FERNAND DELARUE

L'INTOXICATION VACCINALE

SEUIL

FERNAND DELARUE

L'INTOXICATION VACCINALE

SEUIL

Jamais encore, et dans aucun pays, il n'avait été possible de présenter devant le grand public le sujet abordé dans cet ouvrage.

Je le dédie à ceux qui se sont obstinément refusés, à travers une lutte obscure, à subir la conformation générale.

Je le dédie également à ceux dont les études et les travaux, depuis plus d'un siècle, sont étouffés par le mur du silence, et à qui je suis heureux de pouvoir rendre hommage en leur prêtant ma voix.

ISBN 2-02-004732-2
Éditions du seuil
1977

TABLE

AVANT-PROPOS

INTRODUCTION

1. VACCINATIONS ET RÉGRESSION DES ÉPIDÉMIES

A. Régression des épidémies en l'absence de vaccinations : une évolution semblable dans les pays vaccinés et non vaccinés

1. Diphtérie

2. Tuberculose

3. Rougeole

4. Tétanos

5. Variole

B. Extension des épidémies en dépit des vaccinations : quelques exemples d'inefficacité

1. Variole

2. Tuberculose

3. Recrudescence de de la polio après vaccination

4. Recrudescence de la diphtérie

C. Impact spécifique de la vaccination sur l'évolution de quelques maladies

1. Variole : l'exemple anglais

2. La diphtérie en France

3. Tuberculose

Conclusions

2. PERSISTANCE ET DÉVELOPPEMENT DU MYTHE VACCINAL

1. Comment « il n'y a pas d'accidents » : conservation du mythe de l'innocuité

2. Quelques exemples d'altération de la vérité

3. Les statistiques tronquées

4. Étouffement des adversaires

5. La parole des pontifes

6. La psychologie des foules au service du mythe

7. Conformation générale de la population

3. LE MÉCANISME DE LA CONTRAINTE

1. La contrainte psychologique

2. La contrainte légale

3. La contrainte administrative

4. LES DIMENSIONS DE LA CONTRAINTE VACCINALE

A. Les catégories d'individus souffrant de la contrainte

1. Les opposants par principe

2. Les opposants par nécessité

B. Des exemples de contraintes et d'abus

1. Pourquoi ils refusent les vaccinations

2. Certificats de contre-indication contestés sans motif

5. L'ARGUMENTATION VACCINALISTE : SES RAPPORTS AVEC LA CONTRAINTE

1. Les porteurs de germes

2. La barrière d'immunité

6. UN BIENFAIT SOCIAL ?

1. Immunologie : effets nocifs de l'immunisation artificielle

2. De l'équilibre écologique des virus

3. Contamination par des agents étrangers au vaccin

4. Autres effets nuisibles à l'échelle des sociétés humaines

a. Leucémie et cancer

b. Atteintes cardio-vasculaires

c. Troubles mentaux ou caractériels, inadaptation sociale

5. Les accidents classiques
6. Incidence épidémiologique
7. Confirmation en élevage bovin

CONCLUSION

Annexe : Vaccinations obligatoires dans les pays du Marché Commun pour l'ensemble de la population

AVANT-PROPOS

N'a-t-on pas tout dit sur les vaccinations ?

Tout, en effet, sauf ce qui serait de nature à porter atteinte à leur prestige. Or, rien n'a été dit, rien n'a été fait pour approcher la vérité, tant qu'on n'a que loué.

Ce livre, dont la publication eût été impensable, il y a peu d'années, se place dans la ligne de la libération progressive des esprits vis-à-vis de quelques tabous.

Remettre en cause, contester l'admis, exercer son jugement dans les domaines les plus divers de la pensée et de la vie semble maintenant chose courante et largement acceptée. Or, la vaccination apparaît comme l'ultime domaine intangible : c'est une citadelle de certitudes gardée par les remparts infranchissables d'une affectivité ombrageuse et constamment renforcée par l'apport d'un conditionnement parfaitement sélectif distillé par tout l'appareil social.

Il est vrai que la voie d'une remise en cause de la vaccination est désormais ouverte, après les importants remous et les prises de conscience récents qui sont parvenus à faire sauter un certain nombre de verrous dans le domaine de la médecine dont les vaccinations ne sont qu'une branche. On peut dire qu'elles sont regardées comme l'un des plus beaux fleurons de la couronne médicale qui leur doit une bonne part de son rayonnement et de sa gloire, comme la puissance médicale leur doit une part de son emprise sur l'homme.

L'entreprise que je veux tenter ici sera donc difficile puisque, à chaque pas, l'objectivité m'amènera à heurter le conformisme pétrifié dans lequel s'est cristallisée notre attitude mentale au sujet des vaccinations. Que ceux qui voudront me suivre fassent donc effort pour prendre du recul, et aborder ce message comme une nouvelle déchargée de toute tension émotionnelle.

Nous essaierons de nous dégager du « reçu » pour observer et

analyser les faits. Cette tentative nous réservera des surprises, et peut-être irons-nous d'étonnement en déconditionnement.

INTRODUCTION

Les problèmes soulevés par les vaccinations relèvent de domaines si différents qu'il apparaît nécessaire de préciser, au seuil de cette étude, les buts et les limites de celle-ci.

Vacciner, c'est inoculer des éléments microbiens ou viraux de toxicité atténuée, afin de provoquer une maladie légère et en principe bénigne et inapparente, susceptible, par réaction défensive de l'organisme, de protéger celui-ci contre une atteinte ultérieure de la maladie elle-même. On parle alors d'immunisation.

Or, sous l'apparente simplicité de cette définition, se cache une extraordinaire diversité relative à la nature des éléments inoculés (antigènes), aux procédés destinés à les affaiblir, aux processus supposés de leur mode d'action, à la durée escomptée de leur efficacité, etc.

Ainsi la variolisation, c'est-à-dire la contamination directe par le pus d'individus varioleux, fut partiellement remplacée par l'usage des croûtes de cicatrisation des pustules et des linges des malades, ce qui contribua, en dépit des affirmations répétées des protagonistes de ces méthodes, à la multiplication des épidémies. Puis, ce fut par l'inoculation de la vaccine de Jenner, c'est-à-dire d'une maladie des bovins différente de la variole, qu'on crut venir à bout de cette dernière. On en loua l'efficacité et l'innocuité avec la même conviction qu'on l'avait fait auparavant pour la variolisation. On affirma avec la même certitude qu'une seule vaccination (du latin *vacca,* la vache) protégeait pour la vie entière, partant de cette croyance maintes fois démentie depuis qu'un individu ayant contracté la maladie en était protégé pour le restant de ses jours.

Devant les échecs de la méthode et la persistance des épidémies, les spécialistes se divisèrent, les uns prélevant la lymphe vaccinale sur l'homme pour l'inoculation de bras à bras, d'autres promenant génisses ou chevaux jusque dans les écoles pour vacciner les enfants par prélèvement direct sur les pustules jennériennes, d'autres

enfin critiquant les procédés nouveaux dont les échecs étaient évidents et en revenant à la variolisation qui, selon eux, avait fait ses preuves.

Cette dernière pratique fut finalement interdite, mais il avait fallu se rendre à l'évidence : malgré le nombre croissant des scarifications — on en pratiqua jusqu'à cent[1] —, la vaccination avait signé son échec lors de très nombreuses épidémies qui ravagèrent les pays parfaitement bien « protégés », les individus vaccinés étant d'ailleurs tout aussi sévèrement frappés par la variole que les non vaccinés. On avança donc que dans certains cas, un rappel était nécessaire. On le déclara bientôt indispensable, sans reconnaître les échecs passés. Puis on parla de second rappel : certains en pratiquèrent enfin tous les ans, et l'on s'étonna que des individus si bien protégés pussent cependant mourir « dans d'aussi bonnes règles ».

Ces variations dans l'estimation de la durée de l'immunité aussi bien que dans la nature de l'antigène à employer se doublent actuellement de divergences d'opinion relatives au traitement de cet antigène. Les partisans des vaccins tués (dits inactivés) font remarquer que les vaccins vivants (dits atténués) sont trop dangereux. Les partisans de ces derniers rétorquent que les premiers sont sans doute moins dangereux, mais qu'ils sont inefficaces. Reste à trouver la juste mesure dans l'atténuation afin de réaliser l'équilibre optimum réunissant le maximum d'efficacité et le minimum de nocivité. Chaque inventeur, chaque fabricant pense généralement assez de bien de son produit pour trouver les arguments justifiant la diffusion de celui-ci, voire son obligation. La tendance actuelle témoigne cependant d'un intérêt croissant pour les vaccins vivants, quitte à les traiter spécialement pour diminuer la fréquence de leurs conséquences dommageables. La pointe de la technique s'orienterait, dit-on, vers la recherche d'un vaccin destiné à provoquer une stimulation non spécifique de l'immunité, capable de prévenir toutes les maladies.

On voit, par ces quelques exemples, qu'il existe une opposition

---

[1] Dr Verdier-Delisle, De la dégénérescence physique et morale de l'espèce humaine. Éditions Charpentier. 1855.

étonnante entre la réalité des querelles doctrinales, de l'écroulement successif des convictions éphémères au gré des inventions nouvelles — évolution normale et indispensable — et une autre réalité : celle qui concerne la façon dont les vaccinations sont présentées au public, ressenties et acceptées par lui. À ses yeux, elles sont l'effet d'un ensemble de certitudes non susceptibles de contestation ou de remise en cause. De façon constante, le consommateur de vaccin pense bénéficier d'un produit quasi parfait, pour la mise au point duquel toutes les précautions ont été prises afin de lui assurer efficacité et innocuité. Si tel vaccin disparaît du commerce, c'est toujours de façon feutrée, non parce qu'il était inefficace ou dangereux (pudeur oblige), mais parce qu'il n'est plus nécessaire ou qu'il est avantageusement remplacé par un autre. Le public ne sait rien de ce qui se passe dans les coulisses. S'il en avait la moindre idée, ce serait la fin de sa confiance, c'est-à-dire des vaccinations. À ses yeux, ce terme recouvre une réalité simple, unique, acceptable par tous et d'ailleurs cautionnée par les scientifiques.

Ici, les gardiens de l'orthodoxie brandissent leurs épées flamboyantes : « Domaine scientifique ou médico-scientifique inaccessible au non-spécialiste ! » Nous nous garderons de tomber dans le piège d'une polémique sur le plan scientifique. Qu'on ne s'attende pas à trouver dans cet ouvrage une étude des techniques d'obtention des vaccins, de leur nature, de leur mode d'introduction ou d'action[2]. Il s'agit, nous l'avons vu, de données variables selon les époques et les auteurs.

Nous nous intéresserons au contraire à ce qui demeure constant dans ce domaine, c'est-à-dire aux procédés employés pour justifier les vaccinations et pour les imposer aux médecins comme aux pa-

---

[2] Il suffira de rappeler que la législation française prévoit 5 vaccinations obligatoires : contre la variole, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la tuberculose (BCG): que la vaccination des jeunes filles contre la rubéole est systématiquement mise en place et qu'il est question de la rendre obligatoire: qu'il existe enfin de nombreux autres vaccins contre la rougeole, la coqueluche, le choléra, la grippe, les oreillons, la fièvre jaune, la rage, la méningite, la typhoïde, etc., sans parler des innombrables vaccins à usages vétérinaires. [Pour rappel, cet ouvrage date de 1978].

tients en les préservant de toute critique, quitte à travestir les faits.

Le but de cet ouvrage est donc de dénoncer le caractère trompeur des apparences scientifiques dans lesquelles on drape ce sujet et d'exposer les techniques de conformation employées au niveau du public-consommateur : elles relèvent plus de la passion que de la science.

Nous tenterons ainsi de désacraliser le problème afin qu'on ose y réfléchir : il mérite, aussi bien que tout autre, d'être discuté avec un esprit critique et sans concession.

Il n'en reste pas moins que les épidémies ont régressé, voire disparu. Tous les moyens ne sont-ils pas légitimes pour obtenir un succès aussi remarquable ? Mais d'autre part, n'est-il pas tentant d'attribuer à un seul élément d'intervention le mérite du résultat global ? Ce que nous avons vu à propos de la variole permet au doute de s'installer. L'étude des statistiques montrera que l'efficacité des vaccinations peut être contestée.

Nous buterons alors sur un deuxième obstacle à l'étude objective d'un tel sujet : l'esprit et l'opinion se refusent, en dépit des faits, à admettre une évidence choquant au plus haut point les idées reçues. Rien n'est négligé en effet pour maintenir et renforcer la croyance quasi religieuse en l'efficacité des vaccinations. Par quels processus et par qui l'opinion peut-elle être ainsi conditionnée ?

Puis nous étudierons les procédés de la contrainte psychologique, administrative et légale concourant à renforcer les résultats acquis par la propagande, dans le but d'assurer la pérennité et la protection de ce qui a finalement pris valeur de dogme.

Nous analyserons ensuite le contenu du message conformateur, c'est-à-dire l'argumentation vaccinaliste elle-même, pour découvrir sa fragilité. Nous évoquerons enfin rapidement les dangers inhérents aux vaccinations, qu'ils se traduisent par des accidents individuels et immédiats, ou par des conséquences à long terme et à l'échelle des sociétés. Le conditionnement des populations aurait en effet moins de gravité s'il était sans effets préjudiciables sur la santé des vaccinés. L'examen de ces conséquences nous a donc paru indissociable de celui des méthodes employées pour imposer les vac-

cinations. Tant il est vrai qu'à nos yeux *l'intoxication vaccinale* ne concerne pas seulement les esprits, mais touche également les corps qu'elle prétend protéger[3].

[3] L'essentiel des travaux cités dans cet ouvrage fait partie de la documentation sur laquelle s'appuie la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations (4, rue Saulnier. 75009 Paris) pour réclamer depuis vingt-deux ans l'abrogation de toutes les lois rendant obligatoires certaines vaccinations et subordonnant en particulier la scolarisation à leur observation.
Les exemples rapportés proviennent également de cette même source de documentation.
C'est dire que l'ensemble de cet ouvrage, sans exposer obligatoirement les thèses de la Ligue, s'appuie sur la longue expérience de sa lutte.

1. VACCINATIONS ET RÉGRESSION DES ÉPIDÉMIES

« Les épidémies du passé ont disparu. La vaccination a donc fait ses preuves et son efficacité n'est plus à démontrer. » Telle est l'affirmation opposée sans appel à la formulation de la moindre réserve à l'égard du tabou vaccinal.

Or, si l'on y regarde de plus près, on s'aperçoit que cette opinion est des plus contestables : le mérite de cette disparition pourrait bien être abusivement attribué à un facteur accessoire sur lequel se focalise l'attention au détriment d'autres facteurs plus directement liés au recul des épidémies.

En 1348, la peste noire emporta les deux tiers de la population française. Plus près de nous, le choléra sema l'épouvante pendant des siècles. Ces deux maladies ont disparu de notre pays, sans vaccinations. Or, elles persistent, ainsi que d'autres, dans certains pays, malgré les vaccinations. N'est-ce pas là une observation comparative péremptoire ?

L'étonnement qu'on lit le plus souvent sur les visages lorsqu'on fait cette simple remarque de bon sens permet de mesurer la profondeur du conditionnement qui domine les esprits à ce sujet.

Imaginons, de plus, qu'à partir d'une des périodes de pointe, on ait pratiqué des vaccinations contre ces maladies. Celles-ci auraient normalement régressé pour disparaître complètement. Les vaccinalistes en auraient conclu que ces disparitions étaient dues sans aucun doute possible à la vaccination ! Ils auraient établi des graphiques concluant qu'avant celle-ci il y avait tant de millions de cas, tant de millions de morts, mais qu'après, on avait assisté à une merveilleuse décroissance pour obtenir, enfin, une éradication totale. Ils en concluraient également que ce résultat n'a pu être obtenu que grâce à la persistance et même à l'intensification des vaccinations lorsque le taux des cas est devenu minime ! (C'est ce qu'on a

dit de la variole, puis de la diphtérie et de la poliomyélite ; c'est l'argument actuellement employé au sujet du BCG et du vaccin antitétanique.)

Ainsi l'exemple des maladies disparues sans vaccins devrait logiquement amener chacun à considérer sans passion ni parti pris les arguments donnés ci-dessous.

Ce sont les chiffres de mortalité et de morbidité qui permettent aux partisans des vaccinations de croire en l'efficacité de celles-ci. Ce sont donc ces mêmes chiffres que nous examinerons d'abord, sous trois angles successifs complémentaires, chacun d'eux faisant apparaitre une raison de douter de cette efficacité, leur juxtaposition apportant, semble-t-il, la preuve de l'inexistence de celle-ci.

Ainsi, nous constaterons successivement :

- que la régression des épidémies s'est produite dans les pays ou les groupes non vaccinés, aussi bien que dans les pays ou les groupes vaccinés. C'est donc à d'autres facteurs qu'à la vaccination qu'il faut attribuer cette régression ;

- que les vaccinations même pratiquées systématiquement sur des populations entières n'ont pas empêché le retour d'épidémies parfois catastrophiques ; cet échec montre que leur efficacité est contestable ;

- que la découverte ou la systématisation des vaccinations n'ont pas eu d'incidence statistique notable sur l'évolution de la maladie considérée.

Ces trois remarques permettront d'apprécier les limites des bienfaits de la pratique vaccinale. L'évaluation des dommages qu'elle entraîne, qui fera l'objet d'un autre chapitre, permettra au lecteur de faire le bilan, en pesant ses avantages et ses inconvénients.

A. Régression des épidémies en l'absence de vaccinations : une évolution semblable dans les pays vaccinés et non vaccinés

Si ce sont les vaccinations qui ont vaincu les épidémies, celles-ci

devraient encore ravager les pays où l'on n'a pas vacciné ou bien où l'on n'est plus vacciné. L'histoire de l'épidémiologie apporte la démonstration du contraire. Les exemples en sont nombreux, encore que les vaccinations soient tellement répandues qu'il est parfois difficile de trouver des éléments de comparaison, d'autant plus que les statistiques font trop souvent défaut.

1. Diphtérie

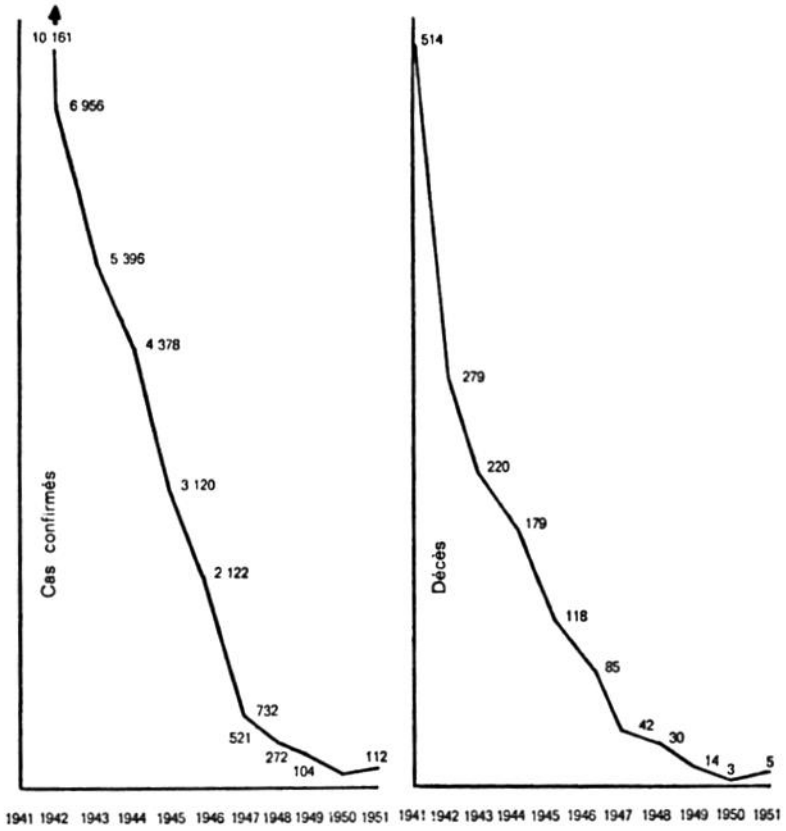


Fig. 1. Déclin de la mortalité et de la morbidité par diphtérie en Écosse de 1941 à 1951, parmi des sujets non vaccinés. Rapport du département de la Santé d'Écosse pour l'année 1951 (appendice n° 14, p. 93).

Remarquons que la diphtérie a régressé jusqu'à disparaître, sans vaccinations (il s'agit bien de sujets non vaccinés) (fig. 1).

Imaginons qu'on ait vacciné à partir de 1941, alors qu'il y avait eu 10.161 cas de diphtérie dans l'année. Que se serait-il passé ? La même régression se serait produite. Qu'en auraient conclu les vaccinalistes ? Que cette régression était due à la vaccination...

C'est ce qui s'est produit dans tous les pays où une maladie a régressé alors qu'on vaccinait.

L'étude la plus complète au sujet de l'incidence de la vaccination antidiphtérique sur cette maladie a été faite en 1954 par le Dr Robert Rendu, ex-chef adjoint de clinique à la faculté de médecine de Lyon[4]. Les considérations et extraits suivants en reprennent l'essentiel :

> *« Le déclin de la diphtérie depuis l'acmé de 1943-1944 est vraiment sensationnel, si bien qu'en 1951 le nombre des cas déclarés était partout, en Europe, plus faible qu'il n'avait jamais été auparavant. De fait, la diphtérie semble être une maladie en voie d'extinction. Comme cette régression " spectaculaire " a plus ou moins coïncidé avec l'extension de la vaccination dans tous les pays civilisés du monde, on en a conclu que c'était l'anatoxine qui avait fait reculer la diphtérie.*
>
> *C'est en effet la première hypothèse qui vient à l'esprit, quand on constate la simultanéité approximative des deux phénomènes, mais il pourrait se faire aussi qu'on se trouve en présence d'une simple coïncidence. »*

Or, des expériences vaccinales avec séries-témoins simultanées se sont trouvées involontairement réalisées dans certains pays.

Les résultats en sont les suivants :

---

[4] *Journal de médecine de Lyon.* n° 819, 20 février 1954, ainsi que *Vaccinations et Santé,* mars 1955.

a. Expériences comparatives pendant l'entre-deux-guerres

« ***Australie.*** Dès 1923[5], K. R. Moore, en Australie, avait remarqué que la diphtérie avait autant baissé dans les localités non vaccinées, que dans celles où une campagne vaccinale avait été poursuivie.

Hongrie. La Hongrie est le premier pays d'Europe où la vaccination massive des enfants ait été pratiquée ; elle commença en fin 1928 et fut suivie, trois ou quatre ans après, d'une forte baisse de morbidité. Cette expérience ne fut poursuivie que dans les campagnes et, pratiquement, la ville de Budapest ne fut pas vaccinée[6], ce qui n'empêcha pas le déclin de la diphtérie d'être aussi prononcé dans la capitale que dans l'ensemble du pays (fig. 2).

Suisse. Grâce à l'autonomie dont jouissent les divers cantons de la Suisse, l'un d'eux, celui de Genève, a pu rendre la vaccination obligatoire dès 1932 ; depuis, la morbidité diphtérique a diminué considérablement. Cette baisse a été partout considérée comme une preuve concluante de l'efficacité de la vaccination. L'étude à laquelle nous nous sommes livrés nous a montré que la maladie avait décliné à la même époque aussi bien dans les 24 cantons témoins (non vaccinés) que dans celui de Genève.

Les heureux résultats apparents enregistrés n'étaient donc qu'une simple coïncidence due au fait qu'on avait vacciné " à marée descendante ", c'est-à-dire pendant la décrue de la vague épidémique de 1930. Si l'on compare le canton de Genève, où la vaccination est obligatoire depuis 1932, avec le canton voisin de Vaud[7] où l'obligation vaccinale n'a été instituée que douze ans après (1944), on voit que, de 1932 à 1940, le nombre des cas a baissé de 137 à 20 dans le canton vacciné et de 135 à 25 dans le canton non vacciné (fig. 3). »

---

[5] K. R. Moore, *Bulletin de l'office intérieur d'Hygiène publique,* 1926, p. 210.
[6] Dr Robert Rendu, *Étude critique des résultats de la VAD en Hongrie,* communication à la *Grande Semaine médicale de Budapest,* 4 au 12 septembre 1948.
[7] *Bulletin du service fédéral d'Hygiène publique,* Berne, 29 août 1942, p. 382-383.

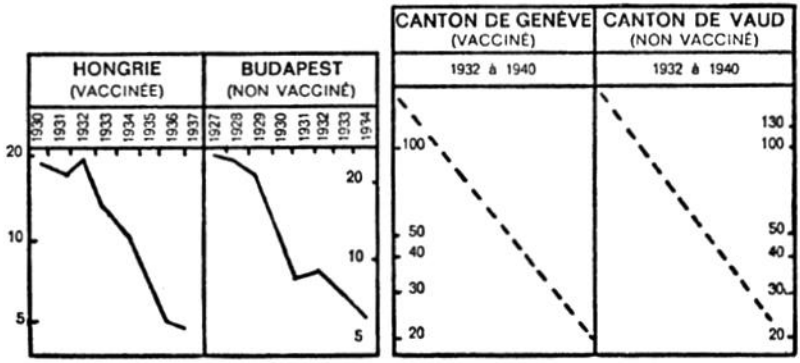


Fig. 2 Fig. 3

Fig. 2. Déclin comparé de la diphtérie dans les districts ruraux de Hongrie (vaccinés) et à Budapest (non vaccinée). Taux de mortalité par 100 000 hab. Échelle logarithmique. **Fig. 3. Déclin comparé de la diphtérie dans le canton de Genève (vacciné) et dans celui de Vaud (non vacciné).** Cas déclarés. Échelle logarithmique.

Des observations semblables ont montré une décroissance identique de la diphtérie, avec ou sans vaccinations, en Allemagne[8], aux États-Unis[9], ou en Pologne.

b. Expériences comparatives réalisées pendant la Seconde Guerre mondiale, et depuis

« ***France.*** De 1945 à 1950, les décès sont tombés de 1.839 à 121 chez les enfants de un à 14 ans (vaccinés) et de 517 à 34 chez les moins de un an (non vaccinés), soit une baisse de 93 % dans les deux cas (fig. 4). Si c'était l'anatoxine qui, chez ces derniers, était cause de l'effondrement de la diphtérie, ce déclin n'aurait pas dû se produire chez les enfants de moins de un an, puisqu'ils n'étaient pas vaccinés. En d'autres termes, les résultats de la non-vaccination ont

---

[8] Gundel, *Bulletin de l'office intérieur d'Hygiène publique,* 1935, II, p. 1 755-1 758 et 1936, supplément de février, p. 3-20. *Reichs Gesundheitsblatt* pour 1934 à 1939. F. Goebel, *Deutsch, Med. Wochensch..* LXVIII, 33, 15 août 1941, 903.

[9] White House Conférence on child health and protection, New York, Century Co, 1931.

été aussi “ spectaculaires " que ceux de la vaccination.

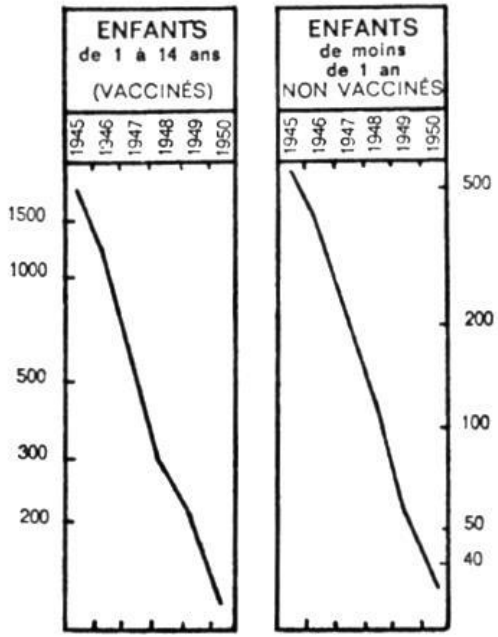


Fig. 4. Déclin comparé de la diphtérie en France chez les enfants de 1 à 14 ans (vaccinés) et chez ceux de moins de 1 an (non vaccinés). Échelle logarithmique.

Berlin. Que s'est-il passé dans les capitales européennes pendant l'année d'acmé et les quatre années suivantes ? À Berlin (après l'abandon de la vaccination), la mortalité est devenue quarante fois plus faible en cinq ans (passant de 74,8 à 1,9 par 100.000 habitants), tandis que dans les dix autres capitales (vaccinées), le coefficient de baisse pendant le même laps de temps n’a été que de 10 en moyenne. Le moins qu’on puisse conclure de cette comparaison c'est qu'elle ne plaide pas en faveur de la thèse de l'efficacité vaccinale.

On s'extasie souvent devant la chute vertigineuse des décès diphtériques en Angleterre pendant la grande “ Croisade vaccinale ”, mais on oublie de remarquer que s’il a fallu, dans ce pays, une dizaine d’années de vaccination intensive (1940 à 1950) pour ” faire descendre ” le nombre des décès de 2.480 à 49, à Berlin, six

ans de non-vaccination (1945 à 1950) ont abouti sensiblement aux mêmes résultats[10].

Allemagne occidentale. On a vu, dans ce pays, tomber le nombre des cas de diphtérie de 153.335 à 20.905 (1946-1952) et celui des décès de 6.280 à 533 (1946-1951) ; en cinq à six ans, la morbidité a donc diminué de 86 % et la mortalité de 91,6 %. Or, cet effondrement de la maladie s'est produit à une époque où aucune campagne de vaccination collective n'a été pratiquée ; en effet, la vaccination antidiphtérique, rendue obligatoire en 1941 sous Hitler, n'avait donné que des déboires : le nombre des cas dans l'ensemble de l'Allemagne, au lieu de baisser, augmenta de 17 % en trois ans. Mieux que cela, à Berlin où, dès 1942, 80 % des enfants se trouvaient déjà vaccinés, le taux de mortalité diphtérique sextupla en cinq ans de vaccination obligatoire (fig. 5) !

Cet " échec spectaculaire ", dû au fait que la campagne vaccinale avait été entreprise " à marée montante ", est certainement, avec la pénurie des moyens financiers, la raison principale qui a amené l'Allemagne, après la défaite militaire de 1945, à ne pas poursuivre une expérience dont les résultats avaient été aussi décevants.

Pour mieux nous rendre compte de l'importance de l'effondrement de la diphtérie en Allemagne occidentale (non vaccinée), comparons cette baisse avec celle qui s'est produite dans les dix-neuf pays vaccinés d'Europe dont les statistiques couvrent la période envisagée.

---

[10] Les décès sont passés de 2 175 en 1945 à 45 en 1950.

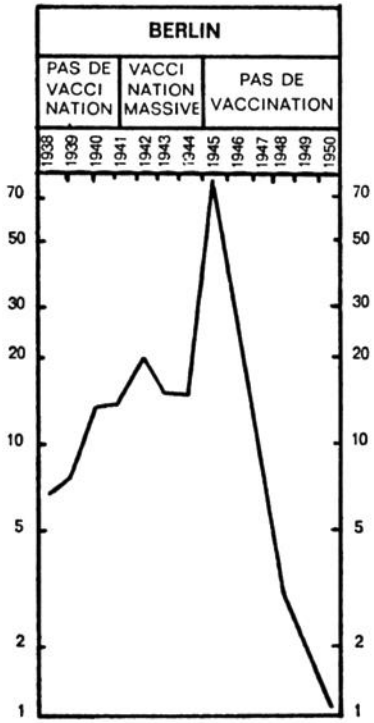


Fig. 5

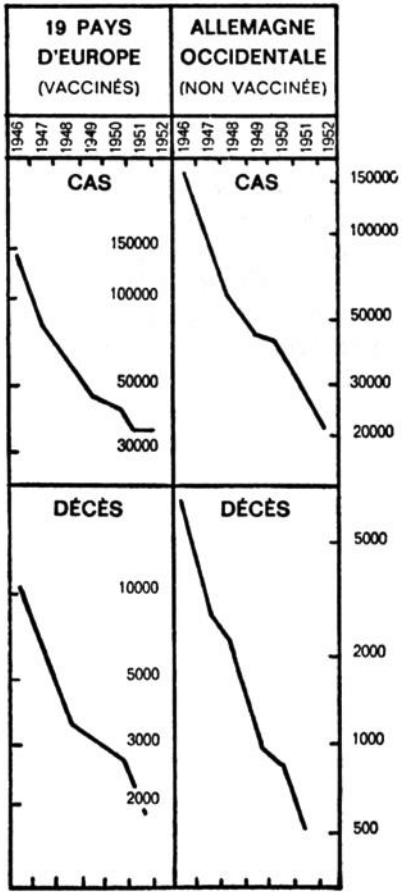


Fig. 6

Fig. 5. Évolution de la diphtérie à Berlin de 1938 à 1950 dans ses rapports avec la vaccination. Taux de mortalité pour 100 000 habitants. Échelle logarithmique. **Fig. 6. Déclin comparé de la diphtérie dans 19 pays (vaccinés) d'Europe, et en Allemagne occidentale (non vaccinée) de 1946 à 1952.** Cas et décès. Échelle logarithmique.

Si, dans ces dix-neuf pays[11], la morbidité et la mortalité ont di-

[11] Les cas y sont passés de 140493 à 33261 (1946-1952), donc baisse de 76,3 % et les décès de 10248 à 1868 (1946-1951), donc baisse de 81,8 %.

minué respectivement de 76% et de 81 %, la baisse en Allemagne occidentale (non vaccinée) a été de 86 % et de 91 %, c'est-à-dire du même ordre de grandeur, un peu plus forte même ; le parallélisme des graphiques (fig. 6) tend donc à prouver que la vaccination n'est pas la cause de l'effondrement de la diphtérie dans les pays vaccinés. Le fait est particulièrement suggestif car, depuis la débâcle militaire de 1945, les transferts de population, les destructions de guerre, l'appauvrissement du pays, la sous-alimentation, la promiscuité des camps de réfugiés, la précarité des conditions de logement, le surpeuplement, tout permettait, comme le déclarait en 1947 Knud Stowman, de craindre que la diphtérie ne continuât à constituer en Allemagne " un réservoir d'infection menaçant pour l'Europe, à moins que des mesures énergiques de vaccination ne soient prises ". Or, ces mesures n'ont pas été prises, et c'est le contraire de ce qu'on avait prévu qui est arrivé : la morbidité est devenue, en six ans, sept à huit fois moindre, au point que dans certaines villes, tout comme à Paris, ces services hospitaliers de diphtérie, jadis encombrés de malades, ont fermé leurs portes, au point encore que l'an dernier (en 1953), dans certaines régions de l'Allemagne, on avait parfois de la peine à montrer des cas de diphtérie aux jeunes étudiants en médecine.

Japon. Entreprise en octobre 1948, la campagne vaccinale fut suspendue pendant toute l'année 1949 à la suite d'une quarantaine d'accidents vaccinaux mortels[12] et ne reprit qu'en 1950.

Par suite de la pénurie de vaccin, le nombre des enfants vaccinés est très inférieur à celui des assujettis.

L'acmé épidémique s'y est produite en 1944-1945. Depuis, le déclin de la maladie a été vraiment sensationnel puisque en sept à huit ans (1944-1945 à 1952), la morbidité et la mortalité y sont devenues respectivement onze et quinze fois moindres : elles atteignent actuellement (en 1954) le niveau le plus bas qui ait jamais été observé dans ce pays (fig. 7).

---

[12] M. Kominami, *Tokyo Medicine Journal,* septembre 1952 à janvier 1953.

Cet effondrement est d'autant plus remarquable que, là comme en Allemagne, les conséquences inévitables de la défaite : dévastations en tout genre, désorganisation économique, exode de réfugiés, sous-alimentation, misère extrême... tout faisait craindre le pire.

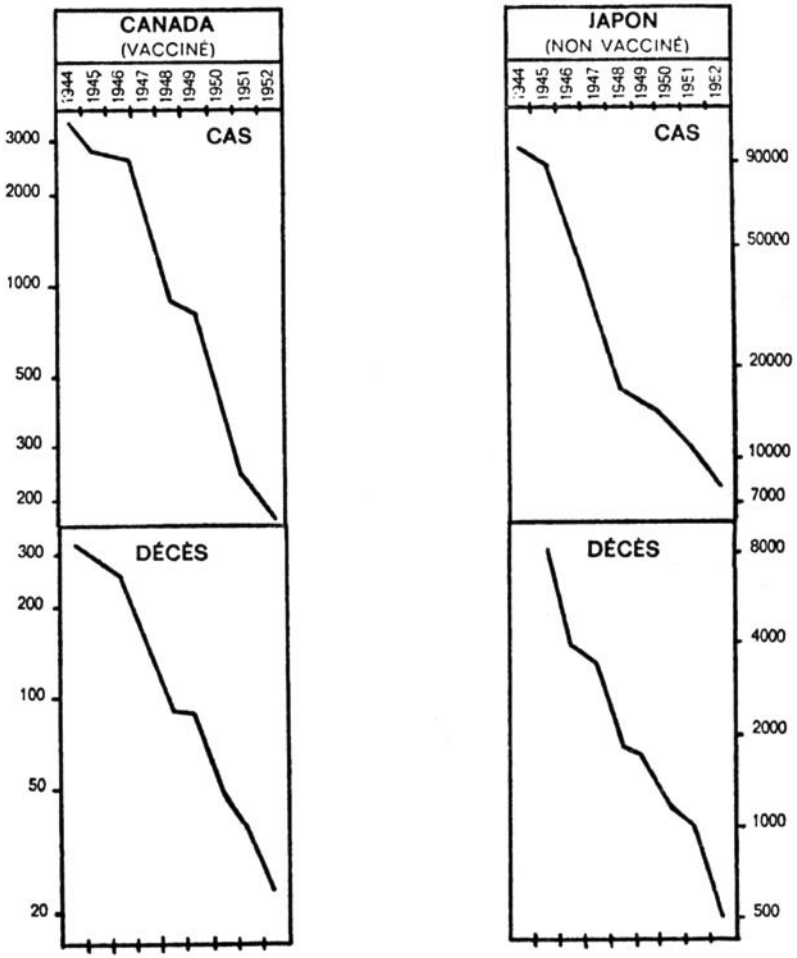


Fig. 7. Déclin comparé de la diphtérie au Canada (vacciné) et au Japon (non vacciné) de 1944 à 1952. Cas et décès. Échelle logarithmique.

Le Canada. Ce pays est toujours cité, par les immunologistes, comme un des pays du monde où la vaccination a donné les meilleurs résultats. Comparons donc, pendant la même période (1944-1952), les courbes du Canada avec celles du Japon (fig. 7): elles sont sensiblement superposables: si la vaccination a semblé faire merveille au Canada, la non-vaccination, elle aussi, a réalisé des prodiges au Japon.

c. Discussion

1.« On hésitera certainement à objecter que " si l'Allemagne et le Japon avaient été soumis à une vaccination intensive, la baisse eût été encore plus forte ” : raisonner ainsi c'est en effet émettre une pure hypothèse et recourir à un argument qui tient pour vrai ce qu'il s'agit précisément de prouver.

2.On ne manquera pas de dire que si, dans ces deux pays, on n'a pas organisé de vaccination collective, les enfants ont pu y être vaccinés dans le “ privé ”. Mais chacun sait que là où la vaccination n'a pas fait l'objet d'une campagne publique de propagande, ou n'a pas été rendue légalement obligatoire, le nombre des enfants vaccinés à titre individuel n'atteint qu'un pourcentage peu élevé, incapable d'influencer les courbes épidémiques.

3.On nous objectera peut-être : la vaccination a été nécessaire pour amener l'effondrement de la diphtérie ; si certains pays ont pu s'en passer, c'est qu' “ il n'y rien d'absolu en biologie ” ; le cas de l'Allemagne et du Japon est une “ exception qui confirme la règle ”.

Si cette boutade peut s'appliquer à la grammaire, elle n'est pas de mise en médecine où “ on doit être prêt à abandonner une théorie dès qu'un fait lui résiste ” (Laennec).

Au reste, si l'Allemagne et le Japon constituent une exception à la règle, on conviendra qu'elle est de taille, puisque ces deux pays groupent 130 millions d'habitants, c'est-à-dire plus de la moitié de la population des dix-neuf pays vaccinés d'Europe, pris comme terme de comparaison.

4.Certains pourront suspecter l'exactitude de nos chiffres : nous répondrons qu'ils proviennent de la même source que celle à la-

quelle ont recours les partisans de la vaccination, à savoir : les publications de l'OMS. Il n'y a d'ailleurs aucune raison pour accorder moins de valeur aux déclarations de cas et de décès faites par des pays disciplinés comme l'Allemagne et le Japon qu'à celles qui émanent d'un certain nombre de pays latins. Est-il enfin besoin de remarquer que, si les données statistiques de l'Allemagne et du Japon étaient favorables à la thèse de l'efficacité vaccinale, on ne songerait peut-être pas à les récuser ?

5.On nous objectera encore : " Si l'évolution cyclique de la maladie peut, à la rigueur, expliquer un certain déclin de la diphtérie, seule la vaccination a pu faire baisser la morbidité et la mortalité à des niveaux qui n'avaient jamais été atteints précédemment. " Il est facile de répondre qu'en Allemagne, au Japon, à Berlin, le nombre des cas et des décès est actuellement plus faible qu'il n'a jamais été, tout comme dans les pays ou villes les plus vaccinés.

d. Conclusions

« Mais de toutes les " expériences comparatives " non intentionnelles, les deux plus importantes sont celles de l'Allemagne occidentale et du Japon, qui, à la suite de leur défaite, n'ont pas procédé à des vaccinations collectives, ce qui n'a pas empêché l'effondrement de la diphtérie d'y être aussi spectaculaire que dans les pays les plus vaccinés du monde. Si la chute vertigineuse de la maladie observée dans les pays vaccinés constitue un fait " sans précédent dans les annales de l'immunologie " on conviendra aisément qu'une baisse identique constatée à la même époque dans deux grands pays non vaccinés équivaut, pourrait-on dire, à une expérience comparative " sans précédent dans les annales de l'abstention vaccinale ".

Ces succès sensationnels de la non-vaccination, dont nous avons rassemblé ici quelques exemples, restent inexplicables pour les partisans de la vaccination et semblent bien prouver, d'une façon irréfutable, l'inutilité et l'inefficacité de l'immunisation par l'anatoxine : logiquement, ils devraient amener les bactériologistes à " repenser " complètement le problème de la valeur " préventive "

d'une immunisation qui, en réalité, est " antitoxique " et non " anti-microbienne ". »

2. Tuberculose

Il est curieux de constater que le BCG, primitivement considéré comme possédant le pouvoir de déclencher une primo-infection tuberculeuse (que ses promoteurs jugeaient moins dangereuse que la primo-infection naturelle) a été par la suite élevé au rang d'un vaccin conférant une immunité.

« Il est clair, remarque cependant le Dr Kalmar, que la tuberculose-infection ne protège pas contre la survenue d'une tuberculose-maladie, mais la rend, au contraire, toujours possible, et qu'en outre une atteinte de tuberculose-maladie ne rend aucunement réfractaire à de nouvelles poussées évolutives.

La tuberculose apparaît ainsi comme étant tout le contraire d'une maladie immunisante. Elle immunise si peu qu'elle peut durer interminablement[13]. »

« Or, ajoute J. Taillens, si une première atteinte tuberculeuse guérie n'immunise pas et souvent même semble au contraire prédisposer à une nouvelle atteinte, comment espérer que l'immunité, que n'a pu établir un bacille nettement virulent, le sera par un bacille atténué[14] ? »

> *Devant le doute existant en ce qui concerne son efficacité, il est difficile de continuer à préconiser la vaccination systématique par le BCG en Allemagne... la vaccination par le BCG sans indication particulière n'a que des inconvénients et présente des dangers... Cette vaccination doit, par conséquent, être rayée, sans être remplacée, de notre catalogue des mesures de lutte antituberculeuse. Pour nous, la vaccination par le BCG n'est scientifiquement plus fondée, et médicalement elle n'est*

---

[13] Dr Kalmar et Me Evnard, *Le Procès des vaccinations obligatoires,* 1960.
[14] J. Taillens (professeur de clinique infantile à l'université de Lausanne), *Revue médicale de la Suisse romande,* 23 octobre 1920.

plus défendable. — Le Concours médical, 20 avril 1974 (entretien avec les Drs Coudreau et Patiente, sur un article de F. Freerksen).

Les partisans du BCG avancent une hypothèse pour justifier quand même l'action qu'ils lui attribuent. De façon assez curieuse, sans nier le pouvoir sensibilisant de chaque nouvelle infection par des bacilles virulents, ils déclarent qu'il arrive que les animaux comme les humains infectés soient en quelque sorte protégés. À la condition toutefois « qu'ils gardent encore quelques bacilles tuberculeux dans leurs ganglions[15] ».

« ... Les animaux qui résistent sont ceux qui restent porteurs de bacilles[16]. » Et ils ajoutent, comme un fait qui va de soi, que le bacille tuberculeux bovin de Calmette et de Guérin (BCG), « administré à l'homme, [lui] fait virer sa cuti-réaction et le protège contre les bacilles virulents auxquels il peut être exposé par la suite[17] ».

De fait, en dépit de cette affirmation — qui me semble peu convaincante —, il paraît difficile d'attribuer au BCG le mérite de la régression de la tuberculose, dans les pays où il n'a pas été pratiqué. Alors pourquoi le lui attribuer dans les pays qui l'ont appliqué systématiquement ?

En Grande-Bretagne, par exemple (fig. 8), le ministre de la Santé estimait qu'en 1959, 20.000 personnes seulement avaient reçu le BCG, parmi lesquelles un tiers d'infirmières et d'étudiants en médecine, soit 0,05 % de la population. On ne peut certes pas dire que c'est, dans ce pays, ce taux de vaccination par le BCG qui a fait régresser la mortalité par tuberculose ! Or :

— de 1851 à 1939, sans BCG, le nombre des décès a diminué de 75 % ;

— la baisse de la mortalité est absolument comparable en Grande-Bretagne (sans BCG) et au Danemark ou en Norvège (avec BCG), deux pays souvent cités en exemple de l'efficacité du BCG.

---

[15] Pr Lépine, *Les Vaccinations.* Paris. PUF, 1975, p. 43.
[16] *Ibid.*
[17] *Ibid.*

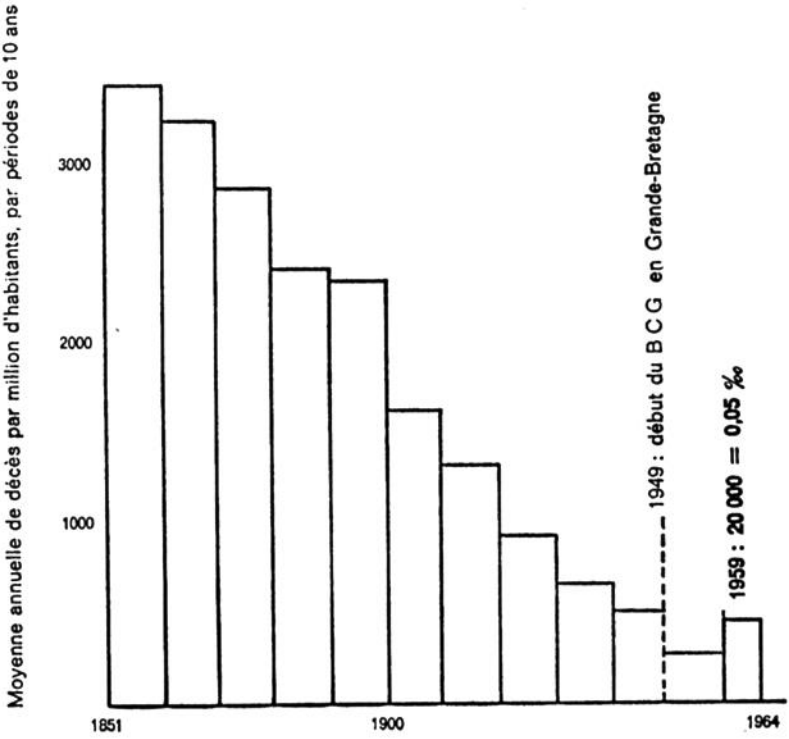


Fig. 8. Déclin de la tuberculose en Grande-Bretagne. Décès par tuberculose d'après l'appendice B, chap. II, du rapport de 1950 du ministre de la Santé de Grande-Bretagne. Reproduit par *The Vaccination Inquirer*, n° 822, juillet-août 1953. Statistiques de l'OMS pour la période de 1950 à 1964.

De façon générale, même sans qu'on y emploie le BCG, on assiste depuis un siècle à une spectaculaire diminution de la mortalité par tuberculose dans tous les pays à niveau de vie élevé. Ainsi le BCG n'a pas été utilisé à New York de 1924 à 1944 : la chute de cette mortalité atteignit près de 95 %[18]. Nous en verrons plus loin d'autres exemples.

---

[18] Dr J. A. Myers, une des sommités mondiales de la lutte contre la tuberculose, *Journal o) the Am. Med. Assoc.*18 août 1951.

3. Rougeole

Lors d'un colloque de la faculté de médecine de Paris (30 novembre 1969), le Pr Lépine brossa un tableau saisissant de la régression de la rougeole aux États-Unis, qu'il attribua à la vaccination. « En France, ajouta-t-il, où la vaccination est libre, on n'observe pratiquement pas de réduction d'incidence de la maladie. » Et plus loin : « Si les maladies infectieuses reculent, c'est vraiment aux vaccinations qu'on le doit. »

Le graphique publié par l'Institut national de la santé[19] infirme cette affirmation (fig. 9).

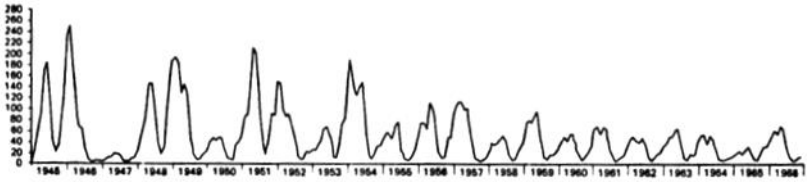


Fig. 9. La rougeole en France. Indice de morbidité calculé pour 100 000 habitants.

La décroissance de la rougeole est encore plus évidente sur la courbe établie d'après les chiffres du ministère de la Santé de Grande-Bretagne (fig. 10).

Ces deux courbes se dispensent de commentaires, si ce n'est que la vaccination a commencé en Grande-Bretagne en 1956 !

Ajoutons pourtant que J. Aicardi fait remarquer « que la coqueluche avait baissé en Angleterre d'un facteur 6 avant l'introduction de la vaccination, puis d'un facteur 2 après son introduction et qu'on retrouve le même phénomène avec la rougeole[20] ».

---

[19] *Recherche et Information en santé publique,* n° 2, mars-avril 1968.
[20] *Le Concours médical.* 25 janvier 1975.

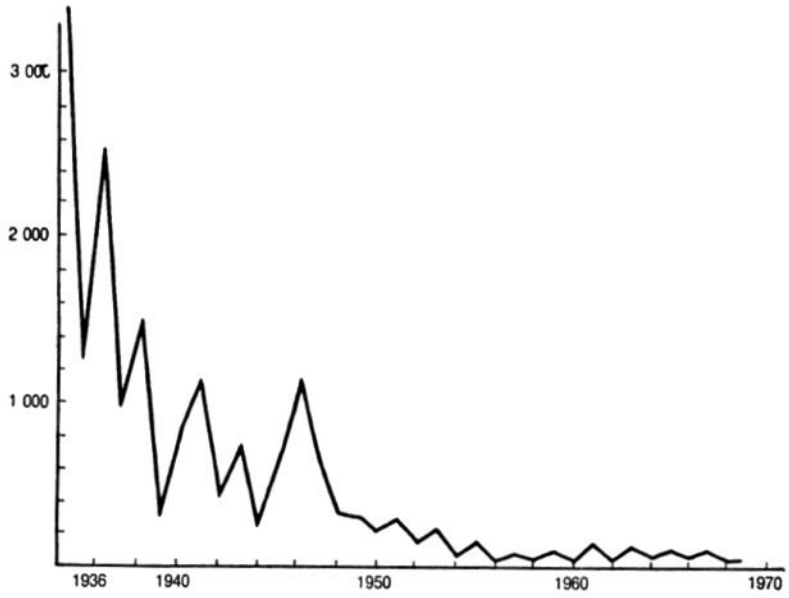


Fig. 10. Mortalité par rougeole : 1934 à 1968. (D'après *Registrar General's Reports.*) Déclin précédant la vaccination de 3 541 décès en 1934 à 115 décès en 1968.

4. Tétanos

Le tétanos n'est pas une maladie contagieuse susceptible d'engendrer des épidémies. D'ailleurs, le nombre de cas mortels en a toujours été minime par rapport aux dimensions prises à certaines époques par les grandes épidémies de variole, de peste, de choléra ou de diphtérie. Il est donc impossible d'établir des courbes significatives d'évolution, mais on peut faire quelques remarques concernant son indication.

« Dans l'ensemble du pays, de 1943 à 1947, 5 millions au moins d'enfants ont été vaccinés, soit plus de la moitié de la population âgée de 1 à 14 ans. Cette importante campagne vaccinale aurait dû entraîner une diminution considérable du nombre des décès, étant donné que le vaccin devrait agir à la fois sur la fréquence et sur la gravité de la maladie. Or, les statistiques officielles montrent que le

nombre des décès infantiles par tétanos n'a guère varié de 1943 à 1947 (1 décès environ en moyenne, par département et par an)[21]. »

Ce qui s'est passé dans les armées alliées pendant les deux dernières guerres confirme l'observation précédente faite dans la population civile théoriquement moins exposée.

« 1. Dans l'armée française, la plus vaccinée des armées alliées (plus de 4 millions de vaccinations, d'octobre 1936 à juin 1940), le taux de morbidité tétanique par 1.000 blessés a été le même pendant la campagne de 1940 que pendant la guerre de 1914-1918.

2. Dans l'armée grecque, non vaccinée, la fréquence du tétanos au cours de la dernière guerre a été sept fois moindre que dans l'armée française.

3. Dans les armées anglaise et américaine, vaccinées, le tétanos a presque complètement disparu au cours de la Seconde Guerre mondiale. Mais cette régression paraît due à d'autres facteurs que la vaccination, en particulier aux progrès réalisés dans l'hygiène du soldat, et surtout à l'emploi, sur une large échelle, des dérivés sulfamidés et de la pénicilline. Remarquons enfin que la gangrène gazeuse, due comme le tétanos à des anaérobies, a, elle aussi, mais sans vaccination, beaucoup diminué de fréquence d'une guerre mondiale à l'autre.

Au reste, il est difficile d'imaginer qu'une vaccination contre le tétanos puisse être efficace puisqu'une première atteinte de la maladie ne confère pas l'immunité (Kitosato, Toledo et Veillon, Vaillard) et qu'on peut, dans les laboratoires, voir mourir du tétanos des chevaux hyperimmunisés servant à la production du sérum antitétanique[22]. »

Cette inefficacité a été publiquement reconnue, lors du lancement du nouveau vaccin antitétanique IPAD (Institut Pasteur-Adsorbé), à l'occasion duquel les Français ont pu apprendre que « l'excellent vaccin de Ramon, mis au point en 1926, provoquait parfois des réactions allergiques et qu'il tombait en désuétude. On

---

[21] Dr Robert Rendu, *La Presse médicale.* 2 articles en 1949.
[22] *Ibid.*

ne recourait plus guère qu'au sérum[23] ».

Et la propagande d'insister :

« Le tétanos reste une maladie redoutable... Il tue toujours autant de personnes qu'il y a cinquante ans[24]. »

On peut se demander à quoi a servi l'obligation de la vaccination. On ne saurait mieux dire en tout cas que « l'excellent vaccin de Ramon »... « mis au point » depuis cinquante ans, a fait la preuve de sa parfaite inutilité !

5. Variole

Il est malheureusement difficile de comparer la décroissance de la variole dans les pays vaccinés et non vaccinés, attendu que cette vaccination a été pratiquée partout quoique à des époques parfois différentes. Certaines observations sont cependant précieuses et donnent à réfléchir.

a. L'opinion du Pr Alfred Russel Wallace

Dans le chapitre XVIII de son livre *the Wonderful Century* (Ce siècle étonnant, 1898, repris en 1970 par la Gregg International Publisher Ltd), l'éminent savant étudie l'incidence de la vaccination antivariolique sur la fréquence des cas de variole. Il était naturel pour un esprit scientifique rigoureux de procéder par comparaison.

Dans la ville de Leicester, 95% des bébés étaient vaccinés jusqu'au jour où éclata l'épidémie de 1871-1872. Le nombre de cas déclarés et le nombre de décès montrèrent à l'évidence l'inutilité de la vaccination (première démonstration). Les autorités abandonnèrent celle-ci et... prirent des mesures d'hygiène. La variole dispa-

---

[23] *Science et Vie.* mars 1974, dans un article inspiré par l'Institut Pasteur.

[24] Tract distribué par le Centre de transfusion sanguine de Valence et l'Association des donneurs de sang, destiné à collecter du sang pour la fabrication du nouveau vaccin à partir du plasma humain servant à préparer les gamma-globulines antitétaniques. Cette campagne était lancée par les Centres nationaux de transfusion sanguine, en collaboration avec le ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale (Cf. *Quotidien du médecin.* 11 février 1974).

rut de Leicester plus rapidement que dans aucune ville industrielle même vaccinée ! (deuxième démonstration).

A. R. Wallace établit un parallèle entre cette ville non vaccinée, et l'armée et la marine considérées comme « complètement vaccinées».

Taux moyen (par million) de mortalité par petite vérole (1873-1894)

Armée	37
Marine	36,8
Leicester	14,4

« II est ainsi complètement démontré que toutes les déclarations par lesquelles le public a été dupé pendant tant d'années sur l'immunité presque complète résultant de la revaccination de l'armée et de la marine sont absolument fausses. C'est uniquement ce que les Américains appellent du « bluff ». Il n'y a pas d'immunité. Les gens vaccinés n'ont pas de protection. Quand ils sont exposés à l'infection ils en souffrent tout autant que le reste de la population, et même plus. Dans l'ensemble des dix-neuf années 1878-1896 inclus, les habitants non vaccinés de Leicester ont eu si peu de cas mortels de petite vérole que l'officier de l'état civil en représente la moyenne par la décimale 0,01 pour 1.000 habitants, chiffre égal à 10 pour un million, tandis que pour les douze années 1878-1889, il y eut moins d'un décès par année !

Voici une immunité réelle, une protection réelle ; elle a été obtenue en soumettant la population à des règles d'hygiène et d'isolement, ajoutées à une abstention presque totale de la vaccination.

Et ni l'armée ni la marine ne peuvent montrer aucun résultat comparable à cela. »

Les partisans des vaccinations objecteront que si la variole a si bien disparu de Leicester, c'est grâce aux vaccinations pratiquées auparavant. Mais cette remarque est sans valeur puisque l'armée et la marine comptaient pratiquement 100 % de revaccinations récentes, donc un taux d'immunité infiniment plus élevé... en principe.

b. L'expérience britannique

Le Royaume-Uni, pays de Jenner, a connu le premier l'obligation de la vaccination antivariolique ; en 1872, 85 % des enfants étaient vaccinés. En 1898, avec la clause de conscience mal appliquée, ce pourcentage tombe à 61 % ; il atteint 39 % en 1931, lorsque la clause de conscience est pleinement appliquée, et descend à 16 % en 1949, avec l'abrogation des obligations vaccinales et le retour à la liberté.

Le graphique de la figure 11 montre que la décroissance des cas de décès par variole a suivi la décroissance de la fréquence des vaccinations. Nous nous garderons prudemment de conclure que c'est parce qu'on a moins vacciné que la variole a régressé, mais nous constatons que moins on a vacciné, plus la variole s'est raréfiée et que c'est par conséquent à d'autres facteurs qu'il faut attribuer ce phénomène.

De même, l'ensemble des exemples précédents concernant différentes maladies montre que de spectaculaires régressions se sont produites en l'absence de vaccinations et que par conséquent il n'existe pas de relations de cause à effet entre les unes et les autres : ces vaccinations étaient donc inutiles.

Leur incapacité à protéger les collectivités ou les sujets prétendus immunisés confirme ces premières conclusions et les explique, inutilité allant de pair avec inefficacité.

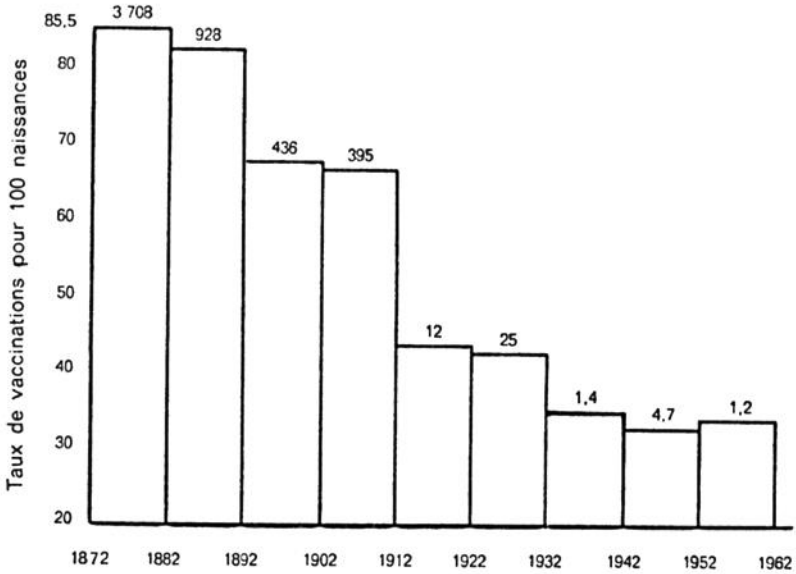


Fig. 11. Diminution du taux des vaccinations antivarioliques et diminution des cas de décès par variole en Grande-Bretagne (moyennes annuelles). Les chiffres supérieurs représentent le nombre total moyen de décès.

B. Extension des épidémies en dépit des vaccinations : quelques exemples d'inefficacité

Si c'étaient en effet les vaccinations qui avaient triomphé des épidémies, elles auraient exercé constamment et partout leur action protectrice même individuelle. Or, il n'en est rien ; les exemples en sont très nombreux. Ils sont d'autant plus intéressants qu'ils nous permettent de nous reporter à l'époque même où la vaccination se pratiquait dans un climat d'épidémies, et où l'on pouvait donc juger « sur pièces ».

1. Variole

a. Les quelques statistiques officielles suivantes sont significatives[25]

---

[25] Lily Loat, *The Truth about vaccinations and immunisation* (National Antivacci-

« Lorsque l'Angleterre fut vaccinée au maximum, non seulement elle subit les plus dures atteintes de variole, mais la plupart des cas se produisirent à cette époque parmi les vaccinés. »

« Les statistiques de l'hôpital antivariolique de Highgate montrent qu'en 1871, 91 % des cas se déclarèrent chez des vaccinés, et qu'en 1881, sur un total de 491 cas, 470 malades avaient été vaccinés, soit près de 96 %. »

« *The Lancet* du 23 février 1884 donne les chiffres suivants au sujet de l'épidémie du Sunderland : 100 cas dont 96 parmi les vaccinés ; durant celle de Browley : 43 cas de variole, chez 43 sujets vaccinés... »

« La ville de Sheffield, où l'hygiène était insuffisante, connut une sévère épidémie en 1887-1888. Sur 7 066 cas, 5 891 furent classés dans la catégorie des vaccinés, soit 83,4 %. »

« Sur 647 cas à Warrington, en 1892-1893, 601, soit 89,2 % se sont produits chez les vaccinés. On enregistra de même 2616 cas sur 2.945 chez les vaccinés (88,8 %) à Birmingham en 1892-1893 ; 739 cas sur 828 (89,3 %) à Willenhall en 1894. »

« À Londres, en 1901-1902, sur près de 10.000 cas, près de 7.000 se produisirent chez des vaccinés. »

Et il est difficile d'objecter qu'ils l'étaient sans doute insuffisamment :

« À Glasgow, de 1900 à 1902, 126 cas de variole se déclarèrent chez des personnes revaccinées. L'un d'eux, treize jours après la revaccination, un autre douze jours après, un cas dix jours après, 4 cas neuf jours après et 4 cas huit jours après.

« La preuve la plus incontestable de l'inefficacité de cette vaccination, qui ne protège même pas deux mois, est donnée par le rapport publié dans *the Lancet* par deux médecins militaires, le 25 novembre 1944, au sujet de 100 cas de variole déclarés dans l'armée d'Égypte en 1944. Tous les malades sauf 4 avaient été vaccinés. 70 d'entre eux moins de deux ans, et 16 moins de deux mois avant

---

nation League. Croydon).

l'attaque de la variole. Sur 14 cas mortels, 13 concernaient des sujets récemment vaccinés et l'un d'eux deux mois à peine avant qu'il mourût de variole hémorragique. »

Le compte rendu des débats du Congrès international des antivaccinateurs[26] qui, à l'époque, étaient tous des médecins, regorge d'exemples d'échecs de la vaccination antivariolique. Ceux-ci avaient été observés sur le vif lors de la vague de variole qui s'est étendue sur l'Europe entre 1870 et 1880. Voici parmi bien d'autres quelques citations du Dr Pigeon (Bourbon-l'Archambeau) : il insiste sur le fait que « la vaccine prédispose à la variole et contribue à la rendre plus grave, même si le sujet a été précédemment vacciné avec succès, et qu'il se trouve dans la période de la prétendue préservation vaccinale ».

« Le Dr Ducharme, aide-major au 1er régiment des voltigeurs, rapporte qu'en 1868, le 1er et le 2e régiment des voltigeurs étaient logés dans des bâtisses semblables, situées dans la même cour, qu'on revaccina 437 soldats du 1er régiment et que la variole se déclara dans ce régiment où elle fit plusieurs victimes, tandis que l'autre régiment, où aucune vaccination n'avait été opérée, fut exempt de cette maladie.

Un savant statisticien anglais, M. Procter, cite des faits semblables qui se sont passés en Écosse, en Irlande et en Suède.

Le Dr Grégory, après avoir été pendant cinquante ans directeur de la vaccine à Londres, a été finalement amené à déduire de ses nombreuses observations que l'idée de détruire la variole par la vaccine est absurde, et que les vaccinés sont au contraire plus susceptibles de contracter cette maladie que les non-vaccinés.

... Sur les 293 cas de variole précités parmi les enfants — tous vaccinés et revaccinés — de l'orphelinat de Bristol, il y eut 18 décès soit plus de 6 %, tandis que nous avons vu précédemment que le nombre des décès n'atteint pas 4 % chez les variolés des hôpitaux dont un certain nombre n'a pas subi la vaccine.

Il résulte d'une statistique du Pr Vogt (Suisse) qu'en Prusse dans

---

[26] Cologne. 1881.

une période de cinquante années, de 1820 à 1870, sur 201.895 soldats — tous vaccinés et revaccinés — il y a eu 19 cas mortels de variole par an, et qu'il n'y en eut que 12 sur un même nombre de civils du même âge, dont une certaine partie n'était pas vaccinée.

À propos de l'épidémie variolique de Cologne (1870-1873) il a été démontré par des relevés officiels, que M. le Dr Hubert Boens a résumés dans ses mémoires :

1. Que la variole régnait depuis plusieurs semaines déjà dans divers quartiers de Cologne quand le premier sujet non vacciné en fut atteint : c'était le 174e variolé !...

2. Que partout dans les familles, les premiers sujets qui devinrent malades furent aussi les vaccinés et qu'en particulier les 329e, 330e et 331e cas de variole se produisirent chez des non-vaccinés alors que leurs parents — vaccinés et revaccinés — se trouvaient déjà à la période de suppuration variolique.

3. Que les varioleux vaccinés et revaccinés furent ceux qui présentèrent les symptômes les plus graves et le plus de mortalité. »

J'imagine bien que certaines de ces déclarations peuvent prêter à suspicion car il existe actuellement aussi des partisans des vaccinations qui ne manquent pas d'affirmer faussement à chaque poussée morbide, qu' « aucun des malades n'était vacciné ».

Mais l'ensemble de ces témoignages choisis parmi quantité d'autres allant dans le même sens et provenant de sources différentes et souvent officielles, est corroboré par l'évolution générale des épidémies de variole qui se sont produites à cette époque parmi des populations largement vaccinées, ou revaccinées, et que nous allons évoquer maintenant.

b. Recrudescence de la variole en Europe vers 1870 en dépit (ou peut-être à cause) de la vaccination

De 1869 à 1874, la France, l'Angleterre, l'Irlande, l'Écosse, l'Allemagne, puis la Suède, furent tour à tour atteintes d'épidémies sans précédent, alors qu'elles étaient largement vaccinées, de façon

strictement obligatoire sauf en France, chacun de ces États lançant chaque année un nouveau programme de vaccinations généralisées, à mesure que l'épidémie frappait un nouveau pays.

L'épidémie s'étendit en France en 1871, tant chez les soldats vaccinés obligatoirement (la plupart avec un rappel), que chez les civils moins vaccinés mais soumis, à Paris en particulier, à des conditions de vie dramatiques. De même l'Angleterre, pourtant rigoureusement vaccinée, subit une épidémie épouvantable. Ce que voyant, l'Allemagne, aussi parfaitement vaccinée que l'Angleterre, revaccina toute sa population qui fut à son tour terriblement frappée. La Suède, où l'on avait revacciné systématiquement en 1871 puis à nouveau en 1872 connut à son tour, en 1873, la plus effroyable épidémie de son histoire.

Ici encore, nous citerons brièvement le Congrès de Cologne (1881), tant les faits ci-dessus peuvent paraître incroyables.

« Pour voir ce que vaut la vaccine, j'ai examiné les statistiques de Londres, la ville la mieux vaccinée du royaume, et j'y ai comparé celles des cinq années 1819-1823, qui ont précédé l'application de la vaccination obligatoire, avec celles des cinq années 1869-1873, alors que l'obligation était en vigueur depuis vingt ans[27].

Dans les cinq premières années, c'est-à-dire quand la vaccination était volontaire et que le nombre des vaccinés ne s'élevait probablement pas à 10 % de la population, le nombre des décès causés par la variole à Londres était en moyenne de 292 par an ; tandis que, dans les cinq autres années, c'est-à-dire alors que la vaccination avait été appliquée rigoureusement depuis vingt ans, et que le nombre des vaccinés était de 95 % de la population, la moyenne annuelle des décès a été de 679, soit une prodigieuse augmentation.

Prenons le relevé des décès en Angleterre et dans le pays de Galles :

---

[27] Déclaration de M. Taylor, membre du Parlement britannique, au même congrès (1881).

Décès par la variole dans la première décennie (1854-1863) qui a suivi l'application de la vaccination obligatoire	33 515
Dans la seconde décennie (1864-1873)	70 458

(Bien plus,) le Dr Cameron, champion déclaré de la vaccine à la Chambre des communes, écrivait au *Times* que la mortalité par variole avait augmenté *énormément* dans la classe des vaccinés chez lesquels la *vaccine avait le mieux réussi* (avec jusqu'à quatre bonnes marques).

À Paris, pendant les treize mois de janvier 1871 à janvier 1872, les décès par variole ont été de 12.042 ; mortalité plus de deux fois plus forte que celle des dix années précédentes réunies. Il y a un fait très curieux à noter au sujet de l'année 1871. Il y avait une véritable fureur de vaccination et de revaccination avec le vaccin de génisse pur. Des milliers de personnes étaient vaccinées toutes les semaines (la mortalité augmentant de mois en mois) jusqu'à ce que, en décembre, la faculté de médecine alarmée cessât de vacciner ; et, deux mois plus tard, c'est-à-dire en mars 1872, les décès étaient retombés à 230...

> On vaccine d'une façon régulière et générale depuis longtemps et, ne craignons pas de l'avouer, malgré tous nos efforts l'épidémie suit sa marche ascendante, en se riant de la vaccine. Nous avons beau dire qu'elle est un remède souverain, le chiffre de plus en plus fort des décès de chaque semaine proclame le contraire. — Déclaration du Pr Tardieu à l'Académie de médecine, devant l'impuissance manifeste de la vaccine, lors de l'épidémie de 1870 à Paris.

(De même,) avant la vaccine obligatoire, New York perdait une moyenne annuelle de 220 varioleux ; et, après la vaccine outrancière, une seule épidémie enleva 1.100 sujets par an !...

Le Dr Wood, d'Édimbourg, a déclaré devant la commission d'enquête, qu'il y avait fort peu de personnes non vaccinées en Écosse, et le Dr Playfair a affirmé devant la Chambre des communes le 6 juillet 1870, que la loi sur la vaccination obligatoire pouvait «

suffire à l'anéantissement de la variole ». Cependant, presque aussitôt après cette déclaration, en 1871, une épouvantable épidémie a éclaté en Écosse, pendant laquelle, d'après *the Lancet,* le chiffre des décès a atteint le taux annuel de 36.000 par million d'âmes.

L'Irlande a aussi été citée en exemple par les partisans de la vaccine, et Sir Dominic Corrigan, membre du Parlement pour Dublin, a déclaré prétentieusement que l'usage de la vaccine avait totalement anéanti la variole en Irlande. Il s'est produit depuis des épidémies terribles à Dublin, à Cork et à Belfast. À Dublin, la mortalité par la variole, en 1871-1872, a été trois fois plus forte qu'à Londres pendant la plus violente épidémie du siècle. À Cork, pendant le trimestre d'avril à juin 1872, la mortalité a été dix fois plus grande qu'à Londres » (notons que l'Irlande connaissait alors une effroyable misère).

Toujours dans le compte rendu du Congrès de Cologne, le Dr Oidtman constate, d'après l'examen des tableaux concernant les épidémies de variole, dans plusieurs villes d'Allemagne, que cette maladie trouve son principal aliment chez les sujets de 11 à 20 ans pour la plupart revaccinés de fraîche date.

« Mêmes observations pour la classe d'âge des soldats de 20 à 30 ans qui compte aussi beaucoup de varioleux, vaccinés et revaccinés même plusieurs fois. Plus on les vaccine et revaccine et plus ils ont une tendance à la morbidité variolique. Ces faits statistiques sont évidents pour quiconque n'a pas le fanatisme de la foi vaccinale. »

Ces exemples, choisis je le répète, parmi quantité d'autres, paraissent suffisants pour justifier certains doutes quant à l'efficacité de la vaccination. Mais nous avons tendance à mépriser les témoignages portant sur des expériences datant d'un siècle. Tout se passe comme si, aux yeux du public, l'efficacité apparente attribuée actuellement à la vaccination dans une situation européenne non épidémique était plus démonstrative que son inefficacité attestée par les faits en période d'endémicité variolique.

Pourtant rien n'est changé : les travaux récents du Dr Buchwald qui a consacré sa vie à ces problèmes, l'ont amené à faire paraître

en 1965 une étude assez convaincante[28].

Il en ressort, non seulement que la vaccination ne protège pas contre une contamination par la variole (analyse de onze importations en Europe de 1950 à 1962), mais que les vaccinés peuvent être atteints de la forme la plus grave de cette maladie (cas d'une Indienne vaccinée tous les ans et qui mourut de *purpura variolosa* huit mois après sa dernière vaccination[29], en dépit de l'emploi de lymphes vaccinales vingt fois plus violentes après la guerre qu'avant[30]).

Mais c'est évidemment dans les pays où la variole endémique a sévi jusqu'à ces toutes dernières années qu'on a pu constater la persistance des échecs de la vaccination.

c. *Persistance de la variole dans les pays orientaux. Sa fréquence est sans rapport avec celle des vaccinations*

Il faut en effet penser que si la disparition des maladies épidémiques était due à la seule efficacité de la vaccination, les résultats obtenus seraient identiques dans tous les pays où l'on vaccine largement. Or, il n'en est rien ; une expérience comparative involontaire se déroulant depuis un siècle en Orient permet de le constater.

Il est bien connu qu'en Inde ou au Pakistan, par exemple, malgré les campagnes intensives et répétées de vaccinations, la variole n'a pas disparu et n'a même pas régressé jusqu'à une date très récente. Il faut donc reconnaître qu'un autre facteur intervient et que c'est lui, et non le vaccin, qui infléchit l'évolution de la maladie. Le numéro d'avril 1964 de *Sélection* a d'ailleurs fait état d'une information étonnante pour les partisans des vaccinations.

Il s'agissait de la mise au point d'un produit nouveau, le BW 33.7.57, qui, d'après le journal médical *the Lancet,* marquait peut-être le plus grand progrès dans la lutte contre la variole depuis

---

[28] Vaccination antivariolique et encéphalite postvaccinale. *Die Medizinische Welt.* n° 4, 23 janvier 1965. Traduit dans *Santé. Liberté et Vaccinations.* N° 17.
[29] *Deutsche Medizinische Wochenschrift,* n° 83, p. 1427, 1958.
[30] *Ibid.* rapport du ministère de la Santé.

la découverte de la vaccination. « Il la surpassera peut-être pour stopper les épidémies. » Et l'article donnait l'exemple suivant qui ferait penser à un aveu s'il n'avait pas été écrit par un concurrent à l'occasion du lancement d'un nouveau produit pharmaceutique :

« Au cours d'une épidémie qui éclata à Madras (Inde) pendant l'été en 1963, 1.100 personnes, qui avaient été en contact étroit avec des varioleux, reçurent le nouveau produit. On ne constata parmi elles que 3 cas légers de maladie. Au contraire, sur un nombre semblable de sujets en contact qui, vaccinés pour la plupart, n'avaient pas reçu le médicament, on enregistra 78 cas de variole, dont 12 mortels. Selon un rapport de l'Institut national des maladies contagieuses de Delhi, la Campagne nationale contre la variole, lancée en 1962, a atteint ses objectifs dans 167 régions (dont l'État de Madras où la vaccination est toujours active) et se poursuit dans 156 autres. 302 millions de personnes ont été vaccinées ou revaccinées. »

Or, la population de l'Inde s'élevait à ce moment à 490 millions d'habitants. Ce qui veut dire que, pendant les seules années 1962 et 1963, un pourcentage approximatif de 61 % de la population totale de l'Inde a subi une vaccination ou revaccination antivariolique. Compte tenu des vaccinations antérieures, il ne semble donc vraiment pas excessif de penser que 80 % au moins de cette population avait reçu la vaccination. Le fait que des épidémies aient été encore susceptibles de se développer en Inde en dépit d'un pourcentage de vaccinations que n'atteignent ni l'Angleterre ni la France (où la variole est inconnue) démontre également de façon péremptoire à notre avis qu'il faut chercher ailleurs que dans la vaccination antivariolique la cause de la régression spectaculaire de la variole dans certains pays vaccinés ou non.

Pour l'État de Madras en particulier, le rapport pour 1957 publié par ce même Institut attestait que 95,7 % de la population étaient vaccinés (et 21,9 % revaccinés chaque année, c'est-à-dire que chaque individu était en moyenne revacciné tous les cinq ans !), et il annonçait 3.893 décès par variole cette année-là. Ce taux extraordinairement élevé de vaccinés n'empêchait d'ailleurs pas le pourcentage de décès par variole chez les personnes de plus de 10 ans,

de s'élever encore à 31,1 % en 1960 (rapport cité plus haut, de 1962)[31]. Cet échec persista jusqu'à ces toutes dernières années, c'est-à-dire jusqu'au moment où l'on s'est enfin avisé qu'on n'arriverait jamais à vaincre le fléau sans prendre des mesures élémentaires d'hygiène (isolement et soins). Et cela sans doute parce qu'on se fiait trop aveuglément à la réputation usurpée d'efficacité du vaccin.

Une autre expérience particulièrement intéressante[32] a été vécue récemment à Sumatra. Elle a été étudiée dans le *Rapport sur une épidémie de variole dans la province nord de Sumatra* par le médecin-chef de l'hôpital Goodyear à Dolok Merangir, le Dr E. W. Diehl[33].

Dans cette île, la première vaccination a lieu à partir du cinquième mois après la naissance ; on fait ensuite un rappel tous les ans. Il est impossible d'évaluer exactement le taux des vaccinés, mais il dépasse 80 %.

Au début de novembre 1966, Diehl avait pratiqué la vaccination annuelle de routine de toute la population placée sous sa responsabilité. Quelques cas de variole apparurent chaque mois jusqu'en mars où se produisirent les premiers décès. Nouvelle vaccination générale, avec scarifications larges et profondes. Le nombre de cas mortels augmente en flèche. Diehl alerte le gouvernement : les experts décident une troisième campagne avec un vaccin « superactif ». Nouveau flot de cas, avec une mortalité jamais atteinte. Toutes ces personnes étaient bien entendu archi-vaccinées et dans 60 %

---

[31] Il semble difficile dans ces conditions de soutenir que les Français beaucoup moins vaccinés, sont protégés grâce à la vaccination.

[32] Voir aussi l'exemple des Philippines dans F. Delarue, *Les Vaccinations n'ont pas fait régresser les épidémies.* En 1905, lors de la prise de possession des Iles par les Américains, la mortalité par variole était de 10 Une première campagne de vaccination se déroule en 1905-1906. La mortalité s'élève à 25 *%.* On intensifie la vaccination de 1918 à 1920. 95 °₀ de la population sont vaccinés : la plus effroyable épidémie qu'on ait jamais connue se déclare alors (54 ⁰₀ de mortalité). Manille, la ville la plus vaccinée, atteint 65,3 %. En revanche, dans l'ile de Mindanao, la *seule* où l'on n'ait pas vacciné, la mortalité est pratiquement restée la même.

[33] *In Die Medizinische Welt*. n° 17, 26 avril 1969, p. 1012.

des cas, la réaction vaccinale positive s'était traduite par des pustules, réaction censée traduire une protection certaine contre la maladie.

On cessa toute vaccination, se bornant à isoler et à traiter et l'épidémie s'éteignit.

Le Dr Diehl conclut dans son rapport : « La vaccination ne procure certainement aucune protection contre la maladie et, de plus, elle ne protège vraisemblablement pas contre la mort... ; en revanche, tout semble indiquer que les cas mortels survenus immédiatement après la deuxième revaccination sont de véritables cas d'accidents post-vaccinaux. »

Devant ces différents exemples, nous devons admettre, de façon générale, que la vaccination antivariolique a été et est encore impuissante à faire disparaître la variole chaque fois que les conditions extérieures entraînant à elles seules cette disparition ne sont pas réalisées.

Rien ne permet d'affirmer qu'elle a fait disparaître ou régresser la maladie : au contraire tout porte à croire que l'évolution de celle-ci n'a rien à voir avec la vaccination.

Si je me suis un peu étendu sur l'évolution de la variole en rapport avec la vaccination antivariolique, c'est que celle-ci est la plus ancienne, que l'on dispose de renseignements statistiques plus détaillés à son sujet et qu'on peut donc évaluer son action avec plus de recul et de précision. C'est aussi qu'après avoir disparu d'Europe, elle a régressé dans le monde jusqu'à pratiquement disparaître depuis qu'on isole les varioleux et qu'on les soigne, alors que tout le mérite de cette régression est attribué à la vaccination, ce qui garantit la pérennité d'une flatteuse image de marque.

Il était donc particulièrement important de constater que cette vaccination avait été totalement impuissante à s'opposer au développement périodique des épidémies (quand elle ne les avait pas suscitées), aussi longtemps que l'OMS, confiante en son efficacité, a placé en elle tous ses espoirs. Ainsi plusieurs années ont été perdues avant que soient prises les deux mesures qui ont permis de

réaliser la fulgurante éradication de la variole : l'isolement des malades et leur traitement. En quelques années, ces deux pratiques d'hygiène élémentaire, en interrompant la chaîne de transmission, ont triomphé de la maladie, là où la vaccination avait échoué depuis près de deux siècles[34].

2. Tuberculose

La comparaison des taux de mortalité dans les pays d'Europe permet-elle de conclure à l'efficacité du BCG ?

Dans son rapport technique, n° 198[35] de 1959, l'OMS indiquait

---

[34] Chaque programme, déclare le Dr Henderson, prévoit principalement :
a. La surveillance, c'est-à-dire la déclaration des cas, les enquêtes sur le terrain ainsi que les mesures d'endiguement de l'épidémie.
b. La vaccination systématique et l'évaluation des résultats.

Alors que l'on comptait dans le passé presque uniquement sur la vaccination de masse pour parvenir à l'éradication de la variole, *on attribue maintenant à la surveillance un rôle de premier plan pour plus d'une raison.*

... Le système de surveillance... joue un rôle encore plus important en contribuant à interrompre la transmission de la maladie, celle-ci risquant toujours de persister, alors même qu'un pourcentage élevé de la population a été vacciné, parmi un nombre restreint de sujets sensibles. Il est arrivé que la prompte détection de nouveaux cas, suivie de mesures d'endiguement immédiates, ait évité l'apparition d'une épidémie dans des populations dont plus de la moitié n'avait pas encore été vaccinée. Ce succès remarquable s'explique par les caractères épidémiologiques de la variole, tels qu'ils sont apparus au cours de ces opérations et dans les enquêtes spéciales.

... Dans tout programme d'éradication de la variole, le rôle principal est dévolu à des équipes de surveillance... Ces équipes sont chargées d'améliorer les déclarations, de dépister les cas, d'étudier les rapports d'épidémies et de prendre les mesures d'endiguement... » (Dr Donald A. Henderson. chef du service d'éradication de la variole. OMS. *Affiches parisiennes et départementales,* 28 novembre 1972.)

Bien que ces déclarations proviennent du principal responsable de la lutte contre la variole à l'OMS, on peut se demander combien de personnes savent, en France, que la victoire sur cette maladie n'a été acquise que lorsque l'on a rompu la chaîne de contagion par l'isolement, là où la vaccination avait si longuement échoué.

[35] Conférence technique européenne sur la lutte contre les maladies infectieuses par des programmes de vaccination.

que le BCG était obligatoire dans les pays suivants : Bulgarie, France, Norvège, Pologne, Portugal (pour certaines catégories de la population), Tchécoslovaquie, Yougoslavie. Or, dans le tableau ci-après (fig. 12) tiré du *Bulletin statistique du ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale* (1974, n° 1, 78), on voit qu'à l'exception de la Norvège, tous ces pays sont en queue de liste pour la régression de la tuberculose. A l'inverse, les Pays-Bas qui n'ont jamais pratiqué le BCG de façon systématique, bien au contraire, ont le taux de mortalité par tuberculose le plus bas d'Europe.

Dans ces conditions, faire croire que le BCG a fait la preuve de son efficacité dans la lutte contre la tuberculose, et qu'il constitue notre meilleur atout pour en triompher, c'est affirmer une contre-vérité tout, à fait inacceptable.

3. Recrudescence de de la polio après vaccination

La préparation publicitaire, puis le lancement de la vaccination antipoliomyélitique ont été si parfaitement réussis que l'immense majorité des médecins ont admis d'emblée, et avant toute expérience personnelle, que l'efficacité et l'innocuité de ce vaccin étaient indiscutables. Une campagne de presse soigneusement orchestrée, utilisant des chiffres montrant la régression de cette maladie depuis la mise en place de la vaccination est venue conforter cette croyance. Il est donc intéressant de constater qu'ici encore les faits ne sont pas toujours aussi démonstratifs de cette efficacité ; nous verrons plus loin comment la propagande pro-vaccinale utilise des chiffres exacts de façon trompeuse.

Le Pr Gaston Ramon, de l'Institut Pasteur, déclarait dans sa communication du 2 mai 1960 à l'Académie des sciences :

« Payne [de l'OMS] a signalé qu'Israël a subi, en 1958, une épidémie de plusieurs centaines de cas, laquelle avait atteint presque autant les sujets vaccinés que les non-vaccinés... au cours de l'épidémie de Detroit, il y eut un nombre important d'enfants atteints parmi les vaccinés.

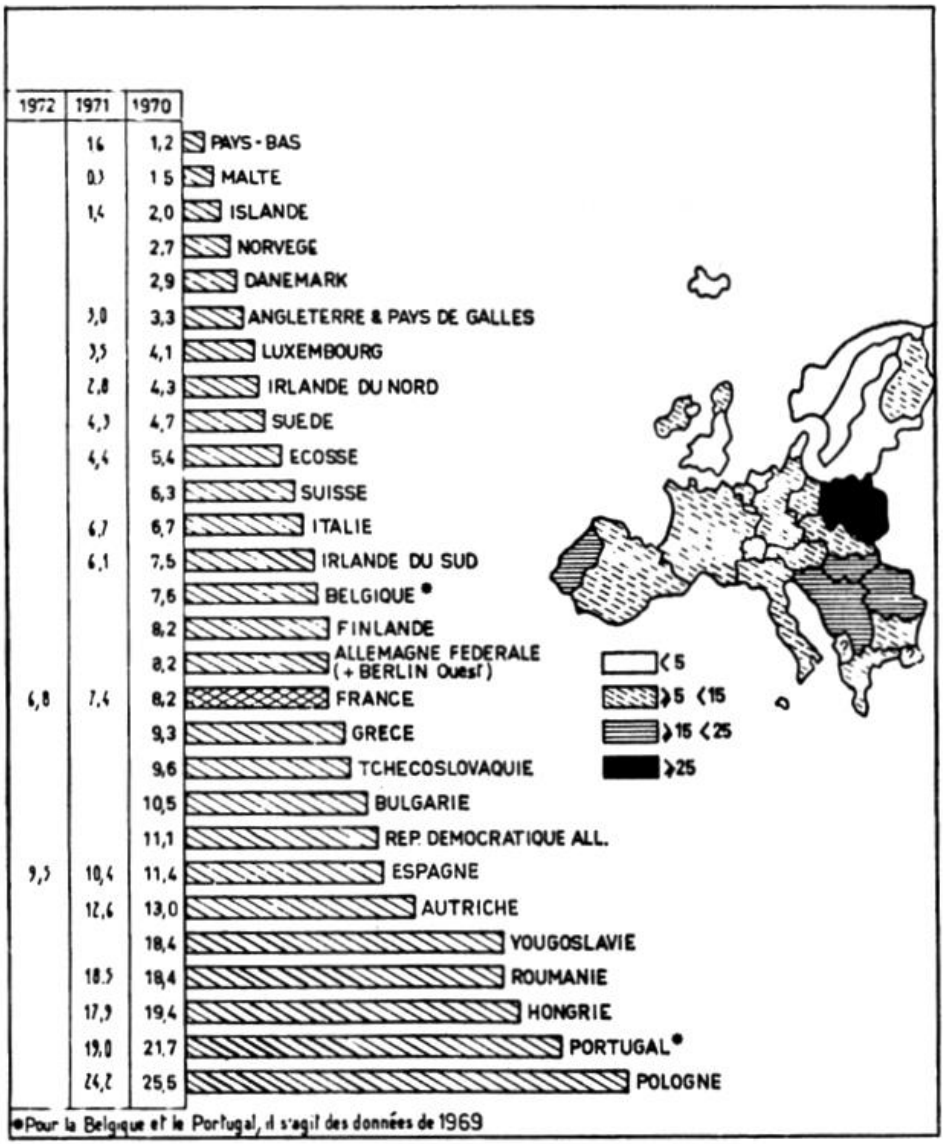


Fig. 12. Mortalité par tuberculose toutes formes dans les pays d'Europe en 1970.
Taux pour 100 000 habitants, sujets de tous âges.

Une constatation singulière et quelque peu paradoxale a été faite en 1959 dans les pays comme les États-Unis, le Canada, dans lesquels la vaccination est très largement répandue. Aux États-Unis, à

partir de l'année 1955, durant laquelle la vaccination n'avait été pratiquée que d'une façon limitée (en raison des accidents survenus), la morbidité poliomyélitique avait commencé à diminuer ; cette réduction continua en 1956 et 1957. Mais déjà en 1958, on a enregistré une légère recrudescence de la poliomyélite et, en 1959, le nombre des cas a doublé par rapport à 1958. Or, d'après Burney, on estimait en 1959 qu'en l'espace de quatre ans 68 millions d'individus avaient été vaccinés complètement (3 doses de vaccin Salk) et 18 millions incomplètement.

Au Canada, ainsi que le montre le tableau ci-après, en 1954 (avant les tout premiers essais de vaccination), on enregistra 2.390 cas de poliomyélite, et 1.021 en 1955, alors que l'application de la vaccination était à peine commencée.

Années	*Cas*	*Décès*
1954	2 390	157
1955	1 021	36
1956	607	51
1957	273	26
1958	323	26
1958 (9 mois)	156	15
1959 (9 mois)	1 082	85

Dans les années suivantes, les vaccinations furent systématiquement pratiquées. La morbidité poliomyélitique diminua progressivement : 607 cas en 1956, 273 en 1957, 323 en 1958. On était donc tenté d'attribuer ce déclin de la poliomyélite à la vaccination. Mais en 1959, alors que plus de 20 millions de doses de vaccin ont été délivrées depuis 1955 et que la majorité des enfants a été vaccinée ainsi qu'une certaine proportion d'adultes, on assiste à une recrudescence brusque de la poliomyélite : jusqu'à fin septembre, 1.082 cas et 85 morts contre 156 cas et 15 morts pendant la même période de 1958, soit cinq fois plus de cas et de morts en 1959 qu'en 1958.

Toute proportion gardée, on assiste en France à un phénomène analogue. »

Depuis cette époque, la polio a disparu des USA ; le vaccin Salk, si efficace pourtant nous affirmait-on à l'époque, ayant été remplacé partout par le vaccin Sabin. La propagande en conclut promptement que cette éradication est due à la vaccination.

Ramon avait cependant raison de s'insurger contre les conclusions abusives qu'on imposait ainsi quant à son efficacité, d'une part parce que les phases de recrudescence de la polio dans des populations prétendues protégées ne plaident pas en faveur de cette efficacité, d'autre part, parce que la diffusion de ce vaccin a été suivie au Portugal, en Amérique du Sud et en Afrique, d'un développement considérable de la maladie, pratiquement inconnue auparavant.

À Madère, la première injection de vaccin antipolio a été faite en 1964 seulement ; cette maladie était pratiquement inconnue.

« En 1965, écrit le Pr Rentchnick[36], pour une population de 100.000 individus âgés de moins de 20 ans, on avait vacciné 7.000 personnes environ, des enfants en bas âge surtout. Dès 1966, on administre le vaccin oral Sabin à 40.000 enfants. Au cours des années suivantes, on vaccine de 3.000 à 4.000 enfants environ, soit en primo, soit en revaccination, mais en utilisant d'emblée le trivalent...

... Le premier cas de l'épidémie de poliomyélite semble avoir été diagnostiqué le 10 mars 1972...

Il y a eu 81 cas hospitalisés entre le 10 mars et le 1er août (âge variant entre 15 mois et 4 ans 1/2), et 12 cas sont morts de paralysie bulbaire. Il est étonnant que la polio ait frappé de nombreux enfants qui avaient été vaccinés et que, sur les 12 morts, 4 avaient été vaccinés ; donc un tiers des cas mortels étaient vaccinés avec du vaccin trivalent Sabin...

Dans un cas, l'enfant touché par la polio avait été vacciné quatre fois au cours des deux années précédentes ! »

---

[36] *Médecine et Hygiène.* n° 1021. 30 août 1972.

On comprend, dans ces conditions, que le Pr Rentchnick remarque sur un ton rêveur, en l'absence de confirmation par ponctions lombaires ou autopsies : « À Madère, les médecins pourraient croire que la vaccination antipolio est dangereuse puisqu'il n'y avait jamais eu d'épidémie de poliomyélite avant les vaccinations. Mais, en même temps, ils justifient leur diagnostic par le fait que la vaccination aurait bloqué l'épidémie. » Tel est en effet le préjugé favorable dont jouit le vaccin que, devant l'évidence de l'échec, au lieu de cesser la vaccination, les autorités ont décidé... de combattre l'épidémie en vaccinant 93.000 enfants par la vaccination Sabin dès le mois de juin !

À Rio de Janeiro, il se produisait à peu près 80 cas de polio par an. C'était une maladie bénigne, se confondant parfois avec le rhume, la grippe, l'angine, etc., et prenant très rarement la forme paralytique. Or, en 1965, après des années de vaccinations massives avec le vaccin Salk, de 1956 à octobre 1961, puis avec le vaccin Sabin depuis cette date, le nombre de cas dépassa 700, avec cette fois de nombreux cas de paralysie respiratoire.

L'opinion et les autorités s'en émurent au point de faire venir le Dr Sabin. Ses paroles rassurantes n'ont pas empêché les cas de polio de s'élever à 1.200 actuellement.

Ces deux derniers exemples ne sont pas des exceptions, mais l'expression d'un phénomène beaucoup plus général, comme en témoigne le Pr Lépine, dans *l'Encyclopcedia universalis :*

« En contraste avec ces résultats (concernant la régression de la poliomyélite en Europe) qui constituent la plus éclatante victoire jamais obtenue par les vaccinations, les rapports de l'OMS montrent que, en d'autres régions (Afrique, Amérique latine), sur trente-quatre pays vaccinés par un vaccin vivant, vingt-quatre ont enregistré une augmentation des cas de poliomyélite : de sorte que, si l'on considère soixante-dix pays des régions tropicales ou subtropicales, on constate qu'il y a eu en 1966 une augmentation des cas de poliomyélite allant jusqu'à 300 %. »

Une fois de plus, nous devons constater que, en l'absence des

conditions favorables à la régression d'une maladie contre laquelle on vaccine, non seulement cette régression peut ne pas se produire, mais que trop souvent, la vaccination systématique coïncide avec une rapide et importante progression de ladite maladie. Nous verrons plus loin que les statistiques européennes elles-mêmes ne sont guère convaincantes sur le plan de l'efficacité, si l'on considère l'évolution générale de la polio par rapport à la date de mise en place de la vaccination.

4. Recrudescence de la diphtérie

Nous avons vu que la diphtérie a régressé aussi vite dans les pays non vaccinés que dans ceux qui l'étaient. Mais on peut aller plus loin et constater de surcroît que la vaccination antidiphtérique, pas plus que d'autres, n'a pu s'opposer au développement des épidémies ni même les freiner.

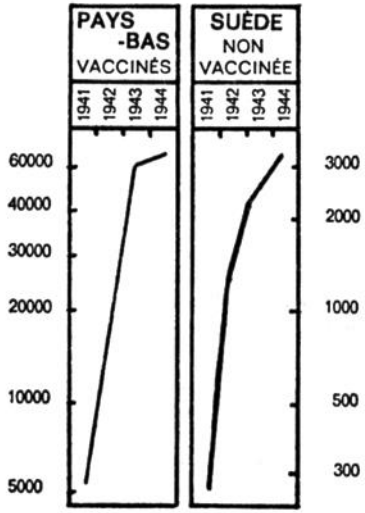


Fig. 13. Hausse comparée de la diphtérie aux Pays-Bas (vaccinés) et en Suède (non vaccinée) de 1941 à 1944. Cas déclarés. Échelle logarithmique

Le Dr Robert Rendu le constate dans l'étude déjà citée. « Les Pays-Bas et la Suède se prêtent à une comparaison intéressante. En effet, la morbidité diphtérique a atteint son apogée dans ces deux pays en 1944, mais alors que les vaccinations collectives avaient

commencé aux Pays-Bas en 1939[37] au début de la crue épidémique, elles n'ont été organisées en Suède qu'en 1944[38], c'est-à-dire l'année même de l'acmé. Si l'on compare l'évolution de la diphtérie dans ces deux pays au cours des années qui ont précédé cet acmé, on voit (fig. 13) que la montée en flèche de la courbe a été aussi rapide et aussi accusée dans les Pays-Bas, vaccinés, que dans la Suède non vaccinée[39].

En France, l'étude a porté d'une part sur 7 départements très vaccinés où le pourcentage de vaccination de la population enfantine oscillait entre 47 % et 95 % (Calvados, Eure, Eure-et-Loir, Indre-et-Loire, Landes, Lot-et-Garonne, Sarthe), d'autre part sur 4 départements très peu vaccinés où ce pourcentage variait entre 1 et 8 % (Ain, Drôme, Finistère, Pyrénées-Atlantiques) : le graphique (fig. 14) montre que la recrudescence de la diphtérie a été aussi forte dans les départements très vaccinés que dans ceux où la vaccination n'avait pu être faite que sur une très petite échelle. »

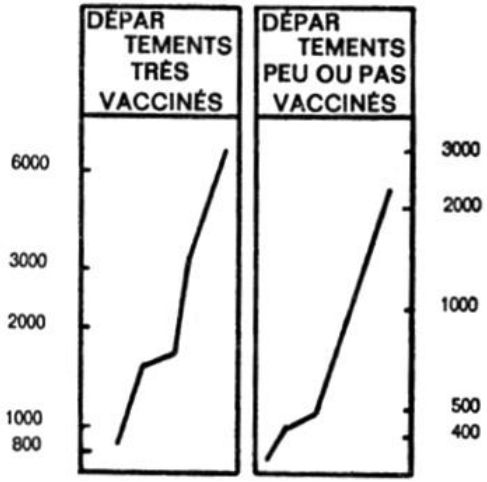


Fig. 14. Hausse comparée de la diphtérie dans 7 départements français très vaccinés et dans 4 départements peu ou pas vaccinés. Crue de la pandémie de 1943-1945. Cas déclarés. Échelle logarithmique.

---

[37] Hoogendoorn. *Oser the diphterie in Nederland,* I volume. 1948.
[38] Ericsson. *Nord. Med..* Ier novembre 1946. p. 2528-32. et *Bulletin de l'OIHP* juillet-septembre 1946. p. 616-618.
[39] Dr Robert Rendu. « Recrudescence de la diphtérie dans les pays à vaccination obligatoire ». *Lyon médical,* 27 août 1955. p. 152-156.

À ce stade de l'exposé, il est déjà possible de compléter la première conclusion avancée dans la partie précédente.

Nous avons vu, tout d'abord, que le facteur vaccination n'est pas indispensable à la décroissance, voire à la disparition d'une maladie, puisque celle-ci se produit aussi bien et avec autant de rapidité dans des pays vaccinés ou non. Puis nous avons donné quelques exemples d'inefficacité des vaccinations : au niveau personnel, elles ne protègent pas comme on l'affirme ; au niveau collectif, elles se montrent impuissantes à s'opposer au développement d'épidémies.

Il n'est donc pas raisonnable de demeurer crédule au point de continuer à regarder l'efficacité des vaccinations comme un dogme intouchable : il faut au contraire la remettre en cause, et ne pas craindre d'examiner les faits d'un esprit objectif et critique.

Mais peut-être la force des opinions reçues est-elle trop impérieuse pour qu'il soit possible d'accepter si vite l'éventualité d'une révision ? Aussi est-il intéressant pour prendre du recul, de repérer, sur les courbes de décroissance des maladies considérées, les dates de mise en place ou d'obligation des vaccinations.

C. Impact spécifique de la vaccination sur l'évolution de quelques maladies

Rien ne permet en effet de mieux juger de l'efficacité réelle d'une vaccination que de noter la date de sa mise en place à grande échelle sur la courbe générale d'évolution de la maladie.

Le simple examen de cette courbe, avant et après le début de la vaccination, est plus démonstratif et plus irréfutable que toute autre observation, analyse ou examen ponctuel.

Nous allons voir successivement les graphiques représentant les décès par variole en Grande-Bretagne de 1855 à 1950, les cas de diphtérie en France de 1912 à 1960, les décès par tuberculose au Danemark de 1921 à 1964, en Norvège de 1896 à 1965 et en France de 1890 à 1970. Chacun d'eux montre le caractère parfaitement illusoire de la protection ou de l'efficacité vaccinales.

1. Variole : l'exemple anglais

Il faut se montrer très prudent dans la comparaison des taux de maladie ou de décès au cours de deux périodes différentes. C'est pourquoi les chiffres cités plus haut par Taylor ne prendront leur vraie valeur que replacés dans un contexte plus large : mieux vaut examiner une courbe entière que deux tronçons de celle-ci, si significatifs soient-ils.

La Grande-Bretagne est exemplaire à ce sujet, car le nombre de cas de décès par variole ainsi que le pourcentage des primo-vaccinations sont publiés chaque année. L'observation des deux courbes correspondantes prend sa portée réelle, dès lors qu'on la fait en fonction des dates suivantes marquant l'évolution légale de la vaccination (voir fig. 15) :

1840-1853	vaccination facultative
1853	la vaccination devient obligatoire
1867	renforcement de la loi de 1853 : peines de prison, saisies mobilières
1875	loi sur la santé publique (mesures d'hygiène)

Notons aussi qu'avant 1872, le recensement des vaccinations n'était pas organisé de façon centralisée, mais que le taux des vaccinations avoisinait 90 %.

Que s'est-il passé ?

1.La formidable épidémie de 1871-1872 s'est produite après treize ans de vaccinations facultatives, suivis de dix-huit ans de vaccinations strictement obligatoires, avec sanctions draconiennes depuis quatre ans.

2.Devant cet échec flagrant, nos voisins relâchent peu à peu les vaccinations, mais mettent sur pied un programme d'hygiène — égouts, adductions d'eau, ramassage des ordures — en même temps qu'ils isolent et soignent les malades, devançant d'un siècle la récente stratégie de l'OMS. La variole régresse alors d'une façon spectaculaire. Nous avons vu que la ville de Leicester est devenue la pragmatique démonstration de l'efficacité de la méthode, et

l'opinion d'A. R. Wallace à ce sujet.

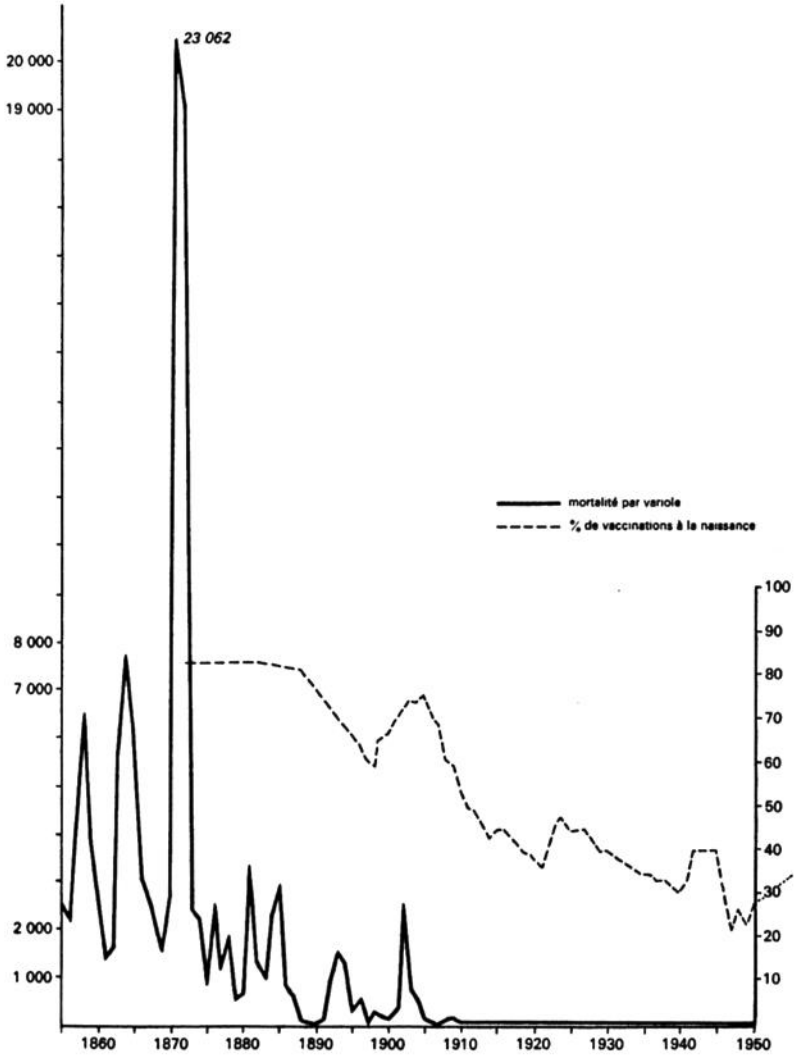


Fig. 15. Mortalité par variole et vaccinations. Chiffres du ministère de la Santé de Grande-Bretagne.

3. Le taux des vaccinés, voisin de 90 % avant l'épidémie de 1971-1972, baisse progressivement et, comme nous l'avons déjà vu, la variole décroît parallèlement. Il n'est donc pas possible

d'attribuer à la vaccination le moindre rôle dans l'éradication de cette maladie en Grande-Bretagne, puisque la variole a ravagé le pays quand le taux des vaccinés était à son maximum, que sa régression a accompagné la diminution du taux des vaccinés, et que sa disparition s'est effectuée lorsque ce taux est devenu dérisoire[40]. (N'oublions pas qu'en France, le ministre et les responsables de la santé persistaient à affirmer encore en 1976 que la variole reviendrait immanquablement chez nous si notre « couverture » immunitaire n'atteignait plus 80 %.)

2. La diphtérie en France

L'augmentation des cas de diphtérie, de 1943 à 1945, dont nous avons constaté la similitude dans les départements très vaccinés ou très peu vaccinés, prend son vrai relief lorsqu'on la replace dans le contexte de l'évolution générale de la diphtérie en France. Pendant la période pré-vaccinale, avant 1924, le taux moyen des diphtéries oscillait autour de 12.000 en moyenne. À partir de cette date, la vaccination, sans être obligatoire, se répand de plus en plus largement : la moyenne de 1924 à 1938 s'élève à environ 20.000 cas. Mais lorsqu'à partir de 1939-1940, on met en place la vaccination systématique, alors la maladie progresse de façon catastrophique (fig. 16).

« Le nombre des cas de diphtérie, qui était de 13.795 en 1940, monta à 46.750 en 1943, à 41.500 en 1944, à 45.500 en 1945, et la mortalité fut deux à quatre fois plus considérable pour ces diphtéries que pour celles des non-vaccinés. En comptant l'année 1946, il y eut, au total, environ 150.000 cas de diphtérie de 1940 à 1946 en *supplément* du nombre ordinaire des cas avant les vaccinations. Suivant les départements, le nombre des cas a été deux à cinq fois, dix fois, quinze, vingt, vingt-cinq et jusqu'à trente-cinq fois plus considérable qu'avant les vaccinations[41]. » (Il ne commença à bais-

---

[40] Cf. chapitre V « L'argumentation vaccinaliste ». L'immunité collective n'atteignait pas 5 % en Angleterre au moment de l'abandon de la vaccination.

[41] Pr Tissot, *La Catastrophe des vaccinations obligatoires.* Éditions de l'Ouest, Angers.

ser qu'au moment où la pandémie se retira de tous les pays, même non vaccinés.) Comment, dans ces conditions, les partisans des vaccinations peuvent-ils prétendre que la vaccination a fait régresser la diphtérie ? C'est très simple : il suffit de négliger les premières années de vaccinations, de partir de l'année de pointe et de dire : en 1945, les cas de diphtérie atteignaient le chiffre énorme de 45.514. Grâce à la vaccination, ils ont diminué de façon si spectaculaire que bien des jeunes médecins n'en ont jamais vu : CQFD !

Pour les besoins de la propagande, on présente la seule partie de droite du graphique, à partir de 1945. On intitule cela : « Déclin de la diphtérie grâce à la vaccination par l'anatoxine[42]. »

On pourrait, comme le font certains[43], avancer qu'à cause de la guerre la vaccination n'avait pas été mise en place.

Mais en fait il est impossible de l'admettre, la littérature médicale de l'époque le dément formellement et prouve que l'anatoxine était largement utilisée depuis 1940 et bien avant.

Par exemple, le Dr Dopter rappelle[44] que l'injection d'anatoxine diphtérique était obligatoire à l'armée depuis le 14 août 1936 ; elle fut appliquée systématiquement à partir d'octobre 1936 si bien que près d'un million de soldats avaient été vaccinés avant la mobilisation.

Loiseau et Lafaille, tous deux de l'Institut Pasteur, ont rédigé en 1939 une étude[45] destinée à célébrer les mérites de la vaccination, en particulier en faisant valoir son efficacité évidente constatée après sa large diffusion.

---

[42] Tract édité par le Centre interdépartemental d'éducation sanitaire démographique et sociale de Paris.
[43] Pr Lépine. *op. cit.,* p. 35.
[44] *Les Effets de la vaccination antidiphtérique dans l'armée française.*
[45] *Quelques réflexions sur quinze ans de vaccination antidiphtérique, novembre 1923 — janvier 1939.*

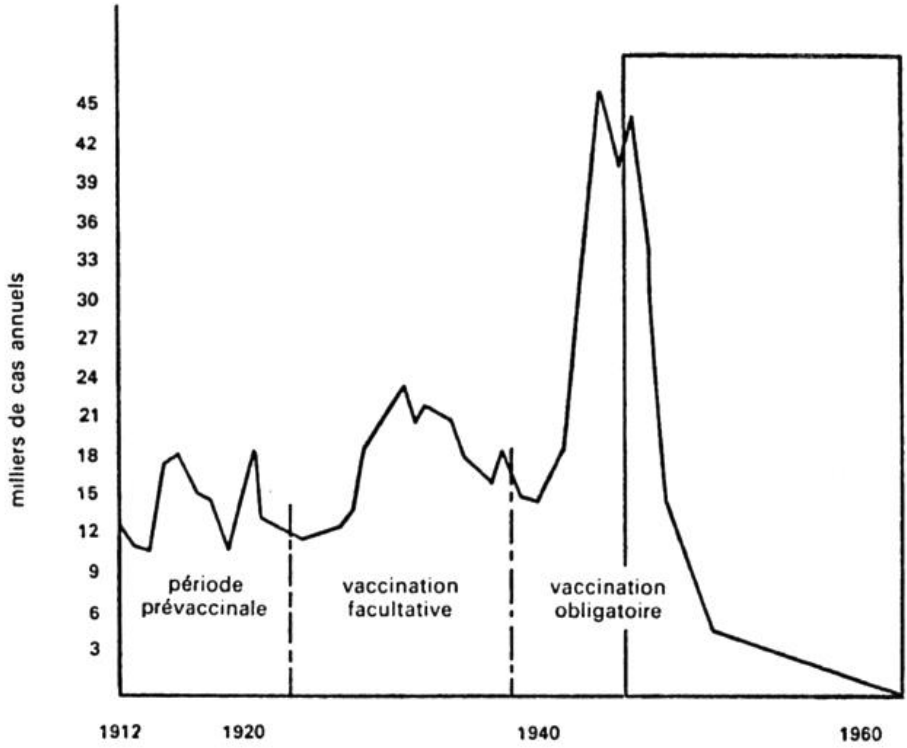


Fig. 16. Évolution de la diphtérie en France depuis 1912 (50 ans).
La partie encadrée est seule considérée par la propagande provaccinale.

« De 1928 à 1931, rien que dans les écoles de la Seine et de la ville de Paris, on a vacciné 474.500 enfants. Cette campagne a été par la suite étendue à l'ensemble des départements. »

Le piquant de l'histoire est que cette brochure destinée à répondre à « une perfide campagne de presse... dont les motifs réels seraient faciles à dévoiler..., et présentant la vaccination anatoxique comme un danger public », apporte tout à la fois la preuve de la réalité des inoculations avant la grande poussée épidémique de 1943-1945, et donc celle de leur inefficacité.

Un autre document[46] précise : « à la fin de juillet 1938, le service administratif de l'Inspection médicale des écoles enregistrait le chiffre de 1.115.309 injections dans les écoles de la ville de Paris ».

Le mouvement s'amplifiant, la production d'anatoxines (diphtérique et tétanique) a quintuplé en quelques mois : « 200 litres par semaine en temps ordinaire : 1.000 litres en avril 1940[47] »... En 1939 l'Institut Pasteur de Garches a délivré 953.398 doses individuelles du seul vaccin antidiphtérique.

Il n'est donc pas possible, je le répète, de nier que cette vaccination était très largement pratiquée dès avant l'obligation de 1938, a fortiori le fut-elle après. D'ailleurs, dès 1928, une circulaire du ministère de la Santé[48] relative « à la réalisation d'une propagande nationale contre la diphtérie », insistait sur la décision « d'organiser en France la vaccination antidiphtérique et de la généraliser non pas à titre obligatoire, mais systématiquement ».

De plus le Pr G. Ramon, dont on ne contestera pas la compétence puisqu'il fut à la fois le père de l'anatoxine et le directeur de l'Institut Pasteur, producteur de ce vaccin, déclarait qu'il avait fallu « quinze années pour que l'effet de la vaccination antidiphtérique se fasse nettement sentir sur l'épidémiologie de la diphtérie ». C'était en 1956[49]. Par cette constatation il reconnaissait tout à la fois qu'on vaccinait bien avant la crue épidémique de 1943-1946, et que le vaccin avait été impuissant à s'opposer à celle-ci.

Enfin, le Pr R. Mande, dont on ne contestera pas non plus l'orthodoxie, faisait récemment remarquer que « les Allemands vaccinaient *comme nous* depuis 1930 environ[50] » et lorsqu'on nous dit que « c'était la guerre », pour expliquer que la France occupée avait d'autres préoccupations que de vacciner contre la diphtérie, l'argument se retourne, car Hitler rendit cette vaccination obligatoire en Allemagne en 1941. Elle y fut sans délai pratiquée impéra-

---

[46] *Bulletin officiel de la ville de Paris.* 20 décembre 1938.
[47] *Le Mouvement sanitaire,* numéro spécial sur la vaccination antidiphtérique.
[48] Circulaire du 22 novembre 1928.
[49] Mai 1956. 1er Congrès international de pathologie infectieuse.
[50] *Le Concours médical,* 21 janvier 1975.

tivement et chacun sait que les ministères de la Santé n'ont pas été dispensés d'appliquer en France les mesures sanitaires décidées par l'occupant.

Peut-on « faire » de la bonne santé publique sur des bases aussi discutables ?

3. Tuberculose

Aucune des maladies contre lesquelles on vaccine ne dessine des courbes de décroissance aussi intéressantes que la tuberculose. Celle-ci en effet offre un avantage considérable pour une telle étude : au lieu de présenter des poussées anarchiques comme la plupart des maladies épidémiques, elle a sévi dans tous les pays européens de façon ininterrompue et relativement régulière.

Or, la mortalité par tuberculose a régressé au même rythme avant l'emploi du BCG qu'après : celui-ci n'a donc joué aucun rôle dans l'éradication de la maladie qui, par ailleurs, nous l'avons vu, a décru aussi vite dans les pays non vaccinés que dans ceux qui l'étaient.

Au Danemark[51], de 1921 à 1937, avant l'emploi du BCG, le nombre de décès avait déjà diminué de moitié. De 1939 à 1946, malgré l'emploi du BCG, le nombre de décès n'a pas diminué.

À partir de 1946, le déclin se poursuit (fig. 17).

Conclusion : quand la guerre a sous-alimenté les populations, la régression a cessé. Elle a repris avec la paix. Le BCG n'y est pour rien.

---

[51] *The Vaccination Inquirer.* n° 819. 1953.

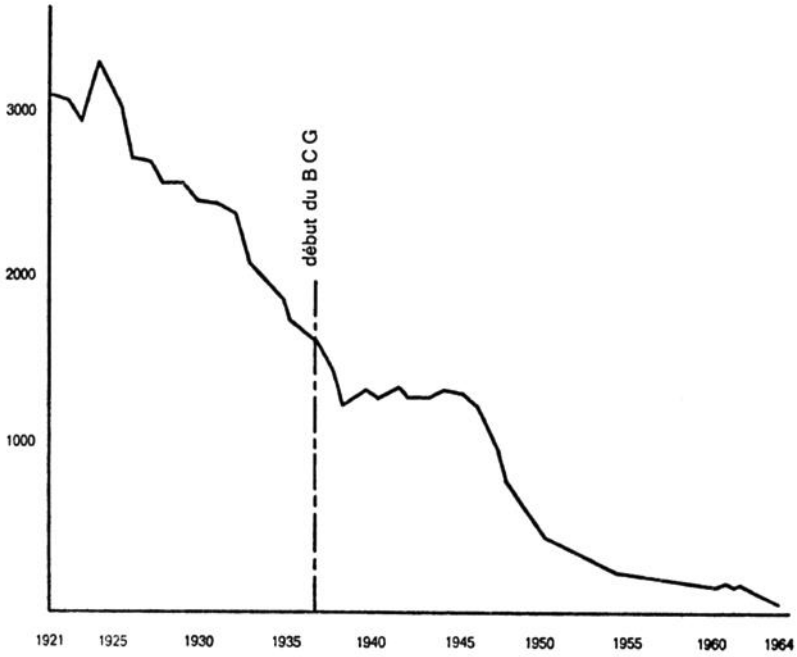


Fig. 17. Déclin de la tuberculose au Danemark.

En Norvège[52]*,* de 1896 à 1930, le nombre de décès avait déjà diminué de moitié. L'emploi du BCG n'a absolument pas infléchi la courbe (fig. 18). Où est donc la part du BCG dans la diminution de la mortalité tuberculeuse ? Le 12 décembre 1947, la vaccination par le BCG devient obligatoire. Pourquoi ? « Pour intensifier les résultats encore incomplets acquis grâce à la vaccination. » Le même argument est avancé en France, tant pour la poliomyélite que pour la tuberculose. Cela permettra d'affirmer par la suite que ces maladies ont disparu grâce aux vaccinations !

---

[52] *Décès par tuberculose* (section démographique du bureau central des statistiques d'Oslo - 1951).

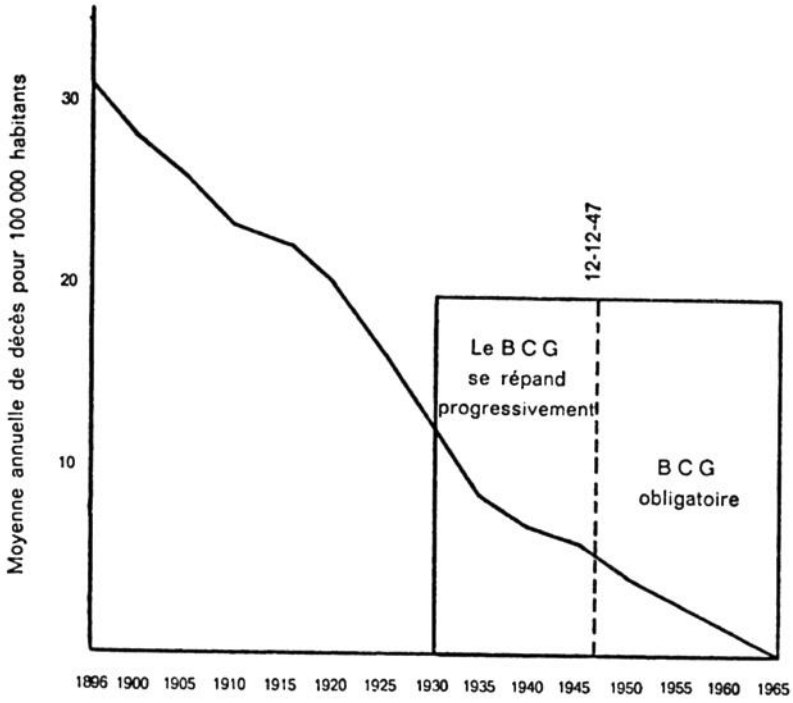


Fig. 18. Déclin de la tuberculose en Norvège. La partie encadrée, seule considérée par la propagande provaccinale, permet de mettre le déclin constaté à l'actif du BCG.

En France, où se poursuit inlassablement l'éloge du BCG et où l'on ne cesse de répéter que ce sont les individus lui échappant qui sont responsables de la relative persistance de la tuberculose, les statistiques de l'INSERM font apparaître une courbe étonnamment semblable à celle du Danemark[53] (fig. 19).

[53] Michel Georget. *Santé, Liberté et Vaccinations,* janvier-février 1975.

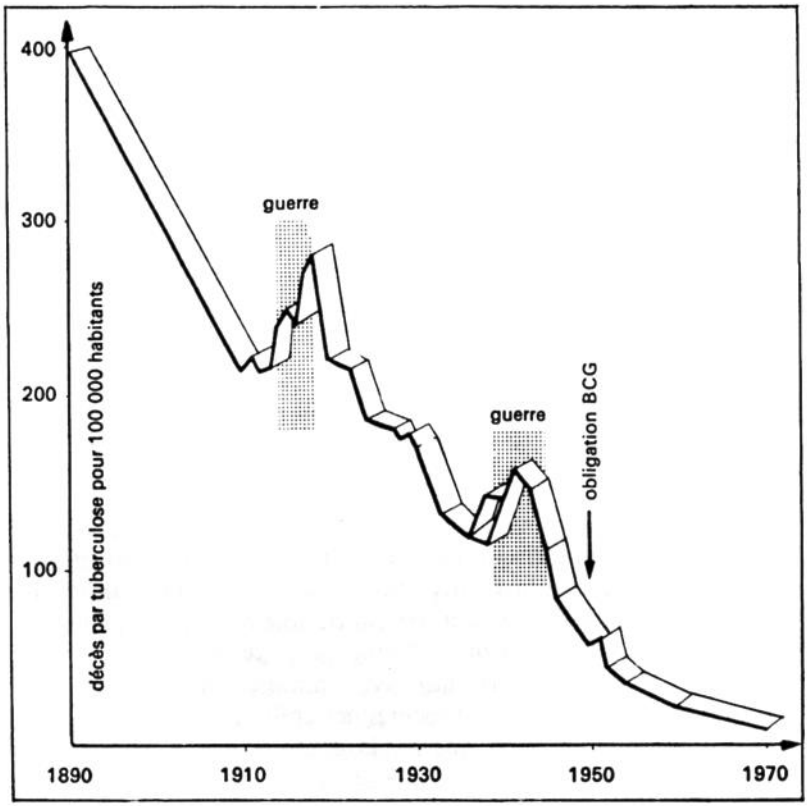


Fig. 19. Évolution de la mortalité tuberculeuse en France. Chiffres de l'INSERM.

De 1890 à 1910, la mortalité avait diminué de près de 50 %. (Nous n'avons pas pu nous procurer les chiffres intermédiaires). À part les deux périodes de guerre, la décroissance a été régulière depuis la fin du XIXe siècle[54]. Le BCG a été obtenu en 1921. Son ap-

[54] À noter toutefois que la mortalité tuberculeuse avait augmenté dès 1938, si l'on se réfère aux chiffres de l'INSERM. Cependant, d'autres données ne font augmenter les taux de tuberculose qu'à partir de 1939. C'est pourquoi la courbe est double pour la période 1936-1940. Il serait intéressant de pouvoir préciser la date du début de cette recrudescence. Mais que ce soit en 1938 ou 1939, la guerre ne peut en être tenue pour responsable : une étude plus approfondie permettrait peut-être d'apprécier la part de la responsabilité de la vaccination antidiphtérique que certains spécialistes ont dénoncée : « Le bacille tuberculeux peut s'installer dans l'organisme par la méthode Calmette et le résultat ne peut

plication à l'homme n'a guère commencé avant 1930, et avec quelles réticences de la part du corps médical ! Il a fallu le rendre obligatoire (en 1950) pour que 60 % à peine des assujettis s'y soumettent. Mais en 1950, la tuberculose avait déjà régressé de près de 90 %. Ici non plus, la pente de la courbe n'a nullement été accentuée depuis cette date, elle aurait même plutôt diminué.

Remarquons d'ailleurs qu'en France, les hommes présentent régulièrement 72 à 73 % des décès, proportion que l'on retrouve à peu de chose près pour la cirrhose du foie, essentiellement d'origine alcoolique (69 à 70 %)[55]. Cela démontre le rôle prépondérant du terrain et dément la prétendue efficacité du BCG, car la vaccination ou la revaccination de tous les hommes encore négatifs à l'armée devrait plutôt faire pencher la balance des décès par tuberculose vers les femmes moins vaccinées.

Ajoutons à cette remarque que 23 % des tuberculeux sont des étrangers (notamment des Nord-Africains et des Africains noirs) bien que leur effectif total représente moins de 7 % de la population de la France[56] ; ajoutons également que les taux de morbidité tuberculeuse (apparition de nouveaux cas) pour 100.000 habitants furent en 1970 de :

— 57 pour les Français,

— 377 pour les Nord-Africains,

— 2122 pour les Africains noirs.

Cela veut dire qu'un Nord-Africain et un Africain noir vivant en France ont respectivement environ sept et quarante fois plus de risques de contracter la tuberculose qu'un Français. Lorsqu'on sait qu'ils sont régulièrement vaccinés avant de pouvoir venir en France, on se fait une idée modérée de l'efficacité du BCG.

être prévu. Une pratique si dangereuse ne peut être tolérée » (Pr Von Pirquet).

[55] *Annuaire statistique de la France,* rubrique Santé (édition annuelle).

[56] *Bulletin statistique du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale,* n° 6, 1973.

Conclusions

Au terme de ce chapitre, il convient de faire le point. Sans doute les exemples donnés n'englobent-ils pas la totalité de l'évolution des différentes maladies épidémiques pour tous les pays du monde ou même de l'Europe. Aussi sera-t-il facile pour les partisans irréductibles des vaccinations d'avancer que ma démonstration ne s'appuie que sur les faits qui lui sont favorables, à l'exclusion de ceux qui pourraient la desservir. C'est possible, car je ne prétends pas connaître l'ensemble des données statistiques relatives au sujet traité. Je ne prétends donc pas non plus qu'aucun argument ne puisse être opposé à cet exposé dont on aurait d'ailleurs encore plus critiqué la lourdeur si j'avais multiplié les exemples.

J'affirme par contre que tout argument, s'il existe, devra, pour être apprécié, figurer dans son contexte, et qu'aussi fort soit-il, éventuellement, on ne saurait le considérer comme primant tous ceux qui ont été présentés ici. Au reste, mon propos ne vise qu'à dénoncer et à démythifier les affirmations partisanes qui ont rejeté l'étude rationnelle et critique des vaccinations dans l'ombre des tabous et des interdits.

Nous résumerons donc en ne retenant que les points suivants :

— 1. À égalité de niveau de vie, les maladies évoluent selon des courbes parallèles dans les pays vaccinés et dans les pays non vaccinés.

— 2. En l'absence de vaccinations, les épidémies régressent dans tous les pays dont le niveau de vie s'élève.

— 3. En dépit des vaccinations, les épidémies ne régressent pas dans les pays où les conditions d'hygiène ou de niveau de vie s'y opposent.

— 4. Rien ne permet d'affirmer que les vaccinations ont fait disparaître ou régresser les épidémies : tout porte à croire que l'évolution de celles-ci n'a rien à voir avec celles-là.

— 5. Présenter les chiffres de régression des maladies à partir des dates où l'on a vacciné et omettre ceux qui précédaient celles-ci est une astuce publicitaire indigne de l'objectivité scientifique. En conclure que ces régressions sont dues aux vaccinations est à tout le moins une grave inexactitude.

2. PERSISTANCE ET DÉVELOPPEMENT DU MYTHE VACCINAL

Les faits que je viens d'exposer sont tellement surprenants que certains en tireront peut-être argument pour avancer qu'ils sont faux, se reposant sur l'optimiste et confortable opinion selon laquelle « si c'était vrai, ça se saurait ». Ces faits sont si contraires aux convictions courantes, les questions qu'ils soulèvent sont si fondamentales qu'on doit logiquement s'étonner que pratiquement personne n'en ait entendu parler. Comment est-il possible que tant de preuves de l'inefficacité des vaccinations n'aient pas même entamé leur réputation ? Comment le mythe qui les entoure a-t-il pu se développer et se maintenir avec la force qu'on lui connaît ?

À la fin du siècle dernier et au début de celui-ci, les congrès de la Ligue universelle des anti-vaccinateurs étaient suivis par des centaines de médecins convaincus par la pratique, dans différentes villes d'Europe. Ils dénonçaient les méfaits de la vaccination antivariolique, ainsi que son inefficacité[57]. Les travaux, enquêtes, comptes rendus, rapports étaient menés avec rigueur. Leurs conclusions étaient simples : il faut abandonner la vaccination.

Au moment où le Parlement français rendit obligatoire la vaccination antidiphtérique, une énorme campagne d'opposition se développa dans les milieux médicaux : d'après leurs propres observations, les médecins reprochaient au vaccin de ne pas protéger, de donner la diphtérie et de provoquer bien d'autres accidents. Certains affirmaient que la généralisation de la vaccination risquait de déclencher une vague de diphtérie plus importante que celle qu'on connaissait alors. Les faits leur donnèrent raison, puisque le taux annuel des diphtéries ne fit que s'accroître, nous l'avons vu, à mesure qu'on vaccinait davantage, et cela en dépit et même à cause de

---

[57] Voir le compte rendu du congrès de Charleroi (1888), publié sous le titre : *Les Vaccins. Racket et Poisons,* par le Dr Chèvrefils, Montréal.

la vaccination frénétiquement appliquée.

Or, malgré cette catastrophe maintes fois dénoncée, la vaccination triompha (dans les esprits). La vague épidémique passée (toutes les maladies ont ainsi des phases d'évolution), on attribua au vaccin le mérite de la victoire et... personne ne parla plus des enfants tués par la vaccination ou que celle-ci n'avait pas su protéger.

Contre tous les faits le mythe triompha : telle est la puissance de la propagande, lorsque sont en jeu des intérêts moraux qui s'appuient sur des intérêts financiers.

De même personne n'a plus connaissance des travaux des médecins de la Ligue universelle des anti-vaccinateurs qui semble n'avoir jamais existé, pas plus que des accidents gravissimes et multiples qu'ils dénonçaient alors.

C'est pourtant au moment où sévissent les maladies épidémiques qu'on peut vraiment juger de l'action d'une technique, et non plus tard. Serait-il acceptable d'attribuer maintenant la disparition de la peste au vaccin, si au moment où cette maladie ravageait l'Europe, on avait constaté qu'une vaccination avait été suivie d'une recrudescence de cas ? C'est pourtant ce qui s'est produit avec la vaccination antivariolique par exemple.

Est-il concevable que ce qu'observaient les médecins du début du siècle pour la variole, ce qu'ils observèrent en 1938 et après pour la diphtérie, en 1950 pour le BCG, soit actuellement sans valeur ? Votée en 1950, la loi rendant le BCG obligatoire reçut du corps médical un accueil si froid qu'il fallut attendre une bonne douzaine d'années avant qu'on pût commencer à en exiger une application relativement stricte.

N'est-il pas étonnant que la littérature médicale soit si réservée sur les longs échecs du vaccin antivariolique en Inde, au Pakistan, à Sumatra et ailleurs[58] ? Comment comprendre qu'on ait maintenant oublié le passé et qu'on ignore volontairement le présent, dès lors

---

[58] Voir *Santé, Liberté et Vaccinations,* novembre 1969 : « Considérations sur la valeur de la vaccination antivariolique » (Dr Buchwald).

qu'il plaide contre le dogme ? Rien ne peut expliquer ce fait sinon l'activité intense et persévérante de ceux dont l'intérêt est d'étendre la pratique des vaccinations en en cachant les échecs et les dangers.

Les adversaires finissent par mourir ou par désarmer et se taire devant la marée montante de la propagande et des pressions.

Les nouveaux médecins, fraîchement émoulus des facultés, sont aussi fraîchement conditionnés et la nouvelle vague submerge l'ancienne.

Si bien que les milliers d'observations rapportées par les adversaires n'arrivent seulement jamais sous les yeux des jeunes médecins.

Ceux-ci tirent dès lors de l'enseignement qu'ils ont reçu et de la propagande attribuant aux vaccins l'éradication de telle maladie, la conviction de l'efficacité et de l'innocuité des vaccinations.

Il est toutefois évident que l'usure des adversaires ne suffirait pas à expliquer le triomphe des vaccinations dans les esprits, si une gigantesque conspiration dont la majorité des acteurs est manipulée à son insu, ne poursuivait une action systématique et persévérante cachant les accidents, altérant la vérité et étouffant les adversaires de la vaccination, cela avec l'aide de quelques « pontifes » dans un climat général de conformation de toute la société.

1. Comment « il n'y a pas d'accidents » : conservation du mythe de l'innocuité

a. Discrétion du corps médical

Si les vaccinations n'étaient qu'inefficaces, comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, elles ne feraient pas grand mal et l'on pourrait expliquer assez aisément leur pérennité. Mais, comme nous le verrons plus loin, elles entraînent en outre de multiples accidents, et l'on doit s'étonner qu'ils soient entourés d'une si remarquable discrétion que leur fréquence n'a pas jusqu'ici entamé l'optimisme général concernant ces vaccinations. Une des façons les plus simples de ne pas connaître les accidents, c'est d'éviter de les

regarder. C'est ce qui se passe, de façon caricaturale, dans les pays non « développés », où nous vaccinons les gens par millions sans contrôler les suites, que ce soit lors des essais que nous y faisons sur quelques centaines de milliers d'individus confiants en la science des Blancs, ou lors des vaccinations de masse avec des vaccins déjà testés. De même chez nous, lors des campagnes hystériques au cours desquelles on vaccine à la chaîne après une dérisoire analyse d'urine ou sans aucun examen préalable, ou bien lors des vaccinations pratiquées dans les mêmes conditions à l'école ou ailleurs, par des médecins ne connaissant pas leurs « sujets » et qui pour la plupart ne les reverront jamais. S'ils les revoient, ce sera au hasard d'une visite annuelle : les morts, les handicapés, les malades graves auront disparu de leurs registres ; les effets secondaires moins graves passeront inaperçus ou du moins aucun rapport ne sera établi entre les deux visites : on n'est d'ailleurs pas là pour cela ! Le médecin scolaire n'a pas à poser de diagnostic ni à prescrire autre chose que la visite d'un confrère et on le voit mal signaler au médecin traitant que tel enfant pourrait bien souffrir des conséquences d'une vaccination pratiquée à l'école l'année précédente !

Reste le cas des médecins de famille. Comment ne voient-ils pas les accidents de vaccinations dans leur clientèle, accidents dont nous avons le témoignage quotidien dans les dossiers de la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations ? Certains n'en voient pas parce qu'ils sont aveuglés et refusent d'admettre l'évidence. Les coïncidences ont bon dos. Pourtant, disait le Dr Chavanon : « Il est impossible, comme le désireraient les personnalités intéressées à la diffusion de ce vaccin, d'expliquer tous ces accidents par des " coïncidences ", car ces accidents sont par trop nombreux[59]. »

Nous connaissons à la Ligue des centaines d'exemples de tels accidents post-vaccinaux, mis sur le compte des coïncidences. Il est tout de même à peine croyable que le directeur départemental de l'Action sanitaire et sociale de Draguignan réponde à Mme L. frappée de paralysie du bras droit après injection du vaccin antipolio : « Le

---

[59] Dr Chavanon, *On peut tuer ton enfant.* Médicis, 1938. Repris dans *Nous, les... cobayes,* Médicis, 1946. Il s'agit du vaccin antidiphtérique.

vaccin buvable est d'une innocuité parfaite. Il ne peut éventuellement entraîner que de légers troubles digestifs » (lettre du 20 novembre 1969). Et aussi : « Cette vaccination est d'une innocuité parfaite » (lettre du 1er octobre 1969).

Autrement dit : le vaccin ne peut pas être responsable de la paralysie *puisqu'il est inoffensif !*

D'autres médecins constatent bien les accidents. Mais dans le contexte actuel, ils se croient seuls, ils se sentent seuls. Notre vice-président, le Dr Arbeltier, nous a bien souvent raconté comment, lorsqu'il constata qu'il avait tué des enfants par le BCG, il écrivit à l'Institut Pasteur pour lui faire part de son inquiétude. « Mon cher confrère, lui répondit-on, on n'a jamais entendu parler de cela. Vous êtes le seul à qui pareil accident est arrivé. Vous auriez sans doute intérêt à prendre quelques précautions. »

Scrupuleux, dévoué, convaincu de la valeur des vaccinations, il redoubla de précautions... et eut encore des morts. Il s'en ouvrit à des collègues amis... qui avaient eu les mêmes réponses ! Il s'abonna à différentes revues étrangères, il compulsa les comptes rendus de congrès étrangers... et l'évidence s'imposa à lui : en dehors de la France, le BCG pouvait être dangereux, il pouvait tuer ; mais en France, patrie de l'Institut Pasteur, le BCG était parfaitement inoffensif !

Comment réagit le médecin dont les yeux s'ouvrent ? Englué dans le contexte actuel, emmuré par la formidable barrière qui étouffe la liberté d'opinion sur ce sujet, il préfère se taire que de passer pour un maladroit, un original ou un mauvais médecin. Il a peur de se singulariser, peur parfois d'attirer sur lui les foudres du Conseil de l'Ordre, peur aussi de subir le reproche des parents si par malchance un enfant contractait la maladie contre laquelle il aurait refusé de le vacciner. Il se tait, et demeure un bon conformiste. « Aucun médecin n'aime attribuer un décès à un traitement qu'il a lui-même recommandé et pour lequel il a été payé » (Pr Dick). Même et surtout s'il est un grand personnage dans le monde médical.

Un adhérent de la Ligue a perdu sa fille d'une encéphalite qui

débuta neuf jours après la vaccination antivariolique. Un professeur de l'hôpital de Marseille où l'enfant était soignée avait reconnu oralement que le vaccin était, à son avis, la cause de l'encéphalite. Mais lorsque, après le décès, les parents lui demandèrent un certificat constatant les faits, afin d'entamer une procédure contre l'État qui rend cette vaccination obligatoire, le professeur refusa véhémentement. C'est ainsi que ce décès ne sera jamais imputé à la vaccination.

Un jeune garçon aveugle, fils d'un ami, a été soigné dans un hôpital parisien. Devant ses étudiants, le professeur déclara : « Voici un beau cas de cécité consécutive au BCG. » Mais ce professeur comme son collègue de Marseille a refusé de faire un certificat.

Encore à Paris, un autre professeur très connu déconseille formellement toute vaccination en clientèle privée, mais lorsqu'on lui demande le certificat de contre-indication nécessaire pour l'entrée à l'école, ce professeur refuse en disant : « Dans ma position, vous comprenez, je ne peux pas ! »

Ce qui n'empêchera pas, exceptionnellement, et dans les meilleurs cas, tel professeur de rédiger une étude sur les accidents consécutifs à telle vaccination qu'il a pu observer dans son service. Mais son article paraîtra dans une revue médicale (restons entre confrères !) et ne manquera pas de préciser en introduction et en conclusion que ce genre d'accident est évidemment rarissime, et qu'en aucun cas, il ne saurait porter atteinte à la pratique de la vaccination « dont l'efficacité et l'opportunité ne sont d'ailleurs plus à démontrer ».

b. Poids de l'immobilisme administratif

Ce voile de pudeur et de discrétion, qui recouvre les accidents post-vaccinaux, n'est d'ailleurs pas le seul fait du corps médical ; l'administration et l'État concourent activement à le tendre.

J'en donnerai plus loin quelques exemples, mais, bien qu'il soit déjà ancien et que de nombreux cas plus récents puissent être cités, je retiendrai en particulier celui que j'avais appelé à l'époque « l'inimaginable affaire Roussel » à cause de l'accumulation des cir-

constances caractéristiques.

Le décès de la petite Annie Roussel a en effet donné lieu à ce qu'on pourrait appeler l'exemple le plus typique de l'attitude de l'administration face aux accidents post-vaccinaux.

De cette vaccination simplement annoncée par le garde-champêtre, les parents n'avaient pas été prévenus personnellement ; ils n'avaient donc pas donné leur accord.

L'injection antidiphtérique-antitétanique n'était plus obligatoire à l'âge de la fillette (6 ans 1/2) ; l'antitypho-paratyphoïdique associé aux deux autres ne l'était pas non plus, et l'on avait administré double dose d'emblée (1 cm^3 de vaccin à la place du demi-cm^3 prévu par le décret du 28 février 1952).

La petite Annie Roussel fut vaccinée le 11 juillet 1958 par le Dr B., médecin du service d'Hygiène scolaire, à l'école de Fresnoy-au-Val (Somme). Convulsions dans la nuit. Hémoptysie et coma au petit matin. L'enfant meurt à 10 heures, dix-huit heures après l'inoculation.

Les raisons avancées par le médecin vaccinateur montrent qu'il agissait conformément aux directives de la direction de la Santé, tant sur le choix des vaccins que sur leur dosage ! Personne n'avait d'ailleurs l'air de savoir ce qui était obligatoire ou non. Quant à l'âge trop tardif et l'absence d'autorisation écrite : « La plupart des médecins de la région agissent de cette façon, les vaccinations étant mal acceptées par les familles. »

Cette position étonnante, qui n'était pas particulière au Dr B., mais s'étendait à tout le corps des médecins vaccinateurs, donc aux services de la Santé, me parait excéder la simple désinvolture. Il n'est pas concevable que des fonctionnaires dont le travail consiste à manier et à injecter des produits dangereux puissent ignorer, même en toute bonne foi, que les modalités de cet exercice ont été précisées par un arrêté de leur supérieur, le ministre de la Santé, et que leur mission doit se borner à en faire une stricte application.

Mais c'est dans la suite que nous allons trouver les choses les plus extraordinaires qui se puissent imaginer.

Le 20 octobre 1958, les parents portent plainte contre X pour homicide. La direction départementale de la Santé de la Somme ne se décidant pas, malgré trois rappels du juge d'instruction, à déposer son rapport au Parquet, M. et Mme Roussel se constituent partie civile en février 1959.

La direction de la Santé faisant preuve d'une incroyable mauvaise volonté, continue à refuser de donner connaissance au procureur de la République, puis au juge d'instruction, des résultats de l'enquête administrative qui avait eu lieu à la suite de la vaccination et du décès de la petite Annie. Ce n'est que sur perquisition ordonnée par le magistrat-instructeur que les documents ont pu être saisis et portés à la connaissance de la justice. Voilà qui dépasse l'imagination.

Quel dommage qu'une muraille de silence pèse sur la presse et la radio : cela méritait bien cinq colonnes à la une !

Trois experts furent donc désignés, les Prs Derobert et Muller et le Dr Gérard, qui posèrent un certain nombre de questions délicates et précises au directeur départemental de la Santé. Pas de réponse.

Trois mois plus tard, deuxième lettre du Pr Derobert qui précise : « Ces renseignements sont indispensables à l'accomplissement de notre mission. »

Mais la direction de la Santé n'a jamais donné ces renseignements indispensables à l'enquête : elle n'a jamais répondu. Il apparaît donc que l'administration était peu soucieuse de voir la lumière se faire : la mort d'une enfant méritait pourtant qu'elle fit face à ses responsabilités. Que voulait-elle cacher ? Pourquoi ce mutisme[60] ?

N'eut-elle pas soudain conscience de l'inorganisation qui présidait au déroulement des séances publiques de vaccinations ? Ne vit-elle point combien il était grave pour elle que ses médecins ne sachent pas celles qui sont obligatoires et celles qui ne le sont pas, ni à quelle date et avec quelle dose les pratiquer, et qu'ils négligent

---

[60] La récente affaire du décès de Patrick Morvan dont la presse a parlé, les affaires Tresse, Thone, Laurès. etc., dont la presse n'a rien dit, montrent que l'armée observe la même politique de silence que les autres administrations.

de se munir de l'autorisation des parents ?

Les experts n'en firent pas moins leur travail. Ils conclurent, le 17 novembre 1960, que la mort d'Annie Roussel était en relation directe avec la vaccination dont l'enfant n'avait pas supporté le surdosage. Ils admettaient à ce sujet la notion de faute technique commise par le Dr B.

Celui-ci demande alors une contre-expertise. Le magistrat-instructeur commet le Pr Piedelièvre (président national du Conseil de l'Ordre) et les Drs Mans, Rousselet, Grenat et Mallet, experts nationaux.

Tout en reconnaissant qu'il est « presque sûr » que le décès est la conséquence de la vaccination, ils déchargent totalement le Dr B., car rien ne peut laisser prévoir un tel accident, au demeurant classique mais fort rare, et toutes les thérapeutiques sont vaines. Ils éliminent l'hypothèse d'une action néfaste du surdosage (!) et approuvent l'utilisation des vaccins non obligatoires associés au DT, « mesure particulièrement indiquée » (!). « Il est certain, remarquent-ils néanmoins, que le consentement des parents n'a pas été demandé, mais il *semble* qu'il y ait eu une publicité dans la localité », si bien « que le consentement a pu paraître tacite ».

Le tribunal a donc rendu, le 19 décembre 1962, une ordonnance de non-lieu, « la preuve d'une faute n'ayant pas pu être apportée à l'encontre du médecin vaccinateur ».

En 1964, le Parlement vota, comme nous allons le voir, le principe de la responsabilité de l'État dans les accidents post-vaccinaux et la jurisprudence avait évolué grâce à plusieurs procès soutenus pour la plupart par la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations.

Une nouvelle plainte fut donc déposée en janvier 1965 devant le tribunal administratif de Rouen. Le ministre de la Santé rejeta la demande d'indemnisation, invoquant que « l'hypothèse d'une coïncidence reste toujours possible, et l'absence d'autopsie pratiquée après le décès permet de ne pas exclure totalement l'existence d'une lésion préexistant à la vaccination... ».

Mais le tribunal, cependant, considérant l'âge de l'enfant, la na-

ture des vaccinations pratiquées et le surdosage, condamna enfin l'État.

Il nous a donc fallu neuf ans de procédure devant différentes juridictions pour obtenir gain de cause ! Et cela alors que le décès est survenu dix-huit heures seulement après la vaccination, dans des circonstances où le simple bon sens, allié à la bonne foi, aurait dû imposer l'évidence de la responsabilité de l'inoculation. S'il se fût agi de tout autre motif, l'affaire eût été simple.

Mais c'était une vaccination qui avait tué et il importait de ne pas le reconnaître. La presse joua au mieux son rôle habituel et ne donna pas le moindre écho à l'accident, en dépit du caractère sensationnel des perquisitions ordonnées par le procureur dans les bureaux d'une administration, pour ne revenir que sur ce détail.

Cette attitude de l'administration face aux accidents post-vaccinaux n'est évidemment que le reflet de celle qui se manifeste au niveau le plus élevé : le ministère de la Santé s'est toujours refusé à les recenser. Il fut même une époque où il était de bon ton de les nier purement et simplement. Le Dr René Arbeltier, alors député, pensa que la seule façon de faire reconnaître leur existence était d'obtenir la reconnaissance de principe de la responsabilité de l'État qui impose les vaccinations. Il présenta une proposition de loi dans ce sens le 17 avril 1956. C'était une mesure d'équité et de solidarité nationale. Personne ne pouvait décemment la repousser.

En rendant certaines vaccinations obligatoires, le législateur, en effet, cherche à garantir à tous les citoyens une meilleure protection de leur santé. Si le bienfait qui en résulte pour l'ensemble de la nation doit se payer au prix de quelques accidents, si rares soient-ils au regard du nombre des vaccinations pratiquées[61], n'est-ce pas justice que les bénéficiaires se penchent avec sollicitude sur le sort des victimes ? Mais cette proposition ne vint jamais en discussion au Parlement. Les victimes tentèrent alors de se faire droit par recours de justice. Il fallut tout une suite de procès pour que les tribunaux établissent enfin que la survenue de l'accident suffisait en

---

[61] Telle est du moins la théorie des partisans de l'obligation.

soi pour établir un « défaut de fonctionnement d'un service public » de nature à entraîner la responsabilité de l'État, même en l'absence de faute professionnelle. C'est ainsi qu'il nous fallut huit ans de procédure pour triompher dans l'affaire Kermagoret et cinq ans dans l'affaire Hanryon (encéphalite après vaccination antivariolique).

La jurisprudence était donc bien établie lorsque, reprenant la proposition précédente tombée dans les oubliettes parlementaires, le Sénat exigea qu'une proposition semblable, due à l'initiative de M. J.-L. Fournier, soit liée au vote de l'obligation de la vaccination antipolio. Le gouvernement réussit encore à minimiser l'incidence de la nouvelle loi (1er juillet 1964) en limitant la responsabilité de l'État aux seuls accidents « consécutifs à une vaccination obligatoire effectuée dans un centre agréé de vaccination ».

Excluant du droit à réparation les victimes de vaccinations pratiquées en clientèle privée, il diminuait d'autant le nombre d'accidents qu'il serait impossible de cacher.

D'autre part, les conditions mêmes de la procédure en écartent la majorité des ayants droit, réduisant en fait la portée pratique de la loi :

1. Il appartient aux victimes de faire la preuve de la relation de cause à effet entre la vaccination et l'accident qui s'ensuit : or, les parents, dans leur ignorance des possibilités offertes par l'État, négligent en général de demander aux médecins le certificat initial indispensable. D'autant moins que parents et médecins ne pensent pas habituellement que telle manifestation morbide puisse être imputable à une vaccination récente.

2. Les médecins, craignant de voir leur responsabilité engagée dans un procès, hésitent à délivrer un certificat attestant ou laissant même présumer la relation de cause à effet qui doit être établie (cette crainte est d'ailleurs sans fondement, puisque la loi prévoit la possibilité d'indemnisation en l'absence de toute faute professionnelle : c'est en effet l'obligation imposée par l'État qui crée un risque imprévisible).

3. La procédure en réparation dure des années et est propre à

décourager l'individu isolé qui considère généralement comme impossible d'intenter un procès à l'État.

4.Cette longue procédure est très onéreuse, du fait de la nomination d'experts par chacun des tribunaux concernés, dont les honoraires, comme ceux des avocats nécessaires, sont à la charge des plaignants.

L'ensemble de ces circonstances concourt à ôter une grande part de son efficacité à la loi sus-citée, en décourageant les victimes qui, dans ces conditions, ne peuvent pas envisager de déposer un recours. N'est-il pas paradoxal que celles-ci en soient réduites à se grouper au sein d'une ligue qui assume, par la solidarité de ses membres, à la fois tous les frais de procédure et d'expertises, et les interminables démarches nécessaires ?

Par une série de procès longs et difficiles, la Ligue entreprit donc de forcer les autorités à reconnaître officiellement l'existence des accidents.

Ce fut alors qu'on put mesurer tout à la fois l'efficacité de l' « étouffoir » et la mauvaise foi du ministère de la Santé accumulant devant les plaignants toutes les difficultés possibles.

Nous venons de voir que certains experts ont dû faire leur rapport sans pouvoir obtenir communication des dossiers administratifs indispensables ; dans l'affaire Kermagoret (encéphalite après vaccination antidiphtérique-antitétanique) il fut impossible aux parents de se procurer le dossier médical de l'hôpital où l'enfant avait été soigné. La direction de l'établissement ne déféra pas plus à la requête du juge d'instruction et il fallut que l'expert nommé par celui-ci use de son autorité pour exiger que des recherches soient faites.

C'est dire que, si magistrats et experts demeurent impuissants dans des cas extrêmes comme ceux-ci, combien souvent les particuliers sont dans l'impossibilité absolue de fournir les preuves qu'ils ont à présenter pour l'ouverture d'une instruction ! Pratiquement la loi reste sans effet. Et bien plus encore si le préjudice subi n'a pas apparemment, avec la vaccination, de rapport direct ou susceptible d'être prouvé : tuberculose après BCG, oui ; tuberculose ou impuis-

sance sexuelle après vaccin antivariolique ou antidiphtérique, non ; leucémie ou cancer, effondrement intellectuel passager ou durable après n'importe quel vaccin, non !

Imaginons que la victime ait réussi à déposer un dossier complet et convaincant. La durée de la procédure met ses nerfs à rude épreuve. Voici quelques exemples :

—affaires Dumarquez, Constantinidis et Pol (encéphalites consécutives à la vaccination antivariolique) : cinq années ;

—affaire Prévost (maladie de peau consécutive au rappel antivariolique) : cinq années ;

—affaire Marcone (décès consécutif à la vaccination antipolio) : huit années ;

—affaire Kessler (paralysie consécutive à la vaccination antipolio) : le procès engagé le 30 novembre 1966 n'a été gagné que dix ans plus tard ; en 1977 l'indemnité n'est toujours pas fixée... et encore moins versée !

Quelle est la position du ministère de la Santé ainsi attaqué ? Chaque fois qu'il le peut, il oppose la déchéance quadriennale, refusant de considérer que le préjudice demeure actuel même si l'accident s'est produit depuis plus de quatre ans. Certains des enfants touchés passent vingt ans d'agonie avant de mourir.

Le ministre oppose de plus diverses considérations telles que la coïncidence ou l'absence de lien direct entre la vaccination et l'accident. Lorsque le tribunal administratif a enfin donné raison au plaignant, le ministre refuse de s'incliner et porte l'affaire devant le Conseil d'État. Il faut à nouveau prendre un avocat ; d'autres experts sont désignés... et le Conseil d'État confirme le précédent jugement. Cette attitude du ministre a été constante, jusqu'à ce qu'il se persuadât enfin qu'il n'avait rien à gagner à se pourvoir en Conseil d'État : ce qui demanda plusieurs années.

Bien plus encore, dans plusieurs cas, l'État condamné a négligé de verser les sommes dues aux victimes qui, à plusieurs reprises, n'obtinrent satisfaction qu'après de multiples démarches ou sur interventions de parlementaires. Il fallut même faire appel à la

commission spéciale du Conseil d'État !

> L'article L.10.1., introduit dans le Code de la Santé publique par la loi n° 64-645 du 1er juillet 1964 et qui met à la charge de l'État la réparation de tout dommage imputable directement à une vaccination obligatoire pratiquée dans un centre agréé, *a reçu une interprétation très large en faveur des intéressés.* — Le ministre de la Santé, *JO,* n° 10290, 24 juin 1971.

L'accumulation de tous ces obstacles, le plus souvent infranchissables pour le citoyen isolé, a pour effet de minimiser le nombre apparent des victimes. En particulier, s'il s'agit d'un décès, quel parent accepte de revivre son cauchemar pendant l'interminable procédure, pour obtenir 6.000 F d'indemnisation ? Ainsi l'immense majorité des accidents mortels ne donnent pas lieu à des procédures d'indemnisation et se trouvent ainsi écartés des évaluations officielles. Dans une réponse écrite au sénateur Henriet, le 24 juin 1971, le ministre précise que « le nombre des affaires contentieuses dans lesquelles les plaignants ont fait état des dispositions de l'article L.10.1. s'est élevé à quarante » dont vingt-cinq pour la seule vaccination antivariolique. Encore fait-il remarquer — et c'est exact — que certaines de ces affaires concernent des vaccinations effectuées avant la parution de la loi.

Or, faute d'autres statistiques, ce chiffre de quarante affaires en six ans fut bientôt repris pour évaluer le nombre *réel* d'accidents !

Les partisans de la liberté des vaccinations qui espéraient par le biais de l'indemnisation des victimes, établir la réalité des accidents virent ainsi la situation se retourner contre eux.

Très vite cependant, les restrictions apportées par le ministre à la proposition initiale du Sénat pour l'indemnisation de *toutes* les victimes des vaccinations obligatoires apparurent inadmissibles. Plusieurs parents désireux de s'entourer du maximum de précautions, avaient fait pratiquer la vaccination par leur médecin traitant : ayant porté plainte à la suite du décès ou de l'invalidité de leur enfant, ils furent déboutés, l'État n'étant pas responsable des actes pratiqués en dehors des centres *agréés* de vaccination.

Sous le slogan « À risque égal imposé par l'État, garantie égale reconnue par l'État », la Ligue entreprit alors une campagne d'information, dénonçant cette discrimination : « Si l'obligation de certaines vaccinations a pour but de protéger la collectivité, il est indifférent au regard du bien public que ces vaccinations soient effectuées par le médecin traitant ou dans un centre agréé à cet effet.»

Cent cinquante parlementaires répondirent favorablement, le Conseil national de l'Ordre des médecins publia un communiqué dans le même sens, deux propositions de lois furent déposées (par M. Triboulet et quelques députés UDR puis par le Groupe communiste). Mais le ministre, pourtant pressé par de très nombreux parlementaires, sollicité de plus, à ma demande, par M. Delachenal, vice-président de l'Assemblée nationale, de présenter lui-même un projet de loi dont le vote était assuré à l'unanimité, s'en tint à la position de son prédécesseur : « L'État n'ayant pas la possibilité d'exercer un contrôle technique sur les vaccinations pratiquées hors des centres agréés, ne pouvait pas engager sa responsabilité ; d'ailleurs, le médecin est lui-même assuré. » Réponse doublement insuffisante puisque l'expertise a justement pour but d'exercer ce contrôle sur les circonstances de la vaccination, et que l'assurance du médecin ne joue qu'en cas de faute professionnelle... qui dégage, par ailleurs, la responsabilité de l'État !

Le ministre finalement répondit qu'une étude avait été entreprise, mais « que la question était complexe et soulevait des difficultés tant d'ordre juridique que d'ordre financier ».

À nouveau, c'est par la procédure que nous avons débloqué la situation.

Le jeune Albert Berrebi, vacciné dans l'hôpital public de Fontainebleau contre l'avis de son médecin traitant, fut frappé d'encéphalite. Le tribunal administratif de Versailles avait débouté les parents, sous prétexte que l'hôpital, en général, était bien un centre agréé de vaccination, mais que le service où se trouvait l'enfant relevait — comment pouvait-on le savoir ? — de la Caisse d'assurance maladie de Paris, organisme privé !

Déjà, une semblable demande avait été rejetée lors d'un accident

survenu dans un dispensaire de la Croix-Rouge.

J. Berrebi fit donc appel de ce jugement sans avoir aucune chance de gagner, au terme de la loi. L'arrêt du Conseil d'État (3 mai 1974) vint remettre en cause les limites de celle-ci et la rendit caduque, en annulant le précédent jugement : « Ce centre doit assurer la protection de la santé des enfants qui lui sont confiés ; la vaccination figurant au nombre des actions qui ont trait à cette protection, ce centre participe au service public de vaccination obligatoire ; la responsabilité de l'État peut ainsi être engagée. »

La loi de 1964 se trouvait ainsi dépassée ipso facto. On voit mal comment le gouvernement aurait pu plus longtemps maintenir une distinction entre les centres privés et les cabinets médicaux privés, alors que la jurisprudence l'effaçait d'un coup.

La partie était gagnée. Le 15 avril 1975, la proposition fut discutée et acceptée par l'Assemblée nationale. La nouvelle loi étend en principe la responsabilité de l'État à tous les accidents consécutifs à une vaccination obligatoire. Elle ouvre un droit théorique à l'indemnisation pour toutes les victimes, mais ne lève aucune des difficultés pratiques évoquées plus haut. Sa portée reste par conséquent extrêmement limitée.

Mme Veil tint à exprimer ses remerciements aux auteurs des deux propositions de loi « pour l'étude à laquelle ils s'étaient livrés... ».

« ... Je me réjouis, ajouta-t-elle, de la contribution apportée par les parlementaires *à l'action de mon ministère* (sic !). »

Le lecteur me pardonnera, je l'espère, ce passage long et technique ; il m'a semblé nécessaire pour faire toucher du doigt l'incroyable obstruction des autorités devant toute initiative de nature à porter le moindre préjudice au prestige des vaccinations.

L'état d'esprit du ministère de la Santé fera mieux comprendre pourquoi il n'apparaît pas en France plus d'accidents post-vaccinaux.

L'ensemble de la situation décrite expliquera comment il est possible que le Dr Cassaigne, chef de service des vaccinations dudit ministère, n'ait pas connaissance d'accidents à part ceux qui ont

donné lieu à des demandes d'indemnisations, alors que ces accidents apparaissent par centaines dans notre courrier.

c. Des confusions malhonnêtes

Le refus de reconnaître les accidents n'est pas le seul processus par lequel le dogme est protégé. On trouve à la base de son édification et de son maintien toute une série de confusions volontaires, d'ambiguïtés voulues et d'échappatoires, contraires à l'honnêteté scientifique.

L'un de ces types de démarche intellectuelle douteuse mais de haute rentabilité psychologique, c'est l'assimilation des malades ou des morts vaccinés à des individus non vaccinés. Ce truquage est encore plus grave lorsqu'il permet d'établir la preuve de l'innocuité et de l'efficacité d'un vaccin dont la pratique sera, de ce fait, étendue à toute la population. Tel par exemple celui rapporté par le Pr Tissot[62].

« La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine a commencé en 1923. Dès ses débuts, elle a provoqué de nombreux accidents. On n'en a tenu aucun compte.

En 1925, une épidémie ayant éclaté à l'armée du Rhin, on décida de pratiquer des vaccinations. Le médecin militaire Zoeller fit, à Mayence, un premier essai de contrôle. Il vaccina 305 recrues par deux injections d'anatoxine diphtérique faites à trois semaines d'intervalle. D'autres recrues non vaccinées servaient de témoins.

Onze cas de diphtérie se déclarèrent chez les 305 vaccinés pendant les trois semaines séparant les deux injections : un seul cas survint sur 700 recrues environ non vaccinées. La conclusion était donc que la vaccination avait l'effet inattendu, mais formel, de provoquer onze fois plus de cas de diphtérie chez les vaccinés que chez les non-vaccinés. Ce résultat vraiment catastrophique de l'anatoxine commandait donc impérativement d'en abandonner l'emploi.

---

[62] Dr J. Tissot (professeur au Muséum), *op. cit.*

Mais il n'en fut pas ainsi, car une telle décision supprimait le commerce de ce vaccin inauguré depuis deux ans. Aussi, on prétendit que les diphtéries des vaccinés étaient survenues chez des hommes incomplètement immunisés, c'est-à-dire trop récemment-vaccinés et qu'elles devaient être retirées du lot des vaccinés pour être portées dans le lot des non-vaccinés qui, cependant, l'étaient encore bien moins, puisque pas du tout.

Il n'échappera certainement pas au lecteur que ce raisonnement est contraire au bon sens, qu'il est faux. Cette entorse à la vérité avait donc pour effet de changer complètement le résultat de l'expérience de Zoeller qui, en conséquence, se transformait en moins de un cas chez les vaccinés pour 11 cas chez les non-vaccinés. Le vaccin se trouvait ainsi absous de son forfait et pouvait continuer à être commercialisé, en continuant ses méfaits dans la pratique ainsi que son fructueux rapport à son fabricant.

Jamais, au cours des siècles, on n'a vu, dans la science, une telle dénaturation d'une statistique et une mystification aussi absurde.

Deux ans plus tard, l'Académie de médecine " considérant que cette vaccination a fait la preuve de son efficacité et de son innocuité, émit le vœu qu'elle devînt obligatoire ".

Ainsi, deux ans après l'expérience de Zoeller prouvant l'action catastrophique de l'anatoxine, l'Académie de médecine affirmait quand même l'efficacité et l'innocuité de celle-ci, qu'elle n'avait pas vérifiées elle-même et dont elle n'avait pas exigé la moindre preuve de la part du fabricant.

C'est dans de telles conditions qu'on obtint d'abord le droit d'inoculer de force ce vaccin aux jeunes soldats.

De 1927 à 1938, l'anatoxine détermina un nombre considérable d'accidents, certains suivis de mort[63]. On s'aperçut que les vaccinés contractaient fréquemment une diphtérie plus grave que celle des non-vaccinés ; il y eut des protestations de nombreux médecins. On n'en tint aucun compte.

---

[63] Ils sont exposés dans le livre du Dr P. Chavanon, *Nous. les... cobayes.* Paris, Médicis, 1946.

Au contraire, on fit présenter au Parlement un projet de loi rendant cette vaccination obligatoire, cela dans le but évident d'accroître de façon énorme la vente du vaccin. »

Les faits, ajoutait Tissot, ont démontré que l'affirmation selon laquelle « cette vaccination avait fait la preuve de son efficacité et de son innocuité » était fausse, puisque le nombre des cas de diphtérie n'a pas cessé de croître pendant les sept premières années de vaccinations facultatives, ni pendant les huit années qui ont suivi son obligation[64].

Une étude du Dr Robert Rendu[65] fait apparaître la même étonnante aberration relative à la vaccination antityphoïdique :

« Lors de ses premiers essais de vaccinations, en 1911, 1912 et 1913, le Pr Yacinthe Vincent affirmait que sa méthode était d'une " efficacité absolue " puisque tous les cas survenaient chez des non-vaccinés, alors qu'on n'en voyait aucun chez les vaccinés[66].

Actuellement, après quarante ans de vaccination obligatoire dans l'armée, c'est le contraire qu'on observe puisque la plupart des atteintes se voient chez des vaccinés : il en a été ainsi lors de l'épidémie militaire lyonnaise de 1954, tout comme au cours des nombreuses autres épidémies de garnison survenues en France depuis la fin de la Première Guerre mondiale[67].

Si l'on en croit les données officielles de la Statistique médicale de l'armée, sur 2 .028 cas de typhoparathyphoïdes relevés de 1929 à 1935, 78,7 % sont apparus chez des vaccinés.

Le contraste entre " l'efficacité absolue " de jadis et l' " inefficacité totale " actuelle est d'autant plus déconcertant que, entretemps, de 1911 à 1954, d'innombrables « perfectionnements » ont été ap-

---

[64] Voir fig. 16, chap. I.

[65] *Le monde médical,* n° 987, août-septembre 1954, ainsi que *Vaccinations ou Santé?,* n° 11, février 1956.

[66] Y. Vincent, Académie de médecine. 8 octobre 1912, t. II, p. 236-241. C.R. Académie des sciences. 10 mars 1913, p. 821-823. Académie royale de médecine de Belgique, 1914, p. 277-298.

[67] Dr Robert Rendu, « Enseignements vaccinaux des épidémies typhoparatyphoïdiques militaires », *Le Concours médical,* 1954.

portés soit dans la préparation du vaccin, soit dans la façon de l'employer.

Devant de telles contradictions, il est difficile de ne pas se demander : " Comment en un plomb vil l'or pur s'est-il changé ? "...

Rappelons seulement que les premières expériences vaccinales françaises ont été faites en 1911, 1912 et 1913, et qu'elles ont porté, tant en France qu'en Afrique du Nord ou à l'étranger, sur 200.000 ou 300.000 sujets, civils ou militaires. Y. Vincent employait son vaccin à l'éther et A. Chantemesse un vaccin chauffé : tous deux avaient pour principe de vacciner au cours d'une épidémie...

Celle-ci se déclarait-elle dans une garnison, un asile, un village, un hameau ou une famille : Vincent, Chantemesse ou leurs collaborateurs s'y rendaient et vaccinaient les volontaires. Comme la vaccination comportait alors quatre ou cinq injections[68], séparées par un intervalle d'au moins sept jours " qui pouvait, sans inconvénient, en cas de nécessité, être prolongé jusqu'à quinze jours et même davantage[69] ", comme d'autre part une période de " deux à trois semaines après la dernière injection " était jugée nécessaire au parachèvement de l'immunisation[70], l'épidémie, qui normalement devait durer de un à deux mois, était terminée quand les vaccinés commençaient à bénéficier d'une " complète immunité ". Il en résultait que tous les cas survenus pendant l'épidémie chez les vaccinés étaient considérés comme de faux échecs défalqués des statistiques puisque apparus " pendant l'établissement de l'immunité[71] ".

En d'autres termes, un sujet dûment immunisé ne pouvait contracter la maladie qu'à partir du moment où, l'épidémie étant terminée, le risque de contagion n'existait plus pour lui. Dès lors, il était naturel que tous les cas survinssent soit chez des non-vaccinés, soit chez des sujets en cours d'opérations vaccinales, soit encore chez les vaccinés dont l'immunisation n'était pas parachevée ; de ce fait, la statistique des vaccinés restait immuablement

---

[68] À Avignon, entre autres, Y. Vincent fit faire cinq injections.
[69] Louis et Combe, 13e Congrès français de médecine, 1912, t. II, p. 224.
[70] *Ibid.*
[71] Chantemesse. *Le Monde médical.* 5-15 avril 1914, p. 296.

vierge : ce qui faisait dire à Vincent que sa méthode était d'une " exceptionnelle efficacité " et que l'immunité conférée était " totale et absolue ".

Remarquons que le Dr Rendu examine les faits plus calmement que le Dr Tissot. « On a peine à concevoir, se contente-t-il d'écrire, qu'on ait pu recourir à de pareils subterfuges statistiques. » C'est que Chantemesse, qui éliminait ainsi les échecs, reconnut que le pouvoir protecteur du vaccin employé en cours d'épidémie n'était qu' « un mirage », une « illusion d'optique ». Zoeller, par contre, n'est jamais revenu sur son « subterfuge statistique[72] » !

Examinons comment furent démontrées l'innocuité et l'efficacité du vaccin antipolio à virus vivants.

Au cours de l'épidémie de Saint-Brieuc (mai 1964), la polio a frappé 5 enfants correctement vaccinés par trois injections de vaccin et une piqûre de rappel. Ces vaccinations, soit dit en passant, avaient été faites à titre expérimental, puisque ce vaccin n'a reçu le visa que par le *JO* du 23 mars 1965. On voit donc l'importance énorme de l'interprétation qu'on pouvait donner de la présence de vaccinés parmi les malades.

Or, le Pr Debré expliqua dans *Rouge et Or,* n° 34 (1966), que ces enfants avaient été « largement protégés... sans doute », puisqu'aucun n'avait « présenté de forme mortelle ou grave[73] ».

Il ajoutait que 3 de ces 3 enfants étaient porteurs de virus

---

[72] Confirmation récente de cet état d'esprit : « Pendant la guerre de 1914, aussi bien qu'en Rhénanie pendant l'occupation, nos chefs n'admettaient pas qu'on porte le diagnostic de fièvre typhoïde si le militaire malade avait été régulièrement vacciné suivant la méthode du médecin militaire Vincent... Je vois la mine effarée de notre médecin-chef lorsqu'on se permettait de porter le diagnostic de typhoïde chez un vacciné : *Mais non, jeune confrère, il ne peut s'agir de la typhoïde, inscrivez : embarras gastrique fébrile...* » (Dr T., *Santé, Liberté et Vaccinations.* n° 31, 1972).

[73] Tout est relatif en fait de gravité et de protection! Nous apprécions d'autre part la saveur du « sans doute ». La preuve avancée n'est d'ailleurs guère convaincante puisque rien ne prouve que sans vaccin ces 5 enfants auraient été plus gravement atteints.

Coxsackie[74] et en concluait qu'il ne s'agissait pas en fait d'une poliomyélite vraie mais de manifestations dues à un « germe voisin[75]».

« Autre constatation intéressante, poursuivait le célèbre professeur, chez 6 enfants qui venaient d'être vaccinés... se produisit une poliomyélite dans les cinq ou six jours qui suivirent la vaccination orale. »

L'explication qu'il en donna était simple : les sujets vaccinés et atteints de poliomyélite hébergeaient des virus sauvages avant la vaccination. Ils avaient donc été atteints « malgré la vaccination mais pas à cause d'elle ».

« La constatation importante, conclut-il, est la suivante : sur 6 vaccinés qui ont été atteints dans les cinq ou six jours après leur vaccination, il y en eut 5 qui portaient le virus sauvage et nous sommes sûrs que ce n'est pas le virus atténué qui a déterminé les manifestations morbides. Ils ont été atteints, malgré la vaccination — ce qui est bien connu — mais en aucune manière à cause de la vaccination[76]. » CQFD !

Cette explication qui sauve la face permet d'avancer des chiffres plus favorables en faveur du vaccin. Il nous vient cependant à l'esprit quatre remarques :

1. Chez 6 enfants vaccinés, la polio se déclare dans les cinq ou six jours suivant l'injection. Pourquoi ce délai est-il limité ? Pourquoi pas dix ou quinze jours après ou plus ? Cette limite semble indiquer que la date de la vaccination n'est pas étrangère au déclenchement de la maladie. Si des virus sauvages *totalement indépendants* du vaccin étaient seuls en cause, ils se soucieraient peu de se manifes-

---

[74] Virus très voisin de la polio, qui en donne toutes les manifestations.

[75] Il faut s'entendre. S'il s'agit de virus différents, le virus atténué devait « chasser le virus sauvage et le remplacer », selon l'expression plus qu'approximative du Pr Debré: s'il est arrivé au contraire que le virus atténué ne « prenne » pas et que te sujet continue à être porteur du virus « sauvage »: si donc ce dernier est seul responsable de l'apparition de la polio, on ne voit pas comment il serait possible que le virus injecté ait cependant « largement » protégé les malades.

[76] Dans une situation si grave, ces affirmations sont loin de constituer des preuves suffisantes.

ter dans un certain délai. Ceci n'évoque-t-il pas la possibilité d'un lien entre les virus injectés et ceux de la famille voisine Coxsackie ?

2.L'attention est attirée volontiers sur les malades porteurs de virus sauvages. Mais on passe les autres sous silence : leurs cas seraient-ils scientifiquement négligeables ?

3.Cinq plus six font onze cas de polio chez des vaccinés sur un total de 37 cas. Soit presque un tiers de vaccinés parmi les malades. Il serait intéressant de savoir si la proportion des vaccinés atteignait également le tiers de l'ensemble de la population enfantine de la région ?

4.Le polymorphisme des virus est maintenant suffisamment connu et admis pour qu'on puisse s'étonner que la possibilité d'une transformation du virus vaccinal en virus d'une « race » très voisine ne soit même pas envisagée. D'autant plus que les signes morbides accompagnant l'un et l'autre sont absolument identiques. Mais alors, il serait évident que tous ces cas de polio pourraient être imputables à la vaccination. Et les chiffres servant à établir les statistiques ne seraient plus si flatteurs.

Pourtant, il faut supposer que le Pr Debré n'était pas sans connaître une étude réalisée en 1962 en R.F.A[77], relative à la quantité des hôtes viraux de l'intestin (entérovirus) avant et après vaccination.

Cette quantité variait de 32 à 7 pour les virus polio, marquant une diminution de 78 %. Mais elle passait de 20 à 111 pour les virus Écho et Coxsackie, augmentant ainsi de 455 % !... Ainsi la vaccination déclenche un énorme accroissement de virus normalement saprophytes qui, comme l'a confirmé depuis un article du *Concours médical*[78], peuvent ainsi détrôner d'autres types viraux et devenir pathogènes.

---

[77] H. Lennartz. « *Zur Frage der Impfreaktionen nach Schluckimpfung mit Poliomyelitisvirus Typ. I (Sabin)* », *Deutsch Med. Wochensch,* 88, 1963, p. 884-886. Cf. aussi chap. vi : « De l'équilibre écologique des virus ».

[78] « De l'équilibre écologique des virus », *Le Concours médical,* n° 38, 20 septembre 1969.

Mais ni le Pr Debré ni aucun des partisans de la vaccination antipolio n'ont jamais reconsidéré leur classification entre les vaccinés et les non-vaccinés de Saint-Brieuc. Or il est évident que les chiffres cités permettent de conclure à la nocivité du vaccin, qu'il faudrait imputer les cas de polio à son inoculation, ce qui ne manquerait pas de porter au dogme vaccinal un préjudice regrettable.

Cette position intellectuelle discutable n'intervient pas seulement lors du lancement des vaccins ; on la retrouve tout au long de leur histoire, lorsque les individus vaccinés contractent la maladie contre laquelle on prétendait les protéger ou les avoir protégés : si la vaccination est récente, l'immunité, dit-on, n'a pas encore pu s'installer. Dans le cas contraire, le vaccin n'était plus de bonne qualité, ils ont été mal vaccinés, la réaction vaccinale avait été insuffisante (à papules et non à pustules par exemple), ou la dernière vaccination était trop ancienne. Qu'importe après tout ces pieuses tromperies, si c'est pour préserver le dogme !

Nous avons déjà vu l'exemple de l'épidémie de variole chez des vaccinés à Sumatra. De même, un enfant récemment vacciné contracte-t-il la tuberculose ? C'est qu'on l'a vacciné trop tard : l'immunisation n'a pas eu le temps de s'installer. Cela même si l'analyse décèle la présence d'un bacille bovin (origine du BCG) ! Si au contraire la vaccination est déjà ancienne, c'est évidemment, en cas d'accident, que l'enfant avait été contaminé juste avant l'inoculation, par un bacille sauvage ayant repris virulence à l'occasion d'un affaiblissement du sujet. « De toute façon, ajoute-t-on, heureusement qu'il a été vacciné : il a eu la maladie moins forte. » Et lorsque cette maladie bénigne entraîne la mort, on refuse simplement d'admettre la responsabilité du vaccin « qui ne saurait être mis en cause » pour l'excellente raison que « son innocuité n'est pas contestable, des millions de vaccinations ayant été pratiquées sans aucun accident ».

Mais ces dérobades n'expliquent pas pour autant les cas semblables à celui du jeune Daniel Prévost qui reçut trois BCG, sa cuti restant négative — il n'était donc pas en période de primo-infection spontanée —, et qui dut séjourner un an et demi en sanatorium après sa troisième vaccination.

Le 21 novembre 1969, le préfet des Pyrénées-Orientales publie un communiqué : « La poliomyélite... a atteint en quelques jours 8 enfants âgés de 5 à 22 mois. *Aucun d'entre eux n'avait été vacciné. »*

Le *Midi libre* reprit l'argument : « Le fait majeur à signaler est qu'aucun de ces enfants n'avait été vacciné. La responsabilité de la maladie est désormais due à la seule négligence des parents, à l'exception cependant du cas des très jeunes bébés dont l'organisme est encore trop fragile pour accepter le vaccin. » Or, 2 enfants sont morts : l'un de 6 mois, trop jeune pour être vacciné ; l'autre de 14 mois.

Enquête faite sur place, cet enfant avait été vacciné un mois et demi avant de mourir de la polio[79]. Il est évident que nous n'avons pas eu la possibilité de faire une enquête sur tous les cas. Mais ce seul exemple suffit pour démontrer que les autorités n'hésitent pas à affirmer n'importe quoi ; on peut s'attendre à un tel procédé de la part d'une entreprise commerciale faisant sa publicité, mais comment mettre en doute la parole d'un préfet ? Qui plus est, le fait même de cette vaccination préalable n'a pas troublé la sérénité des partisans des vaccins.

« On a cependant constaté, poursuit le *Midi libre,* que les *(sic !)* enfants avaient été victimes de la polio après une première séance de vaccination. Il a été établi que, dans ces cas, le virus se trouvait dans l'organisme du malade avant que le vaccin ait eu le temps de produire ses effets immunisants. La vaccination, affirment les médecins, ne peut en aucun cas provoquer la maladie, mais elle n'a pas un effet instantané. »

Chacun appréciera la légèreté de la pirouette : « Il a été établi que dans ces cas le virus se trouvait dans l'organisme du malade avant que le vaccin ait eu le temps de produire, etc. » Ce n'est pas vrai ! Rien n'a été établi : il s'agit d'une affirmation gratuite d'autant plus inadmissible qu'elle concerne la vie des enfants.

Mais c'est ainsi qu'on a toujours entretenu l'équivoque entre «

---

[79] Voir photocopie du certificat médical de vaccination dans *Santé, Liberté et Vaccination,* mars-avril 1969. p. 13.

vaccinés » et « immunisés », ce qui permet de grouper avec les non-vaccinés, les vaccinés récents qui n'ont pas encore développé une immunité (mais chez qui le vaccin peut provoquer la maladie contre laquelle il est censé les protéger). En ce qui concerne la variole, on verse également dans la catégorie des non-vaccinés ceux qui n'ont pas présenté de réaction papuleuse. Ainsi, par exemple, tous les déficients immunitaires qui ne réagissent pas apparemment, mais chez qui les vaccins — notamment à virus vivants — déclenchent la maladie inoculée, sont classés dans le groupe des non-vaccinés.

D'autres fois, c'est l'inverse qui se produit. Ainsi un individu vacciné depuis trois ou quatre ans et qui contracte la maladie n'est manifestement pas immunisé au sens réel du terme. « Non immunisé » ne suggère-t-il pas « non vacciné » ? De fait, il n'est plus considéré comme tel. Donc il ne « l'est » pas. Ce cas sera donc imputé dans le groupe des non-vaccinés : chaque fois, c'est un coup double sur le plan de l'innocuité et de l'efficacité[80]. Ce n'est pas avec une objectivité de ce type que nous pourrons jamais connaître la vraie valeur des vaccins ni mettre sur pied un programme réaliste de santé publique. Mais cette pratique est fructueuse pour la bonne réputation de nos vaccinations.

d. L'absence de statistiques et le refus d'en faire

Nous avons vu que le refus de reconnaître les accidents constitue l'une des raisons qui permettent de maintenir le dogme de l'innocuité des vaccinations. Nous venons de voir qu'on n'hésite pas à recourir à des imputations contestables dans la classification des accidents flagrants. On pourrait donc s'attendre à voir publier des

---

[80] En fait, il faudrait distinguer les « inoculés », les « vaccinés » (après contrôle d'une vaccination « réussie » et après le délai théorique nécessaire à l'immunisation), et les individus réellement « immunisés ». La confusion est entretenue actuellement entre les termes « vacciné » et « immunisé ». Mérieux a fait, fin 1975, une campagne dans toutes les pharmacies : « Êtes-vous encore vacciné? » On prétend actuellement qu'il faut 80 % de vaccinés dans une population pour assurer une barrière de protection. On dira bientôt qu'il faut 80 % d'immunisés, d'où la nécessité de multiplier les rappels.

statistiques officielles réconfortantes. Il n'en est rien. Les autorités françaises préfèrent tout simplement ne tenir aucune statistique concernant ces accidents. Et ce n'est pas là le moins stupéfiant de l' « affaire des vaccins », car on se demande comment les parlementaires ont pu contraindre l'ensemble des Français à recevoir obligatoirement 5 vaccinations, sans qu'ils aient jamais pensé à exiger que le tribut payé puisse être précisé et apprécié.

> On reste surpris par la pénurie de renseignements précis sur la question des troubles neurologiques consécutifs à la vaccination antivariolique. Il faudrait que des directives précises soient données aux praticiens afin que soient déclarés les cas d'encéphalite post-vaccinale ainsi que toute autre complication intéressant le système nerveux. — *Médecine et Hygiène,* n° 710, p. 1120.

Une telle négligence de leur part face à une décision qui engage la vie d'êtres humains ne peut s'expliquer que par un conditionnement psychologique poussé, les ayant convaincus que ces accidents sont rarissimes, c'est-à-dire négligeables au regard du bienfait apporté par de telles mesures d'obligation.

Pourtant, l'examen des statistiques étrangères ne permet pas d'entretenir un optimisme excessif.

Nous reviendrons sur ces statistiques au chapitre VI dans lequel nous poserons la question de savoir si les vaccinations sont un bienfait social. Nous y verrons que le taux d'une encéphalite pour 5.000 vaccinations antivarioliques semble réaliste, ce qui, au rythme de 1.200.000 vaccinations entraînerait un tribut annuel de 240 victimes !

Mais l'absence de statistiques permet de nager dans la contradiction et les affirmations étonnantes dont les auteurs seuls savent sur quoi elles sont fondées.

Le Nouvel Observateur (14 février 1968) annonce 0,00017 pour cent d'encéphalites, soit un par million de vaccinations.

Le Monde (25 mars 1969) les estime de 0,15 à 3 pour 10.000 soit

de 13 à 300 par million.

Le Pr Destaing déclare quant à lui que la plupart des statistiques fixent pour la France ce taux d'encéphalites à une pour 100.000 vaccinations *(le Concours médical*, 22 septembre 1973).

Selon J. C. Nicolas, du laboratoire de virologie de l'hôpital Trousseau, « le chiffre moyen de 1/100.000 est également retenu pour la France » (*Gazette médicale de France,* n° 13, 4 avril 1975).

Mais onze jours plus tard, s'adressant au Parlement, Mme Veil affirme qu'on dénombre approximativement en France, un cas d'encéphalite post-vaccinale pour 800.000 vaccinations antivarioliques !

Quant au Pr Lépine, n'a-t-il pas déclaré tout simplement... que cette vaccination n'a produit aucun accident chez les enfants depuis quarante ans[81] ?

Le lecteur, consommateur dudit vaccin, serait sans doute intéressé de savoir plus précisément le nombre annuel d'encéphalites qu'il entraîne, la fourchette entre zéro et 360 enfants sacrifiés étant tout de même un peu large ? Sans tenir compte des chiffres extrêmes, on pourrait être curieux de pouvoir affirmer que c'est bien le ministre qui a raison quand il avance huit fois moins de victimes que les revues médicales spécialisées. Or, il est regrettable que les responsables de la Santé publique refusent de réunir les éléments qui apporteraient ce minimum de précision.

Curieux de savoir enfin à quoi m'en tenir, j'ai demandé au ministre de la Santé de bien vouloir nous faire connaître sur quoi était fondée la déclaration ci-dessus (une encéphalite sur 800.000 vaccinations). De plus, regrettant que de tels écarts soient possibles dans l'évaluation d'un risque imposé depuis 75 ans à toute la population, j'ai suggéré « de façon très pressante, de rendre rigoureusement obligatoire la déclaration de tous les accidents et incidents consécutifs aux vaccinations ».

L'opportunité de cette déclaration « a été évoquée par le Conseil

---

[81] À Radio Monte-Carlo, le 16 janvier 1975.

supérieur d'Hygiène publique de France (section d'épidémiologie), lors de sa séance du 23 juin dernier, qui a estimé *prématurée* sa mise en œuvre immédiate[82]... ».

En ce qui concerne le taux des encéphalites, le ministre précise qu'il s'agit d'un rapport moyen, « résultat d'une étude portant sur une période de dix ans (1960-1970) effectuée à partir, d'une part, des déclarations d'accidents d'encéphalite apparus à la suite de vaccinations antivarioliques, et d'autre part, du nombre des vaccinations antivarioliques pratiquées au cours de ces années[83]... ».

« Pour ce qui concerne les estimations avancées pour quelques pays européens, les écarts enregistrés (de 1 pour 5.000 en Suisse et en Autriche, à 1 pour 30.000 en Angleterre) démontrent qu'il y a défaut de cohérence dans la définition de l'accident vaccinal. Il est probable que ces moyennes englobent des accidents de tous genres (...) sans que, pour autant, chaque pays ait retenu les mêmes[84]. »

Or, les différences en question peuvent fort bien dépendre de la rigueur du recensement, de la transmission et du collationnement des accidents. Il est de plus tout à fait exclu que les moyennes publiées à l'étranger concernent autre chose que l'encéphalite post-vaccinale, chaque statistique le précisant clairement. Rejeter les statistiques étrangères défavorables en avançant « qu'il est probable... » qu'elles englobent d'autres accidents nous semble donc un manque de rigueur inacceptable. Il paraît difficilement possible de penser que le ministère n'aurait pas les moyens de réduire à néant ce genre d'incertitude ?

Quelle valeur peut-on par ailleurs accorder à ces déclarations d'accidents ayant servi de base à un calcul ? Elles sont pratiquement inexistantes puisqu'elles ne sont ni réglementaires ni obligatoires.

C'est justement dans le but de mettre de la clarté dans l'évaluation rigoureuse du passif des vaccinations que nous demandons que

---

[82] Réponse à la question écrite de M. Robert Schmitt, *JO.* 7 août 1975.
[83] Réponse à la question écrite de M. Francis Palmero. *JO.* 4 septembre 1975.
[84] *Idem.*

tout accident ou incident occasionné par elles soit obligatoirement recensé. Avancer qu'une telle disposition alourdirait les formalités imposées aux médecins ne semble pas tenir compte du chiffre dérisoire des accidents « constatés », par rapport aux quelque 80.000 médecins français. Affirmer, en outre, que cette déclaration serait prématurée, c'est la rejeter aux calendes, après 75 ans de vaccinations obligatoires.

En réalité cette fuite devant la recherche de la vérité nous semble un témoignage éloquent du soin des autorités françaises à cacher la vérité au sujet des vaccinations. Un exemple qui vient de si haut et qui se répercute dans tous les rouages de la société explique pourquoi et comment la croyance en leur efficacité et leur innocuité est si profonde, alors que les faits et les statistiques démontrent le contraire.

Le ministre de la Santé britannique eut plus de courage et de franchise, il fit preuve d'un plus grand réalisme et d'un plus grand souci de ses responsabilités lorsqu'il condamna la pratique de la vaccination antivariolique systématique, la déconseillant du haut de la tribune du Parlement.

> Dans tout programme d'immunisation, il faut que les risques qui y sont attachés soient moindres que le risque que fait courir l'épidémie. — Pr G. Dick

Précisons que dans ce pays, il n'existait déjà plus aucune obligation depuis vingt-deux ans (1949), que les États-Unis en 1971, le Canada en 1972, l'Allemagne fédérale et les Pays-Bas en 1975, puis la Belgique et le Danemark en 1976 ont à leur tour abandonné cette vaccination de masse, reconnue plus dangereuse que la variole. Ces pays ont tenu des statistiques.

> Ce dont le pays a besoin maintenant, c'est d'une protection non pas contre la variole, mais contre la vaccination. — Dr C. Henri Kempe (université du Colorado), *Tinte Magazine,* 5 janvier 1970.

Cette attitude des autorités françaises concernées n'est-elle pas de nature à maintenir les foules, les médecins et les parlementaires dans une confortable ignorance, ne permet-elle pas de maintenir commodément cinq obligations vaccinales, situation unique en Europe occidentale, en contribuant puissamment à préserver leur réputation ?

D'autres procédés inattendus concourent d'ailleurs au même but, pour imposer partout le mythe que nous connaissons.

2. Quelques exemples d'altération de la vérité

On reste stupéfait devant l'exploitation partisane de certaines données statistiques.

À Bonn, par exemple, en 1871[85], il y eut 116 varioleux dont 112 vaccinés et 4 non-vaccinés. Parmi ces derniers, 2 succombèrent, et 13 parmi les vaccinés. Voici comment on publia les statistiques officielles :

	Non-vaccinés	*Vaccinés*
Décès	50 %	12 %

Ces taux sont mathématiquement exacts. Mais leur publication à l'état brut fait croire à un avantage énorme chez les vaccinés, avec une hécatombe évidente chez les non-vaccinés, c'est-à-dire exactement le contraire de la réalité. À Lübeck, à la même époque, sur 46 cas de variole, il y eut un seul cas chez les 1.729 enfants non vaccinés en contact avec les familles malades. Heureusement que ce seul non-vacciné qui tomba malade, n'en mourut pas, sinon les autorités locales auraient pu publier un taux de 100 % de décès chez les non-vaccinés !

Lors de « l'épidémie » de polio de Blackburn en 1965, sur un total de 105.100 habitants, 63.000 individus étaient considérés comme « exposés » parmi lesquels se trouvaient 14.000 vaccinés et

---

[85] Congrès international des antivaccinateurs. Cologne, 1881. Dr Oidtmann, *Les Vaccins. Racket et Poisons* du Dr Chèvrefils, Montréal.

49.000 non-vaccinés (chiffres donnés par les autorités anglaises à la National Antivaccination League).

Les journaux ont fait état de 15 cas chez les non-vaccinés et 5 cas chez les vaccinés (plus 4 cas indéterminés). À l'état brut, cette information apporte l'évidence de l'efficacité de la vaccination en établissant qu'il s'est produit trois fois plus de cas chez les non- vaccinés.

Pourtant si l'on rapporte ces cas à l'importance numérique des groupes considérés, tout change, et l'on voit que le groupe vacciné a été plus frappé que l'autre, dans une proportion de 21 %.

		Cas	*Taux des cas*	*Désavantage pour les vaccinés*
Population	105 100			
Exposés	63 000			
Nombre de vaccinés	14 000	5	1/2 800	21 %
Non-vaccinés	49 000	15	1/3 570	

C'est toujours dans la même optique qu'un journal de province, désireux d'apporter sa pierre au matraquage de 1970 en faveur de la vaccination antigrippale, présenta les éléments suivants à ses lecteurs : le bataillon de sapeurs-pompiers de la ville de Bordeaux a été totalement vacciné ; sur 131 pompiers il n'y eut que 2 cas de grippe. On n'oublia pas, bien sûr, de signaler que l'un de ceux-ci est apparu chez un sujet vacciné trop tardivement : c'est dans la bonne tradition. Et l'on ajoute que deux autres collectivités importantes avaient compté de 24 à 30 % de grippés.

C'est l'argument frappant par sa simplicité autant que par son apparente rigueur mathématique.

Or, comparer le taux de morbidité d'une caserne de sapeurs-pompiers, jeunes gens robustes et aguerris, travaillant en plein air, à celui, par exemple, d'un hospice de vieillards souffreteux et calfeutrés n'aurait pas paru convaincant. Est-ce pour cela que l'auteur n'a pas précisé ?

« Dans une grande collectivité — groupant 1.496 personnes —, poursuit-il, le médecin dénombra 177 arrêts de travail, dont 123

furent attribués à la grippe épidémique. Sur ces 123 cas, 111 furent constatés chez les non-vaccinés, 12 chez les vaccinés. »

Cette fois, voilà qui paraît clair. Dans une même collectivité, ces 111 malades non vaccinés face aux 12 vaccinés, cela emporte la conviction... du lecteur superficiel. Car ce genre de statistique, comme la précédente, n'a strictement aucune valeur si l'on n'indique pas combien de personnes étaient vaccinées dans l'entreprise, et combien ne l'étaient pas. Il est évident, par exemple, que s'il n'y avait que 12 employés vaccinés sur 1.496, les 12 cas de grippe chez les vaccinés feraient 100 % de malades dans le groupe vacciné !

Faute de la précision ci-dessus, la statistique présentée est très impressionnante en apparence : elle manque pourtant d'une élémentaire rigueur pour être probante.

> Les vaccins commerciaux n'ont eu aucun effet protecteur. En fait, les sujets qui avaient reçu le vaccin commercial polyvalent ont présenté le taux de morbidité le plus élevé. — Congrès international sur la grippe de Hong-Kong, Atlanta, Géorgie, 14-16 octobre 1969, in *Médecine et Hygiène,* 21 janvier 1970.

Il existe d'autres types d'informations fallacieuses, qui sont monnaie courante de l'intoxication vaccinale.

Tout le monde connaît l'histoire du jeune Joseph Meister « guéri » de la rage par Pasteur : c'est l'une de ces belles images d'Épinal qui frappent le public et édifient la légende. Mais bien peu de gens savent que le propriétaire du chien « mordeur », Max Vone, ainsi que plusieurs autres personnes mordues le même jour par cet animal, restèrent en bonne santé, en l'absence de tout traitement[86] ! Ce qui signifie que ce chien n'était pas enragé, que Meister ne risquait donc pas de le devenir et que si Pasteur l'a vacciné, il est quelque peu excessif d'en déduire qu'il l'a guéri de la rage. Le mythe vacci-

---

[86] Cf. *Béchamp ou Pasteur,* Douglas Hume. Le François, 1948. *id.* : Études sur la Rage, Dr Lutaud.

nal, depuis Pasteur jusqu'à nos jours, s'appuie sur des approximations de ce type, voire des mensonges purs et simples.

> Après quatre-vingt-dix années... l'efficacité du procédé n'a pas pu être prouvée d'une manière expérimentale. Et nul ne semble se préoccuper du fait qu'aucun vaccin (antirabique) utilisé jusqu'à ce jour pour le traitement de l'homme soit capable de protéger expérimentalement les animaux infectés si le traitement débute plusieurs heures après l'infection. — Pr Tadeusz Victor, colloque de la Société de pathologie infectieuse, décembre 1974.

Un autre argument qui date d'un siècle, consiste à avancer que « depuis l'introduction de la vaccine, on ne voit plus autant de personnes malades de la petite vérole qu'auparavant ». Or, « que faisait-on, auparavant ? fait remarquer le Dr Hubert Boens[87]. On inoculait directement et à outrance le pus variolique lui-même : de là tant d'épouvantables épidémies quasi permanentes ou avec de courtes interruptions. On inoculait le pus variolique et les savants de ce temps-là promettaient une immunité infaillible aux inoculés. Outre l'inoculation directe, il y avait les inoculations indirectes par les laines de brebis atteintes de petite vérole et par les vêtements, linges etc., des enfants et autres sujets frappés du fléau. Si la mortalité par variole et les épidémies ont baissé rapidement au moment de l'introduction de la vaccine, ce n'est pas à celle-ci, qui était alors fort peu pratiquée, qu'on le doit, mais à l'interdiction d'inoculer directement ou non le pus variolique aux sujets sains. Voilà pourquoi, de 1800 à 1840, on a vu tout à coup moins de figures marquées de la variole : on avait simplement cessé de la donner à tout le monde, bon gré mal gré ! ». Le taux des cas de variole ne reprit sa courbe ascendante que dans la mesure où le vaccin de Jenner, en se généralisant, prit le relais de la variolisation. Malheureusement pour la vérité, l'histoire n'a pas été écrite dans ce sens.

La preuve par omission est une attitude courante dans le do-

---

[87] *La Vaccine,* Charleroi, 1882.

maine des vaccinations. Veut-on démontrer l'efficacité du BCG ? On cite l'exemple du Danemark et de la Norvège, mais on passe sous silence celui des Pays-Bas qui vainquirent la tuberculose sans pratiquer le BCG. Ce dernier pays enregistrait pourtant la plus forte mortalité tuberculeuse d'Europe, et son cas n'en est que plus intéressant. Or, certains professeurs de facultés de médecine ne se limitent pas à la pratique de l'omission : n'affirment-ils pas que si les Pays-Bas ont bien vaincu la tuberculose, c'est grâce au BCG ? L'argument nous est parfois objecté, lors de conférences, par des étudiants. Or la réponse des autorités néerlandaises responsables de la lutte antituberculeuse est formelle (voir photocopie ci-après).

KONINKLIJKE NEDERLANDSE CENTRALE VERENIGING
TOT BESTRIJDING DER TUBERCULOSE

K.N.C.V.

BESCHERMVROUWE H.M. DE KONINGIN

KASSIER: BANK MEES & HOPE, N.V., 'S-GRAVENHAGE
NR. 625.74.59.677
POSTGIRO 6031

RIOUWSTRAAT 7
TELEFOON (070) 558000

UW NO. :

ONS NO.: 1045/20.160/DrM/B

BETREFT : BCG-vaccinatie

'S-GRAVENHAGE, 29 juli 1975
POSTBUS 148

De heer F. Delarue
President van de Ligue Nationale
pour la liberté des vaccinations
4, Rue Saulnier
75009 PARIS
France

Geachte heer,

Uw brief van 24 juni kwam helaas eerst heden in ons bezit, omdat de adressering niet geheel juist was. Voor het juiste adres verwijzen wij naar het hoofd van dit briefpapier.

In antwoord op Uw vraag zend ik U een brochure over de tuberculosebestrijding in Nederland.

Massale gesystematiseerde BCG-vaccinatie is in Nederland nooit toegepast. Nederland is daarmee in de reeks der Europese landen een uitzondering. Het heeft echter één der laagste tuberculose ziekte- en sterftecijfers ter wereld.

Gaarne hoop ik U met deze inlichtingen enigszins van dienst te zijn.

Met de meeste achting,

Dr. J. Meijer
Directeur

« La vaccination systématique de masse par le BCG n'a *jamais*[88] été pratiquée aux Pays-Bas. Dans l'ensemble des pays européens, les Pays-Bas sont une exception. Ils ont néanmoins un des chiffres de morbidité et de mortalité tuberculeuses les plus bas du monde. »

L'affirmation ci-dessus des partisans français du BCG est donc fausse. Mais elle est efficace pour protéger la bonne réputation du BCG.

Au cours d'un colloque, le Pr Lépine se vit objecter que 95 à 99 % des individus étaient naturellement immunisés contre la polio, ce qui réduisait à peu de chose l'intérêt de son vaccin.

« Ceci a pu être vrai à un moment donné, répondit-il, et ne l'est plus. Avant de commencer les vaccinations contre la poliomyélite, nous nous sommes livrés à une grande enquête sérologique ; je puis dire que pour la population parisienne, par exemple, et ceci est vrai pour la majeure partie de la France, à l'âge de 21 ans, il n'y a même pas 20 % des sujets qui aient acquis des anticorps pour les trois types de la poliomyélite, et que 5 % seulement sont spontanément vaccinés contre la poliomyélite. Il reste 95 % des individus de l'âge de 21 ans qui sont susceptibles de contracter une poliomyélite due à l'un ou l'autre type de virus. »

C'était le 30 novembre 1969. Or, un an plus tard, le Dr Morton Klein, chef du département de virologie à la faculté de médecine de Temple, Philadelphie, publiait une étude également basée sur les tests de laboratoire, établissant que le point de vue qui avait « pu être vrai à un moment donné » n'avait en fait jamais cessé de l'être : « 95 % des gens sont immunisés contre la polio, en dehors de toute vaccination[89]. » Cette proportion a été confirmée depuis[90]. Nous pensons donc que la « grande enquête sérologique » à laquelle le Pr Lépine faisait référence n'avait pas été conduite de façon rigoureuse.

---

[88] Souligné dans la lettre de l'Association royale néerlandaise contre la tuberculose (29 juillet 1975); cf. photocopie.

[89] D. Herbert, R. Reaver-Pisgah, Ohio, *Le Vaccin libre,* Montréal.

[90] C'est d'ailleurs pour cette raison que le virus polio n'a pas pu être retenu dans l'arsenal de la guerre bactériologique.

Ce ne sont là que quelques notations mineures destinées à montrer dans quelle atmosphère se développe trop souvent la campagne qui, depuis cent cinquante ans, assure la pérennité des vaccinations.

Mais ce qui est grave, c'est que ce climat finit par s'imposer au plus haut niveau, déterminant ainsi notre politique de santé.

3. Les statistiques tronquées

La présentation de statistiques tronquées ou le rapprochement de deux ou plusieurs chiffres bien choisis concernant les cas de mortalité ou de morbidité pour telle maladie ont toujours été utilisés par les partisans des vaccinations. Nous en avons vu quelques exemples mais nous devons y revenir ici, car cette façon de présenter les choses constitue l'une des meilleures techniques concourant au conditionnement de toute la population. Ainsi l'évolution de la variole est en forme de sinusoïde. 1958 a été en Inde, en Indonésie et au Pakistan une année de pointe catastrophique avec 250.882 cas. C'est cette année-là qu'on annonça pour la première fois un programme mondial d'éradication de la variole. En 1959, la variole y régressa de 70 % : toute la presse publia des communiqués de victoire. Mais l'observation de la courbe depuis 1816[91] permettait de prédire cette décroissance en dehors de toute campagne vaccinale. On pavoise de même un an après le passage de chaque poussée épidémique (1952, 1958, 1963, 1967) mais on se tait dans l'intervalle : la propagande y trouve son compte. De même lorsque le Pr Lépine écrit au sujet de la polio[92] : « En France, la maladie a passé en 15 ans de 2.566 cas à 21 », cela ne veut pas dire grand-chose.

---

[91] Dr G. Buchwald, *Gesundes Leben,* n° 4,1970.
[92] Pr Lépine, *op cit.*

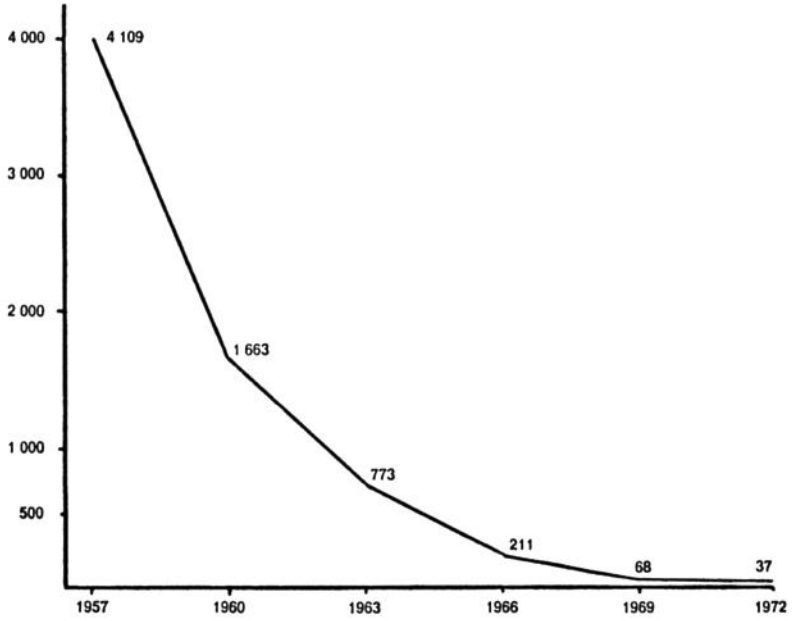


Fig. 1. Décroissance des cas de poliomyélite (chiffres de M. Poniatowski). Les mêmes chiffres sont représentés, dans la figure 2 ci-contre, en points-tirets.

La figure qu'il publie montre en effet l'évolution des cas de polio de 1957 à 1972. Or, 1957 a été la plus mauvaise année de l'histoire de la polio en France, celle qui a suivi le début de la vaccination et où le nombre des cas a pratiquement doublé par rapport aux années précédentes (plus de 4 .000)[93]. Cette comparaison peut se comprendre sous la plume enthousiaste de l'inventeur d'un des vaccins. Mais elle est grave en ce sens que son auteur est une personnalité écoutée et qu'une telle argumentation est finalement acceptée, reprise et étendue aux autres vaccinations par le ministère

[93] Si ce graphique représente la régression rapide de la polio depuis 1957, le Pr Lépine ne retient en revanche, pour le début de la période de quinze ans citée en référence, que l'année 1959. Sans doute faut-il voir ici le double souci d'être convaincant (la courbe est plus frappante depuis 1957) tout en restant honnête. S'il avait en effet choisi 1957 pour premier terme de sa comparaison, il aurait dû expliquer qu'après la chute de 1958, la courbe était remontée en 1959 à un total de cas plus important qu'avant le début de la vaccination en 1956.

lui-même.

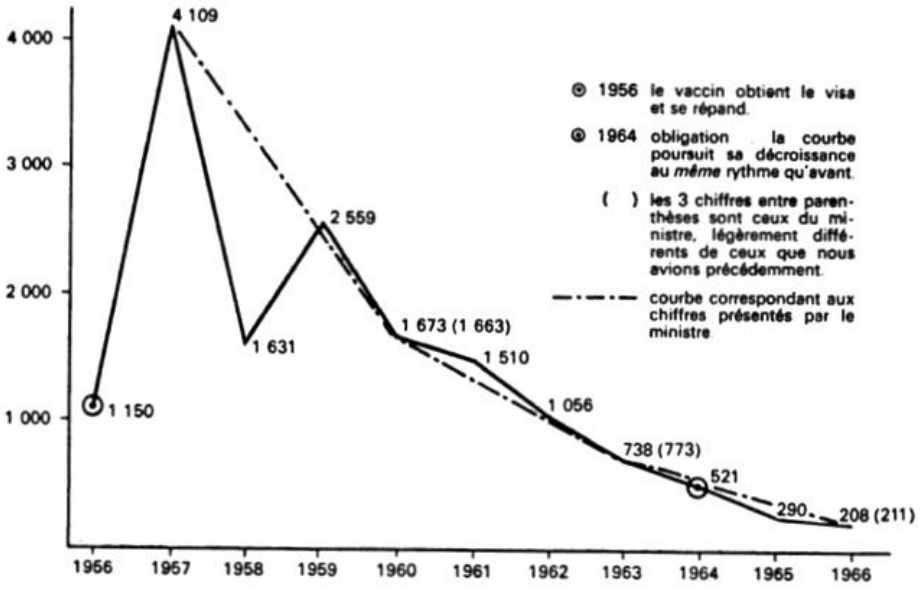


Fig. 2. Décroissance des cas de poliomyélite depuis la vaccination.

Dans une série de lettres adressées à des parlementaires pour justifier les sanctions qu'il venait de décider par décret à l'encontre des réfractaires aux vaccinations obligatoires, M. Poniatowski, alors ministre de la Santé, avança des considérations identiques :

« Le début de la vaccination se situe en 1957, année au cours de laquelle 4.109 cas dont 304 décès, avaient été enregistrés ; en 1960, une nette diminution de l'endémie était constatée : 1.663 cas dont 149 décès... » (fig. 1).

Pourquoi ne pas dire aussi bien (fig. 2) :

1956	le vaccin obtient le visa et se répand	1 150 cas
1957		4 109 cas
ou bien :		
1956		1 150 cas
1959		2 259 cas?

Il est tendancieux dans ces conditions d'affirmer comme le fait le ministre qu'en 1960 « une nette diminution de l'endémie était

constatée » : après plus de trois ans de vaccination, le nombre des cas n'était pas même redescendu à celui de 1956, avant toute vaccination.

En fait, ici encore, il est bon de considérer l'ensemble de la courbe (fig. 3).

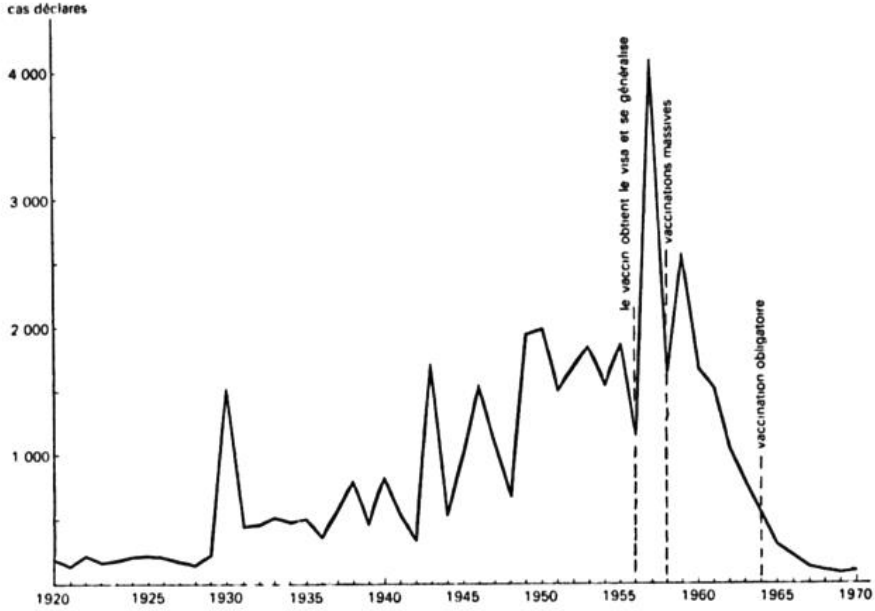


Fig. 3. La poliomyélite en France.

On y constate que depuis la poussée de 1949-1950, le nombre des cas de polio a baissé peu à peu jusqu'en 1956. Au moment où le visa fut accordé au vaccin, nous en étions au point le plus bas de cette descente. La vaccination la perturba quelque peu puisqu'il fallut attendre six nouvelles années (1962), pour atteindre le niveau de 1956 !

À partir de 1962, la courbe continua d'enregistrer la décroissance amorcée avant la vaccination, et il est extrêmement intéressant de constater que l'année 1964, date de l'obligation et des vaccinations massives, n'infléchit nullement la marche de la régression. On peut donc résumer ces données de la façon suivante :

1. La fréquence de la polio diminuait en France avant l'introduction du vaccin.

2. Le début de la vaccination a été suivi d'une augmentation du nombre des cas : il est par conséquent abusif d'attribuer à cette pratique un mérite dont elle n'a pas fait la preuve.

3. Cette affirmation est confirmée par le fait que *l'obligation* de la vaccination n'a pas été suivie d'une rupture brutale de la courbe, celle-ci n'ayant au contraire accusé qu'un déclin progressif.

4. Le fait qu'actuellement le taux de la maladie soit proche de celui qu'elle atteignait il y a vingt ou trente ans ne peut en aucun cas faire conclure à l'efficacité de la vaccination.

On ne peut donc que regretter que le ministère puisse user de ce genre d'argumentation.

Dans la même lettre destinée à justifier que « se faire vacciner est un devoir auquel personne ne doit déroger, pour soi et pour les autres », M. Poniatowski poursuit :

« La vaccination antidiphtérique a permis de faire diminuer dans des proportions considérables la morbidité de cette maladie. C'est ainsi qu'ont été déclarés : en 1942 : 31.466 cas dont 2.186 décès, en 1952 : 2.547 cas dont 116 décès, en 1962 : 601 cas dont 19 décès, en 1972 : 43 cas dont 2 décès. »

Chiffres qui peuvent se traduire par la figure 4 (ci-après) : elle aussi est exacte, impressionnante, mais donne une fausse idée de la réalité qui se traduit par le graphique publié au chapitre I (fig. 16).

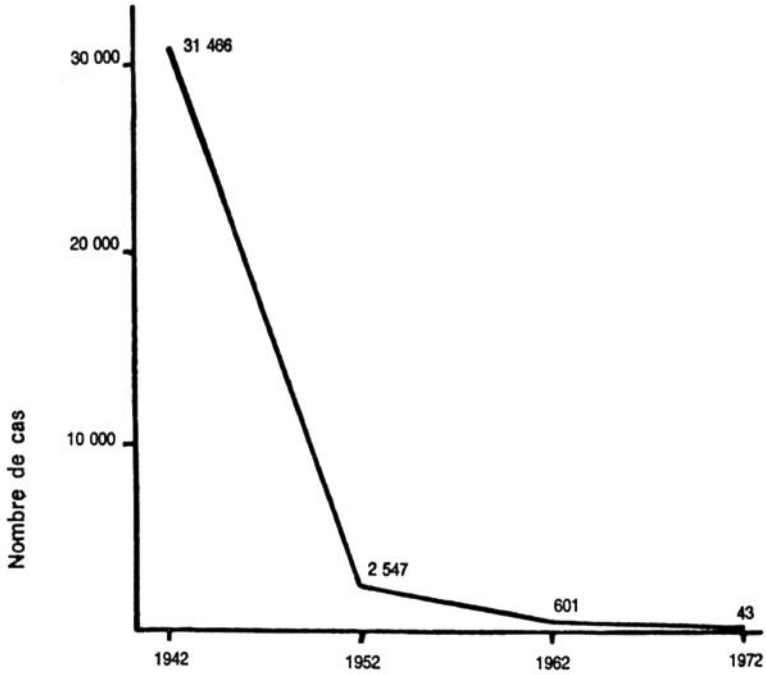


Fig. 4. Décroissance des cas de diphtérie en France (chiffres de M. Poniatowski).

Pourquoi choisir comme point de départ 1942, alors que l'obligation date de 1938 et la systématisation véritable de la vaccination de 1940 à 1942 ?

Pourquoi ne pas dire :

- 1938 : 15.000 cas
- 1943 (après 5 ans d'obligation) : 46.750 cas ;

ou bien :

- 1938 : 15.000 cas
- 1945 : 45.500 cas ?

Parce que deux chiffres isolés d'une statistique ne veulent *jamais* rien dire. Parce que les présenter comme une preuve serait une tromperie. Il faut considérer l'ensemble de la courbe d'évolution de la maladie en repérant soigneusement les dates de mise en circulation du vaccin et de l'obligation de celui-ci. (Voir cette courbe : fig. 16, chap. I.)

Voici les faits :

- Avant 1924 : 12.000 cas annuels en moyenne.
- 1924 : début de la vaccination par l'anatoxine de Ramon.
- De 1924 à 1938 moyenne annuelle : 20.000 cas.
- 1938 : vaccination obligatoire de tous les enfants.

Voir sur la courbe l'accroissement qui suivit, de 1940 à 1945.

Ainsi donc, la diffusion de la vaccination consécutive à son obligation s'est accompagnée d'une poussée sans précédent de la diphtérie. Les médecins adversaires de la vaccination ont formellement accusé le vaccin d'en être la cause. Quant à nous, constatant que la pandémie s'est étendue sur le monde à cette époque, nous répéterons qu'on peut affirmer de façon certaine que la vaccination fut incapable de protéger la population et qu'elle a, par conséquent, fait la preuve de son inefficacité. Il est donc complètement abusif de lui attribuer le mérite de la disparition ultérieure d'une maladie qui a, d'ailleurs, disparu dans les mêmes temps des pays non vaccinés.

Il est, en conséquence, inadmissible d'user de tels raccourcis pour justifier une attitude répressive d'autant plus déplacée qu'on sait parfaitement guérir la diphtérie.

De même, sur le plan des principes, il apparaît plus que discutable d'édifier une politique de santé sur des appréciations à courte vue étayées sur des chiffres exacts arbitrairement isolés.

> La liberté individuelle dans ce domaine est un faux problème.
> — M. Poniatowski, 14 septembre 1973.

Mais devant toutes les preuves, les statistiques, remarques, études qu'on peut lui objecter, le ministre préfère se taire, les autorités refusent tout débat, et les mêmes approximations, les mêmes erreurs se maintiennent au fil des années.

Et si, par l'intermédiaire des interventions de parlementaires, les questions se font pressantes, deviennent gênantes, plutôt que d'écraser les adversaires des vaccinations au cours de confrontations ouvertes, plutôt que de chercher ce qui peut être valable dans leur argumentation dans l'intérêt de la collectivité, le ministre brise

net, et refuse le dialogue.

> Il parait donc superflu d'engager des polémiques qui ne servent qu'à alimenter la propagande contre les méthodes de prévention qui ont fait la preuve *(sic)* de leur efficacité. — M. Poniatowski, 2 octobre 1973.

C'est reconnaître la force de nos arguments. Une telle attitude d'étouffement ne plaide pas en faveur des vaccinations, ni de l'objectivité de leurs partisans, mais elle est efficace pour empêcher que l'examen de la réalité ne porte préjudice à leur réputation.

4. Étouffement des adversaires

Cette attitude de rejet de la discussion se manifeste de façon constante, tant vis-à-vis des opposants que de leurs travaux et quelle que soit leur qualité, dès lors que leurs conclusions sont de nature à porter préjudice au renom d'un vaccin ou qu'elles mettent en cause les théories mêmes qui sont à la base de sa fabrication. C'est l'une des composantes expliquant la pérennité d'un dogme si contestable et si malmené par les faits. Nous n'en citerons que trois exemples.

Quand le Pr Tissot voulut publier à l'Académie des sciences et dans d'autres sociétés savantes les résultats de ses recherches sur la tuberculose, on a fait refuser cette publication. Il expose dans son ouvrage *Constitution des organismes animaux et végétaux*[94], comment ses travaux ont été systématiquement étouffés.

« On a fait passer un mot d'ordre aux principaux journaux médicaux pour interdire toute publicité sur mes recherches. En un mot, on a étranglé la liberté d'opinion, de discussion et de publication et

---

[94] J. Tissot, professeur au Muséum d'histoire naturelle. *Constitution des organismes animaux et végétaux: causes des maladies qui les atteignent,* 1946. Le Pr Tissot, inventeur en particulier du masque à gaz qui sauva en 1914-1918 tant de poilus, a fait la preuve de son désintéressement en faisant à l'État don de ses découvertes. Disponible à la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations (LNPLV).

pas un homme de science ne s'est élevé, ni à l'Académie des sciences, ni à l'Académie de médecine, ni à la Société de biologie, pour protester contre l'étranglement de cette liberté. On a établi la conspiration du silence.

Qui a déclenché cette campagne honteuse contre la liberté d'opinion et contre l'intérêt général de la science ?

C'est le Pr Roux, directeur de l'Institut Pasteur, secondé dans cette tâche par un secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences complaisant et incompétent.

J'ai vainement, par des démarches et des visites, notamment au directeur de l'Institut Pasteur, essayé d'obtenir une explication, un éclaircissement, voire même une critique. Je n'ai trouvé devant moi que des gens qui fuyaient toute discussion. »

Dans son second ouvrage publié en 1936, le Pr Tissot apportait de nouvelles preuves de « l'origine autogène du bacille de Koch et du développement autogène de la tuberculose ». C'était remettre en cause un des fondements de la théorie pasteurienne sur laquelle repose toute la pratique des vaccinations. Si Tissot a raison, c'est le terrain humain et non pas la contamination extérieure qui prime dans l'évolution de la tuberculose, il faut alors revoir toute notre stratégie antituberculeuse, et reconsidérer en particulier la valeur du BCG.

Il proposa un court mémoire à l'Académie de médecine. Celle-ci lui envoya quatre membres de la commission de la tuberculose à qui il fit un exposé de ses découvertes, avec projections à l'appui. « Ils ne firent pas une seule objection. »

Devant le silence de l'Académie, le Pr Tissot insista pour y présenter les résultats de ses travaux, dans le but de les « faire connaître et de les soumettre au contrôle des hommes de science ».

Il reçut finalement la lettre suivante :

Paris, le 20 novembre 1936

Académie de Médecine,
16, rue Bonaparte, Paris 6e

À M. le Pr Tissot, Muséum
d'histoire naturelle, 6, rue Cuvier, Paris 5e

Monsieur et honoré collègue,

Le travail que vous avez adressé à l'Académie a été, conformément au règlement, soumis à l'examen du Conseil d'administration.

En raison même de l'importance des découvertes que vous annoncez, le conseil a estimé qu'il ne pouvait conclure à sa publication sans avoir été à même de vérifier ces faits.

Or, il n'a pas les moyens de recherche qui seraient nécessaires, de sorte qu'il n'a pu que donner une conclusion négative à votre demande.

Veuillez agréer. Monsieur et honoré collègue, l'expression de ma considération distinguée.

Le Secrétaire général
Ch. Achard

« Deux collègues du Muséum s'élevèrent cependant pour protester contre l'étouffement de la liberté d'opinion et de publication scientifique. » Ils organisèrent une réunion à laquelle fut « invitée toute l'élite scientifique de Paris ». « À la fin de ma conférence, le 25 février 1937, un auditeur descendit au bas de l'amphithéâtre et demanda la parole pour prouver en cinq minutes, dit-il, que les recherches que je venais d'exposer, n'étaient " que de la cochonnerie *(sic)* " ce qui provoqua les protestations de l'auditoire. Très calme, je me bornai à demander d'abord, à cet auditeur, s'il avait lu mon livre, question à laquelle, très embarrassé, il répondit naïvement : " Je ne l'ai pas lu, je l'ai seulement feuilleté ", réponse qui souleva une nouvelle protestation de l'auditoire, et qui suffisait pour faire juger

du caractère de la mission dont il était chargé.

J'ajoute que cet auditeur, ainsi qu'un autre qui l'accompagnait, faisaient partie du personnel de l'Institut dont il a été question plus haut, et qu'un fort groupe d'élèves de ce même Institut l'accompagnait ; d'après des lettres que m'écrivirent, dès le lendemain, des auditeurs, ces élèves, groupés de telle façon que la préparation d'une manifestation d'hostilité était manifeste, se faisaient remarquer par des hurlements avec le poing tendu.

Un auditeur, le Dr Fougerat, écrivit au directeur de l'un des plus grands journaux médicaux :

« Cette explosion de haine m'a immédiatement donné conviction : Tissot touche à autre chose qu'à une question scientifique ; à des intérêts matériels considérables qui seraient ruinés si ses concepts s'avéraient réels.

Vous pouvez être sûr que la conspiration du silence va redoubler et que tout sera fait pour briser l'homme. »

Son œuvre fut bel et bien étouffée, et c'est ce que désiraient les académies et les gens en place. Ainsi se maintient l'apparente unanimité du corps médical et scientifique.

Les faits rapportés par Tissot ne sont pas isolés.

On retrouve cette même attitude caractéristique d'un esprit affairiste opposé par essence à l'esprit scientifique, chaque fois qu'il est question des problèmes tabous de l'orthodoxie pasteurienne et des vaccinations qui en sont le corollaire.

En 1915, en cherchant un produit capable d'assurer l'aseptie des plaies sans léser les cellules, le Pr Delbet expérimenta avec succès une solution de chlorure de magnésium. Il remarqua qu'elle augmentait dans une notable proportion la puissance phagocytaire des globules blancs, ainsi que leur nombre. Du pansement des plaies, il passa à une méthode plus générale de stimulation de la résistance de l'organisme à l'infection. Sa méthode « cytophylactique » (qui protège les cellules) fut également bientôt employée contre l'anaphylaxie. En 1932, ayant à traiter une petite malade atteinte d'angine suspecte qu'il soupçonnait être une diphtérie, le Dr Neveu

lui fit prendre du chlorure de magnésium « dans le but d'atténuer les troubles anaphylactiques du sérum qu'il pensait devoir lui injecter, en attendant l'analyse de son prélèvement amygdalien[95] ».

« Je fus surpris, le lendemain matin, écrivit-il, de constater la guérison totale de Ghislaine avant que le résultat de cette analyse — qui était positive pour le bacille de Loeffler (diphtérie) — me fût communiqué par le laboratoire. »

Ainsi, donc, la diphtérie avait été guérie par le chlorure de magnésium : ce fut le point de départ d'une série de recherches et d'expérimentations faites par le Dr Neveu et d'autres praticiens. Enthousiasmé par les succès obtenus, à une époque où la diphtérie frappait de plus en plus fort, en dépit de la vaccination rendue obligatoire en 1938, devant la catastrophe de 1943-1944, le Dr Neveu désira ardemment faire présenter un rapport à l'Académie de médecine par l'intermédiaire du Pr Delbet qui en était membre. Il n'a jamais prétendu guérir à 100 % avec un remède miracle. Mais il avait conscience de pouvoir aider à sauver des milliers d'enfants.

Les lettres suivantes écrites au Dr Neveu par le Pr Delbet font éclater la stupéfiante obstruction de l'Académie à la divulgation d'une méthode dont elle ne conteste d'ailleurs pas l'efficacité.

Le 14 juin 1944

Mon cher confrère,

Le bureau de l'Académie de médecine fait des difficultés imprévues et incroyables pour me laisser présenter votre travail en votre nom.

Réglementairement, tout travail qui n'est pas d'un membre de l'Académie doit être soumis préalablement au Conseil. J'ai donc envoyé le vôtre au dit Conseil. Habituellement, c'est une simple formalité. Jusqu'ici, je n'avais jamais rencontré la moindre difficulté.

Or, hier on m'a fait savoir que votre travail devait être soumis à je ne sais quelle commission d'hygiène. Je n'ai pu voir là qu'une manœuvre dilatoire destinée à empêcher ou au moins à retarder la pu-

---

[95] Dr A. Neveu, *Comment prévenir et guérir la poliomyélite,* Dangles, 1968.

blication...

... J'ai déclaré que je ferais la communication en mon nom et que j'entendais la faire mardi prochain. Je ne sais si j'obtiendrai gain de cause.

Le 20 juin 1944

Mon cher confrère.

Une scène violente, presque dramatique, unique en son genre vient de se passer à l'Académie de médecine. Je vous ai écrit toutes les péripéties qui ont précédé l'inscription à l'ordre du jour de ma communication, ou plutôt de la vôtre. Enfin j'étais à l'ordre du jour. Mais au commencement de la séance le président a déclaré qu'il ne pouvait donner la parole à une communication sur le traitement de la diphtérie par le chlorure de magnésium. Après une longue et pénible discussion publique, j'ai obtenu de lire ce que j'avais écrit. J'ai donc fait une lecture — mais le président a déclaré que le bureau se réservait le droit d'en interdire la publication et qu'il notifierait sa décision mardi prochain. Vous voyez que j'avais raison de penser que le bureau voulait faire de l'obstruction. Ma communication est rédigée dans des termes tels qu'il me paraît difficile d'en refuser l'insertion dans les bulletins. Cependant, il faut s'attendre à tout de la part des gens animés d'un tel parti-pris.

Le 16 novembre 1944

Mon cher confrère,

... La publication de ma communication du 20 juin est définitivement refusée. Le Conseil de l'Académie a trouvé après six mois de réflexion l'argument suivant : en faisant connaître un nouveau traitement de la diphtérie, on empêcherait les vaccinations et l'intérêt général est de généraliser ces vaccinations. Le Conseil avait la prétention de ne pas même mentionner ma communication dans le bulletin. J'ai protesté énergiquement. Ma communication ayant été lue en séance publique, le titre doit figurer dans le bulletin. J'ai demandé qu'après le titre, on indiquât que la publication avait été refusée. Je

n'ai pu obtenir satisfaction sur ce dernier point. C'est très significatif. On refuse la publication, mais on ne veut pas prendre la responsabilité du refus.

Le maître mot est lâché dans cette lettre du 16 novembre : « *En faisant connaître un nouveau traitement de la diphtérie, on empêcherait les vaccinations et l'intérêt général est de généraliser ces vaccinations.* »

11 Nov. 1944.

La publication de ma communication du 20 juin est définitivement refusée – le conseil de l'Académie a présenté après six mois de tâtonnements l'argument suivant : En faisant connaître un nouveau traitement de la diphtérie, on empêcherait les vaccinations et l'intérêt général est de généraliser ces vaccinations. Le conseil avait la prétention de me faire mettre ma communication dans le bulletin. J'ai protesté énergiquement. Ma communication ayant été lue en séance publique, le titre doit figurer dans le bulletin. J'ai demandé qui après le titre, on insérerait que la publication avait été refusée. Je n'ai pu obtenir satisfaction sur le dernier point. C'est très significatif.

Pierre Delbet.

FAC-SIMILÉ VERIFAX
agréé par le Ministère
de la Justice
Arrêtés des 28-8-57
et 26-9-62

Cet aveu est si incroyable, l'étouffement d'un traitement qui aurait pu sauver des milliers d'enfants mais qui aurait risqué de concurrencer une vaccination, est chose si inattendue, si inadmissible

de la part de la première société médicale de France, dont le but est justement d'assurer à la médecine le maximum d'efficacité, que je tiens à publier (ci-dessus) la photocopie d'une des lettres du Pr Delbet[96].

Si j'insiste quelque peu sur cet exemple, c'est qu'il montre bien la violence des passions qui s'exercent dans ce domaine. Il constitue le témoignage le plus éclatant de l'étouffement systématique des chercheurs et des techniques qui s'écartent de la seule voie autorisée : le fait que des milliers de vies humaines soient en cause est sans importance lorsqu'il s'agit d'assurer le succès des vaccinations.

Si un membre de l'Académie, jouissant par conséquent de rares prérogatives, se heurte à une opposition si acharnée et ne parvient même pas à faire insérer une communication dans la revue de la Société dont il fait partie, comment un médecin, un journaliste ou un simple citoyen pourraient-ils faire entendre la voix de la contestation[97] ?

À partir de 1943, le Dr Neveu eut le bonheur de constater[98] que le chlorure de magnésium guérissait également la poliomyélite, et cela, de façon constante et radicale, en quarante-huit heures, en cas d'administration dès l'apparition de l'angine, de la raideur de la nuque ou même du début de la paralysie[99]. Tous ses efforts pour propager sa méthode demeurèrent vains. Ni les succès enregistrés par les médecins qui appliquèrent la méthode cytophylactique, ni les résultats spectaculaires obtenus en agriculture, ni la campagne

---

[96] Lettres que nous devons à l'obligeance de Mme Vve Neveu. Le fac-similé intégral des trois lettres en est reproduit dans F. Delarue, *Les Nouveaux Parias* (LNPLV).

[97] Un sénateur partisan de la liberté se déclarait prêt à déposer une proposition de loi en faveur d'un retour à la liberté dans ce domaine, mais à condition, me disait-il, qu'on parle de votre opposition dans la presse. « Autrement, mes collègues me répondent qu'il n'y a pas de problèmes! » Or la contestation est également étouffée à tous les niveaux et les media nous sont fermés. Toutes les demandes que nous avons pu faire à la radio ou ailleurs ont échoué jusqu'à une date très récente devant le même processus d'étouffement.

[98] *Les Nouveaux Parias, op. cit.*

[99] Dr Neveu, *op. cit.*

menée par *la Vie claire*[100] à l'aide d'articles et de tracts ne parvinrent à entamer le mur du silence. Le Pr Delbet étant mort, aucun espoir ne subsistait de faire présenter un nouveau mémoire. Pourtant, c'était l'époque du lancement du vaccin antipolio français. La presse procédait donc au grand battage qui accompagne toujours un événement de ce genre, menant grand bruit autour de chaque petite flambée, voire de chaque cas de polio. Le public tremblait devant le « terrible fléau » et se ruait sur le vaccin protecteur. Que serait-il advenu s'il avait appris que la polio prise à son début se guérit plus facilement qu'un rhume de cerveau, sans laisser de séquelles ? L'avenir du vaccin était irrémédiablement compromis... et les laboratoires qui le fabriquent voyaient leur échapper un chiffre d'affaires s'élevant à des dizaines de milliards d'anciens francs.

Voilà un certain nombre d'affirmations lourdes de conséquences et qui débordent, dira-t-on, mes compétences.

Le bon sens et l'observation désintéressés tiennent parfois lieu de science. Jamais je n'oublierai les deux chiens que j'ai radicalement guéris de la maladie de Carré (polio des chiens). Le premier, d'ailleurs vacciné dans les règles, avait la forme américaine, avec convulsions. Selon l'expression du vétérinaire, il était « foutu ». Tous deux étaient paralysés depuis les pattes postérieures jusqu'à mi-poitrine. Tous deux m'accueillirent par des bonds de joie douze heures après le début du traitement.

Le « fléau », d'autre part, était-il si « terrible » ? Nous allons à grands pas et gaillardement vers les 200.000 décès annuels par maladies cardiovasculaires, avec le cancer dans la foulée. De 1947 à 1956, période antérieure à la vaccination, la France a connu une moyenne de 1.533 cas de polio[101]. En 1957, la plus mauvaise année, il y en eut 4.109. Autant dire que cette maladie n'a jamais atteint la dimension d'un fléau, loin s'en faut. Par contre, ce qui est terrible, c'est l'effet mutilant de la maladie elle-même. Mais que serait-il

---

[100] Ferme de Saint-Leu, Perrigny s/Yerres, 94520, Mandres-Les-Roses.

[101] Tous les cas de paralysie de forme poliomyélitique étaient à l'époque répertoriés sous le nom de poliomyélite, contrairement à ce qui se fait maintenant où l'on recourt systématiquement à l'analyse.

resté du « terrible fléau » si l'on avait appris qu'il était possible d'épargner aux enfants ces affreuses mutilations ? Les exemples de guérison publiés dans la brochure du Dr Neveu permettaient tous les espoirs. Mais aucune revue ou société médicale ne signala sa parution.

Le Pr Lépine, par ailleurs, jugea opportun de publier dans *la République du Centre,* puis dans la *Gazette de Lausanne* du 10 juin 1959, un article visant à détourner les gens de l'engouement qui risquait de s'étendre pour le chlorure de magnésium. Il écrivit :

« Affirmer aux familles qu'elles pourraient, le moment venu, guérir la poliomyélite avec une méthode simple (administration d'un sel de magnésium) alors que l'inefficacité totale de cette méthode est amplement démontrée, constitue une pure et simple escroquerie morale. »

C'est alors que, par l'intermédiaire de *la Vie Claire*[102], M. Clerc proposa que le débat fût tranché par un jury d'honneur composé par moitié de médecins choisis par les deux parties. On pourrait ainsi sélectionner parmi les malades d'un hôpital un certain nombre de cas de polio acceptés sans contestation par chaque membre du jury, et le Dr Neveu les soignerait. S'il échouait, on publierait cet échec et la méthode du Dr Neveu, reconnue illusoire et erronée, s'enfoncerait dans le néant de l'oubli. Mais s'il réussissait à guérir la polio comme il le prétendait, alors il faudrait faire connaître partout son succès, afin qu'aucun malade ne soit privé de ses chances de guérison.

Le Dr Neveu répondit par retour du courrier que c'était là son souhait le plus cher et qu'il se tenait prêt à subir cette épreuve.

Le Pr Lépine nia avoir porté une accusation contre le Dr Neveu, affirma avoir expérimenté la méthode dans son laboratoire et refusa le jury d'honneur, estimant « toute nouvelle expérimentation superflue ».

Était-ce bien une réponse valable, alors que le Dr Neveu rapportait entre beaucoup d'autres guérisons celle de Rosine C., pe-

---

[102] Cf. *La Vie claire,* n° 143-144.

tite-nièce du Dr B. de l'Institut Pasteur, grand ami disait-il du Pr Lépine, et alors qu'il s'agissait de protéger des enfants de la mort ou de la paralysie ? Cela, en guérissant les malades si le Dr Neveu avait raison, ou en dissipant l'illusion de la fausse sécurité qui détournait les mamans de la vaccination.

Ou alors, si l'illustre savant n'avait pas de temps à consacrer à l'établissement de la vérité, pourquoi avait-il pris celui de mettre le public en garde contre le traitement de celui qui se faisait l'apôtre de cette « pure et simple escroquerie morale » ? L'occasion était belle de l'écraser et de ridiculiser du même coup les marchands d'illusion qui, sans être titrés, guérissent, alors que la science avec tout son gigantesque arsenal, échoue piteusement ! Pourquoi ne pas l'avoir saisie ? Pourquoi n'avoir pas réduit à néant et au silence un adversaire plein de prétention ?

En se refusant, face à tant de témoignages de guérisons rapportés par différents praticiens, à établir la conclusion de la polémique sur une expérimentation scientifique irrécusable, s'il est vrai que la méthode Delbet-Neveu guérit la polio, le Pr Lépine ne porte-t-il pas une lourde responsabilité ?

Depuis, la vaccination antipolio a été rendue obligatoire en 1964, les instituts et services de rééducation se sont multipliés, mais aucun traitement de la polio n'a été proposé. Les petits polios soignés à grand frais par la médecine officielle continuent de souffrir de terribles séquelles ; ceux qui sont soignés précocement avec un franc de chlorure de magnésium continuent en général, semble-t-il, de guérir parfaitement.

Les agriculteurs sont heureux de guérir, à très bon marché également, la fièvre aphteuse, les mammites, le rouget des porcs, la peste aviaire, etc.

Le chlorure de magnésium se trouve dans les pharmacies, souvent conditionné en paquets de 20 g (justement la dose prescrite pour un litre d'eau par le Dr Neveu), mais théoriquement c'est pour soigner les canards, les poules, les lapins (pour le gros cheptel les agriculteurs l'achètent par bidons de 10 kg) et à la rigueur la grippe ou l'angine banale. Mais on ne dit pas un mot, dans les milieux offi-

ciels, sur son éventuel pouvoir de guérir la polio... ; et le vaccin — n'est-ce pas l'essentiel ? — a toujours seul droit de cité.

Comme pour la diphtérie, on peut supposer qu'en faisant connaître un nouveau traitement, on empêcherait les vaccinations, et que l'intérêt général est de ne pas en détourner le public.

L'intérêt général ne se confond-il pas avec quelques intérêts trop particuliers ?

La lutte contre la concurrence ou contre les moyens de guérison rendant inutiles les vaccinations ne se situe pas toujours sur le plan de l'étouffement pur et simple. L'exemple du procès intenté au Dr Chavanon, inventeur d'une méthode préventive et curative basée sur les techniques homéopathiques est un modèle de l'acharnement de certains défenseurs des vaccinations. Depuis longtemps, les disciples d'Hahneman avaient institué un traitement de la diphtérie, « à la fois efficace et sans danger ».

Mais le Dr Chavanon institua une méthode de prévention qui rendait inutile la vaccination par l'anatoxine. Dans son livre *On peut tuer ton enfant,* véritable réquisitoire dans lequel il dénonçait les méfaits et l'inefficacité de la vaccination antidiphtérique, il demandait l'abrogation de son obligation. Le corps médical en fut secoué ; la presse divisée.

Il avait donné en décembre 1935, aux Laboratoires homéopathiques modernes[103] (LHM) « une goutte de toxine diphtérique dans 10.000 gouttes d'eau bidistillée, ce qui, représentant une deuxième dilution centésimale de toxine diphtérique, pouvait être mis sans danger entre toutes les mains et permettait aux employés de ce laboratoire de continuer la gamme des dilutions en fabriquant d'abord la 3e, puis la 4e, etc., ce qu'ils firent jusqu'à la 10.000e ».

C'est par ce biais qu'on eut raison de lui. Plainte fut portée contre les responsables du laboratoire et contre le Dr Chavanon par le professeur en pharmacie Charles Lormand, directeur du Laboratoire national de contrôle des médicaments, membre de l'Académie

---

[103] Voir le détail de cette histoire dans *Nous, les... cobayes* d'où sont extraits les passages entre guillemets.

de pharmacie et membre de la commission des sérums. Dans cette dernière, il se trouvait en compagnie de MM. Martin, directeur de l'Institut Pasteur, Renault (un des principaux partisans de l'anatoxine de l'Académie), Weinberg, chef de service à l'Institut Pasteur, et Ramon, sous-directeur de l'Institut Pasteur et inventeur du vaccin antidiphtérique incriminé dans l'ouvrage du Dr P. Chavanon.

Fâcheuse coïncidence.

Cette poursuite fit aussitôt scandale, et le Dr Moner s'insurgea en ces termes dans le numéro de juillet 1939 du *Médecin français :*

« La poursuite judiciaire n'est pas une preuve et ces messieurs de l'Institut Pasteur auraient pu trouver mieux. »

De quoi s'agissait-il ? Deux produits étaient en présence : l'anatoxine diphtérique de Ramon et la diphtérotoxine de Chavanon ; deux produits en concurrence directe. Mais personne cette fois n'y fit allusion.

On argua « de la loi du 14 juin 1934, destinée à contrôler la préparation et l'emploi, plus ou moins dangereux, des sérums et des vaccins allopathiques, et logiquement à faire interdire tout vaccin allopathique pouvant être nocif, et, à plus forte raison, celui qui provoquerait des accidents répétés ».

Le Pr Gaucher, expert commis par le juge, admit que les dilutions homéopathiques sont telles que « la proportion de toxine qui y est contenue est d'ordre infinitésimal et qu'on ne saurait songer à caractériser la toxine diphtérique dans un pareil liquide. Une inoculation au cobaye ne donnerait absolument aucun résultat ».

« Nous ne pouvons donc pas affirmer que ce liquide contient de la toxine diphtérique. »

Mais il conclut pourtant que la diphtérotoxine avait pour base une toxine et qu'elle était en conséquence visée par la loi du 14 juin 1934 instituant une autorisation préalable pour qu'on ait le droit de la préparer.

Il apparaîtra qu'on ne peut chercher plus mauvaise querelle, des dilutions dont il est ici question et d'où toute trace du produit initial

a complètement disparu, n'ayant rien à voir avec un vaccin allopathique dont la loi prévoyait le contrôle.

Le Dr Martin ne cacha pas sa pensée lors de l'audition du 13 mai 1941 : « L'homéopathie est tolérée et ne tombe pas sous le coup de la loi *tant qu'elle ne s'occupe pas de vaccins,* mais, du moment qu'elle traite par ce moyen, elle ne peut être autorisée. »

Le juge d'instruction conclut à un non-lieu. Mais les plaignants firent appel, et, en dépit des plaidoiries écrasantes des avocats qui n'eurent aucune peine à démontrer le ridicule de l'accusation, le tribunal de police condamna à son tour le Dr Chavanon et les deux pharmaciens dirigeant la maison LHM.

Nouvel appel des trois « condamnés » qui versèrent au dossier plusieurs milliers d'observations en faveur de la diphtérotoxine.

Hélas, une amnistie étant malencontreusement survenue, l'affaire ne fut jamais jugée. Mais la condamnation précédente n'avait pas moins porté un coup mortel au concurrent redouté du vaccin antidiphtérique !

5. La parole des pontifes

Le développement de la science ayant permis les extraordinaires transformations des cent cinquante dernières années, la figure du savant en général a pris dans notre civilisation une dimension mythique, mais aucun ne l'incarne aussi bien que Pasteur. De son vivant déjà, ce dernier avait su de façon géniale contribuer à l'édification du mythe pasteurien[104]. Ses successeurs et héritiers spirituels grandirent encore son image et la portèrent aux nues. Sa gloire sans pareille apportait à notre peuple ulcéré par la défaite de 1871 une revanche éclatante dans le domaine de l'esprit et du cœur : ce baume apaisait la blessure nationale et le mérite en retombait tout à la fois sur la science française en général, sur l'Institut Pasteur, et sur les zélateurs des vaccins en particulier. C'était l'époque où le recul de la religion devant la science laissait un vide ; Pasteur l'occupa, revêtant tout à la fois les vertus d'un saint et les attributs

---

[104] Voir Dr Lutaud, *Pasteur et la Rage.*

d'un dieu. Saint, ses biographes le parèrent de toutes les vertus : abnégation, courage indomptable et modestie parfaite, pauvreté, amour du prochain, patience et humilité dans la persécution : son portrait reproduit partout remplaça dans les salles de classe et les manuels scolaires, l'image de Jésus crucifié ; dieu, les petits-enfants ne trouvaient-ils pas dans ses bras refuge et protection ? N'apportait-il pas le salut à l'humanité ?

Ainsi l'image mythique de Pasteur, symbole d'un courant de civilisation nouvelle, scientifique, rationnelle et progressiste, apparaît en filigrane derrière celle de l'homme de science et du médecin. Elle prend donc un relief singulier lorsque ce médecin est aussi homme de science. En particulier la figure du Professeur se nimbe de l'auréole dorée du savant et du Père. Et sa parole prestigieuse devient dès lors aussi sacrée que parole d'Évangile. Des hérétiques seuls s'aviseraient de la mettre en doute : nous avons vu le sort qui leur est réservé.

Rien d'étonnant dans ce climat que la parole des « pontifes » ait joué un rôle prépondérant dans l'établissement et la protection du mythe vaccinal et dans la conformation générale de la population.

Nous en avons déjà vu quelques exemples, mais il n'est pas inutile de les considérer sous cet angle particulier, et de montrer l'actualité de ce phénomène : l'opinion du professeur prime, quelle que soit parfois l'énormité d'une erreur manifeste, volontaire ou non.

Quand le Pr Robert Fasquelle intervient en 1975 pour s'opposer à la suppression de la vaccination antivariolique systématique réclamée par de nombreux médecins à l'imitation des pays anglo-saxons, il présente leur argumentation de façon simpliste et s'appuie sur des exemples contestables[105] ; celui de la guerre de 1870 est de vieille tradition :

« Armée française de 600.000 hommes qui n'avaient pas été vaccinés : 175.000 cas de variole, 23.000 morts[106]. Armée allemande

---

[105] *La Gazette médicale de France,* n° 13,4 avril 1975.

[106] Au colloque du 30 novembre 1969 déjà mentionné, le Pr Lépine cita également 125.000 cas de variole avec 24.000 décès dans l'armée française. Autant de

vaccinée : pas de variole. La leçon est comprise. La vaccination antivariolique est rendue obligatoire en 1872 en Allemagne. »

C'est très convaincant mais faux. Il s'agit d'une belle légende qui se transmet malgré les démentis. Car l'armée française était vaccinée et même en majorité revaccinée. La première obligation vaccinale date de Napoléon Ier, en 1805.

En réalité, on vaccinait en France très largement, sinon obligatoirement, et depuis longtemps. Les annales des hôpitaux militaires du Gros-Caillou ou du Val-de-Grâce en font foi, ainsi, par exemple, qu'une lettre du médecin général inspecteur Cazalas affirmant : « Le chiffre des hommes non vaccinés ne dépasse pas 2 ou 3 %, et celui des revaccinés avant leur incorporation est assez élevé par rapport aux effectifs. » Il concluait en suggérant de revacciner les recrues qui ne l'étaient pas encore, ce qui serait facile, vu leur petit nombre. D'ailleurs le traité d'hygiène militaire de Laveran[107] rappelle qu' « en France, la revaccination de tous les soldats a été prescrite en 1857 ». Quant à l'efficacité de la protection dont aurait joui l'armée allemande revaccinée, il suffit pour la juger de savoir qu'en 1872 elle subit des pertes plus lourdes que les civils allemands simplement vaccinés et dont une part notable ne l'était pas du tout.

De plus, « en Prusse où la loi vaccinale est rigoureusement appliquée, il mourut pendant l'épidémie de 1871-1872, 124.000 personnes, dont plusieurs milliers ayant plus de dix marques de vaccine aux bras[108] ».

De même en Bavière, « sur 30.742 personnes atteintes de variole, en 1871, il y en avait 29.429 de vaccinées et revaccinées ».

Ce que M. le Pr. Fasquelle ignore, c'est que cette vaccination n'a pas été rendue obligatoire dans ce pays en 1872, mais cinquante ans plus tôt ! Qu'importe, il parle de confiance ; il reprend ce qu'ont affirmé ses pairs avant lui[109], sans avoir rien vérifié mais de façon

---

témoignages de l'inefficacité de la vaccination.

[107] A. Laveran, Masson, 1996.

[108] Congrès de Cologne, 1881.

[109] Le Pr Lépine, par exemple, avançait les mêmes erreurs en 1969 lors du colloque déjà cité : les preuves apportées pour démentir ces affirmations sont res-

efficace parce que sa parole est d'or. Il termine son article en apothéose, évoquant la catastrophe qui nous guetterait si nous n'étions pas vaccinés, « avec un pourcentage de mortalité plus fort que celui de Voltaire[110] ; car il n'y aura plus d'immunité variolique résiduelle. Je voudrais que soit évité un tel coup de tonnerre dans un ciel français antivariolique serein depuis 1955 ! ».

Comment ne pas s'incliner, lorsqu'on sait que l'auteur est le maître incontesté de nombreuses générations d'étudiants en immunologie ?

De même, lorsque le Pr Lépine, consulté sur l'opportunité d'imiter l'attitude des pays anglo-saxons et de l'Allemagne qui ont renoncé à la vaccination antivariolique systématique, déclare au nom de l'Académie de médecine[111] qu'il importe au contraire de la poursuivre, le gouvernement s'incline. L'éminent porte-parole de l'Académie aurait pourtant dû perdre tout crédit depuis qu'il n'a pas craint d'affirmer contre l'évidence, ainsi que nous l'avons vu, que cette vaccination n'a entraîné aucun accident chez les enfants depuis quarante ans !

Nullement ! Un homme tel que lui ne peut jamais perdre son crédit. Sa parole est sacrée. Ce sont ceux qui s'élèvent contre de tels errements qui se ridiculisent.

C'est en vain que j'ai proposé au Pr Lépine un débat public tant avec moi-même qu'avec le Pr G. Dick dont le degré de qualification n'était pas contestable[112]. Il a refusé cette confrontation qui eût fait apparaître, avec l'existence des victimes, l'extravagance de sa déclaration, et eût ainsi précipité l'abandon de cette vaccination par la France.

---

tées sans effet *(Santé, Liberté et Vaccinations,* janvier 1970).

[110] Allusion à « l'angoisse de Voltaire » qui déplorait, nous dit R. Fasquelle : « Sur cent personnes dans le monde, soixante ont la petite vérole, de ces soixante, dix meurent dans les années les plus favorables et dix en conservent pour un temps les fâcheux restes... »

[111] Qui gère l'Institut de la vaccine, productrice du vaccin !

[112] *Santé, Liberté et Vaccinations,* n° 43, mars 1975.

De même, en 1970, il avait affirmé[113] : « Si l'on se penche sur les statistiques, on voit qu'aujourd'hui il y a cinq fois plus de femmes que d'hommes qui meurent du tétanos. Pourquoi ? Parce que l'homme est revacciné au moment du service militaire et n'y échappe pas. » À cette époque, nous l'avions détrompé en lui communiquant les statistiques de l'INSERM relatives aux années 1964-1965, montrant l'identité absolue des taux de tétanos chez les hommes et chez les femmes (de 0,5 à 0,6 pour 100.000 habitants).

Une analyse plus poussée de l'ensemble des données les plus récentes publiées par l'INSERM a confirmé l'absence d'influence du rappel antitétanique subi à 20 ans par les hommes. Mais cela n'a pas empêché le Pr Lépine de rester fidèle à son opinion et de reprendre par écrit le même argument en faveur de la vaccination[114]. Tout se passe donc comme si la conviction subjective d'un « pontife » primait les chiffres et les faits.

De même encore le Pr R. Mande peut se permettre d'affirmer des erreurs sans que personne ne puisse le contredire, pas même les faits : « *Est-il besoin de rappeler* ici, écrit-il[115], que, jusqu'à 1925, il y avait chaque année 20.000 cas et 3.000 morts de diphtérie en France... » Qui songerait, devant l'assurance dont témoigne un homme de son rang, à vérifier cette affirmation ? Pourtant, les chiffres de l'OMS font apparaître, de 1919 à 1925, une moyenne de 12.700 cas et 1.961 décès !

Dans le même article, il ajoute au sujet de la vaccination antipoliomyélitique qui débuta, précise-t-il, sur une grande échelle en 1955 : « Il est à peine besoin de citer les chiffres : que l'on se rappelle qu'il y avait environ 2.000 cas de poliomyélite par an en France... »

Il étaie sa démonstration en présentant dans un tableau l'évolution de cette maladie, d'après des documents de l'OMS :

« Moyenne annuelle de1950 à 1955 : 2.000 cas

---

[113] Cf. *ibid.,* n° 19, janvier 1970.
[114] Pr Lépine, *op. cit.*
[115] *Le Concours médical,* 26 juin 1976.

1960 : 1.663 cas

1961 : 1.513 cas»

(Viennent ensuite les chiffres décroissants jusqu'en 1975.)

Or, les mêmes documents de l'OMS donnent en réalité les chiffres suivants :

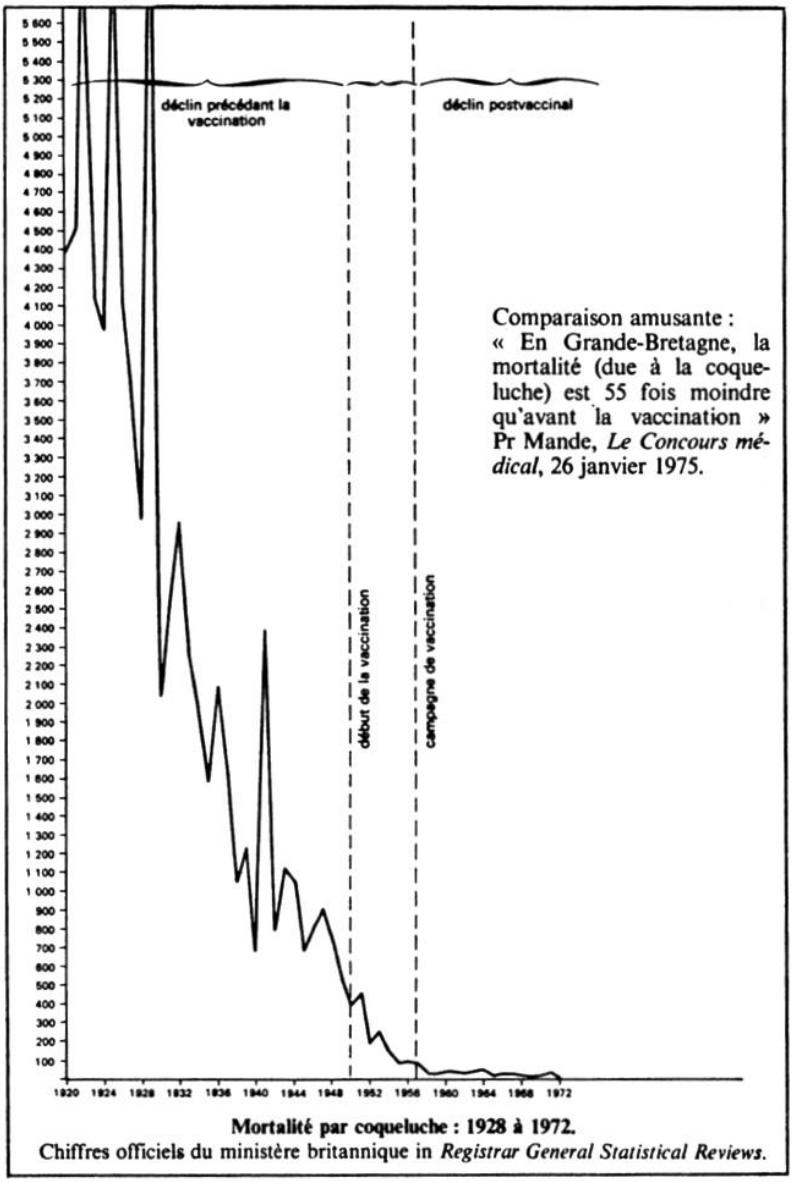
Moyenne annuelle de 1950 à 1955 : 1.723 cas

(2.000 était donc largement surestimé)

Moyenne annuelle de 1955 à 1959 : 2.368 cas

Le Pr Mande a passé sous silence cette période pourtant capitale puisqu'elle coïncide avec le début de la vaccination « sur une large échelle ». Or, nous pouvons constater que les éléments concernant cette période vont à l'encontre de son propos.

On ne peut que méditer sur cette façon de présenter les chiffres au public médical ou non, sans oublier toutefois qu'elle détermine malheureusement l'attitude ministérielle. De même que M. Poniatowski présentait ces statistiques tronquées pour la polio (voir ci-dessus), Mme Veil répète, après le Pr Lépine, que les hommes revaccinés au service militaire sont moins frappés que les femmes par le tétanos.



Autre exemple de l'interprétation des faits... sans commentaire

Répétons donc, puisqu'il le faut, qu'établir une statistique exige quelque esprit de discernement, et que les partisans du BCG, sur la foi desquels on nous impose ce « vaccin », ont,

> trop souvent, manifesté un superbe dédain de toute logique. Attitude peu recommandable en science, et même en médecine ; ignorée du reste des législateurs auprès desquels ces « maîtres » demeurent tout-puissants. — Dr Etienne Maigre, *La Profession médicale.*

6. La psychologie des foules au service du mythe

De nos jours, les spécialistes de la propagande ont parfaitement analysé et savent systématiquement exploiter les images propres à subjuguer les foules : celles du chercheur, du savant, du professeur sont des plus efficaces. Témoin par exemple un rapport de la Havas-Conseil à la Fondation pour la recherche médicale, concernant la préparation d'une campagne de collecte de fonds publics. Des réflexions de même ordre inspirent, n'en doutons pas, les campagnes en faveur des vaccinations.

« La lutte contre la maladie et la souffrance est perçue d'autant plus fortement que la culture médicale de l'individu est moins profonde : la peur est un mobile qui agit puissamment sur les foules.

> Tous les cinq ans, à l'aide d'une campagne de presse savamment orchestrée, les quelques cas sporadiques que nous observons couramment seraient promus au rang d'une menace d'épidémie. — Dr Jean Lartigue (directeur départemental de la Santé d'Alger), *Bulletin d'information du syndicat des médecins de la Santé d'Algérie,* 1er trimestre- 1955, p. 12.

La recherche médicale possède une dimension mythique riche en images de haute coloration : saint Michel luttant contre le démon de la maladie, vaisseau qui prend la mer vers un paradis terrestre, rêve de grande vie et de bonheur possible. *L'image du chercheur a le bénéfice d'être d'une exceptionnelle richesse.* Elle possède auprès du public un impact tel *qu'il s'impose de la flatter* tout au long de la campagne. Il conviendra de présenter des chercheurs sur les lieux de leur travail, de les faire parler et vivre devant le public *sans toutefois démystifier cet aspect quasi religieux qui leur est conféré.* »

> Quelle est la moralité de l'exploitation de nos faiblesses cachées telles que : anxiétés, sentiments agressifs, crainte de la non-conformité et reliquats infantiles, pour vendre des produits ? Quelle est, spécialement, la moralité des entreprises qui basent sur les faiblesses qu'elles ont diagnostiquées les campagnes destinées à les faire prospérer ? Quelle est la moralité de la manipulation des enfants avant qu'ils soient légalement responsables de leurs actions ? — Vance Packard, *La Persuasion clandestine.*

De telles campagnes, répétées chaque année et dont nous verrons au chapitre suivant quelques exemples concernant les vaccinations, ne contribuent pas peu à conférer à la parole des pontifes, l'incomparable prestige et l'autorité dont elle jouit. D'autant plus qu'une propagande incessante prépare minutieusement toute la population à l'accueillir avec foi et révérence.

7. Conformation générale de la population

Ainsi, par tous les moyens, le dogme de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins est protégé de toute atteinte, et les Français continuent d'y croire, en face de l'évidence. Dès l'enfance, puis à l'école maternelle, à l'école primaire, au collège et au lycée, ils contractent l'habitude de se soumettre à la vaccination et de la considérer comme une formalité utile, bienfaisante, indispensable même et sans aucun danger à laquelle l'homme se prête d'autant plus volontiers qu'il est plus évolué ou qu'il a plus de caractère.

Dès l'école primaire, et tout au long de la scolarité, les vertus des vaccinations sont répétées à satiété et le credo est inculqué systématiquement dans l'esprit malléable des jeunes enfants. Un peu plus tard, quand ceux-ci prennent de l'âge, la conformation est plus poussée encore, car elle prend une allure scientifique et réfléchie. On n'affirme pas, en apparence. On donne des éléments, des faits, des statistiques ; on rapporte des expériences... et on les commente. Jamais, par contre, dans aucun livre de sciences, dans aucun cours, il n'est fait état des échecs et des dangers des vaccinations. Jamais

un seul mot ne peut ouvrir l'esprit au doute, à l'esprit critique. Tout concourt à la conformation parfaite du futur consommateur, et, plus que tout, le climat de parfaite unanimité semble régner dans ce domaine.

Lorsqu'il devient adulte, le citoyen retombe sous la direction de son médecin qui, à son tour, assure la pérennité de la doctrine, en distribuant à la fois bonne parole et vaccins.

À cause de tout cela et parce qu'il croit que les mesures légales ne peuvent avoir pour objet que la recherche du bien de la communauté, chaque Français est persuadé qu'aucune obligation n'aurait jamais été votée, si les vaccinations présentaient le moindre inconvénient. Sans rien connaître du problème statistique, il est prêt à affirmer « qu'on ne saurait mettre en doute l'efficacité des vaccinations » à qui nous devons, « le fait n'est pas douteux », la disparition des épidémies du passé.

Quant au médecin lui-même, comment est-il formé, lui qui, de plus en plus, occupe une place prépondérante dans tous les domaines de notre société ?

Après avoir subi la conformation du Français moyen depuis sa naissance jusqu'à l'abord de la faculté, il entre dans le cycle spécialisé : là, il subira par le détail l'imprégnation de la doctrine. Non seulement par les paroles et les cours mais plus encore par le silence. Silence envers tous les non-conformistes et leurs doctrines médicales hérétiques, silence sur les dangers des vaccinations, sur l'énorme littérature antivaccinaliste et sur ses observations... Un esprit scientifique exigerait l'étude de ces aspects différents d'un même problème, afin d'en faire une synthèse ou de soumettre les théories à l'épreuve des faits. Mais la médecine n'est pas une science, même si des chercheurs biologistes lui donnent aujourd'hui quelques bases nouvelles par des connaissances qui, elles, sont scientifiques même si leurs limites sont encore bien étroites.

Le silence de l'abstention, allié à la conviction affirmative du patron respecté, est le plus fort des maîtres : c'est lui qui établit le plus solidement dans l'esprit du jeune médecin la certitude que ce qu'on lui apprend est absolu et indubitable. Rien d'étonnant que le jeune

docteur, bientôt accaparé par sa clientèle, devienne à son tour le partisan écouté des vaccinations. Et cela, sans qualification particulière si ce n'est d'avoir une bonne mémoire, sans aucune compétence en tout cas, puisqu'il ne s'est pas trouvé confronté avec la variole ou la diphtérie. Et si, parmi ses clients, tel petit vacciné contracte la maladie contre laquelle il l'a vacciné (tuberculose par exemple après le BCG, paralysie après la vaccination antipolio), il croira toujours qu'il s'agit de coïncidences.

Si les cas se multiplient (tel médecin, exerçant dans un canton de 12.000 habitants en compagnie de trois autres confrères, avouant qu'il compte dans sa clientèle 7 encéphalites post-vaccinales), alors il reconnaîtra parfois que le vaccin peut être dangereux. Mais il continuera de vacciner parce qu'il reste persuadé (ce qui imprègne le subconscient pendant la jeunesse marque pour toujours, ce domaine échappant en partie au rationnel) que, dans l'ensemble, la vaccination constitue cependant un grand bienfait pour l'humanité.

Il n'a généralement pas le temps, ni parfois le courage, de chercher, parmi les livres étouffés et les études escamotées, dont il n'a d'ailleurs le plus souvent aucune idée, à confronter ce qu'il a appris aux expériences des adversaires des vaccinations.

Il demeure pour la vie le bon médecin vaccinaliste, défenseur averti de l'excellence de la méthode.

Si le nouveau promu parmi ses confrères docteurs désire pousser plus loin ses études, s'il aspire à devenir plus tard lui-même un patron, alors il lui faut plus que jamais montrer patte blanche en fait de conformisme vaccinal. De même qu'il est exclu qu'un étudiant soit reçu s'il avait l'idée de présenter une thèse de doctorat antivaccinaliste — ou même fortement réticente —, *a fortiori,* les chaires de professeurs sont-elles réservées à ceux qui sont dans la norme, puisque ceux qui les ont formés sont justement ceux qui les jugent.

Ces professeurs à leur tour formeront des générations de bons et loyaux vaccinalistes, éliminant les esprits frondeurs toujours mal venus. Et lorsqu'après des années de travaux bien dans la ligne, l'Académie se sera assurée de leur orthodoxie, la docte assemblée choisira pour entrer dans son sein les mieux considérés d'entre eux,

ceux dont les idées sont les plus semblables aux siennes, c'est-à-dire en ce qui concerne les vaccins, à celles de l'Institut Pasteur. Car, en définitive, et depuis sa création, cette entreprise privée déclarée d'utilité publique a toujours « trouvé » aux postes clefs les meilleurs de ses représentants ou ses meilleurs soutiens.

Ainsi, pour toutes les raisons exposées dans ce chapitre, en dépit du démenti constant des faits, au fil des générations, s'est maintenu et se développe le mythe vaccinal.

Après avoir analysé le processus qui permet d'assurer sa pérennité, il nous reste à envisager le mécanisme de la contrainte psychologique, légale et administrative qui l'impose à tous.

3. LE MÉCANISME DE LA CONTRAINTE

> Cette mainmise sur notre subconscient en vue d'influencer notre conduite est utilisée dans de nombreux domaines et mobilise diverses techniques ingénieuses, dans le seul but de nous « conditionner » en tant que consommateurs. — Vance Packard, *La Persuasion clandestine.*

1. La contrainte psychologique

En matière de vaccinations, la contrainte n'est pas seulement l'effet des lois qui les rendent obligatoires, ni des procédés excessifs de certains de leurs zélateurs. C'est d'abord l'agression permanente de nos personnalités par une propagande tantôt insidieuse et légère, tantôt fracassante et brutale, jouant habilement sur tous les claviers psychologiques des grandes orgues de la mise en condition.

Pour mieux montrer à quel point nous sommes livrés pratiquement sans défense à un formidable assaut, il est nécessaire d'évoquer quelques exemples des grands déferlements périodiques qui ponctuent de façon éclatante la routine de ce perpétuel conditionnement.

« Une main qui appuie sur la sonnette. La porte s'ouvre. Travelling sur le couloir. Puis dans un lit, un homme, l'air visiblement épuisé, malade. Et une voix sépulcrale qui martèle les mots : “ L'année passée, un homme sur trois eut un visiteur. Un visiteur que personne n'aurait souhaité. Ce visiteur, ce fut la grippe. ”

Ainsi débutait l'un des cinq spots publicitaires différents — il y en eut 27 au total — qui passèrent sur les deux chaînes de la télévision, entre le 25 septembre et le 4 octobre 1970.

À la télévision, mais aussi à France-Inter, Europe N° 1 et RTL. C'est ce qu'en termes de métier on appelle un matraquage. »

C'est de cette façon que commençait, dans *l'Aurore* du 24 octobre, un article dont le premier passage s'intitulait « La campagne

de publicité à la télévision a épuisé les stocks ; médecins et pharmaciens sont loin d'être unanimes sur son opportunité ».

Il est vrai que l'opération publicitaire menée pour la vente de ce vaccin a dépassé toutes les espérances de rentabilité, puisque les trois maisons le fabriquant, Instituts Pasteur et Mérieux, laboratoires Philips-Duphar, dépassées par la demande massive qui s'en est suivie, ont été incapables de faire face et se sont rapidement trouvées à bout de stocks ; on a acheté du vaccin... au marché noir (25 F au lieu de 12,65 F) !

Qui a suscité ce matraquage réalisé par l'agence CRP (Conseils et Relations publiques) ? Non seulement les trois laboratoires intéressés, mais aussi le Comité français d'éducation sanitaire et sociale, lui-même émanation du secrétariat d'État à la Santé publique. C'est-à-dire que la campagne fut payée — en partie au moins — par les deniers publics.

Était-elle nécessaire ? Était-elle opportune ? La vaccination est-elle efficace ? Est-elle un bien ou un mal ? Telles sont les questions qui auraient pu être présentées. Or, le résultat d'aucune étude sérieuse n'a été proposé au grand public : on a matraqué, comme de coutume. Il est vrai que la super-publicité ne s'accommode guère de la mesure, qu'elle vit de l'excessif, et la publicité faite pour la vente d'un vaccin ne fait pas exception.

> En France, toutes les deux secondes, un enfant reçoit un vaccin de l'Institut Mérieux. — *Entreprise,* supplément au n° 594, du 26 janvier 1967.

Mais, justement, ne le devrait-elle pas ? Dès lors qu'une campagne s'étend à la dimension nationale, orchestrée par un organisme officiel, et présentée comme une opération de sauvegarde de la santé publique et de l'économie du pays, ne se devrait-elle pas d'être objective ? Les acheteurs sollicités, qui sont les futurs vaccinés, n'ont-ils pas droit à une information objective ? Quelle excuse avancer pour justifier l'affolement de toute une population en lui faisant croire qu'il n'est point de salut pour elle à moins que de consommer tel produit ? « Existe-t-il, en ce moment, un danger

d'épidémie ? » demandait un grand quotidien du 13 octobre. Et le médecin questionné de répondre gravement : « *Une prochaine épidémie de grande envergure est à craindre en effet.* » Qu'en savait- il ? Rien, absolument rien. S'il en avait su quelque chose, ce n'aurait pu être que d'après les renseignements venant du monde entier recueillis par les organismes spécialisés qui les regroupent à Londres et à New York. Or, ceux-ci faisaient clairement apparaître qu'il n'existait à l'époque aucune menace d'épidémie : il n'y eut en fait rien de particulier à signaler cet hiver-là sur le front de la grippe.

Qu'importe, l'opération a pleinement réussi : les Français se sont si bien rués sur le vaccin qu'il a fallu s'inscrire chez le pharmacien pour retenir sa part des prochaines livraisons. Le pactole a coulé à pleins bords. Mais ici ne s'arrêtèrent pas les motifs de la satisfaction pour les producteurs.

Cette campagne a permis d'enfoncer à nouveau dans la tête de chacun le concept essentiel du vaccin sauveur.

Elle a permis, de plus, d'affirmer que l'épidémie de très grande envergure « qui était à craindre » (épidémie fantôme, nous l'avons vu) a été écartée grâce à la vaccination. Pour un peu on aurait pu emporter la victoire absolue en rendant cette vaccination obligatoire, seul moyen de la rendre « gratuite », donc accessible aux plus défavorisés. M. Durafour et le Dr Marcel Guislain intervinrent dans ce sens par leurs questions écrites posées au ministre de la Santé, et les quotidiens commencèrent à s'en faire l'écho.

Mais le vaccin s'était montré par trop décevant et la campagne de 1970 ne s'était fixé pour seul but que d'assurer la consommation immédiate des stocks considérables préparés pour faire suite à la réussite de celle de l'année précédente.

On pourrait multiplier les exemples de ce genre de matraquage effectué périodiquement à l'occasion des grandes campagnes de vaccinations. Nous avons encore en mémoire l'apparition de quelques cas de choléra en Espagne, juste à la veille du départ en vacances des Français, en 1970. C'était un simple fait divers, digne bien sûr d'être noté, et justifiant sans doute certaines précautions élémentaires. Mais on en a fait un terrible fléau qui risquait à tout

moment de ravager nos pays sans défense : la catastrophe était pour demain, peut-être pour cette nuit.

En vingt-quatre heures, la panique s'installe, les frontières se ferment, les pays qui ont déclaré quelques cas risquent le blocus et l'asphyxie économique.

> Contre le choléra, la vaccination n'offre aucune garantie... La vaccination n'est pas, à l'heure actuelle, une méthode efficace pour prévenir l'extension du choléra. — OMS, mars 1971.

> On ne peut pas empêcher les gens de se faire vacciner s'ils le veulent. Avant, ils adressaient une prière pour s'immuniser ; aujourd'hui, ils préfèrent se faire vacciner. — Déclaration de l'Institut Pasteur, *Le Nouvel Observateur,* juillet 1971.

Les experts de l'OMS eurent beau assurer que les risques d'extension étaient nuls, d'éminents spécialistes français eurent beau faire savoir que le choléra était curable dans 95 % des cas, rien n'y fît. En l'absence de tout danger, les vacanciers, affolés par la presse et la radio, se ruèrent sur les Instituts Pasteur pour se faire vacciner : ils voulaient leur vaccin « pour pouvoir partir ». Il est vrai que les bruits officieux et les atermoiements officiels ne contribuèrent pas peu à provoquer la pagaille :

« La vaccination sera obligatoire pour franchir la frontière ; elle ne sera pas obligatoire, mais elle est vivement conseillée (malgré son inefficacité) ; elle sera obligatoire à partir du 4 août ; elle risque de l'être pour le retour, etc. » En attendant, les informations radiodiffusées nous tenaient, heure après heure, au courant de tous les détails, des files d'attente devant les centres de vaccination, des difficultés d'approvisionnement des pharmaciens, des symptômes du choléra, de ses causes et des parties du monde où il sévit à l'état endémique. Bref, le moral des vacanciers était chauffé à blanc.

C'est ainsi que la France fut tenue sur le gril jusqu'au 30 juillet. Puis, d'un seul coup, ce fut le silence. Plus question de choléra ; on n'entendit parler de lui à nouveau qu'après le retour des estivants.

Finalement, c'est M. Boulin, ministre de la Santé, qui sut tirer les

conclusions les plus incontestables sur cette attitude aberrante des vibrions cholériques.

En visitant l'Institut Pasteur où est fabriqué le vaccin, il en « a félicité les directeurs qui ont fait face à la campagne de panique. Cette campagne a permis à l'Institut Pasteur d'épuiser son stock de vaccin anticholérique, ce qui contribuera, sans aucun doute, à rétablir son équilibre financier[116] ».

D'ailleurs, le Pr Monod déclara à la télévision que la production était passée de 150.000 doses par an avant 1970 à 33 millions de doses en sept mois. (Voir dans *la Recherche,* n° 33, avril 1973, la courbe du redressement financier de l'Institut Pasteur, à cette époque.)

> Prague. Le ministre de la Santé a interdit aux médecins tchécoslovaques de vacciner le personnel des ambassades étrangères contre le choléra, même lorsque le vaccin leur est fourni.
>
> L'ambassade de France qui avait fait venir des doses de vaccin de Paris et avait prévu une séance de vaccination pour les membres de l'ambassade, lundi après-midi, a été avisée, cinq minutes avant l'heure prévue, que le médecin ne pourrait procéder à cette vaccination. — AFP, 1970.

Nous n'insisterons pas ici sur la campagne pour le lancement puis pour l'obligation du BCG. Les moyens employés n'étaient pas parfaitement au point. En particulier, la préparation psychologique du corps médical avait été insuffisante, ses réflexes critiques ont encore joué trop librement, à une époque où les structures impliquées n'étaient pas encore parfaitement contrôlées et où l'autocensure ne jouait pas comme aujourd'hui.

Le Pr Ferru[117] en donne des exemples éloquents, saisis sur le vif : développement des campagnes de presse et création du climat

---

[116] *Le Parisien libéré,* 27 juillet 1970.
[117] Pr M. Ferru, *La Faillite du BCG.* 1977. En vente chez l'auteur ou à LNPLV.

psychologique opportun, affirmations non fondées ou fausses, rejet des faits gênants contraires à la doctrine posée en postulat par Calmette et « les grands prêtres du BCG », truquage du faux « Ier Congrès du BCG », élimination des opposants et refus de publier leurs travaux, représailles, etc.

Le succès remporté dans les faits par le vote de l'obligation du BCG en 1950 ne fut qu'une demi-victoire, car la moitié du corps médical restait hostile au vaccin. Nous verrons plus loin qu'au moment où l'Allemagne fédérale l'a rayé de son arsenal de lutte antituberculeuse (1973), les spécialistes français constatèrent qu'il faudrait bien que la France révisât prochainement sa position à ce sujet, mais que l'opinion n'y étant pas préparée il ne pouvait être question d'abandonner ce vaccin brutalement.

C'est qu'en vingt ans, des « progrès » considérables ont été accomplis : les budgets publicitaires sont devenus gigantesques, les moyens psychologiques sont mieux et plus systématiquement utilisés et les structures adéquates jouent de façon plus satisfaisante. La parfaite réussite de la campagne en faveur du vaccin antipolio en 1957-1958 témoigne qu'on a su tirer les enseignements de la panique générale organisée en 1955, lors de l'apparition d'un cas de variole à Vannes, et qui permit de vacciner inutilement 11 millions de personnes en quelques semaines.

Le matraquage fut impitoyable ; les titres des journaux en témoignent :

—« poliomyélite : recrudescence prévue pour cet été, la campagne de vaccination doit s'ouvrir dès maintenant » ;

— « vaccin français contre la polio : efficacité démontrée » ;

—« 200.000 personnes devraient être vaccinées dans le Rhône pour que soit barrée la route à la poliomyélite ; (mais quelques milliers seulement se sont souciés, jusqu'ici, d'utiliser la seule arme dont nous disposons contre la terrible maladie) » ;

—« polio : depuis nos appels, le nombre des vaccinations enregistré a pratiquement doublé. Huit nouveaux centres prochainement ouverts dans le Rhône » ;

—« le Pr Lépine, de l'Institut Pasteur : " La vaccination des mères contre la polio doit être généralisée " » ;

—« 400 à 500 litres de vaccin antipolio sortiront chaque semaine du laboratoire de Garches inauguré hier[118] » ;

— « immunisation à vie contre la polio » ;

—« vaccination antipoliomyélitique particulièrement indiquée entre 6 mois et 25 ans ; on peut vacciner en tout temps, même en période d'épidémie... » etc.

> L'exemple de ce qui s'est passé ces derniers mois nous indique que peut-être le gouvernement, s'il veut obtenir un résultat, pourrait utiliser à cet effet la psychologie des foules et non un respect des lois qui n'existe plus. Tous les cinq ans, à l'aide d'une campagne de presse savamment orchestrée, les quelques cas sporadiques que nous observons couramment seraient promus au rang d'une menace d'épidémie. Les quotidiens, les hebdomadaires illustrés feraient paraître des articles dans le genre de ceux que nous avons lus récemment ; la psychose, l'esprit grégaire feraient le reste et le nombre des vaccinations serait plus important que celui qu'un texte de loi, de décret ou d'arrêté préfectoral n'aurait jamais espéré atteindre. — Dr Jean Lartigue (directeur départemental de la Santé d'Alger), *Bulletin d'information du syndicat des médecins de la Santé d'Algérie,* 1er trimestre 1955, p. 12.

Cette campagne se poursuivit, avec les arrêts « nécessaires pour ne pas importuner l'opinion », élevant au rang d'épidémie ou de menace d'épidémie l'apparition de tout cas de polio, rappelant le caractère atrocement mutilant de cette maladie, évoquant les victoires du vaccin, jouant à la fois de la peur et du besoin de sécurité, jusqu'au vote de l'obligation en 1964. Elle se poursuivit encore par la suite pour obtenir une bonne application de la loi nouvelle.

Mais ce fut en 1967 qu'on put assister à « la plus grande parade

---

[118] 500 litres à 28 F les 3 millilitres.

vaccinale » jamais réalisée. Le directeur général de la Santé publique donna le ton en s'écriant : « La France est plus menacée qu'aucun autre pays du monde. Nous risquons à tout instant de voir survenir une épidémie[119]. »

Le mot d'ordre avait été lancé par la « circulaire ministérielle n° 328 du 8 mars 1967 relative à l'organisation d'une campagne de masse de vaccination antipoliomyélitique par le vaccin buccal ». Le vaccin Mérieux prenait la relève. Il s'agissait essentiellement de vacciner « les 10 millions d'assujettis encore non vaccinés ». Dans ce but, « il convenait d'éveiller l'intérêt de la population », de « susciter une campagne d'éducation sanitaire » de telle sorte que les individus visés soient « amenés à se soumettre spontanément à l'obligation ».

En fait, c'était la mobilisation générale, et la circulaire précisait les « deux modes d'action à envisager » :

— « une action d'information par la presse, la radio, la télévision, locales ou régionales », avec le concours des autorités départementales ;

— « une intervention plus directe s'exerçant dans les familles, les écoles, les associations et notamment les associations de parents d'élèves et les associations familiales, ainsi que dans les collectivités de travail et de loisirs » ;

— « les maires, les médecins, les pharmaciens, les assistantes sociales, les puéricultrices, les infirmières, le corps enseignant seront sollicités d'y collaborer. »

La majeure partie des personnes sollicitées ne connaissant rien au problème des vaccinations, il n'est pas étonnant que la télévision en vint bientôt à faire appel à des vedettes de la chanson ou du cinéma dont les arguments situaient assez bien le niveau moyen de l'opération.

Ces campagnes, dont nous venons de voir quelques exemples, ne sont que des points d'orgue dans une mélodie plus légère mais

---

[119] Un coup d'œil sur la courbe (fig. 3) reproduite au chapitre II donnera une certaine saveur à cette affirmation.

d'une pénétrante insistance, et dont les notes les plus habituelles font vibrer les cordes de la peur, de la culpabilité, de l'incitation à l'agressivité envers les réfractaires, le tout accommodé de diverses menaces à leur encontre.

Quelques citations suffiront pour en évoquer la tonalité :

—« ne pas vacciner les enfants, c'est exposer quelqu'un à un péril de mort et les parents peuvent être poursuivis pour non-assistance à personne en danger de mort » (Pr Lépine, Chatou, 14 mars 1961) ;

—« avoir des enfants non vaccinés représente des foyers à partir desquels se produisent les poliomyélites des adultes que l'on voit de plus en plus » *(idem) ;*

—« le problème de la liberté individuelle, dans ce domaine, est un faux problème. Un individu non vacciné et non protégé constitue une menace pour les groupes sociaux qui l'environnent. Contaminé, il devient porteur de germes, c'est-à-dire susceptible de provoquer une épidémie dont l'extension et les risques peuvent être très graves[120]...

Se faire vacciner est un devoir auquel personne ne doit déroger pour soi et pour les autres » (M. Poniatowski — 14 septembre 1973[121]).

Le ministre de la Santé justifiait ainsi son décret récent instituant la peine de prison pour les réfractaires.

Chacun comprendra, sans qu'il soit nécessaire de s'étendre plus longuement, l'importance de la contrainte morale ainsi imposée aux

---

[120] Nous ne connaissons aucun exemple de la réalité de cette affirmation, alors qu'il existe des dizaines de cas d'épidémies de variole introduites par des individus vaccinés. Nous reviendrons au chapitre V sur cette hypothétique théorie des « porteurs de germes ».

[121] Curieusement, Mme Veil dont la politique vaccinale est évidemment la même que celle de son prédécesseur au ministère de la Santé, déclarait à France-Inter : « Le rôle de l'État est d'informer et non pas d'obliger. Il doit montrer aux citoyens qu'ils ont des responsabilités et les inciter à les assumer, mais non pas les obliger. » Mais il ne s'agissait pas des vaccinations !

esprits[122].

Le seul côté amusant de l'affaire, c'est de constater qu'au moment où les responsables de la Santé souhaitent suspendre une vaccination, ils éprouvent des difficultés du fait que la population est trop fortement conditionnée pour pouvoir l'accepter sans protestations !

« En Amérique, déclarait le Dr Margareth H. D. Smith, de l'université de Tulane, la vaccination antivariolique relève du fétichisme ; c'est parce qu'ils placent leur confiance pour des raisons sentimentales dans le rôle de la vaccination antivariolique que les gens s'opposent à des modifications dans cette politique de la vaccination[123]. »

Le Pr Neff constatait[124] que « bien des facteurs émotionnels concourent au maintien de nos vieilles pratiques. Si tous les décès dus aux vaccinations antivarioliques pratiquées depuis vingt ans pouvaient se trouver concentrés en une courte période, la clameur publique au sujet d'une telle épidémie serait si puissante que la loi serait changée instantanément[125] ».

---

[122] Cette emprise est si puissante qu'elle obnubile parfois le bon sens. Pendant la guerre du Biafra, tous les organismes de solidarité humaine ont organisé des quêtes pour sauver les enfants qui mouraient de faim, sur le thème « avec une boite de lait, il serait sauvé ». Le monde occidental tout entier s'est ligué pour cette croisade. Or les chiffres publiés par le Conseil œcuménique des Églises (*Messages du Secours catholique,* n° 201, octobre 1969) révélèrent que la contribution pour le Biafra avait été fixée à 3.800.000 dollars, soit 19 millions de francs, avec lesquels on a procédé à 796.812 vaccinations contre la rougeole et 2.025.537 contre la variole. Ainsi, approximativement, 11 millions de francs (près de 60 du total) ont été détournés de leur objectif : nourrir ceux qui avaient faim. Seule, la revue *Santé, Liberté et Vaccinations,* organe de la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations, a élevé une protestation, au nom des enfants qui sont morts de faim parce qu'en les vaccinant, on les a privés des fonds de ceux qui voulaient les nourrir.

[123] *Time Magazine,* 5 janvier 1970.

[124] *American Journal of Epidemiology,* avril 1971 (ministère de la Santé des USA).

[125] Les États-Unis ont aboli la vaccination antivariolique systématique en 1972. Les Français sont encore plus conformés, plus attachés à leur gris-gris : les plus hardis osent avancer que l'obligation tombera d'ici deux ou trois mois (avril

Le Pr F. Dekking, du laboratoire de virologie de l'université d'Amsterdam, affirmait en 1969 : « Les conceptions actuelles sur la façon dont il faut combattre ces importations occasionnelles... sont encore imbibées de la manière de penser d'il y a cent ans. »

« La vaccination sert surtout à calmer la population, ajoutait le Dr Dhiman Barua, mais elle donne un faux sentiment de sécurité[126].»

De même lorsqu'après d'autres pays, l'Allemagne bascula dans le camp de ceux qui refusent d'employer systématiquement le BCG, *le Concours médical*[127] interrogea le Pr Pariente, de l'hôpital Laennec et le Dr Coudreau, directeur général du Comité national contre la tuberculose ; ceux-ci admirent qu'il faudrait bien, un jour prochain, réviser la politique vaccinale actuelle. « Mais, ajoutèrent- ils, de toute manière, la décision est d'ordre politique... Nous sommes dans une situation donnée de législation et de mentalité du public et des médecins ; nous sommes obligés de procéder par étapes. » On ne saurait être plus clair. Mais lorsque nous, qui ne sommes pas conformés, et qui souhaitons l'abolition de l'obligation d'un BCG reconnu indésirable, nous nous tournons vers les parlementaires appelés à prendre cette décision « d'ordre politique » : « C'est une question d'ordre médical », nous répondent-ils ! Ne faut-il pas s'étonner qu'en dépit d'une réussite aussi remarquable du conditionnement de « la mentalité du public et des médecins », l'État soit quand même amené à imposer aux citoyens, par une contrainte légale, la pratique de vaccinations « dont les bienfaits ne seraient pourtant plus à démontrer » ?

2. La contrainte légale

a. Mise en place d'une obligation légale

1977)1 Cf. F. Delarue, *Abolir la vaccination antivariolique. Pourquoi ?,* Dervy-Livres.

[126] Dr Dhiman Barua, médecin de l'OMS et directeur du Cholera Hospital de Calcutta in *Tribune médicale,* 235, 1er septembre 1973.

[127] *Le Concours médical,* avril 1974.

Imaginons qu'un vaccin soit à la disposition du public, mais que les ventes ne soient pas aussi régulières ou aussi massives qu'on pourrait le souhaiter. Le producteur, convaincu de l'efficacité de son produit, recourt alors aux techniques commerciales habituelles valables pour n'importe quel produit. Quelques articles bien sentis déclenchent une campagne d'affolement ou de sensibilisation amenant le public à désirer la vaccination (il faut que la demande vienne du consommateur). Puis on fait valoir que des résultats extrêmement satisfaisants sont déjà obtenus mais qu'une, éradication totale de la maladie ne saurait être réalisée que par l'immunisation généralisée de toute la population exposée. Quelques parlementaires, plus soucieux que d'autres de la santé publique, posent des questions écrites au ministre. L'Académie de médecine est elle-même amenée à émettre un avis concernant ledit vaccin. Elle se tourne bien entendu vers ses membres les plus qualifiés... ceux de l'Institut producteur... qui disent généralement grand bien du produit qu'ils fabriquent et auquel ils croient puisqu'ils l'ont mis au point. L'Académie transmet leur vœu aux parlementaires. Les commissions des affaires sociales du Sénat et de l'Assemblée nationale se tournent alors également vers leurs membres les plus qualifiés en la matière, c'est-à-dire les médecins. Compte tenu de ce que nous avons dit plus haut, on peut dire que l'affaire est faite.

Je sais fort bien que le processus indiqué est évidemment très schématique. Il n'en est pas moins vrai. Pour le vaccin antipolio, les choses furent moins simples du fait qu' « en l'absence d'une situation épidémique », l'Académie n'en avait pas recommandé l'obligation, et du fait de l'apparition du concurrent Mérieux dont l'ascension fulgurante dans le ciel des vaccins n'a pas été sans bouleverser quelques privilèges.

Mon propos n'est pas d'analyser le commerce de ces produits[128], mais de montrer comment l'opinion publique et médicale peut être si parfaitement conformée. Il suffit pourtant de se reporter aux livres du Dr Chavanon, en particulier à *la Guerre microbienne est*

---

[128] Voir C. V. d'Autrec, *Les Charlatans de la médecine,* Table Ronde, 1973, et Dr P. Chavanon, *La Guerre microbienne est commencée.* Dangles, 1950.

commencée, pour admettre qu'effectivement ce sont souvent les mêmes noms qui figurent par exemple dans la commission du BCG, dans le Conseil permanent d'hygiène sociale, à l'Académie de médecine et à l'Institut Pasteur[129].

On y verra de même comment sont réunis les merveilleux congrès d'unanimité auxquels ne participent que les partisans les plus chauds du vaccin considéré : témoin le Ier Congrès international du BCG[130], qui se tint du 18 au 23 juin 1948 à l'Institut Pasteur de Paris, producteur du vaccin. De même, aujourd'hui, le Congrès sur la rougeole se tient à l'Institut Mérieux de Lyon, fabricant du vaccin antirougeoleux.

L'exploitation publicitaire de ces congrès contribue grandement à installer solidement dans le public, chez les médecins et les parlementaires les opinions souhaitées. De nos jours, avec le développement prodigieux du budget publicitaire des maisons de commerce, l'Institut Mérieux semble distancer son rival sur ce point, le poulain de Rhône-Poulenc n'hésite pas à inviter les journalistes du monde entier par charters, les recevant royalement, comme il reçoit les ministres de la Santé publique.

De plus, il serait imprudent de laisser au hasard d'un vote défavorable du Parlement le renom d'un vaccin et l'étendue de sa diffusion. N'oublions pas que les vaccins constituent les seuls produits dont la consommation ait jamais été rendue obligatoire pour toute

---

[129] Le Pr Mercier, directeur de l'Institut Pasteur jusqu'en avril dernier, vient d'être élu à l'Académie de médecine, et a été désigné comme délégué général du Conseil d'administration de l'Institut et conseiller technique du ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale. Le Dr Charles Mérieux, directeur de l'Institut Mérieux, siège pour sa part à l'Académie de Lyon.

[130] Qui eut le front d'affirmer au moment même où la presse médicale mondiale regorgeait d'observations d'accidents de toute gravité, y compris la tuberculose et la mort à la suite du BCG :

1. « Que l'étude de plus de dix millions de vaccinations effectuées dans le monde entier, au cours de vingt-cinq années, confirme l'innocuité absolue de la vaccination au BCG dans l'espèce humaine. »

2. « Que la vaccination par le BCG est le moyen de prévention le plus efficace contre la tuberculose. »

Voir Dr Ferru, *op. cit.*

la population. L'obtention de tels marchés mérite qu'on s'y applique. Mais on pourrait souhaiter que l'information mise à la disposition des parlementaires soit objective. Or il arrive que le rapporteur (sans doute lui-même abusé ?) trompe les parlementaires de telle façon qu'il emporte irrésistiblement leur adhésion.

Ainsi, le Dr Bernard Lafay, rapporteur de la proposition de loi tendant à rendre le BCG obligatoire, trompa le Conseil de la République en prétendant faussement que ce vaccin était déjà obligatoire dans plusieurs pays étrangers. C'est ainsi que nous lisons, dans le *Journal officiel* du 13 juillet 1949, pages 1969 et 1970, les affirmations suivantes du Dr Bernard Lafay réfutées par Marcel Lemaire dans le passage suivant[131] :

« En Suède, le BCG a été appliqué pour la première fois en 1927 chez les enfants. Je dois dire que l'Association nationale antituberculeuse s'est prononcée pour l'obligation de la vaccination au BCG. Ce vœu est devenu récemment une réalité, une loi ayant rendu obligatoire la vaccination par le BCG.

> " Cette affirmation est fausse. Non seulement le BCG n'était pas obligatoire en Suède en juillet 1949, mais il ne l'est pas encore à l'heure actuelle — pas plus qu'aucune autre vaccination d'ailleurs[132] ! "

Au Danemark, c'est en 1927 que le BCG fut introduit. D'après un rapport officiel, la vaccination est maintenant obligatoire pour tous les écoliers de 10 à 14 ans négatifs à la tuberculine.

> " Le BCG n'était pas obligatoire au Danemark le 12 juillet 1949, pas plus qu'il ne l'est aujourd'hui. "

En Yougoslavie, le seul renseignement que nous ayons sur ce pays, c'est que la vaccination par le BCG y a été rendue obligatoire.

---

[131] Tout ce passage relatif à l'exposé du Dr Lafay est emprunté au livre *Pour la liberté,* 1961, de Marcel Lemaire, président-fondateur de la Ligue pour la liberté des vaccinations. Cet ouvrage a été envoyé à tous les parlementaires. Il n'a jamais fait l'objet d'aucun démenti ni d'aucun procès.

[132] Ces renseignements, ainsi que les suivants, ont été fournis par l'Organisation mondiale de la Santé (service de la tuberculose) à la Ligue nationale contre les vaccinations obligatoires, par sa lettre du II avril 1960.

> “ Le BCG n'y était pas obligatoire le 12 juillet 1949. Il n’y a été rendu obligatoire que le 10 mai 1958. ”

En Hongrie, la vaccination est aujourd'hui obligatoire pour toutes les personnes négatives à la tuberculine, excepté à Budapest où la limite d'âge pour la vaccination a été fixée à 25 ans.

> “ Le BCG n’y était pas plus obligatoire en 1949, qu'il ne l’est actuellement (1961). ”

En URSS depuis 1928, on applique la vaccination par le BCG...

> “ Cela était faux le 12 juillet 1949. L’obligation de la vaccination des nouveau-nés en URSS date du 3 juillet 1953. ”

Au Brésil, où la mortalité atteignait des chiffres importants, la vaccination par le BCG est devenue obligatoire : il y a une nette régression depuis son application.

> “ Pas plus en 1949 que depuis, le BCG n’a été obligatoire au Brésil ! ”

En République Argentine, depuis huit jours, la vaccination antituberculeuse est devenue obligatoire.

> “ Le BCG n'a jamais été obligatoire en République Argentine! ”

Pour terminer ce panorama du Nouveau Continent, au congrès qui vient de se terminer, on a admis que la vaccination par le BCG soit rendue obligatoire pour tous les États de l’Amérique du Sud.

> “ À l’heure actuelle, de tous les États de l’Amérique latine, un seul a rendu le BCG obligatoire, Cuba... le 27 juillet 1955!”
>
> Et le Dr Bernard Lafay terminait son exposé par la phrase suivante :

Devançant la France, il y a exactement neuf nations qui ont rendu obligatoire la vaccination antituberculeuse par le BCG.

> “ Or, contrairement à cette affirmation, le 12 juillet 1949, une seule nation avait rendu le BCG obligatoire, la Norvège, par la loi du 12 décembre 1947. ” »

Comment pourrait-on après cela accorder quelque crédit aux affirmations des protagonistes du BCG ?

Comment pourrait-on tenir pour exactes leurs statistiques ?

Comment pourrait-on les croire puisque, pour faire voter une loi aussi impopulaire, pour faire imposer, sous menace de sanctions, à toute la population française, la moins éprouvée et la plus contestée des vaccinations, ils n'ont pas craint de tromper le Parlement français ?

D'où M. Lafay tenait-il de telles contre-vérités ? Sans doute de ceux qui l'ont aidé à constituer son dossier. Je ne dispose pas de documents pour les autres pays, mais dès juin et juillet 1946, l'Institut Pasteur a envoyé à tout le corps médical une lettre signée du Dr Bretey, chef du service du BCG, qui déclarait : « D'autres pays l'ont compris qui, comme nous l'indiquons, s'orientent résolument vers l'application en grand du BCG : *en URSS il est devenu obligatoire* », etc.

Cette lettre accompagnait une brochure, qui répétait en page 18 :

« Aussi, la vaccination par le BCG va-t-elle se généralisant par le monde : *en URSS elle est devenue récemment obligatoire.* »

Or, *le Concours médical* du 14 mai 1949, analysant une séance de la Société de pédiatrie de Montréal sur le BCG en URSS, démentait cette affirmation : « Ce sont là les conclusions auxquelles l'Académie des sciences médicales de l'URSS est arrivée. La vaccination par le BCG n'est donc pas encore obligatoire en URSS[133]. »

Ce qui n'empêcha pas l'Institut Pasteur de publier à nouveau la même assertion fausse en 1950, dans une nouvelle édition de sa brochure !

Ne peut-on comprendre dès lors, que M. Bernard Lafay, comme les autres parlementaires, comme les médecins, comme le consommateur de base, ait été trompé par une information venant de la « meilleure » source ? Le seul reproche qui puisse lui être adressé serait d'avoir cru l'Institut Pasteur sur parole, sans penser à vérifier

---

[133] *L'Union médicale du Canada,* Montréal, avril 1949.

ses dires. Nous l'avons bien fait ! La différence est que M. Lafay, comme ses collègues, était conditionné... et que nous ne le sommes plus. Cette remarque n'est pas sans importance : elle montre que pour étudier objectivement le problème des vaccinations, il convient d'abord d'accepter de remettre en question les choses acquises, et de tenir à en vérifier toutes les données, quelle que soit l'autorité qui les avance.

Il serait sans intérêt d'insister sur le processus du vote des obligations en prenant d'autres exemples. Toutefois, la vaccination antipoliomyélitique appelle une remarque particulière du fait, je l'ai dit, qu'en l'absence de situation épidémique, l'Académie n'avait pas émis un avis favorable à son obligation. Position logique, dès lors qu'il n'était pas possible d'en appeler à la sécurité collective pour justifier une mesure finalement individuelle, d'autant que la polio n'est pas transmise par l'homme. Mais elle ne pouvait satisfaire l'aspiration à plus d'équité sociale qui anime plusieurs partis, et une campagne se développa pour que les classes les plus pauvres puissent « bénéficier de la même protection que les riches ». Il fallait que le vaccin fût gratuit ou remboursé par la Sécurité sociale. Celle-ci refusa, son rôle étant de permettre aux malades de se soigner correctement et non aux bien-portants de dépenser l'argent des cotisants en vue de réaliser pour eux-mêmes une hypothétique prévention. Restait l'obligation, seul moyen d'assurer le paiement de la vaccination par la collectivité, c'est-à-dire, la gratuité pour l'assujetti.

Le Parlement, convaincu de l'innocuité parfaite du vaccin (personne ne lui avait précisé les circonstances de l'expérience de Saint-Brieuc, ni rapporté les cas d'accidents et en particulier de paralysie consécutifs à la vaccination), vota donc l'obligation pour une question financière et non pour préserver la santé publique. Le groupe communiste précisa qu'il souhaitait que cette obligation ne devînt jamais synonyme de contrainte.

Or, il est évident que les réfractaires subissent les mêmes pressions et les mêmes excès pour cette vaccination que pour les autres : exclusions des écoles, des classes de neige, des terrains de sports, refus d'inscription à divers examens ou concours, etc. Ils sont pas-

sibles de lourdes amendes et de prison. Nous reviendrons plus loin sur le sort qui leur est fait.

Mais notre but n'est pas tant d'analyser le processus de la mise en place du système de contrainte que d'étudier le fonctionnement de son mécanisme.

b. L'étau vaccinal

De fait, on assiste depuis des années à un resserrement de l'étau vaccinal, inhérent à la logique de la théorie de l'immunisation collective.

Nous avons vu que les partisans de la vaccination antivariolique ont pensé — et affirmé — au début, qu'elle protégeait pour toute la vie. Or l'échec fut flagrant et les épidémies décimèrent les vaccinés. On a discuté sur les types de vaccins (et on continue d'ailleurs), mais les échecs persistant, la nécessité des rappels s'imposa. Les échecs persistant encore, même dans les populations les plus vaccinées, on adopta des mesures générales d'hygiène, tout en rendant la vaccination obligatoire... et l'on attribua le succès à cette dernière. Faire le contraire, c'eût été ruiner son prestige. Ainsi, les partisans des vaccinations, au cours d'une sorte de fuite en avant, ont été amenés à se servir de leurs échecs pour renforcer la propagande et les contraintes.

En dépit de leurs efforts, un grand mouvement de scepticisme n'a jamais cessé d'exister et de se développer parmi les assujettis. Le bon sens populaire, dans la mesure où il échappe au conditionnement, n'a jamais pu admettre qu'on recommande vivement de désinfecter les biberons et de veiller à l'hygiène du bébé, alors qu'on pousse à lui inoculer toutes sortes de bacilles, toxines ou virus cultivés sur des animaux rendus malades. Comment se bâtir une santé avec des produits toxiques capables de tuer ? Car si l'on accepte assez généralement la possibilité d'une protection (les « savants » ne l'affirment-ils pas ?), il n'est pas possible d'écarter les cas d'accidents que l'on constate en famille ou chez le voisin. La notion de danger s'impose donc et se maintient contre toute propagande. Les statistiques de vaccinations sont claires sur ce point : près de la

moitié des assujettis leur échappent actuellement, avec quelques variantes dans les pourcentages selon le vaccin.

Cette désaffection entraîne elle-même des réactions d'accentuation de la contrainte qui grandit de façon implacable.

Ainsi, en 1901, lors du vote de la loi rendant obligatoire la vaccination antivariolique, seule une amende légère avait été prévue à l'encontre des réfractaires. Le refus de vaccination a été en effet considéré jusqu'en 1973 (décret Poniatowski) comme un délit mineur, chacun restant légitimement maître de son propre corps. La loi de 1901 n'a donc rien prévu de spécial relativement à la fréquentation scolaire, le droit à l'instruction étant impératif et ne devant pas être subordonné à une option médicale.

Peu à peu, cependant, s'est installée l'habitude d'exiger la vaccination antivariolique lors de l'inscription à l'école. Cette exigence est illégale et serait sans doute déclarée telle en cas de recours devant le Conseil d'État. Une telle procédure durant plusieurs années, et l'enfant étant exclu de l'école pendant cette durée, aucun parent n'a jamais pu tenter l'aventure. Ainsi s'exerce cette contrainte illégale sur des générations de jeunes écoliers !

En 1938-1939 et en 1964, en revanche, lors du vote des lois d'obligation concernant les vaccinations antidiphtérique, antitétanique et antipolio le législateur n'a pas oublié de stipuler ce que l'administration avait imposé dans les faits ; il a assorti la contrainte pénale prévue pour n'importe quel délit, d'une contrainte-chantage à l'instruction, contrainte énorme, en contradiction avec le principe de l'obligation scolaire. On a vu par exemple des enfants exclus de l'école pour défaut de vaccination, et leurs parents privés ensuite de leurs allocations familiales pour non-fréquentation scolaire de leurs enfants.

En 1950, lorsque le BCG fut rendu obligatoire, l'étau s'est encore resserré. Non seulement tout enfant fréquentant une collectivité doit être vacciné, mais les certificats de contre-indication à ce vaccin (et à lui seul) peuvent être contestés. En cas de désaccord, le litige est tranché par le médecin phtisiologue... départemental agréé. Détail doublement important, car il porte entrave à la liberté

d'appréciation et de prescription du médecin traitant et de plus ouvre la voie à une situation d'infériorité de celui-ci vis-à-vis de son collègue fonctionnaire. Cette mesure constituait une progression importante dans la contrainte : elle visait à ôter aux milliers de médecins hostiles au vaccin, la possibilité d'exprimer leur opposition en en écartant leurs patients.

Précisons que la cuti-réaction (ou l'intra-dermo-réaction) à la tuberculine n'est pas obligatoire dans l'enseignement primaire ou secondaire, mais seulement dans le cadre de la vaccination par le BCG. Dans ce cas, la cuti de contrôle doit être effectuée un an, puis cinq ans après la vaccination. Aucune autre n'est exigible. L'enfant qui redevient négatif à l'un de ces deux contrôles doit être revacciné par le BCG, après quoi il est « considéré comme en règle avec la loi ». Il n'a donc plus à subir aucun test.

Mais quels sont les parents qui connaissent ces précisions ? Et quels sont les établissements primaires ou secondaires où l'on ne présente pas les cutis comme obligatoires ? En fait, c'est la visite médicale qui l'est, mais non pas la cuti.

En faculté, par contre, la cuti est réellement obligatoire, ainsi que le BCG, si elle s'avère négative.

De plus, les élèves pédicures et kinésithérapeutes doivent justifier d'une vaccination antivariolique datant de moins de trois ans et de vaccinations antidiphtérique, antitétanique et antipolio de moins de cinq ans.

Si les contre-indications aux différentes vaccinations sont laissées à l'appréciation du médecin traitant pour l'ensemble des étudiants, les vaccinations sont exigées sous peine d'éviction pour les catégories ci-dessus.

Sur le marché du travail, tout le personnel médical ou para-médical est soumis aux rappels antivariolique, tous les trois ans, antidiphtérique, tétanique et polio, tous les cinq ans.

Les personnels de l'alimentation sont soumis au BCG ou doivent présenter une cuti positive. Si malgré le BCG ils s'obstinent à de-

meurer négatifs, ils devront parfois chercher une autre profession[134]. Sans doute s'agit-il de mystères immunologiques puisque selon la théorie officielle, le sujet négatif est celui chez qui le bacille de Koch n'a pas encore pu sensibiliser le sujet à la tuberculine. Ces sujets négatifs sont donc logiquement moins dangereux pour le consommateur que les sujets positifs, qu'ils aient été contaminés naturellement ou par le BCG !

Si toutes les dispositions sus-citées découlent de textes légaux, ils n'en constituent pas moins des moyens de pression, absolument exorbitants, puisque le réfractaire ne tombe plus sous le coup de l'amende prévue par la loi, pour une simple contravention, mais qu'il voit tout son avenir compromis ou toute sa carrière brisée.

Cette réglementation, pourtant suffisamment contraignante, ne donna cependant pas encore satisfaction, les services de l'Éducation nationale répugnant à l'appliquer avec la rigueur souhaitée.

3. La contrainte administrative

(démission croissante des services de l'Éducation devant ceux de la Santé publique)

Jusqu'à une date assez récente, en effet, le respect de la liberté et de la personnalité des parents était de règle dans les écoles car les médecins scolaires dépendaient de l'Éducation nationale. Ils savaient rester dans le rôle que leur assigne la loi : surveiller les enfants et les diriger éventuellement vers le médecin de famille. Or, en 1964, les services de Santé scolaire et universitaire (SSSU) sont passés sous la coupe du ministère de la Santé. Pourquoi ? Essentiellement parce que les médecins du SSSU n'étaient pas assez chauds partisans des vaccinations et répugnaient à assurer leur mission comme des « flics » de la Santé.

C'est ce qui ressort d'un rapport confidentiel présenté en 1959 par M. Léger, inspecteur des Finances, au Comité d'enquête sur le

---

[134] Bien qu'aucun texte ne prévoie réellement cette sanction, mais à cause des pressions exercées par les médecins du travail ou l'employeur craignant de voir sa responsabilité engagée en cas de contamination.

coût et le rendement des services publics.

« La vaccination par le BCG est la partie la plus rentable, la moins coûteuse, de la lutte antituberculeuse...

L'échec de la vaccination antituberculeuse obligatoire s'explique par les préventions du public, entretenues par la Ligue contre la vaccination et contre lesquelles beaucoup de médecins de famille, eux-mêmes plus ou moins réticents, faute d'une information suffisante, n'ont pas cherché à lutter... ; enfin par les réticences du SSSU.

... Les vaccinations pratiquées par les médecins de famille sont très rares. »

Si je comprends bien, cet inspecteur des Finances est sans doute mieux informé que les médecins de famille qui, soit dit en passant, sont du même bord que la Ligue. Ce sont ses connaissances personnelles du BCG, en particulier en ce qui concerne l'efficacité absolue de ce dernier (les sujets vaccinés ne relèvent plus du dépistage !), qui allaient entraîner une série de propositions capitales :

- institution de la déclaration obligatoire de la tuberculose pour obliger les caisses de Sécurité sociale à signaler les nouveaux cas aux dispensaires. Les caisses se refusaient en effet à les signaler, « arguant du secret médical qui, respecté pour les non-salariés, ne le serait plus pour les assurés sociaux » ;

- suppression du SSSU, son personnel étant rattaché au ministère de la Santé publique, chargé de la responsabilité de toutes les vaccinations, notamment du BCG et devant assurer une action de propagande auprès des parents et des maîtres ;

- interdiction systématique de la fréquentation d'un établissement scolaire par tout enfant non vacciné.

a. Éviction scolaire des enfants non vaccinés

Les deux premières mesures étant réalisées, la troisième, excluant des écoles même les enfants présentant des certificats médicaux de contre-indication, est la dernière étape qui reste à franchir dans la voie de la dictature médico-vaccinaliste. Elle ne frapperait pas seulement les enfants dans leurs droits essentiels re-

connus par la constitution, mais les parents et les médecins dans leurs libertés les plus fondamentales.

« L'éviction scolaire d'enfants non vaccinés, poursuit le rapport Léger, qui n'est aucunement contradictoire avec l'obligation scolaire (sic !), a été admise par un arrêt du Conseil d'État, mais cet arrêt serait plus convaincant si l'éviction scolaire des enfants non vaccinés était clairement édictée par les ordonnances actuellement à l'étude (il eût été plus efficace si le SSSU ne s'était pas opposé, dans une circulaire de 1959, à la circulaire du ministre de la Santé concernant les sanctions administratives et pénales applicables aux réfractaires aux vaccinations obligatoires). »

Dès le 21 mai 1960, les 5 enfants Véron étaient exclus de l'école dans ces conditions : ils présentaient des certificats de contre-indication et n'étaient donc pas vaccinés. Le procès qui s'ensuivit fut le coup d'arrêt grâce auquel l'ordonnance dort encore dans les dossiers du ministère. Par sa victoire devant le tribunal de Lille, on peut dire que la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations a rendu à la cause de la liberté individuelle et médicale des Français un éclatant service que tout le monde ignore. Mais si le dossier dort, son esprit est bien vivant, et comme nous allons le montrer de façon trop succincte à la fin de ce chapitre[135], c'est dans les faits, dans les écoles mêmes que les vaccinalistes tentent d'installer l'éviction scolaire des enfants non vaccinés. Les Français, les médecins, la presse se rendront-ils compte de l'énormité de cet enjeu qui, de loin ou de près, concerne chacun de nous ?

b. Suppression du SSSU et décisions administratives illégales

La suppression du SSSU, en revanche, fut une entreprise réussie, le ministre de la Santé rejetant sur les médecins des services universitaires l'échec de la généralisation de la vaccination par le BCG.

On leur reprochait par exemple le maigre pourcentage des enfants vaccinés (moins de 10 % des assujettis au BCG dans la région parisienne !).

---

[135] Cf. pour plus de détails : *Les Nouveaux Parias,* op. cit.

Le SSSU passant aux mains de la Santé publique, il fallut faire du zèle, et les médecins nouveau venus, en majorité des contractuels, se montrèrent mieux acquis au BCG. Alors se multiplièrent les pressions et les abus, car si, auparavant, les vaccinations se faisaient le plus souvent dans les mairies donc sous contrôle des parents, la généralisation des séances dans les écoles où les enfants leur sont livrés, donnait aux vaccinateurs une formidable puissance. La plupart des exemples que nous allons citer ne s'expliquent pas autrement.

Actuellement on peut dire que, sauf exceptions rarissimes, les responsables de l'Éducation nationale, depuis les inspecteurs d'Académie jusqu'aux directeurs d'école et aux instituteurs, se sentent plus ou moins tenus de déférer aux désirs exprimés par les médecins de l'Action sanitaire et sociale, et quelquefois à leurs ordres. En particulier ils sont en passe de perdre complètement la notion de la responsabilité du chef d'établissement devant les parents qui leur confient leurs enfants.

L'exemple suivant, choisi parmi bien d'autres, est éloquent à ce sujet.

Le 1er juin 1970, sur demande de la doctoresse chargée de la surveillance médicale de l'école d'Authon (Loir-et-Cher), la directrice exclut le jeune Denis L. G. de son établissement, sans produire une décision écrite quelconque invoquant quelque base légale.

> *Je soussigné, L. T., directrice de l'école privée d'Authon 41, confirme avoir évincé de mon établissement le 1er juin l'élève Denis L. G.*
>
> *J'obéissais à un ordre écrit émanant du docteur des services sanitaires scolaires de Blois...*
>
> *Cet ordre d'éviction m'a été notifié par M. l'inspecteur départemental de l'Éducation nationale chargé de la circonscription.*
>
> *À Orléans, le 7 septembre 1970.*

Effectivement la lettre du 21 mai était absolument impérative, résolument rédigée sur le ton d'un supérieur hiérarchique :

> *Si la famille ne vous a pas fait parvenir le 1er juin 1970, au plus tard, le résultat radio demandé, l'enfant devra être évincé de l'école, ce dont vous voudrez bien m'aviser aussitôt.*
>
> *Le médecin-inspecteur du service de Santé scolaire,*
> *Dr Arnaud.*

Pourquoi cette exclusion ? Parce que la famille présentait pour l'enfant un certificat de contre-indication aux vaccinations et refusait par conséquent que Denis subisse la cuti-réaction (qui n'est nullement obligatoire à l'école primaire). Ils refusaient aussi qu'il subisse l'examen radioscopique, qui ne l'est pas plus et qui est dangereux.

Dans un but de conciliation, les parents avaient fourni, quelques jours auparavant, un certificat médical attestant que Denis n'était atteint d'aucune maladie contagieuse. Mais le Dr Arnaud refusa de le prendre en considération. Ce qu'elle voulait, c'était la vaccination et non pas l'assurance que l'enfant ne présentait aucun danger pour ses camarades.

Les parents, stupéfaits de l'audace de la doctoresse, protestent auprès de l'inspecteur d'Académie, le médecin scolaire n'étant pas habilité à prendre une telle décision. Aucune réponse. Mais, quelques jours plus tard, ils reçoivent de la direction de la Santé (donc des supérieurs de la doctoresse) une lettre les menaçant de les traduire devant le juge des enfants.

Interventions conjointes de la Ligue et de l'APRI[136] auprès de l'inspecteur d'Académie, du directeur départemental de la Santé, des ministres de la Santé et de l'Éducation nationale, des parlementaires. Tout l'édifice reste solidaire, le préfet couvrant

---

[136] Association pour la protection contre les rayonnements ionisants (Crisenoy. 12, rue des Noyers, 77390-Verneuil-l'Étang).

l'inspecteur d'Académie, les ministres déclarant, de concert avec certains parlementaires (après justification de l'inspecteur d'Académie), que cette décision a été prise dans un « souci de protection » des autres enfants.

Cette notion « de protection » est fort subjective et peut prêter à discussion, mais ce qui est stupéfiant et très symptomatique du climat actuel dans ce domaine, c'est l'idée que se font ces hauts personnages de l'usage de la force de l'administration.

La fréquentation scolaire repose sur une loi organique. Un enfant ne peut pas être exclu de l'école parce que l'opinion de ses parents n'a pas l'heur de plaire à tel ou tel fonctionnaire. Denis est en bonne santé, il présente un certificat de contre-indication aux vaccinations et un certificat médical de non-contagiosité. Aucune autorité n'a le droit de l'exclure de l'école. Il ne s'agit pas même d'évoquer après coup « l'intérêt » des autres élèves, il s'agit seulement de constater qu'aucune loi n'oblige à subir ce que l'administration se pique d'imposer. Si celle-ci forge sa propre loi, elle se met dans l'illégalité, mais il est vrai qu'elle a pour elle la force !

Plainte a donc été portée devant le tribunal administratif, ainsi qu'une demande de sursis à exécution, afin que Denis puisse faire sa rentrée normalement. Cette demande a été rejetée par l'inspecteur d'Académie. Le jour de la rentrée, l'enfant s'est donc présenté à l'école accompagné d'un huissier, lequel a pu, de la sorte, enregistrer le refus de la directrice.

Le tribunal administratif n'a pas jugé sur le fond. Après plusieurs mois d'exclusion, l'enfant a été présenté dans une autre école et l'inspecteur d'Académie a fermé les yeux.

Autre exemple d'empiétement des services de la Santé. Un médecin scolaire d'Aix-en-Provence ne tient pas compte du certificat de contre-indication antivariolique. Il exerce ses pressions aussi bien sur les élèves que sur les directeurs et directrices d'école.

Protestation de notre part : nous fournissons références légales et copie de deux jugements faisant jurisprudence.

Le médecin-inspecteur principal de la Santé de la direction de l'Action sanitaire et sociale des Bouches-du-Rhône nous répond ceci

le 16 juillet 1971 :

> *L'inscription à l'école est subordonnée à la présentation de certificats de vaccinations légales. En cas de certificat de contre-indication par le médecin traitant, celui-ci doit être visé par le service de vaccination qui en fixe la durée de validité* (sic !).
>
> *Si M. se conforme à ces impératifs il est vraisemblable que le médecin scolaire acceptera les décisions du Centre de vaccination.*

Il est difficile d'accumuler en si peu de mots plus d'énormités que le fait ce haut fonctionnaire... préalablement détrompé par des preuves indiscutables. Le malheur est qu'avec cette incompétence étonnante, il jouisse d'une autorité quasi toute-puissante auprès des malheureux qui dépendent de lui !

Les deux jugements cités ci-dessus devraient pourtant inciter les inspecteurs d'Académie à mieux respecter la loi. Voici les faits pour l'un d'eux.

Le 11 mai 1970, l'inspecteur d'Académie du Morbihan diffusait aux chefs d'établissement de son ressort la circulaire suivante (vaccinations, écoles maternelles et classes enfantines) :

> *Je rappelle aux directrices d'écoles maternelles, aux chefs d'établissements scolaires qui ont des sections enfantines, qu'en application des instructions contenues :*
>
> *— dans l'article 18 du décret du 20 août 1951 ;*
>
> *—dans le CHS/400 du 10 octobre 1951 aux recteurs et inspecteurs d'Académie: vaccinations obligatoires (BOEN. n° 39, 8 novembre 1951), l'admission dans les collectivités d'enfants est subordonnée à la présentation de certificats de vaccinations.*
>
> *La fréquentation scolaire n'étant pas obligatoire pour les enfants de moins de 6 ans, aucune contre-indication ne peut être retenue comme excuse valable à la non-application des obligations vaccinales.*
>
> *En conséquence, nul enfant de moins de 6 ans ne pourra*

être admis en collectivité d'enfants s'il n'a reçu les vaccinations antivariolique, antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique (DTP), BCG.

À la suite de cette circulaire, plusieurs enfants furent menacés d'exclusion. Je montrai alors à l'inspecteur d'Académie qu'il donnait à la loi une interprétation erronée.

Pour fréquenter tout établissement scolaire ou sanitaire, elle prévoit en effet la possibilité de présenter un certificat médical de contre-indication *au lieu* du certificat de vaccination. Cette disposition a été confirmée par un jugement au tribunal administratif de Grenoble condamnant l'inspecteur d'Académie des Hautes-Alpes pour refus d'admission en classe maternelle d'un enfant présentant un tel certificat.

L'inspecteur d'Académie du Morbihan n'a pas cru devoir m'honorer d'une réponse.

Devant cette évidente mauvaise volonté, et à cause des tracasseries dont furent victimes certains parents, nous avons déposé au tribunal administratif un recours en annulation de la circulaire entachée d'illégalité.

L'inspecteur d'Académie n'a pas pu faire autrement que de se pencher enfin sur les textes et les preuves que nous lui avions fournis : il ne broncha pas !

Le 13 janvier 1971 notre délégué départemental lui fit parvenir une pétition des parents indignés.

Pour toute réponse, le 21 janvier, l'inspecteur diffusa dans les écoles une circulaire confirmant que les enfants devaient être vaccinés, une liste nominative devant lui parvenir avant quinze jours pour qu'il « puisse prendre les dispositions prévues par la réglementation ».

Ainsi donc en dépit de l'évidence, ce haut fonctionnaire persistait à ignorer la loi, à imposer *sa* loi, se mettant délibérément du côté de l'illégalité.

Il fallut que la décision du tribunal intervienne pour faire cesser

l'abus :

« Jugement prononcé le 30 juin 1971.

VU la requête présentée par le président de l'Association " Ligue nationale pour la liberté des vaccinations " tendant à ce qu'il plaise au tribunal annuler une circulaire de l'inspecteur d'Académie du Morbihan en date du 11 mai 1970 réglementant les vaccinations dans les écoles maternelles et les classes enfantines,

DÉCIDE :

article premier : la circulaire susvisée de l'inspecteur d'Académie de Vannes en date du 11 mai 1970 est annulée en tant qu'elle subordonne à la présentation de certificats de vaccinations l'admission dans les écoles maternelles et les classes enfantines. »

Qu'en est-il d'un État dans lequel les citoyens doivent se liguer contre l'administration pour faire respecter la loi ?

Faute de pouvoir barrer systématiquement l'accès des écoles maternelles aux enfants non vaccinés en règle avec la législation, la pression s'étend maintenant aux classes de neige et colonies de vacances. Plusieurs affaires en témoignent.

Ainsi, en juin 1975, le médecin directeur du bureau d'hygiène de Villeurbanne s'opposa au départ du petit Philippe Rouchier, alors que celui-ci était en règle puisqu'il présentait un certificat de contre-indication à toutes les vaccinations.

En dépit des interventions de la Ligue et d'une manifestation de parents, l'enfant fut privé de séjour en classe verte.

De même le Dr B. de la direction de la Santé des Yvelines a refusé d'accepter le départ en classe de neige de Bernadette Vézant de l'Étang-la-Ville, alors qu'elle présentait un certificat de contre-indication en règle. Nombreuses communications téléphoniques avec l'Académie pour fournir tous les textes en vigueur démontrant le caractère illégal de cette décision : en vain. L'inspecteur d'Académie soutient que le problème étant d'ordre médical, il n'a pas qualité pour intervenir dans ce domaine. J'en appelle alors au

ministre de l'Éducation. Sa réponse du 6 janvier 1976 signée du docteur J. Thomazi, son conseiller médical, est significative de la confusion qui règne actuellement dans la répartition des responsabilités et dans l'interprétation des textes :

> *J'ai l'honneur de vous rappeler que les classes de neige ne constituent en aucun cas une obligation et que, organisées généralement par les collectivités locales, elles relèvent de réglementations édictées par le ministère de la Santé et notamment du Code de la Santé publique.*
>
> *L'obligation vaccinale fait effectivement partie des conditions imposées aux enfants appelés à participer à des séjours collectifs: colonies de vacances, classes de neige, etc. On ne peut donc qu'approuver l'inspecteur d'Académie de s'en remettre à cet égard à l'avis de l'autorité compétente, en l'occurrence du médecin départemental de la Santé.*
>
> *Il est bien évident par ailleurs qu'un certificat médical de contre-indication ne peut en aucun cas tenir lieu de vaccination. Les vraies contre-indications médicales existent mais sont tout à fait exceptionnelles...*
>
> *Il s'agit là d'une question médicale qui échappe à la compétence du ministère de l'Éducation.*

Une fois de plus, il fallut, paradoxalement, que ce soit le représentant des victimes de l'administration abusive qui rappelle à celle-ci le contenu de la législation :

> *Vous avancez qu'il s'agit là d'une question médicale échappant à la compétence de votre ministère. Je pense, quant à moi, et je m'appuie à cet égard sur les textes législatifs, qu'il s'agit d'une question juridique.*
>
> *La loi précise (décret du 28 février 1952) que tout enfant doit avoir satisfait à toutes les obligations vaccinales ou en avoir été dispensé par contre-indication médicale, ce qui revient à dire que l'enfant présentant un tel certificat doit pouvoir jouir des mêmes prérogatives que l'enfant vacciné.*

Les considérations qui tendent à se faire jour actuellement limitant les contre-indications médicales et les prétendant tout à fait exceptionnelles sont dénuées de tout fondement légal et ne sauraient, en conséquence, intervenir dans le règlement d'un contentieux juridique.

Le fait que la fréquentation d'une collectivité d'enfants soit subordonnée à une réglementation édictée par le ministère de la Santé n'exclut pas la responsabilité de votre ministère en ce qui concerne la fréquentation des classes de neige. Celles-ci, en effet, sont des classes qui continuent de fonctionner normalement dans le cadre de l'éducation et avec son personnel, mais dans un lieu géographique différent.

La considération selon laquelle « les classes de neige ne constituent en aucun cas une obligation » ne saurait avoir aucune incidence à mon avis sur la question posée.

La fréquentation d'un établissement scolaire n'est en effet jamais obligatoire, mais seulement l'instruction. Bien plus encore, la fréquentation d'une classe maternelle, qui elle non plus n'est pas obligatoire, ne peut être subordonnée à la vaccination, dès lors qu'un certificat de contre-indication a été fourni (cf. jugement joint du tribunal administratif de Rennes condamnant l'inspecteur d'Académie du Morbihan à ce sujet).

La loi a donc prévu d'une façon tout à fait précise les modalités de participation d'un enfant à une collectivité quelconque: il n'appartient à aucun fonctionnaire et en particulier à aucun médecin départemental de la Santé, de légiférer de son propre chef, le pouvoir législatif échappant à sa compétence et son rôle devant se limiter à l'application de la loi.

Nous ne pouvons donc que confirmer notre précédente lettre et vous demander de bien vouloir intervenir auprès de vos services afin de les rappeler à une plus exacte observation de la légalité.

Cette fois nous avons été entendus, les parents n'ont plus été inquiétés pour l'ensemble des vaccinations contre-indiquées... mais

entre-temps ils avaient cédé et fait vacciner leur fille contre le tétanos pour qu'elle parte en classe de neige.

Le 23 février 1976, Gérard Bonnet-Vernier a été exclu de l'école maternelle de la rue Desantal (Marseille, 9e) en dépit de son certificat médical de contre-indication, le Dr S. de la direction départementale de l'Action sanitaire et sociale (DASS) considérant que ce certificat n'était pas valable *(sic !).*

Sur injonction du Dr J. de la direction départementale de l'Action sanitaire et sociale des Vosges, le directeur de l'école de Saint-Paul a également exclu Laurence Grandidier (7 janvier 1976). Un certificat du 9 septembre 1974 de contre-indication du Dr C. avait déjà été fourni[137]. Le 13 janvier 1976, un certificat de non-contagiosité fut mal accueilli par le médecin inspecteur du service de Santé scolaire qui le refusa en précisant : « Ce certificat n'a *aucune valeur ;* c'est un certificat de *contre-indication à la vaccination BCG* qui est obligatoire pour entrer à l'école. » Le 3 février 1976 : nouveau certificat de contre-indication du Dr K. L'enfant ne sera cependant réintégré qu'après intervention de la Ligue auprès de l'inspecteur d'Académie.

C'est le Dr N. R. de l'Association interprofessionnelle de vacances (Paris) qui avance que « la vaccination DT polio n'est plus valable sans rappel tous les cinq ans » ! Faute de quoi les enfants ne peuvent pas partir en vacances...

C'est le directeur d'un collège d'enseignement technique qui refuse d'admettre un élève qui n'a pas subi les rappels antitétanique et antipoliomyélitique. L'inspecteur d'Académie de Seine-Maritime lui donne raison et conteste la validité des certificats médicaux datant de plus d'un an ! Le jeune Harold Defrance est donc dirigé vers une classe de 4e pratique où il perd son année. Le père cède enfin au chantage et pratique le rappel antitétanique (non légalement obligatoire). Le responsable sanitaire du CET refuse à nouveau l'admis-

---

[137] Ce certificat était considéré comme nul parce que trop ancien. En réalité, le certificat de contre-indication n'a jamais à être renouvelé, sauf s'il en précise la durée. C'est de façon entièrement illégale que certains médecins scolaires en exigent le renouvellement tous les ans par exemple.

sion bien qu'il reste des places libres : il exige que tous les rappels soient pratiqués. L'inspecteur d'Académie soutient entièrement la position illégale de son subordonné.

C'est, pour me limiter à ces quelques exemples, le médecin-chef de la DASS de la Seine Saint-Denis qui menace d'exclure de l'école maternelle les deux enfants Herman, à moins qu'ils ne présentent un *nouveau* certificat de contre-indication. L'inspecteur d'Académie confirme qu'après consultation du médecin chef, il « ne lui est pas possible d'intervenir. Il n'existe pas, en effet, de contre-indication définitive à une vaccination. Un certificat médical doit donc, toujours, être récent ». Une nouvelle lettre apportant toutes les références nécessaires reste sans réponse, mais les enfants n'ont pas été exclus.

Ainsi, nous voyons constamment les administrations imposer l'arbitraire en exigeant des conditions n'ayant aucun fondement légal ; attitude contribuant largement au maintien et au développement des contraintes vaccinales.

On peut se demander jusqu'à quels excès se porteraient les autorités dont la mission est d'appliquer la loi, si la Ligue pour la liberté des vaccinations n'existait pas... ! Et l'on ne peut que s'étonner d'une telle situation.

c. Le comble dans l'excès

Certains fonctionnaires de la Santé, plus respectueux des lois et des droits du citoyen, hésitent à recourir aux solutions de force, et à vacciner les enfants en dépit des certificats médicaux ou malgré l'opposition des parents.

Mais il leur est insupportable de savoir que, si les parents payent l'amende prévue par le législateur à l'encontre des réfractaires, leurs enfants n'en demeurent pas moins non vaccinés. Ils ont donc cherché le moyen de contraindre les parents tout en s'abritant derrière la loi. Ce moyen, ils l'ont trouvé : c'est le plus odieux qui soit. Il s'agit d'appliquer l'ordonnance de décembre 1958 relative à la protection des mineurs en danger et pouvant priver les parents « de l'exercice de la garde de l'enfant ». Cette nouvelle méthode de pres-

sion mérite une place à part dans l'exposé des moyens de contrainte utilisés par les partisans trop zélés des vaccinations.

J'ai conscience de risquer de déclencher ici le haussement d'épaules du lecteur incrédule, mais les faits sont là, aussi incroyables qu'ils paraissent. Les enquêtes lancées par le juge des enfants de Beauvais en témoignent.

La position officielle a été précisée par la *Santé de l'homme*[138], revue du ministère de la Santé, dans un article de M. R. Savatier, professeur de droit à Poitiers.

Après avoir rappelé que l'homme possède le droit irréductible d'exiger d'autrui le respect de l'intégrité de son corps, ne serait-ce que pour le protéger de la piqûre d'une aiguille, le Pr Savatier fait remarquer que l'obligation des vaccinations n'est que de principe, « toute réserve étant faite des moyens par lesquels on pourra y obliger ». Le contrevenant peut donc être poursuivi en justice, mais « les attributs de la personne seront physiquement respectés ».

Cependant, ajoute-t-il, une distinction s'impose entre l'adulte et l'enfant, car ce sont les parents qui prennent les décisions concernant la personne de ce dernier. Et l'usage qu'ils font de la puissance paternelle peut être contrôlé, en particulier depuis l'ordonnance du 23 décembre 1958. En effet, le juge des enfants a maintenant le droit d'imposer « des mesures d'assistance éducative » quand « la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation du mineur sont compromises ».

« Lorsque des parents refusent la vaccination prescrite par la loi pour leur enfant, peuvent-ils la voir ordonnée, malgré eux, par le juge des enfants, à titre d'assistance éducative[139] ?, demande le Pr

---

[138] Juillet-août 1965.

[139] En principe, ce sont les services de la Santé qui saisissent le juge des enfants, mais le parent « qui n'exerce pas la puissance paternelle » peut le faire également. Les juges adoptent généralement une attitude de même nature lors des procédures de divorce, en attribuant systématiquement les torts au conjoint qui refuse de faire vacciner ses enfants, et en confiant ceux-ci à l'autre. Le non-conformisme en matière de vaccination est même parfois devenu un motif légitime de divorce !

Savatier. Nous le pensons... il nous semble, en effet, que “ la santé ” de l’enfant, à qui la loi impose pour sa “ sécurité ”, une vaccination, est ” compromise ” par le refus que les parents feraient de la pratiquer... Au pire le juge des enfants peut aller jusqu’à enlever à un père ou à une mère, l’exercice temporaire de la garde de l’enfant. Mais, normalement, une mesure de vaccination pourra être ordonnée sans les priver de cette garde. »

Ce qui veut dire en bref que les enfants des « *Nouveaux Parias* » peuvent leur être arrachés par la police, qu’ils peuvent être vaccinés de force et contre le gré des parents à qui ils doivent en général être rendus ensuite ! Il suffit théoriquement, affirme donc ce juriste, que les autorités estiment que la santé ou la sécurité des enfants est compromise.

Des faits

Résumons ci-dessous les faits dans l'affaire de Beauvais[140] :

—1. M. R., de Villers-sur-Coudin (Oise), reçoit en février la visite des gendarmes qui lui posent les questions les plus indiscrètes, parce que ses 3 enfants ne sont pas vaccinés.

Le 28 mars, il reçoit une convocation du Dr Gérard, de Compiègne, chargé par le juge du tribunal des enfants de Beauvais d’examiner les 3 enfants. C’est seulement au cours de cette visite médicale que M. R. apprend avec stupeur que le juge a ouvert une enquête parce que ses enfants ne sont pas vaccinés. Le médecin déclare que ceux-ci sont en bonne santé.

Le 4 avril, le tribunal de police de Compiègne convoque le père pour le 16 mai « pour défaut de vaccinations antivarioliques de ses 3 enfants » : il est condamné à payer 10 F pour deux d’entre eux, aucune contravention n’étant retenue au sujet de celui qui présentait le certificat.

Mais l’intervention du juge des enfants n’a rien à voir avec celle du tribunal de police. Le seul point commun est qu’elles ont été

---

[140] Cf. *Santé, Liberté et Vaccinations,* n° 16, juillet-août 1969.

l'une et l'autre déclenchées sur plainte émanant, selon toute vraisemblance, de la direction départementale de la Santé.

— 2. M. G. à Antheuil-Porte (Oise) a 2 enfants :

Paul a reçu le vaccin antivariolique et présente un certificat de contre-indication pour les autres vaccinations ; Madeleine n'a reçu aucune vaccination.

En janvier 1969, M. G. reçoit la visite des gendarmes. Le 31 mars 1969 il paye une amende de composition de 10 F pour sa fille.

Mais entre-temps, et c'est ici que les choses deviennent graves, les gendarmes étaient revenus, sur la requête du juge des enfants de Beauvais, pour vérification de la validité du certificat de contre-indication !

Puis, M. G. reçut, par l'intermédiaire de la mairie, une notification du juge des enfants. Paul et Madeleine étaient l'objet d'une ouverture de procédure d'assistance éducative à l'égard des mineurs.

Enfin, chose plus grave encore, car c'est un pas de plus dans l'escalade, le juge prit une ordonnance, non plus seulement pour faire examiner la santé des enfants, mais *pour déterminer si leur état permettait de les vacciner.* C'est ce qui ressort de la convocation adressée aux parents le 28 avril, par le Pr R. Mallet « désigné par le juge des enfants pour examiner Paul et Madeleine et dire si leur état permet de les vacciner ».

La lettre envoyée au juge des enfants de Beauvais témoigne de mon indignation et la justifie. En voici le début.

3 mai 1969

Monsieur le Juge des enfants
Tribunal de Beauvais

Monsieur le Juge,

Vous avez ordonné une enquête afin de déterminer si les enfants G. et R. pouvaient être considérés comme « en danger » du fait qu'ils ne sont pas vaccinés, et cela dans le cadre de la protection des mineurs prévue par l'ordonnance de dé-

cembre 1958.

Celle-ci fut prise dans le but de protéger les enfants en danger physique ou moral, de poursuivre les parents tortionnaires ou indignes et de sanctionner les mauvais traitements, les défauts de soin, abandons d'enfants, détournements de mineurs, attentats aux mœurs, etc.

Nous désirons vous dire combien nous sommes stupéfaits et outrés que cette ordonnance puisse être invoquée dans le cas de refus de vaccination (et nous ne parlons pas du cas du jeune G. qui présente un certificat médical de contre- indication le mettant en règle avec la loi).

Avant de vous expliquer cette réaction, dois-je vous rappeler que l'infraction aux obligations vaccinales constitue le délit le plus mineur qui soit, puisque le tribunal de police le sanctionne par l'amende la plus minime du droit français ? Comment, dans ces conditions, est-il possible de l'assimiler aux comportements scandaleux rappelés ci-dessus ?

Les parents qui refusent de faire vacciner leurs enfants ne peuvent en aucun cas être taxés de négligence. Bien au contraire, bien souvent il n'en est pas de plus attentifs ni de plus dévoués. La meilleure preuve est qu'ils n'hésitent pas à risquer et à affronter des poursuites ; ils ont pour cela de bonnes raisons.

D'abord, ils ont connaissance des dangers que présentent les vaccinations (encéphalites : quelques centaines par an sans doute, d'après les statistiques étrangères ; troubles rénaux, hépatiques, de la vue, du système nerveux, psychiques ; retards scolaires ; affaiblissement de la vitalité ; prédisposition au cancer, à la leucémie, à la tuberculose, etc.).

La littérature médicale est suffisamment explicite à ce sujet pour que ces parents réfléchissent sérieusement à la notion de danger. À leurs yeux, c'est la vaccination qui met leurs enfants en danger et non le contraire.

Ces parents, d'autre part, savent que la France est le seul pays d'Europe occidentale qui connaît tant d'obligations.

Certains n'en ont qu'une seule, d'autres jouissent de la liberté totale ou d'une clause de conscience. Constatant que leur niveau de santé est généralement plus élevé que le nôtre, les anti-vaccinalistes en concluent que leur refus des vaccinations n'entraîne aucun préjudice pour la collectivité ni pour les enfants, bien au contraire peut- être.

Sont-ils condamnables ou critiquables pour autant ?...

En fin de compte, le juge a refermé ses dossiers.

Est-ce l'attitude ferme et résolue des parents, est-ce à cause de nos multiples interventions, est-ce parce qu'on savait qu'une foule de ligueurs et d'amis s'étaient engagés à manifester à Beauvais si une ordonnance était prise, afin de briser le mur du silence dont la presse et la radio entourent ce genre d'excès ?

Sans doute notre action a-t-elle pesé sur la décision du juge. Mais surtout, ne l'oublions pas, le fait que tous les enfants étaient en parfaite santé. Car on n'a pas osé aller jusqu'à invoquer la deuxième clause justifiant la décision d'assistance à mineur en danger : sa sécurité. Un jour peut-être on affirmera que la contrainte est légitime pour assurer celle-ci.

Mais que se serait-il produit si les enfants — comme d'ailleurs il arrive couramment chez des vaccinés — avaient été malingres ou souffreteux ? L'action commencée aurait débouché sans doute sur sa conclusion logique : la vaccination par la force, dans un centre de l'Action sanitaire et sociale, des enfants ôtés par les gendarmes à leurs parents désespérés mais impuissants.

Les incrédules penseront que je dramatise et qu'il ne s'agissait que de simples manœuvres d'intimidation. Si cela était, elles seraient déjà fort déplacées. Mais l'idée d'une tentative de ce genre ne pourrait pas venir du juge. Dès lors, ce dernier se serait-il prêté à une telle comédie, si c'en était une ? Aurait-on dérangé un professeur de médecine pour lui demander une expertise d'intimidation ? Je suis persuadé au contraire que l'affaire était sérieuse, qu'il y allait de la notion même de la liberté des parents et de leur droit à soigner leurs enfants selon leurs convictions, et que sans notre inter-

vention, de telles procédures seraient maintenant entrées dans les mœurs des responsables de la Santé.

D'ailleurs, nous venons d'apprendre qu'un tel cas s'est produit dans l'Oise en juillet dernier : les gendarmes ont enlevé trois enfants pour les conduire en milieu hospitalier afin de les faire vacciner. On a même pratiqué des vaccinations non obligatoires. On peut donc présumer que des interventions de ce genre se produisent auprès de parents qui ne connaissent pas la Ligue pour la liberté des vaccinations, ou qui sont trop écrasés par la société pour se défendre.

Je suis, de plus, convaincu que les échecs successifs des tentatives répétées de l'administration relevant de la Santé publique, sont en rapport direct avec la promulgation du décret ministériel rendant les réfractaires aux vaccinations passibles de lourdes amendes et d'emprisonnement (21 mai 1973). Sans doute pensait-on briser par là une résistance que rien n'avait pu réduire.

Mais une fois encore, la Ligue pour la liberté des vaccinations sut contenir l'assaut. Elle déclencha une campagne de protestations auprès des parlementaires et du ministre de la Santé.

Notre but était de rappeler que le refus conscient et délibéré des vaccinations, au mépris de toutes les pressions et contraintes, est l'expression de convictions profondes issues de la connaissance des dangers qu'elles comportent et des accidents qu'elles entraînent. Aux yeux de ceux qui la refusent, la vaccination est une pollution. S'en protéger est un droit ; en protéger ses enfants, un devoir. Priver le citoyen de les exercer, c'est le priver de sa liberté d'opinion et de sa liberté individuelle. Car celles-ci ne s'opposent pas à l'intérêt collectif puisque la France est le seul pays d'Europe occidentale à imposer cinq vaccinations obligatoires : elle devrait être la première nation sur le plan sanitaire ; elle en est fort loin.

Et si près de 50 % des Français échappent aux vaccinations obligatoires, cela ne démontre pas que la Santé publique est menacée, mais que la loi est mauvaise et que l'expérience l'a rendue impopulaire.

Près de 50 parlementaires nous assurèrent de leur soutien effec-

tif, des dizaines d'autres de leur sympathie et plusieurs posèrent au ministre des questions écrites :

« M. Besson[141] attire l'attention de Monsieur le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale sur l'émotion soulevée par son projet de décret qui assimilerait les refus de vaccination à des délits tels qu'abandons de cadavres d'animaux, souillure des puits, etc. au regard des mesures envisagées pour aggraver les sanctions pour infraction aux règlements sanitaires. Il lui demande si, sans imiter les USA et le Canada, qui viennent d'abolir la vaccination antivariolique systématique ou l'Angleterre, qui laisse une totale liberté, la France ne pourrait pas désormais admettre, comme les Pays-Bas, une clause de conscience pour ceux qui expriment une profonde détermination ou pour le moins ne plus assimiler le refus des vaccinations aux autres infractions aux règlements sanitaires. »

« M. Charles Bignon[142] aimerait connaître les intentions du gouvernement en ce qui concerne la révision éventuelle de la loi de 1902 et notamment si le gouvernement est toujours convaincu de la nécessité de la vaccination obligatoire. »

M. Bonhomme[143] expose que l'attitude négative des réfractaires « repose sur des préoccupations qui sont en elles-mêmes respectables et ne peut être assimilée de ce fait, à une pure et simple délinquance », et les sanctions lui paraissent « disproportionnées par rapport à la gravité réelle des infractions visées ».

M. Durieux[144] attire l'attention du ministre « sur le fait que dans de nombreux pays — les États-Unis d'Amérique du Nord, la Grande-Bretagne et le Canada en particulier — l'obligation vaccinale a été supprimée », et lui demande s'il n'estime pas qu'avant d'introduire dans notre législation des obligations si rigoureuses, il serait indispensable que des études approfondies soient entreprises sur cette question, notamment en liaison avec toutes les associations françaises intéressées, ainsi qu'avec les services officiels

---

[141] *JO* du 7 juillet 1973.
[142] *JO* du 22 août 1973.
[143] *JO* du 20 juin 1973.
[144] *JO* du 23 juin 1973.

de santé des États ci-dessus indiqués[145].

M. Goulet « lui demande si les mesures coercitives envisagées ne vont pas ouvrir la voie à des décisions arbitraires ».

M. Marcel Lambert[146] « croit devoir appeler son attention sur le caractère excessif de telles sanctions alors même que l'opportunité de certaines vaccinations peut être mise en doute, ainsi qu'en témoigne la législation beaucoup plus libérale en la matière de nombreux pays étrangers et, en particulier, du Marché commun ».

Mais les parlementaires ne pouvaient pas s'opposer à une décision prise par décret. Et il aurait fallu, pour qu'un débat s'ouvrît, que la presse se fît l'écho de ces réactions, que l'opinion fût informée de notre combat pour la liberté et du sens du décret Poniatowski. Il n'en fut rien. Le ministre répondit par les affirmations habituelles des partisans des vaccinations : menaces d'épidémie, bienfait des vaccinations, etc. Il ne servit à rien que nous les réfutions, puisque le silence seul fut opposé à nos arguments. C'est l'arme absolue, face à ceux qui ne disposent pas d'un media suffisant.

Mais la sympathie qu'avait fait naître à notre égard l'excès même de la répression, notre détermination de nous déclarer solidaires de tout citoyen emprisonné pour refus de vaccination, indiquèrent les limites à ne pas franchir. Le décret n'a pour l'instant jamais été appliqué dans sa rigueur. Mais on sait que la structure nécessaire est en place. On la fera jouer dès que les conditions s'y prêteront, de même qu'on a appliqué strictement la loi sur l'obligation du BCG cinq ans seulement après son vote, lorsque se furent apaisées les passions qu'il avait soulevées.

d. L'affaire des fichiers

Sans désemparer, l'Institut national de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM) prit alors le relais. Il met actuellement sur pied le meilleur système de contrainte jamais imaginé en met-

---

[145] Il est évident que ces études n'ont jamais été faites.
[146] Question du 7 juin 1973.

tant les enfants français sur ordinateur.

En juin 1973, le Pr Pierre Royer, chef du service de pédiatrie de l'hôpital Necker, et président du Conseil scientifique de l'INSERM, fut nommé président du Conseil d'administration de l'Institut Pasteur[147].

Presque simultanément, la presse fit connaître l'étude pilote entreprise dans trois villes, Saint-Maur, Vitry et Montpellier, « utilisant l'ordinateur pour surveiller le déroulement du programme de vaccination de chaque enfant, établi par rapport à un programme type ».

Ce dernier, « élaboré par le ministère de la Santé, précise les dates auxquelles *devront* avoir lieu les vaccinations ».

Dès le début de l'opération, la presse précisa que « l'INSERM a enregistré d'importantes différences dans le comportement vaccinal de la population et *des médecins.* C'est ainsi que dans une des petites villes étudiées, le pourcentage des enfants ayant reçu avant un an leur vaccination diphtérie-tétanos-polio est passé de 4 % à 50 %. Dans cette même ville, le pourcentage des enfants vaccinés avant un an par le BCG est passé de 15 à 70 %. Enfin, le vaccin antipoliomyélitique buccal qui n'était pratiquement jamais utilisé pour ces enfants, est donné dans 85 % des vaccinations ».

Et *l'Express* du 29 juillet 1973 reprenant une information diffusée par une bonne partie de la presse précise :

« Avec 5 vaccins obligatoires pour tout enfant de moins de un an — BCG, variole, polio, diphtérie et tétanos — la France devrait figurer parmi les pays bien préservés. Or, un nourrisson sur quatre est protégé contre la variole. Un sur vingt contre la diphtérie et le tétanos. Un sur sept contre la tuberculose. Et un sur quarante contre la polio. De plus, la France est devenue en Europe un réservoir à virus de ce fléau. Cela à cause d'un choix malheureux quand apparurent les premiers vaccins antipoliomyélitiques : l'injectable fut préféré au vaccin buccal, le seul pourtant qui assure vraiment l'éradication...

---

[147] *La Montagne,* 14 juin 1973.

À Vitry... Les premiers chiffres traduisent un progrès considérable. Variole: 18% d'enfants vaccinés. Diphtérie et tétanos: 50,1 %. Polio : 50,3 % et BCG : 70 %. »

Je laisse à *l'Express* la responsabilité de l'accusation qu'il formule à l'égard du vaccin Lépine de l'Institut Pasteur : à cause de lui, la France serait devenue un réservoir à virus de la polio !

Je ne peux par contre que m'élever contre les propos tenus par l'INSERM. Affirmer que « cinq vaccins sont obligatoires pour tout enfant de moins de un an » constitue une déclaration particulièrement grave. Et déplorer que les jeunes Français ne soient pas protégés (et les proportions données sont frappantes !), c'est fournir une information restrictive destinée à suggérer l'existence d'une situation anormale. Il suffit pour rétablir les faits de savoir qu'aucune vaccination n'est obligatoire avant un an. La variole l'est dans les deux premières années, la diphtérie, le tétanos et la polio avant 18 mois, et le BCG à 6 ans !

Mais l'hypocrisie est plus insidieuse. Elle permet par ses insinuations de suggérer qu'il est vraiment temps de remédier à une situation devenue catastrophique et qui nous met tous en danger. La constatation de « progrès considérables » est de nature à persuader les esprits que le système choisi est excellent et qu'il faut par conséquent l'étendre à toute la France.

Les choses suivant leur cours, on assiste à une critique en règle de la tenue des fichiers vaccinaux dont « les carences compromettent la santé des tout-petits » (*l'Express*), notamment dans un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales[148] concluant qu'il faut « repenser le recueil des données de façon cohérente... en utilisant des méthodes modernes et rationnelles, notamment par l'exploitation des fichiers ».

Une réponse de Mme le ministre de la Santé *(JO* Sénat du 15 avril 1975) confirme l'intérêt qu'elle porte à l'expérience en cours, note l'amélioration obtenue et ajoute : « ... Il est raisonnable de prévoir dans un délai rapproché la mise au point de programmes adaptés

---

[148] Question écrite de M. Prévoteau (23 janvier 1975).

aux différentes situations pour des collectivités types. » Phrase assez sibylline, mais qui laisse entendre que la mise sur ordinateur devrait s'étendre rapidement.

Que sera l'avenir ? Les secrets sont encore bien gardés, mais un article de *la Semaine des hôpitaux* (2 janvier 1975) confirme le caractère de l'entreprise.

L'INSERM a « élaboré les statistiques recueillies sur le plan départemental », pour constater, entre autres, nous dit ce journal, que : « Certaines vaccinations se maintenaient stables depuis 1963 : 12 à 14 % pour la diphtérie et le tétanos: d'autres, comme l'antipoliomyélitique, avaient connu un regain de faveur en 1966 : 39 % (5 % en 1963) pour retomber progressivement à 16 %. »

On se demande vraiment sur quelles données l'INSERM a pu « élaborer » de tels pourcentages ! À croire qu'ils sont établis pour l'ensemble de la population française et non pour les tranches d'âge correspondant aux seuls assujettis ! Aucun esprit raisonnable ne saurait les accepter : cela voudrait-il dire qu'il y aurait des millions et des millions de personnes présentant des contre-indications ? Ou bien encore que l'ensemble des services officiels chargés d'exiger ou de pratiquer les vaccinations aurait cessé de fonctionner depuis dix ans ?

D'ailleurs, la revue *Recherches et Informations en santé publique,* organe de l'INSERM, n'a-t-elle pas elle-même publié régulièrement des statistiques de vaccinations en contradiction complète avec les chiffres avancés ci-dessus ?

« En 1964, 59,2 % de vaccinations complètes DT ou DT associé » (n° 4, 1966, p. 665).

« En 1966, 38 % d'enfants de 0 à 2 ans ont reçu la vaccination DT et 42 % la vaccination antipoliomyélitique » (n° 2 et 5, 1966).

« En 1967, pour la tranche d'âge s'étendant jusqu'à la scolarité (0 à 6 ans) on peut évaluer à 70 % le nombre d'enfants ayant reçu leur primo-vaccination et rappel contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite antérieure aiguë » (n° 4 de 1970, p. 848).

Un tel revirement prouve, dans un contexte général d'ambiguïté

voulue, que lesdites statistiques ne montrent pas leur vrai visage, et qu'on omet vraisemblablement de préciser une donnée essentielle : quelle est la population concernée, et pour quelle tranche d'âge ? Cette imprécision n'est-elle pas également de nature à induire en erreur tout le pays, journalistes, médecins, parlementaires et peut-être ministre compris ?

Autre « constatation » de l'INSERM : « Les enfants de moins d'un an sont loin d'être tous vaccinés. » Était-il vraiment besoin d'« élaborer » des statistiques pour le deviner ? Il est normal que les vaccinations soient plutôt pratiquées pendant les périodes d'obligation. Ce qui n'empêche que la diffusion de telles évidences tend à répandre dans les esprits la notion que les obligations vaccinales ne sont pas respectées, d'où la nécessité de renforcer les contrôles, les pressions et les contraintes.

Le système mis sur pied est simple : l'état civil informe le bureau d'hygiène de toutes les naissances. Le bureau envoie le bordereau à l'ordinateur. Les familles reçoivent alors une première lettre, puis une deuxième un mois plus tard leur signalant que le moment du BCG est venu.

« Si, ajoute l'article, l'ordinateur constate qu'après le deuxième mois, l'enfant est " manquant ", il enverra à la famille une nouvelle incitation, plus ferme. Un nouveau " manquant " (sic) au troisième mois motivera une lettre rédigée *en termes volontairement ambigus* qui signalera qu'il s'agit du *dernier avis* et qui rappellera la législation sur les vaccinations.

Cette lettre d' " avis " est apparemment ressentie comme une menace par les familles, si l'on en croit les nombreuses lettres et coups de téléphone qu'elle a suscités...

Cette première application à la Santé publique de l'ordinateur en prise directe devrait s'étendre à toutes les municipalités d'ici dix ans. Une association. Loi 1901, étudie la mise du système à la disposition des communes. »

Ici se pose une question. La situation épidémiologique de la France justifie-t-elle la mise en place d'une structure aussi dispendieuse et d'une telle envergure ? Nullement. En dépit de la résis-

tance aux vaccinations, dont les partisans regrettent que le taux soit si bas, tout va bien en France au regard des cinq maladies concernées. Alors ? Pourquoi envisager d'investir des milliards dans un équipement inutile, dans une machine administrative démesurée ? Sans doute serait-il intéressant de savoir qui fournira les ordinateurs, et si la structure ainsi créée ne viendra pas tout à propos s'insérer dans un plan plus vaste de mise sur ordinateur de tous les Français[149].

Parmi « les multiples utilisations du fichier vaccinal », relevons-en deux, mises en avant par le *Moniteur des pharmaciens* (n° 1150, 19 octobre 1974) :

1. « Un fichier vaccinal à jour peut désormais être communiqué aux différents organismes : écoles, crèches, colonies de vacances, etc. Munis de la liste des enfants en règle, il leur est possible sans aucune autre formalité de refuser les sujets non vaccinés. »

Tel quel ! Les sujets présentant des certificats de contre-indication doivent donc pouvoir être exclus « sans autre formalité » : c'est tout simple ! On sait que ce n'est pas encore légal, mais nous l'avons vu, c'est un but vers lequel on s'achemine et les multiples interventions que la Ligue est contrainte de faire à ce sujet auprès des administrations le prouvent.

2. « Toujours grâce au fichier, on est renseigné sur le comportement vaccinal des médecins. »

D'ailleurs ceux-ci « sont même informés des vaccinations *qu'ils auront* à pratiquer sur les enfants de leur clientèle ».

Le Dr X ne rédige-t-il pas trop de certificats de contre-indication ? Ne boude-t-il pas les vaccinations ? Ne porte-t-il pas préjudice aux

---

[149] On a tout lieu de le craindre si l'on considère les inquiétudes que fait naître la création des fichiers Safary et PMI. Rien ne sera plus simple que de faire circuler l'ensemble des informations sur des circuits communs. La question écrite de Mme Moreau au ministre de la Santé dépeint bien « l'inquiétude des médecins, puéricultrices, personnel médical et social chargé de la protection maternelle et infantile et des assistantes sociales de Paris face à la tentative de fichage généralisé de la population et à la sollicitation de leurs concours en cette matière ». N'oublions pas que le fichier vaccinal est nominatif.

efforts de la société pour la Santé publique ? Si les médecins ne réagissent pas, s'ils acceptent de se plier devant la machine administrative, ils perdront, une fois de plus par le biais des vaccinations, une part de plus de leur liberté de prescription. Toujours sous couvert du « bien public », pour la plus grande satisfaction des fabricants de vaccins !

Se peut-il que les responsables de l'opération soient assez innocents pour décrire sans honte et même avec une satisfaction certaine, le caractère « volontairement ambigu » de cette manipulation psychologique de la masse ! On est fier de faire ressentir comme une menace ce simple avis qui reste prudemment dans la légalité, et on se félicite que les citoyens ainsi trompés se plient à accepter des vaccinations que la loi ne leur impose pas ! C'est une réussite que d'assaisonner un quatrième et « dernier avis » sans objet légal, du rappel des vaccinations obligatoires (et peut-être des sanctions s'y rapportant ?) ! Ce serait un triomphe que d'écraser d'un coup individuellement imparable la réticence médicale vis-à-vis des vaccinations ! Qui prétendait naguère réconcilier les Français avec l'administration, et les rassurer face à la paperasserie anonyme et tracassière ? C'est Mme Veil, en tout cas, qui déclarait naguère son intention de lancer « des campagnes contre les scandaleuses campagnes anti-vaccinations » *(Femme pratique,* n° 145, septembre 1975).

Sans doute serait-il plus opportun, ne serait-ce que pour l'information correcte de l'usager face aux vaccinations ou par respect des opinions d'autrui, de mettre un terme à ces scandaleuses campagnes « volontairement ambiguës » qui, trompant les Français face aux vaccinations, ont pour conséquence de les mettre plus sûrement en carte.

Mais il est évident que la réussite de cette opération-fichier porterait un coup très dur à ceux qui ont, contre vents et marées, lutté pour défendre leur liberté individuelle, leur peau et celle de leurs enfants. Il faut espérer qu'un sursaut de l'opinion publique et des puissances politiques et morales de notre pays leur épargnera d'être acculés aux dernières extrémités.

4. LES DIMENSIONS DE LA CONTRAINTE VACCINALE

C'est le propre de ceux qui ne souffrent pas d'une situation que d'affirmer qu'elle ne pose aucun problème. Nombreux sont les Français qui s'imaginent en toute bonne foi que les conditions optima se trouvent réalisées en ce qui concerne les vaccinations, donnant satisfaction à tous et ménageant les droits de chacun.

À leurs yeux, l'immense majorité de la population peut recevoir la vaccination sans risquer aucun dommage ; chacun se fait vacciner pour son plus grand bien et celui de la société. Ceux qui pourraient courir un certain danger obtiennent sans difficulté, pensent-ils, un certificat médical de contre-indication qui les dispense de l'obligation, et tout est pour le mieux.

Or, il se trouve que les faits ne justifient pas ces croyances : si dans quelques cas une manifestation pathologique permet au médecin de poser une contre-indication, il est impossible, a priori, d'affirmer que l'enfant en bonne santé supportera bien la vaccination. Tous les procès gagnés contre l'État par les victimes ou leurs ayants droit concernent évidemment des enfants en bonne santé ne présentant apparemment aucune contre-indication. Bien plus, dans la plupart des cas, un examen correct avait été pratiqué et rien ne laissait prévoir une issue mortelle ou catastrophique. « Les accidents mortels sont rares, affirme le tribunal administratif de Lyon dans son jugement du 17 juin 1960, mais ils sont inéluctables et imprévisibles. » « Rien ne peut les laisser prévoir, et toutes les thérapeutiques sont vaines », ajoute le tribunal d'Amiens en 1962.

La conception énoncée ci-dessus est fausse pour une autre raison : il ne faut pas croire, en effet, qu'on obtient sans difficulté un certificat de contre-indication même si une expérience malheureuse précédente a prouvé que le sujet réagit mal aux vaccinations. Et ce certificat lui-même conserve-t-il actuellement la valeur qu'on

lui accordait naguère ?

A. Les catégories d'individus souffrant de la contrainte

En fait, pour avoir une idée suffisamment réaliste de la situation, il faut considérer le cas de plusieurs catégories de personnes.

1. Les opposants par principe

Ils sont de trois sortes :

a. *Les « ignorants » de bon sens*

b. *Les témoins d'accidents*

c. *Les convaincus par études personnelles*

Il est des gens pour croire que le principe même de la vaccination est mauvais. Ils considèrent celle-ci comme une pollution, et c'est à leurs yeux la plus grave parce que l'agent polluant est injecté directement dans le sang. Tous les produits toxiques que nous absorbons en respirant, en mangeant ou en buvant, sont filtrés par les organes naturels de défense. Mais le vaccin constitue l'agression totale imparable, irréparable.

a. Parmi ces gens, certains n'ont aucune culture médicale : le vaccin, c'est pour eux du pus d'animal malade. Rien n'est plus répugnant en somme, et l'hygiène élémentaire doit nous en écarter. On sait bien que les microbes inoculés sont affaiblis en laboratoire avant que le bouillon de culture soit promu au rang de substance bienfaisante indispensable à la santé, mais que deviennent-ils dans l'organisme ? Comment ces « pourritures » pourraient-elles devenir bénéfiques ? C'est contraire au simple bon sens.

Au surplus, qui jettera la pierre à ces « ignorants » ? Aucun médecin, aucun biologiste n'est vraiment en mesure d'expliquer ce qui se passe réellement au niveau de la cellule, lors d'une vaccination. Ils parlent doctement d'anticorps ou d'interférons mais ne sont pas d'accord sur leur nature, sur leur rôle exact ni sur les conséquences de leur prolifération (certains savants considèrent les premiers

comme des lésions du sang, et l'on a découvert assez récemment qu'ils peuvent être pathogènes, etc.). En fait, personne ne sait de quoi il retourne ni comment cette agression se traduit en profondeur dans le processus vital, personne ne cherche à voir plus loin que la réaction immédiate et personne ne semble se soucier de l'incidence sur les générations à venir d'une pratique dont la systématisation et l'extension n'ont jamais été si poussées.

Il semble, hélas, qu'on ait perdu la faculté de voir plus loin que la conséquence première et qu'on se satisfasse de cette myopie intellectuelle : les conséquences secondes sont pourtant la plupart du temps aussi importantes, sinon plus !

À supposer que les conséquences primaires des vaccinations soient positives, aucun médecin, aucun savant ne peut affirmer que leurs conséquences secondaires ou plus lointaines sont ou seront également bénéfiques[150]. Dès lors rien ne saurait convaincre l'homme de bon sens qui s'est aventuré dans cette voie de réflexion.

b. D'autres encore rejettent les vaccinations par principe. Rien ne leur fait craindre particulièrement pour eux-mêmes un danger spécial. Ils n'appartiennent pas au groupe des sujets présentant une contre-indication. Mais ils ont été impressionnés par quelques conséquences malheureuses des vaccinations (encéphalites, maladies de peau, troubles de la vue..., etc. après le vaccin antivariolique ; faiblesse générale, retards scolaires, troubles de la vision, etc. après le BCG ; les atteintes sont multiples, comme nous le verrons par la suite). Chez certains parents, le doute s'est installé parce qu' « il est comme ça depuis sa vaccination » ou bien parce que « c'est juste après sa vaccination que les troubles ont commencé ». Le médecin les a parfois rassurés : « Ça n'a aucun rapport », ou bien : « C'est une

---

[150] Nous avons montré dans *La Rançon des Vaccinations.* F. D. (en vente à la LNPLV) que des articles récents parus dans les revues médicales obligent à penser que les vaccinations peuvent conduire à la cancérisation généralisée, à l'extension de la leucémie et à la multiplication des inadaptés par déficience intellectuelle, nerveuse ou caractérielle, cette dégradation pouvant de plus être héréditairement transmise.

coïncidence, vous n'avez rien à craindre pour ses frères, vous devez les faire vacciner. » Mais ces parents inquiets parlent à leurs amis, à leurs voisins... et ils découvrent alors une multitude d'accidents ou de troubles de l'état général qui se sont produits après telle ou telle vaccination.

Très nombreux sont ceux qui nous ont raconté la stupeur qui les a frappés lorsqu'ils ont fait « cette découverte ».

Mais c'est la révolte qui saisit les plus touchés, ceux qui mènent leurs enfants d'hôpital en hôpital, lorsque les autres parents attendant la consultation leur confient qu'eux aussi « sont là pour ça ».

À tous ceux-ci, il est bien inutile de parler de coïncidence !

c. Restent enfin, dans cette première catégorie de gens pour qui le principe même de la vaccination est mauvais, ceux qui sont arrivés à cette conclusion après une étude personnelle approfondie de la question. Certains sont des savants biologistes, d'autres des médecins, d'autres encore des parents scrupuleux qui désirent savoir exactement ce que risquent leurs enfants. Parmi eux, évidemment, s'en trouvent de nombreux qui sont d'abord passés par la phase citée ci-dessus.

Les trois groupes précédents ont ceci de commun que leur opposition est fondée sur leurs seules convictions. Mais la loi n'a aucun égard pour les convictions personnelles. Ces gens-là sont pourchassés par une société hostile qui les proscrit[151]. Ils ne se sentent plus des Français normaux, mais des Français traqués ! Les « services » publics sont pour eux synonymes de contrainte. Les uns sont abattus et subissent douloureusement, d'autres se révoltent et s'usent les nerfs dans une lutte improductive, tous se sentent un peu des proscrits dans leur propre pays.

Jusqu'à une date récente, s'ils trouvaient un médecin ayant les mêmes idées qu'eux, celui-ci leur délivrait facilement le certificat de contre-indication sauveur.

---

[151] Cf. F. Delarue, *Les Nouveaux Parias, op. cit.* (en vente à la LNPLV).

Celui-ci, remarquons-le bien, ne pouvait être qualifié de certificat de complaisance. Car il n'y a complaisance que si le médecin, persuadé que son client ne risque rien d'une vaccination, atteste que celui-ci ne peut la subir sans dommage. Lorsque le praticien, convaincu de la nocivité du vaccin, désire en dehors de toute indication particulière, en protéger celui qui s'en remet à lui pour la sauvegarde de sa santé, le papier qu'il délivre n'est pas dû à l'effet de sa complaisance, c'est un sauf-conduit nécessaire, un véritable laissez-passer, aussi justifié par sa conscience médicale que par l'aveuglement de la société.

Aujourd'hui, la délivrance de ce genre de certificat se fait de plus en plus rare car les médecins qui les rédigent sont souvent mal vus et parfois subissent à leur tour des pressions. Or, ils ne se soucient guère en général de courir un risque pouvant influer sur leur carrière.

Bien plus, les médecins scolaires et du travail opposant de plus en plus leur veto aux certificats de contre-indication, les praticiens préfèrent ne pas s'engager dans une contestation incertaine, de nature à tout le moins à leur faire perdre un temps qui leur manque déjà tant. La solution la plus simple pour eux est donc de refuser de délivrer un certificat... alors même qu'ils estiment que la vaccination peut être préjudiciable à leur client, mais parce que cette contre-indication relève plus d'un ensemble de nuances, de tendances spécifiques ou d'antécédents douteux que d'un motif absolument formel et aveuglant. Souvent, donc, l'opposant aux vaccinations ne peut pas présenter le certificat voulu, et les portes se ferment.

Le reste de la société n'en a pas conscience, elle ignore tout de ces faits, mais il n'en demeure pas moins que le non-vacciné par conviction personnelle, est ainsi mis au ban d'infamie. S'il est riche, il donne à ses enfants un précepteur. Et l'on peut ainsi mesurer la tyrannie que représente à ses yeux la loi qui impose aux siens une vaccination qu'il réprouve. Ils pourront éventuellement trouver des places de cadres dans l'entreprise paternelle ou dans une autre. Car leur position élevée les mettra à l'abri des tracasseries du médecin de l'entreprise. Ils pourront se faire une place dans la société à con-

dition de renoncer aux administrations et aux secteurs interdits où l'on accède par les études, porte fermée qui ne s'ouvre qu'avec l'indispensable certificat médical.

Mais s'ils sont pauvres, s'ils ne peuvent se passer de la société, aucun espoir pour eux. Cette lettre adressée au ministre de la Santé par un père de famille dont un premier enfant est victime des vaccinations justifiera ces lignes mieux qu'un long plaidoyer :

B., le 1er novembre 1970

Monsieur le Ministre,

Nous avons bien reçu votre réponse nous faisant savoir votre impossibilité de nous faire avoir des contre-indications vaccinales. Comme vous nous le dites sur votre lettre précédente, vous avez ouvert une enquête sur notre affaire : il en ressort, ce que nous vous faisions savoir, c'est-à-dire notre refus catégorique de tous vaccins sur nos 3 enfants.

... Voici trois ans que je me débats à ce sujet en écrivant à la préfecture de Lyon, au procureur de la République, au juge des enfants, au président de la République, au ministre de l'Éducation nationale et à vous-même ; rien n'a changé. On a d'abord brandi des menaces, des poursuites, à présent indifférence totale.

Nous, parents, sommes soucieux de la santé de nos enfants, cherchons une nourriture saine depuis leur naissance, passant outre les slogans publicitaires... Mais c'est vous, vous les pouvoirs de la Santé publique qui, malgré toute notre bonne volonté, les marquèrent les premiers de la maladie. Quelle honte. Mais vous êtes des inconscients, je ne chercherai plus à vous sensibiliser, mais il me reste à faire savoir que mon non *est un* non *pour toujours, plus jamais mes 3 enfants n'auront de vaccins. Par vos lois, ils ne peuvent aller à l'école : c'est encore à cause de vous. À cause de vous également nous ne toucherons plus d'allocations familiales.*

Je sais que je défends une cause juste, je sais que je me

comporte comme un homme et un Père tout à la fois.

C'est aujourd'hui la dernière lettre. Je n'écris plus, je ne chercherai plus à me faire admettre, je me retire sans bruit en ce qui me concerne, mais malheur si on venait employer une force, une pression quelconque.

2. Les opposants par nécessité

Après avoir considéré le cas de ceux qui s'opposent aux vaccinations par principe, considérons celui des gens qui cherchent à les éviter par nécessité, et qu'on peut classer en deux catégories :

a. *Ceux qui suivent un traitement médical incompatible avec les vaccinations*

b. *Ceux qui ne supportent pas les vaccins*

a. Dans le premier groupe, on trouve par exemple des partisans de l'homéopathie ou ceux qui préfèrent en appeler aux ressources de la médecine naturelle. Ils sont donc, soulignons-le, sous couverture médicale.

Théoriquement, ils jouissent des mêmes droits que tous. Théoriquement, leur médecin peut, s'il estime que la vaccination est contre-indiquée, leur délivrer un certificat. Mais chacun sait qu'en France l'allopathie a seule droit de cité. Les médecins qui s'en sont écartés hésitent souvent à rendre plus inconfortable encore leur position, en refusant de pratiquer les vaccinations, car une double pression s'exerce, ouvertement ou non, qui les amène à vacciner contre leurs conceptions[152]. Ils savent d'une part que leur « non-orthodoxie » n'est que tolérée, qu'ils sont un peu les mal aimés de la famille médicale et ils pensent parfois — à tort ou à raison — qu'il vaut mieux progresser sans se heurter de front à l'officielle allopa-

---

[152] Sans parler du souci légitime de garder leur clientèle, puisqu'ils savent que les parents seront obligés de s'adresser à un de leurs confrères pour être en règle avec la loi. « De toute façon, disent-ils, on le lui demandera pour aller à l'école. » Ce qui n'est pas entièrement exact puisqu'un certificat de contre-indication pourrait en principe faire l'affaire.

thie.

L'expérience leur a appris d'autre part que la délivrance de certificats de contre-indication peut être une source d'ennuis puisqu'elle amène parfois le médecin de famille à se heurter au médecin scolaire. Que faire lorsque ce dernier, examinant le précieux papier trouvé dans le dossier d'un jeune écolier, s'écrie, avec l'assurance d'un grand patron : « Contre-indication ? Connais pas ! » et d'un air provoquant déchire le certificat qu'il jette à la corbeille ?

Oui, que faire ? Riposter avec force, attaquer le confrère impudent ? Certains le font, qui ont une haute conscience de leur mission. Protester pour la forme ? La plupart s'y résolvent. Mais, s'ils obtiennent droit et réparation, il n'en reste pas moins — l'homme a de ces faiblesses — que le mieux est de ne pas s'exposer au renouvellement de pareille mésaventure, dévoreuse de temps et d'énergie, et de limiter au minimum ou de totalement supprimer la délivrance de ces certificats.

Si bien que pratiquement, peu à peu, les non-vaccinés qui se sont placés par choix ou par force sous une couverture médicale non orthodoxe sont confrontés à la même situation que ceux qui refusent la vaccination par simple conviction : ils se trouvent désarmés face à l'impérieuse autorité prise par la médecine allopathique. Or, s'ils ont adopté telle médecine, depuis la naturopathie jusqu'à l'acupuncture en passant par l'homéopathie, la chiropractie, l'hydrothérapie ou autres, ce n'est pas par fantaisie : c'est qu'ils ont généralement épuisé les ressources de l'allopathie qui ne les a pas guéris, à moins que leur décision ne leur ait été dictée par un choix personnel réfléchi.

Les contraindre, par le biais de la vaccination, à se soumettre contre leur gré, contre l'avis de leur médecin, à un acte médical qu'ils estiment ou qu'ils savent dangereux, c'est attenter à leur liberté la plus fondamentale, celle qui concerne leur corps et leur santé. Bien qu'ils jouissent théoriquement de droits égaux à ceux des autres citoyens, leur situation se dégrade en fait rapidement. Et ce sont eux surtout qui sont le plus souvent victimes des abus de pouvoir et des pressions illégales dont nous citerons plus loin des exemples.

b. Restent enfin, parmi les Français touchés par la contrainte vaccinaliste, ceux qui ne supportent pas les vaccins. Pour eux, l'inoculation peut avoir des conséquences dramatiques voire funestes, et ils le savent. On comprend qu'ils s'en détournent et qu'ils soient prêts à tout pour y soustraire leurs enfants.

Théoriquement, la loi leur garantit à eux aussi des droits égaux à ceux des autres citoyens, puisqu'il leur suffit, en général, de présenter un certificat médical de contre-indication pour être assimilés en droit à des vaccinés. Mais il y a souvent loin de la théorie à la pratique, spécialement lorsqu'il s'agit d'un domaine passionnel : il ne suffit pas d'avoir failli mourir d'une première vaccination ou d'avoir eu après celle-ci des réactions très graves, pour avoir la certitude d'obtenir le certificat sauveur.

Rien ne permet d'affirmer que le médecin témoin d'un tel accident sera convaincu que l'accident qui vous a touché doive être imputé à la vaccination. Et là déjà se dessine la situation dramatique qui livre « l'assujetti » à l'appréciation souveraine d'un praticien dont les convictions sont finalement sujettes à des à-peu-près ou des a priori trop subjectifs !

Il existe d'autre part la race de médecins qui refusent de poser une contre-indication lorsque l'état de l'intéressé n'entre pas dans une catégorie classique bien répertoriée : asthme, eczéma, etc. Il existe aussi ceux qui nourrissent des conceptions très personnelles et qui estiment que justement si telle vaccination vous a causé tel dommage, c'est que vous en aviez particulièrement besoin. Ils sont prêts à inoculer des rappels ou d'autres vaccinations qui, de toute façon (sic), ne peuvent pas faire de mal !

Il se peut par ailleurs que vous ayez changé de domicile ou de médecin. Le nouveau, qui n'a pas été témoin de la crise qui vous a terrassé, a tendance à douter qu'un être en si bonne santé puisse être indisposé par une vaccination. « C'était, dit-il, une coïncidence. Vous ne risquez absolument rien. » Ou bien, s'il veut bien vous croire, il arrive qu'il vous réponde : « Oui, cela se produit de façon rarissime. Il y a quelquefois des accidents. Mais puisque le hasard a

voulu que “ ça ” tombe sur vous une fois, il n’y a pas de raison pour que ça recommence. »

B. Des exemples de contraintes et d’abus

On pensera que je ne suis pas tendre pour les médecins. Mais je n’invente rien : il faut qu’on sache la vérité et que lorsque les parents sont livrés par la loi entre les mains de l’autorité médicale, il leur faut parfois subir sa légèreté ou son étroitesse d’esprit.

Dans les meilleurs cas, ceux qui savent qu’ils risquent leur vie ou un très grave accident en se faisant vacciner, peuvent se procurer un certificat de contre-indication. Cela ne suffit pourtant pas pour leur ouvrir toutes les portes, car, comme nous le disions, nous sommes ici dans un domaine passionnel où les convictions personnelles des médecins vaccinateurs ou des responsables de tous ordres les poussent facilement au fanatisme.

Peut-on imaginer qu’en France dans cette seconde moitié du XXe siècle, des enfants non vaccinés sont victimes de pressions étonnantes de la part de médecins, d’infirmières, d’assistantes sociales trop bien intentionnés ? Qu’en dépit de la présentation de certificat médical de contre-indication en bonne et due forme, ces enfants subissent leurs sarcasmes et leurs brimades ? Qu’on les empêche de pratiquer le sport, de partir en classe de neige, qu’on les refuse dans les écoles (de la maternelle à la faculté) ou qu’on les en exclut ? Peut-on imaginer que certains, de plus en plus nombreux, reviennent chez eux vaccinés sans que l’avis ou l'autorisation des parents aient été sollicités, plus encore en dépit de l'opposition écrite de ceux-ci, en dépit du certificat médical de contre-indication signé par le médecin traitant ?

Peut-on imaginer qu’un inspecteur d’Académie puisse prétendre limiter de son propre chef la durée de validité de ce certificat et critiquer sa valeur[153] ? Est-il croyable que des médecins scolaires

---

[153] De fait, ses prétentions prennent force de loi puisque les parents sont obligés de s'y soumettre, sous la menace d'une exclusion scolaire. L'ensemble de ces pressions, brimades, persécutions est si révoltant que le Dr Henri Pradal n'hésite

puissent le déchirer et le jeter au panier en décriant sévèrement et publiquement leur collègue qui l'a établi ?

Est-il croyable que des étudiants doivent s'expatrier pour poursuivre leurs études en attendant que le procès qu'ils intentent à l'État leur donne le droit de se présenter à leur examen ? Ils refusent de subir la cuti-réaction que le médecin traitant leur interdit. Peut-on croire que d'autres, plus nombreux, sans vouloir porter l'affaire en justice ni s'incliner devant l'arbitraire, passent à l'étranger pour terminer leurs études ? Peut-on croire enfin que l'administration soit désorganisée au point que ses agents se livrent à son insu à ces excès, en dépit des lois qu'ils sont chargés d'appliquer ?

On vaccine à l'école en doublant parfois la dose, en dehors des délais précisés par la législation, avec des vaccins non obligatoires !

On refuse d'embaucher, on menace d'exclusion, on licencie des employés, des ouvriers, quand ils refusent de subir des vaccinations que le législateur n'a pas prévues pour eux.

De plus en plus, les grandes écoles, les écoles privées d'enseignement supérieur, les écoles publiques ou non par lesquelles passent les jeunes gens en période d'apprentissage, c'est-à-dire la majeure partie de notre jeunesse, imposent aux candidats des conditions d'admission comportant des vaccinations non prévues par la loi. De plus en plus, les grandes usines, les grandes entreprises nationalisées ou non, ont leurs propres médecins, leur propre règlement médical, précisant les obligations arbitraires auxquelles leurs personnels doivent se soumettre pour y être admis ou pour pouvoir y demeurer.

Qui peindra jamais l'angoisse des parents déchirés entre leurs soucis concernant l'avenir de leurs enfants et ceux qu'ils se font pour la santé de ceux-ci ? Qui dira leur désespoir devant le dilemme qui se pose à eux : santé ou formation ? Qui dira l'amertume des travailleurs face au choix terrible devant lequel ils se trouvent : le vaccin illégal, dangereux, abhorré ou le chômage ?

---

pas à parler de « terrorisme vaccinal » *(Le Marché de l'angoisse.* Le Seuil, 1977).

Les témoignages que reçoit la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations constituent la preuve que je n'invente rien. Ces lettres sont à la disposition des sceptiques ou de ceux qui désirent réagir, au siège de notre association. Ils y trouveront les doubles des protestations que nous envoyons aux ministères de la Santé ou de l'Éducation comme aux inspecteurs d'Académie, aux directeurs d'école ou aux directeurs départementaux de la Santé, etc.

Encore ces témoignages ne constituent-ils qu'une part infime des abus commis. Le recensement n'en sera jamais possible parce que la Ligue est loin d'être connue de tous et que — la connaîtraient-ils — la plupart des parents préfèrent s'exécuter, subir et se taire, soit qu'ils pensent que « c'est la loi », soit qu'ils estiment qu'il n'y a rien à faire contre l'administration et qu'ils risqueraient des ennuis en réagissant.

Si donc on nous informe de centaines d'abus, c'est qu'il s'en produit des milliers. Or ils se multiplient selon un rythme croissant. Il s'agit par conséquent d'un problème national : si dès à présent des milliers de mères ne peuvent plus sans crainte envoyer chaque jour leurs enfants à l'école, des dizaines de milliers d'autres risquent chaque jour de se trouver confrontées à cette situation.

Comment a-t-il été possible d'en arriver là ? Sans doute la mollesse des réactions des parents doit-elle constituer un des facteurs ayant permis le développement des abus. Mais les familles ne sont-elles pas excusables ? N'est-il pas compréhensible qu'elles s'inclinent lorsqu'un fonctionnaire oppose à leurs protestations : « C'est obligatoire : nous avons des ordres ! »

Quand bien même d'ailleurs il n'en aurait pas, ce ne serait à ses yeux qu'un « pieux mensonge ». N'y va-t-il pas de la santé publique dont il est le gardien ? Tant de fois on lui a répété que c'est aux vaccinations qu'on doit la disparition des maladies, des épidémies, qu'il suffit dans une société de quelques individus non vaccinés pour rompre la barrière d'immunité et donner aux microbes la pâture nécessaire à leur reproduction massive, compromettant ainsi la protection à laquelle ont droit tous ceux qui — citoyens conscients — ont bien voulu recevoir le vaccin !

Que de fois n'a-t-il pas lu que cette petite intervention est d'une parfaite innocuité, qu'on a bien tort d'en exagérer les risques et que pratiquement les contre-indications n'existent pas ! Dans ce contexte n'est-il pas tentant pour ce fonctionnaire trop zélé de suppléer aux trous laissés à ses yeux dans le filet vaccinal par l'excès de scrupules du législateur ou par la mollesse et l'incompréhension de la famille ou de son médecin ? C'est alors qu'il prend sur lui la responsabilité d'initiatives hardies, aussi déplacées qu'illégales.

N'est-il pas temps que notre société réalise enfin qu'il existe un problème moral et humain des vaccinations ? N'est-il pas temps qu'elle envisage les problèmes sociaux qu'elles suscitent, et qu'elle les règle dans un autre esprit que celui de la loi de la jungle ?

Le Conseil de l'Europe vient de rappeler les droits fondamentaux du malade — et donc a fortiori de l'homme sain — à la dignité, à l'intégrité de son être tout entier (corps et esprit), ainsi que le droit d'être complètement informé. On insiste sur la nécessité d'obtenir du patient *son consentement libre et éclairé,* qui sera donné après *information complète et exacte* des conditions et des effets d'une action proposée[154].

La politique suivie en matière de vaccinations obligatoires est en contradiction complète avec cette éthique. Non seulement elles sont imposées impersonnellement par la loi sans autre indication « médicale » que l'âge de l'assujetti, non seulement l'information à leur sujet est dérisoire, non seulement les autorités refusent de se donner les moyens d'évaluer les dommages qu'elles entraînent, mais leur systématisation engendre des conflits dramatiques où les droits fondamentaux et les responsabilités de l'homme sain (de corps et d'esprit) sont foulés aux pieds.

J'en ai donné de nombreux exemples ailleurs[155]. J'en citerai ici le minimum, à titre indicatif.

---

[154] Cf. *Médecine et Hygiène,* 4 février 1976 ; Conseil de l'Europe, *Les Droits des malades et des médecins.*
[155] Cf. F. Delarue, *Les Nouveaux Parias, op. cit.*

1. Pourquoi ils refusent les vaccinations

M. J. B., 77-Avon : « Le 21 juin 1961, mon épouse mettait au monde un petit garçon, que nous prénommions Jean-Philippe. Quelques mois plus tard, il avait environ 6 mois, nous l'avons fait vacciner contre la variole. Une semaine après cette vaccination, notre fils était atteint d'une leucémie lymphoblastique ! Pendant sept mois, nous avons tout tenté pour finalement le perdre le 1er août 1962. Je n'ai pas besoin de vous décrire notre calvaire. Il a été impossible de déterminer les causes exactes de cette maladie, si ce n'est que parmi les médecins consultés au cours de cette longue période, certains d'entre eux ont eu la loyauté de reconnaître, qu'en effet, il pouvait s'agir d'un accident vaccinatoire. Pour confirmer en notre esprit cette thèse, nos nombreux séjours dans différents hôpitaux et cliniques nous ont fait rencontrer d'autres parents, dont les enfants avaient été hospitalisés, pour des méningites, convulsions et encéphalites, toutes survenues après la vaccination antivariolique. Coïncidence pourraient dire certains ! Sûrement pas et ce n'est pas à vous qu'il faudrait tenir ce raisonnement.

Le 12 février 1965, notre foyer voyait, avec la joie que l'on devine, la naissance d'un petit François. En aussi bonne santé que son frère décédé et qui pousse très régulièrement.

Inutile de vous dire que celui-là ne sera jamais vacciné et qu'à cette seule idée, mon épouse deviendrait folle de terreur.

Mais bientôt, les ennuis vont commencer. La scolarité, même maternelle, va nous imposer sa loi inexorable et injuste. Nous obliger, nous parents, à mettre la vie de notre fils en danger, au nom de je ne sais quelle loi imbécile.

Nous serions heureux et reconnaissants si vous pouviez nous conseiller pour que, malgré nous, notre fils ne risque pas de tomber entre les mains d'un fonctionnaire imbu de sa fonction et, surtout, désireux de ne pas compromettre son avancement. »

— R. D., Villetaneuse : « En 1963 nous naissait une petite fille Florence, parfaitement constituée et en excellente santé. Elle a progressé normalement et se développait très bien. À 5 mois nous

l'avons fait vacciner contre la variole, 4 juin, sans analyse d'urine ni aucun test. Le médecin à qui je l'avais fait remarquer, m'a dit : " Elle a bonne mine, cela suffit. " Or quelques heures après l'enfant faisait des convulsions.

Conclusions des différents médecins qui l'ont soignée après : " encéphalite post-vaccinale ". Cette petite fille qui avait eu 5 ans en janvier, s'est éteinte au mois de février sans avoir parlé, ni marché, ni même s'être assise.

Au mois de mars, nous avons eu une seconde petite fille. C'est justement pour elle que je viens vous demander conseil, car nous ne voulons absolument pas qu'elle soit vaccinée. Que devons-nous faire ? Étant donné le précédent de sa sœur, peut-on nous y obliger ? »

— A. H., Villers-sous-Caudin : « Mon fils qui a 9 ans n'a jamais eu son BCG car, étant bébé, il a énormément souffert de ses premières vaccinations. Il est devenu sourd, puis a eu une forte déformation du corps et de la tête. Ceci s'est rectifié en façade, mais il a du retard en tout. Mes autres filles sont mal vues au moment des visites ou cutis, car je m'y refuse catégoriquement. Après avoir été mise à la porte de la mairie par une assistante, je sens que c'est dur de lutter avec ces personnes qui me sont supérieures en études et qui ne cherchent même pas à me comprendre, à m'expliquer. »

— G. M., La Taillée : « Nous avons une fille de 2 ans 1/2 qui, normale jusqu'à un an, a eu, d'après plusieurs personnes, une encéphalite suite aux vaccins DT polio-coqueluche. Depuis, elle a complètement régressé : elle marche à peine seule, perd l'équilibre, ne parle pas, ne comprend pas ce qu'on lui dit. Elle ne peut rien saisir avec ses mains et ne mastique plus. Nous ne savons pas si ce sera rattrapable. »

— N. D., Audigny : « En début d'année 1962, j'ai perdu une petite fille de 11 mois 1/2, treize jours après avoir subi le vaccin antivariolique, sans aucun doute malgré les paroles formelles du médecin traitant elle est décédée d'encéphalite vaccinale.

J'ai 3 autres enfants pour lesquels je veux qu'il ne soit plus jamais question de vaccins. »

Des abus

— Mme P., Troyes : « Actuellement à Troyes, les écoles sont visitées une à une et on vaccine contre la diphtérie et la tuberculose.

Même avec certificat, la doctoresse qui visite les écoles a déjà forcé plusieurs enfants à se soumettre à sa piqûre.

Je voudrais vous demander ce qu'il faut faire pour empêcher cet abus et surtout éviter la vaccination à mon fils qui est à l'école maternelle et est malade depuis ses premiers vaccins obligatoires (aucun médecin ne veut l'admettre). »

— M. C., Poitiers : « Plusieurs enfants, dont le nôtre et un enfant asthmatique et sujet à l'eczéma, ont été vaccinés au BCG malgré les certificats de contre-indication fournis. »

— Mme L. G., Lorient : « J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'aujourd'hui 25 mai a eu lieu au groupe scolaire de Merville à Lorient une séance de cuti-réaction. Les familles n'ont pas été prévenues, ma fille Tania B., âgée de 9 ans, refusant d'être vaccinée a été traînée de force jusqu'en salle de vaccination par l'institutrice Mme L. S. Pendant qu'on lui tenait les bras, la vaccinatrice (je ne sais si c'est la doctoresse ou l'infirmière) voulut lui appliquer de force le timbre tuberculinique. Ma fille se débattit, cria, tomba à terre, si bien qu'on appela la directrice de l'école, probablement pour prêter main-forte, mais celle-ci plus intelligente que les deux autres ordonna qu'on la laissât tranquille.

Je vous signale qu'un certificat de contre-indication a été fourni à la rentrée des classes par mon médecin le Dr D.

Je déplore cet état de choses... »

— M. S., Meaux : « Les enfants de 11 ans ont été emmenés par surprise à la mairie où l'on a pratiqué une vaccination antivariolique massive sans que les parents soient prévenus. »

2. Certificats de contre-indication contestés sans motif

— M. M., Châtellerault : « Je viens d'avoir une discussion serrée avec le médecin scolaire de l'Institution Notre-Dame de Châtelle-

rault. Il n'a aucun argument autre que la dictature, ne veut rien entendre et prétend que ne rien vouloir entendre est scientifique !

Il prétend que ma propagande (je ne vois pas laquelle) a fait tache d'huile et qu'en conséquence il demande l'exclusion de ma fille, non seulement de son école mais de tout établissement. Et tout cela malgré un certificat de contre-indication. »

— Mme C., Poitiers : « Le sinistre Dr X a encore fait des siennes à l'école de... Il a déchiré les certificats de contre-indication devant les mères indignées. »

— Mme L., Nantes : « J'ai été convoquée ce matin par le médecin scolaire et je viens vous tenir au courant du résultat. Il m'a retenue une demi-heure pour finir par ne pas accepter le certificat de contre-indication et le déchirer sous mes yeux. Prétexte : il s'agit d'un certificat de complaisance et il date de l'année dernière, donc pas valable[156]. »

— Mme P., Bonifacio : « Ma fille est paralysée après la vaccination antidiphtérique faite sans me prévenir. Or, ma fille avait déjà été vaccinée à l'âge légal, elle avait été durement touchée à l'époque. »

— Mme S., Chevany-les-Chevrières : « Mes 4 enfants ont été exclus de l'école, malgré leurs certificats de contre-indication » (ces enfants ont été réintégrés huit mois plus tard, sur intervention de la Ligue).

— Mme P., 17-Villeneuve-la-Comtesse : « Ma fille présentait un certificat de contre-indication aux cutis. On pratique la cuti de force. Comme l'enfant se débat, on lui en fait trois ! »

— M. B. M., 78-Viroflay : « Élève à l'école de formation technique, A.M.X., 16, route de la Minière, Satory - Versailles, dépendant de la direction technique des Armements terrestres, mon fils est menacé de renvoi parce qu'il refuse de subir sa 3e cuti depuis le début de l'année scolaire (une tous les trois mois). Négatives, les deux premières ont été suivies de troubles, surtout la seconde, déconseillée.

---

[156] Il n'appartient à ce despote ni de juger la valeur du certificat délivré par le médecin traitant, ni d'exiger un certificat plus récent. Ne parlons pas de l'attitude méprisante et désinvolte qu'il affiche ainsi vis-à-vis de son confrère.

Résultat : chute de globules blancs avec température, trois mois de repos.

Remis et reconnu en bon état, nous refusons aussi le BCG.

Quels sont nos droits ? Comment agir ? »

— M., Colmar : « Je vous signale qu'un de mes 4 garçons apprenti-boulanger en deuxième année a été déclaré inapte pour le métier à la dernière visite médicale parce que j'ai refusé le BCG et la cuti. »

— Mme F. D., Godeville : « Ayant des difficultés sérieuses avec le médecin vaccinateur scolaire du dispensaire de Fécamp, je vous serai obligée de m'envoyer un bulletin d'adhésion.

J'ai 3 enfants asthmatiques, 8 ans, 5 ans et 4 mois et malgré les certificats du médecin qui les voit tous les mois en période d'hiver, j'ai des problèmes à l'école. Le médecin scolaire a déposé un dossier au ministère de la Santé, l'administration qui m'emploie (PTT) a été informée et j'ai été « rappelée à l'ordre » par le service social, ce dernier point m'affecte beaucoup, car cela est désagréable dans ma fonction. »

— Mme L. N., Moineville : « Ma fille Danielle, 18 ans, vient de passer une visite médicale pour rentrer à la SNCF comme remplaçante temporaire garde-barrière. Le médecin de Metz lui a fait signer un papier pour l'obliger à se faire vacciner dès qu'elle prendra son travail.

Voilà plus d'un an que ma fille est sans travail et maintenant qu'elle trouve un petit gagne-pain, les tracas commencent et l'administration est intransigeante avec ces choses-là. Que faire ? »

— M. et Mme G. B., Tours : « J'ai un petit garçon de 8 ans qui fréquente l'école mixte de Rabelais depuis trois ans. Il est au CE 2. L'année dernière j'ai eu de gros ennuis à la visite médicale de l'école parce que mon fils n'avait pas le BCG. Mon docteur était très mécontent car avec le questionnaire nous avions joint un certificat médical signalant que c'est un enfant asthmatique. Ce qui est vrai. On m'a obligée à faire passer une radio à mon fils et l'instituteur m'a dit qu'il contaminait toute la classe. Que dois-je faire cette année ? Le directeur est passé dernièrement dans la classe en disant que

tous ceux qui à 10 ans n'avaient pas le BCG l'auraient à l'école.

L'année dernière, on m'a même fait du chantage en me disant qu'un jour à 11 h 30, c'est à Clocheville (hôpital pour enfants) que je retrouverai mon fils et que je n'aurai rien à dire.

Jusqu'ici j'ai pu me défendre mais j'ai besoin de votre aide. Je ne suis pas décidée à me laisser faire. C'est odieux. »

— Mme L. F., Marignane : « J'ai deux petites filles, l'une de 7 ans bientôt, l'autre de 3 ans 1/2 qui vont à l'école. On m'a menacée de renvoyer l'aînée si je n'accepte pas de la faire vacciner par le DT polio et BCG. J'ai pourtant fourni un certificat de contre-indication rédigé par le médecin traitant, mais on m'a répondu qu'il n'avait aucune valeur sauf pour un cas d'asthme ou d'albumine.

Jugez de mon désarroi ! Cependant, je ne peux absolument pas accepter une vaccination quelle qu'elle soit, car je juge cette façon de procéder comme étant contre nature... Dois-je me résoudre à l'éventualité du renvoi de mes enfants ? »

— M. R. B., Aulnay-sous-Bois : « Ma fille doit passer le BEPC cette année et la doctoresse du lycée d'Aulnay-sous-Bois lui interdit de passer le brevet d'Éducation physique parce qu'elle n'a jamais été vaccinée bien qu'elle ait présenté un certificat de contre-indication de notre docteur. »

— Mme G., Blanzy : « Hier, cutis à l'école. " Tu n'as pas encore le BCG, a dit l'assistante sociale à une fillette d'un ton mécontent. Celles qui ne l'auront pas, c'est simple. Au dispensaire ! Nous avons des ordres pour ça. " »

— M. L., Rillieux : « Le médecin scolaire me cause des tracasseries au sujet de mon fils qui n'est pas vacciné par le BCG. J'ai fourni un certificat de contre-indication du médecin traitant qui de plus est assermenté auprès du tribunal. Le médecin scolaire refuse de considérer ce certificat comme valable. Il m'a demandé de venir le voir et a essayé tous les moyens de pression possible, à savoir :

— éviction scolaire,

— vaccination de force sans mon consentement, etc.

À tous ces arguments je me suis opposé avec force. Finalement le

médecin scolaire m'a demandé d'aller voir des spécialistes de la vaccination. J'ai simplement répondu qu'il y avait un certificat, que je maintenais ma position, que ses menaces étaient abusives, que je m'opposais formellement à toute vaccination sans accord du médecin traitant.

Ne me voyant pas céder, il a fini par me dire qu'il avait reçu des consignes strictes et ne pouvait rien laisser passer, mais qu'en ce qui concernait mon fils, il se bornerait à faire un rapport à l'administration.

Voilà où en sont les choses, je n'ai guère confiance au rapport qu'il fera. Que puis-je prévoir contre une éventuelle vaccination sans mon consentement ? Je ne crois pas que ça en arrivera là... mais sait-on jamais ? »

— Mme B. Wormhout : « Je m'accuse aujourd'hui d'avoir eu trop confiance vis-à-vis des services de vaccination. Ma naïveté a été sans borne de croire que l'on respecterait la contre-indication du docteur qui soigne ma fille.

Je suis outrée de constater avec quelle inconscience on distribue le BCG, à l'aveuglette comme à un troupeau de moutons.

La semaine dernière le service de vaccinations était de passage à l'école que fréquente ma fille âgée de 6 ans.

L'enfant est de santé délicate et fait des otites répétées depuis plus de trois ans, après la vaccination, hélas obligatoire, du T Tra-Coq. Elle est suivie de près par un spécialiste qui a formellement interdit le BCG. Vous devinez ce qui s'est produit, on a fait ce vaccin à ma fille qui n'est pas du tout en état de le supporter.

Contre l'interdiction du docteur, sans mon autorisation et même sans qu'elle ait subi le test de contrôle ! Sur ce point je suis formelle, ainsi que son institutrice.

J'ai la rage au ventre à l'idée que ma fille puisse tomber encore malade par leur faute. À qui devrai-je demander des comptes ce jour-là ? Quelles sources d'inquiétudes encore pour nous. Je suis en colère de constater que depuis des années, mes autres enfants plus âgés ont été l'objet de tracasseries parce que nous avions réussi

jusqu'à présent à les faire passer au travers de cette stupide vaccination. Je tiens beaucoup à faire partie de votre ligue que le médecin m'a indiquée, car je ne connaissais pas votre existence: c'est bien dommage ! Avons-nous des moyens de défense ? Des moyens de dénoncer leur stupidité ? Car je suis décidée à les combattre et à faire entendre ce que je pense. »

Ne serait-il pas temps que les partis politiques qui se préoccupent de protéger les libertés individuelles prennent conscience de la nature intolérable des contraintes que je dénonce ici, de la part des agents de l'État ? Elles reposent sur l'arbitraire et le mépris des libertés et des droits les plus élémentaires garantis au citoyen puisqu'elles dépendent du caprice de l'autorité et de la puissance de l'impunité.

Lorsqu'on considère ces quelques exemples d'excès de zèle allant parfois jusqu'au fanatisme, on peut se demander à quels mobiles obéissent ceux qui s'y laissent aller et parfois semblent s'y complaire. Dans leur immense majorité, ces exécutants excessifs sont de bonne foi. Ils sont réellement sincères à l'inverse des grands chefs d'orchestre qui eux, ne peuvent pas ignorer que la conformation qu'ils distillent est partiale, orientée et trompeuse. Tous ces missionnés n'ont qu'un travers : c'est leur aveuglement, inexcusable d'ailleurs, qui leur fait perdre de vue les limites de leurs attributions, et oublier le respect normalement dû à autrui. Ils sont subjugués, au point de perdre à la fois le bon sens et la mesure, par l'argumentation pro-vaccinaliste. Nous allons voir qu'elle n'est pourtant pas sans faiblesse.

5. L'ARGUMENTATION VACCINALISTE : SES RAPPORTS AVEC LA CONTRAINTE

La conformation du public en faveur des vaccinations repose à la fois sur des théories d'ordre scientifique et sur des affirmations relevant plus de l'argumentation polémique que de l'observation des faits ou de la recherche de la véracité et de l'exactitude.

Il est commode pour les partisans des vaccinations d'affirmer, qu'à moins d'être médecin ou biologiste, nul n'a le droit d'émettre un avis à leur sujet même s'il les subit. Comme nous savons que tout est mis en œuvre pour barrer la route à ceux qui s'écartent de l'orthodoxie, ou pour étouffer leur voix, la doctrine est ainsi bien gardée.

Accepter cette exclusivité de compétence, c'est admettre qu'il serait nécessaire d'être théologien pour décider si l'on doit baptiser son enfant, ou de sortir de « Sciences Po » pour voter ou prendre une position politique.

En fait, s'il est vrai qu'une opinion scientifique a plus de force lorsqu'elle est énoncée par un scientifique que par tout autre, il n'est interdit à personne de se faire une opinion sérieuse dans le domaine des vaccinations : il ne faut pour cela que savoir lire. Il suffit d'avoir l'esprit un peu ouvert et libre pour juger.

J'ai rapproché dans « Science d'aujourd'hui et Médecine de demain[157] » des textes caractéristiques de savants qui sont parvenus, la plupart du temps sans se connaître, à des conclusions semblables qui se corroborent, s'étayent et se complètent, et qui sont radicalement opposées à celles de Pasteur. On constate, à la lecture de ces études, que depuis un siècle, des faits et des expériences battent en brèche la théorie pasteurienne, sans que les pasteuriens apportent la moindre explication, le moindre éclaircissement, le moindre dé-

---

[157] *Santé, Liberté et Vaccinations,* n° 2 (en vente à la LNPLV).

menti ; leur silence et leur habileté suffisent à étouffer l'adversaire.

Sans prendre position sur une querelle scientifique que nous n'avons pas — comme l'Académie pour les travaux de Tissot ! — les moyens de vérifier, nous sommes obligés de constater que, outre le problème des vaccinations, les fondements théoriques du pasteurisme sont eux-mêmes contestés.

Que les adversaires de celui-ci, comme ceux des vaccinations, soient également boycottés et étouffés, ne change rien aux faits, mais apporte une raison de plus légitimant une opposition aux vaccinations et une aspiration à la liberté dans ce domaine.

Si ces arguments scientifiques fondamentaux qu'on peut opposer aux partisans des vaccinations sortent du cadre de cet ouvrage, et ne constituent d'ailleurs pas la base de l'opposition de leurs adversaires, personne en revanche ne pourra s'étonner ou s'indigner qu'un citoyen puisse répondre à l'argumentation polémique destinée à justifier leur obligation. N'importe qui peut l'analyser sans avoir besoin d'aucune culture médicale ou scientifique.

L'État doit rendre la vaccination obligatoire, dit-on, car il est de son devoir de protéger la population de façon globale contre les fléaux épidémiques. Le seul moyen de la prémunir dans son ensemble est « évidemment » de la vacciner dans son ensemble. L'obligation s'impose, dès lors que c'est pour le bien de tous.

Les arguments employés pour justifier ces affirmations sont les suivants :

1. Les vaccinations ont fait leurs preuves, puisque les épidémies ont disparu grâce à elles.

2. Les individus non vaccinés peuvent être porteurs de germes et disséminer la maladie.

3. C'est pourquoi il importe de maintenir « une barrière d'immunité », seule capable de protéger la collectivité. Cette « couverture vaccinale » n'est efficace que si elle touche 80 ou 85 % de la population.

Mon but n'étant pas de convaincre, mais de soulever des problèmes de manière à susciter la réflexion, il importe peu d'aligner à

nouveau une batterie complète d'arguments propres à contredire la première grande affirmation selon laquelle les vaccinations auraient fait leurs preuves puisque les maladies correspondantes ont disparu. Qu'il me suffise de rappeler les conclusions qu'on peut tirer de l'examen des statistiques présentées au début de cet ouvrage :

1. L'ampleur des maladies épidémiques concernées avait déjà régressé de moitié ou des trois quarts avant l'intervention des vaccinations.

2. Celles-ci n'en ont aucunement infléchi la courbe pour en précipiter l'amélioration.

3. Les « résultats » spectaculaires ne sont apparus que lorsque l'on a vacciné massivement « à marée descendante ».

4. Aucune vaccination massive n'a pu enrayer ou empêcher une recrudescence du taux d'épidémicité quand on a vacciné « à marée montante ».

Ce qui revient à confirmer notre conclusion précédente : c'est l'élévation du niveau de vie qui protège, et non la vaccination. N'oublions pas, d'autre part, que les grandes maladies épidémiques connaissent des phases d'évolution, de périodicité et d'alternance qu'il serait puéril de nier. Après les maladies à microbes, nous assistons, maintenant, à l'extension des maladies à virus.

1. Les porteurs de germes

Quoi qu'il en soit, pendant longtemps, les adversaires de l'obligation vaccinale ont opposé à ses partisans un argument très simple : « Vous êtes convaincus de l'efficacité des vaccinations ; ce n'est pas une raison pour nous les imposer. Si elles sont efficaces, vous ne craignez rien. Nous les jugeons dangereuses, laissez-nous en paix.

— Il n'en est pas question, répliquaient les vaccinalistes. La contagion, cela existe ! Vous pouvez, si vous n'êtes pas immunisés, contracter une maladie et alors nous risquons d'être à notre tour contaminés. Pour notre sécurité à tous, personne ne doit pouvoir se soustraire à la vaccination.

— Si vous craignez la maladie tout en vous prétendant immunisés contre elle, avouez alors que vous reconnaissez l'inefficacité des vaccins. Vous affirmez en somme qu'ils vous protègent quand il n'y a pas de danger mais qu'ils sont inopérants en cas de menace d'épidémie ou si vous côtoyez un malade ? » Longtemps, la querelle des vaccinations s'en tint à ce genre d'argumentation dont les partisans des vaccinations se tiraient en avançant que l'immunité était un phénomène assez relatif, variable d'un sujet à un autre, et qui ne jouait jamais à cent pour cent, si bien qu'on ne pouvait jamais, dans le fond, savoir si on était effectivement protégé.

Mais cette réponse étant assez faible, ils le sentaient bien, les partisans des obligations ont imaginé de lancer la théorie des porteurs de germes.

Rappelons par exemple les affirmations déjà citées du Pr Lépine, au cours d'une conférence organisée par la Ligue à Chatou en 1962.

« Celui qui ne vaccine pas ses enfants expose les autres à la contagion. Si vous ne vaccinez pas les enfants, ils deviennent des porteurs de virus qu'ils disséminent autour d'eux.

... Des enfants non vaccinés représentent des foyers à partir desquels se produisent les poliomyélites des adultes que l'on voit de plus en plus. »

Rappelons aussi l'affirmation plus récente du ministre de la Santé, également déjà citée, car à elles deux, elles définissent deux pôles de références pour la propagande : l'un d'origine académique, l'autre d'essence gouvernementale.

« Un individu non vacciné et non protégé constitue une menace pour les groupes sociaux qui l'environnent. Contaminé, il devient porteur de germes, c'est-à-dire susceptible de provoquer une épidémie dont l'extension et les risques peuvent être très graves » (M. Poniatowski).

De telles déclarations, destinées à justifier la contrainte, peuvent sembler convaincantes... à première vue.

Tout d'abord, si l'on peut admettre qu'un individu vacciné se croit protégé en cas d'éventuelle agression, n'est-il pas étonnant

qu'on puisse imaginer que la vaccination supprime cette agression elle-même ? Combien de fois n'avons-nous pas protesté contre cette psychologie fruste qui permet de vacciner un voyageur en provenance d'un pays d'endémicité variolique, à son retour en Europe... et de le considérer, de ce fait, comme protégé, ainsi que son entourage !

La dernière introduction de variole en France fut le fait d'un militaire, il y a plus de vingt ans. Il était vacciné bien entendu (comme l'a démontré le Dr Buchwald, ce sont toujours des sujets vaccinés qui se trouvent à l'origine de toutes les nombreuses poussées épidémiques qu'il a étudiées). Mais on n'a pas craint d'affirmer que des virus varioliques avaient été trouvés... dans le pyjama du voyageur. Voyez la nuance : l'individu était vacciné donc inoffensif. Mais son pyjama ne l'était pas, hélas !...

N'insistons pas sur ce genre d'affirmations très sérieuses, mais demandons-nous plutôt pourquoi les vaccinés, s'il est vrai qu'ils doivent encore craindre la contagion, craindraient-ils plutôt les « agents » véhiculés par les non-vaccinés ? C'est que les microbes et virus transportés par les vaccinés sont « domestiques », tandis que les autres sont « sauvages ». Une fois de plus, on ne voit pas pourquoi des souches sauvages ne seraient pas véhiculées aussi bien par des individus vaccinés que par des non-vaccinés, sans qu'il se produise aucun trouble apparent. Le risque est donc le même pour l'entourage.

Mais c'est sans doute dans le cas où ces non-vaccinés tombent malades, qu'ils peuvent être mis en accusation ? Ils deviennent « alors » des « réservoirs à virus ». Qui vont-ils contaminer ? Ceux qui sont protégés par le vaccin ? Ce serait reconnaître qu'ils le sont mal, que leur protection est plus psychologique que réelle et qu'il était inutile de les vacciner. Ceux qui ne sont pas vaccinés ? Ils ont préféré courir ce risque hypothétique plutôt que celui très réel, nous le verrons, de la vaccination : ils doivent l'assumer puisque c'est dans notre condition humaine que d'être susceptible de tomber malade.

Deviendront-ils pour autant plus dangereux que les individus vaccinés ? Rien n'est moins sûr. D'une part, ces derniers peuvent aussi contracter la maladie, soit par contamination vaccinale di-

recte, soit par hypersensibilisation, soit à cause de l'absence d'immunisation vaccinale réelle. D'autre part, le retour à la virulence des souches vaccinales est un phénomène suffisamment connu pour qu'on puisse le considérer sérieusement[158].

En fait, les individus vaccinés sont des porteurs de germes et constituent à ce titre une menace pour les autres. Le Pr Basset, par exemple, est catégorique sur ce point :

« Il est par ailleurs prouvé qu'une souche naturelle pathogène de bacille diphtérique est susceptible, à la faveur de divers artifices, de beaucoup augmenter de virulence. Les bacilles diphtériques (type mitis) peuvent, écrit Widfuhr (1949), par passages sur cobayes immunisés activement, se transformer en type gravis ; et il estime qu'une souche naturelle peu virulente, par passages sur des sujets vaccinés, augmentant de virulence, devient susceptible de déterminer, sur des sujets sensibles, une grave épidémie. Effectivement, Mortensen (1946) rencontre chez les vaccinés plus souvent le type malin que le type bénin. Or, les vaccinés, quand ils se contaminent, s'ils font habituellement une maladie bénigne[159] ne restent pas moins porteurs de germes et peuvent être la source, méconnue, d'une épidémie[160]. »

---

[158] Pr Bochian : « L'obtention de microbes et de virus vivants, à partir de vaccins tués, opérée par nous et nos collaborateurs, MM. Chabourov et Popoviants, de même que l'obtention de microbes vivants à partir de différents sérums d'hyper-immunisation, dans lesquels, jusqu'ici, on ne supposait que l'existence d'anticorps, jette une lumière nouvelle sur la nature de ce qu'on appelait l'immunité passive « stérile » et l'immunité active post-infectieuse et post-vaccinale »... « L'obtention de microbes vivants à partir de préparations qui étaient jusqu'ici considérées comme stériles, témoigne des limites nouvelles de la résistance des microorganismes, et infirme les résultats des célèbres expériences effectuées dans ce domaine par Louis Pasteur » *(Science d'aujourd'hui et Médecine de demain* », p. 31-32).

[159] C'est là une croyance très largement répandue par les milieux vaccinalistes, mais les très nombreux cas de maladie, gravissimes ou mortels, frappant des vaccinés, nous en font douter. Il est difficile de qualifier de bénigne une maladie qui frappe un sujet dûment « immunisé », et qui entraine sa mort.

[160] Pr J. Basset, « Vaccinations obligatoires collectives et accidents de vaccination », *Revue de médecine vétérinaire,* novembre 1951.

L'opinion du Pr Basset est d'autant plus inattaquable que celui-ci n'est pas un détracteur des vaccinations : il croit à leur efficacité dans certains cas, mais demande que leur emploi soit strictement limité, en raison de la gravité des accidents et de la brièveté de l'immunité qu'ils sont susceptibles de conférer.

Il résume sa position en ces termes : « Les vaccinations devraient être subordonnées aux circonstances ; en temps normal, ce sont des mesures d'hygiène générale que l'État doit dispenser. »

Cette opinion du Pr Basset est corroborée par celle du Dr Rendu, ex-chef adjoint de clinique à la faculté de médecine de Lyon[161].

« Il est bien établi que la diphtérie ne se transmet guère par des malades, mais presque toujours (dans 97 % des cas) par des porteurs sains de germes, comme l'a prouvé l'enquête faite en Europe par le Comité d'hygiène de la Société des nations... Pour que la vaccination puisse, par ricochet pour ainsi dire, réduire la morbidité des non-vaccinés, il faudrait donc qu'elle soit capable de diminuer la fréquence en portage de germes chez les vaccinés.

« Or, de nombreux travaux ont montré que l'injection d'anatoxine est sans action sur le bacille de Loeffler : un enfant, porteur de germes avant la vaccination, le reste après et peut, de ce fait, bien que vacciné, continuer à répandre la maladie dans son entourage. »

J'ai d'ailleurs personnellement vécu une épidémie de diphtérie

---

Le Pr P. F. Sdrodovski ajoute que les vaccinations au moyen de vaccins morts n'excluent pas que celui qui a été vacciné devienne lui-même porteur de l'infection contre laquelle on l'a vacciné. « Dans certaines conditions, écrit-il, cette catégorie réfractaire peut même devenir un réservoir de virus et une source d'infection pour l'entourage » (cf. son article : « Questions d'infection, de pathologie et d'immunologie », *Travaux de l'Académie des sciences médicales de l'URSS,* 1949, t. IV).

Il n'est pas sans intérêt de souligner aussi une autre conclusion du Pr Sdrodovski, à savoir que « chez les enfants auxquels on a inoculé une seule fois l'anatoxine diphtérique, la maladie peut prendre un caractère plus pernicieux que chez les non- vaccinés ». G. M. Bochian, « Les réalisations de la biologie soviétique », *Europe,* n° 82, octobre 1952.

[161] *Journal de médecine de Lyon,* n° 819, 20 février 1954.

dans l'aérium des Ardennes, c'est-à-dire dans une population récemment vaccinée : tous les vaccinés se révélèrent porteurs de germes. Une personne resta négative : elle n'avait pas été vaccinée. Coïncidence ? Qui sait ?

Cette théorie des non-vaccinés porteurs de germes — que les propagandistes ont avancée pour justifier indistinctement et globalement toutes les obligations vaccinales — frise la stupidité quand on l'applique au BCG et à la tuberculose. Tant pis : plus l'argument est grossier, plus il frappe et mieux il est accepté. Selon les théories officielles, une cuti positive est la preuve que le sujet a été en contact avec le bacille de Koch. Lui seul est donc susceptible d'être porteur de germes. Or qui veut-on vacciner pour empêcher la contagion ? Non pas celui qui risque d'être dangereux, mais celui qui est demeuré négatif, c'est-à-dire non contaminé. Comment croire qu'il est dangereux pour les vaccinés ? S'il n'a jamais été en contact avec le B K, pourrait-il, d'après les théories vaccinalistes, propager la tuberculose ? À noter qu'une fois vacciné, il devient positif et par là à égalité avec le sujet spontanément positif qui justement serait dangereux.

En ce qui concerne la polio, cette théorie des porteurs de germes est des plus hasardeuses également, puisque cette maladie n'est pas épidémique à proprement parler (et le tétanos pas du tout).

Au contraire, la contamination des nappes phréatiques de New York par les virus vaccinaux montre assez bien comment le vacciné peut être dangereux pour la collectivité. C'est bel et bien lui le porteur de germes : ceux-ci se répandent par ses selles ; c'est ainsi que Lenartz a retrouvé le virus vaccinal dans les eaux usées de Hambourg, plusieurs semaines après vaccination.

Une étude relative à la campagne de vaccination antipolio, réalisée au Costa Rica en 1959, prouve la réalité de la contamination par les sujets vaccinés[162] :

« Le type 3 fut aussi celui qui se répandit le plus rapidement, infectant 85 % des contacts familiaux sensibles âgés de moins de 5

---

[162] Chron. OMS, vol. 13-11.

ans et réinfectant 22 % de ceux qui possédaient déjà des anticorps antitype 3. La vitesse de dissémination du type 1 était moindre, celle du type 3 était étonnante ; 63 % des contacts avaient contracté le type 3, cinq jours après que le petit vacciné ait ingéré le vaccin.

Avant vaccination, l'on retrouvait du poliovirus sauvage chez les mouches. Après vaccination, les mouches véhiculaient du virus vaccinal. »

Le Pr John Enders, Prix Nobel de médecine en 1954, ne doute pas, lui, que les vaccinés soient porteurs de virus. Bien que convaincu de l'efficacité de la vaccination contre la rubéole, il a lancé un cri d'alarme à ses confrères : celle-ci pourrait bien être plus dangereuse que la maladie elle-même puisque les sujets même bien immunisés peuvent héberger le virus sans être malades et le répandre autour d'eux, faisant ainsi courir un énorme danger au fœtus des femmes enceintes.

« Le vaccin antirubéolique peut transmettre la rubéole dans quelques cas rares. L'étude récente de 51 ramilles a apporté la preuve sérologique d'une infection rubéolique non clinique chez un enfant de 3 ans dont deux frères avaient été vaccinés. Ceux-ci étaient certainement la seule source possible de contamination de l'enfant de 3 ans. Gilbert Schiff (Cincinnati) a observé des cas analogues[163]. »

« Les individus vaccinés porteurs d'une affection asymptomatique sont un danger pour les non-immunisés qui, après contage, peuvent contracter une rubéole typique. Souvent les doses de rappel ne réussissent pas à produire une augmentation importante d'anticorps circulants. Aucun des vaccins antirubéoleux à souches atténuées n'a l'efficacité immunologique du virus naturel » *(Médecine et Hygiène,* 5 mai 1976).

Weinstein et Chang, faisant état de l'échec du vaccin antirubéolique « à prévenir une large épidémie de la maladie », se demandent « si la population vaccinée est elle-même protégée », puisque l'immunisation « ne suffit pas à éviter qu'une grande partie des indivi-

---

[163] *Méd. Trib., n°* 36, 22 juin 1970.

dus soit infectée » (dans 50 à 80 % des cas). Ce phénomène serait dû au fait que « les taux d'anticorps obtenus diminuent... au point qu'ils deviennent incapables de protéger contre l'infection ». Ces auteurs constatent en outre, sans ambiguïté, le rôle joué par les individus vaccinés dans la propagation insidieuse de la maladie.

Pour en finir avec la responsabilité dont on aimerait charger les non-vaccinés, tant pour justifier la contrainte qui protégera la collectivité que pour susciter contre eux les réactions d'hostilité de celle-ci, rappelons qu'en médecine vétérinaire, ce sont les animaux vaccinés qu'on considère comme des porteurs de germes, et non le contraire.

En 1966, quelques cas de peste équine firent peser une menace sur le cheptel chevalin d'Europe.

« Pour prévenir le fléau, on utilise un vaccin, efficace à court terme, mais qui présente un inconvénient majeur : le sujet vacciné doit être considéré comme porteur de virus, donc contagieux, et, par conséquent les mêmes interdictions sanitaires lui sont applicables » *(le Figaro.* 7 décembre 1966).

« ... Dans un pays indemne de peste équine comme le nôtre, il est formellement contre-indiqué de procéder à la vaccination contre cette maladie », déclare dans une circulaire le chef des services vétérinaires du ministère de l'Agriculture.

La circulaire met en garde contre les dangers de recourir à la vaccination, car les équidés vaccinés doivent être considérés comme des porteurs de virus au même titre que ceux ayant contracté la maladie naturellement *(le Courrier de l'Ouest).*

Autre exemple assez frappant :

« L'Amérique et l'Australie sont opposées à l'entrée d'animaux vaccinés contre la fièvre aphteuse. N'ayant jamais souffert de cette maladie, elles craignent que le virus inoculé aux animaux français ne déclenche une épizootie dans leurs élevages » *(Nord agricole,* 23 novembre 1970).

Pour tourner cette difficulté rencontrée par les exportateurs de bétail, on a d'ailleurs créé une station de quarantaine à Brest, « car

le département du Finistère est le seul où la vaccination anti-aphteuse ne soit pas obligatoire : depuis 1957 on y abat les animaux malades, ce qui a permis l'éradication totale de cette maladie depuis 1961. Or, aucun pays anglo-saxon ne conçoit la vaccination comme une politique sanitaire efficace[164] ». Reconnaissons que la récente et catastrophique épidémie de fièvre aphteuse de Bretagne leur a donné raison : elle s'est déclarée dans un cheptel vacciné tous les ans, chez des animaux récemment revaccinés. Qu'on ait abattu tout animal, même vacciné, soupçonné d'avoir été en contact avec un animal malade, dit assez bien la confiance qu'on accorde à la protection vaccinale. Mais surtout, le Finistère, département voisin des foyers les plus importants, est resté indemne de cette maladie, en dehors de toute vaccination. Le préfet du Finistère interrogé à ce propos, fit remarquer qu' « il n'y avait pas eu importation de virus, du fait qu'il n'y avait pas (eu) de vaccinations... ». M. Robin, directeur général des Services vétérinaires, a confirmé et précisé ce fait : « Un bovin vacciné reste porteur de virus aphteux pendant un laps de temps d'au moins deux ans » *(Ouest-France,* 12 mars 1974). Je ne pense donc pas qu'il soit excessif d'accuser cette vaccination d'avoir été à l'origine de l'épidémie.

De même, lorsqu'il fallut abattre 300 porcs vaccinés contre la peste porcine, les journaux se sont étonnés :

« Louhans. Fait extraordinaire : après cinq mois de présence dans une porcherie située à Simandre, *et bien que vaccinés, donc théoriquement immunisés contre la peste porcine,* quelques-uns des porcs présentaient récemment des symptômes de la peste porcine » *(le Progrès de Lyon,* 23 janvier 1975).

« Il est évident, faisait remarquer le Dr Viñas[165], que sans les

---

[164] Cf. *Le Figaro agricole* de juin 1971, qui poursuit : « Plus encore : non seulement ces pays rejettent sans recours les animaux vaccinés, mais même les veaux " porteurs d'anticorps maternels (issus de vaches vaccinées contre la fièvre aphteuse, par exemple) ", De plus, le ministre de l'Agriculture faisait remarquer dans le numéro déjà cité du *Nord agricole* que la vaccination était autorisée et même conseillée en France, mais que la commercialisation de viande vaccinée était interdite en Allemagne, au Luxembourg et aux Pays-Bas. »

[165] Dr Viñas, *Santé, Liberté et Vaccinations,* n° 43. mars 1975.

préjugés vaccinalistes qui faussent le jugement logique des faits, il faudrait reconnaître que les “ symptômes de peste porcine ” décelés chez ces porcs sont la conséquence de la vaccination : c'est le vaccin, soit de virulence trop peu atténuée, soit de virulence exaltée par le passage sur l’organisme des porcs, qui a déclenché ledit foyer de peste. Si, par suite, on généralise cette vaccination, ou si le vaccin est redevenu virulent, ladite peste ou “ maladie vaccinale ” peut fort bien simuler ou constituer une épizootie. Voilà un cas caractérisé d’épizootie de “ civilisation ”. »

L’actualité récente en a donné un autre exemple : la quasi-totalité des élevages américains se trouve contaminée par la rhino-trachéite infectieuse des bovins (IBR) du fait que la vaccination par vaccins à virus vivants a été largement pratiquée dans ce pays. Les éleveurs français désireux de lutter contre ce fléau qui entraîne en particulier des avortements et menace dès à présent notre cheptel, vaccinent également avec des vaccins vivants qu’ils se procurent en fraude : ils contribuent par-là à répandre l’IBR dont l’extension prendra sous peu les dimensions d’un problème national[166].

Ces quelques remarques concernant le prétendu danger représenté par les porteurs de germes que seraient les individus non vaccinés permettront de prendre un recul vis-à-vis d’une théorie qui ne doit son impact publicitaire qu’à sa trop grande simplicité. C’est dire le crédit qu’on peut accorder à son extension dans le mythe plus grandiose et plus frappant, s’il se peut, celui de la « barrière d’immunité ».

2. La barrière d’immunité

En 1956, au Ier Congrès international de pathologie infectieuse, le Pr G. Ramon recommandait « la plus extrême prudence » dans les essais de vaccination contre la polio au moyen des « virus vaccins »

---

[166] Cf. Table ronde à l'Institut Mérieux, en présence de vétérinaires, de professeurs des écoles vétérinaires de Toulouse et d’Alfort, et d’un représentant du ministère de l'Agriculture, in *Tonus vétérinaire,* numéro du 10 au 16 juin 1976.

qu'il jugeait condamnés, ou à demeurer inefficaces s'ils étaient trop atténués, ou à être dangereux s'ils ne l'étaient pas assez.

Il a été amené, afin de montrer combien il est prématuré de tirer des conclusions sur la valeur des vaccins antipolio, à avancer l'affirmation suivante : « C'est seulement lorsqu'au moins 70 % de la population enfantine d'une ville ou d'une contrée est vaccinée selon les règles, au moyen de l'anatoxine diphtérique, que la diphtérie tend à disparaître, comme maladie épidémique de cette ville ou de cette contrée... »

Le Pr Lépine retourna contre les partisans de la liberté cet argument que le Pr Ramon opposait à la généralisation aventureuse de la vaccination antipolio. C'est ainsi qu'il déclara à Chatou : « Si vous vaccinez toute la population infantile (au-delà de 85 %), vous rompez la chaîne de contagion et il n'y a plus de diffusion du virus... Si vous ne vaccinez pas les enfants, ils deviennent des porteurs de virus qu'ils disséminent autour d'eux... », etc.

Cette théorie est extrêmement séduisante et plaide puissamment en faveur du maintien des obligations vaccinales. Elle n'est pourtant pas corroborée par les faits. Non seulement on constate que dans les pays où le taux de vaccination est minime, les maladies combattues régressent aussi bien qu'ailleurs, toutes choses égales d'ailleurs, mais on n'y assiste pas au retour, inévitable affirme-t-on, des épidémies du passé.

L'exemple de l'Angleterre est absolument probant. Devant l'échec des vaccinations antivarioliques massives, systématiques et répétées, ce pays a peu à peu laissé diminuer le taux des vaccinés. Dès les premières années du XXe siècle, les milieux vaccinalistes prophétisent la catastrophe.

En 1925, Bernard Shaw, grand adversaire des vaccinations, décrit avec quelle impatience triomphante, ils attendent l'arrivée de la prochaine épidémie qui devait selon eux ravager l'Angleterre : ils sont effrayés de voir que la proportion des vaccinés est tombée à 40 %. Or, dans ce pays de moins en moins vacciné, la variole n'a pas cessé de régresser pour disparaître totalement !

En 1949, toutes les lois d'obligation sont abrogées et la liberté

totale est à nouveau accordée aux citoyens britanniques. Depuis cette date, c'est-à-dire depuis un quart de siècle, on peut dire que l'Angleterre fait la démonstration que l'on peut supprimer les obligations sans craindre un retour des épidémies. Le taux des vaccinés y variait de 30 à 40 %, pratiquement sans rappels. C'est-à-dire que, selon les immunologistes, la Grande-Bretagne était un pays non protégé par la vaccination. Or, malgré plusieurs importations de cas de variole par des individus vaccinés, *le retour à la liberté n'a pas entraîné le retour des épidémies.* Ce n'était pourtant pas ce lambeau de « couverture vaccinale » qui protégeait la Grande-Bretagne !

Au printemps de 1973, deux ans après la condamnation officielle de la vaccination de masse, une employée d'un laboratoire anglais de médecine tropicale, vaccinée depuis un an, contracta la variole. Comme elle était vaccinée, on ne pensa pas à cette maladie. Deux personnes en contact avec elle à l'hôpital moururent.

Déjà, les partisans français des vaccinations se frottaient les mains, enfin on allait voir ce que feraient les Anglais face à l'épidémie, on allait voir comment la variole décimerait un pays non protégé, un pays où le ministre de la Santé poussait l'outrecuidance jusqu'à déconseiller la vaccination alors que la couverture immunitaire n'y atteignait même pas 5 %.

Déjà, les journaux et la radio brandissaient l'épouvantail de la contagion, et faisaient croire que les certificats de vaccination étaient exigés pour se rendre en Angleterre ou pour en sortir.

Depuis silence !

La Grande-Bretagne avait vaincu son « épidémie » sans vacciner systématiquement, par de simples mesures d'isolement. La preuve était apportée par les faits que l'absence de couverture immunitaire n'entraînait pas le retour des épidémies. Mais on préfère se détourner de preuves aussi gênantes pour ne pas avoir à remettre le dogme en question.

Les Anglais, disait-on par ailleurs de façon contradictoire il y a très peu d'années, quand nous citions en exemple leur absence de toute obligation vaccinale, méritent la liberté, car ils sont un peuple discipliné. Il n'est nul besoin d'obligation pour qu'ils se soumettent

massivement aux vaccinations qui atteignent dans leur pays un niveau plus élevé qu'en France. Argument inconsistant puisque nous avons vu qu'en réalité, et depuis des années et des années, un tiers seulement de la population de moins de 5 ans était vacciné. Pas question de rappels à 11 et 20 ans comme en France. Essayons d'apprécier la réalité de leur « barrière d'immunité ».

Le pourcentage d'individus jugés immunisés varie selon les estimations que l'on fait de la durée de l'immunité réelle.

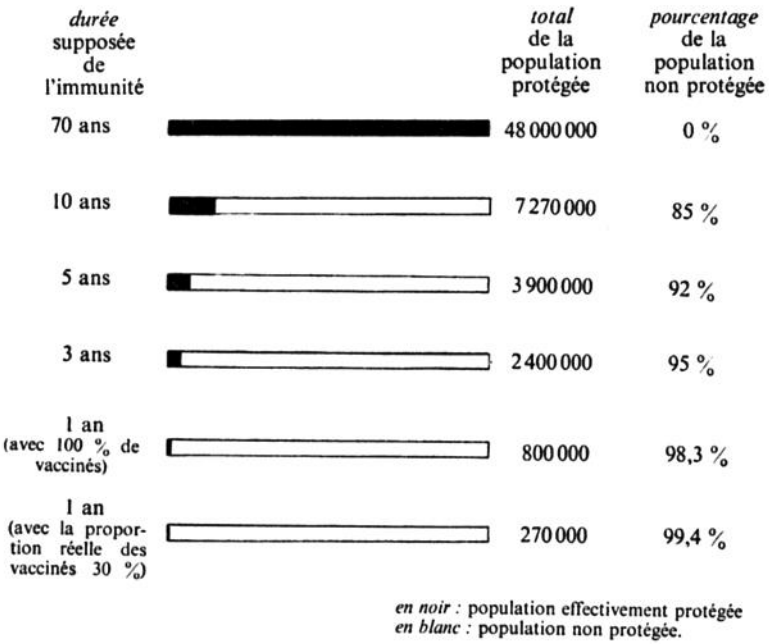
Supposons que la *totalité* de la population d'un pays soit vaccinée à la naissance (cf. tableau). Si l'immunité ne durait que dix ans, déjà 85 % de la population ne seraient pas protégés. Si en revanche, comme on l'admet généralement, la durée de l'immunité n'excède pas cinq ans, mais varie de trois à cinq ans, nous avons 92 à 95 % de personnes non protégées. Où est la barrière d'immunité[167] ?

Plus encore ; le tiers seulement de la population est vacciné, ce qui porte à 98,3 le pourcentage des Anglais non immunisés par le vaccin. Quelle peut être l'efficience d'une barrière à laquelle il ne reste que deux barreaux sur cent[168] ?

---

[167] M. Ord est un adversaire de la vaccination. Mais sa démonstration est confirmée, à quelques centièmes prés, par les études très officielles des Pr Dixon et G. Dick.

[168] Remarquons à nouveau la confusion entretenue entre les mots « vacciné » et « immunisé ». Si la théorie de la « barrière d'immunité » était valable, il faudrait pour qu'elle corresponde à une réalité qu'une collectivité compte 80 % d'individus *immunisés.* On peut dire qu'à de très rares exceptions près, cela ne s'est jamais produit. Mais on pensait, au début de la généralisation de la vaccination, que tout sujet vacciné une fois était immunisé pour la vie. D'où la confusion. Aujourd'hui on sait que si 80 % d'individus ont reçu une vaccination dont l'efficacité est de courte durée, cela donne un taux extrêmement bas d'individus immunisés. C'est pourquoi, sans rien changer à la théorie, on évolue vers la recherche d'une immunité plus substantielle, grâce à la multiplication des rappels. Ne serait-il pas plus réaliste d'admettre que les épidémies ont disparu malgré l'absence de couverture immunitaire... et d'abandonner par conséquent une pratique inutile ?



En Grande-Bretagne, pourcentage de la population non protégée contre la variole selon les estimations de la durée de l'immunité réelle. Tableau établi par M. Ord, de la National Antivaccination League. On a supposé que *toute* la population est vaccinée à la naissance, sauf pour la dernière ligne.

En France, la perméabilité de la « barrière » est sans doute moins importante, puisque les vaccinations sont obligatoires et qu'on pratique des rappels.

En fait, 60 % des assujettis, au plus, subissent effectivement les première et deuxième vaccinations[169], et seuls les hommes sont revaccinés à 21 ans (et encore ne font-ils pas tous leur service militaire).

Sont donc en fait vaccinés et (peut-être) immunisés, si la durée de l'immunisation active est de trois ans :

60 % des enfants de 1 à 3 ans, soit 1485000

---

[169] Michel Georget, *Santé, Liberté et Vaccinations,* décembre 1973, d'après l'Annuaire statistique de la France et les statistiques de l'INSERM.

60 % des enfants de 11 à 13 ans, soit	1497 000
Les hommes de 21 à 23 ans, soit	1 325000
Total des vaccinés	*4 307000*

La couverture immunitaire contre la variole est donc actuellement en France de l'ordre de 8,6 %. Nous sommes loin des 70 à 80 % officiellement requis !

Encore convient-il de remarquer que la variole est la seule maladie contre laquelle on vaccine trois fois à dix ans d'intervalle.

Un calcul analogue au précédent montre que la barrière d'immunité se situe, en France :

— entre 7 et 16,5 % pour la polio,

— entre 6,5 et 12 % pour la diphtérie et le tétanos, suivant que l'on se place dans les conditions réelles (immunité trois ans et 60 % d'assujettis vaccinés) ou dans les conditions optimales (immunité cinq ans et tous les assujettis vaccinés).

En méditant ces chiffres, et si l'on se rappelle les énormes poussées épidémiques que nous avons soulignées plus haut dans des populations survaccinées, on conviendra du caractère très romanesque de cette barrière dite d'immunité.

Si mythique soit-elle, elle ne s'en oppose pas moins avec un succès constant... aux partisans de la liberté des vaccinations.

> Il est nécessaire de poursuivre la pratique des vaccinations, car la circulation des germes persiste et l'on observe que les épidémies réapparaissent dès que la couverture immunitaire globale de la population décroît. — Mme S. Veil, 18 avril 1975, devant l'Assemblée nationale.

En fait, ni la théorie des non-vaccinés porteurs de germes, ni celle de la couverture immunitaire n'ont jamais eu le moindre fondement. Le seul moment où cette couverture a été très importante, pour la variole en particulier, est celui où les épidémies les plus terribles se sont déclarées. Nous avons vu qu'il y a longtemps que

notre couverture est négligeable par rapport aux 80 % théoriques... que les épidémies n'en sont pas revenues pour autant, que bien des maladies avaient considérablement régressé avant la mise en place de la vaccination correspondante et que d'autres ont suivi les mêmes courbes décroissantes en dehors de toute vaccination[170].

L'honnêteté intellectuelle ou scientifique ne saurait donc se satisfaire d'affirmations aussi légères.

Qu'on vende par une publicité douteuse un produit quelconque en convainquant les gens qu'ils ne sauraient s'en priver, c'est regrettable ; mais en ce qui concerne les vaccinations, on va beaucoup plus loin. Non seulement on emploie les procédés de vente habituels, avec ce qu'ils comportent d'altération de la vérité, mais, en jouant sur les trois grands thèmes que nous venons d'examiner dans ce chapitre, on parvient à susciter les réflexes nécessaires à l'échelle nationale pour en légitimer et en imposer l'obligation.

En attribuant aux vaccinations le recul des épidémies, on impose dans l'esprit du consommateur la notion de qualité des produits concernés et de leur efficacité ; en présentant les non-vaccinés comme de dangereux porteurs de germes, on culpabilise les réfractaires et on suscite contre eux l'agressivité générale ; enfin la nécessité de l'existence d'une couverture immunitaire globale justifie à la fois les obligations et la contrainte.

Nous venons de voir que ces trois arguments de base ne sont pas fondés sur la réalité. La conformation qu'ils imposent est donc sans objet. Il faut cependant pour en juger les conséquences pousser plus avant notre étude et nous demander dans quelle mesure cette intoxication des esprits va réellement dans le sens de l'intérêt de la

---

[170] En réalité, la contrainte et l'acharnement qu'on déploie envers les opposants s'expliquent par le désir de réduire une minorité en voie d'extension. Les 80 % de vaccinés exigés par la propagande sont, nous l'avons vu, un leurre du point de vue épidémiologique. Mais du point de vue idéologique, la « barrière d'immunité » est nécessaire pour contenir la poussée des opposants actifs aux vaccinations, en passe de franchir la phase d'expansion dangereuse pour le maintien d'un dogme menacé. Au-delà de ces limites, les idées subversives qu'il s'agit de contenir risquent de se propager comme une épidémie.

collectivité et si elle débouche finalement comme on le prétend sur un bienfait social.

6. UN BIENFAIT SOCIAL ?

> ... Sur le terrain de toutes les maladies que l'on s'efforce d'éradiquer, la vaccination résout quelques problèmes, mais en crée de nouveaux, et combien fascinants !
> ... Il faut surveiller leurs effets (des vaccinations) avec un œil plein de curiosité et l'esprit ouvert à la surprise... — Pr. F. Dekking, Virus Laboratorium, université d'Amsterdam, journée d'étude 1969, « La médecine préventive », Cf. *Santé, Liberté et Vaccinations,* n° 17.

« Les vaccinations constituent un grand bienfait pour le niveau moyen de la santé publique, donc pour l'économie. Leur obligation est un avantage social important car elle entraîne leur gratuité, les plus pauvres pouvant ainsi en bénéficier. »

Ainsi s'expriment les partisans des vaccinations lorsqu'ils s'adressent aux cadres de la nation, économistes, administrateurs ou politiciens. Reconnaissons que les deux arguments s'allient admirablement pour satisfaire également tous les partis. On arrive d'ailleurs à cette situation étonnante que la gauche, pour défendre ce qu'elle considère comme une conquête sociale, est devenue le meilleur défenseur des intérêts financiers des producteurs de vaccins !

Nous ne pouvons donc nous dispenser d'aborder cette question : la vaccination est-elle vraiment un bienfait, et dans quelle mesure ?

Disons tout de suite qu'au seuil de cette étude qui devrait avoir précédé toute obligation, on rencontre un énorme scandale moral du simple fait qu'elle n'a jamais été faite. On a toujours voté les obligations sur les vœux des parties intéressées (mais non toujours désintéressées), sur des analyses très élémentaires et sur des statistiques aussi restreintes que soigneusement choisies pour démontrer ce qu'on voulait prouver.

N'est-il pas stupéfiant que l'introduction systématique et obligatoire de produits dangereux dans notre sang n'ait jamais donné lieu

à aucune recherche scrupuleuse, à l'établissement d'aucune statistique valable concernant ses inconvénients ?

N'oublions tout de même pas qu'en dépit de récents et importants progrès réalisés dans les techniques de production, les vaccins proviennent, à l'origine, de pus d'animaux malades ou de cultures d'éléments les plus redoutables pour la santé ; n'oublions pas que tous sont susceptibles d'entraîner la mort ou d'innombrables possibilités d'accidents et de désordres plus ou moins graves.

L'honnêteté et la prudence ou la rigueur les plus élémentaires n'auraient-elles pas dû imposer automatiquement la recherche et le dénombrement systématique des conséquences fâcheuses de telles obligations ? Au contraire, nous l'avons signalé, tout concourt à les laisser dans l'ombre : l'indifférence et l'étouffement, et la mauvaise foi également.

Comment peut-on, dans ces conditions, parler sérieusement de grand bienfait, quand on ignore *tout* de l'importance du volume des décès et des accidents à court ou long terme ? Si l'on en juge par le courrier de la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations, la vérité serait écrasante pour les vaccinations si elles faisaient l'objet d'une recherche vraiment objective, si l'on ne se contentait pas de quelques résultats de bric et de broc, voire de simples affirmations.

C'est sans doute l'unique raison pour laquelle cette recherche n'a jamais été entreprise, et pour laquelle le Conseil supérieur d'Hygiène publique a osé la juger prématurée.

Pour juger du caractère bénéfique ou non des vaccinations, il faut considérer à la fois leur efficacité, c'est-à-dire l'apport positif qu'elles pourraient comporter dans la protection de l'individu et de la collectivité, ainsi que leur éventuelle nocivité, c'est-à-dire les inconvénients qui leur sont inhérents.

Nous avons vu en particulier dans le premier chapitre, qu'il est indispensable de reconsidérer les « certitudes » habituelles quant à leur efficacité : tout en se gardant de généralisation excessive, il faut admettre que les différentes vaccinations se sont montrées décevantes sur le plan de l'efficacité.

1. Les populations bien vaccinées n'ont pas été protégées contre

le retour d'épidémies.

2. À égalité de niveau de vie, les épidémies ont régressé aussi vite dans les pays non vaccinés que dans ceux qui l'étaient.

3. Il apparaît à l'évidence que la mise en place des vaccinations n'a pas eu d'effet sensible sur l'évolution des courbes de régression générale de ces épidémies.

J'insiste à nouveau sur ces éléments indispensables au jugement global, parce qu'on a tendance à rejeter inconsciemment ce qui, au cours de la lecture, a heurté les idées admises. Pour en apporter un dernier exemple, rappelons l'abandon du BCG en Allemagne ; aucun élément nouveau n'est intervenu récemment pour motiver cette décision. Mais une évolution s'est faite peu à peu dans les esprits, qui les a amenés à reconnaître pour vrai ce que le phtisiologue Henri Schweers déclarait dès 1948[171].

Il remarquait à cette époque que, depuis le début, de nombreux opposants au BCG déclaraient que sa légende avait été forgée de toutes pièces « grâce à des accrocs aux bases de l'expérimentation, aux règles de la statistique, au bon sens clinique et à l'esprit critique».

Cependant, « les prétoriens du BCG » n'avaient jamais désarmé et après une mise en sourdine de dix années, de 1933 à 1943, la propagande avait repris de plus belle, sans reposer, en 1948 plus qu'en 1928, sur aucune base solide, mais seulement sur des « il semble bien » et des « on peut admettre ».

Après avoir précisé qu'il a suivi pendant vingt-cinq ans la question du BCG, et qu'il a pris connaissance de 400 publications consacrées à ce sujet, le Dr Henri Schweers affirme :

« Aussi pouvons-nous garantir que jamais on n'a fourni, dans aucun pays, la preuve indiscutable de l'utilité, même relative, de la prémunition. Il y a des faits, il y en a même beaucoup, mais aucun d'eux ne plaide en faveur du vaccin, au contraire. Citons les deux suivants :

---

[171] H. Schweers, *Le Scalpel.* n° 14, 3 avril 1948. (Étude reprise par le Pr Ferru dans *La Faillite du BCG.* 1977.)

1. L’incorporation du BCG n’a aucune influence sur la morbidité et la mortalité tuberculeuses des vaccinés, si elle n’est pas accompagnée d’une action d’hygiène et de médecine générale.

2. Les dispensaires qui vaccinent n’enregistrent pas une morbidité et une mortalité tuberculeuses plus favorables que ceux qui ne vaccinent pas ; c’est même le contraire qui arrive. »

Puissent les exemples cités dans le premier chapitre, montrer combien il faudrait faire effort pour s'arracher aux manipulations psychologiques imposant des idées que les faits démentent !

Mais après avoir ainsi contesté la part positive des vaccinations, c'est leur côté négatif que nous allons maintenant essayer d'apprécier.

Il faut bien reconnaître qu’apparemment, si l’on considère les choses de façon superficielle, les accidents sont rares. À part quelques réactions spectaculaires, les suites des vaccinations sont généralement insidieuses, elles se développent à bas bruit et parfois longtemps après l'inoculation. Elles passent souvent inaperçues. C'est ainsi par exemple que peu de médecins établissent un rapprochement entre les angines à répétition d’un patient et les vaccinations DT qu’il a reçues parfois très longtemps auparavant. Ceux qui, par exception, le feraient, seraient d'ailleurs en droit d'estimer légitime d'infliger un risque aussi minime pour écarter un risque beaucoup plus grave.

On raisonne ainsi pour chaque vaccination, et de plus on considère toujours chacune d'elles indépendamment des autres, dans toutes les études médicales. La réalité biologique est bien différente. L'individu vacciné ne réagit pas comme s’il avait reçu la seule vaccination antidiphtérique, la seule vaccination antivariolique, etc., mais il réagit avec la totalité de son être face à la totalité des vaccins qui lui sont inoculés.

Nous ne sommes plus au temps où l’on pratiquait uniquement la vaccination antivariolique et un rappel ! Le calendrier des vaccinations édité par les Laboratoires Mérieux, et qui est très semblable à d’autres proposés dans les pharmacies, conseille l'impressionnant total de 38 stimulations immunologiques jusqu’à l'âge de 20 ans,

sans parler des multiples réactions tuberculiniques (12 ou 15 environ pour qui fait des études longues), ni du vaccin antigrippe tous les ans, ni des rappels ultérieurs !

Réalise-t-on vraiment quelle agression cela représente pour l'organisme ? Il s'agit en fait d'un problème entièrement nouveau et différent de celui de chaque vaccination prise isolément ; à lui seul il devrait imposer une étude approfondie des réactions immunitaires face à 38 ou 40 stimulations. Car il serait enfantin de supposer que le délai ménagé entre deux injections laisse le corps vierge vis-à-vis de la première lorsqu'on pratique la seconde !

> Il est certain qu'on ne peut pas vacciner les gens contre dix-huit maladies ; stimuler sans cesse l'immunité, qu'elle soit tissulaire ou sérique, n'est peut-être pas sans danger. — R. Pariente (professeur de médecine à l'hôpital Laennec), *Le Concours médical*, 20 avril 1974.

1. Immunologie : effets nocifs de l'immunisation artificielle

En 1966, le Pr Raoul Kourilsky[172] déclarait : « L'immunologie en est encore à ses débuts...

Elle traite des réactions physiologiques de l'organisme vis-à-vis de la pénétration de substances moléculaires non conformes au code génétique.

Non seulement les réactions ne sont pas toujours protectrices, mais dans un nombre de cas malheureusement trop élevé, elles sont nocives ; elles créent des lésions cellulaires et tissulaires qui sont rarement localisées, souvent diffuses, et le pire, c'est que ce processus pathogène s'exerce dans l'organisme pendant tout le temps que la substance étrangère y persiste. »

Depuis cette date, l'immunologie a fait des pas de géant, et ses découvertes confirment le caractère insensé de notre furie vacci-

---

[172] Membre de l'Académie nationale de médecine, directeur du Centre de recherches d'immunopathologie de l'INSERM et de l'Association Claude Bernard, conférence présidée par le Pr Tréfouel, ancien directeur de l'Institut Pasteur.

nale. Le point de ces connaissances a été fait récemment dans une étude de premier ordre parue dans *Scientific American*[173].

Il est maintenant établi que la stimulation des processus immunitaires est loin d'être sans danger et l'on peut affirmer, bien que beaucoup de choses restent à découvrir dans ce domaine, que ces processus sont à l'origine de manifestations pathologiques graves complètement inconnues il y a quelques années.

La formation d'anticorps que les vaccinations cherchent à multiplier n'est donc pas forcément un facteur bénéfique, tant s'en faut. En particulier, l'interaction entre le virus et le système immunitaire peut induire des altérations tissulaires se traduisant par des lésions rénales, vasculaires, articulaires ou autres.

Il est classiquement admis que lors de l'attaque d'une cellule par un virus, les anticorps induits par cette pénétration virale peuvent empêcher l'extension de l'infection. Mais on sait maintenant que dans un certain nombre de cas, ce n'est pas le virus qui affecte directement la cellule, lors de sa multiplication, mais bien la réaction immunitaire déclenchée par la présence du virus.

Les travaux de W. P. Rowe (National Institute of Health, USA, 1950), puis de Gilden, en apportent la démonstration dans une étude sur le virus de la chorio-méningite lymphocytaire (virus CML).

Si l'on infecte des souris par le CML, il se multiplie activement pendant cinq jours, sans provoquer de troubles apparents. Le sixième jour, apparaît la réaction immunitaire antivirale. C'est alors que se déclare la méningite, rapidement mortelle.

Si, avant l'inoculation, on supprime le système immunitaire par irradiations aux rayons X, alors les virus se multiplient de la même façon, mais la méningite ne se produit pas.

Enfin, on infecte deux groupes de souris ayant subi un traitement supprimant les réactions immunologiques. On injecte au premier

---

[173] *Scientiftc American.* 228, 22, 1973 ; étude reprise notamment dans *Horizons médicaux.* n°201, 6, 1973, ainsi que dans *Médecine et Hygiène* des 13 juin et 3 octobre 1973.

des anticorps antivirus CML : il survit. Au second, on injecte des lymphocytes provenant d'animaux immunisés contre ce virus : la méningite se déclare ; les animaux meurent.

C'est donc bien le complexe virus + lymphocytes immunisés qui entraîne la maladie.

« Ces expériences, précise *Médecine et Hygiène,* permettent de supposer que d'autres atteintes cérébrales sont peut-être dues à l'interaction entre défense immunologique et virus. »

D'autre part, un virus qui pénètre dans une cellule pour s'y répliquer, détermine la formation d'antigènes sur la surface membraneuse de celle-ci. La présence de ces antigènes déclenche l'activation du système du complément entraînant la destruction de la cellule bien avant le moment où la multiplication du virus ne l'aurait fait éclater. Là encore, les symptômes de la maladie ne sont pas dus au seul virus, mais à son interaction avec le système de défense humoral. Cela se produit avec les virus de la grippe, de la vaccine, de la rougeole et de l'herpès.

Par ailleurs, au cours de cette interaction, de nombreux corps sont libérés, en particulier des enzymes puissants provenant de certains leucocytes et capables de détruire les cellules.

« L'injection d'anticorps spécifiques d'un virus chez un animal infecté par ce même virus peut donc aboutir à une mobilisation locale de leucocytes et à une augmentation des lésions cellulaires dans les organes infectés » *(Horizons médicaux).* Tout nous porte à croire que c'est par ce processus que la vaccination d'un individu en incubation de variole, par exemple, peut entraîner sa mort (cf. les travaux du Dr Buchwald, *Santé. Liberté et Vaccinations,* n° 28).

Un autre effet nocif du mécanisme immunitaire, déclenché par l'introduction d'un antigène, est la constitution de complexes formés de cet antigène viral et de l'anticorps correspondant. Ces complexes peuvent être localisés ou bien circuler pendant des années pour se déposer progressivement dans des zones d'élection, entraînant en particulier des lésions rénales, vasculaires, hépatiques ou articulaires.

Si, par exemple, on infecte des souris nouveau-nées par le virus

CML, elles n'en meurent pas, puisqu'elles n'ont pas encore le système immunitaire dont la réaction entraînerait la mort de l'adulte. Ces souriceaux continuent de vivre, mais il se développe une virose chronique, leur sang transporte des quantités importantes de complexes virus-anticorps qui se fixent peu à peu sur les glomérules rénaux, entraînant la mort de l'adulte par glomérulonéphrite.

À notre avis, ce seul aspect nocif des processus de l'immunité explique les accidents rénaux, hépatiques et même vasculaires qu'on observe couramment après les vaccinations : il condamne la vaccination systématique et justifie le refus de certains parents d'exposer plus longtemps leurs enfants à de telles pratiques.

Mais d'autres conséquences préjudiciables peuvent encore se produire lors de l'infection virale.

« L'infection virale peut démasquer ou libérer certains antigènes puissants qui restent normalement dissimulés à l'intérieur des cellules » *(Horizons médicaux).*

Ainsi des antigènes présents au stade embryonnaire d'un animal peuvent disparaître au stade adulte. Mais lorsque les cellules adultes sont rendues cancéreuses par le virus simien, SV 40, les antigènes embryonnaires réapparaissent à leur surface : les gènes responsables sont donc toujours présents. Cette constatation doit être de nature à expliquer bien des accidents vaccinaux à long terme.

Résumons ici les rapports, mis en lumière dans *La Rançon des vaccinations*[174], entre les vaccinations et la leucémie ou le cancer : notons, pour compléter le tableau précédent, qu'il est démontré que l'infection de souris par un virus leucémogène induit une dépression du système producteur d'anticorps. On voit, de plus, d'autres virus, non leucémogènes, jouissant de propriétés semblables. « Il est possible que cette dépression immunitaire... soit un des facteurs de l'initiation et de la proportion des tumeurs... »

« On sait parfaitement que certains lymphomes malins

---

[174] *La Rançon des Vaccinations, op. cit.* Cf. la suite de ce chapitre : « Autres effets nuisibles à l'échelle des sociétés humaines. »

s’observent chez des animaux ou des malades soumis à une stimulation incessante des organes lymphoïdes.

Certains virus, en effet, et notamment les virus leucémogènes de la souris et le virus de la mononucléose de l’homme persistent dans les cellules lymphoïdes à un stade latent. La stimulation répétée et intense des éléments lymphoïdes peut aboutir à un réveil de ces virus latents.

... Il apparaît ainsi à la lumière des exemples précédents que les interrelations entre virus et immunité peuvent, à côté d’effets bénéfiques, entraîner de profondes perturbations et que la réponse immunitaire antivirale contribue grandement aux aspects pathologiques de la plupart des infections virales » *(Horizons médicaux).*

Sans doute les auteurs de telles études ne pensent-ils pas à la vaccination lorsqu'ils parlent des conséquences néfastes de l’introduction de certains virus dans l'organisme. Ce sont des biologistes qui concentrent leurs efforts sur la découverte de processus inconnus : ils font de la recherche pure. Ce ne sont pas des médecins ou des épidémiologistes et les vaccinations ne sont pas leur affaire.

Mais pourtant... !

On sait fort bien que tout virus « atténué » est capable d’un retour à une virulence normale ; que sa nature même n’est pas modifiée dans le vaccin puisqu'on attend que son introduction entraîne les mêmes processus immunologiques que s’il était « sauvage ». Dès lors, toutes les observations ci-dessus concernent bien les vaccinations, et en particulier celles qui sont pratiquées à l'aide de virus vivants.

Qu’est-ce qu’une vaccination, sinon une « stimulation répétée et intense des organes lymphoïdes » ? Pense-t-on qu’on soumet habituellement les enfants à 20 et 25 de ces « stimulations » ?

Comment ne pas être effrayé devant cette débauche d’interventions, la plupart du temps autoritaires ou obligatoires, et devant le prodigieux abîme de l'ignorance où nous sommes de leurs conséquences réelles ?

Comment admettre plus longtemps que quiconque s'arroge le droit d'installer dans l'organisme d'autrui les pièges de l'immunité artificielle, de saccager le délicat équilibre des multitudes de fonctions de notre corps, dont la plupart nous sont inconnues ?

En réalité, face à la perspective des lésions rénales, hépatiques, cérébrales ou autres, face à la débâcle des équilibres écologiques internes, à l'effondrement du « terrain », aux désordres cellulaires et humoraux, face au cancer, face à l'ignorance, à l'irresponsabilité, à la routine ou à l'intérêt, notre devoir et notre droit ne sont-ils pas maintenant de dire : « Non ! » ?

Car ce que découvre peu à peu la science au sujet des vaccinations est infiniment plus préoccupant que la description des accidents visibles et évidents qui les suivent immédiatement. C'est, en effet, la race humaine entière qui est concernée, à long terme ou dans sa descendance.

2. De l'équilibre écologique des virus

Les considérations théoriques qui précèdent se trouvent renforcées par des études purement médicales sur les luttes d'influence dans lesquelles s'affrontent les « populations virales » et dont le corps de l'individu vacciné est le théâtre et l'enjeu. Le *Concours médical*[175] a publié à ce sujet un paragraphe intitulé : « De l'équilibre écologique des virus » :

« À l'état naturel, les virus entrent souvent en compétition. Il en résulte une domination exercée, sur d'autres, par certains virus. Or, la vaccination risque de troubler cet équilibre écologique souvent de manière assez inattendue. Ainsi récemment, un vaccin à adénovirus type 4 fut administré à de jeunes soldats en raison du grand nombre d'épidémies dues à ce virus. Or, après la vaccination, la fréquence des infections respiratoires à adénovirus ne diminua pas pour autant ; à ceci près que l'adénovirus type 4 n'occupait plus la position dominante mais avait bel et bien été détrôné par le type 7 ou par d'autres types d'adénovirus. Les mêmes luttes d'influence

---

[175] *Le Concours médical,* n° 38, 20 septembre 1969, p. 6538.

entre virus ont été constatées à la suite de l'utilisation d'autres types de vaccins antiviraux. »

Transposons ces lignes au cas de la polio — ce qui n'est pas déraisonnable puisque la dernière phrase évoque les luttes d'influence entre virus. Ne peut-on penser que la vaccination antipolio trouble l'équilibre écologique de telle façon qu'un virus Écho par exemple, qui se trouvait dans l'intestin avant la vaccination, sans toutefois apporter de perturbation, voit brusquement augmenter sa virulence jusqu'à provoquer la paralysie ? Cela reviendrait en somme à donner la paralysie en vaccinant contre la paralysie.

Telle est justement l'opinion du Dr Couzigou qui nous écrit : « Selon *Médecine et Hygiène* (5 mars 1969), l'Écho-virus est un hôte commun du tractus digestif humain et son infection est souvent asymptomatique. De plus, il existe une " pathomorphose " et, depuis la généralisation de la vaccination antipolio, les virus des groupes Coxsackie et Écho prennent une importance nouvelle. Cette vaccination tend à rendre ces virus pathogènes et déclenche souvent la nocivité de ces virus Écho que l'organisme supportait parfaitement avant l'agression vaccinale[176]. »

Cette prise de position se trouve corroborée par le fait que très souvent, la paralysie qui suit une vaccination antipolio se déclare « dans les cinq ou six jours suivant l'injection[177] ». Ce délai ne peut être dû qu'à deux causes : ou bien la paralysie provient de l'invasion du virus vaccinal après quelques jours d'incubation ou bien elle est due à l'évolution de virus entériques préexistants rendus brusquement pathogènes à cause de la présence des virus polios injectés. Dans le premier cas, on affirme alors que ce sont des virus sauvages préalablement installés dans l'organisme qui ont déterminé l'infection. Dans le second, l'analyse fait apparaître des virus Écho,

---

[176] Cf. chap. II, note 21 : augmentation de 455 % des virus Écho et Coxsackie après la vaccination antipolio. Étude faite en Allemagne, à la suite de l'augmentation des infections par virus coxsackie B5 provoquant parfois des paralysies et des méningites graves.

[177] Cf. l'expérience de Saint-Brieuc, chap. II.

ou Coxsackie, proches parents des virus vaccinaux, qui se trouvent, nous dit-on, innocentés du même coup. C'est pourtant bien dans les deux cas la vaccination qui a entraîné la paralysie !

> Nous ferons peut-être disparaître la poliomyélite, mais si c'est pour la remplacer par la coxmyélite ou l'échomyélite, quel avantage ? — Dr Jean Pilette, *La Poliomyélite : vaccin ou traitement naturel ?,* Survie-Belgique, 1975.

3. Contamination par des agents étrangers au vaccin

Le virus vaccinal n'est d'ailleurs pas seul en cause dans l'inoculation. Non seulement certains agents chimiques entrent dans la composition du vaccin, mais souvent également celui-ci renferme des virus qui lui sont étrangers et dont on ignore la présence.

Après avoir remarqué que n'importe quel type d'animal, d'embryon ou de cellules utilisé pour la production d'un vaccin, est susceptible d'héberger des virus étrangers, le même numéro du *Concours médical* cite des exemples récents démontrant qu'il est actuellement impossible, en dépit des perfectionnements techniques récents, « d'être sûr de la composition d'un vaccin ».

Le virus simien (SV 40) n'a été décelé dans les cellules rénales des singes utilisés pour produire le vaccin antipolio à virus vivant qu'en 1960 seulement. La plupart des vaccins de ce type fabriqués avant 1960 renfermaient donc ce virus à l'insu de tous !

De plus, compte tenu de la remarquable résistance du SV 40 à l'action du formaldéhyde, la plupart des vaccins antipolio à virus tués fabriqués avant cette date « étaient également contaminés. On peut faire la même démonstration en ce qui concerne les vaccins à adénovirus ».

C'est aussi vers cette époque qu'on s'aperçut de la présence du virus de la leucose aviaire dans presque tous les élevages de poules et dans les œufs en provenant. « On a donc toutes raisons de penser que ces virus contaminèrent, jusqu'en 1962 au moins, la plupart des vaccins à virus vivants contre la fièvre jaune ou contre la rougeole

fabriqués avec les embryons de poulet ou les cultures de cellules d'embryons de poulet. » Dans ce cas, toutefois, les vaccins à virus tués échappèrent à la contamination, ces virus aviaires ne résistant pas au formaldéhyde.

« Tout ceci est bel et bien, mais pratiquement, quelle importance ? C'est tout simplement que le virus simien 40 provoque des sarcomes lorsqu'il est inoculé au hamster ; c'est que le virus de la leucose aviaire est non seulement, comme chacun sait, la cause de leucémies et d'autres maladies malignes chez les poules, mais provoque également la formation de tumeurs malignes chez différents types de mammifères, y compris le singe, ainsi que des travaux récents viennent de le démontrer. Alors, pourquoi pas chez l'homme ? » *(Le Concours médical).*

Quand on songe que ces vaccins contaminés par l'un de ces deux types de virus ont été administrés à des millions de personnes, sans qu'on soupçonne même leur présence, ne peut-on rester rêveur quant aux certitudes affichées par les producteurs ?

4. Autres effets nuisibles à l'échelle des sociétés humaines

En réalité, ces « effets nuisibles » ont été reconnus par de nombreux observateurs, bien qu'on ne sache pas s'il faut les attribuer au vaccin lui-même ou aux souches étrangères qu'il contient, ou encore à l'induction d'un déséquilibre écologique interne, ou enfin aux perturbations inattendues entraînées par les réactions immunologiques évoquées plus haut : ils concernent essentiellement le cancer, la leucémie, les altérations génétiques, les atteintes psychiques, caractérielles, intellectuelles ou nerveuses, la diminution de la vitalité et de la résistance générale, sans parler des accidents personnels, visibles et patents qui frappent sur le plan individuel.

Il n'est pas question, dans les limites de cet ouvrage, d'en faire une étude même superficielle[178] ; nous nous bornerons à rapporter quelques citations ou observations qui donneront une dimension à ce problème et montreront l'impérieuse nécessité de faire le point,

---

[178] Cf. *La Rançon des vaccinations, op. cit.*

dans l'intérêt de ce qu'on appelle « la Santé publique ». Tout cela, d'ailleurs, n'est pas nouveau, mais chaque auteur étant persuadé que ses observations personnelles sont exceptionnelles, que les accidents ne peuvent être que rarissimes, personne ne songe à rassembler l'ensemble des observations « exceptionnelles » pour en esquisser un panorama général. Si bien que personne ne se soucie non plus de se livrer à des enquêtes systématiques pour évaluer l'impact réel de ces « bavures » sur l'ensemble des individus vaccinés. Personne ne semble non plus prendre conscience que si telle vaccination entraîne parfois la mort par leucémie par exemple, elle sera capable a fortiori d'y prédisposer le « terrain » d'un nombre infiniment plus important de vaccinés. De même, puisque l'encéphalite vaccinale est parfois mortelle, puisqu'elle peut aussi bien provoquer des troubles graves avec nombreuses crises d'épilepsie quotidiennes, destruction totale de l'intelligence, troubles moteurs et neurologiques, etc. il est évident que la vaccination peut également provoquer ces mêmes symptômes atténués, simples atteintes souvent inapparentes, et la plupart du temps insoupçonnées, mais qui n'en perturbent pas moins toute la vie du « bénéficiaire » de cette mesure de prévention.

a. Leucémie et cancer

La question n'est pas nouvelle : dès 1922, Ramon, Joquelin et Borrien[179] rapportèrent deux observations de leucémie imputables à la vaccination antivariolique. De même Sergent et Turpin[180] en 1928, puis de nombreux autres auteurs. « Généralement, la vaccination antivariolique déclenche soit une poussée évolutive de leucémie pouvant entraîner une évolution rapidement fatale (P. Chevalier, 1947), soit des accidents locaux et généraux plus ou moins graves[181]. »

---

[179] J. Ramon, D. Joquelin et Borrien, *Bulletin et Mémoire de la Société médicale des hôpitaux de Paris.* 13 janvier 1922.

[180] Sergent et Turpin, « Généralisation cutanée d'un sarcome lymphoblastique après vaccination jennérienne », *Bulletin Soc. Méd.,* 816, 1928.

[181] Dr Louis Martin. «Leucémie et vaccination antiamarile», *Nouvelle Revue fran-*

La vaccination provoque, en outre, une explosion de leucémie. — Dr B. Duperrat (médecin de l'hôpital Saint-Louis, service des leucémiques), *La Presse médicale,* 12 mars 1955.

« En 1953, Lien Ken observe un cas d'érythroleucémie suraiguë onze jours après vaccination antivariolique[182]. »

« L. André et ses collaborateurs ont rapporté, en 1958, une observation de leucose aiguë, diagnostiquée vingt-neuf jours après une troisième injection de vaccin TABDT qui avait entraîné une forte réaction. Sur une trentaine d'autres observations de leucose aiguë, ces mêmes auteurs en relèvent quatre, dont trois concernant des enfants, dans lesquelles une troisième injection de vaccin, ou une injection de rappel, se retrouve dans les antécédents immédiats du début de la leucémie — ou de sa révélation[183]. »

« Des rapports déjà publiés ainsi que nos propres observations indiquent que la vaccination antivariolique conduit parfois à des manifestations de leucémie. Chez 5 enfants et 3 adultes observés dans des cliniques de Cracovie, la vaccination antivariolique a été suivie par de violentes réactions locales et générales et par la leucémie[184]. »

Le Dr Martin conclut de ses observations (*op. cit.) :*

« Par bien des points, précocité et brutalité des accidents leucémiques après la vaccination antiamarile, notre observation rappelle ce que les auteurs susmentionnés ont décrit après la vaccination jennérienne. Cette similitude clinique nous a beaucoup frappé, d'autant plus que, dans l'un et l'autre cas, il s'agissait de vaccinations faites avec des virus vivants.

Au moment où de nombreux vaccins vivants (vaccin antipolio à virus atténué, vaccin antimorbilleux (B), vaccin contre la rubéole)

çaise d'hématologie, mars-avril 1970.

[182] Maria Petersen, thèse de doctorat (président : Pr J. Bernard), Dupuytren Copy, 1966.

[183] *Ibid.*

[184] J. Aleksandrowicz, B. Halikowski (Académie de médecine, Cracovie, Pologne), *Lancet,* 6 mai 1967.

sont ou vont être mis à la disposition du corps médical, nous avons cru intéressant de publier cette observation princeps. »

Il est évident que de telles observations ne peuvent prendre leur vraie dimension que placées dans leur contexte. Les défenseurs des vaccinations leur opposent leur faiblesse numérique. Mais celle-ci ne vient-elle pas de l'absence de recherches systématiques pratiquées dans le but de découvrir les leucémies apparaissant après les vaccinations ? Nous en connaissons par exemple plusieurs cas consécutifs au BCG. Aucun n'est répertorié comme accident de vaccination. L'attention des médecins n'étant pas attirée sur cette possibilité, aucun rapport de cause à effet n'est généralement établi, surtout si la leucémie (ou l'état préleucémique) apparaît longtemps après la vaccination.

> Le cas d'Andersen (1965) montre bien que le virus variolique atténué peut déclencher une leucémie récidivante et rapidement mortelle. — Maria Petersen, Dupuytren Copy, 1966.

La nature même du cancer étant toujours ardemment débattue, on fait parfois observer qu'il est encore prématuré d'avancer que les vaccinations pourraient y prédisposer, alors qu'on ignore encore pratiquement tout de celui-ci. Comme si l'humanité avait attendu pour se reproduire que les processus de fécondation et la nature de l'amour fussent scientifiquement connus ! Ce qu'on n'a pas attendu, en l'occurrence, c'est de pratiquer — et souvent de par la loi — des vaccinations par milliards, sans savoir exactement comment réagissent les organismes, dans l'intimité de la cellule.

Cette attitude paraît légère et préoccupante si, à défaut de preuves formelles établissant l'existence d'un rapport de cause à effet entre les vaccins et la cancérisation, l'on considère le faisceau de présomptions concomitantes qui en suggère la réalité. En voici quelques éléments :

« Il est maintenant établi, déclare le Pr de Long[185], que certains virus peuvent provoquer le cancer chez certains animaux. Jusqu'à

---

[185] Pr de Long (université de Toledo), revue *Sciences et Mécaniques,* avril 1968.

présent, on n'a pas encore prouvé d'une façon absolue que les virus peuvent causer le cancer humain, mais il semble bien que certains virus peuvent le causer. Si cela se confirme, on peut penser que les virus infectieux utilisés dans les vaccins pourraient aussi posséder des propriétés cancérigènes. On est en train de mettre au point des vaccins d'adénovirus vivants pour la vaccination humaine contre certaines maladies respiratoires (pas la grippe). Or, ce virus cause le cancer chez les animaux de laboratoire quand il leur est injecté. »

Un des grands problèmes de notre époque est donc celui posé par ce titre du *Concours Médical*[186] : « Les virus utilisés pour la vaccination peuvent-ils être cancérigènes ? »

« La question se pose, obsédante, depuis qu'on a montré que certains adénovirus, isolés tant chez l'homme que chez l'animal, provoquaient des sarcomes chez le hamster. »

S'il n'a pas été possible, jusqu'à présent, d'en apporter la preuve expérimentale, du moins plusieurs travaux importants laissent planer plus qu'un doute sur cette question.

Quatre chercheurs américains[187] ont démontré que « l'injection du virus d'une espèce de singe à une autre a entraîné le développement du cancer ».

Au microscope, Hunt et ses collaborateurs ont observé une infiltration cellulaire (par des cellules néoplasiques) du foie, de la rate, des ganglions lymphatiques, du thymus, du rein et des surrénales. L'infiltration avait gagné également les poumons, les glandes salivaires, la prostate, les testicules, la moelle osseuse, et le tissu oculaire.

« La nature de l'infiltration était semblable au lymphome malin des cellules de type réticulaire observable chez l'homme et l'animal.

L'étude du sang périphérique révéla une augmentation relative du nombre des globules blancs et une lymphocytose précédant la mort. Ces cellules furent classées comme " lymphocytes atypiques »

---

[186] *Le Concours médical,* n° 38, 20 septembre 1969.

[187] Drs Hunt, Melendez et T. C. Jones (université de Harvard), 58e rencontre de l'Académie internationale de pathologie. Cf. *Médecine et Hygiène,* 8 octobre 1969.

Le fait que l'injection d'un virus d'une espèce de singe à une autre, puisse entraîner le développement du cancer, est lourd de signification. Car ces singes, bien que d'espèces différentes, sont cependant très proches, alors que les virus vivants inoculés à l'homme par les vaccins, proviennent de races d'animaux génétiquement plus éloignées encore.

Chose capitale, « après la mort des primates, on essaya d'isoler le virus des divers tissus, mais exception faite de deux animaux — chez lesquels on retrouva de l'herpès saimiri[188] — il fut impossible de récupérer du virus. Ce fait n'est pas unique, il se reproduit avec d'autres virus (adénovirus et SV 40, par exemple[189]) » *(Médecine et Hygiène, op. cit.).*

Voilà qui amenuise singulièrement les arguments avancés pour contester la réalité de la relation de cause à effet entre telle vaccination et tel accident. Sous prétexte qu'on ne trouve pas, par exemple, de traces du vaccin antipolio ou du vaccin antivariolique dans le sang de vaccinés récents qui meurent ensuite de leucémies, on pense pouvoir écarter l'hypothèse même de la responsabilité de la vaccination. Le fait que les virus qui sont à l'origine des cancers expérimentaux des singes ont totalement disparu après la mort de ceux-ci permet de penser que, de la même façon, des virus vaccinaux sont à l'origine des cancers ou des leucémies qui suivent les vaccinations, même si on ne les retrouve plus dans le sang des vaccinés.

D'ailleurs, une autre observation atteste le rapport existant entre cancer et vaccination. W. C. Marmelzat[190] a rapporté une série de 38 tumeurs cutanées développées au niveau des traits de scarification de la vaccination antivariolique.

---

[188] Qui avait été prélevé sur les singes «donneurs» et injecté aux singes « récepteurs ».

[189] Après avoir vendu des millions de doses de vaccin antipolio, on s'est aperçu qu'il contenait ces virus SV 40. Leur injection provoque le cancer... chez l'animal comme nous l'avons vu.

[190] Marmelzat (université de Caroline du Sud), second Congrès de dermatologie tropicale dans « La vaccination antivariolique est-elle cancérigène ? », *La Semaine des hôpitaux,* 26 mars 1970.

« Les tumeurs sont de tous types : basocellulaires, spinocellulaires, mélanosarcomes. Aucun autre facteur cancérigène ne peut être invoqué pour expliquer la tumeur dans cette localisation.

Le délai entre la vaccination et l'apparition de la tumeur maligne a varié entre cinq semaines et cinquante ans[191]. »

Ainsi lorsqu'un spécialiste se penche sur la question, il peut dénombrer dans son champ d'activité, 38 cancers causés par la seule vaccination antivariolique et se développant exclusivement sur la cicatrice laissée par celle-ci. Ces conditions restrictives de l'observation laissent supposer qu'il faut s'attendre à découvrir, lorsqu'on voudra bien les rechercher, des cancers extrêmement nombreux causés directement par la vaccination.

Nous ajouterons que, si des cancers se développent sur les cicatrices cinquante ans après la vaccination antivariolique, on peut penser que cette dernière continue, tout au long de la vie, d'avoir des conséquences prédisposantes fâcheuses sur la santé des vaccinés sans que le rapprochement soit facilement établi. En tout état de cause, le risque de prédisposition au cancer ne saurait plus être nié tant qu'une série d'études et de recherches très approfondies n'auront pas prouvé son inexistence.

Cet effet à retardement est confirmé par ailleurs par les travaux du Xe Congrès international du cancer (Houston, 1970), sur l'injection d'extraits ou de cellules tumorales à des souris peu sensibles. Non seulement l'apparition de la tumeur peut être différée et tardive, mais le cancer peut apparaître sur une des générations suivantes[192].

Ne doit-on pas dès lors craindre que la même action à retardement ne se produise aussi chez l'homme à la suite de l'injection de vaccins, soit qu'ils contiennent des substances leucémigènes ou cancérigènes (virus de la leucose aviaire[193] ou SV 40 déjà cités, vi-

---

[191] *La Tribune médicale,* 30 octobre 1969.

[192] Cf. *Médecine et Hygiène,* n° 937, 11 novembre 1970.

[193] Où l'on voit l'effarante responsabilité des marchands de vaccins et des autorités gouvernementales qui les soutiennent dans leur campagne de publicité lors du « matraquage des Français ». En automne 1970 par exemple, par l'affolement

rus vivants en général, etc.), soit qu'ils déterminent par leur présence anormale dans notre organisme la transformation de cellules normales en cellules malignes ?

Lorsqu'un homme meurt cancéreux à 40 ou 60 ans, il n'est plus possible, dans l'état actuel de la science, d'affirmer avec certitude que les vaccinations qu'il a subies jusqu'à l'âge de 20 ans n'en sont pas la cause déclenchante. A fortiori, qu'elles n'en ont pas été une des causes prédisposantes.

Les mesures bioélectroniques des liquides physiologiques et des vaccins confirment d'ailleurs nos craintes : « Les vaccins anticholérique, antivariolique, antityphoïdique, BCG sont très alcalins et oxydés (pH 8,5 et plus, et rH2 supérieur à 30, parfois 32, 33). Leurs réactions antigènes-anticorps correspondent à la production d'alpha et gamma globulines du sérum, parties les plus alcalines et oxydées de ce dernier. Or, ce sont là les coordonnées des terrains cancéreux, leucémiques, voire poliomyélitiques[194]. »

b. Atteintes cardio-vasculaires

Si le cancer est la maladie la plus redoutée, les atteintes cardio-vasculaires se traduisent par une mortalité encore deux fois plus forte. Or, on trouve dans la littérature médicale, des observations

---

systématique de la population alors que les autorités de l'OMS n'annonçaient aucune probabilité d'épidémie de grippe pour l'hiver suivant, des millions de doses de vaccin antigrippal, cultivées sur jaune d'œuf, ont été inoculées. Sans doute, le vaccin étant « inactivé », les fabricants espèrent-ils que les virus, une fois « tués », ne pourront déterminer de réaction pathogène ? Mais chacun sait qu'un grand nombre de ceux qui ont ainsi « bénéficié de cette prémunition » se sont retrouvés, tout de suite ou quelques jours plus tard, soit la goutte au nez, soit carrément victimes d'une violente grippe. Si donc le virus grippal inactivé est encore si virulent, le virus de la leucose aviaire ne risque-t-il pas de l'être encore également ?

Des millions de Français et leur descendance n'ont-ils pas été ainsi, rien qu'en un mois de panique sans fondement, plus ou moins prédisposés à la leucémie ou au cancer ? Ne conviendrait-il pas de revoir cette curieuse conception de la prévention ?

[194] *Revue de pathologie générale et de physiologie chimique,* n° 694, janvier 1958. L. Cl. Vincent, *Journées de pathologie comparée de langue française.*

qui devraient susciter des réflexions sur le prétendu caractère anodin des vaccinations.

Le Dr A. Lévy[195] rapporte, par exemple, le cas d'un lieutenant d'active de constitution athlétique terrassé par un rappel TAB DT :

« Rien ne s'oppose à intégrer les couches successives d'endartérite proliférante des branches coronariennes antérieures de cet homme encore jeune, dans le cadre d'un processus réactionnel général que suscitèrent les premières injections vaccinales.

À ce propos se pose la question de savoir dans quelle mesure les vaccinations et revaccinations effectuées aux armées, principalement durant la guerre, n'interviennent pas dans la genèse de certaines affections coronariennes dont la grande fréquence masculine est bien connue et qui, dans quelques pays, prennent l'allure d'un véritable fléau social. Non pas que le vaccin provoque directement un accident thrombotique, mais parce qu'il réalise un stress qui suscite la sensibilité naturelle de l'élément endothélio-mésenchymateux des artères.

Celui-ci réagit par une prolifération au début probablement minime et sans conséquence immédiate, mais qui, ultérieurement, s'accentuera et cristallisera autour d'elle d'autres lésions, dites de surcharge ; le remaniement lent et progressif de cet ensemble lésionnel aboutit quelques années plus tard aux drames vasculaires tels que nous les voyons se dérouler actuellement depuis la guerre.»

D'autres observations médicales ont mis l'accent sur les accidents coronariens dus par exemple à la vaccination DTP (diphtérie, tétanos, polio) ou « à de nombreuses vaccinations antitétaniques » (« réaction allergo-hyperergique au niveau de l'intima des vaisseaux coronariens ayant donné lieu à de nombreux épisodes hypoxéniques du myocarde qui ont fini par entraîner la mort »).

« Des auteurs anglais ont signalé, à la suite de vaccinations répétées, des réactions du même type au niveau du cerveau. Il semble donc que l'infarctus vaccinal doive être considéré comme un risque

---

[195] Dr A. Lévy, *La Maladie coronarienne d'origine pancréatique,* Maloine, 1972.

possible dans le cas de vaccinations répétées et peu espacées[196]. »

(N'est-ce pas justement le cas de tous les appelés au service militaire et même de tous les enfants soumis au rythme vaccinal officiel ?)

Mais c'est le Dr A. Lévy qui semble avoir perçu l'importance du rapport existant entre le stress vaccinal et l'accumulation des couches successives d'endartérite proliférante dans les coronaires[197].

Sans cacher les incertitudes inhérentes à son hypothèse, il remarque « qu'on ne doit pas la condamner a priori : elle contient peut-être le germe d'une prophylaxie possible de certaines maladies vasculaires ».

Car les vaccinations s'effectuant à l'échelle des masses, c'est également à l'échelle des masses qu'il faut en mesurer les conséquences. Nous sommes donc fondés à nous demander si la pratique inconsidérée des vaccinations ne se traduit pas par un appréciable coup de pouce dans l'effarant accroissement du nombre des accidents cardio-vasculaires. A-t-on le droit, dans ces conditions, d'affirmer que toutes les précautions sont prises et que les vaccins ont fait la preuve de leur innocuité ?

c. Troubles mentaux ou caractériels, inadaptation sociale

Nous évoquerons ici la multitude des atteintes dont la cause passe presque toujours inaperçue parce qu'il ne vient pas à l'esprit d'incriminer une vaccination.

Pourtant, s'il est bien connu que celles-ci peuvent entraîner la mort ou une encéphalite catastrophique, il devrait être évident qu'elles doivent aussi — selon l'état du vacciné — se traduire par des atteintes plus légères, moins tragiques que les premières, mais

---

[196] *Med. Klin.,* 13 janvier 1961.

[197] « Cette évolution est en réalité moins schématique, et, à côté de ces altérations pariétales, on tend à faire jouer un rôle également important à la composition du plasma sanguin, peut-être également à des interactions d'ordre immunologique » Pr Poumailloux, *La Prévoyance du médecin,* 1973.

dont le nombre s'accroît en mesure inverse de leur gravité. Qui peut le plus peut le moins. Dans la pyramide des accidents post-vaccinaux, si les plus graves, au sommet, sont relativement peu nombreux, la base qui concerne des troubles jamais attribués aux vaccins s'étend quasiment sur l'ensemble de la population enfantine française. J'ai conscience d'énoncer une proposition dont se gausseront les partisans irréfléchis des vaccinations. Mais ce faisant, j'ai aussi conscience de jeter un cri d'alarme d'une importance telle qu'elle s'élève au niveau d'un problème national de première urgence.

Combien de retards dans le développement physique ou intellectuel des enfants, combien de troubles caractériels, combien d'inadaptations sont à mettre au passif des vaccinations ?

Tous les enseignants savent que, chaque année, le niveau de compréhension, de mémorisation et d'attention de leurs élèves s'abaisse inéluctablement. À ce point qu'on en vient, dans bien des classes primaires ou du premier cycle du secondaire, à considérer comme des éléments exceptionnels des enfants à peine doués comme leurs prédécesseurs moyens d'il y a trente ans.

Il est certain que bien d'autres facteurs interviennent. Mais il n'est pas possible de minimiser pour autant le rôle des vaccinations dans cette implacable détérioration. D'ailleurs bien des enseignants sensibilisés à ce problème ont assisté après une vaccination à l'effondrement de bons élèves dans les rangs des amorphes ou des instables.

Bien des mamans l'ont également constaté ; de nombreux enfants redoublent leur classe, et des étudiants abandonnent leurs études, à la suite de perturbations de leurs qualités intellectuelles par les vaccinations.

Et, de même, croît partout le nombre des caractériels, des inadaptés. Bientôt il faudra ouvrir une classe sur quatre pour recevoir cette marée de l'échec.

C'est assez dire qu'il serait temps de réagir : jamais sans doute la France n'eut à portée de ses lois une décision plus rentable à prendre, sans avoir à bourse délier. Encore faudrait-il se décider à en-

quêter systématiquement sur les antécédents vaccinaux de nos centaines de milliers de déficients mentaux.

« Certains enfants font une réaction particulièrement violente après leur vaccination (antivariolique) : “ C’est la réaction vaccinale ”, dit-on. Pourquoi ne pas penser qu’ils ont fait, eux aussi, des poussées frustes d’encéphalite et que plus tard ils porteront des tares diverses, plus ou moins accentuées, que l’on mettra sur le compte d’une hérédité familiale et de toute autre cause... mais à aucun moment sur les vaccinations faites au nom de la Loi[198]. »

Mais depuis quinze ans, les autorités se bouchent les oreilles pour ne pas entendre nos protestations, et le Dr Kalmar ne fait que redire, en d'autres termes, le fait dénoncé par le Dr Arbeltier : « Des troubles caractériels surviennent très fréquemment dans les semaines ou les mois qui suivent la vaccination antivariolique dans les première et onzième années.

... Tout se passe comme si des microlésions étaient provoquées par la vaccination antivariolique. Ces microlésions ne se manifestent pas spectaculairement au moment de la vaccination, ce qui permet d’en affirmer l’innocuité mais, en profondeur et silencieusement, des mécanismes dysfonctionnels s’élaborent et s’expriment ensuite par des troubles caractériels indélébiles[199]. »

Penser que ces médecins (et bien d’autres) ne se basent pas sur des observations très sérieuses serait puéril. De plus, ces déclarations se trouvent confirmées par des mesures qu’il est impossible de négliger.

Radtke[200] a étudié l’électro-encéphalogramme de 58 enfants sains venant de subir leur première vaccination. Le jour de l’examen, seulement 34 de ces enfants eurent un électro-encéphalogramme inchangé. Chez 24 d’entre eux, par contre, les tracés révélèrent des transformations.

---

[198] Dr R. Arbeltier, médecin-chef de l'hôpital de Coulommiers, *Vaccination ou Santé,* mai 1956.
[199] Dr J. Kalmar, *Santé. Liberté et Vaccinations,* octobre 1967.
[200] Ratke, « Résultats d'encéphalogrammes d'enfants sains, après leur première vaccination », *Revue mensuelle de pédiatrie,* n° 109, 1960, p. 12.

Cette étude est confirmée par celle de Lorenzoni[201] menée sur 108 adultes présentant des encéphalogrammes normaux ; la vaccination antivariolique entraîna l'apparition de changements anormaux chez 28 % des vaccinés.

« Même si ces transformations ne peuvent encore être interprétées comme des modifications pathologiques, elles montrent cependant que le cerveau du vacciné réagit très souvent à la vaccination[202] » et qu'on a tort de se montrer insouciant à propos d'une réaction à bas bruit, mais si fréquente, et dont personne ne peut exactement évaluer la portée. »

Il est intéressant de rapprocher ces réactions inapparentes des études relatives aux altérations résultant de la dissémination du virus vaccinal antipolio dans les capillaires. Kohler a prouvé la présence de ces virus dans les leucocytes pendant quatre semaines après la vaccination ; Grutzner les a trouvés pendant vingt-quatre jours, aussi bien dans le plasma que dans les leucocytes.

Les observations de Habeck et Coll viennent le confirmer : ils pratiquèrent des ponctions lombaires chez un grand nombre de personnes une à douze semaines après vaccination. Chez 10 % il y avait pleocytose et chez 55 % une augmentation significative des protéines[203].

« La polio se signale justement par une augmentation des protéines du liquide céphalorachidien ; cette constatation de Habeck veut donc dire que chez 55 % des vaccinés, se présentent des altérations microscopiques et biochimiques des liquides baignant directement le cerveau, altérations qui vont dans le sens d'une véritable poliomyélite[204]. »

Un autre point de vue qui devrait retenir l'attention en vue d'une estimation globale de l'intérêt des vaccinations, est celui de l'équilibre glandulaire. J'ai rencontré personnellement de jeunes

---

[201] E. Lorenzoni, V. Dostal, H. Lechner, *Schweiz. Med. Wschr.,* 15 août 1970.
[202] Dr Buchwald, *Die Medizinische Welt,* 1965.
[203] D. Habeck, E. Lenz und G. Paal, *Arch. psychiatr. Nervenkr.,* 204 : 3896493, 1963.
[204] Dr J. Pilette, *La Poliomyélite,* Survie-Belgique, 1976.

appelés rentrant du service, frappés d'impuissance sexuelle totale. On a peu écrit à ce sujet[205]. Citons seulement le Dr Gautier, endocrinologue, qui note[206] « des réactions d'hyperthyroïdie mais surtout l'hypothyroïdie, qui minimisent le vacciné dans son rendement physique et intellectuel à moins qu'elles ne le diminuent gravement dans son immunité générale ; cas dont le Dr Bretèche de Nantes, a rapporté des exemples mortels.

Si les vaccins, ajoute-t-il, peuvent créer parfois des troubles chez l'enfant, on peut affirmer que leur influence lointaine sera encore beaucoup plus préjudiciable. Il n'y a qu'à considérer pour cela les troubles glandulaires que les vaccinations pourront engendrer chez les êtres plus âgés.

... Toutefois, la glande qui est bien plus souvent atteinte, mais dont les troubles ne se traduisent qu'après un laps de temps plus ou moins long pouvant aller au-delà de la ménopause, est la génitale interstitielle. Chez un très grand nombre d'individus, elle est mal constituée en raison de leur hérédité ou très peu vivace à cause de leur genre de vie, si bien que la moindre influence contrariante, comme les injections, les vaccins, peut être une cause d'insuffisance de cette glande.

L'hormone de l'interstitielle, par sa persistance très grande dans le sang, comparativement aux autres sécrétions qui en disparaissent bien plus rapidement, est un stabilisateur puissant de toutes nos fonctions nerveuses et glandulaires. Son insuffisance, en facilitant considérablement les variations d'activité des autres glandes, permet, d'une part des perturbations métaboliques et cellulaires prédisposant aux cancers, et d'autre part, des perturbations du fonctionnement cérébral et nerveux, dont résultent, avec la perte de l'équilibre glandulaire, des maladies mentales et des névroses. L'histologie, en effet, nous apprend que tous les fous présentent une

---

[205] Cf. Dr Quiquandon dans *Santé, Liberté et Vaccinations,* n° 52. À la suite des vaccinations antiaphteuses, on note un pourcentage de fécondation anormalement bas pendant deux ou trois mois. « Le nombre de spermatozoïdes vivants est extrêmement réduit avec un certain pourcentage de spermatozoïdes anormaux. »
[206] *Académos,* n°3,1er trimestre 1950.

atrophie de leur génitale interstitielle.

De plus, la déficience de cette glande amenant la perte de la volonté et du sens moral (les eunuques, comme les fous, sont abouliques et n'ont aucun sens moral), les vaccins deviendront à bref délai une des causes principales de l'augmentation de la criminalité et de la délinquance infantile. »

« Ainsi, dit le Dr Kalmar[207], lorsque le Pr Delore mettait en garde contre le danger de créer de nouvelles pathologies chez les générations vaccinées, il n'énonçait qu'une partie du péril, la moins inquiétante peut-être. Car, par les vaccinations, on introduit des modifications caractérielles dans des générations entières ; on altère le pouvoir de concentration et le pouvoir critique, en même temps qu'on accentue l'émotivité et l'anxiété. Ainsi influence-t-on le comportement et prépare-t-on des générations de gens amorphes, atones, ne s'intéressant pas à grand-chose, craintifs, fermés sur eux-mêmes, parce que sujets à des craintes multiples.

Sans doute d'autres facteurs interviennent-ils, mais les vaccinations entrent certainement pour une part importante dans cette structuration du caractère et du comportement des masses. »

Lorsqu'on inocule des virus, ils s'installent dans les cellules vivantes qui leur servent de support biologique.

Deux sortes d'infections peuvent alors se produire. Ou bien les virus se multiplient dès qu'ils ont pénétré dans la cellule et ils envahissent d'autres cellules saines ; ou bien ils infectent leur hôte de façon latente, en incorporant leur matériau héréditaire à celui des cellules qui les hébergent. Si bien qu'au moment où une cellule infectée se multiplie, le virus suit le processus et se trouve présent dans chacune des nouvelles cellules puisqu'il fait alors partie intégrante du propre matériau héréditaire de celles-ci.

« Les virus utilisés comme vaccins ne font pas exception dans tout cela, écrit le Pr de Long[208].... Si les cellules sexuelles sont tou-

---

[207] Dr J. M. Kalmar, « Vaccinations et troubles caractériels », *Santé, Liberté et Vaccinations,* octobre 1967.
[208] Pr de Long, *op. cit.*

chées, cela peut causer des altérations génétiques. Le sperme ou l'œuf altéré transmettront leurs défauts aux descendants.

Les virus utilisés dans le vaccin vivant anti-rougeole causent de nombreuses maladies dans les chromosomes des cellules humaines. On l'a constaté aussi bien dans les cellules prélevées sur les personnes vaccinées que dans les cellules humaines en culture qui ont été infectées avec les virus utilisés dans le vaccin vivant antivariolique. De même, le virus atténué, type 2, utilisé dans le vaccin vivant antipoliomyélite, a causé des altérations de chromosomes dans les cellules humaines en culture. »

Ainsi devons-nous retenir de ce qui précède que, loin d'épuiser leur nocivité sur le seul vacciné, les vaccinations sont susceptibles d'étendre leurs dommages sur les générations à venir par les altérations chromosomiques qu'elles déterminent.

Or, nous avons vu, dans le passage précédent concernant en particulier la cancérisation de l'espèce humaine par les vaccinations, qu'elle peut fort bien apparaître non seulement chez les vaccinés eux-mêmes, mais chez leurs descendants. Le problème de la transmission héréditaire des atteintes vaccinales est donc posé. Si nous sommes ignorants du processus, l'observation et l'expérimentation en ont démontré l'évidence.

L'amenuisement des réactions de défense, l'abaissement progressif de l'âge auquel apparaissent les tumeurs cancéreuses, la naissance même de bébés cancéreux, tout cela peut s'expliquer par l'agression répétée subie par les parents lors des multiples vaccinations.

Nous concevons, dès lors, que le problème moral posé par l'obligation des vaccinations dépasse infiniment les questions individuelles. Toute la race humaine est en cause. Tout notre avenir. Les passages cités ci-dessus suffisent à démontrer que nous n'avons plus le droit de jouer les optimistes. Il n'est plus tolérable que le public ne soit pas informé (ni les médecins d'ailleurs, en général). Il n'est plus admissible qu'il ne soit pas protégé au moins par une information objective.

Il ne s'agit plus ici seulement de le tromper sur la qualité de tel

ou tel produit de consommation courante, de lui affirmer que telle lessive, tel dentifrice, est meilleur que tous les autres, mais de le duper sur les conséquences évidentes ou non, immédiates ou lointaines, qu'il peut être appelé à subir malgré lui dans son propre corps, dans sa propre santé. Et la vaccination engage non seulement l'avenir de chacun d'entre nous, mais celui de nos enfants et de leurs descendants. C'est à l'échelle du monde que s'étend la pollution.

Quand le cancer fait le siège de la cité avec 100.000 victimes par an, est-ce bien le moment de prendre le risque de lui ouvrir nos portes en vaccinant à jet continu ? La variole n'est pas réapparue dans les pays qui jouissent de la liberté des vaccinations et où le pourcentage des vaccinés est négligeable. Et les mesures d'isolement se sont avérées beaucoup plus efficaces que la vaccination. D'autre part, tout est changé depuis que nous ne sommes plus démunis de moyens thérapeutiques : variole, diphtérie et tuberculose sont curables ; le tétanos et la polio qui ne sont pas directement contagieux ne frappent qu'un nombre d'individus relativement minime, et nous avons vu que les vaccinations n'ont d'ailleurs pas eu sur les taux de morbidité l'influence qu'on leur attribue.

L'impératif de la prévention du cancer, des atteintes cardiovasculaires et des handicaps physiques ou mentaux, prime tous les autres en matière de santé publique. Il ne sert à rien de multiplier les quêtes publiques, les recherches sur le cancer et les instituts pour handicapés, si l'on n'arrête pas à la source les causes de l'extension des fléaux qui nous frappent. Les vaccinations en sont une et nos descendants paieront de leur dégénérescence notre inconscience d'aujourd'hui. Avons-nous le droit de la leur imposer et d'hypothéquer leur avenir en provoquant ce qu'Illich appellerait la « Némésis vaccinale » ?

5. Les accidents classiques

On pourrait presque se dispenser, dans un ouvrage limité comme celui-ci, d'évoquer les accidents individuels, voyants et frappants qui apparaissent à la suite des vaccinations et dont on minimise

généralement l'importance en alléguant leur caractère rarissime. Nous avons vu que rien n'étant fait pour les recenser, il est commode d'avancer n'importe quoi au sujet de leur fréquence, laquelle est beaucoup plus importante qu'on ne le prétend. Pensons par exemple que « *le seul symptôme visible d'une atteinte du cerveau à la suite d'une vaccination anticoquelucheuse — si toutefois il y en a un — est une courte convulsion ;* il faut entendre par là tout mouvement convulsif d'un bras, des deux bras ou des deux jambes qui peut se produire peu d'heures seulement après la vaccination. On en a également observé au cours des cinq premiers jours suivant la vaccination. Comme cette convulsion peut également se produire de nuit ou à un moment où l'enfant n'est pas observé, et que d'autre part, c'est là le seul symptôme rendant manifeste l'atteinte du cerveau, on peut supposer que la vaccination anticoquelucheuse est bien plus souvent la cause d'atteintes du cerveau chez les enfants qu'on ne le pense communément. Car l'accès convulsif passé, l'enfant ne montre plus de symptôme anormal, l'arrêt de l'évolution mentale ne se fait sentir que plus tard. La vaccination anticoquelucheuse est alors bien oubliée[209]. »

Ainsi également, « le Pr Dick, autorité mondiale en matière d'immunologie, fit remarquer (aux médecins de famille réunis en un congrès international) que les médecins étaient naturellement réticents à attribuer un cas (d'accident) à un procédé qu'ils avaient recommandé[210] ».

Cependant « la proportion des atteintes cervicales irréversibles

---

[209] Dr G. Buchwald, *Impfschutz Heute ;* journée mondiale de la santé de 1974. Bundesvereinigung fûr Gesundheit.

[210] *Daily Telegraph,* 7 avril 1973. La même remarque relative à la sous-estimation des accidents dus au vaccin antivariolique, a été faite par le Pr Dick (Angleterre) et le Dr Buchwald (Allemagne) ; et pour le vaccin anticoquelucheux ; « J. Aicardi persiste à penser... que les accidents neurologiques... sont sans doute sous-estimés en nombre, dans l'état actuel des choses : " Je crois qu'un certain nombre de phénomènes neurologiques de type état de mal, convulsions, etc., ne sont pas rattachés par ceux qui les constatent à la vaccination anticoquelucheuse — qui ne passe pas pour dangereuse à l'encontre de ce qui se passe pour la vaccination antivariolique par exemple » *Le Concours médical,* 25 janvier 1975.

pouvant faire suite à l'immunisation anticoquelucheuse[211] est de 2 sur 10.000 enfants. C'est-à-dire 80 cas par an sur l'ensemble du Royaume-Uni ».

Remarquons que nous retrouvons exactement le même taux que je considère comme le plus réaliste pour la vaccination antivariolique : une encéphalite pour 5.000 vaccinations. Si les 800.000 enfants naissant en France chaque année étaient vaccinés (et la majorité le sont), cela ferait « au minimum » 160 victimes irrémédiablement touchées, en ne comptant que les lésions graves, voyantes, indubitables. Mais dans la balance de la santé publique, il faut y ajouter le groupe beaucoup plus important, je le répète, des enfants marqués par des lésions moins apparentes, ainsi que la légion de ceux dont les capacités intellectuelles, nerveuses et autres sont seulement amoindries à divers degrés. Il est donc impossible que la rougeole, comme la variole, fasse autant de victimes que la vaccination, de même qu'il est impossible de regarder la fréquence de ces accidents comme négligeable.

> Ehrengut et ses collaborateurs ont exploité tous les dossiers hospitaliers des enfants de Hambourg afin de comparer le risque de la vaccination avec le risque que courent les enfants non vaccinés atteints d'une coqueluche. Ils ont pu démontrer qu'il se produit une crise de convulsions pour 2.300 vaccinations et même une perturbation durable de la santé pour 22.500 vaccinations. Les atteintes d'importance identique dues à la coqueluche sont inférieures à ce chiffre. — *Gesundes Leben,* 52, 1975, fasc. 5, p. 6.

Mais j'ai déjà insisté sur ce point, et par ailleurs les atteintes insidieuses précédemment notées me paraissent encore infiniment plus graves, du point de vue collectif. Je ne m'étendrai donc pas sur les accidents classiques, mais je les citerai cependant, ne serait-ce que pour informer le lecteur non médecin, car plus d'un reconnaîtra ci-dessous les troubles dont il souffre ou dont souffrent ses proches,

---

[211] Associée sous la forme de DTCoq.

alors que personne n'aura jamais attiré son attention sur un éventuel rapport avec une vaccination précédente.

a. Vaccination antivariolique

Les accidents portent sur tous les organes, mais causent en particulier, d'après la littérature médicale, les encéphalites[212] et diverses manifestations méningées ;

> La dernière vaccination antivariolique a déclenché des poussées évolutives indiscutables chez des tuberculeux stabilisés ou même latents. Elle a réveillé des asthmes endormis, des urticaires, eczémas, psoriasis, et même des rhumatismes articulaires aigus. — Étude du Dr A. Joquelin (hôpital Necker), *La Semaine des hôpitaux,* 20 septembre 1955.

---

[212] Un essai d'évaluation du risque vaccinal a été tenté dans *Abolir la vaccination antivariolique. Pourquoi ?* (F.D.) d'après les statistiques françaises données au chapitre u et les statistiques européennes.

En RFA, il apparaît une encéphalite pour 11.705 vaccinations (une pour 7.564 en Hesse, une pour 4 731 à Berlin) ; pour une période légèrement plus longue: 1 cas pour 7.994 vaccinations à Hambourg et 1 cas pour 4.704 à Berlin (Seelman, *DMW,* n° 85,1960).

Une autre enquête, à Kiel, recense un accident pour 500 vaccinations, un infirme à vie pour 5.000, un décès pour 8.000 (Pr H. Doose, *Gesundes Leben,* février 1973). En Suisse, le nombre des encéphalites est aussi de l'ordre de 1 sur 5.000 (canton de Neuchâtel ; 1 sur 4.000). Hollande : 1 sur 5.700 ; Autriche : 1 sur 5.000 ; Vienne : 1 sur 2.500.

« La vaccination représente pour un enfant européen un risque deux mille fois plus grand que la variole », conclut le Dr M. H. Béguin (*Bulletin des médecins suisses,* 15 novembre 1960).

En estimant à 1.200.000 le nombre minimum des vaccinations antivarioliques pratiquées chaque année en France (compte tenu des rappels mais aussi des abstentions), le taux réaliste d'une encéphalite sur 5.000 donne 250 infirmes à vie ou décès. Chiffre intolérable à mon sens mais dont les responsables de la santé ne semblent pas se soucier. Leur refus de rendre obligatoire la déclaration des accidents en témoigne. Nous avons vu au chapitre II (absence de statistiques et refus d'en faire) que le ministre se contente d'opposer à ces statistiques (certaines de sources officielles, et toutes parfaitement définies quant à leur objet) qu' « il est *probable* que ces moyennes englobent des accidents de tout genre »...

- tous les types d'accidents rénaux,

- des atteintes oculaires (cécité totale ou partielle),

- des maladies de peau (vaccine géante et nécrotique, dermatite herpétiforme, rechutes de psoriasis, lupus érythémateux, ulcère variqueux, ainsi que l'eczéma généralisé souvent mortel, et qui peut frapper l'entourage du vacciné, ses frères ou ses camarades, pour peu qu'ils aient déjà un peu d'eczéma),

- des leucémies et des cancers,

- des tuberculoses pulmonaires ou autres.

b. Vaccination antidiphtérique

L'ouvrage du Dr Chavanon, *Nous, les... cobayes,* montre comment l'obligation de la vaccination antidiphtérique fut suivie d'une véritable hécatombe, que ce soit par diphtérie ou par différentes complications. Retenons aussi que les troubles nerveux, les convulsions, les encéphalites, les folies ou retards mentaux de tous genres, etc., font un triste cortège à cette vaccination que rien ne justifie, puisque les homéopathes guérissent radicalement la diphtérie. À noter que la littérature médicale officielle *ne connaît pas de cas* d'encéphalites causées par la vaccination antidiphtérique, mais que nous avons gagné plusieurs procès contre l'État pour en indemniser des victimes.

Mais il faut savoir aussi que la tuberculose suit trop souvent cette vaccination : « Toute introduction d'un antigène dans l'organisme crée un état allergique et, par là même, modifie pour bien des semaines, l'état de défense naturel vis-à-vis de l'accident primitif. C'est par ce mécanisme *qu'une vaccination contre la variole ou la diphtérie peut déclencher une tuberculose évolutive* » (Pr Jacques Stephani, Privat Docent de médecine interne à la faculté de médecine de Genève, *Précis de tuberculose,* A. Legrand et J. Bertrand, Paris, 1941).

On note également après cette vaccination, des rhumatismes articulaires, le diabète et des néphrites diverses, sans parler des angines à répétition, ni des otites (Dr Chavanon et divers homéo-

pathes).

c. BCG

L'accident le plus souvent rapporté est sans doute la tuberculose (Pr Basset, Stephani, Von Picket, Ferru, Taillens, Grigoracki...) mais aussi la cécité partielle ou totale, la rougeole, le diabète, les lésions rénales et les anémies, la fatigue générale ainsi que la leucémie.

> Le BCG est nocif parce qu'il détermine l'hypersensibilité.
> Le BCG est nocif parce qu'il est pathogène. — J. Basset (professeur de microbiologie), *Immunologie et Prophylaxie de la tuberculose,* Vigot, 1953.

d. Polio

Les angines qui n'en finissent pas et la fatigue qui les accompagne, sont souvent la signature de la vaccination antipolio. Elle entraîne également des paralysies de type polio ou autres, des myopathies, encéphalites, encéphalomyélites, crises d'épilepsie, scléroses en plaques, herpès et zona, polynévrites, myélites transverses et psoriasis ; aussi diverses affections de l'appareil digestif et respiratoire (bronchites).

Notons que le vaccin tué peut occasionner à peu près toutes ces complications, surtout neurologiques, peut-être avec moins de fréquence, mais qu'il est de plus en plus remplacé par le vaccin vivant jugé plus actif.

Notons aussi qu'ils peuvent l'un et l'autre, comme toutes les autres vaccinations, entraîner le « banal » accident mortel.

> Une étude plus complète fut réalisée par Duvina et Bini. Ces auteurs ont examiné une série de nourrissons de 3 à 16 mois qui avaient été hospitalisés pour troubles survenus dans les vingt-cinq jours après vaccination antipolio. En 1965, la section nourrissons de l'hôpital Mayer à Florence accueillit 1.075 malades. Parmi ceux-ci 134 présentaient une pathologie en relation avec la vaccination. Pour ce groupe d'âge des nour-

rissons, *nous constatons* que 6 % de la morbidité est due au vaccin antipolio seul. — Dr Pilette, *op. cit.*

6. Incidence épidémiologique

Il faut ici soulever un problème beaucoup plus général portant sur le rôle historique joué dans l'épidémiologie par les vaccinations. Il s'agit d'une étude à faire pour en tirer des conclusions plus nettes et plus sûres, mais tout porte à croire que l'introduction des vaccins dans l'organisme n'a pas été sans incidence au cours des années sur l'apparition des maladies nouvelles.

Il est naturel en effet qu'une intervention pratiquée sur des millions d'individus se traduise au plan collectif par une généralisation des réactions individuelles. C'est ainsi qu'on peut se demander dans quelle mesure la vaccination antivariolique n'a pas contribué à l'accroissement de la syphilis, si, de pair avec l'antidiphtérique, elle n'a pas contribué à l'extension de la tuberculose, si le BCG, l'antitétanique et l'antidiphtérique [213] sont étrangers à l'augmentation des maladies à virus (polio), si l'antipolio n'est pour rien dans l'apparition des scléroses en plaques[214] et des méningites cérébrospinales, si toutes enfin ne sont pas liées à l'augmentation de la fréquence des allergies diverses[215].

En un mot, ne court-on pas le risque, en vaccinant, de faire éclater des maladies nouvelles pour lesquelles on cherchera de nou-

---

[213] Cf. Graphique de la poliomyélite en Grande-Bretagne, montrant la coïncidence de l'augmentation de la polio avec l'extension de la vaccination antidiphtérique *(Les Vaccinations n'ont pas fait régresser les épidémies.* F.D., p. 5-56).

[214] C. H. Kempe et coll. (Denver, Colorado) attirent l'attention sur le rôle possible de la vaccination antivariolique dans l'apparition des scléroses en plaques (*Médecine et Hygiène,* 99, 1977).

[215] D'une enquête poursuivie en Grande-Bretagne pendant la période 1951-1953, il résulte que le risque de contracter la polio est trois fois plus grand dans les quatre semaines qui suivent une vaccination et spécialement une vaccination anticoquelucheuse avec un vaccin adsorbé. De fait, il a été observé dans les pays de langue anglaise un certain nombre de cas de poliomyélite apparus après une vaccination anticoquelucheuse et n'atteignant souvent que le seul membre où l'injection avait été pratiquée *(La Presse médicale.* 30 mai 1964).

veaux vaccins, accélérant ainsi le processus de désorganisation de l'écologie interne ? Le problème n'est pas négligeable. Des observations assez nombreuses mais trop limitées permettent de le poser[216]. Il appartiendrait à une équipe d'épidémiologistes de faire une étude approfondie pour le cerner sérieusement.

7. Confirmation en élevage bovin

Les animaux domestiques se reproduisent plus rapidement que l'homme et leur durée de vie est plus brève ; l'élevage nous offre donc un champ d'observation très riche en ce qui concerne le niveau d'amélioration de la santé qu'on peut attendre des vaccins.

Nous avons vu l'échec total de la vaccination antiaphteuse, en évoquant l'épidémie bretonne de 1974, pendant laquelle pour 121 bêtes malades — et vaccinées — on en a abattu 19.000 (sans compter la volaille, etc.) également vaccinées mais ayant été en contact, même lointain ou hypothétique, avec la maladie. Démonstration du degré de protection qu'on accorde à ce vaccin pourtant toujours obligatoire.

Nous avons vu le rôle de la vaccination dans la contamination des animaux et l'apparition des épidémies, les bêtes vaccinées étant porteuses de germes.

Mais il faut aussi noter l'apparition régulière d'accidents d'observation courante, tels que panaris inter-digités, avortements, mammites, diarrhées des veaux, après la vaccination antiaphteuse par exemple. Les entreprises d'équarrissage ramassent des montagnes de veaux mort-nés, chaque année au moment de la vaccination.

La cuti-réaction est également obligatoire. Or, il est démontré que cette pratique répétée à brefs intervalles provoque une hypersensibilité à la tuberculine[217] d'où abattage systématique des sujets

---

[216] Ici encore l'observation est souvent confirmée par la bio-électronique (cf. Louis-Claude Vincent, *op. cit.).*

[217] Le Pr Calmette, l'un des pères du BCG, estimait qu'il n'est pas indiqué d'avoir recours aux cuti-réactions, surtout répétées à brefs intervalles. « Elles ne sont pas

positifs[218] même parfaitement sains et exempts de tuberculose.

On frémit en constatant qu'il arrive que cette simple cuti-réaction, réputée anodine, suffit parfois à provoquer la mise bas d'un veau mort alors que le vétérinaire l'avait reconnu bien vivant et remuant la veille, avant de tuberculiniser la mère !

On pourrait croire que le BCG provenant de bacilles bovins est souverain dans la prévention de la tuberculose bovine. Il n'en est rien : ce vaccin obligatoire pour nos enfants est pratiquement interdit dans la prophylaxie de la tuberculose des bovidés[219].

En fait, on peut constater dans l'élevage comme chez les humains, la faillite de la prévention par la vaccination, son rôle dans la propagation des maladies, et le cortège d'accidents qui l'accompagne.

---

inoffensives (plusieurs observations d'hémoptysie ou de poussées évolutives de tuberculose, consécutives à des cuti-réactions, sont à notre connaissance)... », *La Vaccination préventive contre la tuberculose par le BCG,* p. 216 à 218.

[218] Cf. *Santé. Liberté et Vaccinations,* novembre 1972.

[219] *JO.* 10 avril 1955.

CONCLUSION

Au terme de ce livre, chacun peut tenter de dresser un bilan. Deux positions sont possibles.

1. En dépit des arguments exposés au début de cet ouvrage, il sera sans doute difficile à beaucoup de se libérer du conditionnement résultant de l'intoxication psychologique que nous subissons tous. À leurs yeux l'efficacité des vaccinations se présentera toujours comme une évidence, et le seul problème qui se posera pour eux sera d'apprécier si les dommages de diverses natures exposés dans le chapitre précédent ne justifient pas plus de mesure et de réflexion dans la pratique vaccinale. Que pèsent les handicaps physiques ou mentaux, héréditaires ou non, que pèse le risque d'une éventuelle cancérisation de l'humanité, face à « l'immense bénéfice » qu'ils attribuent aux vaccinations ? Nous avons vu que le Pr Fasquelle, pour citer l'un des plus éminents pessimistes, estime que sans elles, nous serions décimés par millions par la seule variole.

Je pense pour ma part que l'individu de bon sens et de bonne foi peut et doit se poser des questions sur l'opportunité de poursuivre les vaccinations systématiques. Sa réponse dépendra en partie de sa peur des épidémies du passé. Mais il est certain que celle-ci peut être compensée par la crainte des conséquences signalées plus haut et qui concernent le présent et l'avenir.

2. Pour ceux qui en revanche ne craignent pas de réviser leurs propres convictions, qui désirent au contraire garder leur esprit libre, l'évidence s'imposera sans doute de la nécessité urgente d'une révision de nos habitudes vaccinales, ainsi que d'une prise de conscience du caractère légitime du refus des obligations et de l'aspiration à la liberté dans ce domaine. Si les lois qui nous contraignent à subir les vaccinations ne sont pas justifiées par l'efficacité de celles-ci, si elles entraînent plus de dommages présents et à venir que les maladies qu'elles prétendent prévenir, elles sont néfastes et il faut les abolir. Leur suppression constituerait à

elle seule un acte positif pour la santé publique.

De plus les données présentées jusqu'ici ne seraient pas les seuls éléments à prendre en considération dans une évaluation globale de l'influence de la pratique systématique des vaccinations fondée sur une propagande envahissante. Elle comporte en fait d'autres répercussions dont nous ne pourrons citer que les principales, tant au niveau de l'individu et de son comportement vis-à-vis de sa propre santé, qu'au plan socio-économique, c'est-à-dire face aux conditions déterminant le niveau général de la santé publique.

L'emprise vaccinale n'est pas sans conséquences sur le comportement de chacun : chez « l'assujetti protégé », l'angoisse de la maladie[220], savamment dosée et entretenue, trouve sa compensation dans le sentiment de protection qu'il éprouve du fait de la vaccination. Pris en main par des pouvoirs qui le dominent et auxquels il se soumet, il en ressent l'intervention comme protectrice : son espoir de vie et de santé dépend d'éléments extérieurs à lui. Il en attend les effets, qu'ils se manifestent par l'intermédiaire « des savants » ou sous la forme d'une décision administrative. Le droit à la santé n'est-il pas reconnu à chacun ?

Le préambule de la constitution de l'Organisation mondiale de la santé le proclame comme l'un des nouveaux droits sociaux. Il est également stipulé par notre Constitution de 1958, comme il l'était par celle de 1946. Il est important de considérer un instant cette notion de droit à la santé, d'une part parce qu'elle n'est pas sans incidence sur la notion d'obligation vaccinale, d'autre part à cause de sa formulation finalement aliénante pour l'individu.

Sa contrepartie évidente est en effet de conférer à l'État le pouvoir d'imposer aux citoyens les contraintes nécessaires pour assurer la préservation de la santé publique. On passe donc aisément de la notion de « droit à la santé » à celle d'« obligation de santé » et, parmi ces obligations, celle des vaccinations arrive au premier rang et se place d'emblée dans les mesures sociales d'importance collective.

---

[220] Cf. Dr Henri Pradal, *Le Marché de l'angoisse.* Le Seuil, 1977.

On a donc assisté à la mise en place d'une politique de santé qui, en fait, a pris l'allure d'un « dirigisme » et même d'un « impérialisme sanitaire ». Ce dernier postule évidemment de la part de ceux qui contraignent la certitude de posséder la Vérité. Or, cette notion est essentiellement étrangère à la médecine, art dont les données constamment changeantes s'appliquent à l'homme, réalité mouvante aux résonances biologiques inconnues. La médecine n'est pas codifiable en lois et en décrets. Imagine-t-on qu'un édit du Roi- Soleil ait pu rendre le clystère et la saignée obligatoires tous les six mois pour la préservation de la santé publique ? Peut-être nos petits- enfants resteront-ils stupéfaits, peut-être se révolteront-ils à l'idée que nous avons pu, par de multiples vaccinations, jouer aux apprentis sorciers avec nos défenses immunitaires ?

Par ailleurs qui dit *droit* sous-entend que le bien considéré peut et doit être reçu sans effort, comme un *dû.* Cette notion contribue également à déposséder l'individu de sa propre santé : s'il a droit à cette santé, c'est qu'autrui, c'est-à-dire encore une fois la Science ou l'État, doit la lui assurer. Ce qui tend à renforcer sa position de passivité.

En même temps qu'il accomplit un acte jugé positif et protecteur en se faisant vacciner, il renonce du même coup à veiller sur son potentiel vital, la maladie étant désormais ressentie comme une fatalité. Position psychologique parfaitement adaptée à l'esprit d'une société de consommation en croissance continue.

Car du moment qu'on a cessé de se sentir responsable de sa propre santé, n'a-t-on pas déjà perdu son autonomie personnelle ? N'est-on pas prêt à commettre toutes les erreurs qui se traduisent finalement par une sorte de gaspillage de notre capital santé (alimentation pléthorique, alcool, tabac, travail excessif, sommeil insuffisant, agitation, sédentarité, refus de l'effort physique, etc.) ? Ainsi la passivité, dépendance psychologique au départ, ouvre rapidement le chemin à la dépendance médicale.

Pris dans ce sens passif, le droit à la santé n'est qu'un leurre car la santé ne se fonde jamais sur une démission individuelle : cette dernière ne se traduit trop souvent en fait que par un droit *aux soins.* La santé, c'est d'abord la conquête de l'autonomie sur le plan

physique ou extérieur ; c'est d'abord une affaire personnelle. Mieux vaudrait sans doute parler d'exercice conscient d'un devoir individuel et collectif dans un cadre social adéquat, plutôt que de laisser la prévention devenir affaire de médecins, quand elle devrait être celle de chacun, avec le concours d'hygiénistes, d'écologistes et de sociologues. Qu'on laisse à la médecine sa mission de restauration face à la maladie ; mais n'oublions pas que la santé et les bien-portants ne sont pas son domaine propre et prioritaire.

L'emprise des vaccinations ne détourne pas seulement l'individu de ses responsabilités personnelles vis-à-vis de sa propre santé, mais elle exerce une influence semblable sur le plan collectif. La confiance extraordinaire qu'on porte en général aux vaccinations détourne l'attention de la population et des autorités des problèmes socioéconomiques fondamentaux dont l'impact est finalement prépondérant sur la santé publique.

Il est vrai que, peu à peu, s'imposent les décisions les plus importantes, et que des progrès inimaginables il y a un siècle ont été accomplis depuis dans le domaine de l'hygiène. Mais les vaccinations donnent bonne conscience aux responsables dont dépendent ces décisions (la population n'est-elle pas déjà protégée ?), leur permettent de temporiser et de ne faire dans l'immédiat que ce qui apparaît comme strictement indispensable. Quant à la population elle-même, rassurée, n'a-t-elle pas conscience qu'elle bénéficie de l'essentiel dès lors que la vaccination est obligatoire et donc gratuite ?

Nous avons plusieurs fois signalé l'importance prépondérante des mesures d'hygiène dans la persistance ou la disparition des épidémies en Europe et ailleurs. L'exemple de la variole en particulier est significatif, mais on le retrouve aussi bien pour d'autres maladies.

À Paris, en 1832, la rue Quentin-Bauchart connut 80 cas de choléra du côté droit et 2 ou 3 du côté gauche ; or le côté droit, habité par des ouvriers, était alimenté par les eaux polluées de la Seine, alors que le côté gauche, où vivaient des bourgeois, recevait l'eau du

canal de l'Ourcq alors non polluée[221].

> Il faut procéder à une planification pour l'amélioration des conditions d'hygiène, notamment par l'installation des systèmes d'adduction d'eau potable et l'évacuation des excreta.
>
> Il faut se souvenir que même des campagnes de vaccinations répétées ne rendront pas un pays non réceptif au choléra ; c'est l'assainissement qui est la clé de la réussite. *Médecine et Hygiène,* 26 mai 1971 (à propos du plan de l'OMS pour la lutte contre le choléra).

À Croydon, on a classé les victimes de l'épidémie de diphtérie de 1938 en trois catégories sociales : la plus favorisée, la moyenne (celle des artisans), et la plus pauvre. L'incidence relative de la maladie chez les enfants, non vaccinés, a été neuf fois plus importante dans la classe la plus défavorisée[222]. Encore Croydon est-elle une ville résidentielle où l'écart entre les extrêmes n'est pas énorme, mais sans doute dans des villes ouvrières telles que Dundee ou Glasgow, ce rapport serait-il de 1 à 60 ou à 80 ! Injecter aux enfants pauvres des anatoxines diphtériques, sans améliorer leurs conditions de vie ou abaisser l'effectif des classes qu'ils fréquentent, ne serait qu'un mauvais palliatif si la vaccination était efficace. Les statistiques permettant d'en douter, ne serait-ce pas une démission ?

Un autre exemple, actuel et des plus typiques, est celui du cytomégalovirus, responsable de cinq fois plus de naissances anormales que la rubéole. La contamination par la mère relève pour une large part du milieu social, le nombre des nouveau-nés infectés variant du simple au quadruple des classes aisées aux classes les plus défavorisées[223]. De plus, « chez les cadres moyens, 55 à 60 % des femmes sont positives, mais elles n'ont contaminé qu'exceptionnellement leur enfant, alors qu'en milieu ouvrier tous

---

[221] Dodin, « Le choléra : aspect actuel », *Médecine et Maladies infectieuses,* 1972.
[222] J. Tudor Lewis (Deputy Medical Officer of Health of Croydon), *The Principle and Practise of diphteria immunisation,* 1941.
[223] *Le Monde,* 11 février 1976.

les enfants (de mères positives) sont contaminés[224] ».

Si l'on attache si peu d'intérêt à ce problème, n'est-ce pas que « la multiplication des brosses à dents, des salles de bains et l'amélioration de l'hygiène corporelle semblent l'emporter en simplicité et en efficacité sur l'hypothétique mise au point d'un vaccin[225] » ? Ne doit-on pas regretter qu'on ne consacre pas le dixième des sommes considérables investies dans la lutte contre la rubéole, à une simple campagne d'information concernant une maladie autrement plus fréquente ? N'est-ce pas parce qu'une telle campagne serait privée de l'intérêt dynamisant que constitue la vente de millions de doses d'un vaccin ? Ou bien est-ce parce que les pouvoirs publics préfèrent laisser dans l'ombre un problème dont la solution passe par des mesures fondamentales ? Si l'on craint qu'elles soient plus coûteuses dans l'immédiat pour le trésor public, a-t-on pensé qu'elles seraient positives en fin de compte, car elles porteraient en elles des effets bénéfiques non spécifiques au cytomégalovirus, mais s'étendant sur l'ensemble d'une situation sanitaire ?

On voit par ces quelques exemples combien l'amélioration de cette dernière est liée à celle de l'hygiène, et comment une politique préventive fondée sur les vaccinations peut constituer un alibi permettant d'esquiver les problèmes réels de la santé ou de différer l'application des solutions qui s'imposent.

C'est ainsi que la confiance que nous avons en l'efficacité du BCG nous maintient encore parmi les pays les plus mal placés en Europe dans la lutte contre la tuberculose. Les partisans des vaccinations rétorquent à cela que le vaccin n'est pas une panacée, mais que, surtout dans les pays pauvres, il apporte cependant une aide efficace permettant d'attendre des améliorations plus fondamentales. Compte tenu de tout ce que nous avons vu plus haut, il est permis de se poser des questions et d'en douter.

De façon plus générale encore, le mythe vaccinal ne joue-t-il pas un rôle important en amenant notre société à persévérer dans les

---

[224] *Médecine et Hygiène,* 25 février 1976 (enquête dans le 13* arrondissement de Paris).
[225] *Ibid.*

voies qui engendrent certaines maladies, en faisant miroiter l'espoir de la proche découverte d'un vaccin protecteur ?

Que par exemple notre air, notre eau, nos aliments soient pollués par des éléments chimiques cancérigènes, émeut moins la population dans la mesure où chacun espère qu'un vaccin protégeant contre le cancer sera bientôt trouvé.

Cette perspective rassurante tempère les craintes individuelles et contribue à étouffer une claire prise de conscience de problèmes pourtant si importants pour la collectivité, qu'ils engagent sa survie.

Ainsi rassuré, chacun se sent satisfait de la situation vaccinale actuelle. Le vacciné est content parce qu'il se croit protégé. Les pouvoirs publics et les partis politiques sont contents parce qu'ils ont « fait du social » et qu'ils se sentent la conscience tranquille à bon compte.

Les municipalités sont contentes parce que plus on vaccine dans leurs centres publics, plus on fait apparaître un nombre important d'interventions au chapitre des prestations sociales.

Les producteurs, les vendeurs et les distributeurs sont contents parce qu'ils font des affaires.

Et les victimes elles-mêmes ne se plaignent souvent que d'une chose : de ne pas s'être fait vacciner plus tôt ou de ne pas s'être fait vacciner assez souvent, ce qui leur aurait évité — leur dit-on, et elles le croient — la maladie ou l'accident.

Ainsi la grande machine continue à tourner, bien rodée, bien huilée, sans que la responsabilité des conditions socio-économiques favorisant les maladies soit vraiment impliquée, sans remise en question, et sans coûter apparemment aucun effort à qui que ce soit car, ô merveille, la vaccination dans la recherche, la production et la diffusion de laquelle se sont engloutis des milliards, est offerte gratuitement[226] !

Je pense, quant à moi, qu'il est temps de se débarrasser de toute

---

[226] Apparemment, car les vaccinations gratuites sont payées par l'État, les départements et les communes, c'est-à-dire par les impôts de chacun.

attitude sentimentale ou religieuse dans ce domaine, et que le droit à l'information objective doit prendre le pas sur les puissances de conformation.

Je pense qu'il est temps d'émerger de cette léthargie et d'oser enfin remettre en question l'ensemble du problème des vaccinations sans a priori ni préjugés.

Il n'existe aucune raison justifiant son maintien dans une zone tabou excluant la critique rationnelle et les méthodes de la science expérimentale. Ici plus qu'ailleurs les faits doivent primer les théories ; seul leur examen impartial permettra d'évaluer les conséquences réelles des vaccinations.

Je soutiens pour ma part qu'il faut maintenant prendre conscience du rôle doublement néfaste de l'intoxication vaccinale : elle nous rassure en nous berçant d'illusions, elle inhibe nos réflexes de méfiance et de prudence et finalement nous dépossède de notre corps en même temps qu'elle aliène notre esprit. Elle nous détourne de la recherche et de la mise en œuvre d'une autre politique de prévention, et augmente ainsi d'autant les conséquences préjudiciables directes de la pratique vaccinale sur le niveau moyen de la santé publique.

ANNEXE : VACCINATIONS OBLIGATOIRES DANS LES PAYS DU MARCHÉ COMMUN POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION

Vaccinations	*Angle-terre*	*Pays-Bas*	*Irlande*	*Répub. Allem. fédér.*	*Bel-gique*	*Luxem-bourg*	*Italie*	*France*
Variole								•
Diphtérie							•	•
Tétanos								•
Poliomyélite				En Bavière unique-ment	•	•		•
BCG								•

En 1976, la République fédérale allemande et la Suède ont renoncé à la vaccination contre la coqueluche.

En 1973 la République fédérale allemande a supprimé la vaccination par le BCG de son arsenal de lutte antituberculeuse.

Évolution mondiale de la vaccination antivariolique

— *Grande-Bretagne,* 1971 : la vaccination, dont l'obligation avait cessé depuis 1949, est officiellement déconseillée par le ministre de la Santé : « Les accidents qu'elle entraîne sont plus lourds que les risques de variole. »

— *USA,* 1971 : abolition de la vaccination systématique : « Ce dont le pays a besoin maintenant, c'est d'une protection non pas contre la variole, mais contre la vaccination. » Pr C. H. Kempe (université du Colorado).

— *Canada et Irlande,* 1972 : abolition de la vaccination systématique.

— *Pays-Bas :* abolition de la vaccination systématique : « La vaccination résout quelques problèmes, mais en crée de nouveaux, et combien préoccupants ! » Pr F. Dekking, chef du service de virologie de l'université d'Amsterdam.

— *Allemagne,* 1975 : abolition de la vaccination systématique. « Les conséquences de la vaccination sont plus graves que les risques de la non- vaccination. »

— *Suède,* 1975 : abolition de la vaccination systématique.

— *Luxembourg,* 1975 : abolition de la vaccination systématique.

— *Belgique,* 1976 : suspension de la vaccination pendant deux ans.

— *Italie :* projet de loi approuvé le 14 janvier pour suspendre la vaccination des enfants pendant deux ans.

— *OMS,* septembre 1976 : l'Office mondial de la santé recommande de n'exiger la vaccination antivariolique que pour les voyageurs en provenance d'Éthiopie.

— *France :* aucun changement dans la législation datant de 1901.

Quatrième de couverture

L'intoxication vaccinale. Personne n'échappe totalement à la conformation qui convainc chacun du bienfait des vaccinations.

Elles sont à ce point sacralisées que nous ressentons comme une atteinte personnelle et une hérésie l'examen critique de ce problème. Or, les statistiques officielles montrent qu'à égalité de niveau de vie, les épidémies ont régressé, dans les pays qui n'ont pas vacciné, aussi vite que dans ceux qui l'ont fait systématiquement. L'examen des courbes de régression des maladies montre de plus que les vaccinations, obligatoires ou non, n'ont eu aucune incidence sur leur déclin. Pourtant, nous sommes tous persuadés du contraire. Fernand Delarue expose tous les ressorts de l'énorme machine à conformer qui fait de la plupart d'entre nous des rouages inconscients et des victimes satisfaites d'une propagande partout et toujours présente.

Un livre percutant qui ne laissera personne indifférent et qui devrait déboucher sur un bouleversement de nos idées et de nos habitudes vaccinales.

Fernand Delarue. Né dans le Nord en 1924, enseignant dans la région parisienne, président de la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations, Fernand Delarue est le chef de file de ceux qui pensent qu'il faut modifier notre législation et notre attitude d'esprit au sujet des vaccinations.

Par ses ouvrages, par la revue *Santé, Liberté et Vaccinations* qu'il dirige, par ses interventions auprès des parlementaires, il pose devant le pays le problème de la responsabilité de l'homme et de la société face à l'emprise vaccinale.