ne permet pas de répondre à

toutes les questions médicales, mais les principes méthodologiques (contrôle des effets du hasard) sur lesquels repose l'essai clinique sont aussi les fondements de la médecine scientifique. J'ai compris cela lors de ma thèse en 1976 et, depuis, rien ne m'a convaincu que je devais changer d'avis.

Si je laisse de côté le détournement de ces techniques par les industriels et leurs complices de la FDA et de l'EMA, il faut insister sur le fait que cette technique d'investigation n'a vraiment été mûre que dans les dernières décennies du 20^{ème} siècle et c'est là un problème majeur concernant les vaccins. La majorité des vaccins injectés aux bébés aujourd'hui sont sur le marché depuis des décennies et n'ont pas été testés avec des ECRDA certifiant leur efficacité contre les maladies visées. En réalité, nous ignorons la réelle efficacité – et donc l'utilité clinique – de ces vaccins. Cette évidence est insupportable pour les autorités sanitaires. De plus, la majorité des maladies visées par ces vaccins ont disparu ou ont décliné rapidement avant un plein emploi des vaccins au niveau populationnel. Ici naît une polémique concernant ces vaccins : les uns prétendent que ces maladies ont disparu grâce aux vaccins, tandis que d'autres contestent cette affirmation. Polémique assez ridicule car il suffit de faire un travail d'analyse (comme je l'ai fait pour les principaux vaccins décrits dans mes livres) pour répondre à la question.

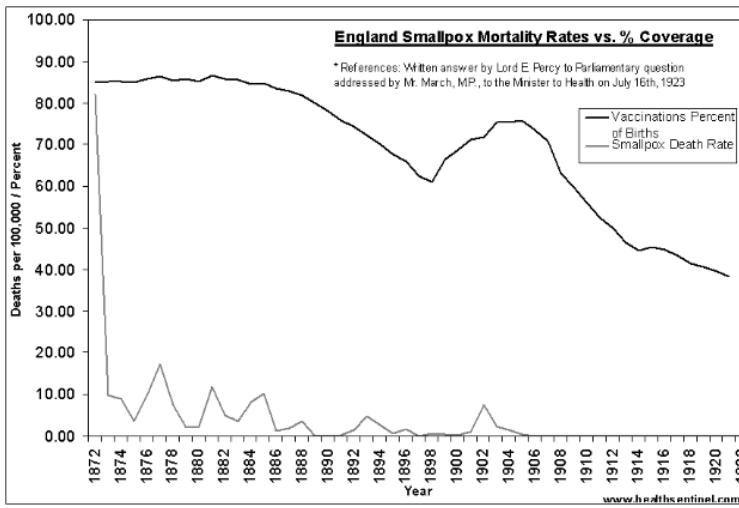
Faute d'ECRDA démontrant sans ambiguïté l'efficacité de ces anciens vaccins, mon premier travail a donc été de vérifier cette théorie disant que ces vaccins avaient permis d'éradiquer une série de maladies infectieuses contagieuses. Il s'agissait de rechercher la possible concordance entre les campagnes de vaccination et le reflux de ces maladies infectieuses. J'ai raconté ma plongée dans les archives – parfois jusque dans les années 1920 et même avant – dans mes différents livres. Je ne vais pas énumérer tous les vaccins investigués mais certains sont des extraordinaires illustrations de la désinformation qui sévit de nos jours et que subissent tant les familles que leurs médecins.

5) Il est important de donner ici des exemples concrets et précis, à commencer par celui de la variole qui est un peu le paradigme de l'idéologie vaccinale, avec une célébration officielle très éloignée de la réalité de terrain telle qu'elle ressort des rapports de l'OMS de l'époque lorsqu'on les lit en détail (voir encadré).

« Les campagnes d'éradication reposant entièrement ou essentiellement sur la vaccination de masse furent couronnées de succès dans quelques pays mais échouèrent dans la plupart des cas. Les campagnes de vaccination de masse connurent les plus grands succès dans les pays dotés de services de santé relativement bien développés et bien administrés, de systèmes de notification adéquats et de communications suffisamment bonnes » (OMS, *Rapport de la commission mondiale pour la certification de l'éradication de la variole*, 13 mars 1980, p. 32).

Le meilleur exemple est effectivement celui de la variole. Certes, nous avons réussi à éradiquer la variole mais ce n'est pas grâce au vaccin. Il faut lire les rapports et les témoignages des responsables de l'OMS en charge de la variole dans les années 1970-1980 en Afrique et en Inde. Prétendre que le vaccin contre la variole a permis d'y éradiquer la variole témoigne soit d'une inculture sidérante, soit d'une intention de désinformer.

Comme le montre le tableau ci-dessous, en Angleterre, au 19^{ème} et au 20^{ème} siècles, la couverture vaccinale n'a pas non plus de lien avec les décès dus à la variole ([source](#)). La baisse de cette couverture entre 1879 et 1898 n'a entraîné aucune résurgence de la variole. La remontée de la couverture vaccinale entre 1898 et 1905 est ensuite associée non pas à une chute mais au contraire à une résurgence des décès causés par la variole. Enfin, la baisse continue de la couverture vaccinale après 1905 n'a jamais entraîné de résurgence de la maladie qui n'a plus fait de décès passé cette date.



Et puis certaines grandes maladies infectieuses ont disparu de certains pays (notamment en Europe et aux USA) en l'absence de vaccin (la peste, le choléra, la lèpre). D'autres ont régressé de façon à la fois spectaculaire et tout à fait parallèle dans des pays (comme la France) où l'on vaccinait avec le BCG et dans d'autres (comme les USA) où ce vaccin était ignoré. D'autres encore ne sont pas réapparues malgré l'arrêt des vaccins (par exemple la typhoïde). En résumé, si on examine attentivement la concordance entre les campagnes de vaccination contre certaines maladies et la régression de ces maladies, on constate systématiquement que d'autres facteurs (que la vaccination) ont contribué à ces régressions. Le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite ont vu leur fréquence diminuer bien avant que les campagnes de vaccination puissent avoir un effet clinique significatif. On peut citer encore d'autres exemples que l'on retrouvera dans [mes 9 livres de la collection « Vaccins & Société »](#). On peut s'opposer à mes analyses – je ne demande qu'à en discuter – mais encore faudrait-il avoir travaillé et présenter des documents et des références acceptables scientifiquement. A ce jour, je n'ai jamais été confronté à un véritable contradicteur.

6) Dans votre [Introduction à la médecine des vaccins](#), page 46, vous publiez un tableau récapitulatif qui me semble très important et que je voudrais donc mettre à disposition du plus grand nombre. Il synthétise l'efficacité, la toxicité et la concordance épidémiologique pour une petite vingtaine de vaccins et de maladies. Avec votre permission, je le reproduis ici.

	Efficacité*	Toxicité**	Concordance épidémiologique
Diphtérie ¹	Non démontrée	avérée	Non démontrée
Tétanos ²	Non démontrée	avérée	Non démontrée
Polio ³	Non démontrée	avérée	Non démontrée
Coqueluche ⁴	Possible	avérée	Non démontrée
REPEVAX ⁵	Non démontrée	avérée	Non démontrée
HIB ⁶	Possible	possible	Douteuse
VHB ⁷	Non démontrée	avérée	Non démontrée
Infanrix hexa	Non démontrée	avérée	Douteuse (HIB)
Hexyon	Non démontrée	avérée	Douteuse (HIB)
Pneumocoque ⁸	Non démontrée	avérée	Douteuse
Oreillons ⁹	Non démontrée	avérée	Non démontrée
Rubéole ¹⁰	Supposée ¹³	avérée	Non démontrée
Rougeole ¹¹	Possible	avérée	Non démontrée
Priorix ¹²	Possible	avérée	Non démontrée
M-M-RVAXPRO ¹²	Possible	avérée	Non démontrée
Neisvac ¹⁴	Non démontrée	avérée	Non démontrée
Menjugate ¹⁴	Non démontrée	avérée	Non démontrée
Menveo ¹⁴	Non démontrée	avérée	Non démontrée
Nimenrix ¹⁴	Non démontrée	avérée	Non démontrée

Note de lecture du tableau :

* Les données vérifiables répondent aux critères de la médecine scientifique (essais cliniques robustes).

** Données de toxicité individuelle telles qu'elles sont produites par les industriels.

- (1) Uniquement disponible sous forme de vaccins combinés (REPEVAX, Infanrix hexa...)
- (2) Vaccin tétanique Pasteur, disponible aussi dans les vaccins combinés
- (3) Seul l'IPV (vaccin injectable) est utilisé en France, disponible aussi dans les vaccins combinés
- (4) Disponible aussi dans les vaccins combinés
- (5) Vaccin combiné contre diphtérie, tétanos, coqueluche et polio, recommandé seulement après 3 ans
- (6) Le vaccin anti-HIB (Haemophilus Influenza B) monovalent a été peu étudié, d'où les doutes.
- (7) Disponible sous forme monovalente, c'est l'Engerix contre le virus de l'hépatite B (VHB)
- (8) On se réfère au Prevenar 13
- (9) Sous sa forme monovalente Imovax Oreillons
- (10) Sous sa forme monovalente Rudivax
- (11) Sous sa forme monovalente Rouvax
- (12) Vaccin combiné contre oreillons, rubéole et rougeole
- (13) En prévention de la rubéole congénitale et après vaccination chez la femme adulte.
- (14) Vaccin destiné à combattre au moins le méningocoque C.

7) Comme évaluer l'efficacité d'un vaccin ? Que recouvre cette notion (dimensions individuelle et collective, concept de couverture vaccinale optimale) ? Et comment l'analysez-vous dans le cas des nouveaux « vaccins » ARNm contre le Covid ?

Je l'ai déjà dit, à mes yeux il y a une seule façon acceptable de tester un produit de santé, y compris un vaccin, c'est l'ECRDA. Concernant les vaccins en général, et les vaccins anti-COVID de 2020 en particulier, nous assistons à un simulacre de sciences médicales. En réalité, nous n'avons pas d'élément solide concernant les vaccins anti-COVID. Les autorités sanitaires ont fermé les yeux sur cette grave défaillance et c'est probablement le plus grand scandale de l'histoire de la médecine. Car des centaines de millions d'individus, tout autour de la planète, ont été vaccinés avec des produits mal évalués en termes d'utilité clinique, et potentiellement toxiques.

Pour essayer de « faire sérieux » et conforter *a posteriori* les autorisations scientifiquement infondées de mise sur le marché, les supposés experts et les autorités sanitaires qui ont validé ces vaccins analysent désormais des données rétrospectives sélectionnées, dont la valeur scientifique est faible. On voit qu'ils ne maîtrisent pas l'épidémiologie d'observation. Cette méthode scientifique consiste à analyser *rétrospectivement* des maladies (ou d'autres événements) et l'effet possible d'un traitement bien qu'une relation de causalité ne puisse pas être établie avec ces seules observations qui, au mieux, ne justifient que des hypothèses de travail. Seul l'essai clinique type ECRDA – avec une hypothèse primaire correctement énoncée et des investigateurs compétents et indépendants – permet de démontrer la causalité, par exemple entre un traitement (curatif ou préventif) et un succès médical. Encore faut-il le mettre en œuvre ! On comprend qu'il n'était pas exigé dans les années 1970-1980, mais aujourd'hui c'est impératif. Et c'est là le problème.

En dehors de l'industrie (où on trouve de remarquables experts), il y a très peu d'universitaires qui maîtrisent les techniques de l'ECRDA. C'est ainsi que les experts de l'industrie peuvent se permettre n'importe quoi, comme on l'a vu avec les vaccins anti-COVID où les experts-bureaucrates travaillant dans le cadre des agences sanitaires ont « validé » tout ce que leur disaient les industriels.

Pour finir de vous répondre, il y a bien sûr plusieurs bénéfices espérés avec la vaccination contre des maladies contagieuses. Il y a, par exemple, discussion sur la couverture vaccinale optimale pour empêcher la transmission d'une personne à l'autre. Mais le point central, comme pour tout produit de santé, reste l'efficacité à l'échelon individuel. Faute d'efficacité individuelle démontrée, on

sombre dans le bavardage. Ainsi, depuis les campagnes de vaccination de l'année 2021, les « experts » ne cessent de confesser le manque d'efficacité ou la perte d'efficacité des vaccins, argumentant sur des nouveaux variants coupables d'échappement et plaidant sans cesse pour de nouvelles injections. Mais ils ne veulent pas – les autorités sanitaires et les gouvernants non plus – admettre le péché originel de ces vaccins anti-COVID qui est tout simplement que leur efficacité n'a jamais été démontrée scientifiquement. Nous avons basculé dans la médecine spectaculaire marchande.

8) Entrons un peu dans le détail si vous voulez bien. Comment sont réalisés les essais cliniques des industriels censés établir l'efficacité et l'innocuité (absence de toxicité) des vaccins ? Ces essais sont-ils réalisés sur des échantillons représentatifs des populations ? Ces études ont-elles démontré l'efficacité et l'innocuité des 11 vaccins rendus obligatoires au 1^{er} janvier 2018 ? Ces études ont-elles démontré l'efficacité et l'innocuité des nouveaux « vaccins » ARNm contre le Covid ? Qu'en est-il en particulier des produits de Pfizer et Moderna qui dominent le marché du vaccin anti-covid en Occident ?

Encore une fois, seul l'essai clinique randomisé en double aveugle (ECRDA) permet de démontrer l'efficacité d'un produit de santé. Mais l'ECRDA ne permet pas d'identifier sereinement et précisément les effets indésirables d'un vaccin. Une explication additionnelle est que, dans ces essais randomisés, les investigateurs font exprès de sélectionner une population-cible en très bonne santé afin de minimiser tous les artéfacts qui viendraient perturber l'étude. Je comprends évidemment la logique méthodologique de cette pratique. Mais la conséquence est que si on peut identifier une toxicité vraiment très forte et très fréquente au moment d'un ECRDA, ce n'est que lorsque le vaccin est utilisé à grande échelle que sa réelle toxicité potentielle sera mise à jour, c'est-à-dire à partir du moment où toute la population sera vaccinée, quel que soit l'état de santé (forcément inégal) des individus. Avec la COVID-19, on a atteint le sommet de cette aporie puisque les politiques ont sélectionné les personnes très âgées et/ou en mauvaise santé comme population-cible alors même que ce type de population avait été exclu des essais cliniques initiaux réalisés par les industriels.

Concernant les 11 vaccins obligatoires pour les nourrissons, je ne vais pas rentrer dans les détails mais mes analyses en profondeur m'ont permis de conclure qu'aucun d'entre eux n'avait fait l'objet d'un ECRDA bien conduit certifiant son efficacité. Soit la maladie avait disparu quand nous avons eu en main les techniques adéquates, soit les vaccins étaient déjà sur le marché depuis longtemps (avec l'illusion qu'ils étaient utiles) et les autorités prétendaient qu'il était non-éthique de tirer au sort des bébés (pour constituer des groupes recevant soit le vaccin soit un placebo) afin de vérifier l'utilité/efficacité de ces vieux vaccins. Je ne rentre pas dans les détails ici (j'invite les lecteurs à se reporter à [mes 9 livres sur les vaccins](#)), mais chaque maladie visée par un vaccin peut faire l'objet de discussions. Hélas, les débats (notamment au Parlement) lors de la loi d'obligation vaccinale de 2017 ont soigneusement évité de rentrer dans le détail des aspects scientifiques de ces questions.

Une extraordinaire opportunité s'est toutefois présentée en 2020 avec la COVID-19 et les vaccins anti-COVID. On pouvait – c'était même un impératif – tester de nouveaux vaccins selon les techniques de l'ECRDA. Les autorités sanitaires, les industriels et les gouvernants avaient promis qu'on se conformerait aux principes basiques de la médecine scientifique. Or, ce ne fut pas le cas et nous avons assisté à un simulacre de sciences médicales. Les principes de l'ECRDA n'ont pas été respectés, et cela de façon caricaturale. Les autorités sanitaires, les supposés experts officiels (qui se relayaient sur les plateaux de télévision), les gouvernants et les médias ont détourné les yeux. Je le répète : c'est le plus énorme scandale de l'histoire de la médecine. Les industriels, célébrés par les gouvernants et les médias, ont clamé une efficacité de 95%. Un miracle ! Comme s'il y avait des miracles en médecine...

La suite est connue et était inéluctable. Si on se concentre sur les pays qui ont le plus vacciné, on constate que malgré des campagnes de vaccination forcenées et répétées couvrant quelques fois 90% de la population, la pandémie n'a pas cessé. On a observé des vagues successives certes de moins en moins dangereuses, témoignages de l'acquisition d'une immunité naturelle collective face à un virus respiratoire qui s'adapte en amenuisant sa dangerosité. En août 2022, la France vivait sa 7^{ème} vague ! Dans certains pays, on propose une 4^{ème} ou une 5^{ème} injection !

Peut-on avoir une illustration plus évidente de l'échec de la vaccination anti-COVID ? Certains vaccins d'abord célébrés comme miraculeux ont déjà (dès l'année 2021) été abandonnés : soit du fait de leur toxicité (AstraZeneca, Janssen), soit du fait de leur évidente inefficacité (le Spoutnik russe notamment). Certains voient leur usage limité à certaines catégories de population : pas de vaccin ARN messager chez les moins de 40 ans. Quelques-uns parviennent encore à faire illusion ou tentent de se renouveler. Dans l'ensemble, faute de rigueur scientifique chez les prétendus experts et du fait de l'immixtion de considérations politiques et non médicales, le paysage sanitaire en cette fin d'année 2022 est désolant.

9) De fait, le gouvernement veut vacciner 100% de la population. Est-ce raisonnable ? Est-ce que les personnes immunodéprimées pour d'autres raisons que le grand âge, les femmes enceintes et les petits enfants ne sont pas généralement exclus de la vaccination ? Nous avons déjà vu que les essais cliniques des vaccins anti-covid réalisés par les industriels avaient exclus les personnes en plus mauvaise santé, mais ont-ils pris en compte ces autres populations fragiles que l'on protège généralement de nombreuses formes de médication ?

Encore une fois, les gouvernants (en France et ailleurs) et les autorités sanitaires sont totalement perdus et ne cessent de se contredire. S'appuyant sur des experts en santé publique ignorants de la science des vaccins, sur des modélisateurs d'épidémies ignorants de la médecine de terrain, parfois sur des réanimateurs ou des urgentistes ignorants des pathologies infectieuses et des vaccins, parfois sur des infectiologues ignorants de la médecine scientifique et des vaccins, parfois sur des institutions surannées (comme l'Académie de médecine) ou bien sous l'influence des industriels des vaccins (surtout l'Agence Européenne du Médicament et la FDA américaine), les gouvernants ont pris successivement des décisions contradictoires qui ne pouvaient s'expliquer que par l'absence d'analyse scientifique sérieuse et indépendante.

Alors dans un tel contexte, faut-il vacciner 100% de la population ? Les immunodéprimés ? Les bébés ? Les femmes enceintes ? Aucune donnée scientifique sérieuse ne permet de répondre positivement. Chacun peut ainsi soit respecter le principe de précaution (dans le doute, on s'abstient) soit suivre le volontarisme aveugle de gouvernants qui ne veulent surtout pas admettre leur impuissance.

10) Les nouveaux vaccins à ARNm semblent provoquer de nombreux et parfois graves effets indésirables (fièvres et fatigues fortes et durables, perturbations importantes du cycle menstruel, myocardites et péricardites, réactivation de cancers qu'on croyait disparus, paralysies et cécités partielles, etcetera). Que pouvez-vous nous dire sur la toxicité des vaccins en général, et sur celle des vaccins ARNm anti-covid en particulier ?

La toxicité des vaccins – son évaluation objective – est une question difficile qui accompagne la médecine des vaccins depuis plus d'un siècle. Chaque vaccin est un compromis entre une efficacité espérée contre une maladie et des effets indésirables qu'on espère les moins sévères possible pour ne pas dissuader les familles et leurs médecins. J'ai consacré un livre entier ([Analyse scientifique de la toxicité des vaccins](#)) à cette question, et je suis revenu sur la toxicité dans chacun de mes différents livres consacrés aux différents vaccins. Car chaque vaccin est un cas particulier puisqu'il correspond à une maladie particulière et que le principe vaccinal est d'induire une maladie bénigne (mais immunisante) pour empêcher une maladie sévère. Dit autrement, un vaccin produit la maladie (ou les symptômes) que l'on veut empêcher. Il le fait de façon mineure et bénigne chez un vacciné en bonne santé, mais de façon suffisamment « active » pour que son système immunitaire soit alerté (production d'anticorps neutralisants, par exemple) et mémorise l'agent infectieux de la maladie ciblée. Ainsi, en cas d'exposition d'un vacciné à l'agent pathogène, son système immunitaire réagit très vite et empêche la maladie de se développer. Qu'il y ait des effets indésirables est en soi inévitable. L'individu étant exposé à un agent pathogène (quoique atténué), tout vaccin a nécessairement des effets indésirables. Ils sont toutefois plus ou moins sévères en fonction des doses d'antigènes (extraits de l'agent pathogène visé) administrées et en fonction du système immunitaire de chaque personne vaccinée.

Concernant à présent les vaccins anti-COVID – qui, pour certains experts, sont des prodiges de technologie – nous avons assisté à des phénomènes inédits qui ouvrent un nouveau chapitre de la médecine des vaccins. En effet, certains effets indésirables postvaccinaux

graves (voire potentiellement fatals) sont inconnus (n'ont pas été décrits) au moment de l'infection par le virus pendant l'année 2020 (avant toute vaccination) mais sont spécifiques du vaccin administré. Notamment des complications cardiovasculaires chez des jeunes. C'est totalement nouveau et témoigne d'une toxicité due à la nouvelle technologie utilisée. Prenons des exemples dans un champ de la médecine (le cardiovasculaire) qui m'est familier car on ne peut être exhaustif quand on veut être précis et documenté.

A ce jour, l'infection par le coronavirus (étudiée pendant l'année 2020 en l'absence de vaccination) ne se caractérise pas par la survenue de complications cardiovasculaires, notamment thromboemboliques. C'est avant tout une maladie broncho-pulmonaire de la personne âgée, souvent obèse, parfois diabétique, en simplifiant (quoique des données d'autopsie laissent penser que, dans les formes très graves, la vascularisation pulmonaire puisse être affectée par le virus). Ce n'est qu'en 2021, au moment de la vaccination massive – on ne peut donc pas accuser le virus qui sévissait depuis plus d'une année sans provoquer ces complications – que sont apparues les principales complications cardiovasculaires. Parmi ces complications, les pires furent les thromboses veineuses cérébrales avec les vaccins à base d'adénovirus bricolés d'AstraZeneca et Janssen (Johnson & Johnson). Bien sûr, les industriels, les autorités sanitaires et les experts rémunérés ont minimisé (voire nié) ces complications. Or elles existent bel et bien. De plus, on doit tenir compte du fait que ce sont surtout les formes les plus sévères (comateuses) qui ont été rapportées et colligées par la pharmacovigilance. L'état des lieux réel nous est inconnu car un diagnostic précis de formes moins graves nécessiterait des examens techniques complémentaires (IRM notamment) qui ne sont pas réalisés. D'autre part, l'efficacité de la pharmacovigilance repose sur une ferme volonté des médecins d'identifier les effets indésirables et de les déclarer. Or ce n'est pas le pharmacien ou l'infirmière qui sont capables de les identifier alors même qu'ils ont été vaccinés. C'est un premier biais majeur de la pharmacovigilance. Mais il est également très clair que de très nombreux médecins répugnent à identifier et déclarer les complications engendrées par les vaccins anti-COVID. Tout est fait pour les « ignorer » ou les dissimuler. J'en ai pour ma part de nombreux témoignages. Raison suffisante invoquée : en phase aigüe et tragique de la pandémie, il ne fallait pas inquiéter le peuple ! Mais la réalité a fini par s'imposer.

On peut dire aujourd'hui que ces vaccins AstraZeneca et Janssen prétendument miraculeux sont abandonnés du fait de leur évidente toxicité cardiovasculaire. Dès lors, les autorités sanitaires – de crainte d'une révolte des familles et des médecins – ont concentré leurs efforts de persuasion sur les vaccins ARN messager de Pfizer et Moderna. Or des complications cardiovasculaires sont également survenues et nul ne peut l'ignorer malgré les tentatives désespérées des industriels et des autorités sanitaires pour les dissimuler. Pour simplifier, je me concentrerai sur un seul type de complication : les *myocardites*. Pour essayer de minimiser ces complications inattendues, on va d'abord les prétendre rares et plutôt bénignes. Non seulement on ne fait rien (notamment des examens complémentaires adaptés) pour obtenir une vision générale et réaliste de ces complications vaccinales, mais on convoque le ban et l'arrière-ban universitaire – y compris des infectiologues qui n'ont jamais vu une myocardite de leur vie professionnelle – pour « rassurer la population ».

Soyons objectifs. Pour éclairer cette question, on doit comparer trois périodes : la période qui précède l'infection (avant l'automne 2019), la période de l'infection virale mais avant la vaccination (année 2020) et enfin la période vaccinale (à partir de l'hiver 2021). On examine alors la fréquence des myocardites pendant ces trois périodes et on constate qu'elles sont rares pendant les deux premières périodes – donc, on ne peut pas accuser le virus – mais deviennent plus fréquentes (au moins les formes nécessitant hospitalisation) au moment de la vaccination. Aucun doute possible : les vaccins ARN messager provoquent des myocardites. On ne peut pas encore donner des chiffres précis (donc je m'abstiens) mais nul ne conteste les faits. Ainsi les autorités sanitaires doivent concéder que ces vaccins ARN messager ne doivent pas être administrés aux jeunes adultes. Et comme les vaccins AstraZeneca et Janssen ne sont déjà plus acceptables (quel que soit l'âge), ne devrait-on pas abandonner l'idée même de vacciner les jeunes adultes ? Nous sommes là face à une contradiction insoluble qui explique au moins en partie le refus de certains jeunes soignants informés de se faire

injecter un de ces 4 vaccins à l'automne 2021.

Aujourd'hui (août 2022), il est admis par les autorités sanitaires que, contre toute attente, les vaccins anti-COVID provoquent des complications cardiovasculaires. Leur fréquence réelle reste inconnue. Et nous n'avons pas d'explication biologique claire, seulement des hypothèses. Ce qui est incontestable toutefois c'est que ces complications sont sans relation évidente avec les antigènes spécifiques (covidien) présents dans les vaccins puisque le virus lui-même ne les provoque pas pendant la période infectieuse (c'est-à-dire avant la période de vaccination). Il est donc absurde de mettre en balance la méchanceté du virus et la toxicité des vaccins qui provient de la technologie utilisée. Dans ces deux types de complications (les thromboses veineuses surtout cérébrales et les myocardites), la démonstration était assez facile car ce sont des complications très rares en temps normal et leur irruption au moment de la vaccination ne peut pas être dissimulée. Il est impossible de parler de simple « coïncidence » chronologique entre l'administration d'un des vaccins et la survenue de ces complications. Il n'en est pas de même avec d'autres complications cardiovasculaires (infarctus, phlébite, embolie pulmonaire, AVC) qui sont déjà très fréquentes en temps normal (en l'absence d'infection par le virus ou de vaccination). Du fait de leur haute fréquence dans la population générale tout au long de l'année, leur augmentation au moment de l'infection virale puis au moment de la vaccination est plus difficile à mettre en évidence. Les défenseurs des vaccins peuvent ainsi alléguer de coïncidences entre une vaccination et la complication et continuer à nier toute relation de causalité. Pourtant, de nombreux témoignages (survenue de ces complications chez des sujets jeunes en bonne santé et après vaccination) incitent à penser que la vaccination anti-COVID provoque réellement ces complications, beaucoup plus que le virus lui-même. Il faudra du temps avant qu'une analyse experte des bases de données clarifie définitivement ces questions. Un argument majeur en faveur du rôle de ces vaccins dans ces complications est l'absence de doute à propos de leur rôle dans les thromboses veineuses cérébrales et les myocardites car les complications cardiovasculaires du type infarctus, AVC et embolie pulmonaire sont elles-mêmes le résultat de phénomènes thrombotiques et inflammatoires comparables à ceux observés dans les thromboses veineuses cérébrales et les myocardites.

11) Beaucoup de personnes semblent découvrir la notion de « variants » chez les virus. Pourtant, le fait est classique, surtout dans certaines familles de virus (et notamment les coronavirus). Mais n'est-ce pas aussi la raison des limites rencontrées par les vaccins contre la grippe saisonnière ? D'ailleurs, pouvez-vous nous faire un point sur l'histoire et l'état actuel de la vaccination contre la grippe ? Et quels enseignements en tirer pour le Covid ?

J'ai consacré un [livre entier à la vaccination antigrippale](#), le numéro 7 de ma série. Les virus de la grippe sont très différents du virus responsable de la COVID-19 et les flambées grippales saisonnières ont des origines variées, différentes selon les années. En bref, il y a plusieurs familles de virus influenza (responsable de la grippe saisonnière) et ce ne sont pas les mêmes familles qui, chaque année, provoquent la grippe dans les deux hémisphères. Chaque année, les vaccins sont différents (ils peuvent contenir jusqu'à 4 antigènes grippaux différents) car on s'attend à certaines familles de virus grippaux et pas à d'autres. Et on ne cesse de se tromper ! Ce type de vaccination est donc un prototype de malfaçon vaccinale, de malfaisance médicale et d'illusion scientifique. Le tout est agrémenté d'une désastreuse situation de conflits d'intérêt entre les supposés experts des virus respiratoires (ce sont eux qui connaissent le mieux les vaccins antigrippaux en principe), les experts de l'OMS et les industriels des vaccins antigrippaux. C'est un petit monde qui « vit entre soi » avec la bénédiction des autorités sanitaires et des gouvernants qui, de leur côté, célèbrent les prodiges de l'industrie nationale. C'est un simulacre de médecine scientifique. En bref, chaque année en France on injecte des vaccins antigrippaux à des millions de personnes sans que nous ayons la moindre évidence que ce soit utile. Comme les virus responsables de la grippe changent chaque année, il est impossible de conduire des essais cliniques avant l'arrivée de la grippe saisonnière pour vérifier l'efficacité des vaccins proposés. C'est donc une sorte de pari, répété chaque année. Des experts de l'OMS et de l'industrie se mettent d'accord sur le contenu des vaccins au printemps, on fabrique les vaccins pendant l'été et on les injecte à l'automne. Et c'est *a posteriori* que l'efficacité

potentielle sera vérifiée. Les techniques utilisées pour cette vérification rétrospective sont scientifiquement faibles, il est évident que beaucoup de vaccinés font une grippe plus ou moins sévère et même les experts admettent en général une faible efficacité de ces vaccins. Les autorités sanitaires et les experts liés à l'industrie prétendent que c'est mieux que rien, mais pour un scientifique c'est irrecevable.

12) En médecine et du point de vue éthique, un vaccin ne devrait-il pas être administré seulement par un médecin connaissant l'histoire médicale de son patient et exerçant un suivi médical afin de pouvoir détecter les éventuels effets indésirables de la vaccination ? Comment expliquer l'entrée dans une ère industrielle de la vaccination, dans laquelle les États créent des « vaccinodromes » pour injecter en masse toute la population et autorisent (arrêté du 7 juillet 2021) de nombreux autres professionnels non-médecins (infirmières, pharmaciens, vétérinaires, techniciens de laboratoire médical, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthoptistes, orthophonistes, radiologues et même les étudiants en médecine !) à pratiquer la vaccination ? Et comment expliquer que les mêmes États déconsidèrent à ce point la pharmacovigilance (qui semblait pourtant un acquis historique de haute lutte) en lui faisant dire au fond que « tout va bien » lors même que les signaux d'alarme sont au rouge ?

Vous soulevez des points cruciaux à propos de l'évolution de la médecine dans les pays modernes. Comme vous le dites, un vaccin est un produit de santé dont l'administration doit répondre à des règles strictes : identification des contre-indications avant l'injection, puis suivi du vacciné pour identifier les effets indésirables. C'est totalement du ressort des médecins. Les autres professionnels de santé ne sont pas formés pour ce travail. Sans discuter la capacité réelle d'une partie des médecins à faire ce travail, on note qu'avec les campagnes de vaccination massives (vaccinations de millions de gens en quelques semaines), les médecins ne peuvent pas accomplir ce travail de surveillance consciencieusement. Ils ne sont pas assez nombreux et, en plus, il n'y a pas de rémunération adéquate pour ce surplus de travail (contrairement aux actes vaccinaux qui, eux, sont clairement encouragés par une importante rémunération dans les centres de vaccination et autres « vaccinodromes »), le tout alors que les déserts médicaux se multiplient sur le territoire. L'État a donc décidé de déléguer cette activité médicale spécifique à d'autres soignants non médecins. Pour leur simplifier le travail, il était ainsi impératif de déclarer haut et fort, d'une part qu'il n'y avait pas de contre-indication à ces vaccins, et d'autre part que la fréquence et la sévérité des effets indésirables étaient négligeables. Dit autrement, la médecine conventionnelle a été sortie du paysage vaccinal. La prochaine étape, sans rire, sera des vaccinations par les pompiers et peut-être un jour par les gendarmes !

On a ainsi créé une sorte de « trou noir » médical et scientifique : il n'y a pas de contre-indication et pas d'effet indésirable à identifier concernant les vaccins, les nouveaux (type anti-COVID) comme les anciens. C'est une négation pure et simple de la pharmacovigilance : on part du principe qu'il n'y a rien à déceler ou diagnostiquer après l'injection d'un vaccin. Les effets indésirables repérés par les familles sont anecdotiques. Ces effets indésirables n'existent pas en théorie et donc ils n'existent pas en réalité. Un médecin qui accompagne une famille pour diagnostiquer et déclarer un effet indésirable sera soupçonné d'être mal intentionné, s'il n'a pas déjà été découragé car la procédure est un peu longue, son temps est précieux (désert médical) et il se heurte à une affligeante bureaucratie sans certitude que son rapport sera validé au bout du compte (puisqu'officiellement ces effets indésirables n'existent pas). Pour lui, c'est donc du temps perdu, ce qu'il est difficile d'avouer à une famille éplorée du fait d'une complication postvaccinale.

Finalement, il est important de comprendre que la vaccination (celle obligatoire des nourrissons comme la massive vaccination anti-COVID) s'inscrit dans un climat plus général de rationnement des soins. Depuis plusieurs décennies les systèmes de soins sont considérés comme exagérément dispendieux par les bureaucraties étatiques. Ces dernières cherchent donc à diminuer l'offre de soins. Deux stratégies sont mises en œuvre : 1) diminuer l'offre médicale selon le principe que moins il y a de médecins, moins on consulte, moins on soigne et moins ça coûte, 2) diminuer l'offre hospitalière selon le principe que moins il y a de lits, moins on hospitalise et moins ça coûte. Dans ce contexte, la vaccination obligatoire des nourrissons et la vaccination anti-COVID sont présentées comme des

initiatives indispensables de santé publique (protectrices) de la part des gouvernants alors qu'elles n'ont pas de base scientifique solide et qu'elles ne sont que des cache-misères visant à faire oublier les défaillances multiples des systèmes de soin telles qu'elles sont apparues clairement au moment de la pandémie COVID-19. Le Roi est nu et, comme d'habitude, il ne le sait pas.

13) En démocratie, on s'attendrait à ce que l'État joue un rôle de gendarme ou d'arbitre vis-à-vis des industries pharmaceutiques, et protège avant tout les populations en exigeant un haut niveau de preuve d'efficacité et d'innocuité des vaccins proposés par les industriels. Or ce n'est pas ce à quoi nous assistons ces dernières années. Avec l'obligation vaccinale de la loi de 2017 et ses 11 vaccins obligatoires pour les enfants à partir du 1er janvier 2018, il y a donc eu la crise du Covid. Selon le marketing commercial et la propagande politique qui le reprend à son compte, BioNTech aurait alors conçu « en quelques heures » ces nouveaux vaccins expérimentaux, que Pfizer aurait ensuite parfaitement testé et produit en moins de six mois, pour être presque immédiatement autorisés à la commercialisation par les agences sanitaires, là où on parle généralement d'une période de 5 à 10 ans pour éprouver tant l'efficacité que la sécurité d'un vaccin. Loin d'être un gendarme exigeant et rigoureux, l'État est ainsi devenu le partenaire docile et enthousiaste des industriels, mettant tous ses moyens au service de la vaccination industrielle de masse. Comment expliquer ce phénomène à votre avis ?

Les États, démocratiques ou pas, soutiennent d'abord leurs industriels. C'est écrit dans les réglementations européennes : il faut défendre nos champions ! C'est une constante des économies modernes : les gouvernants sont aussi des agents commerciaux (vente d'armes, d'avions, de voiture, de produits agricoles...) qui parfois sauvent littéralement leurs industriels en difficulté, surtout s'ils sont très importants pour les économies nationales, selon le principe « too big to die ». On a ainsi sauvé en France des banques et des mastodontes de l'automobile. Le même principe s'applique à l'industrie des médicaments et des vaccins. Au moment de la pandémie COVID-19, on a vu des chefs d'États vanter leurs vaccins nationaux, la caricature étant le Sputnik russe. Les médias français n'ont pas été en reste avec la célébration patriotique du vaccin de la Société MODERNA localisée aux USA mais fondée par un français. En Europe, ce sont surtout les bureaucrates bruxellois de la Communauté Européenne qui ont montré leur volontarisme vaccinaliste en prétendant que les usines européennes étaient parvenues à couvrir les besoins en vaccins des centaines de millions d'europeens menacés par la pandémie.

Le vrai problème avec les vaccins (les nouveaux comme les anciens) est médical et scientifique. Il ne faut pas forcément 10 ans entre la mise au point d'un produit de santé et sa mise sur le marché. En temps de pandémie (avec des millions de personnes atteintes par le virus en peu de temps), on pouvait en quelques mois tester de nouveaux vaccins dans de bonnes conditions de sécurité. Il fallait mobiliser la communauté scientifique – par exemple, en France, les centres d'investigation clinique (CIC) de l'INSERM – pour être certain que le travail soit fait par de bons professionnels. Ce ne fut pas le choix des gouvernants (en France et ailleurs) et les autorités sanitaires se sont livrées pieds et poings liés aux industriels. Au lieu d'essais cliniques bien conduits par des investigateurs indépendants des industriels – autre règle d'or en médecine scientifique –, nous avons assisté, impuissants, à un simulacre de médecine scientifique. Je l'ai décrit dès le mois d'avril 2021 dans le livre Les vaccins à l'ère de la COVID-19. Le point crucial ici est que les autorités sanitaires, les ministères et les gouvernants ont fermé les yeux. Les experts indépendants qui se montraient sceptiques ont été censurés, quand ils ne s'étaient pas déjà autocensurés sous la pression directe ou indirecte des institutions publiques. Il est difficile d'expliquer l'ensemble de ces processus dont l'origine est probablement multifactorielle. Évoquer l'existence de sortes de complots visant à imposer des campagnes de vaccination supposées salvatrices mais visant elles-mêmes à dissimuler l'échec des politiques sanitaires de long terme dans les pays riches est simpliste. Inversement, il est clair qu'en France, au cours de la pandémie, les principales décisions (confinement, déconfinement, couvre-feu, passe sanitaire, passe vaccinal) ont été prises en secret par une douzaine de personnes réfugiées dans le blockhaus élyséen, puis justifiées (légitimées) par une armada de pseudo experts se répandant dans les médias. La principale caractéristique de la période reste, selon moi, la négation

et l'absence de médecine scientifique. Moins on faisait appel à des vrais scientifiques indépendants et plus on prétendait prendre ces décisions sur une base scientifique ! A cet égard, certaines querelles très médiatisées entre universitaires parisiens et marseillais à propos de médicaments anti-COVID ont été bien utiles pour disperser l'attention des populations.

14) La période actuelle est donc marquée par le triomphe de ce que j'ai appelé la **nouvelle religion vaccinale**, que l'on reconnaît au simplisme de son discours (« le vaccin, c'est bien », « il faut vacciner 100% de la population », « les vaccins sont sûrs et efficaces à 95% », « les critiques proviennent forcément d'« anti-vax » archaïques ou « complotistes », etcetera) et à la violence de ses pratiques (obligations vaccinales directes ou indirectes, vaccinodromes, ostracisation des médecins et des chercheurs critiques, fortes et nombreuses discriminations des non-vaccinés, etcetera). Dans un tel contexte, quel accueil est réservé à vos travaux par vos confrères médecins et chercheurs ? Avez-vous eu des contacts avec les autorités sanitaires ? Pourquoi ne vous entend-on quasiment jamais dans les médias ?

Je ramène vos questions en une seule car elle résume les autres : pourquoi on ne m'entend quasiment jamais dans les médias ? Il y a sans doute plusieurs explications convergentes. La première est peut-être que, isolé dans mes massifs alpins, je ne fais aucun effort pour monter sur la scène médiatique. Je l'ai beaucoup fait autrefois pour mes travaux sur la prévention des maladies cardiovasculaires et je dois avouer que je ne prends aucun plaisir à cet exercice qui est chronophage et finalement plutôt rebutant tant les employés des médias manquent de professionnalisme. Il faudrait faire un cours de médecine avant chaque interview. Et quand il s'agit d'échanges avec d'autres professionnels de santé, le niveau scientifique est généralement tellement bas qu'il est difficile de ne pas « faire la leçon » ce qui passe très mal, notamment chez les universitaires et autres académiciens...

Mais ce n'est sans doute pas la raison principale. Quand mon livre **Les vaccins à l'ère de la COVID-19** a été publié en avril 2021 avec un relatif succès de librairie, l'éditeur a été contacté par l'Agence France Presse (AFP) qui voulait m'interviewer pour (selon les propos de la rédactrice de l'AFP) comprendre cet étrange succès. Avant même que nous échangions et avant même qu'elle ait reçu le livre (expédié par l'éditeur), donc sans avoir lu une seule ligne du livre, cette rédactrice de l'AFP a publié un bref article pour dire tout le mal qu'elle pensait du livre et de son auteur qu'elle qualifiait d'antiVax primaire sans même avoir essayé d'échanger avec moi.

Cet effondrement du professionnalisme scientifique, médical et médiatique est à mon avis une des caractéristiques majeures de la crise de la COVID-19. Je n'en suis pas très étonné car des signes avant-coureurs avaient annoncé cet effondrement. J'ai eu des démêlés depuis 2005 et la crise des COXIBs (des médicaments proches de l'aspirine qui prétendaient avoir les effets bénéfiques antidouleur de l'aspirine sans la toxicité sur l'estomac mais qui se sont avérés cardiotoxiques, toxicité dissimulée par les industriels) avec certains universitaires, avec les autorités sanitaires, avec les sociétés savantes et avec le Conseil de l'Ordre des Médecins. Les indignités sur les vaccins anti-COVID ne sont que la reproduction des indignités sur les COXIBs, le cholestérol et les médicaments anticholestérol type statines à titre d'exemple. Ainsi s'explique aussi ma « discrétion » dans les médias et les milieux académiques triomphants pendant la crise de la COVID-19. Non seulement je suis depuis longtemps rangé parmi les médecins critiques donc « infréquentables », mais j'avais déjà publié 8 livres sur les vaccins avant le début de la pandémie. Et ces livres avaient déjà été ostracisés par les médias et les académiciens en faisant « comme si » ils n'existaient pas. Pas une critique, pas un débat. Avant la pandémie, les vaccins étaient déjà un sujet tabou ! Il n'y avait donc pas de raisons pour que tout d'un coup, la censure soit levée sur ces sujets pourtant cruciaux sur les plans médicaux, scientifiques et sociétaux. Il était déjà considéré comme inacceptable d'analyser les conséquences de l'injection de 11 vaccins chez environ 800 000 nourrissons chaque année. Etre sceptique vous rend infréquentable ! Simplement se demander si nous avions la preuve que ce soit utile relevait déjà d'un anti-scientisme primaire et d'un « complotiste » pour les conformistes. Ce sont des stigmates d'une régression vertigineuse de l'esprit scientifique, de la raison ou (pour parler comme un philosophe) de l'esprit des Lumières. Voltaire et Diderot doivent se retourner dans leurs tombes.

15) Pour terminer cet entretien, au vu de l'actualité, je ne peux pas m'empêcher de vous demander votre avis sur la variole du singe. Nous en entendons parler depuis plusieurs mois déjà, mais la guerre en Ukraine puis les élections présidentielles et législatives ont accaparé les esprits des politiques et des journalistes. Les mêmes ont ensuite longuement discoursé sur une prétendue « 7^{ème} vague » de Covid au début de l'été, continuant à confondre volontairement la notion de « cas testé positif » avec celle de « malades ». Mais la population semble avoir désormais compris que les dernières mutations du virus le rendent relativement inoffensif. Du coup, j'ai un peu l'impression que la variole du singe est un nouveau support de la peur ainsi qu'un nouveau marché vaccinal (le gouvernement ayant ouvert début août le **premier vaccinodrome pour la variole du singe à Paris**). Qu'en pensez-vous ?

Les médias font leur « une » en cet été 2022 avec la variole du singe (monkeypox virus) faute d'une autre actualité brûlante. On connaît encore assez mal cette maladie mais elle semble bénigne – au moins chez les jeunes hommes qui en sont généralement les victimes dans cette première phase de dissémination du virus parmi ceux qui ont une activité sexuelle avec d'autres hommes (c'est comme ça qu'il faut dire). Il semble s'agir d'une vilaine varicelle « douloureuse » qui guérit spontanément. Mais on ignore ce qu'elle pourrait donner si elle était éventuellement disséminée dans la population générale. Inversement, sa contagiosité semble faible ce qui est rassurant : il faut vraiment des contacts étroits (intimes) pour se transmettre le virus.

La principale caractéristique, à mon humble avis, de ce début de diffusion d'un virus inconnu est à nouveau l'absence quasi totale de médecine scientifique. Pour expliquer simplement cette idée, analysons la question de la vaccination dirigée contre le *monkeypox virus*. Certains prétendent que nous avons un vaccin efficace contre cette variole du singe. D'où vient cette affirmation péremptoire ? De nulle part ! En effet, à ce jour, nous n'avons aucun essai clinique qui ait testé l'efficacité d'un vaccin. Certains experts prétendent que les « nouveaux » vaccins contre la variole (que je discute dans divers livres notamment le numéro 2 de ma collection : **Analyse scientifique de la toxicité des vaccins**) seraient efficaces et avancent le chiffre de 85% d'efficacité. L'argument serait qu'il y aurait une sorte d'immunité croisée (je simplifie) entre la vraie variole (et son vaccin) et la variole du singe. Dit autrement, si vous étiez protégés contre la variole (ancienne vaccination des années d'après-guerre ou nouveau vaccin), vous seriez protégés contre la variole du singe. Ces arguments témoignent d'une extraordinaire naïveté. En effet, comme je vous l'ai déjà dit, nous n'avons aucune évidence solide (essai clinique bien conduit) que les vaccins contre la variole (les anciens comme les nouveaux) sont efficaces contre la variole du singe. Et nous ne savons rien du nouveau vaccin contre la variole que le ministère de la santé propose actuellement à la population : efficacité réelle ? toxicité ? Nous voilà dans un cul-de-sac. La priorité serait de vérifier l'efficacité réelle de ce vaccin contre la variole du singe à l'aide d'un essai randomisé en double aveugle testant le vaccin contre un placebo. Comme l'épidémie semble progresser et que des volontaires se précipitent pour être vaccinés, il n'y aurait aucune difficulté à organiser cet essai clinique et procéder à des tirages au sort. Et puisque on suppose une efficacité de 85%, l'hypothèse primaire pourrait être vérifiée avec un échantillon de quelques centaines de volontaires et avec une durée de suivi relativement brève (quelques mois au maximum).

Ainsi devrait fonctionner la médecine scientifique. Mais ce n'est pas le cas. Les autorités sanitaires nationales et internationales ne comprennent pas la médecine scientifique et elles sont incapables d'admettre notre ignorance concernant l'efficacité du vaccin contre la variole. Nous avons la confirmation de ce que nous avons observé pendant les premières phases de la pandémie COVID-19 : les pilotes de l'avion sont en réalité des amateurs.

Retrouvez la série de livres de Michel de Lorgeril sur les vaccins (ici).

Découvrez les autres livres de Michel de Lorgeril sur la nutrition et les maladies cardiovasculaires (ici).

Bibliographie d'articles scientifiques de Michel de LORGERIL (sélection via PubMed)

1- Importance of Coagulation Factors as Critical Components of

- Premature Cardiovascular Disease in Familial Hypercholesterolemia. Ravnskov, U.; de Lorgeril, M.; Kendrick, M.; Diamond, D.M. *Int. J. Mol. Sci.* 2022, 23, 9146.
- 2- Serious flaws in targeting LDL-C reduction in the management of cardiovascular disease in Familial hypercholesterolemia. Ravnskov U., de Lorgeril M., Kendrick M., Diamond DM. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2021;14(3):405-406.
- 3- Sugary drinks and cancer risk. de Lorgeril M., Salen P., Rabaeus M. *Transl Cancer Res.* 2020; 9(5):3172-3176.
- 4- LDL-C does not cause cardiovascular disease: a comprehensive review of the current literature. Ravnskov U, de Lorgeril M, Diamond DM, Hama R, Hamazaki T, Hammarskjöld B, Hynes N, Kendrick M, Langsjoen PH, Mascitelli L, McCully KS, Okuyama H, Rosch PJ, Schersten T, Sultan S, Sundberg R. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2018; 11(10):959-970.
- 5- The new European guidelines for prevention of cardiovascular disease are misleading. Ravnskov U, Alabdulgader A, de Lorgeril M, Diamond DM, Hama R, Hamazaki T, Hammarskjöld B, Harcombe Z, Kendrick M, Langsjoen P, McCully KS, Okuyama H, Sultan S, Sundberg R. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2020; 13(12):1289-1294.
- 6- Cholesterol lowering and mortality: time for a new paradigm? de Lorgeril M, Salen P. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2006; 16(6):387-90.
- 7- Is the use of cholesterol-lowering drugs for the prevention of cardiovascular complications in type 2 diabetics evidence-based? A systematic review. de Lorgeril M, Hamazaki T, Kostucki W, Okuyama H, Pavy B, McGill AT, Rabaeus M. *Rev Recent Clin Trials.* 2012; 7(2):150-7.
- 8- Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. de Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamele N. *Circulation.* 1999; 99(6):779-85.
- 9- Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. Renaud S, de Lorgeril M. *Lancet.* 1992; 339(8808):1523-6.
- 10- Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. de Lorgeril M, Renaud S, Mamele N, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Guidollet J, Touboul P, Delaye J. *Lancet.* 1994; 343(8911):1454-9.
- 11- Wine drinking and risks of cardiovascular complications after recent acute myocardial infarction. de Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Boucher F, Paillard F, de Leiris J. *Circulation.* 2002; 106(12):1465-9.
- 12- Dietary prevention of sudden cardiac death. de Lorgeril M, Salen P, Defaye P, Mabo P, Paillard F. *Eur Heart J.* 2002; 23(4):277-85.
- 13- Cholesterol confusion and statin controversy. DuBroff R, de Lorgeril M. *World J Cardiol.* 2015; 7(7):404-9.
- 14- Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world. Trichopoulou A, Martínez-González MA, Tong TY, Forouhi NG, Khandelwal S, Prabhakaran D, Mozaffarian D, de Lorgeril M. *BMC Med.* 2014; 12:112.
- 15- Rye polyphenols and the metabolism of n-3 fatty acids in rats: a dose dependent fatty fish-like effect. Ounnas F, de Lorgeril M, Salen P, Laporte F, Calani L, Mena P, Brighenti F, Del Rio D, Demeilliers C. *Sci Rep.* 2017 Jan 10; 7:40162.
- 16- Do statins increase and Mediterranean diet decrease the risk of breast cancer? de Lorgeril M, Salen P. *BMC Med.* 2014; 12:94.
- 17- Dietary flavonoids increase plasma very long-chain (n-3) fatty acids in rats. Toufektsian MC, Salen P, Laporte F, Tonelli C, de Lorgeril M. *J Nutr.* 2011; 141(1):37-41.
- 18- Whole Rye Consumption Improves Blood and Liver n-3 Fatty Acid Profile and Gut Microbiota Composition in Rats. Ounnas F, Privé F, Salen P, Gaci N, Tottey W, Calani L, Bresciani L, López-Gutiérrez N, Hazane-Puch F, Laporte F, Brugère JF, Del Rio D, Demeilliers C, de Lorgeril M. *PLoS One.* 2016; 11(2):e0148118.
- 19- Fish and N-3 fatty acids for the prevention and treatment of coronary heart disease: nutrition is not pharmacology. De Lorgeril M, Salen P. *Am J Med.* 2002; 112(4):316-9.
- 20- Recent findings on the health effects of omega-3 fatty acids and statins, and their interactions: do statins inhibit omega-3? de Lorgeril M, Salen P, Defaye P, Rabaeus M. *BMC Med.* 2013; 11:5.
- 21- Increased platelet aggregation after heart transplantation: influence of aspirin. de Lorgeril M, Dureau G, Boissonnat P, Ovize M, Monnez C, Monjaud I, Salen P, Renaud S. *J Heart Lung Transplant.* 1991; 10(4):600-3.
- 22- Effects of a French Mediterranean diet on heart transplant recipients with hypercholesterolemia. Salen P, de Lorgeril M, Boissonnat P, Monjaud I, Guidollet J, Dureau G, Renaud S. *Am J Cardiol.* 1994; 73(11):825-7.
- 23- High prevalence of thromboembolic complications in heart transplant recipients. Which preventive strategy? Forrat R, Ferrera R, Boissonnat P, Adeleine P, Dureau G, Ninet J, De Lorgeril M. *Transplantation.* 1996; 61(5):757-62.
- 24- Platelet aggregation and HDL cholesterol are predictive of acute coronary events in heart transplant recipients. de Lorgeril M, Boissonnat P, Mamele N, Martin JL, Monjaud I, Guidollet J, Dureau G, Ninet J, Renaud S. *Circulation.* 1994; 89(6):2590-4.
- 25- Accelerated coronary artery disease after heart transplantation: the role of enhanced platelet aggregation and thrombosis. de Lorgeril M, Loire R, Guidollet J, Boissonnat P, Dureau G, Renaud S. *J Intern Med.* 1993; 233(4):343-50.
- 26- Dietary and blood antioxidants in patients with chronic heart failure. Insights into the potential importance of selenium in heart failure. de Lorgeril M, Salen P, Accominotti M, Cadau M, Steghens JP, Boucher F, de Leiris J. *Eur J Heart Fail.* 2001; 3(6):661-9.
- 27- Cardioprotective effect of chronic low dose ethanol drinking: insights into the concept of ethanol preconditioning. Guiraud A, de Lorgeril M, Boucher F, Berthonneche C, Rakotovo A, de Leiris J. *J Mol Cell Cardiol.* 2004; 36(4):561-6.

___ Commentaire ___

23 août 2022 à 14 h 50 min

En tant que médecin pédiatre et jeune chercheur à l'INSERM, avec un doctorat d'épidémiologie, j'ai étudié assez profondément les principes de l'Evidence Based Medicine dans les maladies rares en pédiatrie, et je rejoins totalement l'analyse de Michel de Lorgeril sur la faillite prématurée de ce bel outil qu'est l'EBM, massacré par les intérêts industriels et autres recherches de profit à court terme. Je lui tire mon chapeau pour avoir fait le travail scientifique rigoureux de recherche qui l'a amené à ses conclusions concernant les vaccins, étant moi-même peu enclin à le faire devant l'ampleur de la tâche. Aussi très souvent lorsque mes patients, amis, etc. me demandent ce que je pense de telle ou telle vaccination, je réponds simplement: la vaccination, je n'y connais rien. Et c'est vrai. C'est ainsi qu'on a pu infuser à toute une génération de médecins sans aucune preuve scientifique valable à l'appui un dogme aujourd'hui aussi inébranlable que la saignée en son temps. La médecine se repaît de dogmes à l'image de la religion, et la vraie science indépendante en reste bien soigneusement éloignée. Bienvenus dans une ère d'obscurantisme technocratique. Stéphane Darteyre, MD, PhD.