

**Dossier de tierce intervention dans les affaires Pavel Vavřička contre la
République tchèque (n° 47621/13) et 5 autres requêtes.**

Dossier rédigé au nom de EFVV

European Forum for Vaccine Vigilance
7, rue des Maximins
8247 Mamer
Grand-Duché du Luxembourg.

1 - Equivalence démocratique de l'acte médical :

Dans une démocratie moderne, concernant des décisions à un niveau sociétal, il y a toujours deux parties spécialisées pour assurer une impartialité. Dans les assemblées nationales et autres sénats ou chambres des députés de régimes démocratiques, il y a l'autorité en charge des décisions sociétales et l'opposition.

Concernant le monde du travail, il y a d'une part, les administrations des entreprises et d'autre part, les syndicats connaissant le contexte entrepreneurial, voire des juristes du travail qui ont le pouvoir légal de contrer une décision entrepreneuriale et de défendre les intérêts physiques, professionnels et financiers des employés.

Dans le milieu de la justice, quelque soit la gravité d'un délit, alors que ce délit représente une véritable atteinte à une liberté institutionnelle ou individuelle, il y a d'une part, la partie civile représentée partialement par un homme de loi, et d'autre part, la personne physique ou morale incriminée, dont les intérêts juridiques sont défendus partialement par un homme de loi qui prend parti pour son client puisque le débat d'un procès est juridique. Sauf rare exception, les avocats de la partie civile et de la défense sont désignés par leurs clients respectifs.

2 - Représentation sociétale des patients :

Dans le domaine de la santé publique, il n'y a ni syndicat spécialisé en santé publique représentant les individus, ni corps de métier spécialisé en santé publique pour défendre les intérêts et les choix sanitaires d'un individu.

En France, mais aussi dans d'autres pays, existent un « ordre des médecins » et une « haute autorité de santé » dédiés à l'administration de la santé, sans qu'il y ait des structures de santé publique spécialisées dans l'expertise et la représentation des parties en opposition correspondant aux patients. Les experts sont rattachés aux cours d'appel et nommés par les institutions juridiques. L'analyse institutionnelle qui décrit des rapports démocratiques du pouvoir dans la justice, n'a pas été appliquée à la santé publique.

Il n'existe pas à l'instar des représentations juridiques disponibles de la partie civile et de la défense, des représentations de santé publique qui pourraient prendre partialement la défense des parties adverses.

C'est d'autant plus dommageable que si dans la justice, les lois sont écrites et sont réajustées par les jurisprudences, la santé publique ne se prête pas à l'établissement d'une réglementation, car les paramètres du vivant évoluent avec le temps, d'où la nécessité d'une représentation professionnelle des patients et autres personnes qui se trouvent en face des autorités de santé. Cette représentation a déjà été engagée en France par une approche universitaire qui décerne des doctorats de « patients-experts ». L'université des Patients a été créée en France et dans plusieurs pays du monde par le Professeur Catherine Tourette-Turgis : « L'Université des patients est un dispositif pédagogique

innovant qui consiste à intégrer dans les parcours universitaires diplômants en éducation thérapeutique des patients-experts issus du monde associatif. **Reconnaître l'expérience et l'expertise des malades : un enjeu pour la santé publique** » (<https://universitedespatients-sorbonne.fr/>). **Il est temps d'institutionnaliser cette représentation à un niveau sociétal décisionnel.**

3 - Représentation juridique des acteurs de santé publique:

Dans la situation contemporaine en France, les experts sont nommés dans le cadre d'une ordonnance de référé par la présidence du Tribunal de Grande Instance et exercent un droit qui est critiquable car ils n'ont pas toutes les connaissances globales ni toutes les informations nécessaires à l'analyse d'un dossier. Ce droit est d'autant plus critiquable que les soi-disant experts sont en totalité des médecins ou des chercheurs spécialisés sur leurs domaines très restreints et sont incapables de traiter un dossier global comme celui de décider du bien-fondé d'un traitement et a fortiori d'une vaccination dont on ne connaît pas l'impact sur la physiologie d'un individu.

Le cloisonnement, l'hyper-technologie et l'hyperspécialisation en clinique ne permettent pas aujourd'hui aux acteurs de santé publique de donner des avis sur d'autres domaines que le domaine restreint qui est le leur.

4 - Responsabilité de la recherche fondamentale :

Dans le domaine médical, les travaux de recherche fondamentale sont en général très réducteurs ne se rapportant qu'à l'étude de mécanismes moléculaires isolés et de leurs effets dans le contexte limité d'expérimentations la plupart du temps *in-vitro*. Cette situation est principalement liée à des paramètres organisationnels et financiers : pour que ses travaux soient publiés, il est de règle pour un chercheur de présenter des expérimentations monoparamétriques.

C'est le cas du test de molécules médicamenteuses par exemple. Cela élude donc l'étude de l'impact sur des millions de cellules autres que celles étudiées *in vitro* et qui constituent les systèmes physiologiques d'un individu, et par répercussion l'ensemble des systèmes physiologiques d'un individu. Or nous savons aujourd'hui que tous les systèmes physiologiques d'un individu sont interdépendants et qu'un impact sur un de ces systèmes physiologiques aura une répercussion sur les autres systèmes (e.g. relation moléculaire entre le système nerveux central et le système immunitaire ; intrication des systèmes microbiotiques, entériques, immunitaires et neuronal dans la sphère intestinale ; importance des micro-organismes constitutifs de la physiologie humaine...)

De plus, le financement d'un chercheur n'est effectif qu'en fonction des publications scientifiques qu'il aura faites, ce qui amène très souvent à des contenus scientifiques médiocres et des contenus à visée médicale inappropriée qui font néanmoins le commerce des laboratoires pharmaceutiques et d'investissements à large échelle (e.g. le Médiator un médicament antidiabétique commercialisé par les laboratoires Servier –procès en cours- ; Vaccin contre le virus de l'hépatite B et sa responsabilité dans le déclenchement de la sclérose en plaques étudiée de manière récurrente par la justice...).

Autre cas de figure classique qui fait l'objet de longues et courantes discussions honteuses dans le monde de la recherche biologique, une expérimentation « ratée » ne sera jamais publiée, un résultat irréprochable ou négatif est souvent mis de côté pour cause de facteur inconnu qui aurait perturbé l'expérimentation. En 1955, un Journal of Irreproducible Results a même été fondée en Israël en 1955 par le virologue Alexander Kohn et le physicien Harry J. Lipkin, qui voulaient un magazine d'humour sur la science, pour les scientifiques.

5 - Responsabilité de la recherche pré-clinique :

Concernant la recherche en vaccinologie, les vaccins sont prioritairement testés sur des modèles murins dont le système immunitaire se rapproche du système immunitaire humain. Néanmoins, si les systèmes immunitaires de l'homme et de la souris se ressemblent dans la distribution cellulaire et dans les fonctions générales, ils ne fonctionnent pas de la même manière au niveau moléculaire. En particulier, la présentation de la substance immunogène d'un vaccin par les cellules compétentes qui les captent (cellules dendritiques appelées cellules présentatrices d'antigènes) ne se fait pas de la même manière chez la souris et chez l'homme. Cela explique le fait que les laboratoires pharmaceutiques augmentent régulièrement des doses d'adjuvants pour essayer de rendre l'immunisation efficace dans un contexte où les antigènes ne sont pas présentés au système immunitaire comme il se devrait.

6 - Responsabilité de la recherche clinique :

Concernant la recherche clinique, l'obligation est systématiquement de sélectionner des candidats parmi les personnes qui participeront à des essais cliniques pour « tester efficacement le traitement ». Une étude clinique se fait dans le contexte de facteurs d'inclusion de candidats avec un profil favorable, et d'exclusion pour des personnes ne présentant pas les caractéristiques souhaitées, afin d'assurer une homogénéité statistique de la population d'individus inclus (même si cette homogénéité est toute relative à cause de la différence physiologique et génétique des individus, ce qui impose une exclusion draconienne d'individus).

Ainsi il n'est pas possible d'intégrer toute personne ayant une quelconque susceptibilité physiopathologique. Dès le premier accident aussi minime soit-il, dès le premier symptôme n'ayant pas de rapport avec le procédé thérapeutique faisant l'objet de l'étude, l'individu concerné sera exclu de l'étude sans investigation future sauf cas dramatique ou fatal. Bien évidemment, le résultat sera *de facto* biaisé puisque des effets secondaires potentiels du traitement testé seront écartés, légitimement écartés en terme de sécurité sanitaire mais on ne saura pas quel impact aurait eu le traitement dans la durée. De même, les candidats sont suivis quelques mois après l'étude clinique puisque le financement du protocole le permet. Quid des effets secondaires à long termes ?

7 - Responsabilité des experts nommés par les tribunaux :

Dans les expertises demandées par les tribunaux, il est question pour les experts de rechercher si les informations sur les effets indésirables et les précautions d'emploi donc tenues dans la notice d'utilisation des produits éditées par les laboratoires étaient suffisamment précises, complètes et circonstanciées au regard des pathologies post-vaccinales. En l'occurrence, les effets indésirables ne concernent jamais des pathologies lourdes puisque les premiers symptômes observés même bénins font sortir les sujets d'études cliniques dès le début. Quelles précautions d'emploi pourrait-on trouver puisqu'aucune expérience dramatique n'est quasiment jamais abordée durant les études cliniques ?

Par ailleurs il est demandé aux experts de décrire les troubles et séquelles imputées à la prise des vaccins et de rechercher l'état des connaissances scientifiques. Aucune investigation scientifique n'est publiée ni *a priori* faite post-vaccination, et *a fortiori* pour mentionner les effets secondaires d'une vaccination et même des traitements.

8 - Responsabilité des autorités sanitaires et de leurs experts :

En règle générale les discours prononcés par les autorités sanitaires sur les effets secondaires sont toujours très partisans. Dans une thèse de doctorat présentée à l'université Paul Sabatier de Toulouse, le 4 juillet 2014 pour un diplôme d'état de Docteur en Pharmacie (C. MERLO, Annexe 1), qui constitue d'autorité un ouvrage de référence récent car sanctionné par un jury de professeurs experts, on mentionne bien à propos des adjuvants dont « *des publications associent leur utilisation dans les vaccins à des syndromes autistiques, des syndromes de Guillain-Barré, des scléroses en plaques ou encore à l'apparition de myofasciites à macrophages* » en référant les publications correspondantes, et que « *les liens de causalité pour l'ensemble de ces effets indésirables ont*

toujours été réfutés par les travaux scientifiques publiés et par les experts », sans que ces travaux scientifiques « publiés » n'apparaissent en référence, ni que les experts soient mentionnés.

C'est un lieu commun de ne jamais mentionner les experts dans ce genre de situation.

A charge donc des scientifiques de produire ces publications non mentionnées et juridiquement non existantes, et des experts inexistantes de s'exprimer puisque non référencés dans un ouvrage qui traite justement de l'utilisation des adjuvants.

Egalement dans le même document « de référence » l'auteur dit : « *Toutes les controverses autour de la vaccination et des adjuvants conduisent à une crainte du public pouvant entraîner un recul de la vaccination et la réapparition de maladies.* » Concernant la réapparition des maladies, ceci est faux, car les pathologies qui apparaissent de nos jours sont connues pour être des pathologies avec de nouveaux germes résistants : e.g. la réapparition de la tuberculose qui est une tuberculose résistante aux traitements disponibles et pour laquelle le BCG, le vaccin créé par messieurs Calmette et Guérin pour « protéger » de la tuberculose au siècle dernier n'est pas efficace sur cette « nouvelle tuberculose ».

9 - Incrimination de l'utilisation d'adjuvants toxiques :

L'auteur de la même thèse décrit les adjuvants en fonction de leur appartenance à des laboratoires pharmaceutiques, en indiquant que, jusqu'à présent, les composés à base d'aluminium (composés principalement d'hydroxyde ou de phosphate) sont les plus utilisés dans la production des vaccins humains. Il semble que l'utilisation de tel ou tel adjuvant ne soit pas un choix médical mais un choix conventionnel car rien dans l'utilisation des adjuvants ne mène vraiment d'une part à une efficacité vaccinale et d'autre part à une minimisation des effets secondaires. La neurotoxicité de l'aluminium a été dénoncée il y a plus de 100 ans. Les scientifiques supposent que les dégâts de l'aluminium dans les cellules sont liés à la production de radicaux libres, à des troubles du métabolisme du glucose et une perturbation de l'influx nerveux. Les vaccins qui contiennent de l'aluminium et du mercure augmentent les effets de cette neurotoxicité (travaux de recherche du Professeur Boyd Haley, spécialiste de chimie médicale à l'Université du Kentucky, aux Etats-Unis).

Les mécanismes immunotoxiques des adjuvants sont parfaitement connus et présentés par l'auteur de la thèse mentionnée ci-dessus (Annexe 4) L'adjuvant de Freund (produit à partir de germes bactériens hautement immunogènes) et les sels d'aluminium sont les seuls adjuvants actuellement enregistrés pour la médecine humaine. Dans un article de synthèse destiné à la formation des docteurs vétérinaires (S. VERMOUT, Annexe 2) il est indiqué que « la production d'anticorps induite par ces adjuvants reste modérée. Pour de nouveaux vaccins qui nécessiteront des titres élevés, il est vraisemblable que d'autres adjuvants devront être employés ». Cet article indique par ailleurs que « contrairement à l'aluminium, le phosphate de calcium ne constitue pas un corps étranger pour l'organisme ; il est donc encore mieux toléré et résorbé (Cedarlane Laboratories Limited, 2003) ». Bizarrement, cet adjuvant dont l'innocuité a été démontrée et qui a pourtant été utilisé dans le passé dans différents vaccins (l'Institut Pasteur a mis au point, au début des années 1970, des vaccins adsorbés sur phosphate de calcium, face aux risques présentés par les sels d'aluminium).

10 - Responsabilité de l'industrie pharmaceutique :

En janvier 1985, la production de vaccins de l'Institut Pasteur a été rachetée par l'Institut Mérieux. L'Institut Mérieux a décidé de faire disparaître le phosphate de calcium des vaccins, malgré les alertes lancées par les chercheurs de l'Institut Pasteur. Marc Girard (directeur scientifique en 1985 de Pasteur Vaccins – fruit de la fusion Pasteur / Mérieux) a admis que les critères économiques avaient prévalu dans cette volonté d'imposer l'aluminium comme seul adjuvant. Le phosphate de calcium n'est plus utilisé et on continue à utiliser les composés à base d'aluminium neurotoxique, ou des

dérivés de l'Adjuvant complexe de Freund dont on sait qu'il est toxique et que son utilisation est hautement douloureuse et qu'il a été retiré du marché dans de nombreux pays.

11 - Une grande interrogation sur les voies de vaccination :

Un seul essai réellement fructueux dans le passé : le vaccin oral contre la Polio mis au point par le Dr Albert Sabin, médecin immunologiste américain d'origine polonaise. La période de 1963 à 1980 correspond à l'introduction de la vaccination avec du vaccin à virus « vivants » atténués par la méthode du Dr Sabin et à la décision de la vaccination massive de la population âgée de 3 mois à 40 ans. L'efficacité du vaccin oral de type Sabin s'est traduit par une chute rapide du nombre de cas. On référence souvent le vaccin contre la polio comme succès de la vaccinologie, mais en réalité, l'administration de ce vaccin n'a rien à voir avec le mode d'administration préconisé dans le monde du 21^{ème} siècle. Ce vaccin était un vaccin mucosal alors que les vaccins actuels sont des vaccins par injection.

12 - Explications physiologiques : la différence est fondamentale :

Les muqueuses remplissent de nombreuses fonctions vitales, telles que la respiration (passage nasal et pulmonaire), l'absorption (tractus gastro-intestinal), l'excrétion (poumon, voies urinaires, gros intestin) et la reproduction (tractus reproducteur). En remplissant ces fonctions, l'hôte d'un germe infectieux est inévitablement exposé aux antigènes environnementaux, aux particules alimentaires, à la flore commensale et aux agents pathogènes. Les surfaces muqueuses contiennent des cellules dendritiques spécialisées (CD) capables de détecter ces stimuli externes et de monter des réponses locales appropriées en fonction de la nature des éléments qu'elles rencontrent. En l'absence d'agents pathogènes, les CD mucosales ignorent l'antigène ou induisent des réponses régulatrices en particulier en présence de toxines d'origines diverses. Lors de la reconnaissance des micro-organismes qui envahissent la barrière mucosale, les CD mucosales développent une immunité protectrice robuste. Les CD mucosales traitent les informations externes et dirigent les réponses appropriées en mobilisant diverses cellules du système immunitaire inné et adaptatif pour obtenir ce qu'on appelle l'homéostasie (le maintien d'un équilibre physiologique) et la protection immunitaire (reference : A.Iwasaki, Mucosal dendritic cells, Annu.Rev.Immunol. 2007, 381-418).

On trouve de nombreuses CD dans toute la physiologie d'un être humain mais les CD mucosales sont des cellules spécialisées pour préparer l'immunisation, c'est-à-dire prendre en charge un germe pathogène et permettre une réponse adaptée. En cela, le vaccin du Dr Sabin a été jusqu'à récemment le seul vaccin mucosal et le seul vaccin vraiment efficace puisqu'il a permis l'éradication de la Poliomyélite, largement utilisée pour vanter les mérites de la vaccinologie.

Les CD mucosales sont les seules cellules vraiment matures du système immunitaire chez l'enfant à la naissance et sont les cellules les plus importantes du système immunitaire jusqu'à l'âge de 1 an 1/2 / 2 ans. Elles permettent la reconnaissance des germes et l'action des anticorps maternels encore présents dans le sang des nouveaux-nés.

Les CD qu'on trouve dans l'espace sous-cutané, sollicitées par une vaccination par injection, ne sont pas nombreuses car la barrière cutanée plus dense et moins permissive qu'une muqueuse ne nécessite pas un aussi grand nombre de ces cellules et leur fonction n'est pas spécialisée comme les CD mucosales qui elles, font une distinction appropriée entre des agents pathogènes et des antigènes mineurs non activement pathogènes. Là est une première erreur fondamentale de la vaccination par injection. La sollicitation des CD sous-cutanées induisent des processus inflammatoires importants sur les sites d'injection (tout le monde aura observé les indurations parfois douloureuses et autres rougeurs produites sur les sites d'injection vaccinale). Ces inflammations sont diffusées dans l'ensemble du corps en produisant des marqueurs de l'inflammation qui vont solliciter par exemple des systèmes immunitaires immatures chez l'enfant en bas âge. Les pédiatres observent par exemple et de manière quasi systématique des processus inflammatoires au niveau intestinal chez les enfants recevant le vaccin ROR. D'autres processus inflammatoires touchent le système nerveux (qu'il soit

au niveau intestinal ou au niveau cortical) pour produire chez les enfants en bas âge des autismes tels que présentés par de nombreuses observations de par le monde.

13 - Inefficacité des vaccins : caractéristique non neutralisante

Chez l'adulte, il est clairement étayé par des publications scientifiques et médicales, que les vaccinations par injections sont majoritairement « non neutralisantes » et l'on observe en clinique des questions récurrentes sur l'opportunité ou non de refaire les vaccins qui n'ont pas été efficaces. Ces tests de neutralisation n'étant pas systématiques dans la population générale, et en considérant l'importance de cas de vaccinations non-neutralisantes observées principalement chez les acteurs de santé publique (personnels hospitaliers et de laboratoires biologique ou de recherche médicale) on peut émettre des doutes sur l'efficacité des vaccins par injection. L'hypothèse la plus pertinente est que les CD sollicités en sous cutané répondent de manière erratique aux antigènes et molécules multiples et variés présents dans les vaccins.

14 - Exemple de cas clinique

Prenons l'exemple d'un cas clinique récent d'un enfant qui a présenté « une encéphalopathie convulsivante à la suite d'une méningo-encéphalite herpétique à HSV1 » durant une période de vaccination. Le lien de cause à effet entre vaccination et pathologie n'a pas été encore établi par les juristes ; la procédure est en cours.

Les cliniciens ont persisté à poursuivre un protocole vaccinateur n'ayant pourtant pas de lien identitaire avec l'infection observée (Infanrix quinta, Vaccin contre la Diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la méningite et Prevenar contre l'infection à pneumocoques - le lien pathologique étant encore en débat entre experts).

Il est clairement connu que, dans le cadre d'une infection aussi grave au niveau neuronal, les productions de neurohormones sont perturbées. Par ailleurs, il est clairement connu qu'il y a un lien entre neurohormones et les cytokines, substances élaborées par le système immunitaire, réglant la prolifération de cellules (Annexe 3 - I.J. Elenkov / Neurohormonal-cytokine interactions: Implications for inflammation, common human diseases and well-being *Neurochemistry International* 52 (2008) 40-51). Dans ce contexte, comment imaginer qu'un système immunitaire puisse répondre normalement à une vaccination ? Chacune des étapes du protocole vaccinateur a été concomitante de la pathogénèse, mais les cliniciens ont continué à vacciner.

15 - Faiblesse du système médical :

L'interdépendance des systèmes physiologiques n'a pas été prise en considération, par manque de réflexion ou de connaissances. La locution « *Primum non nocere* » est pourtant le principal dogme abstentionniste appris aux étudiants en médecine et en pharmacie.

« *In dubio ipsum abstinendi* » ; même si ces vaccinations étaient conformes au calendrier vaccinal d'usage, il eût été de bon ton de s'abstenir de tout acte thérapeutique n'étant pas en rapport direct avec les observations cliniques graves chez cet enfant. Les médecins auraient dû poser un regard critique sur l'importance de ce seul événement notable et unique de la vaccination dans la chronologie des événements cliniques et de la pathogénèse concernant cet enfant et faire montre de leur autonomie décisionnelle pour la contre-indication de ces vaccinations dans le cadre d'une situation, pour le moins, inquiétante.

La récurrence de ce genre de situation amène à un questionnement à un niveau sociétal sur l'imposition d'un acte médical intrusif cautionné et imposé par « des directives administratives ». Excepté dans des situations d'extrême urgence, même l'acte chirurgical qui est un acte intrusif « portant atteinte à l'intégrité du corps humain (article 16-3 du code civil) » nécessite un consentement éclairé et donc l'accord de l'individu qui le subit ou d'un de ses proches (sauf cas

exceptionnel), « éclairé » signifiant dans ce cas « avec une explication complète des processus déclenchés par l'acte thérapeutique proposé ».

Une habitude facile dans le monde médical est de confondre « consentement éclairé » et « permission accordée par le patient pour procéder à une intervention spécifique ». La raison en est peut-être que les médecins, malgré de longues études, ne sont pas formés à transmettre des informations scientifiques et médicales dans un langage intelligible pour les patients, ou qu'on ne leur donne pas toutes les informations scientifiques et médicales pour ce faire, ce qui apporte un biais à la loi sur le consentement éclairé.

16 - Justification d'un acte médical : de l'observation scientifique à l'application thérapeutique

Du fait de la complexité de la physiologie animale, aucune étude scientifique ne peut permettre à ce jour de dire si l'état de la science concernant les approches thérapeutiques est en exacte adéquation avec les réponses physiologiques d'un individu, et a fortiori de tous les individus. De plus l'information transmise par un scientifique en recherche fondamentale à un laboratoire pharmaceutique, puis, par l'intermédiaire d'un « visiteur médical » au médecin responsable de la vaccination ne permet en aucune manière au médecin de présenter l'intelligence d'un procédé thérapeutique au patient pour amener ce dernier à un consentement éclairé.

17 - Justification du consentement éclairé

En France, la loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps et modifiée par l'article 70 de la loi 99-641 du 27 juillet 1999 dit qu'« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir » (code civil article 16-3).

En France, la vaccination est ordonnée administrativement sans signature d'un consentement libre et éclairé. Bien que le procédé de vaccination soit de surcroît un procédé dit « intrusif » au regard de la loi (donc soumis au consentement éclairé), aucun consentement éclairé n'est présenté à quiconque lors de vaccinations.

Par ailleurs, qui dit « consentement », dit « acceptation ou non » du procédé thérapeutique « proposé » ce qui implique de facto la liberté thérapeutique et donc la liberté vaccinale. Peut-être est-ce pour cela que le consentement éclairé n'est pas proposé lors d'une vaccination afin de ne pas donner le choix légitime au patient.

18 - Retour à l'exemple de cas clinique : facteurs de risque ; facteurs de susceptibilité génétique

Dans le cas précité, avant l'administration des vaccins, l'enfant n'a aucune pathologie significative hormis des problèmes banals de puériculture. L'enfant avait un développement normal sans aucune pathologie génétique et aucun facteur de risque identifié » ; « La pathologie initiale est une méningo-encéphalite due à une infection par le virus herpès HSV1. Cette infection n'était pas prévisible » ; « Il n'y a pas eu de symptômes avant la survenue de la méningo-encéphalite herpétique » : il n'y avait donc pas de symptômes permettant de dire que l'enfant avait une quelconque pathologie avant l'administration des vaccins.

Dans ce cas les experts disent : « ... des facteurs de susceptibilité génétique à l'encéphalite herpétique à HSV-1 ont été identifiés chez des enfants atteints d'encéphalites herpétiques »

En l'occurrence, il n'a jamais été démontré que la présence de facteurs de susceptibilité était un facteur de déclenchement de pathologies. Un facteur de susceptibilité n'est qu'une coïncidence biologique observée chez des patients exprimant, dans le cas cité, l'encéphalite herpétique à HSV-1 et fort heureusement, n'est de surcroît pas, par sa présence, une expression pathogène et encore moins systématique. De plus, l'assertion sur les facteurs de susceptibilité génétique à l'encéphalite

herpétique à HSV-1 est nulle est non avenue puisque le dossier d'expertise indique que l'enfant « n'avait aucune pathologie génétique et aucun facteur de risque identifié ».

Si les facteurs de susceptibilité génétique dont on entend parler depuis la fin du séquençage du génome humain étaient des facteurs potentiels pour des mauvaises réactions aux vaccinations, il est à craindre que l'ensemble de la population mondiale ne doive plus se faire vacciner, car le danger serait grand de déclencher les pires pathologies. Des travaux de recherches médicales doivent impérativement être entrepris pour que chacun puisse, l'esprit libre, aller se faire vacciner.

Même dans le cas où on considère qu'il est « admis que les méningo-encéphalites herpétiques surviennent sur un terrain génétique prédisposé » on ne peut décemment assurer que l'occurrence d'une pathogénicité ne soit pas liée à l'activation de la production virale par la stimulation vaccinale du système immunitaire dans ce cas particulier de prédisposition.

« La survenue de la méningo-encéphalite herpétique est indépendante de l'administration des vaccins. L'information délivrée par les défenseurs était complète, adéquate, pertinente. » : la notion même de susceptibilité génétique à l'encéphalite herpétique à HSV-1, avancée par les experts eux-mêmes, contredit ce commentaire par le fait que l'administration du vaccin ne peut avoir été étudiée dans le contexte de cette susceptibilité génétique et devrait faire l'objet d'une contre-expertise scientifique dans le contexte précis d'une susceptibilité génétique à l'encéphalite herpétique à HSV-1 pour assurer dans le cas de l'enfant précité la démonstration qu'il n'y a pas de lien de causalité directe ou indirecte entre la vaccination et l'encéphalopathie.

On ne peut donc pas affirmer que « La survenue de la méningo-encéphalite herpétique est indépendante de l'administration des vaccins » et que « La pathologie de l'enfant est indépendante de la vaccination » : On a très peu d'idées de l'activation de facteurs cellulaires pouvant induire une production de virus HSV1. L'indépendance avancée sur l'administration de vaccins est scientifiquement et faussement péremptoire.

19 - Démonstrations scientifiques en défaut :

Reste donc aux autorités scientifiques et médicales à démontrer scientifiquement qu'« Il n'y a pas de lien de causalité entre la pathologie de l'enfant et la prise des vaccins ». Ce cas vaut pour tous les cas. De nombreux cas de pathologies graves ont été mentionnés à la suite de vaccinations. A un moment où le nombre de pathologies graves est grandissant et que la vaccination est mise en cause : autismes, scléroses en plaques, syndromes de Guillain-Barré, myofasciites à macrophage, etc., il faut écarter les risques potentiels, et scientifiquement démontrer qu'il n'y a pas de causalité entre les pathologies observées après vaccination et la prise des vaccins. Cela signifie qu'il est essentiel d'appliquer la locution « *In dubio ipsum abstinendi* » et que **des travaux scientifiques de recherche médicale doivent être entrepris pour assurer que chaque vaccin ne va pas induire une pathologie grave ou bénigne en fonction de son terrain génétique, en fonction de l'historique de chaque personne, de sa fragilité biologique.**

20 - Responsabilité scientifique et médicale d'une société démocratique :

« Il n'y a pas de pathologie, troubles et séquelles imputés à la prise des vaccins » est répété péremptoirement et fausement par ceux qui prônent la vaccination mais un nombre non négligeable de procédures juridiques successives à des affaires similaires de pathologies consécutives à des vaccinations ont abouti à des condamnations juridiques de laboratoires pharmaceutiques et de gouvernements.

Il est donc inconcevable de ne pas investiguer scientifiquement que la vaccination puisse avoir été responsable des pathologies graves observées; sauf démonstration dans le contexte spécifique de chaque cas observé, il existe de grandes incertitudes sur les connaissances de la science, de la médecine et des laboratoires pharmaceutiques sur l'impact délétère du traitement vaccinal.

Même le facteur économique ne peut être avancé pour éviter ce genre de recherche. On met des dizaines d'années et des milliards de dollars à financer des recherches scientifiques aveugles (e.g. High Throughput Screening Le criblage à haut débit (HTS) de grandes bases de données de composés pour l'activité contre des cibles biologiques via l'utilisation de l'automatisation, des essais miniaturisés et l'analyse de données à grande échelle), et des études cliniques pour produire des traitements dont on ne regarde qu'exceptionnellement et souvent après de nombreuses applications cliniques les effets secondaires.

Ce qui est remarquable dans les affaires jugées aboutissant *in fine* à des dédommagements par des laboratoires ou par des gouvernements, c'est que les dossiers juridiques surfent sur les notions de risque, de minimisation de la réalité des faits et d'épuisement en faisant trainer les dossiers sur des années, en refusant la réalité subjective des connaissances scientifiques et médicales, espérant ainsi trouver une parade à la critique des effets collatéraux produits par des traitements dits « curatifs ou préventifs » de manière plus ou moins aléatoire.

Dans le cadre d'une concertation juridique à propos d'un accident ou de tout acte délictueux le doute prévaut dans presque toutes les démocraties. Pourquoi le doute ne prévaudrait-il pas dans cette infraction physiologique qu'est une grave maladie ?

21 - Assumer le doute revient à donner le libre arbitre à chaque homme d'une société démocratique

Aujourd'hui, la compréhension de la physiologie est toujours balbutiante, malgré le scientisme du 19^{ème} siècle et la recherche avancée mais mécaniste des 20^{ème} et 21^{ème} siècles qui ont essayé d'imposer leurs connaissances « savantes » pour justifier une « Science » complètement détachée de toute Pragmatique du Vivant (La pragmatique est une branche de la linguistique qui s'intéresse aux éléments du langage dont la signification ne peut être comprise qu'en connaissant le contexte de leur emploi). On se targue d'avoir séquencé le génome humain dont seuls quelques 3 à 5 pourcents sont caractérisés (d'ailleurs plus dans l'expression et certaines coïncidences biologiques que dans la fonction; que signifie vraiment d'avancer la notion de gènes de susceptibilité dans ce contexte ?) ; on ne connaît aujourd'hui que les grandes lignes de ce qui se passe dans une cellule vivante humaine ; on vient seulement de découvrir un nouvel organe de taille dans le corps humain (l'interstitium), et de comprendre que beaucoup des microorganismes (virus, bactéries et autres) sont des éléments constitutifs de la physiologie de l'homme (notion de microbiote et de microbiome) et que leur pathogénicité est en réalité et en grande partie induite par les mauvais traitements qu'on fait subir à notre physiologie à laquelle ils sont légitimement et biologiquement intégrés.

La vaccination telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui est un procédé archaïque pour lequel les laboratoires et les institutions au dessus de ces laboratoires ont accepté des facilités (le cas du retrait de l'adjuvant inoffensif pour un adjuvant dont on connaît la toxicité pour des raisons économiques / le fait de continuer à injecter en sous-cutané des produits, sachant que l'efficacité est restreinte et qu'on a eu dans le passé le vaccin Sabin, un vaccin mucosal qui a permis l'éradication de la Poliomyélite). Comment ose-t-on imposer à un enfant en bas âge un traitement sans son consentement, tout en sachant qu'on lui injecte un adjuvant toxique et que l'efficacité est toute aléatoire.

Notre société est devant notre physiologie et la physiopathologie humaine comme un linguiste devant l'écriture étrusque, déchiffrée mais incompréhensible. Même si on a fait d'édifiantes découvertes, on ne connaît pas encore vraiment le langage du vivant, alors comment pourrait-on justifier de la pertinence et de l'universalité d'un traitement.

Le propos n'est pas de mettre en question le principe de l'immunisation qui peut même se faire naturellement quand, accidentellement on croise un germe pathogène.

- Qui, au cours du 20ème siècle n'a pas eu une maladie infantile à l'époque dites bénigne comme une rougeole, une varicelle, une scarlatine ou une rubéole sans que celles-ci soient létales ?
- Qui n'a pas eu de symptômes courants comme ceux induits par le virus de la grippe ou par le coronavirus dont on nous rebat les oreilles alors que ce sont des virus courants que presque tous le monde a rencontré un jour sans autre effet que quelques jours de fièvre ?
- Pourquoi veut-on à tous prix nous débarrasser de ces infections courantes qui finiront par réapparaître plus pernicieuses dans un futur proche ?

Messieurs Calmette et Guérin nous ont débarrassés de la tuberculose mais apparemment celle-ci revient en force, plus résistante que jamais, sans qu'on se demande pourquoi elle est résistante. Il est bien connu aujourd'hui que les résistances des facteurs infectieux sont de plus en plus notables, que les pathologies infectieuses sont de plus en plus marquantes (Sida, Ebola en Afrique, Tuberculose résistante dans le monde entier, réapparition de la peste bubonique à Madagascar, de nombreux cancers d'origine infectieuse...). Pourquoi ? On sait que les antibiotiques sont de moins en moins efficaces à cause d'une utilisation démesurée et un manque d'informations des médecins et des patients, par l'utilisation outrancière dans certains pays d'antibiotiques dans des administrations vétérinaires préventives chez les animaux destinés à l'abattoir.

Une couverture vaccinale large est actuellement prônée dans une politique vaccinale agressive de nombreux gouvernements bien qu'aucune étude scientifique ne démontre l'impact de cette recommandation. Dans les années 50-60, l'OMS a bien observé que dans des pays comme l'Inde ou l'Afrique Sub-saharienne une couverture vaccinale de plus de 80% n'avait pas endigué des épidémies de variole pourtant très expressives (*Organisation mondiale de la santé, L'éradication mondiale de la variole : Rapport final de la Commission mondiale pour la Certification de l'Éradication de la variole, Genève, décembre 1979, 135 p.*)

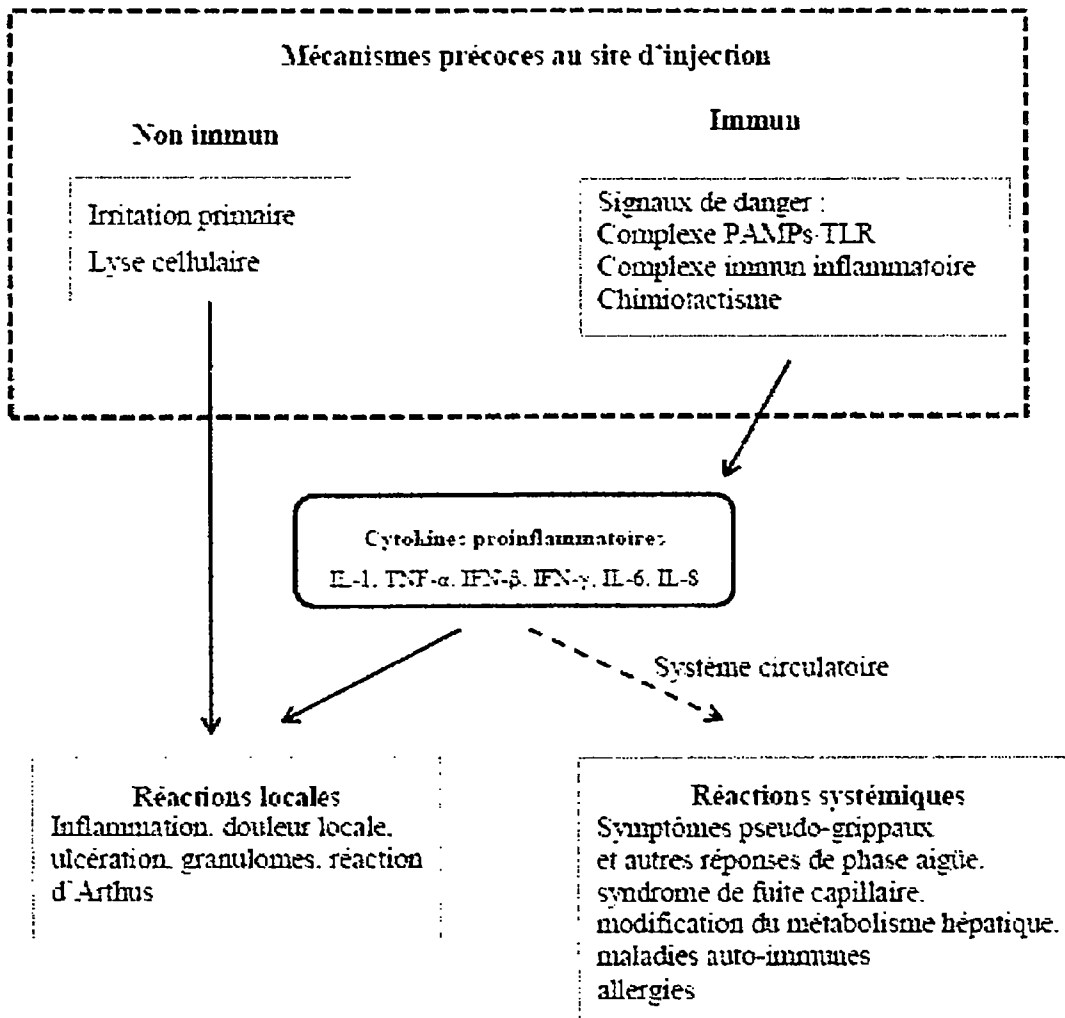
Le propos est de mettre en évidence les lacunes du monde scientifico-médical sur ses connaissances, sur ses moyens d'investigations, sur la pertinence de ses outils vaccinaux, sur les risques qu'il fait courir à notre société, si minimes soient-ils et de lui faire assumer ces risques.

22 - Réflexion et Prospective :

Concernant les patients chez lesquels on a découvert une sclérose en plaque, un autisme ou une myofascite à macrophages, ont-ils été clairement informés par les médecins qui ont procédé à la « vaccination » des conséquences physiologiques de l'acte vaccinal, de l'innocuité et de la nocuité de ces molécules introduites dans leur corps ou dans le corps de leur enfant, des effets secondaires et des accidents pouvant survenir après cet acte thérapeutique ? Ces informations arrivent après un accident clinique, dans le désespoir de situations cliniques irrattrapables. Si certains pays d'Europe accordent le choix aux individus d'être ou ne pas être vaccinés, d'autres pays persistent à vouloir contraindre ses citoyens à subir un acte médical universel et indifférencié sans tenir compte de l'unicité biologique des individus et sans libre arbitre.

Une première solution serait d'informer clairement et en détail le patient ou ses représentants de tous les risques potentiels d'un traitement curatif ou préventif et de lui donner le choix d'accepter ou non ce traitement. Mais les médecins sont-ils capables d'expliquer tous les détails des processus physiologiques à leurs patients de manière à ce que ceux-ci les comprennent ? La logique voudrait que le patient signe alors un consentement éclairé ou un refus éclairé, sachant que celui qui propose accepte de dire sur le même document qu'il est conscient de ne pas connaître les aléas du traitement proposé et qu'il informe le patient de la possibilité d'effets collatéraux du traitement si minimes soient-ils, connus ou inconnus.

ANNEXE 4



Représentation des évènements immunotoxiques qui peuvent apparaître après l'utilisation d'adjuvants

Steven G. Reed, Sylvie Bertholer, Rhea N. Coler and Martin Friede. New horizons in adjuvants for vaccine development. Trends in immunology. 2008, Vol. 30, 1.

*Demande de tierce intervention dans les affaires Pavel Vavřík
 contre la République tchèque (n°47621/13) et 5 autres requêtes*

TABLE

1 - Equivalence démocratique de l'acte médical.....	1
2 - Représentation sociétale des patients.....	1
3 - Représentation juridique des acteurs de santé publique.....	2
4 - Responsabilité de la recherche fondamentale.....	2
5 - Responsabilité de la recherche pré-clinique.....	3
6 - Responsabilité de la recherche clinique.....	3
7 - Responsabilité des experts nommés par les tribunaux.....	3
8 - Responsabilité des autorités sanitaires et de leurs experts.....	3
9 - Incrimination de l'utilisation d'adjuvants toxiques.....	4
10 - Responsabilité de l'industrie pharmaceutique.....	4
11 - Une grande interrogation sur les voies de vaccination.....	5
12 - Explications physiologiques : la différence est fondamentale.....	5
13 - Inefficacité des vaccins : caractéristique non neutralisante.....	6
14 - Exemple de cas clinique.....	6
15 - Faiblesse du système médical.....	6
16 - Justification d'un acte médical : de l'observation scientifique à l'application thérapeutique... 7	7
17 - Justification du consentement éclairé.....	7
18 - Retour à l'exemple de cas clinique: facteurs de risque; facteurs de susceptibilité génétique.... 7	7
19 - Démonstrations scientifiques en défaut.....	8
20 - Responsabilité scientifique et médicale d'une société démocratique.....	8
21 - Assumer le doute revient à donner le libre arbitre à chaque homme d'une société démocratique..... 9	9
22 - Réflexion et Prospective.....	10

ANNEXES

1 - C. MERLO. Thèse de Doctorat de Pharmacie, Utilisation des adjuvants dans les vaccins : état des lieux et actualités, soutenue le 4 juillet 2014, ref : Thèse 2014 / TOU3 / 2059

<http://thesesante.ups-tlse.fr/1340/>

2 - S.VERMOUT, M. DENIS, B.LOSSON, B.MIGNON. Choix d'un adjuvant lors d'essais de vaccination, Ann. Méd. Vét., 2003, 147, 393-401

http://www.facmv.ulg.ac.be/%2Farticles%2F2003_147_6_03.pdf&usg=AOvVaw2_9Yuyiua15Q-9nKS2Wg8g

3 - I.J. ELENKOV. Neurohormonal-cytokine interactions: Implications for inflammation, common human diseases and well-being, Neurochemistry International 52 (2008) 40-51

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17716784>

4 - Annexe ci-jointe Représentation des événements immunotoxiques qui peuvent apparaître après l'utilisation d'adjuvants extraite de S.G. REED, S.BERTHOLER, R.N.COLER and M.FRIEDE. New horizons in adjuvants for vaccine development. Trends in immunology. 2008, Vol. 30, 1.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19059004>

Demande de tierce intervention dans les affaires Pavel Vavřička contre la République Tchèque (n° 47621/13) et 5 autres requêtes.