



Vaccins et biopolitique

Vaccins pédiatriques

Anglet 5 septembre 2026

Hélène Banoun, pharmacien biologiste, ancienne chargée de recherche à l'Inserm, participante au CSI français (Conseil Scientifique Indépendant) - vice présidente de l'AIMSIB- membre du CA du REVAV, Editeur associé pour Frontiers in Pharmacology
<https://orcid.org/0000-0001-8391-7989>

Questions posées par les
collectifs

Législation comparée des vaccinations en Europe

Grande disparité

La France, l'Italie et les pays de l'Est sont ceux qui ont le plus d'obligations

Seulement recommandations ailleurs

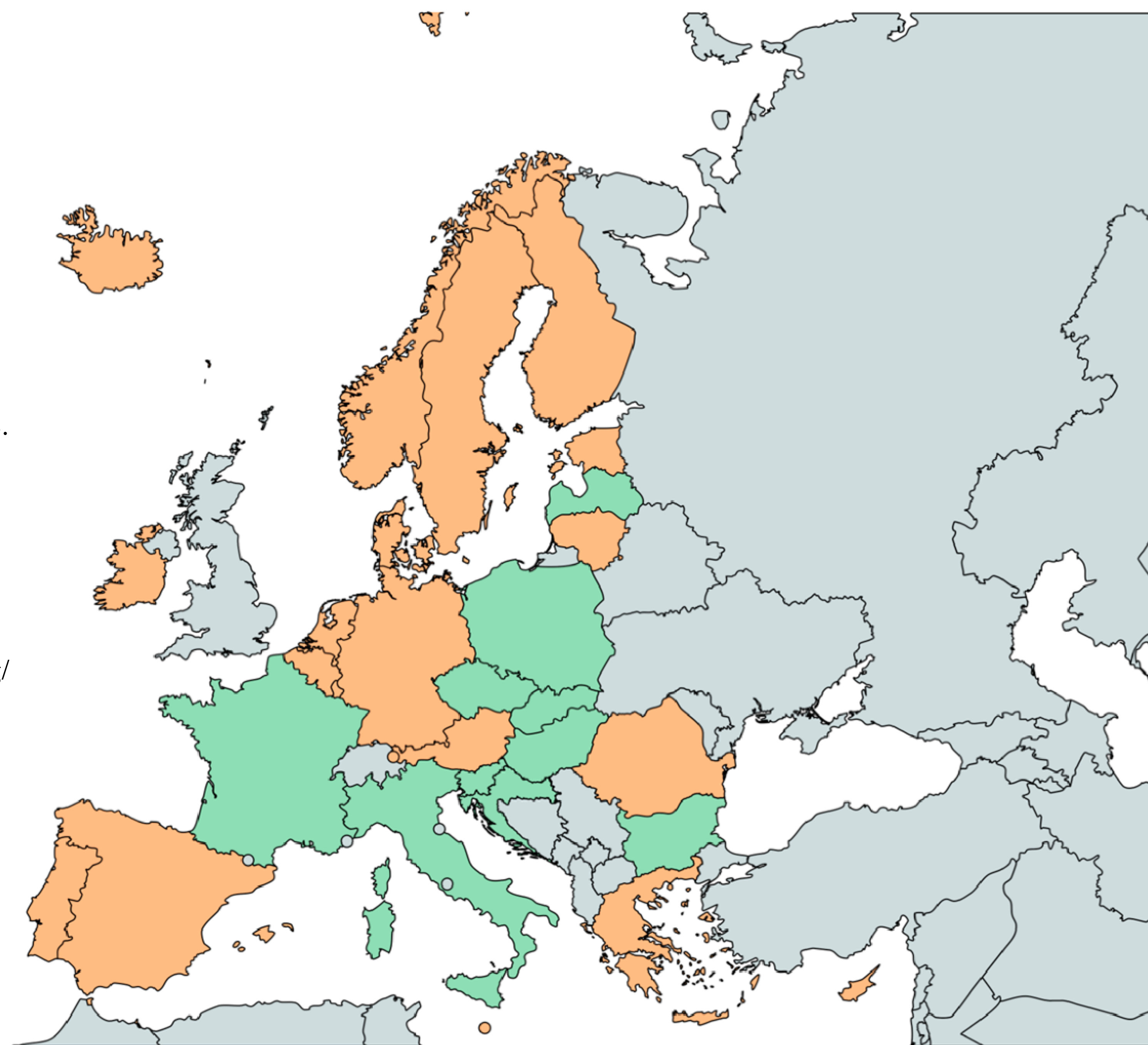
Rubéole

Rubella
ion
atory
mmended

Farina, S.; Maio, A.;
Gualano, M.R.;
Ricciardi, W.; Villani, L.
Childhood Mandatory
Vaccinations: Current
Situation in European
Countries and Changes
Occurred from 2014 to
2024. *Vaccines* **2024**,
12, 1296. <https://doi.org/10.3390/vaccines12111296>

Measles vaccination

- Mandatory
- Recommended



hart.net

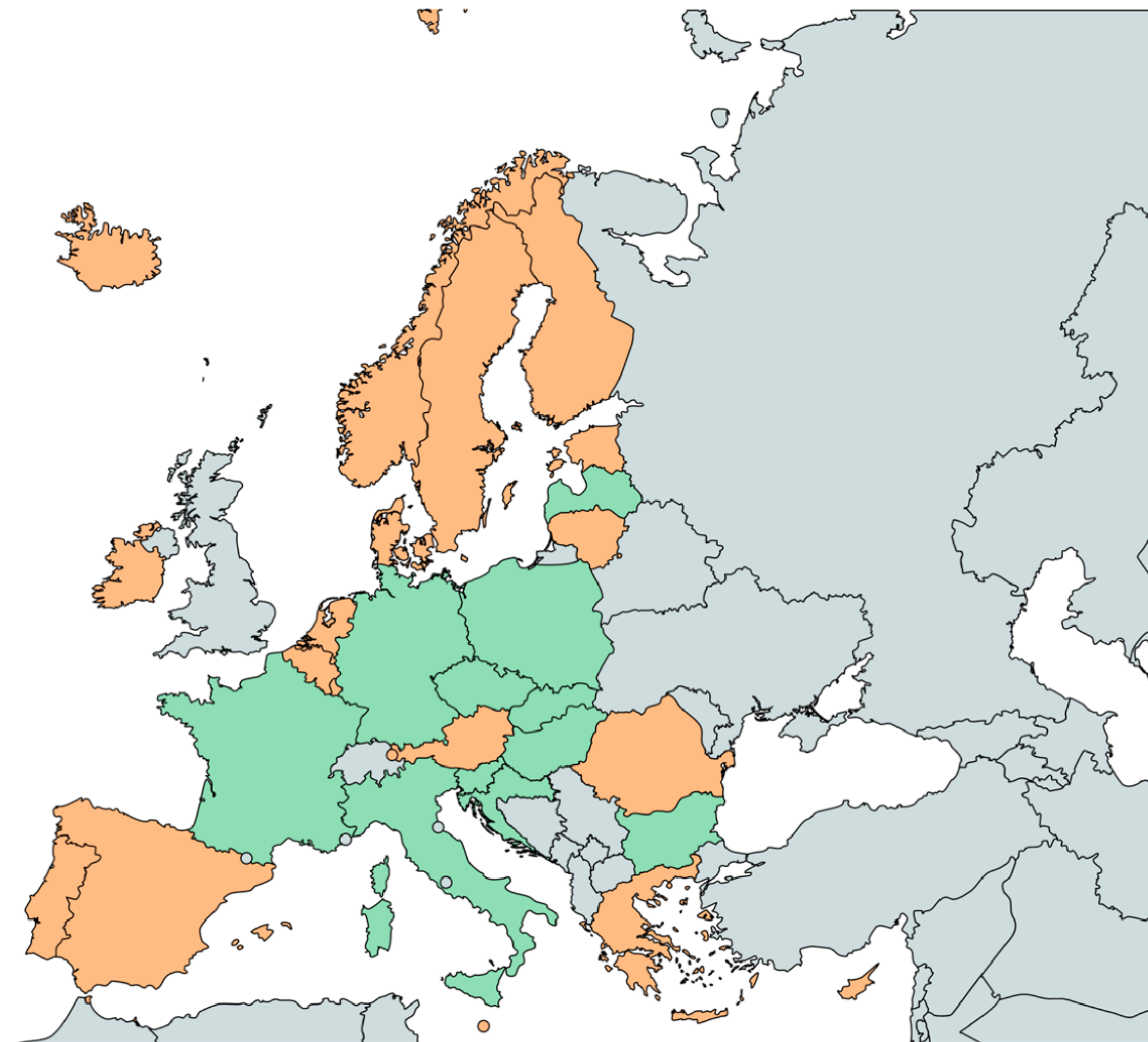
Created with mapchart.net

(a)



Measles vaccination

- Mandatory
- Recommended

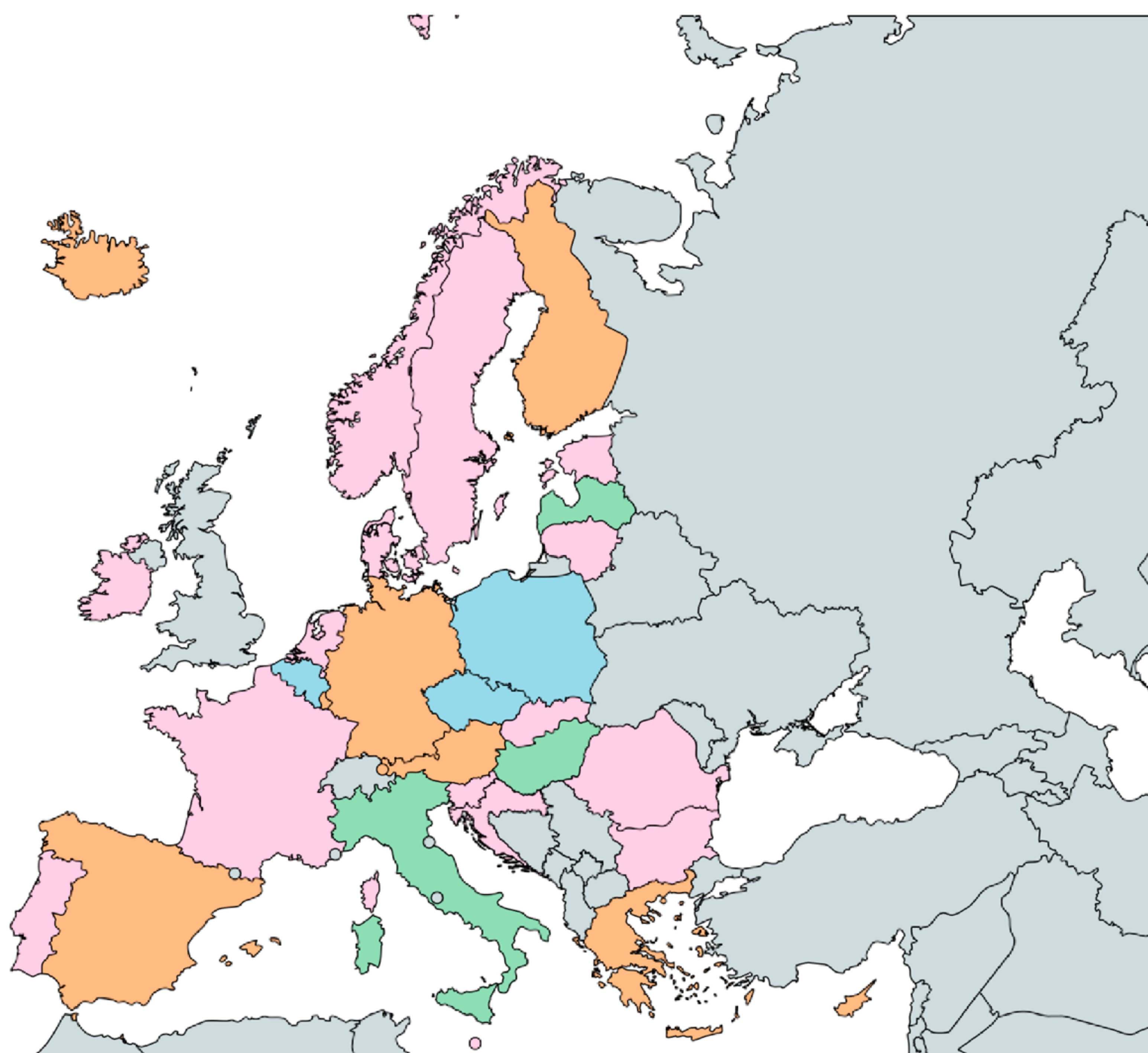


Created with mapchart.net

(b)

Varicella vaccination

- Mandatory
- Recommended
- Recommended for at-risk age groups
- Not recommended

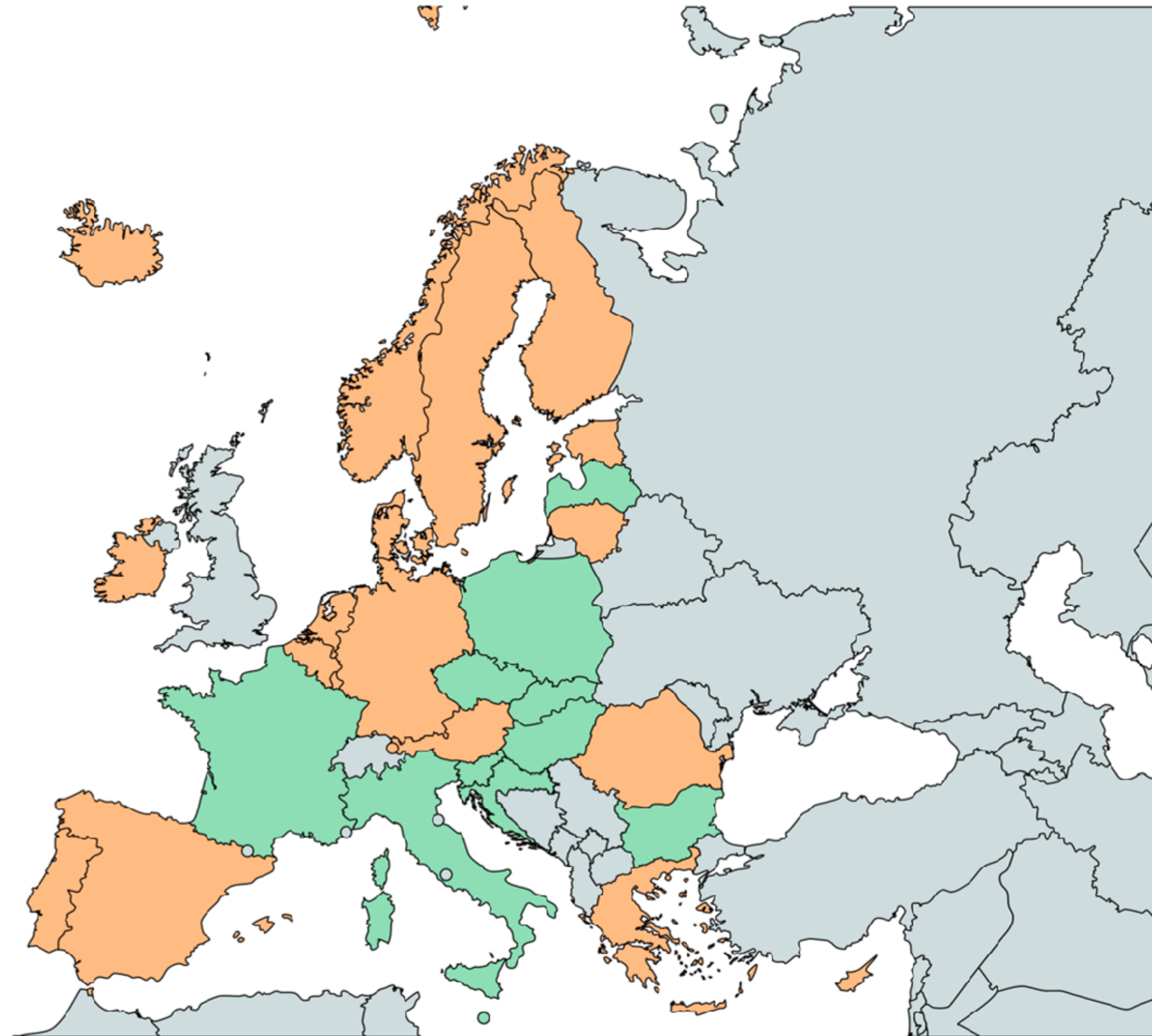


**Dhyphtheria-Tetanus
vaccination**

- Mandatory
- Recommended

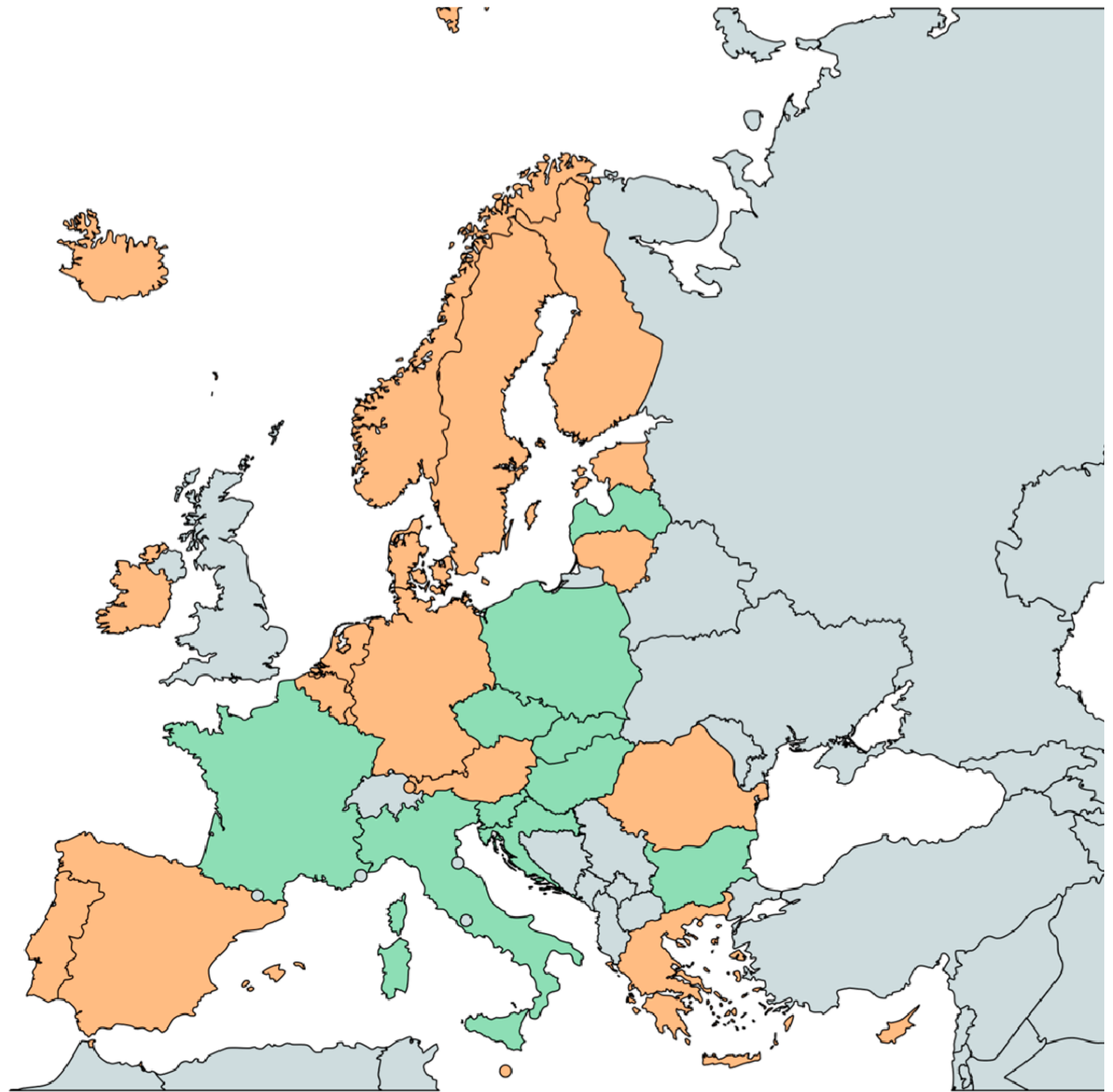
Pertussis vaccinati

- Mandatory
- Recommended



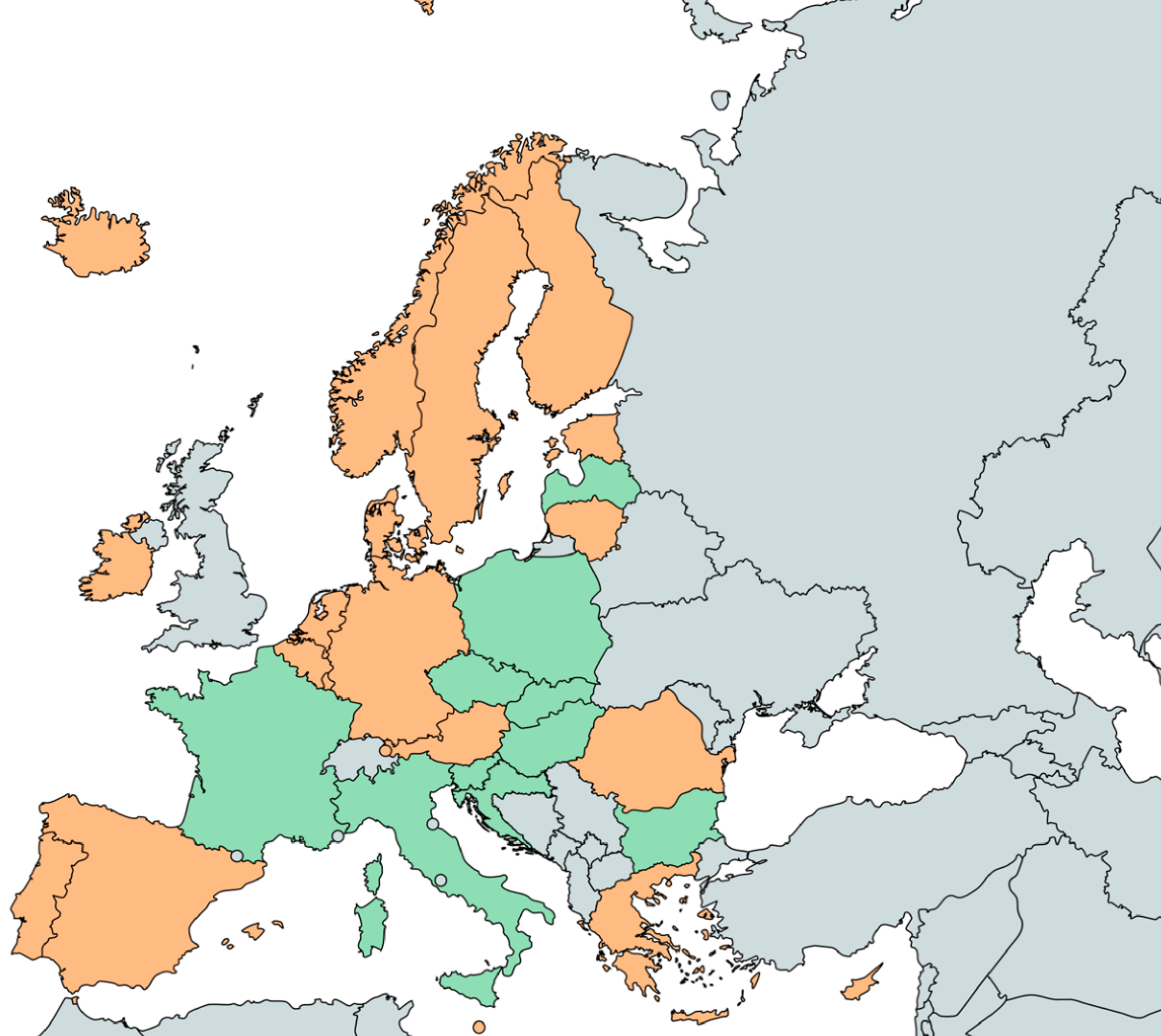
Pertussis vaccination

- Mandatory
- Recommended



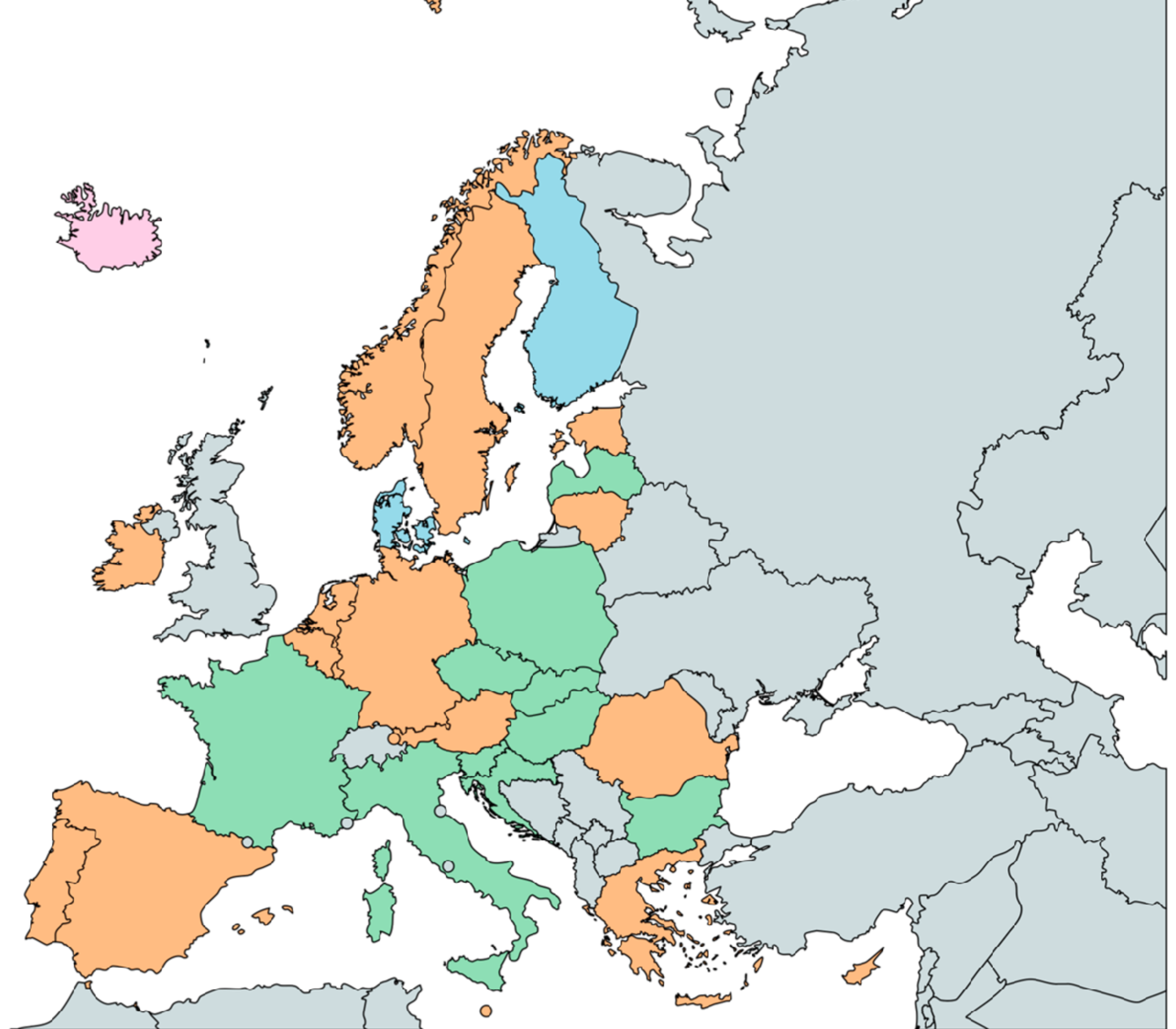
Hemophilus influenza type B vaccination

- Mandatory
- Recommended



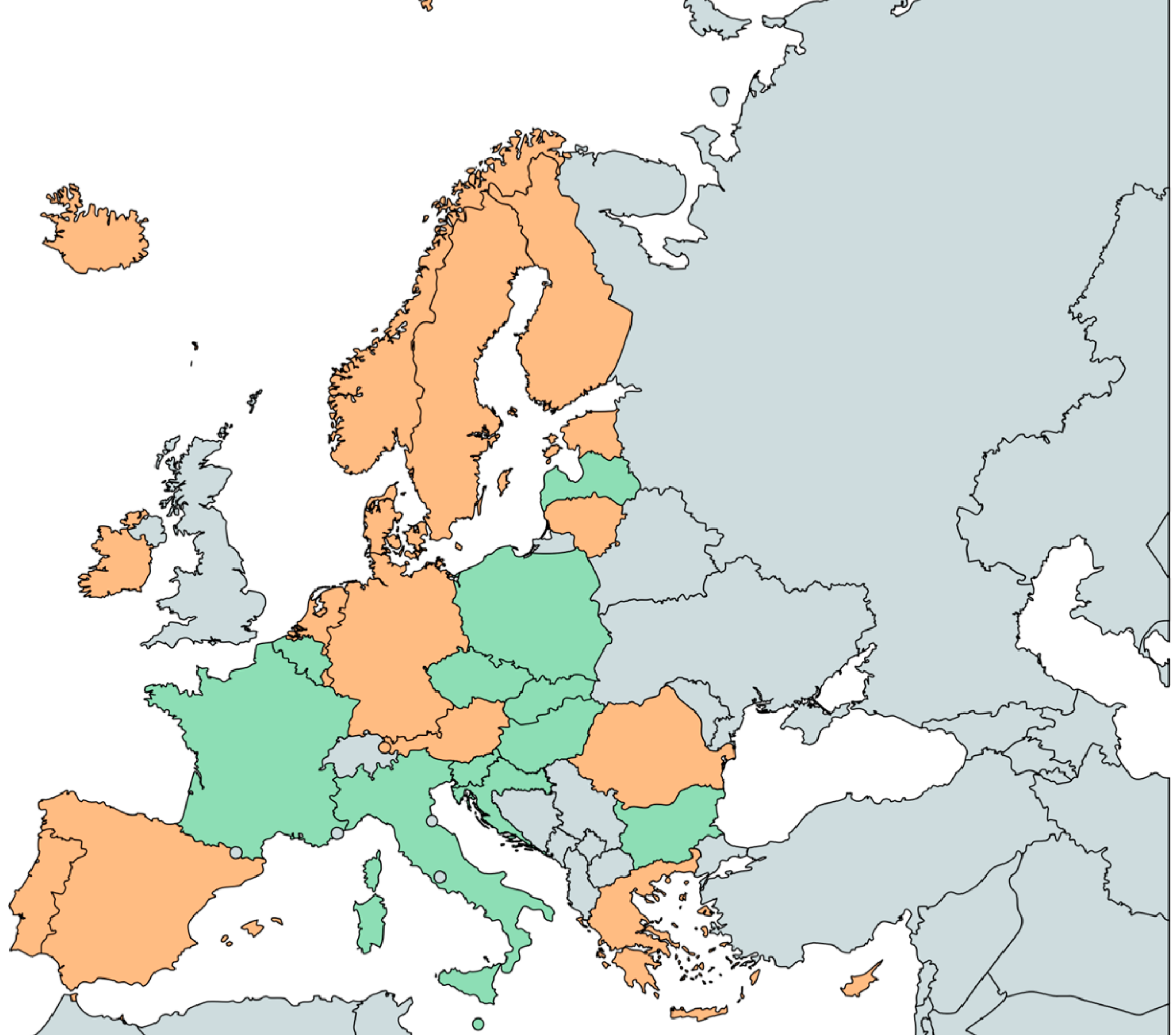
Hepatitis B vaccination

- Mandatory
- Recommended
- Recommended for at-risk age groups
- Not recommended



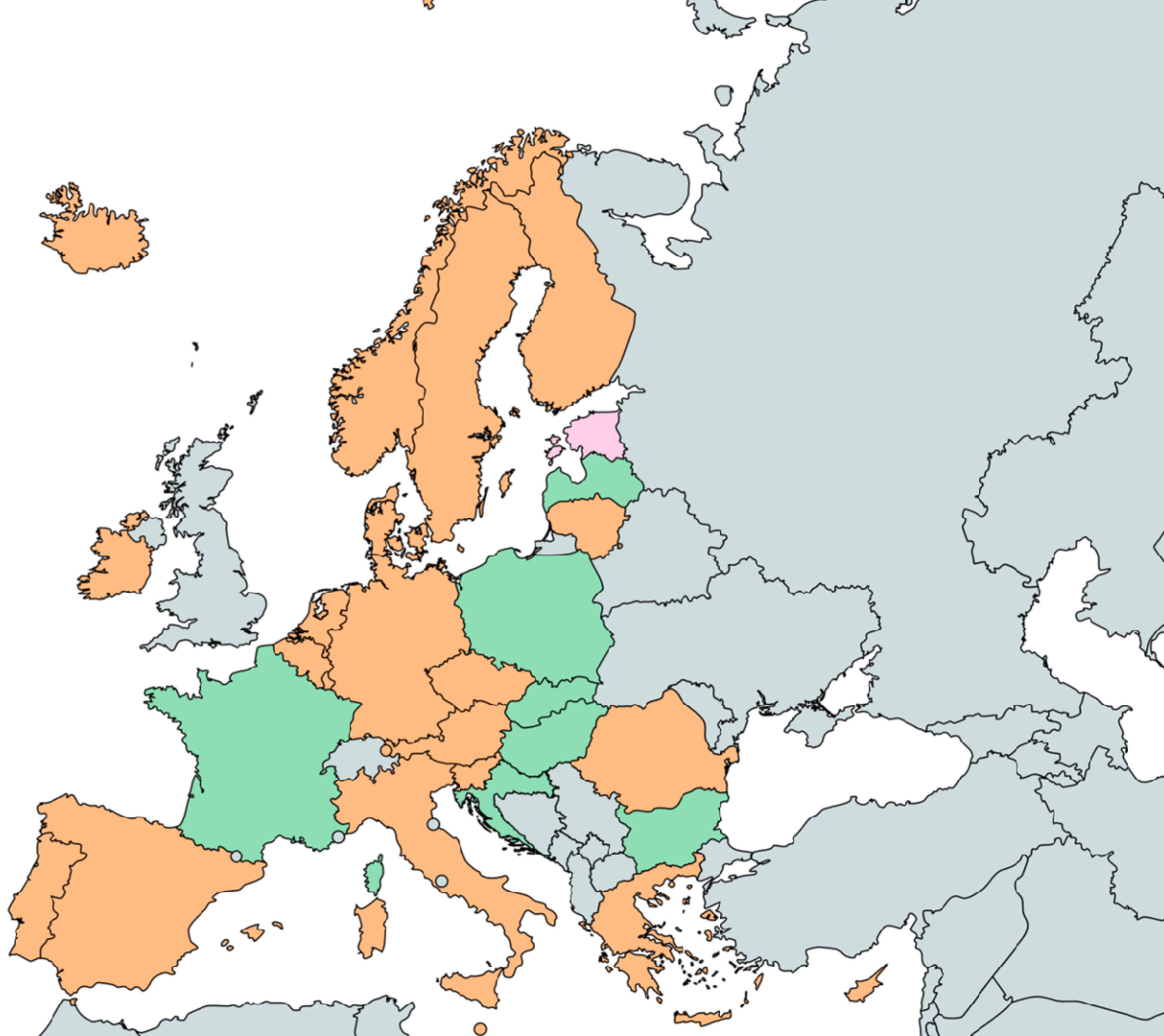
**Poliomyelitis
vaccination**

- Mandatory
- Recommended



**Pneumococcal disease
vaccination**

- Mandatory
- Recommended
- Non recommended



Comment sont évalués et surveillés les effets indésirables des vaccins chez les enfants en France et en Europe ?

Surveillance passive, déclaration obligatoire (fabricants (pour l'UE) et pros de santé (France))

- Europe : Eudravigilance
Directive 2001/83/CE: les fabricants doivent transmettre tous les EI (événements indésirables) à Eudravigilance, les Etats-membres transmettent également, pas d'obligation pour pros de santé
- France : ANSM centralise signalements des Centres Régionaux de Pharmacovigilance.
Obligation légale pros de santé (médecin pharmacien, infirmière, dentiste, sage-femme) déclarer EI suspecté. Patients : possibilité déclarer

***La Science face au Pouvoir
Ce que révèle la crise
Covid-19 sur la biopolitique du
XXI^e siècle***

Hélène Banoun
avec la collaboration de Pryska
Ducœurjoly
et BonSens.org

HÉLÈNE BANOUN

**LA SCIENCE
FACE AU POUVOIR**

**Ce que révèle la crise Covid-19
sur la biopolitique du XXI^e siècle**



Comment la biopolitique a dicté la politique COVID-19

Une incohérence apparente, mais une cohérence biopolitique

J'ai tenté de rassembler et de rendre accessibles à tous mes travaux menés depuis 2020, ainsi que ceux de mes confrères scientifiques et médecins critiques qui se sont opposés aux politiques sanitaires liées au Covid.

Toutes les mesures prises depuis 2020 peuvent sembler incohérentes, qu'il s'agisse de l'obligation du port du masque, des confinements, de l'interdiction de soigner les patients atteints du Covid ou de l'insistance à administrer des vaccins inefficaces et toxiques.

Nous savions déjà bien avant 2020 que toutes ces mesures ne fonctionnaient pas. Ce qui s'est passé depuis 2020 n'a fait que confirmer ce que nous savions déjà.

Pourquoi ces incohérences ?

Grâce au concept de biopolitique, je peux expliquer que, au contraire, tout cela était en réalité très cohérent.

La biopolitique est un concept développé par le philosophe français Michel Foucault. Une politique spécifique visant la population humaine et ayant pour objectif d'optimiser sa reproduction et sa productivité.

La biopolitique a pour objectif de protéger les populations, mais en raison de l'idéologie de la vaccination, vieille de deux siècles, et des profits colossaux réalisés par les laboratoires pharmaceutiques, ses résultats vont désormais à l'encontre de l'objectif visé, puisqu'elle nuit en réalité à la santé des populations des pays riches.

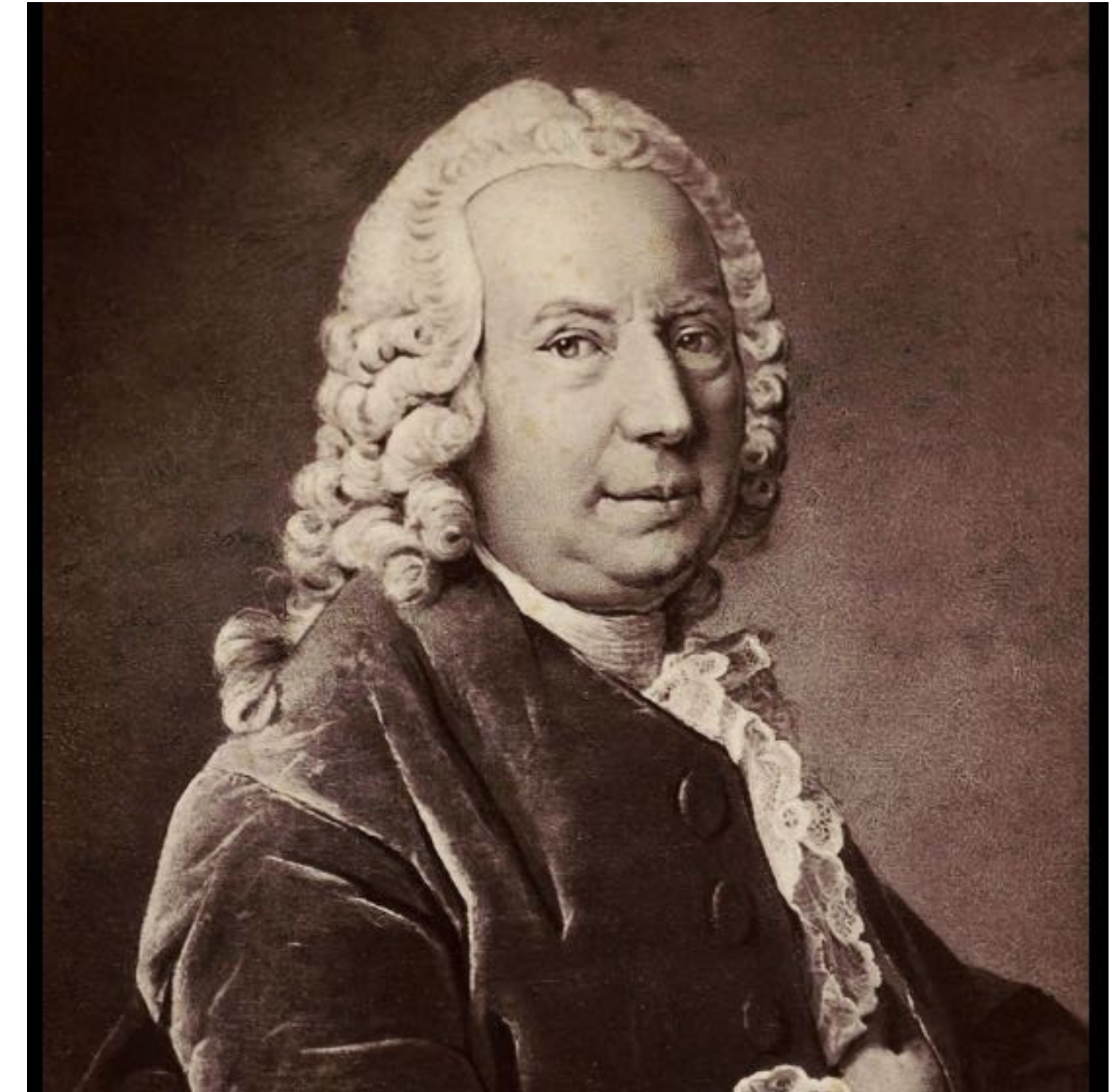
Le biopouvoir nuit à la santé des populations par le biais de son instrument, la « santé publique », qui n'a rien à voir avec la santé des individus.



Daniel Bernoulli (mathématicien et médecin, 1700-1782) nous aide à comprendre la biopolitique

À propos de l' »inoculation« (contre la variole)

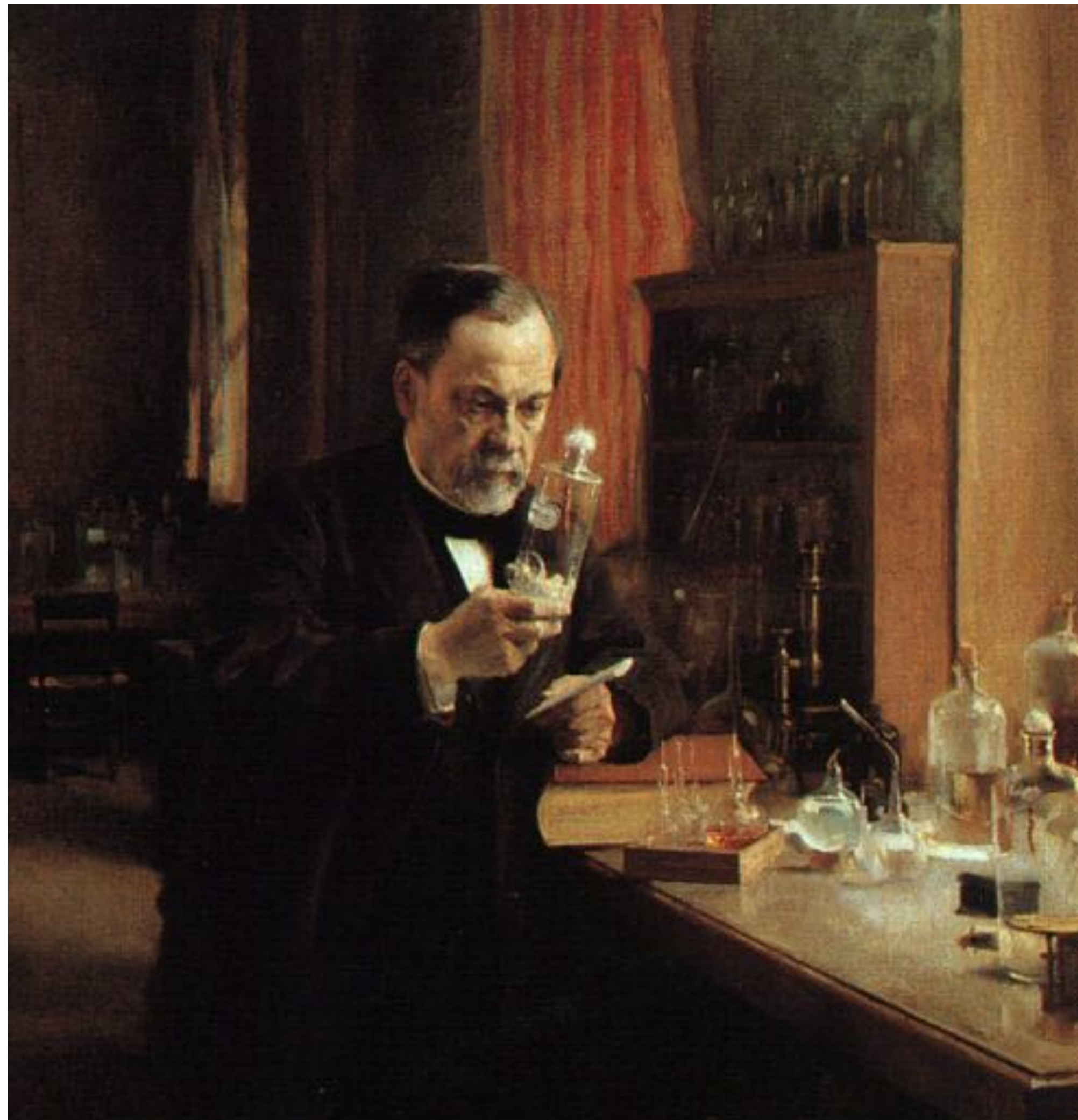
« Essai de l'analyse de la mortalité causée par la petite vérole et des avantages de l'inoculation pour la prévenir », Histoires et Mémoires de l'Académie des Sciences, 2, 1766, Cité par Anne Marie Moulin, thèse de doctorat en médecine, 1979.



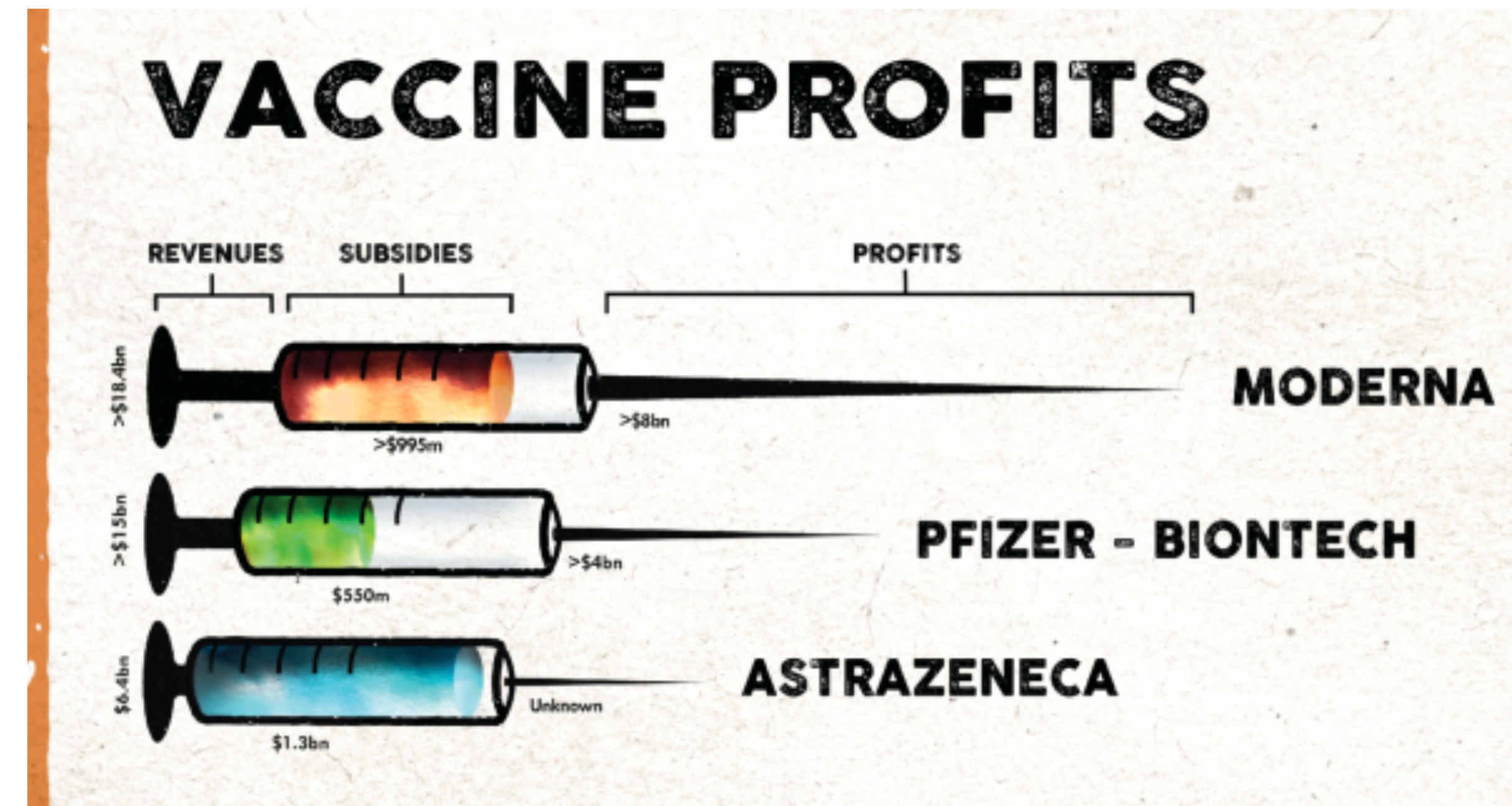
"« Si on adopte l'inoculation, il en résultera un gain de plusieurs milliers de personnes pour la société civile ; même si elle est meurtrière, comme elle tue les enfants au berceau, elle est préférable à la variole qui fait périr des adultes devenus utiles à la société... »

Bernoulli conclut que, si l'on néglige le point de vue de l'individu, **« il sera toujours géométriquement vrai que l'intérêt des Princes est de favoriser l'inoculation ».**

Dès le départ, la vaccination a été justifiée au nom de la santé publique, en tant qu'intérêt général. À ce titre, aucune objection fondée sur les risques pour les individus n'est tolérée, ni aujourd'hui ni par le passé.



**L'idéologie de la vaccination
comme alternative
aux soins en infectiologie**



Cette idéologie a été renforcée par les bénéfices croissants que tire l'industrie pharmaceutique de la vente de vaccins, en particulier depuis l'adoption, en 1986, de la loi américaine exonérant les fabricants de toute responsabilité financière en cas d'effets indésirables (Injury Act 1986)

Comment la biopolitique a provoqué la pandémie COVID-19

Vaccins et préparation aux pandémies (gain de fonction sur les virus)

- Dès le XVIIIe siècle, les gouvernements cherchaient à protéger les populations contre les épidémies et les infections, qui constituaient alors la principale cause de mortalité
- D'où le développement de la **vaccination**
- Depuis la fin du XXe siècle, les scientifiques s'efforcent d'anticiper les pandémies virales en manipulant des virus en laboratoire
- Création de **virus chimériques** censés pouvoir émerger naturellement à l'avenir et, parallèlement, mise au point de vaccins pour nous en protéger
- Dans le même temps, les chercheurs travaillent à la mise au point d'un vaccin contre ces virus artificiels
- Cette méthode est absurde d'un point de vue évolutif, car il est impossible d'anticiper en laboratoire l'évolution d'un virus sauvage dans la nature
- **L'expérience est un tel succès que le virus s'échappe et déclenche une pandémie**

Injectons ARNm (brièvement)

Problème 1!

Selon la Pharmacopée Européenne : les vaccins pour usage humain sont des préparations contenant des antigènes capables d'induire une immunité active et spécifique contre un agent infectieux

European Pharmacopeia : Pharmacopée Européenne version 10,2019

page 893

<https://ebin.pub/qdownload/european-pharmacopoeia-10nbsped-9789287189127.html>

VACCINES FOR HUMAN USE

Vaccina ad usum humanum



Problème 2:

Comme je l'ai publié les ARNm anti-COVID auraient dus être réglementés comme des GTP (gene therapy products) : ce sont des produits géniques

Les produits ARNm encapsulés dans des LNPs correspondent aux définitions des GTP selon l'EMA, la FDA, la Société Américaine de Thérapie Génique, Pfizer-BioNTech et Moderna, l'AFMTéléthon, l'INSERM, etc....

Définition FDA : introduire un gène qui force les cellules à fabriquer une protéine étrangère



International Journal of
Molecular Sciences

an Open Access Journal by MDPI

mRNA: Vaccine or Gene Therapy? The Safety Regulatory Issues

Helene Banoun

Int. J. Mol. Sci. 2023, Volume 24, Issue 13, 10514

Pourquoi les vaccins ARNm sont exclus de la réglementation des produits géniques ?

Aucune justification scientifique

- Pourquoi les **vaccins contre les maladies infectieuses** ont été exclus de la réglementation des produits de thérapie génique?
- La définition des vaccins n'a pas changé depuis 1975, une période où il n'existait pas de "vaccin" contre le cancer [EMA, 2001, Directive 2001/83/CE]
- Rappel : l'ARNm pour traiter un cancer est considéré comme une thérapie génique, l'ARNm en tant que vaccin anti-Covid n'est PAS considéré comme une thérapie génique!
- Du point de vue santé publique, un produit destiné à une majorité de la population mondiale en bonne santé devrait être soumis à une réglementation plus exigeante qu'un produit de thérapie génique destiné à quelques rares personnes souffrant d'une maladie rare ou de cancer (ceci concernant cette fois-ci des millions de personnes).
- Or, la classification comme « vaccin » permet à l'ARNm vaccinal d'échapper aux contrôles plus stricts des GTP
- D'ailleurs selon l'EMA, »Comme les vaccins sont, dans la plupart des cas, administrés à un grand nombre d'individus en bonne santé, il est nécessaire de procéder à une solide évaluation de la sécurité non clinique » (EMA/CHMP/SWP/242917/2016)

Évolution de la réglementation des vaccins géniques (ADN et ARN)

Jusqu'en 2009 (grippe H1N1) les produits géniques (ADN et ARN) étaient classés comme des produits de thérapie génique

- 2009 : l'EMA exclut les vaccins géniques de la réglementation des GTP
- 2013 : la FDA n'applique plus la réglementation des GTP aux vaccins contre les maladies infectieuses
- 2015 : EMA confirme que les vaccins contre les maladies infectieuses ne sont pas classés comme des GTP
- 2016 : l'EMA précise cependant que les aspects non cliniques de ces produits doivent être étudiés selon la réglementation des GTP

Réponse rapide à cette question du collectif

Comment évaluez-vous la rigueur des essais cliniques pour les vaccins à ARN messenger, notamment en ce qui concerne l'utilisation (ou non) de groupes placebo ? Pensez-vous que les protocoles actuels sont suffisants pour garantir leur sécurité à long terme ?

Il n'y a pas eu de placebo au sens strict mais une grande hétérogénéité des lots induite par le processus de fabrication mal maîtrisé

Les ARNm anti-Covid sont des GTP mais règlementés comme des vaccins

Ont évité des contrôles comme le suivi à long terme des effets indésirables (5-15 ans) après administration d'un GTP selon la FDA

Ce suivi à long terme ne s'applique pas pour les vaccins

Cancers apparaissant après GTP

Nouvelles maladies **neurologiques** ou exacerbation

Nouvelle incidence de maladie **rhumatologique** ou **auto-immune** ou exacerbation

Nouvelle incidence de maladie **hématologique**

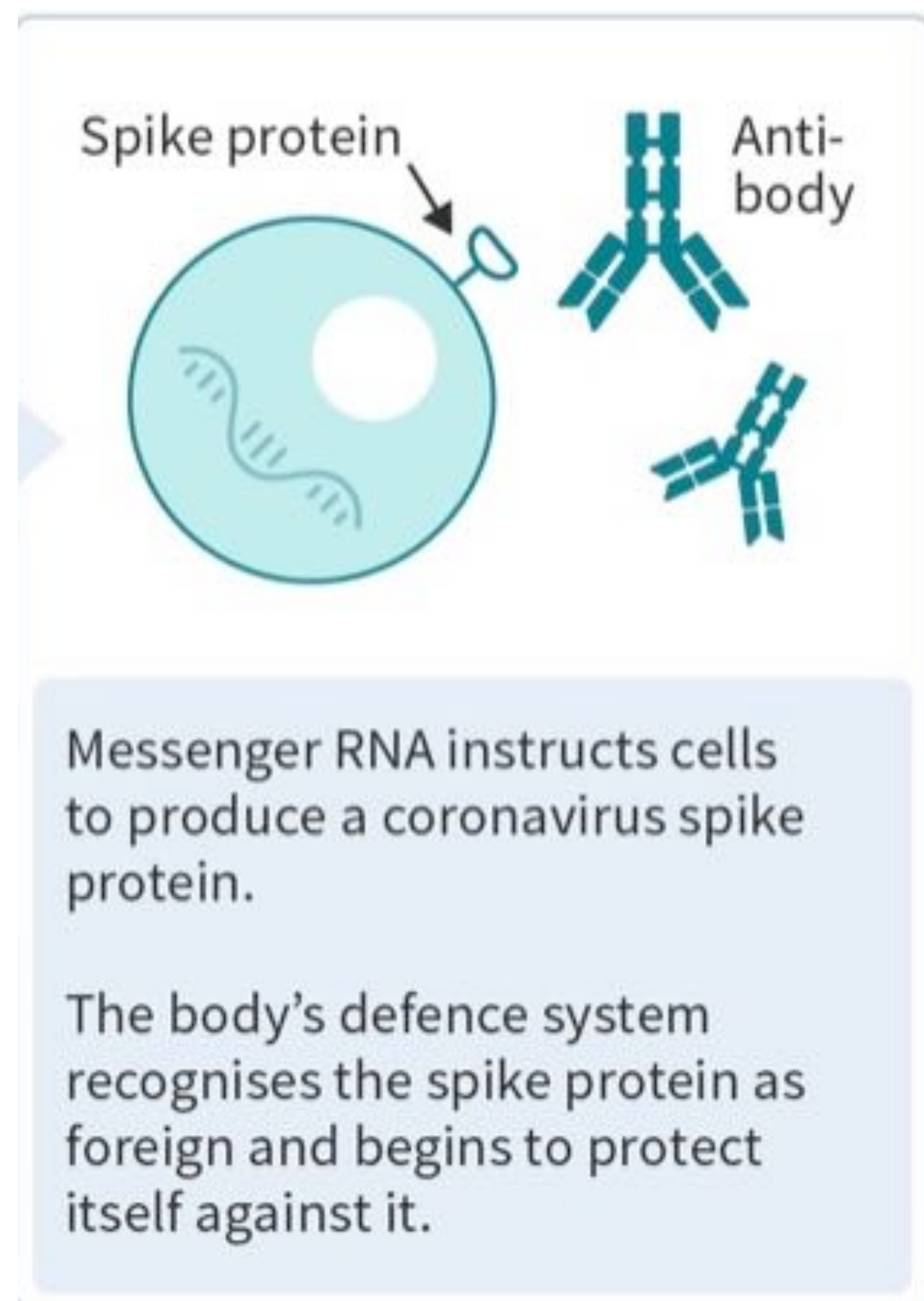
Nouvelle incidence d'**infections**

Toutes ces maladies sont signalées après vaccins ARNm dans des publications scientifiques revues par les pairs

Problème immunitaire inhérent à toutes les thérapies géniques

Les cellules transfectées sont celles dans lesquelles l'ARNm a pénétré et est traduit en protéine spike

Ces cellules expriment la spike à leur surface : elles induisent la synthèse d'anticorps anti-spike mais peuvent aussi être **détruites** car elles sont reconnues comme **étrangères** par le système immunitaire



Les LNP perturbent les membranes de toutes nos cellules et pourraient entraîner des altérations cellulaires à long terme

Maria Gutschi vient de publier dans une des revues de pharmacologie les plus prestigieuses du monde!
Elle nous a fait l'honneur de participer au Conseil Scientifique Indépendant :

https://www.youtube.com/live/-xhzC0l5lvk?si=eCTFqyhbA8go2X_8

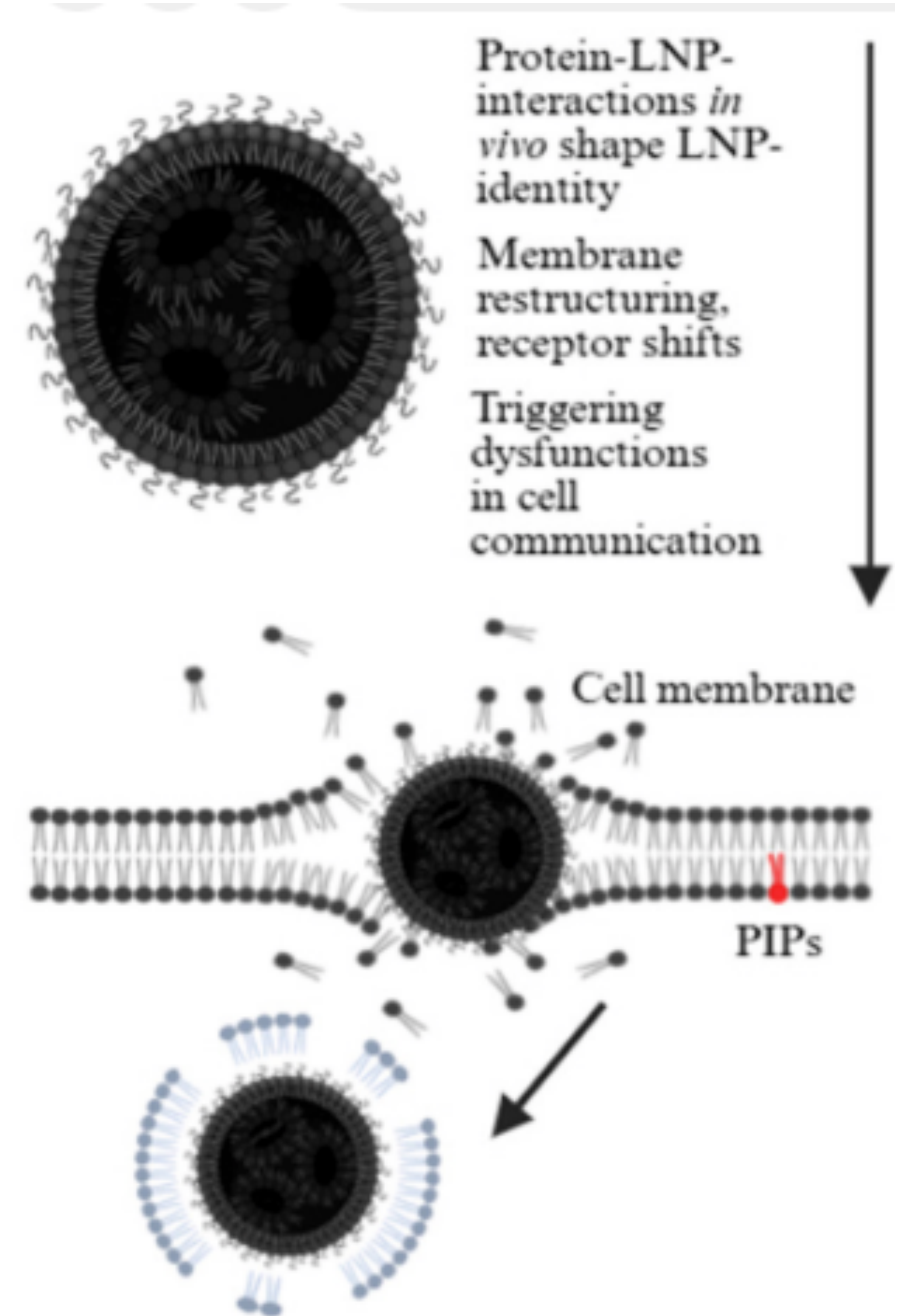
<https://crowdbunker.com/v/1V7Qu9WD>

Lipid nanoparticles as active biointerfaces: From membrane interaction to systemic dysregulation

Falko Seger L. Maria Gutschi Stephanie Seneff c

<https://doi.org/10.1016/j.apsb.2026.07.001>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211383526004235>



Les nanoparticules peuvent être toxiques pour le système reproducteur : elles traversent les barrières hémato-testiculaire et placentaire et s'accumulent dans les organes reproducteurs.

- Wang R, Song B, Wu J, Zhang Y, Chen A, Shao L.
Potential adverse effects of nanoparticles on the reproductive system.
Int J Nanomedicine. 2018 Dec 11;13:8487-8506. doi: 10.2147/IJN.S170723.
PMID: 30587973; PMCID: PMC6294055.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6294055/>

L'ARNm du vaccin Moderna traverse le placenta (chez la souris)

Chen et al. mRNA-1273 is placenta-permeable and immunogenic in the fetus **2025**
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40104112/>

**L'ARNm se distribue dans le corps entier (cerveau, cœur, poumons, utérus, intestin, ...), il se concentre dans certains organes (moelle osseuse, ovaires, testicules, ...)
Impossible de quantifier la Spike toxique qui sera produite**

L'ARNm passe dans le lait maternel d'une femme vaccinée

L'ARNm et la Spike persistent des mois chez certains vaccinés souffrant d'effets indésirables (myocardite, « Covid-long »)

Les effets indésirables du vaccin sont identiques aux symptômes du Covid-long

Les symptômes du Covid-long ressemblent à ceux du **syndrome de fatigue chronique et de l'encéphalomyélite myalgique**

Et aussi:

- *Troubles cognitifs - brouillard cérébral**
- *Tachycardie, hypertension et problèmes cardiovasculaires**
- *Sensations de brûlure et névralgies généralisées**
- *Symptômes cutanés : ecchymoses, œdèmes et éruptions cutanées**
- *Séquelles pulmonaires, cardio-vasculaires, gastro-intestinaux, désordres de la coagulation, maladie rénale, diabète, troubles musculosquelettiques**
- *Troubles plus fréquents et plus intenses chez les personnes vaccinées et augmentent avec le nombre de doses reçues et le nombre de réinfections**

Contamination phénoménale des ARNm anti-Covid par de l'ADN (provenant du processus de production)

Cet ADN contient en plus le promoteur du virus oncogène SV40 pour le vaccin Pfizer (et Pfizer a dissimulé cette présence)

- Cette contamination a été montrée par des équipes indépendantes dans le monde entier
- Risque de génotoxicité, intégration dans le génome et donc **cancer**, intégration dans la lignée germinale, toxicité pour la **reproduction et le développement**
- Selon l'EMA (2024), pour les vaccins vétérinaires à ADN, il faut rechercher l'intégration dans le génome et suivre les tumeurs chez les animaux vaccinés
- Les agences de régulation ont utilisé sciemment une méthode qui ne détecte pas suffisamment cet ADN contaminant (double brin ARN-ADN)

ARNm : les enjeux financiers

vaccins - thérapies (« vaccin ») anticancéreuses - maladies rares - vaccins animaux

- Moderna, BioNTech, Sanofi et Arcturus investissent dans le monde entier
- France - Sanofi : Centre de recherches Marcy-l'Etoile (Lyon) et production à Val-de-Reuil (Eure) : vaccin contre septicémie, bronchiolite du nourrisson, pneumocoque, grippe, fièvre jaune
- Investissements totaux > 10 milliards \$

Vaccins ARNm en Europe pour les humains

Juillet 2026

- **Covid** : Pfizer Comirnaty, Moderna Spikevax, dès 6 mois
Moderna mNEXSPIKE (cible RBD, moins dosé, >12 ans, 2026)
- **Covid à ARN auto-amplifié** (sa-mRNA) Kostaive ≥ 18 ans - 2025
- **VRS (bronchiolite)** mResvia Moderna ≥ 60 ans 2024 et ≥ 18 ans à risque 2026
- **Grippe saisonnière** mRNA-1010 Moderna en cours évaluation EMA et FDA
(réponse 5 août) pour ≥ 50 ans
- **Grippe-Covid combiné** : mCombriax Moderna ≥ 50 ans (ARNm de Covid et de grippe) 2026

Vaccins pédiatriques

Obligation : 11 vaccins au 1er janvier 2018 (et 12 au 1/1/2025 avec le méningocoque B et le ACWY qui remplace le C)

Question du collectif

Quels sont les **messages clés** à transmettre aux parents pour les aider à prendre une décision éclairée sur la vaccination de leurs enfants ?

Comment abordez-vous les **questions des parents inquiets** lors de vos conférences ?

Avez-vous des outils ou des ressources à leur recommander ?

infos fiables sur les vaccins

COLLECTIF INFO SANTÉ

<https://collectif-info-sante.blogspot.com/2026/05/presentation-du-collectif.html>

COMPARATIFS DES DIFFÉRENTS
VACCINS POSSIBLES POUR LES
OBLIGATIONS PÉDIATRIQUES -
ANALYSE CRITIQUE DES
FORMULATIONS ET DROITS DES
PARENTS

<https://collectif-info-sante.blogspot.com/2026/07/comparatifs-des-differents-vaccins.html>

RCP DE CHAQUE VACCIN
PÉDIATRIQUE & ESSAIS PIVOTS PRÉ
AMM, Comparaison des essais pivots
des vaccins commercialisés en France

<https://collectif-info-sante.blogspot.com/2026/07/rcp-de-chaque-vaccin-pediatric.html>

COLLECTIF INFO SANTÉ

Co-fondé par : Sophie Guillot, Béatrice Colosiez et Priscille

NOTRE RAISON D'ÊTRE :

Co-construire un espace de **sensibilisation** et d'**information** sur la **vaccination** et la **santé** en général, dans un cadre légal, et ce dans la limite de nos compétences et de nos capacités.

Notre objectif **phare** : **l'abrogation** de l'obligation vaccinale.

NOS VALEURS :

- La connaissance rend plus fort
- La fin ne justifie pas les moyens
- Prendre soin de soi et de l'autre

NOS AMBITIONS :

- Partager des connaissances pointues et importantes en les rendant accessibles.
- Favoriser le **bon sens** et cultiver l'esprit critique.
- Permettre à ceux qui le souhaitent de devenir responsables de leur santé et de celle de leurs proches dépendants.

NOS ACTIONS :

- Réunions d'information en **Visio**
- Réponses **écrites** à vos questions (textes de loi et sites officiels)
- Aide à rédaction de **courriers** (mairies, crèches, établissements scolaires...)
- Déclaration d'effet indésirable (**pharmacovigilance**)
- Préparation d'entretiens **sensibles**.

POUR EN SAVOIR PLUS :

- canal public Telegram : "Collectif Info Santé"
<https://t.me/+qGsgdrFr9PY4MWM0>
- nous écrire à nouscontacter@ikmail.com

Ne pas jeter sur la voie publique



Vaccins pédiatriques

Obligation 11 vaccins au 1er janvier 2018 (et 12 au 1/1/2025)

- Raison biopolitique de cette obligation (indisponibilité du vaccin correspondant à l'obligation)
- Contiennent tous de l'aluminium qui est un toxique neurologique (sauf les vaccins vivants (ROR) qui sont sans aluminium et les méningocoques ACWY)
- Utilité de vacciner un nourrisson contre l'hépatite B?
- Utilité de vacciner contre les 3 types de virus polio?
- Utilité de vacciner contre le méningocoque type C (ne circule plus!)? remplacement des souches. Cinq doses pour les bébés nés entre 2023 et 2025!
- Aucun ECR pour ces vaccins : efficacité et innocuité non prouvées

Aluminium

Corrélation n'est pas causalité !

1932 : la première fois qu'on a utilisé l'aluminium dans les vaccins.

1932 : premiers diagnostic d'autisme (jamais diagnostiqué auparavant)

Les deux seuls pays ayant injecté des vaccins à l'aluminium = USA et Autriche.

Leo Kanner (pédo-psychiatre à Baltimore) commence à voir des autistes à partir de 1935.

Hans Asperger (pédopsychiatre en Autriche) observe les mêmes symptômes inconnus auparavant.

The Autism Vaccine: The Story of Modern Medicine's Greatest Tragedy by Forrest Maready

Child psychiatry, Leo Kanner, Springfield, 1957 <https://archive.org/details/childpsychiatrye3kann/page/n7/mode/2up>

CSI Dr Guillemette Crepeaux, (*Professeur de physiologie, pharmacologie, toxicologie*) Ecole Vétérinaire Maisons-Alfort : Adjuvants à base d'aluminium et neurodéveloppement (ABA)

Dans un modèle ovin, les ABA induisent des comportements anormaux, Asin et al, 2020

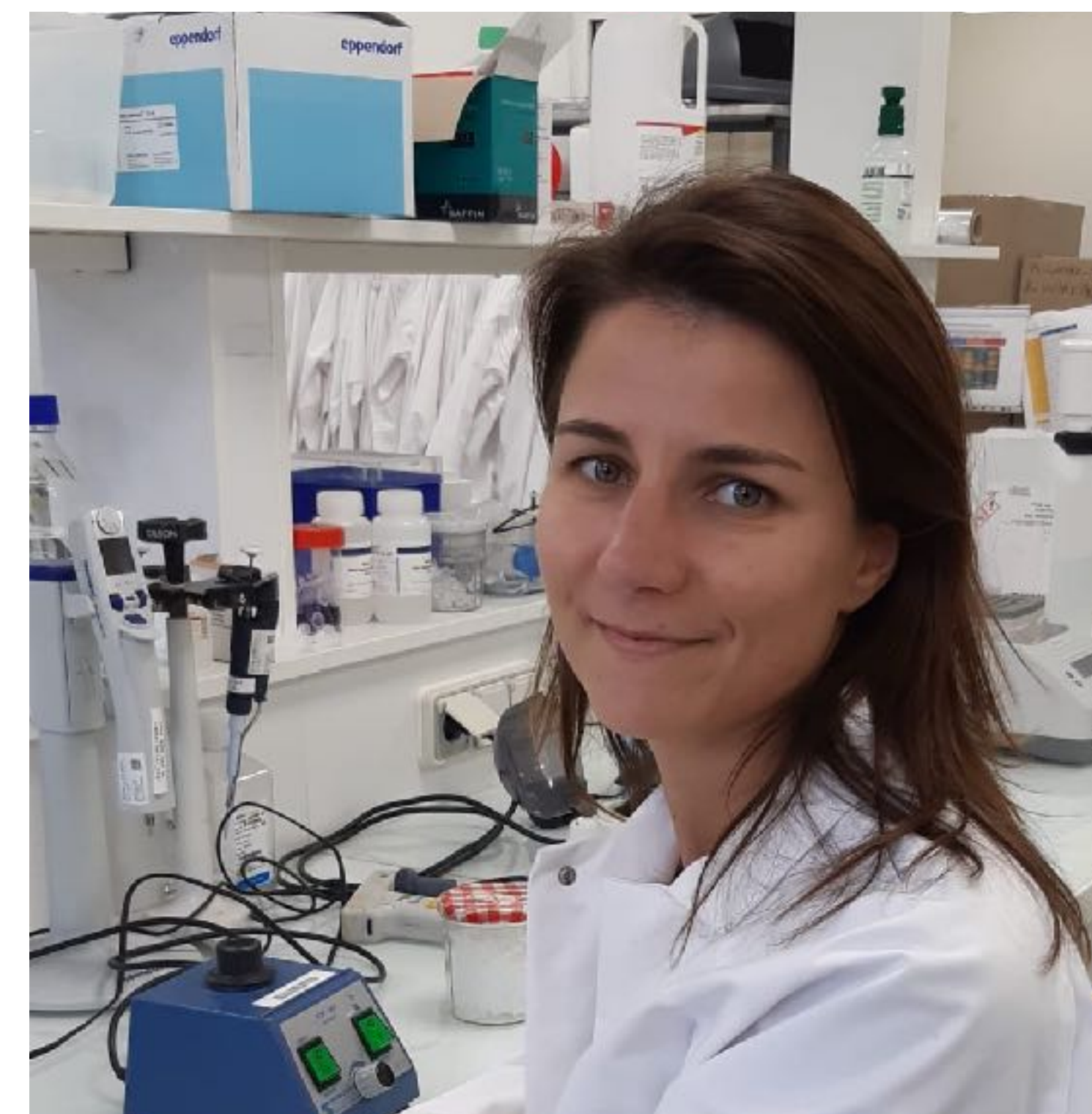
Chez l'homme, il existe une association entre les quantités d'ABA administrées à 3-4 mois et l'incidence des TSA (7 pays occidentaux), Tomljenovic et Shaw, 2011

Chez les prématurés, l'alimentation prolongée IV (10j) avec des solutions contenant de l'aluminium est associée avec des troubles du développement neurologique, relation dose-effet, Bishop, 1997 - reconnu par la FDA en 2022 (4 à 5 microgrammes/kg/j)

CDC 2023 (Daley et al) : association entre exposition à l'aluminium avant 24 mois et asthme persistant entre 24 et 59 mois

Corrélation exposition aux vaccins et incidence TSA (USA) DeLong 2011, Mawson et Jacob, 2025

Réduction incidence TSA lorsque reporté 1ère vaccination hépatite B après période néonatale (>1 mois de vie), Gallagher et Goodman, 2010



Publications groupe Crepeaux/Gherardi

Aluminium

Angrand, L.; Masson, J.-D.; Rubio-Casillas, A.; Nosten-Bertrand, M.; Crépeaux, G. Inflammation and Autophagy: A Convergent Point between Autism Spectrum Disorder (ASD)-Related Genetic and Environmental Factors: Focus on Aluminum Adjuvants. **Toxics** **2022**, 10,518. <https://doi.org/10.3390/toxics10090518>

J.-D. Masson, L. Angrand, G. Badran, R. de Miguel & G. Crépeaux (**2022**): Clearance, biodistribution, and neuromodulatory effects of aluminum-based adjuvants. Systematic review and meta-analysis: what do we learn from animal studies?, **Critical Reviews in Toxicology**, DOI: 10.1080/10408444.2022.2105688 <https://doi.org/10.1080/10408444.2022.2105688>

Crépeaux G, Authier FJ, Exley C, Luján L, Gherardi RK. The role of aluminum adjuvants in vaccines raises issues that deserve independent, rigorous and honest science. **J Trace Elem Med Biol.** **2020** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32823165/>

Gherardi RK, Crépeaux G, Authier FJ. Myalgia and chronic fatigue syndrome following immunization: macrophagic myofasciitis and animal studies support linkage to aluminum adjuvant persistency and diffusion in the immune system. **Autoimmun Rev.** **2019** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31059838/>

La fameuse étude danoise de 2025 (Andersson et al, Annals of internal medicine)

Selon G Crepeaux, « tout est faux dans cette étude »
Pas de groupe témoin, comparent petite quantité ABA avec quantité un peu supérieure

Conclusion: This nationwide cohort study did not find evidence supporting an increased risk for autoimmune, atopic or allergic, or neurodevelopmental disorders associated with early childhood exposure to aluminum-adsorbed vaccines. For most outcomes, the findings were inconsistent with moderate to large relative increases in risk, although small relative effects, particularly for some rarer disorders, could not be statistically excluded.

Crépeaux G, Hammond JR, Handley JB, Hooker B, Jablonowski K, Luján L, Lyons-Weiler J, Nosten-Bertrand M, Shaw CA, Shoenfeld Y, Tomljenovic L, Exley C.

Aluminium adjuvants and childhood health: a call for science.

J Trace Elem Med Biol. 2026 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41468671/>

Pas d'essai contre placebo inerte
Controverse Kennedy - CNN qui
affirme le contraire

Les 257 études citées par CNN reflètent involontairement le manque d'essais de sécurité qui sous-tendent le calendrier du CDC. Cette liste, à première vue, reflète que 236 des études n'ont clairement pas utilisé un comparateur de sécurité "inerte" dans un essai visant à homologuer un vaccin de routine injecté pour les enfants selon le calendrier du CDC.**

Pour les 21 autres études dont la liste de CNN prétend qu'elles utilisent une injection inerte, 9 ne le font manifestement pas :

Les essais cliniques randomisés 251 et 252 (Varivax) ont injecté un antibiotique, la néomycine, qui n'est pas inerte.

RCT 84, 97 (HPV-16 et 16/18) avec injection d'un adjuvant en aluminium - non inerte.

ECR 215 (Almevax) : injection d'un autre vaccin - non inerte.

RCT 55 (Lyophilized PedvaxHIB) : injection de lactose, d'adjuvant d'aluminium et de thimérosal - non inerte.

RCT 197 (vaccin Salk) : injection de la solution 199, culture de tissus synthétiques, éthanol, rouge de phénol, antibiotiques et formol - non inerte***.

RCT 168 (Dow's MMR) : injection du vaccin complet sans le virus, y compris tous les stabilisants, les antibiotiques, le diluant, le conservateur et les tampons - non inerte.****

ECR 189 (Menveo) : injection de Tdap+saline ou de Menveo+saline - non inerte.

Pour les 12 autres études répertoriées qui auraient pu comporter une injection inerte, aucune n'était un essai sur lequel on s'est appuyé pour homologuer un vaccin de routine figurant dans le calendrier des CDC pour les enfants :

- Les essais 170, 171, 172 (MMR VaxPro), 228 (PCV11), 136 (Vaxigrip), 242 (Antitetanus) et 122 (vaccin contre la grippe chinoise) ont testé des vaccins qui n'ont jamais été homologués aux États-Unis et sur lesquels on ne s'est pas appuyé pour homologuer un vaccin américain.
- Les essais RCT 124 (Fluzone IIV3), 102 (WVV/SPV) et 188 (Menveo) ont eu lieu après l'homologation de chaque vaccin respectif et n'ont donc pas été pris en compte pour leur homologation.
- La FDA ne s'est pas appuyée sur l'essai clinique 176 (vaccin contre les oreillons) pour homologuer le vaccin ROR actuel. (Voir le rapport de l'essai clinique MMR-II dans le lien ci-dessus).
- L'ECR 53 (PRP-D) portait sur un vaccin retiré peu après son introduction et sur lequel la FDA ne s'est pas appuyée pour homologuer un vaccin américain.

Liste des vaccins prétendument testés contre placebo par Jake Scott : https://docs.google.com/spreadsheets/u/0/d/1bX4SAJwMUufNAkBplhKH0le4gdI0BeRhpAXM5hpfV_Y/htmlview?pli=1#gid=0

Controverse avec CNN : <https://edition.cnn.com/2025/06/05/health/vaccine-placebo-studies-kennedy>

Bien que ces 12 études n'aient pas été prises en compte pour l'homologation d'un vaccin de routine dans le calendrier des CDC, elles montrent qu'un essai contrôlé par placebo d'un vaccin est possible

Elles montrent également ce que l'on peut apprendre lorsqu'un essai avec placebo est réalisé

L'ECR 136 a conclu à l'**inefficacité du vaccin**

ECR 122 a constaté que "**des effets indésirables graves sont survenus chez 69 (0-6%, IC à 95% 0-5-0-8) personnes ayant reçu le vaccin contre une (0-1%, 0-0-2) personne ayant reçu le placebo**"

ECR 124 a constaté que "**le taux d'hospitalisation était en fait plus élevé dans le groupe ayant reçu le vaccin [Fluzone IIV3] que dans le groupe ayant reçu le placebo**".

Un exemple de l'absurdité des vaccins pédiatriques:

Le vaccin polio tri-valent qui vaccine contre 2 souches qui ne circulent plus!

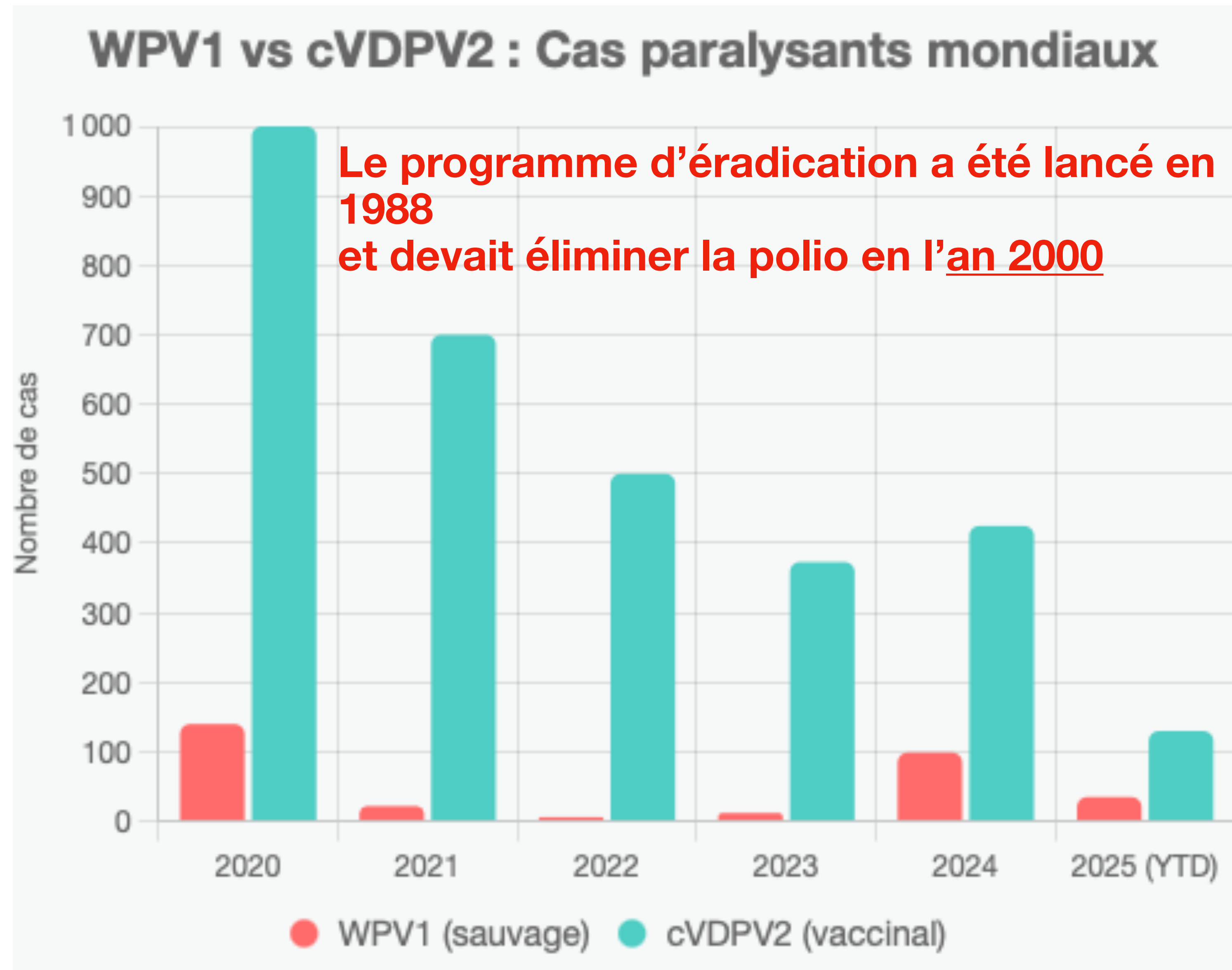
Virus dérivé du vaccin type 2 = l'essentiel des cas (99% des cas vaccinaux)

Virus sauvage type 1 presque éliminé mais rebond en 2024 (Afghanistan et Pakistan)

Virus sauvage type 2 éliminé en 1999

Virus sauvage type 3 éliminé en 2012

ÉRADICATION PRÉVUE EN 2027



données OMS selon Grok



Polio virus sauvage type 1



Polio virus VACCINAL type 2

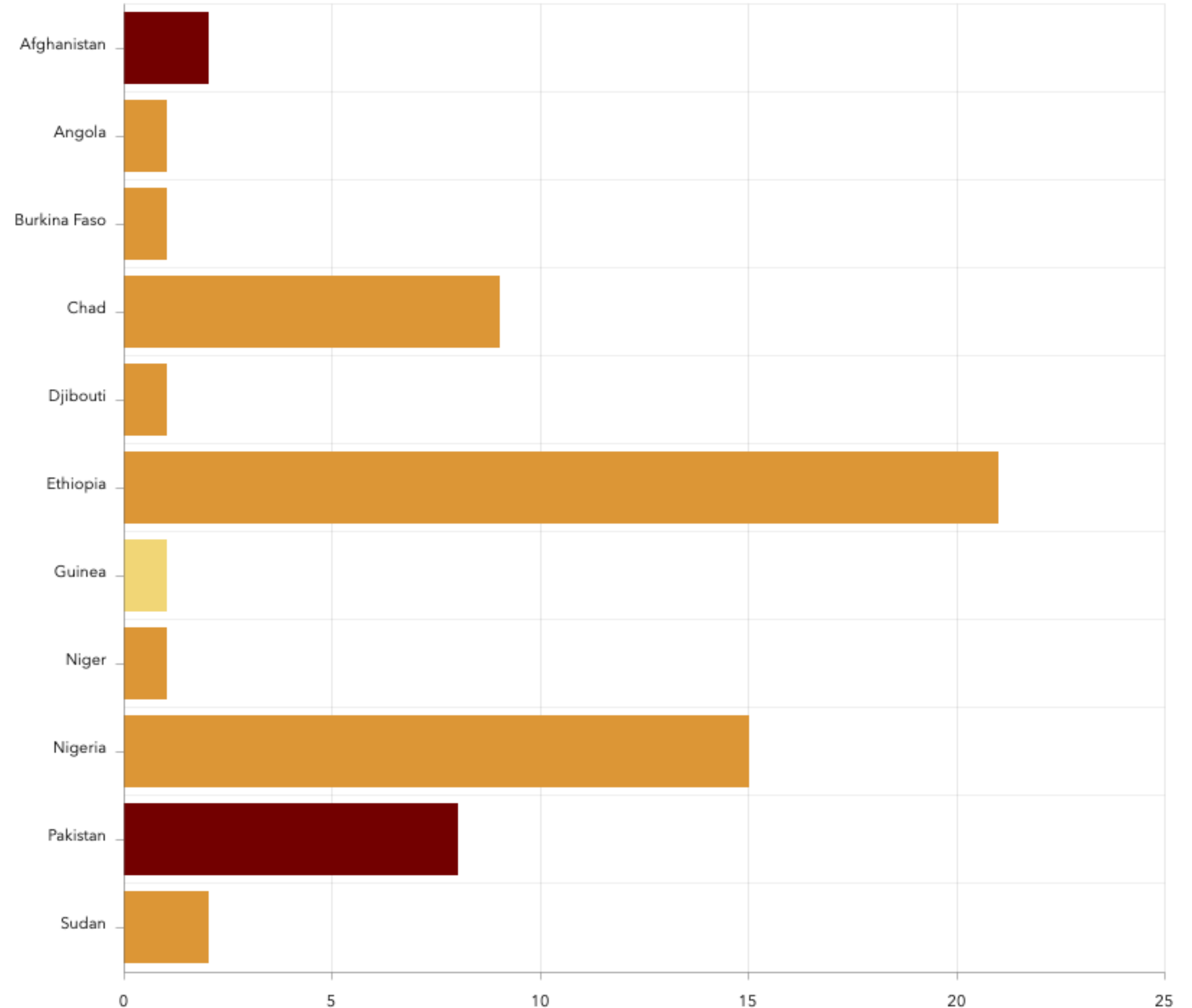
données ECDC <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/polio-dashboard>

**Nombre de cas
de polio par
pays**

Virus sauvage

Virus vaccinal

Poliovirus cases by type and country



● WPV1 ● cVDPV1 ● cVDPV2 ● cVDPV3

Détection du virus polio d'origine vaccinale dans 14 villes d'Europe entre septembre et décembre 2024

Rendi-Wagner Pamela, Kluge Hans. Poliovirus detections in Europe – urgent action needed to keep Europe polio-free. Euro Surveill. 2025;30(4):pii=2500076. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.4.2500076>

Souche proche d'un virus dérivé du vaccin oral (vivant) détecté au Nigeria

N'a **pas occasionné de cas de polio en Europe** (qui dispose d'un système correct d'évacuation des eaux usées) et où les habitants sont vaccinés avec le vaccin inactivé

Pourquoi continuer à vacciner les habitants des pays "sous-développés" avec le vaccin vivant dans le but d'"éradiquer" la polio? Ce **vaccin oral se recombine avec des entérovirus** dans l'intestin et peut redevenir virulent et occasionner des paralysies.

Le vaccin inactivé injectable utilisé dans les pays "riches" **ne protège pas de la transmission de ces virus vivants**

Eurosurveillance **doute** aussi que l'éradication soit possible.

Rappel : le **risque** parmi les populations vaccinées (avec le vaccin inactivé) est **très faible** quelque soit le taux de vaccination

Chez un non-vacciné le risque de développer une paralysie est de 1/200 à 1/3000 infections (selon Medscape)
https://www.medscape.com/viewarticle/polio-virus-detected-europe-cause-concern-2025a10003ii?ecd=WNL_trdalrt_pos1_ous_250213_etid7226142&uac=459735HX&impID=7226142

Polio : éradication impossible?

Vidéos OMS 2016 : « Garantir un monde sans polio » <https://youtu.be/gPtKnPJ-Fzw?si=ToMGVh-FsaFg6hPQ>

Menace : poursuite de l'utilisation du vaccin polio oral qui peut entraîner des **cas de poliomyélite paralytique post-vaccinale** et la circulation des poliovirus dérivés des souches vaccinales.

Le virus atténué présent dans le vaccin peut être excrété et peut **se propager dans l'environnement** comme le poliovirus sauvage ; il permet d'immuniser passivement la communauté autour des vaccinés. Il empêche la propagation du virus sauvage grâce à l'immunité mucosale qu'il confère

le VPI protège l'enfant vacciné mais **ne l'empêche pas de porter le virus** dans son intestin et de le transmettre : en effet il procure des anticorps seulement dans le sang.

À partir d'avril 2016, le VPO devait être progressivement abandonné pour éviter la circulation de souches dérivées du virus vaccinales [ce n'est pas ce qui s'est passé!]

90% des cas de polios dus à virus dérivé de la souche vaccinale sont dus au poliovirus type2

Tous les pays passeront au VPO bivalent 1 et 3 (le sauvage 2 ayant été éliminé) entre 17 avril et 1er mai 2016. Aucun pays ne doit continuer à utiliser le VPO trivalent car aucun enfant ne doit être vulnérable à des poliovirus type2 dérivés de la souche vaccinale. Ce remplacement supprimera la plus grosse cause circulation du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale.

Le virus type 2 sauvage a été éradiqué. Il est confiné dans les laboratoires ; ce n'est pas le cas des types sauvages 1 et 3 [depuis le virus 3 est éradiqué en 2019, dernier cas 2012]

Risques du remplacement VPO trivalent par le bivalent 1 et 3.
Réduire risque de diffusion poliovirus dérivés type 2 vaccinal.

Introduire le VPI : confèrera immunité contre le polio type 2

Traitement Delbet-Neveu

**Chlorure de magnésium par
voie orale**

**Rapports de cas de
guérisons complètes dans
les années 1950-1960**



Diphtérie

Couverture vaccinale France 34% (rappel vieux de < 15 ans) = ~35millions de non/mal vacciné.

En 2025 en France, 39 cas de diphtérie tox+ sont survenus et ont été rapportés : 14 cas C

***diphtheriae* en lien avec épidémie de 2022 chez migrants**

Depuis 1989, 2 cas en moyenne /an : par importation

Santé Publique France <https://invs.santepubliquefrance.fr/diphtherie/donnees>

Le vaccin est une ANATOXINE, qui ne sert qu'à produire des anticorps vis a vis de la TOXINE de la bactérie, anticorps qui n'ont aucune impact sur la bactérie.

Il n'empêche donc ni le portage ni la diffusion, n'a donc aucune impact "d'immunité de groupe ».

En fait, le vaccin facilite la diffusion de la bactérie car les porteurs sont asymptomatiques !

Jané et al. Un cas de diphtérie toxique respiratoire : résultats et considérations de recherche des contacts après un intervalle de 30 ans sans maladie, Catalogne, Espagne, 2015. Euro Surveill. 2018

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5883453/>

Annuaire statistique France - cas de diphtérie

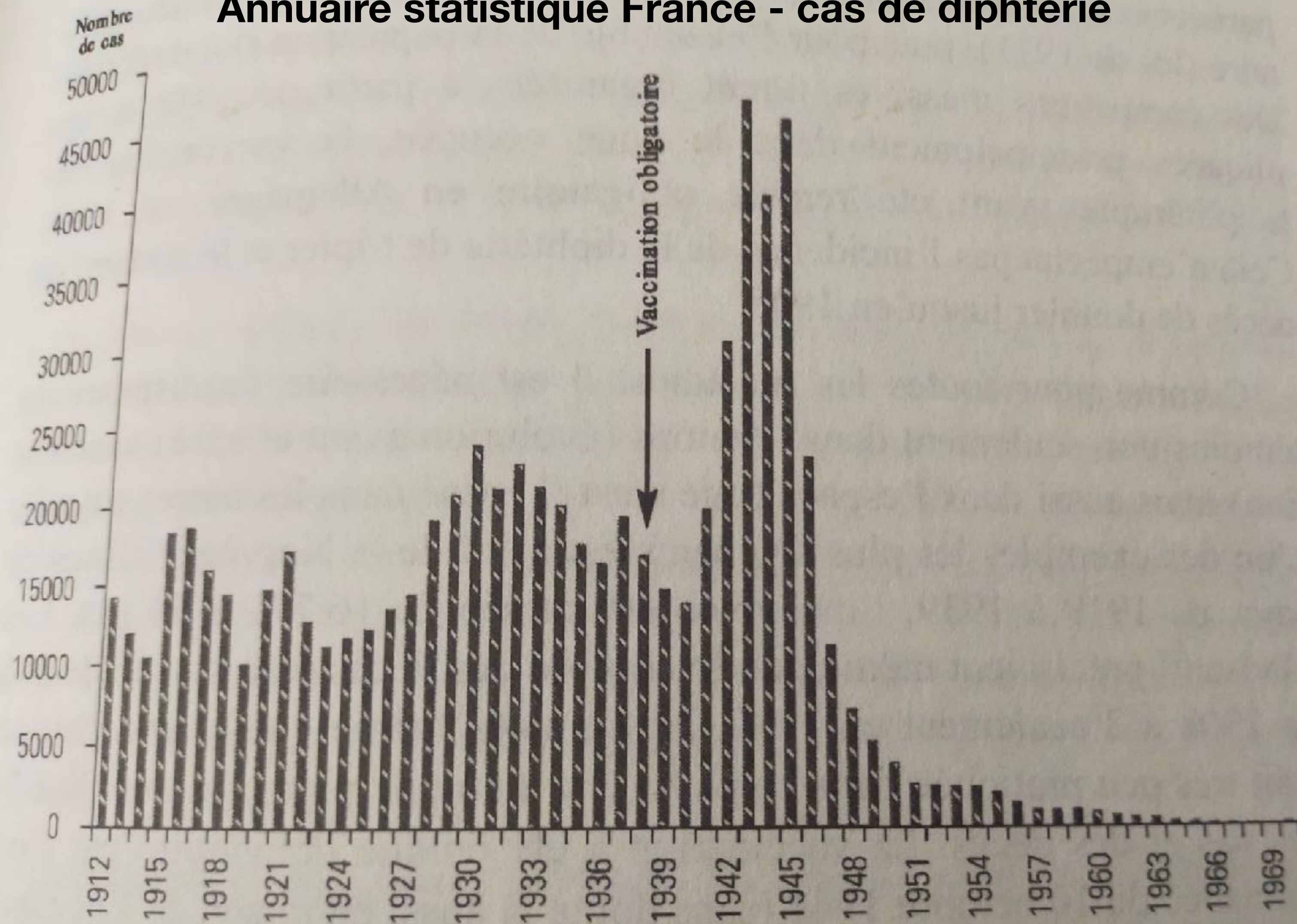
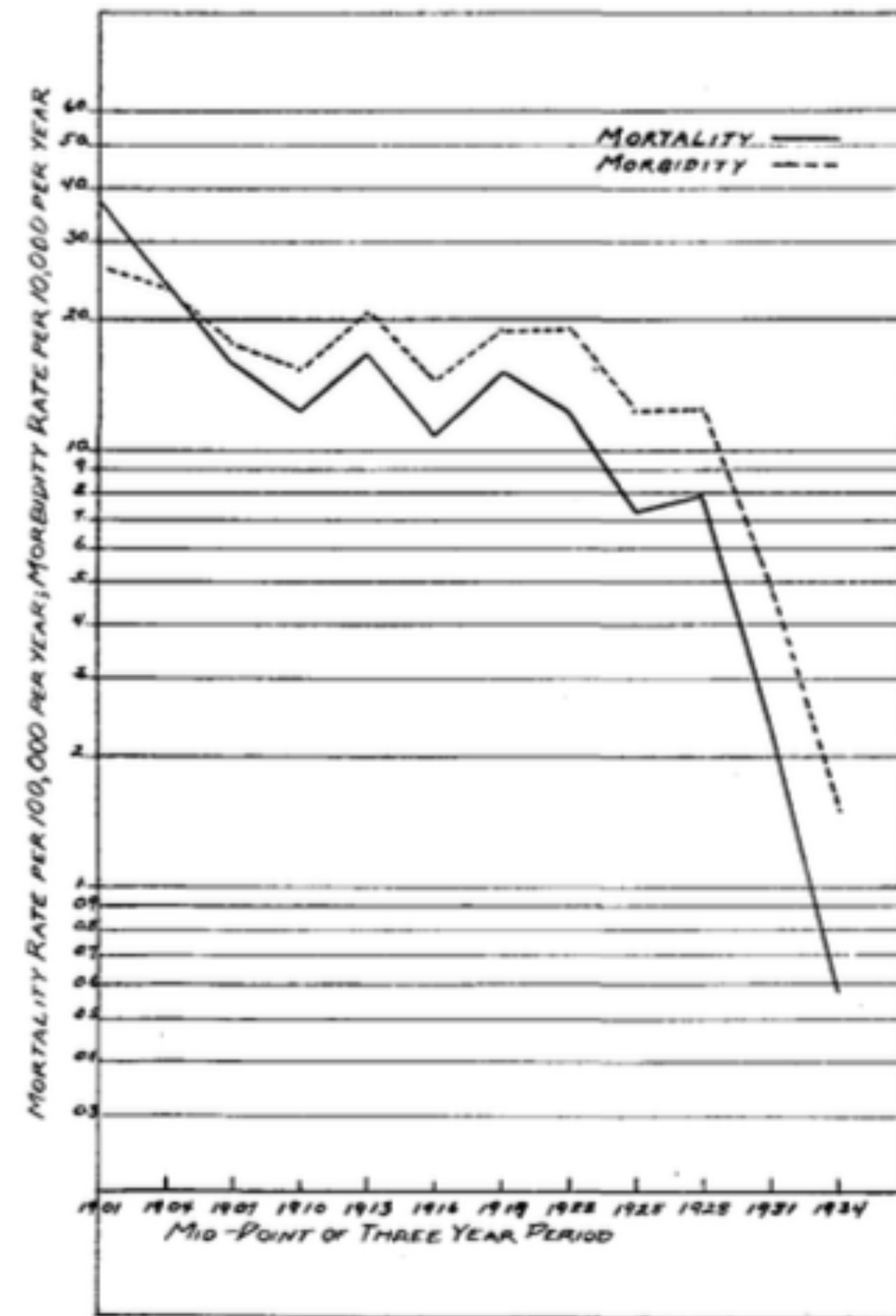


Fig. 5 : évolution du nombre annuel de cas de diphtérie en France.
(Données sanitaires de l'Annuaire statistique de la France.)

Chute de la morbidité et mortalité à Baltimore

« La période marquée par une accélération sensible du rythme de baisse, qui remonte à environ 1928, correspond approximativement aux années au cours desquelles la vaccination active contre la diphtérie a été pratiquée dans la ville à grande échelle ; mais le nombre total de personnes vaccinées est insuffisant pour expliquer une part importante de la baisse de la morbidité à moins que celle-ci ne résulte d'un effet indirect sur les personnes non vaccinées »

W. H. FROST, MARTIN FROBISHER, V. A. VAN VOLKENBURGH, M. L. LEVIN, DIPHTHERIA IN BALTIMORE: A COMPARATIVE STUDY OF MORBIDITY, CARRIER PREVALENCE AND ANTITOXIC IMMUNITY IN 1921-24 AND 1933-36, *American Journal of Epidemiology*, Volume 24, Issue 3, November 1936, Pages 568-586, <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a118284>



. Diphtheria morbidity and mortality in Baltimore, 1900-1935, 3-year averages.

Décès fillette 4 ans dû à diphtérie (non vaccinée)

août 2026 Palerme (Sicile)

- Autopsie : Institut de médecine légale de la Polyclinique de Palerme a confirmé la présence d'une infection grave et généralisée.
- Les médecins ne savent plus reconnaître la maladie : d'où défaut de soin
- Le vaccin est dirigé contre la toxine, donc n'empêche pas le portage de la bactérie

- **La bactérie a perdu de son pouvoir pathogène et la population est devenue plus résistante avant la vaccination (vers les années 1930)**

Schuman LM, Doull JA. Diphtheria Infection and Morbidity in Cleveland, 1937-1939. Am J Public Health Nations Health. **1940** .<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1530699/> Stebbins EL.

Diphtheria Immunity and Carrier Surveys in New York State. Am J Public Health Nations Health. **1940** <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1530702/>

Frost et al. DIPHTHERIA IN BALTIMORE: A COMPARATIVE STUDY OF MORBIDITY, CARRIER PREVALENCE AND ANTITOXIC IMMUNITY IN 1921-24 AND 1933-36, *American Journal of Epidemiology*, Volume 24, Issue 3, November **1936**, Pages 568-586, <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a118284>

Vaccin DTcoq en Afrique : excès mortalité chez les filles

Dr Peter Aaby, expert OMS

Symposium about Scientific Freedom and the inauguration of the Institute for Scientific Freedom, Copenhagen, Denmark, 9 March 2019

<https://youtu.be/kncohD7yWlc?si=AJdgq6HthMsrlRS1>

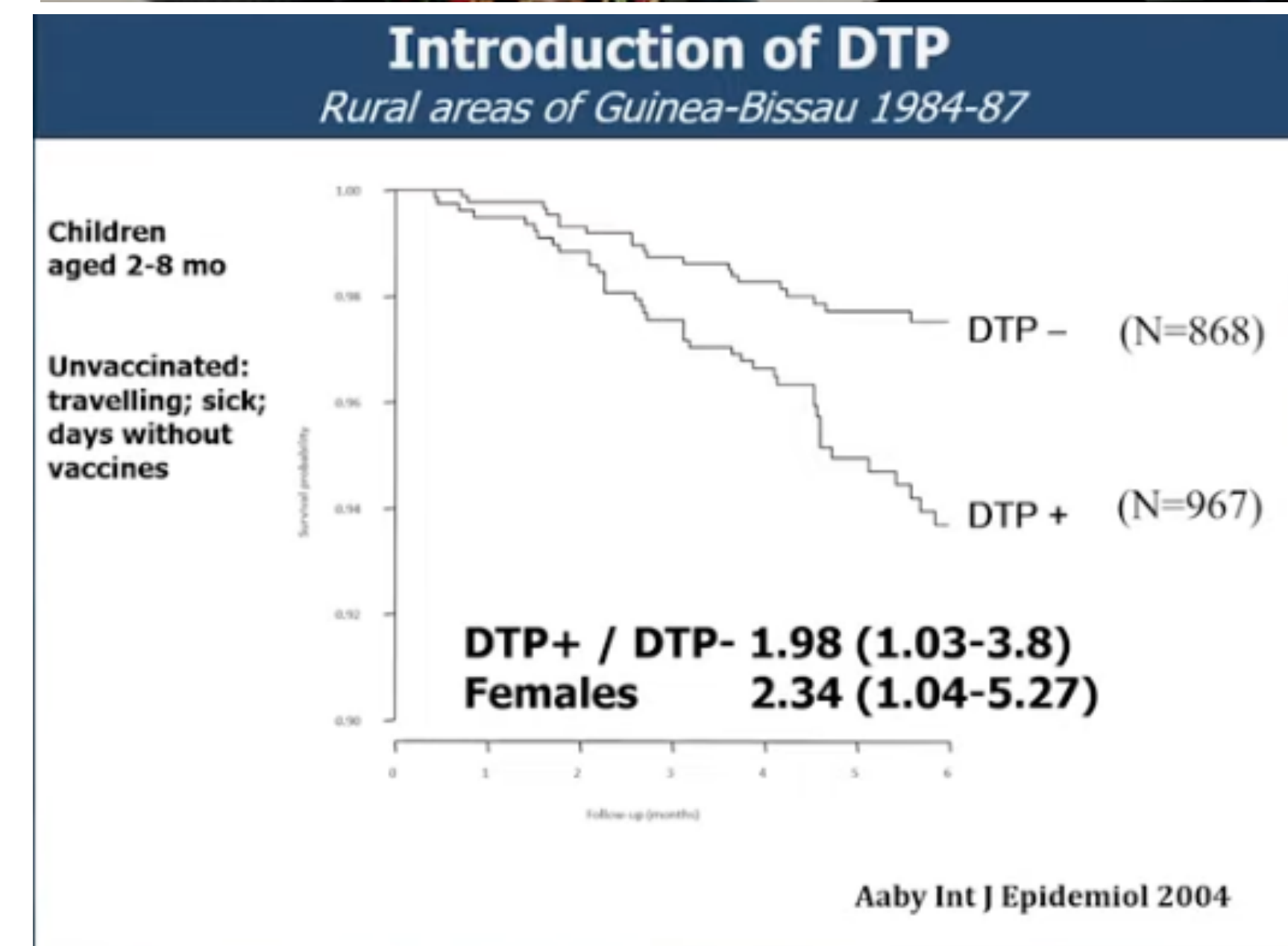
Excès mortalité chez les filles ayant reçu DTP (diphtérie-tétanos-pertussis)

Hanifi , Biering-Sørensen , Jensen , Aaby & Bhuiya (2020): Penta is associated with an increased female-male mortality ratio: cohort study from Bangladesh, Human Vaccines & Immunotherapeutics, DOI: 10.1080/21645515.2020.1763084

Aaby P, Ibrahim SA, Libman MD, Jensen H. The sequence of vaccinations and increased female mortality after high-titre measles vaccine: trials from rural Sudan and Kinshasa. Vaccine. 2006 Apr 5;24(15):2764-71. doi: 10.1016/j.vaccine.2006.01.004. Epub 2006 Jan 19. PMID: 16457909.

Aaby P, Mogensen SW, Rodrigues A and Benn CS (2018) Evidence of Increase in Mortality After the Introduction of Diphtheria–Tetanus– Pertussis Vaccine to Children Aged 6–35 Months in Guinea-Bissau: A Time for Reflection? Front. Public Health 6:79. doi: 10.3389/fpubh.2018.00079

Peter Aaby, Henrik Ravn, Ane B. Fisker, Amabelia Rodrigues, Christine S. Benn, Is diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) associated with increased female mortality? A meta-analysis testing the hypotheses of sex-differential non-specific effects of DTP vaccine, Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, Volume 110, Issue 10, October 2016, Pages 570–581, <https://doi.org/10.1093/trstmh/trw073>



Vaccin hépatite B

Effets indésirables : sclérose en plaque?

- **Janvier 2018 : Cour d'appel de Bordeaux** condamne Sanofi : responsable sclérose en plaques suite vax HepB -1996- GenHevacB- cite étude Hernan 2004 (3 x plus de risque SEP après vax Hepb dans les 3 ans) Annulé en cassation en 2019

Mikaeloff Y, Caridade G, Suissa S, Tardieu M. **Hepatitis B vaccine and the risk of CNS inflammatory demyelination in childhood.** Neurology. 2009 Mar 10;72(10):873-80. doi: 10.1212/01.wnl.0000335762.42177.07. Epub 2008 Oct 8. PMID: 18843097.

Le Houézec D. **Evolution of multiple sclerosis in France since the beginning of hepatitis B vaccination.** Immunol Res. 2014 Dec;60(2-3):219-25. doi: 10.1007/s12026-014-8574-4. PMID: 25395338; PMCID: PMC4266455.

Surveillance post-commercialisation Twinrix (EMA) : **Encéphalite, encéphalopathie, neuropathie, paralysies, convulsions, névrite, sclérose en plaques, myélite, parésie faciale, polynévrite telle que syndrome de Guillain-Barré, névrite optique.** https://www.ema.europa.eu/fr/documents/product-information/twinrix-adult-epar-product-information_fr.pdf

Geier DA, Geier MR. A case-control study of serious autoimmune adverse events following hepatitis B immunization. Autoimmunity. 2005 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16206512/> **SEP, Névrite optique, vasculaire, arthrite, alopécie, lupus, thrombocytopénie.**

Infections à pneumocoques

Les infections à pneumocoques sont dues à une bactérie appelée *Streptococcus pneumoniae*, responsable d'infections fréquentes telles que des otites, des sinusites, des pneumonies, mais aussi des septicémies ou des méningites.

Elles touchent le plus souvent les personnes fragiles (personnes atteintes de maladies chroniques, jeunes enfants, séniors...) (Santé Publique France)

- Gravité infections pneumocoques = Méningites à pneumocoques (rares: 600/an 20% décès) et pneumonies invasives (100 à 200 000/an et 20% décès)
- Le vaccin sélectionne des mutants résistants aux antibiotiques; l'incidence des méningites à pneumocoque est revenue à son niveau pré vaccinal en France

Recommandations HAS pneumocoques juillet 2026

Révision de la stratégie de vaccination contre les infections invasives à pneumocoques - Place des vaccins à haute valence PREVENAR 20 chez les nourrissons, les enfants et les adultes, et CAPVAXIVE chez les adultes https://www.has-sante.fr/jcms/p_3601959/fr/revision-de-la-strategie-de-vaccination-contre-les-infections-invasives-a-pneumocoques-place-des-vaccins-a-haute-valence-prevenar-20-chez-les-nourrissons-les-enfants-et-les-adultes-et-capvaxive-chez-les-adultes

la HAS **recommande désormais l'utilisation du VPC20 chez les nourrissons, y compris les prématurés** à l'âge de 2, 4 et 6 mois, suivies d'un rappel à 11 mois, ainsi que chez les enfants à risque d'infection à pneumocoque (enfants immunodéprimés, drépanocytaires, aspléniques, porteurs de certaines maladies chroniques à risque, conformément au calendrier vaccinal). Cette stratégie remplace les vaccins actuellement utilisés (VPC13, VPC15 et, pour certaines populations, VPP23). Les dernières données disponibles (2024), démontrent en effet que le VPC20 assure une protection contre 41 % des cas d'infections invasives à pneumocoques chez les enfants (contre jusqu'à 18 % pour les vaccins précédemment recommandés).

La HAS recommande en outre que les nourrissons ayant initié leur vaccination avec le VPC13 ou le VPC15 la poursuive avec le VPC20 (à 2, 4, 6 et 11 mois).

Chez les **adultes de plus de 65 ans et chez ceux exposés à un risque accru d'infections à pneumocoques**, la HAS recommande désormais le recours préférentiel au **VPC21 en dose unique**, ce vaccin assurant une protection contre 84 % des cas d'infections chez les adultes âgés de 65 et plus (63% pour le VPC20)

« Protection » = induction d'anticorps seulement.

Pas de données efficacité

selon HAS juillet 2026

« Étant donné que les essais d'efficacité contrôlés par placebo ne sont ni réalisables ni éthiques, selon les recommandations de l'OMS (156), et en l'absence d'études cliniques comparatives directes entre le VPC15 et le VPC20 chez les nourrissons, les données issues d'études de comparaison indirecte ont été incluses et discutées avec prudence, compte tenu de la similarité des populations étudiées et des critères de jugement évalués. Toutefois, ces résultats sont moins probants que ceux des comparaisons directes et doivent être interprétés avec précaution »

4 essais financés par Merck, pas de calcul d'efficacité, pas de corrélation taux d'anticorps/protection validé

Prudence : grande variabilité dans les prévisions d'efficacité, aucune donnée disponible concernant l'effet du vaccin VPC20 sur le portage n'a été identifiée

Déplacement de souches

HAS : comparaison VPC20 et VPC21

- VPC7 puis VPC13 puis **VPC20 Pfizer** (PREVENAR 20 - 0,125 mg **Aluminium-phosphate**) et **VPC21 MSD** (CAPVAXIVE; **pas d'aluminium, 2 x plus d'antigène**)
- phénomène potentiel de **diminution progressive de la réponse immunitaire** aux sérotypes communs avec l'inclusion d'un **plus grand nombre de sérotypes** dans les VPC à valence plus élevée, telles que les VPC15 et VPC20, connu sous le nom de « glissement immunogénique »
- les VPC à valence plus élevée ont été estimés comme offrant un **effet protecteur réduit contre le portage** de plusieurs sérotypes clés
- Les sérotypes inclus dans VPC21 sont non seulement plus fréquents chez les adultes mais aussi associés à des taux élevés de résistance

Extrait HAS 2026

Essai sur bébés en parfaite santé, à court terme, zéro donnée efficacité

Données non disponibles

Dans le dossier du vaccin VPC20 :

« – **Aucune étude n'a inclus des nourrissons, enfants et adolescents avec des comorbidités** associées à un risque élevé d'infections à pneumocoques. Cette lacune a été comblée grâce à la consultation d'un groupe de travail composé d'experts pour la population pédiatrique à risque

– À ce jour, il n'existe **pas d'études cliniques à long terme** évaluant directement l'efficacité clinique ou la durée de protection du VPC20 contre les infections à pneumocoques.

Absence de données d'efficacité clinique ;

– Les essais disponibles pour le VPC20 sont principalement des études d'immunogénicité. Concernant l'immunogénicité, **les études ne vont pas au-delà de 30 jours après vaccination**. Des données à plus long terme auraient permis d'évaluer la persistance de la réponse immunitaire et estimer la durée de protection. »

Nombre insuffisant de bébés testés pour repérer EI peu fréquents

HAS 2026

« Au total, au moins **2 833 nourrissons** de moins de 15 mois ont reçu au moins une dose de VPC20 dans les essais cliniques, ainsi que 622 enfants âgés de 2 ans à moins de 18 ans. Sur l'ensemble pédiatrique **jusqu'à < 18 ans, 3 664** enfants ont reçu au moins une dose de VPC20. »

Les données de pharmacovigilance, de sécurité et de tolérance :

« – Chez les nourrissons (6 semaines à < 15 mois) :

• Le **profil de tolérance et de sécurité du VPC20 est comparable à celui du VPC13** dans les **cinq essais cliniques, selon différents schémas d'administration et voies d'injection**. Les études ont été menées dans des conditions représentatives de la pratique courante, incluant la co-administration avec les vaccins pédiatriques de routine. Cependant, elles se sont limitées aux nourrissons en bonne santé. Taux comparables d'effets indésirables (EI) locaux et systémiques, d'intensité légère à modérée et de résolution rapide. **Les EI graves étaient rares et comparables entre les groupes VPC20 et VPC13 et non attribués au vaccin.**

Aucune maladie chronique nouvellement diagnostiquée (NDCMC) considéré comme liée à la vaccination, ni aucun décès, n'ont été signalés au cours des études.

Aucune donnée n'a été identifiée pour VPC20 chez les enfants à risque »

Jusqu'à **18% des bébés retirés** des études pour diverses raisons

Comparaison VP20/VPC21 : sur 7 jours : **9% fièvre, >23% baisse appétit, >72% irritabilité, >86% évènement systémique**

16 à 18% ont des infections respiratoires (7,5 à 9% des otites); 11% nouvelles maladies dans les 6 mois; 7% EIG « Trois participants ont été retirés de l'étude, deux pour des EIG (un cas d'augmentation de la pression intracrânienne et un cas d'hémorragie cérébrale, tous deux dans le groupe VPC20) et un pour un EI.

Selon la HAS : « *Aucun problème de sécurité n'a été identifié* »

Une étude sur >18 ans: EI liés au vaccin VPC21 : 56%, VPC2 : 65%; EIGraves : 1,5 à 2,1%; décès 0,2 à 0,3%, EI système nerveux 17%

Coût économique

HAS 2026

En termes d'impact économique, le coût total sur 5 ans de la prise en charge des infections invasives à pneumocoques et de leurs conséquences, et du schéma actuel de vaccination est estimé à 1,509 milliard d'euros ;

Selon HAS : – Les analyses économiques mettent en évidence que la **stratégie actuelle de vaccination en France n'est pas efficiente**

Le vaccin pneumocoque augmente le risque de pneumonie toute cause

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41120971/>

de Diego-Cabanes et al. Real world effectiveness of antipneumococcal vaccination against pneumonia in adults: a population-based cohort study, Catalonia, 2019. BMC Infect Dis. 2025 Oct

- Étude en Catalogne sur plus de 2 millions de personnes > 50 ans entre janvier et décembre 2019
- Les vaccins pneumocoque PCV13 (protein-polysaccharide conjugate vaccines) et PPsV23 (multivalent-serotype pneumococcal polysaccharide vaccines) sont associés à un **plus grand risque d'hospitalisation pour pneumonie due ou non au pneumocoque.**
- Les vaccins ne diminuent pas le risque de décès dus à la pneumonie toute cause
- La vaccination généralisée chez les enfants a déplacé les souches circulantes et participe à la baisse d'efficacité du vaccin chez les seniors
- Aucun essai randomisé n'évalue l'efficacité de ces vaccins chez les adultes

Remplacement de souches sous l'effet du vaccin

(ce problème se rencontre avec de nombreux vaccins si ce n'est tous)

- Problème de déplacement des souches : lorsqu'on vaccine contre certaines souches d'une bactérie, on déplace les souches circulantes : les souches non comprises dans le vaccin prennent le dessus sur les souches vaccinales
- On ajoute ces nouvelles souches dans le nouveau vaccin (on est passé de 7 à 13 puis à 15 et maintenant 20 souches dans le vaccin pneumocoque pour les bébés)
- On ne peut pas augmenter à l'infini le nombre de souches car l'immunisation contre chaque souche devient alors moins puissante. Impasse!
- *La vaccination contre le pneumocoque fait face à de nombreux obstacles* <https://jim.fr/viewarticle/vaccination-contre-pneumocoque-fait-face-%C3%A0-nombreux-2025a10008cp>
- Souches non couvertes par le vaccin sont souvent invasives (24F) et résistantes aux ATB (15A et 23B)

Tétanos : vaccin, vitamine C,
magnésium

Vitamine C

Vitamin C for preventing and treating tetanus (Review Cochrane) <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006665.pub3/full/fr>

Vitamine C 1g/ IV : associée à 100% guérison entre 1 et 12 ans et 45% réduction mortalité entre 13 et 30 ans

Magnesium :

réduit le séjour hôpital Catherine Hsu et al., J Infect Dis Ther 2018, Volume 6 DOI: 10.4172/2332-0877-C1-039

Vaccin inefficace

La vaccination n'interfère pas avec la prise en charge et le transport, par les motoneurones, du fragment de liaison de la toxine tétanique.

*Les **animaux** vaccinés ont présenté des taux d'absorption du TTC dans le cerveau comparables à ceux des animaux immunologiquement naïfs, tels que mesurés par fluorimétrie quantitative. Tous les animaux vaccinés présentaient des taux protecteurs d'anticorps antitétaniques, tels que mesurés par ELISA. L'absorption du TTC par les terminaisons nerveuses à partir d'un dépôt intramusculaire est un processus intense et rapide qui **n'est pas bloqué par la vaccination** associée à la protection contre la **toxine tétanique**.*

Fishman, (2006), Immunization does not interfere with uptake and transport by motor neurons of the binding fragment of tetanus toxin. J. Neurosci. Res., 83: 1540-1543. <https://doi.org/10.1002/jnr.20847>

Les anticorps sanguins antitétaniques n'interfèrent pas avec la maladie

Grover, S.S., Negi, S.S., Singh, S., & Ray, K. (2012). Significance of circulating toxin and antitoxin in unimmunized tetanus cases of neonates and infants. *Biologicals : journal of the International Association of Biological Standardization*, 40 4, 262-5 . <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:20997772> : **chez des nouveaux nés atteints de tétanos, la présence ou l'absence d'antitoxine (anticorps) dans le sang n'influence pas la maladie.**

Pryor T, Onarecker C, Coniglione T. Elevated antitoxin titers in a man with generalized tetanus. *J Fam Pract.* 1997 Mar;44(3):299-303. PMID: 9071251. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9071251/> Format: Abstract : *J Fam Pract.* 1997 Mar;44(3):299-303 **cette étude, parmi d'autres similaires, montre que la présence de fortes quantités d'anticorps dans le sang ne protège pas contre la maladie.**

Ellis M. Human Antitetanus Serum in the Treatment of Tetanus. *Br Med J.* 1963 Apr 27;1(5338):1123-6. doi: 10.1136/bmj.1.5338.1123. PMID: 20789769; PMCID: PMC2123004. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2123004/?page=4> : **l'injection de sérum antitétanique n'empêche pas le, développement de la maladie**

Cette étude expose 3 cas de tétanos sévères chez des patients présentant un fort taux d'anticorps considéré comme largement protecteur Crone NE, Reder AT. Severe tetanus in immunized patients with high anti-tetanus titers. *Neurology.* 1992 Apr;42(4):761-4. doi: 10.1212/wnl.42.4.761. PMID: 1565228. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1565228/> *Neurology.* 1992 Apr;42(4):761-4.

Vaccin hexavalent (diphtérie, tétanos, coqueluche, polio, h hépatite B, haemophilus influenzae)

Hexavac (retiré 2005, AMM abrogée 2012 pour « données immunogénicité insuffisantes »),
Infanrix hexa, Hexyon, Vaxelis : le remplace.

Relation entre des morts subites du nourrisson (MSN) et les vaccins hexavalents

Hexavac-Infanrix <https://banoun823642.substack.com/p/relation-entre-des-morts-subites>
<https://www.aimsib.org/2025/06/22/quelques-reflexions-autour-de-la-mort-subite-du-nourrisson/>

- Article Miller 2021 retiré en 2026, Kennedy a demandé justification : pas obtenu!
- Miller 2021 montre que, entre 1990 et 2019, **près de 80 % des décès** dus à la MSN signalés au VAERS **surviennent dans les sept jours suivant la vaccination** et 58% dans les 3 jours. Les MSN notifiées après vaccination n'étaient pas réparties de manière aléatoire chaque jour ; elles tendent au contraire à se produire à proximité temporelle de l'administration du vaccin.
- Jusqu'en 1979 « cause ICD de décès nourrisson: « inoculation prophylactique ou vaccin »- a disparu - n'existait pas avant programmes de vaccination
- MSN ou SMSN ou SIDS créé en 1969 suite épidémie soudaine = décès soudain et inexplicable entre 28j et 1 an de vie = 1ère cause mortalité néonatale
- Puis nouveaux codes « suffocation au lit » et autres augmentent et MSN diminue (changement classification explique 90% de diminution)
- Japon 1975, suite à MSN, repousse vaccins de 3 mois à 2 ans : diminution 90% des MSN

Relation entre des morts subites du nourrisson et les vaccins hexavalents

<https://banoun823642.substack.com/p/relation-entre-des-morts-subites>

- Hexavac retiré 2005 et AMM supprimé 2012, remplacé par équivalent Hexyon. Signal reconnu par EMA et ANSM
- Autopsies ont montré œdème cérébral, atteinte barrière hémato-encéphalique.
- PSUR (pharmacovigilance EMA) GSK Infanrix suggère lien causalité
- TGA (Australie) Infanrix : 26 décès entre 2007 et 2019 dans rapport vigilance - autre source : 134 cas entre 2000 et 2017
- Notice Infanrix : somnolence, apnée, collapsus ou état de choc (épisode d'hypotonie-hyporéactivité) = effets indésirables constatés au cours des essais cliniques Infanrix Hexa,

Composition Vaxelis (MCM) - hexavalent - notice « MesVaccins »

Interchangeable avec Hexyon Sanofi et Infanrix GSK

- Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux (acellulaire, multicomposé), de l'hépatite B (ADNr), poliomyélitique (inactivé) et conjugué de l'*Haemophilus influenzae* type b, adsorbé
- Adsorbés sur phosphate d'aluminium (0,17 mg Al³⁺) : Anatoxine **diphtérique** - Anatoxine **tétanique** - Antigènes de **Bordetella pertussis** : Anatoxine pertussique (PT) Hémagglutinine filamenteuse, Pertactine, Fimbriae
- Adsorbés sur sulfate d'hydroxyphosphate d'aluminium amorphe (0,15 mg Al³⁺) : Antigènes de surface de l'**hépatite B** Produit dans des cellules de levure (*Saccharomyces cerevisiae*) par la technique de l'ADN recombinant ;
- Virus **poliomyélitique (Inactivé)** Produit dans des cellules Vero, **3 virus** : Type 1 (Mahoney), Type 2 (MEF-1), Type 3 (Saukett)
- Polyoside d'**Haemophilus influenzae** de type b : Phosphate de Polyribosyl Ribitol :Conjugué à la protéine méningococcique (adsorbée sur aluminium 0,15mg Al³⁺)
- Quantité totale aluminium = 0,32mg

Ce vaccin peut contenir des traces de glutaraldéhyde, de formaldéhyde, de néomycine, de streptomycine, de polymyxine B et d'albumine de sérum bovin qui sont utilisés au cours du procédé de fabrication

Des antécédents de convulsions fébriles, des antécédents familiaux de convulsion ou de syndrome de mort subite du nourrisson (MSN) ne constituent pas une contre-indication à l'utilisation de Vaxelis.

Risque apnée chez prématurés, hypotonie, hyporéactivité

Prevnar et MSN

corrélation n'est pas causalité!

Officiellement il y a environ 250 à 350 MSN par an en France

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/mort-inattendue-du-nourrisson/le-syndrome/>

Essai clinique vaccin pneumocoque Prevnar Pfizer

Dans 13 essais cliniques, 4 nourrissons sur 7 489 sont décédés et ces 4 décès sont attribuables au **syndrome de mort subite du nourrisson**.

Trois décès sont survenus dans le groupe de Prevnar 13 (4 729 sujets ayant reçu 15 739 doses) et 1 décès est survenu dans le groupe de Prevnar 7 (2 760 sujets ayant reçu 9 030 doses).

Aucun décès n'a été imputé à la vaccination par l'investigateur.

Si on fait une règle de trois on tombe sur environ 400-500 MSN par an

https://www.pfizer.ca/sites/default/files/201908/Prevnar13-PM_F_219617_08Aug2019.pdf Page 10

MONOGRAPHIE AVEC RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX PATIENTS, PrevnarMD 13, Santé Canada https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00076612.PDF

Vaccins méningocoques

Modification de l'obligation vaccinale en 2024 : un vaccin méningocoque en plus pour les enfants nés à partir de janvier 2023 (rétro-actif!)

Meningo type ACWY

- Jusqu'en 2024 : meningo C (2 doses à 5 et 12 mois)
- Remplacé par : ACWY 2 doses (6 mois -Nimenrix- et 12 mois Nimenrix ou Menquadfi) - les enfants qui ont reçu le C doivent être revaccinés
- Meningo B devient obligatoire : 3 doses (3 mois, 5 mois et 12 mois) - Bexsero
- Ceci ajoute 4 vaccins en plus et 3 injections supplémentaires
- Ados de 11 à 14 ans : ACWY recommandé par HAS
- Le vaccin tétravalent ACYW est tellement **immunogène** qu'il ne nécessite pas d'aluminium, contrairement aux monovalents; donnera-t-il des **effets indésirables plus forts?**

Vaccins disponibles en France

Méningocoques

- Bexsero : contient protéines de la bactérie produites sur E coli par ADN recombinant (résidus?) - aluminium 0,5mg Al³⁺ - testé sur nourrissons sans placebo (mais contre les vaccins de routine)
- Nimenrix : polysaccharides ACWY de bactéries conjuguées à anatoxine tétanique, pas d'aluminium - pas de placebo (testé contre autre vaccin meningo)- dès 6 semaines- approuvé en 2012 pour les > 1 an
- Menquadfi pas d'essai contre placebo, pas d'aluminium

Pas d'essai contre placebo

Essai de non infériorité du Nimenrix contre d'autres vaccins meningo : immunogénicité

- <https://www.clinicaltrialsregister.eu/ctr-search/trial/2009-016841-24/results>
Phase III du Nimenrix Développé par GSK et racheté par Pfizer en 2015
- bébés de 6 à 12 semaines reçoivent 2 à 3 doses (2,3 et 4 mois), 4 groupes de 520 environ.
- effets non graves observés sur 8 jours : 98% des bébés
- effets graves sur 16 mois : 10% des bébés (dont hémangiome, kawasaki, asthme, pronostic vital, asphyxie, bronchospasme, commotion cérébrale, blessure cerveau, épilepsie, 5 entérites, 18 pneumonies, 9 pyélonéphrites,)

Problèmes avec les vaccins meningocoques

- Obligation avec souches ACWY mais la **souche C ne circule plus** <https://www.santepubliquefrance.fr/infections-invasives-a-meningocoque/bulletin-national/infections-invasives-a-meningocoque-en-france-au-31-janvier-2025>
- Décès en février 2025 enfant de 3 ans (donc forcément vacciné, sérotype et statut vaccinal non divulgués) : Soit le vaccin ne fonctionne pas, soit il est décédé d'une méningite non ciblée par le vaccin
- Déplacement vers des **souches plus invasives** : W apparaît en 1998 et passe de 0,8% à 8,7% en 2016
- N'empêche pas le portage et peut même l'augmenter! <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5853931/>
- D'après Robert Read , séminaire IHU 6 sept 2019 (https://youtu.be/b9KgoR_tdMg) les souches émergentes colonisent plus les adultes que les enfants ce qui n'était pas le cas des souches de l'ère prévaccinale.

<https://www.pnas.org/content/115/21/5510> [https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(15\)00232-7/abstract](https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(15)00232-7/abstract) <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=386> [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60842-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60842-4/fulltext) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28366725> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28579305> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27912986>

Les vaccins Covid provoquent aussi des méningites

Saito K, Shimizu T, Suzuki-Inoue K, Ishida T, Wada Y. Aseptic meningitis after vaccination of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine. *Neurol Sci.* 2021 Nov;42(11):4433-4435. doi: 10.1007/s10072-021-05543-1.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8354782/>

Epidemiology and Clinical Characteristics of Meningitis Following COVID-19 Vaccinations: A Systematic Review Mohamed S.A. Shehata, Amany Mahfouz, Hossam Tharwat Ali, Abdelmonem Siddiq, Aya Mustafa Al Mawla, and Mostafa Meshref. *Neurology*, April 9, 2024
<https://www.neurology.org/doi/10.1212/WNL.00000000000206113>

Atefi, A., Ghanaatpisheh, A., Ghasemi, A. et al. Meningitis after COVID-19 vaccination, a systematic review of case reports and case series. *BMC Infect Dis* 24, 1138 (2024).
<https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-024-10043-6>

ROR : rougeole, oreillons rubéole

Mon premier article (Aimsib)

La vaccination rougeole en question, mai 2019

Avant la vaccination généralisée, la rougeole était une maladie bénigne pour l'immense majorité de la population

Cette maladie touchait pratiquement toute une classe d'âge chaque année

L'immunité spécifique (vis à vis de cette maladie) et l'immunité globale de la population avait été construite historiquement par rapport à cette maladie

L'introduction de la vaccination quasiment généralisée au niveau mondial des enfants de 2 ans a modifié cet édifice de manière inédite.

Elle a provoqué un déplacement de la maladie aux âges dangereux (enfants de 0 à 2 ans) et jeunes adultes

Elle a également provoqué le remplacement total des virus circulants avant vaccination par de nombreuses souches de virus mutants.

Le vaccin protège-t-il contre ces nouveaux virus ? Quelles sont les conséquences de la vaccination sur le système immunitaire de millions d'enfants et jeunes adultes concernés ? Les autorités sanitaires nationales et mondiales ont-elles pris conscience de ces questions ? La récente épidémie de rougeole en Ukraine (2017-2018) met en lumière ces questions de façon brûlante

La vaccination anti-rougeole expliquée par
une spécialiste en immuno-infectiologie

par La rédaction de l'AIMSIB | 26/05/2019



Ukraine

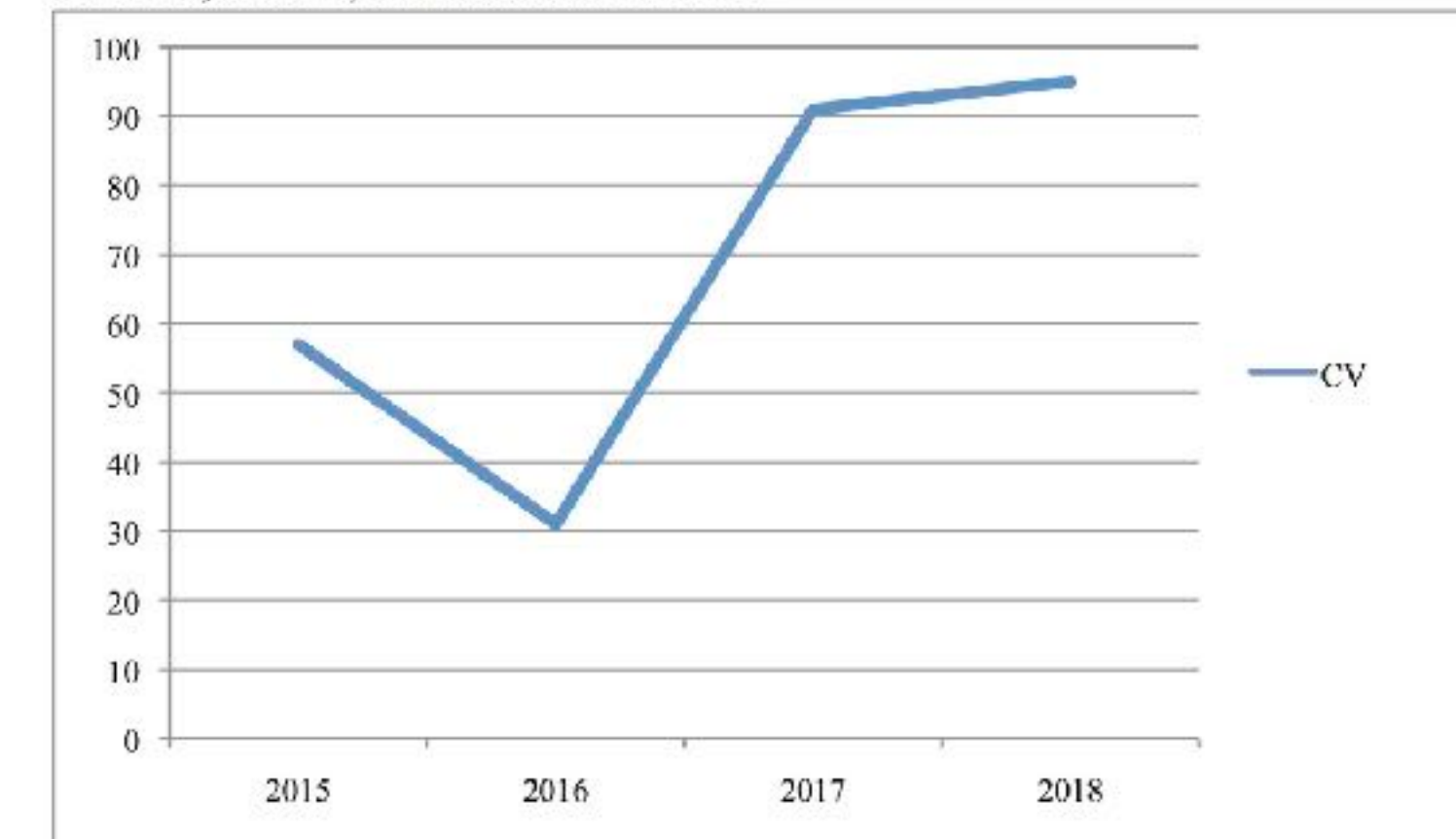
Couverture vaccinale en hausse (en 2018 presque 100%)

Épidémie de rougeole
2016-2028

Virus mutant de type sauvage :
(B3, D8)

Soit le vaccin est devenu
inefficace contre ces virus,
soit la vaccination a produit
une facilitation de l'infection

Couverture vaccinale à 2 doses (MCV2) de vaccin antirougeoleux chez les enfants de 12 mois à 23 mois, Ukraine, chiffres OMS et UNICEF



Nombre de cas de rougeole en Ukraine (logarithme) chiffres de l'OMS

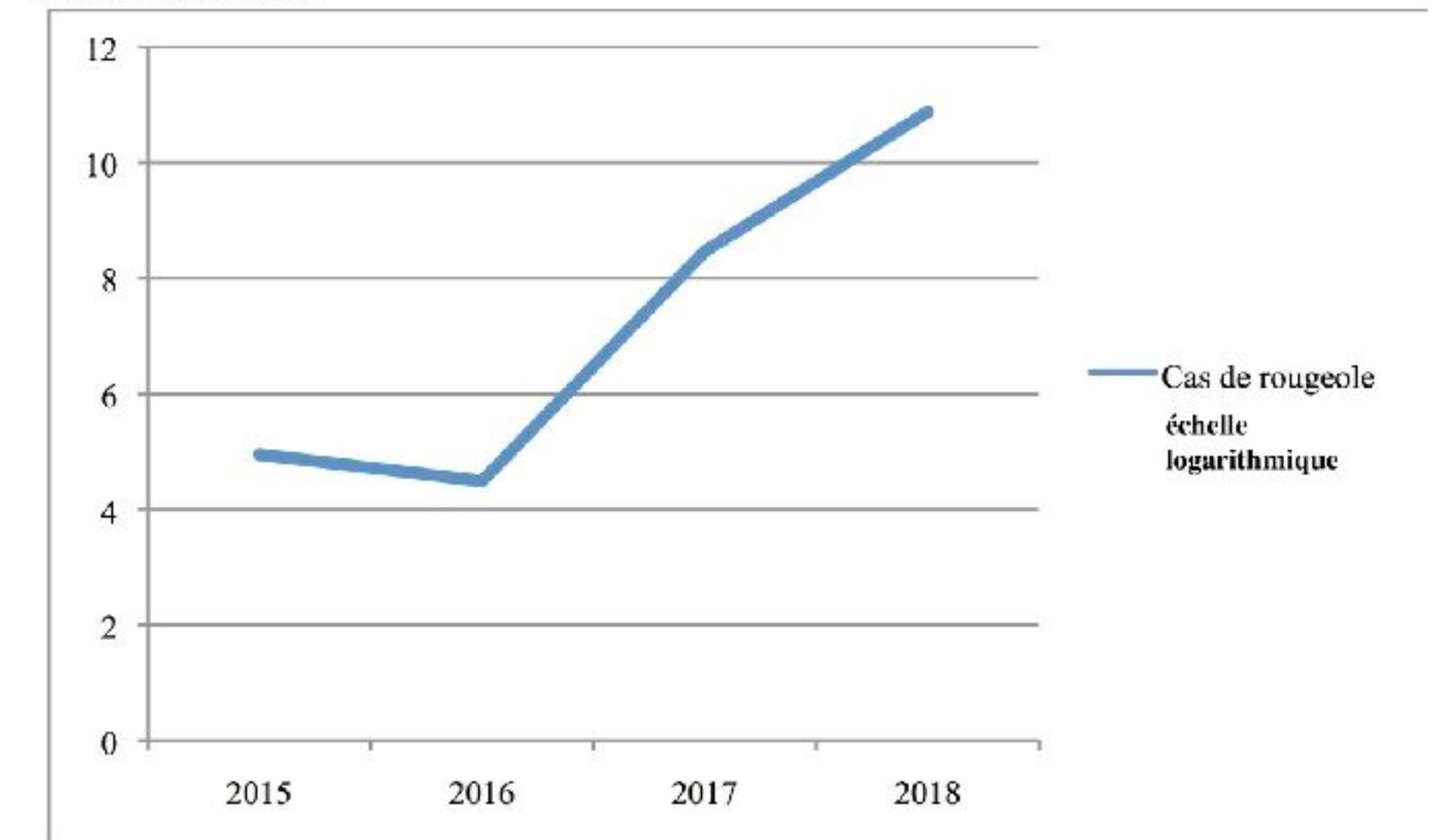
Les chiffres bruts :

2015 : 141 cas,

2016 : 90 cas

2017 : 4782 cas,

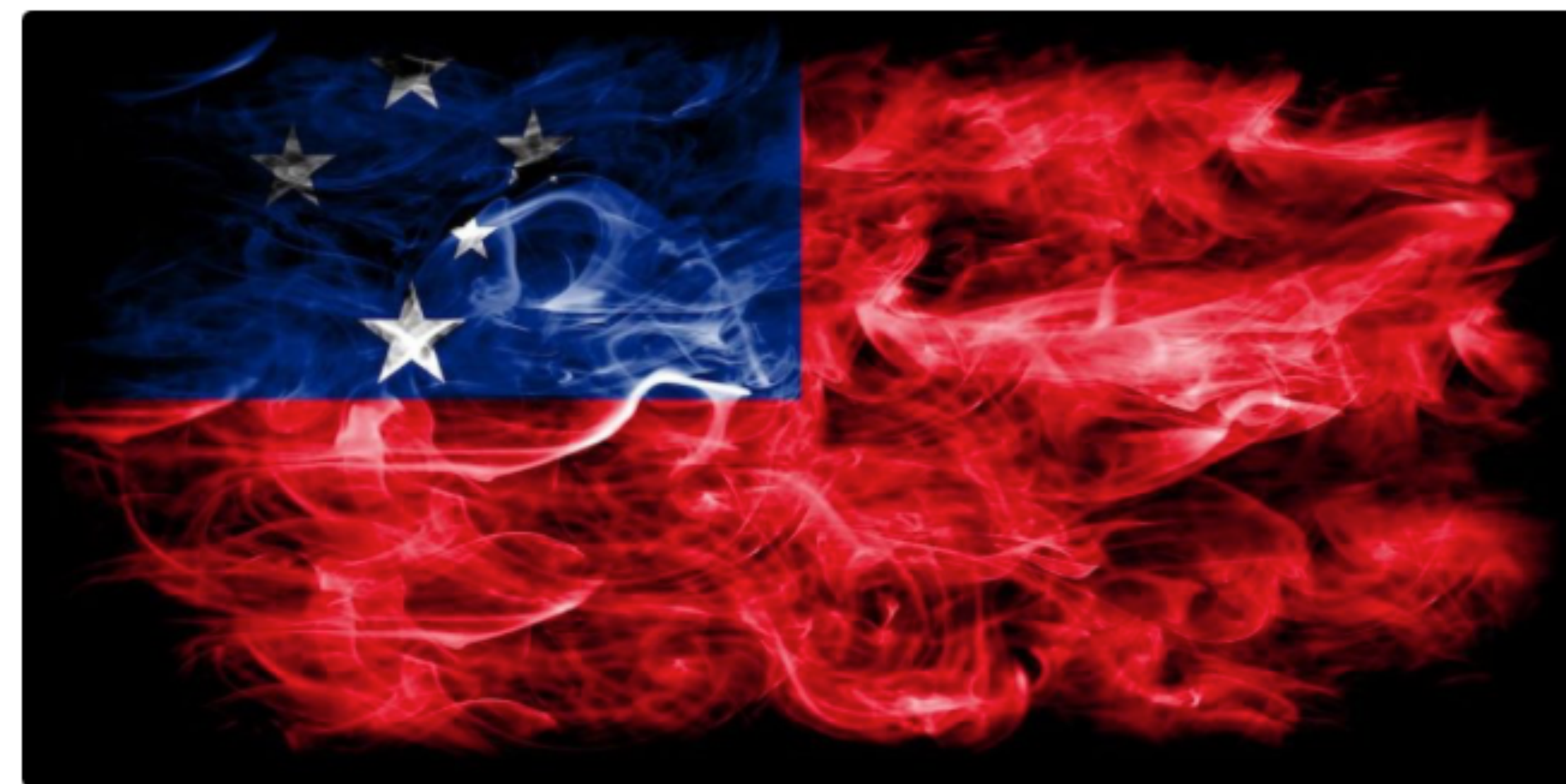
2018 : 53218 cas



Janvier 2020 : article sur l'épidémie de rougeole à Samoa en octobre-novembre 2019

Flambée de rougeole aux Samoa, prévenez l'OMS et l'UNICEF

par Hélène Banoun | 05/01/2020



Un surnombre conséquent de rougeole a été brusquement diagnostiqué aux Îles Samoa, remarquable par son ampleur et sa sévérité. Cet article tente d'en expliquer l'ampleur et la sévérité par comparaison avec d'autres accès soudains enregistrés dans la région pacifique

Incohérences dans les chiffres officiels publiés du nombre de cas en fonction du temps. Les courbes tracées avec les chiffres officiels collectés jour par jour sont présentées : elles posent de nouvelles questions

Traduction d'un article peer-review: « Measles and Antibody-Dependent Enhancement (ADE): History and Mechanisms »

[https://www.xiahepublishing.com/
2472-0712/ERHM-2022-00018](https://www.xiahepublishing.com/2472-0712/ERHM-2022-00018)

Rougeole et facilitation par les anticorps

par Hélène Banoun | 06/02/2022



Le phénomène des anticorps facilitateurs est une réponse « inadéquate » à une infection due à une infection (ou vaccination) antérieure par un virus apparenté.

La première description de ce phénomène concerne sans doute la grippe mais il a été très bien documenté ensuite pour la dengue : les patients déjà exposés sont susceptibles de développer une infection plus sévère lors d'une exposition à un virus d'un autre type que le premier. Les anticorps acquis par la vaccination anti-dengue semblent également responsables d'une augmentation du risque de forme grave de dengue lors de l'exposition d'une personne naïve.

L'aggravation de la maladie par la vaccination anti-rougeoleuse a été montrée et admise pour les premiers vaccins à virus inactivés. Les récentes campagnes de vaccination en pleine épidémie et l'histoire comparée des épidémies de rougeole avant et pendant l'ère vaccinale peuvent alerter sur un éventuel phénomène de facilitation par le vaccin actuel à virus vivant atténué.

Le rôle des anticorps maternels est également à prendre en compte chez les nourrissons.

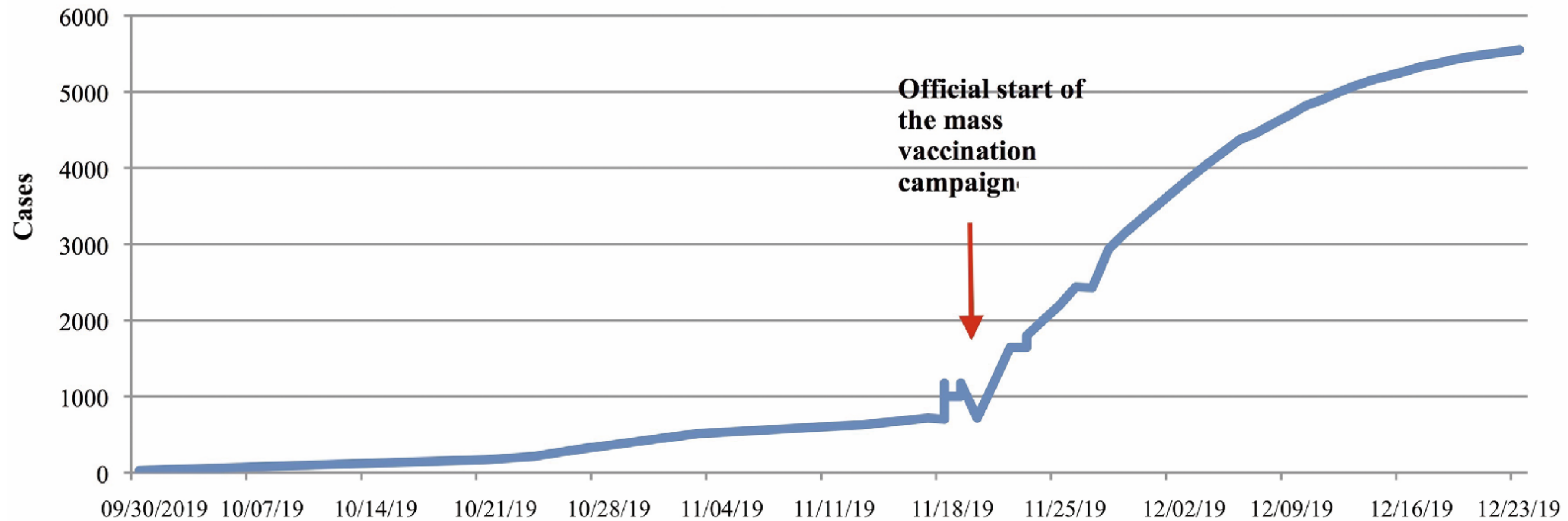


Figure de l'article « Rougeole et facilitation par les anticorps (2022)»

Coïncidence entre le début de la campagne massive de vaccination et l'inflexion de la courbe au 20 novembre 2019

L'OMS avait prévenu en 1949....

Organisation Mondiale de la Santé, Série de Rapports techniques N° 6

VACCINATION CONTRE LES MALADIES CONTAGIEUSES COURANTES DE L'ENFANCE

Rapport d'un groupe d'experts-conseils convoqués par le Directeur général, Genève 25-28 mai 1949

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/38968/WHO_TRS_6_fre.pdf Page 12

"On ne connaît pas d'agent prophylactique efficace assurant l'immunisation contre la rougeole, et, si on mettait au point un tel agent, son emploi devrait être limité, à moins qu'il ne soit prouvé qu'il confère l'immunité pour toute la vie au prix de risques très restreints. Une méthode assurant l'immunité de quelques années seulement aurait pour effet de retarder l'apparition de la maladie (alors que c'est pendant la seconde enfance qu'elle présente le moins d'inconvénients et de dangers) jusqu'à l'âge adulte, où elle a un caractère plus sérieux. »

C'est malheureusement confirmé par une publication espagnole

Cas de rougeole en Espagne entre 2014 et 2020 après l'introduction de la vaccination (1981)

988 cas ont été rapportés; 13,2% des cas avaient entre 5 et 19 ans et 68,9% étaient plus âgés. **9,4% des cas avaient reçu une dose de vaccin ROR et 14,0% avaient reçu 2 doses ou plus. En tout 202 cas étaient vaccinés.** 31,2% des cas étaient des rougeoles atypiques et c'était le cas pour 49,6% des vaccinés 2 doses. 90% des cas vaccinés ont été hospitalisés contre 61,2% des non vaccinés (et 75,3% des vaccinés 1 dose).

López-Perea et al J. Measles in Vaccinated People: Epidemiology and Challenges in Surveillance and Diagnosis in the Post-Elimination Phase. Spain, 2014-2020. Viruses. 2021 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8537497/>

« On observe aujourd'hui que la **protection conférée par le vaccin antirougeoleux est plus variable et plus courte** que celle acquise lors d'une infection par la rougeole, puisque l'on estime que 5 % des enfants perdent leurs titres d'anticorps protecteurs 10 à 15 ans après la vaccination. **À mesure que la couverture vaccinale augmente dans la population générale, on s'attend à une augmentation proportionnelle de la fréquence des cas de rougeole chez les personnes vaccinées, tant que le MV circule.** Par exemple, entre 2000 et 2015, la Californie a enregistré 400 cas de rougeole confirmés en laboratoire, dont 20 % chez des personnes vaccinées. »

Fappani et al Breakthrough Infections: A Challenge towards Measles Elimination? Microorganisms. 2022

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9413104/>

Le virus de la souche vaccinale ne circule plus et la plupart des vaccinés manquent d'anticorps neutralisant les virus sauvages qui circulent

« Résistance d'isolats récents du virus de la rougeole de type sauvage à la neutralisation par les anticorps des personnes vaccinées présentant des anticorps »

« Le sérum de 75% des vaccinés était incapable de neutraliser le virus sauvage circulant de la rougeole »

Klinge et al. Resistance of recent measles virus wild-type isolates to antibody-mediated neutralization by vaccinees with antibody. J Med Virol. 2000. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10935994/>

Publication OMS :

« Mise à jour sur la circulation des génotypes actifs du virus rougeoleux et recommandations d'utilisation de l'analyse de séquence pour surveiller la transmission virale »

le virus sauvage A ne circule plus (c'est la souche vaccinale)

OMS, WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD, NO 39, 30 SEPTEMBER 2022 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/363332/WER9739-485-492-eng-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y> :

L'ECDC et le Quotidien du Médecin mettent en garde (2025) contre une épidémie de rougeole en Europe et recommandent de respecter la couverture vaccinale minimum de 95% pour éviter ce épidémies

<https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/measles-rise-again-europe-time-check-your-vaccination-status> <https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/infectiologie/la-rougeole-atteint-des-niveaux-jamais-vus-en-europe-depuis-25-ans>

Cependant il existe historiquement de nombreuses épidémies de rougeole dans des zones où la couverture vaccinale était supérieure à 95% (ce seuil théorique a été fixé par modélisation mathématique et n'a jamais été validé)

USA <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32160662/>

Mongolie <https://www.mdpi.com/2076-393X/12/7/821>

: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6511-0>

Mongolie et Cambodge <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39066458/>

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6511-0>

Chine <https://journals.plos.org/ploscompbiol/article?id=10.1371/journal.pcbi.1006806>

Portugal <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6152152/>

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/infectiologie/la-rougeole-atteint-des-niveaux-jamais-vus-en-europe-depuis-25-ans>

Vietnam : <https://cand.com.vn/y-te/bo-y-te-chuan-bi-chien-dich-tiem-vaccine-soi-dot-3-i765795/>

Israël : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18445412>

La maladie immunise à vie

Le vaccin est moins protecteur et le virus vaccinal peut être excrété

*Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France, 2005-2010,
Ministère de la Santé et des Solidarités, juin 2005*

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_elimination_rougeole.pdf

Une infection unique procure une immunité à vie contre toutes les souches du virus de la rougeole

La maladie rougeole procure des taux d'anticorps autour de 6 UI/ml

Le vaccin donne un taux maximal de 3 UI/ml

Les réponses T sont observées dans 77% des cas après rougeole contre 70% après vaccination, leur intensité pouvant être 1.5 fois plus faible.

Les bébés de mères ayant fait la maladie rougeole sont mieux protégés que ceux nés de mère vaccinée

Plusieurs études montrent que les enfants de moins d'un an ont des taux d'anticorps plus bas s'ils sont nés de mères vaccinées que de mères immunisées par l'infection naturelle

34% des vaccinés **excrètent le virus** jusqu'à 29 jours (quantité < rougeole maladie)

Washam 2024

Composition du ROR

Notice US Merck ROR II

Le vaccin ROR II est une préparation stérile lyophilisée composée :

- 1) d'un vaccin à virus vivant contre la rougeole, une souche atténuée du virus de la rougeole, dérivée de la souche Edmonston atténuée d'Enders et multipliée dans une **culture cellulaire d'embryons de poulet** ;
- 2) un vaccin à virus vivant contre les oreillons, la souche Jeryl Lynn™ (niveau B) du virus des oreillons, multipliée dans une **culture de cellules d'embryons de poulet** ; et
- 3) un vaccin à virus vivant contre la rubéole, la souche Wistar RA 27/3 du virus vivant atténué de la rubéole, multipliée dans des **fibroblastes pulmonaires diploïdes humains WI-38**.

Les cellules, les pools viraux, l'albumine sérique humaine recombinante et le sérum foetal bovin utilisés dans la fabrication sont testés et jugés exempts d'agents adventices.

Le M-M-R II est une suspension injectable destinée à une administration intramusculaire ou sous-cutanée. Après reconstitution, chaque dose d'environ 0,5 ml contient au moins 3,0 log₁₀ TCID₅₀ (doses infectieuses en culture tissulaire) de virus de la rougeole ; 4,1 log₁₀ TCID₅₀ de virus des oreillons ; et 3,0 log₁₀ TCID₅₀ de virus de la rubéole.

Chaque dose est formulée pour contenir du sorbitol (14,5 mg), du saccharose (1,9 mg), de la **gélatine** hydrolysée (14,5 mg), de l'**albumine humaine recombinante** ($\leq 0,3$ mg), du **sérum foetal bovin** (< 1 ppm), environ 25 mcg de **néomycine** et d'autres composants tampons et du milieu de culture. Le produit ne contient aucun conservateur.

Notice US du ROR Merck

https://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/m/mmr_ii/mmr_ii_pi.pdf

- **Effets indésirables** (essais cliniques et post-commercialisation): rougeole post-vaccinale (3% des vaccinés), rougeole atypique (réaction cutanée inversée, atteinte poumons, œdèmes, forte fièvre, absence taches Koplick dans la bouche)
- **Effets graves** chez 0,3 à 1 % des vaccinés (examinés sur 42 jours seulement)
- Système nerveux : encéphalite, encéphalopathie, encéphalite à corps d'inclusion de la rougeole (MIBE) ; panencéphalite sclérosante subaiguë (SSPE) ; syndrome de Guillain-Barré (SGB) ; encéphalomyélite aiguë disséminée (EAD) ; myélite transverse ; convulsions fébriles ; convulsions ou crises épileptiques afebriles ; ataxie ; polynévrite ; polyneuropathie ; paralysies oculaires ; paresthésie ; syncope
- N'a pas été évalué pour son potentiel carcinogénique

Encéphalite post-vaccinale

L'auteur de cet article n'a pas été inquiété contrairement à Andrew Wakefield

- « *Le vaccin ROR, bien qu'efficace pour réduire la rougeole sauvage, pourrait causer des syndromes comme la MINE (encéphalite post-vaccinale) chez une minorité vulnérable, un risque sous-estimé par les autorités qui **privilégient les bénéfices populationnels sur les cas individuels***
- *L'absence d'études systématiques sur la **persistance du virus vaccinal dans le système nerveux ou digestif** reflète une lacune dans la recherche, peut-être **influencée par des agendas pro-vaccinaux.*** »

MINE : (Measles Induced Neuroautistic Encephalopathy)

Référence : *Pan-encéphalite sclérosante subaiguë Encéphalopathie neuro-autistique induite par la rougeole (Journal of Pediatric Neurology, vol. 2, No. 3, juillet-sept. 2004, pp. 121-124 <http://www.bioline.org.br/request?pn04025>) <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0035-1557206> Paul Dyken*

Le scandale du surdosage du vaccin ROR de Merck.

MMR Whistleblower <https://fullmeasure.news/newest-videos/mmr-whistleblower-08-29-2025>

Pourquoi voudrait-on que les vaches soient mieux traitées que les bébés?

Merck a falsifié des données sur le dosage des vaccins ROR. La FDA a demandé que Merck surdose son vaccin (en augmentant la quantité de virus vivants atténués dans les doses) afin que la quantité soit suffisante en fin de péremption - 2 ans).

Merck a fait exactement la même chose pour le Lumpyvax contre la DNC des vaches.

Mais au final **personne ne sait combien de virus contient un vaccin ROR pour les bébés**, ni un vaccin contre la DNC des vaches.

- « La **FDA a ordonné** à Merck d'ajouter d'emblée davantage de virus vivants dans le vaccin, ce qu'on appelle le **SURDOSAGE**, afin qu'il conserve son efficacité pendant toute sa durée de conservation de deux ans. » « Mais que se passerait-il si quelqu'un recevait ce vaccin une semaine après sa mise en vente, avant qu'il ne se dégrade ? » « Eh bien, dans ce cas, on recevrait une dose très élevée de virus vaccinal. » « Merck a **commencé à faire cela au début des années 2000, et nous a dit qu'elle continuait à le faire aujourd'hui.** » (2025)
- Tout cela est vérifié : Vérification Grok <https://x.com/i/grok/share/60510cd8f92348dab08310d64b38f891> Le CDC et la FDA sont au courant

La rougeole en France en 2025-2026

Rougeole en France du 1er janvier au 31 juillet 2026 et Situation au 31 juillet 2026 : Santé Publique France

Historique de la surveillance de la rougeole en France

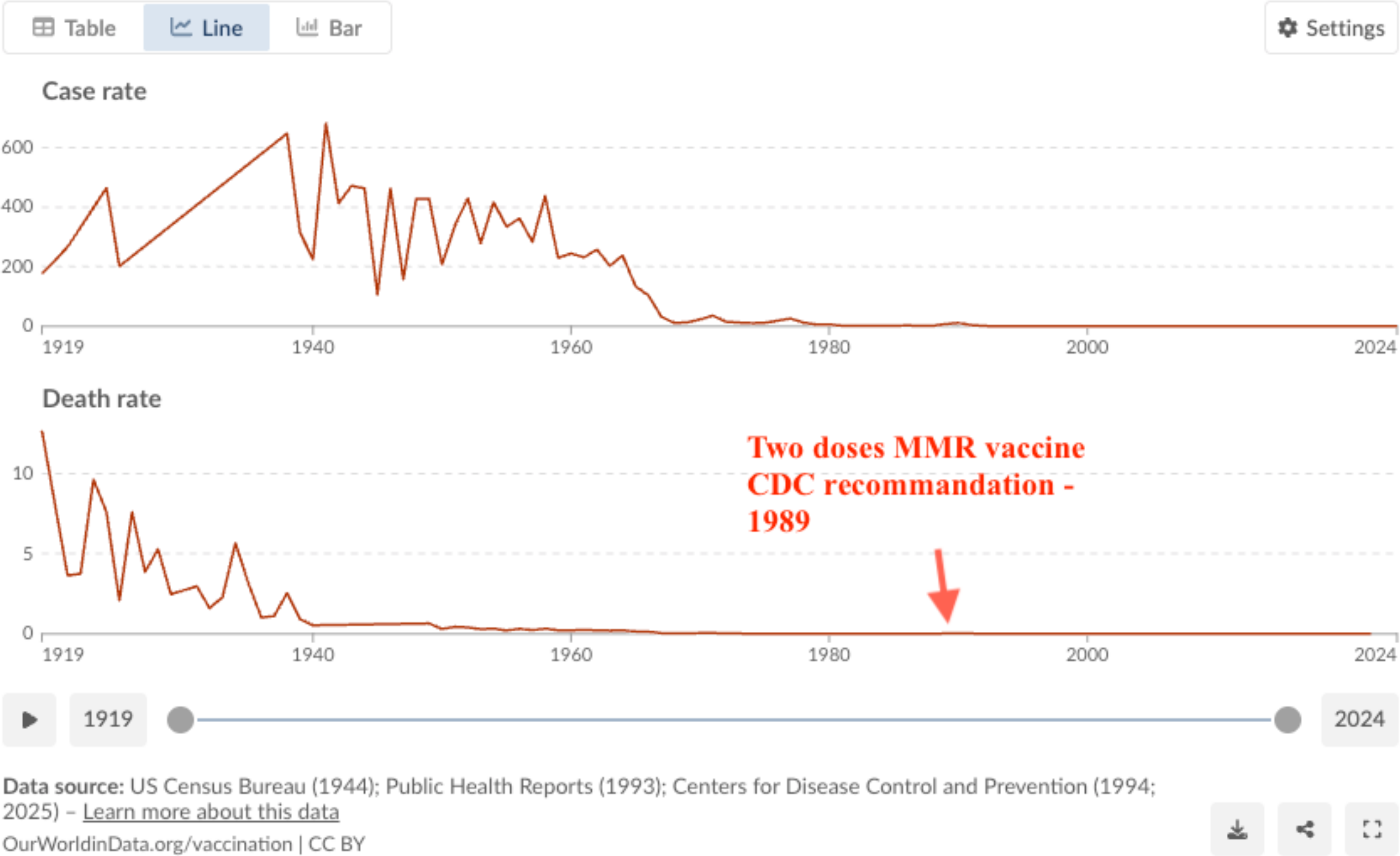
Nicole GUERIN <https://de.cdn-website.com/2101d5788e33477cb2ce2b47523ba097/files/uploaded/RougeoleHistoriqueFSurveillanceenFrance.doc> 1998

- Il n'est pas mentionné de cas chez les > 45 ans (la précision s'arrête à ≥ 40 ans) : vaccination a commencé en 1983
- Âge médian 20,5 ans; 36% hospitalisés, 47% vaccinés 2 doses (chez sujets dont le statut est connu!)
- En **2025** (bulletin 15/01/2026) : **873 cas - 4 décès** chez immunodéprimés (vaccinés?), 31% vaccinés 2 doses (si statut connu) : **létalité 4,6%**
- **Avant le vaccin -1983- : 750 000 rougeoles par an et 10 décès** (depuis 1988) « *l'augmentation de l'âge moyen des cas, conséquence attendue de l'augmentation de la couverture vaccinale chez les jeunes enfants, conduisant à un nombre accru des complications chez l'adolescent et l'adulte, situation que les systèmes actuels de surveillance sont peu aptes à évaluer* » : **létalité 0,001%**

Rate of measles cases and deaths in the United States, 1919 to 2024

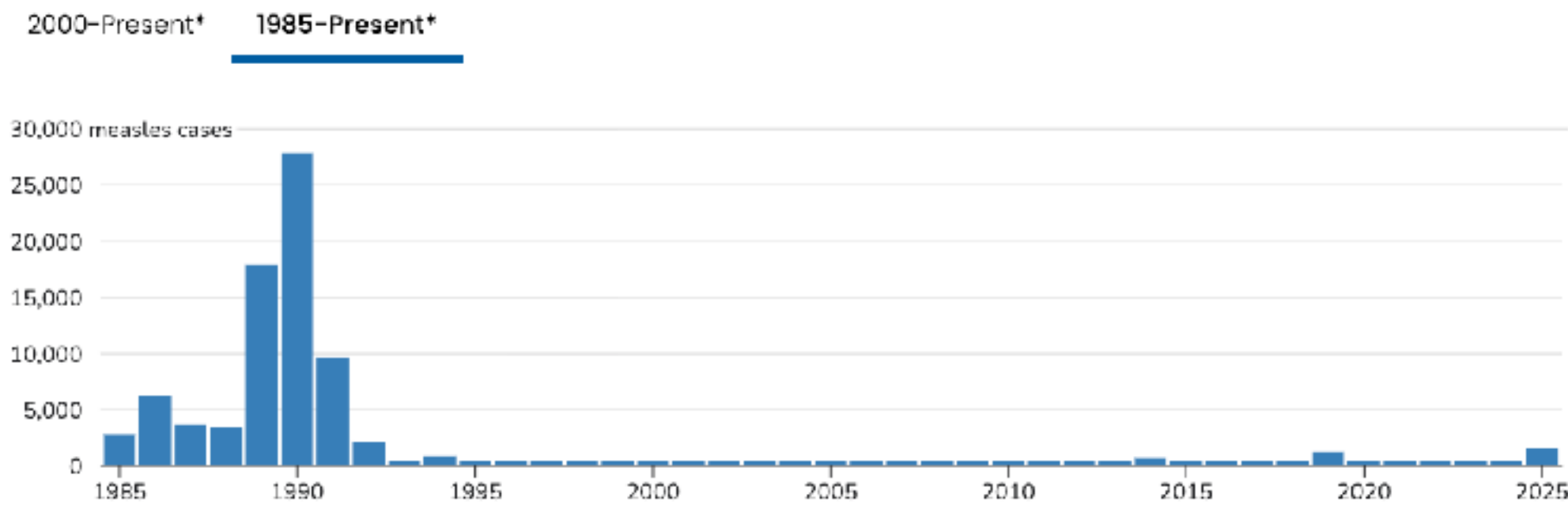
The reported annual rate of new cases and deaths from measles, per 100,000 people in the population.

Our World
in Data



Yearly measles cases

as of October 21, 2025



Data Table +

U.S. Cases

	2026 To date	2025 Full year
Total Cases	2,371	2,289
Age		
Under 5 years	469 (20%)	584 (26%)
5-19 years	1,161 (49%)	1,017 (44%)
20+ years	734 (31%)	675 (29%)
Age unknown	7 (less than 1%)	13 (1%)
Vaccination Status		
Unvaccinated or Unknown	93%	93%
One MMR dose	3%	3%
Two MMR doses	4%	4%

Rougeole USA : disparition décès avant vaccin; 93% des cas 2025-2026 sont de « statut vaccinal inconnu » et > 80% ont >5 ans (comment accuser RF Kennedy d'avoir dénigré le vaccin?)

Robert F. Kennedy, Jr est arrivé au Ministère de la Santé en février 2025 : comment l'accuser de l'épidémie de 2025?

Les personnes vaccinées avant 2025 auraient-elles été dévaccinées par RF Kennedy?

Comparaison USA-Canada ;

Canada : épidémie de rougeole en 2025

5 462 cas, 2 décès chez des prématurés ayant contracté la maladie avant de naître.

Il y avait 4815 non vaccinés, 127 vaccinés 1 dose et 242 vaccinés 2 doses, 278 de statut inconnu. Sérotype dominant = D8 (sauvage, non vaccinal). Il y a eu 403 hospitalisés dont le statut vaccinal n'est pas mentionné (rappel il y avait 369 vaccinés parmi les cas, sans compter les statuts inconnus – 278 cas).

Question : les hospitalisés étaient-ils vaccinés ou non ? Pourquoi ne pas le préciser ? Le résultat serait-il gênant ?

<https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/archive/2025/>

USA 2025 : **2 289** cas, statut vaccinal inconnu dans 93% des cas, 1 dose 3% et 2 doses 4%, 243 hospitalisés ; 3 décès

<https://www.cdc.gov/measles/data-research/index.html>

Comment le biopouvoir entretient la peur pour pousser aux vaccinations

Le 25 août 2026, le gouverneur de l'Etat de Pennsylvanie aux USA prétend que deux décès de personnes non vaccinées sont associés à la rougeole

<https://www.pa.gov/agencies/health/newsroom/pennsylvania-department-of-health-confirms-two-measles-associate>



On apprend le 27 août par le médecin légiste du comté, que l'un des deux décès concerne **un nouveau-né mort des suites d'une lacération de la rate** et l'autre personne dont le "test" rougeole était positif (sans plus de précisions). (le 2è décès intervenu chez bébé porteur maladie congénitale - décès attendu en qq mois)

On a recensé environ 5,5 milliards de dollars d'**investissements publics et privés dans des entreprises pharmaceutiques** et des sociétés du secteur des sciences de la vie soutenues par l'État de Pennsylvanie sous la direction du gouverneur Shapiro, dont environ 300 millions de dollars provenant d'aides directes de l'État de Pennsylvanie (parmi lesquels des subventions à **GSK et Sanofi**). La **Pennsylvanie produit plus de la moitié de tous les vaccins administrés aux États-Unis**

<https://childrenshealthdefense.org/defender/coroner-contradicts-pennsylvania-health-officials-measles-did->

Vaccins pour adolescents

Campagnes agressives de vaccination Gardasil et Méningocoque pour les filles et garçons de 12 ans dans les collèges

Pas d'annonce officielle pour 2026-2027 (vérifié 7 septembre 2026)



Services

Vie citoyenne

Que faire à Paris ?

 Rechercher

 Affichage



ACTUALITÉ

Papillomavirus humain (HPV) et méningite : campagne de vaccination dans les collèges

 Mise à jour le 15/10/2025

Gardasil et Meningo : 2 vaccins très réactogènes injectés en même temps

Meningo : Phase 3 Nimenrix versus vaccin méningo antérieur : bébés 6 à 12 semaines; évènements indésirables graves constatés chez 10% des participants

<https://www.clinicaltrialsregister.eu/ctr-search/trial/2009-016841-24/results>

Phase III du Nimenrix non infériorité par rapport aux précédents vaccins meningocoques en terme d'immunogénicité

Développé par GSK et racheté par Pfizer en 2015

- **Gardasil** : 0,1% stoppent essai clinique à cause EI; EI selon RCP : céphalées et nausées très fréquentes
- Aucune étude randomisée en double-aveugle sur la protection contre le cancer du col de l'utérus (le Gardasil a été introduit en 2006, donc recul de 19 ans seulement sur des ados injectées à partir de 9-26 ans) ; l'âge moyen d'apparition est 53 ans
- Dans les pays nordiques, aux USA , en Écosse et au Royaume Uni on observe **une augmentation récente de l'incidence du cancer invasif du col de l'utérus dans les cohortes de femmes vaccinées** <https://www.mdpi.com/1999-4915/16/8/1245#B30-viruses-16-01245>
- Risque décès par arrêt cardiaque (après 3^e dose) : <https://www.oatext.com/cardiac-arrest-following-hpv-vaccination.php>
- Risque maladie auto-immune et Guillain-Barré

Bronchiolite du nouveau-né

Beyfortus : anticorps monoclonal

Vaccin chez la femme enceinte : Abrysvo

Vaccin VRS (bronchiolite)

La poule aux œufs d'or de Big Pharma

Reprise de la campagne Beyfortus (Sanofi-Astra-Zeneca) dès le 14 septembre 2026 pour tous les nouveau-nés (ou Enflonsia de Merck)

Efficace contre infections à VRS mais augmente le risque d'IRA toutes causes

Ne diminue pas la charge hospitalière (sauf chez 0-1 mois)

Rares cas ADE (aggravation de l'infection - 5 décès en France 2024-2025, 4 décès 2026)

Apparition de mutants RÉSISTANTS au BEYFORTUS

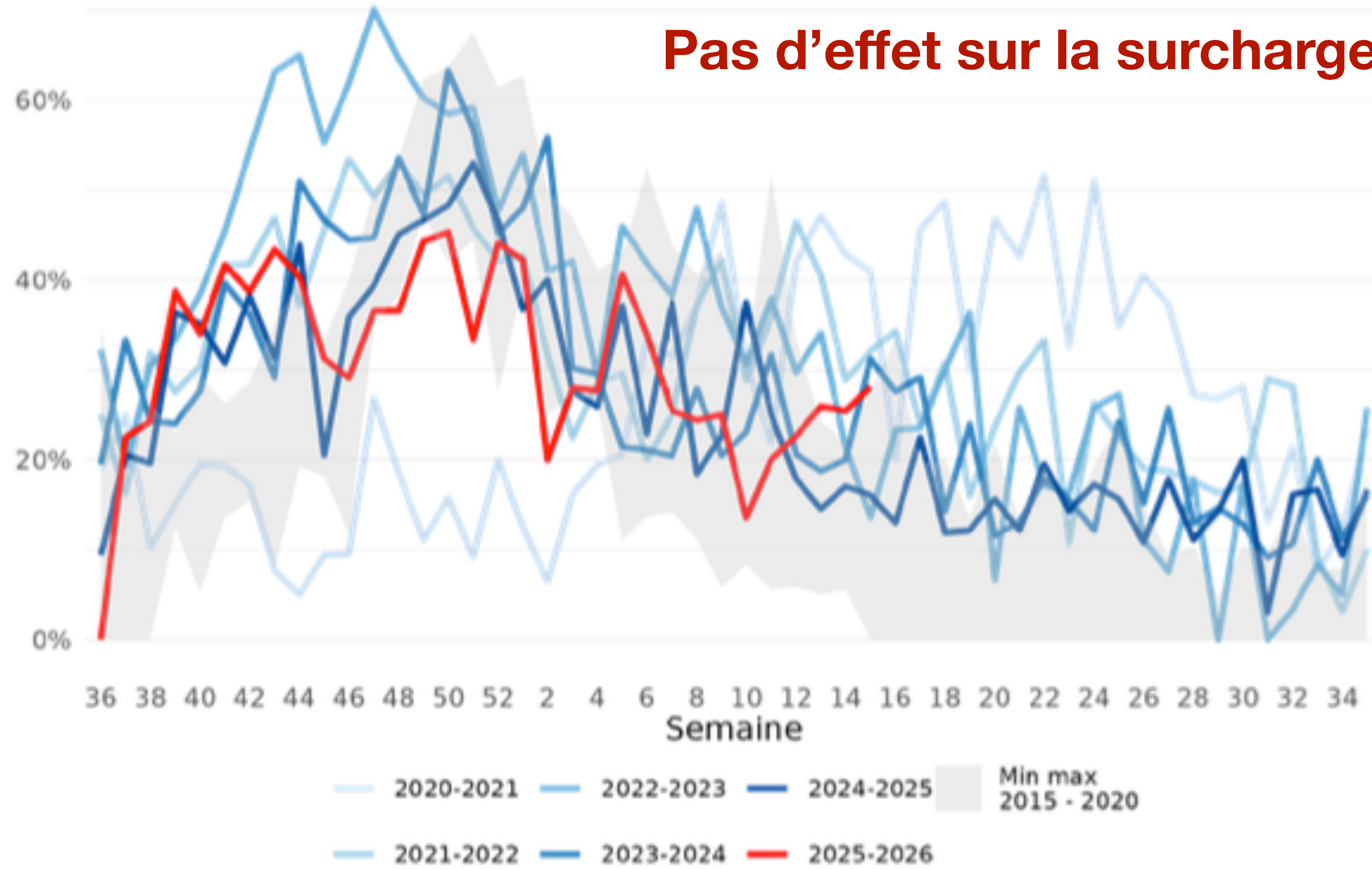
Analysis of Beyfortus® (Nirsevimab) Immunization Campaign: Effectiveness, Biases, and ADE Risks in RSV Prevention, Hélène Banoun

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39329969/>



Part de la bronchiolite parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences chez les enfants de moins de 1 an

Pas d'effet sur la surcharge de l'hôpital



Source : réseau OSCOUR®

Analyse des essais cliniques, de la campagne d'immunisation aux USA, France, Espagne, Luxembourg en 2023-2024

Efficacité, biais dans les publications, risque d'ADE (mécanismes biologiques)

Résumé de mon article :

- Beyfortus (nirsevimab) a été promu pour réduire charge hospitalière en soins intensifs des enfants de moins de 2 ans
- Résultats essais et post-commercialisation : efficace pour réduire infections à VRS
- Rares cas de **facilitation/aggravation** de la bronchiolite (ou autre infection respiratoire) par le Beyfortus dans les essais cliniques et les études observationnelles post-commercialisation
- Rares **décès** de bébés fragiles dans les essais suite au Beyfortus
- ADE (connu avec vaccin VRS inactivé) pourrait expliquer ces résultats : risque mal évalué
- Est-il justifié scientifiquement et économiquement de traiter TOUS les nouveau-nés?

Analysis of Beyfortus® (Nirsevimab) Immunization Campaign: Effectiveness, Biases, and ADE Risks in RSV Prevention

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39329969/>

Rapport ANSM Beyfortus 30 septembre 2024

<https://ansm.sante.fr/actualites/prevention-de-la-bronchiolite-du-nourrisson-les-premieres-donnees-de-pharmacovigilance-confirment-le-profil-de-securite-du-nirsevimab-beyfortus>

- Confirme mon analyse
- 153 cas graves déclarés en France dont la majorité concerne bronchiolites chez bébés sans facteur de risque
- 3 morts subites (dont 1 nourrisson 7 mois vacciné à 2,3 et 4 mois)
- El graves : trouble respiratoire hors infection, hypotonie grave, AVC, réactions immunoallergiques
- À surveiller : résistance au virus, risque pétéchies
- ANSM suppose sous-déclaration des cas (en particulier juste après injection)
- Données internationales : 10 décès (dont 1 infection VRS et 1 mort subite), 14 pronostics vitaux engagés

Dernier avis HAS Beyfortus (juillet 2026)

Les conclusions de la HAS n'ont pas changé :

ASMR IV, amélioration du service médical rendu mineure,
pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V) dans la prévention des infections des voies respiratoires inférieures graves, dues au VRS, nécessitant une hospitalisation chez les nouveau-nés et les nourrissons à risque élevé d'infection à VRS

- Maladie bénigne sauf comorbidité (cardiopathie)
- Efficacité 3,8% à 6,9% de RRA infection VRS et entre 0,13 à 0,3% de RRA hospitalisation due VRS (Jabagi 2026) - RRA = réduction du risque absolu
- Etude Royaume-Uni (HARMONIE) : 0,1% (0,7% contre 0,8%) de RRA infection VRS et 0,3% (1,7% contre 1,4%) **augmentation du risque infection respiratoire toute cause**
- Pas de protection en 2^e saison
- Apparition de résistance et anticorps anti-médicaments (faible risque)

Dernier avis HAS sur le Beyfortus

Sécurité : effets indésirables

- Les principaux effets indésirables sont : infections des voies respiratoires supérieures, rhinopharyngites, pyrexies ou gastroentérites, et éruptions cutanées.
- Dans l'étude HARMONIE, les EIG ont été rapportés plus fréquemment dans le groupe nirsévimab que dans le groupe sans intervention; un seul cas d'EIG a été considéré comme lié au traitement selon l'investigateur (syndrome de West chez un nourrisson de 5 mois, survenu 23 jours après l'administration).
- Dans l'étude MUSIC, un EI est considéré comme lié au traitement (éryhtème).
Au total, **3 décès ont été rapportés au cours de l'étude** : 1 cas d'infection des voies respiratoires inférieures, 1 cas de choc septique et 1 cas d'hémorragie tumorale. Aucun décès n'a été considéré comme lié au traitement à l'étude selon l'investigateur.
- Dans l'étude MEDLEY, les EI de grade 3 ou plus (sévères) ont été rapportés plus fréquemment dans les groupes traités au nirsevimab.
- La HAS ne mentionne pas les **4 décès de nourrissons admis en réanimation en France pour bronchiolite** au 14 avril 2026 (il n'est pas précisé si le VRS était en cause ni s'ils avaient reçu le Beyfortus).

4 décès bronchiolite non documentés en saison 25-26

https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/2026-04/bullnat_ira_20260415_VF_0.pdf

Bulletin infections respiratoires aiguës

Bilan de la saison 2025-2026 au 14 avril 2026

Chez les moins de 2 ans, il y a eu 507 cas graves de bronchiolite dont 321 cas pour lesquels le VRS a été identifié. 66% avaient moins de 6 mois et 28% avaient au moins une comorbidité identifiée ou étaient nés prématurés. **33% des nourrissons admis en réanimation avaient reçu le Beyfortus ou le Synagis** (2 nourrissons). Parmi les 348 cas dont le statut vaccinal de la mère était renseigné, 77% d'entre elles n'étaient pas vaccinées.

Il y a eu 4 décès de nourrissons (il n'est pas précisé si le VRS était en cause ni s'ils avaient reçu le Beyfortus).

Caractéristiques des
nourrissons admis en
service de
réanimation pour une
bronchiolite en
France
au cours de la saison
2025-2026, données
du 14 avril 2026

Santé publique France /
Bulletin Infections
respiratoires aiguës /
Semaine 15 /
Édition nationale /
Publication : 15 avril
2026 / p. 16

SARS-CoV-2	5	1%
Parainfluenzae virus	18	4%
Grippe	20	4%
Adénovirus	17	3%
Coronavirus saisonnier	10	2%
Bocavirus	6	1%
Autre pathogène	3	1%
Non identifié/Non recherché	30	6%
Présence de comorbidité(s) et/ou prématurité**	143	28%
Prématurité	81	16%
Pathologie cardiaque	35	7%
Pathologie pulmonaire	36	7%
Pathologie rénale	2	0%
Pathologie neuromusculaire	5	1%
Pathologie métabolique	1	0%
Immunodépression	1	0%
Autre(s) comorbidité(s)	28	6%
Traitement préventif pour le VRS	167	33%
Nirsevimab (Beyfortus®)	161	32%
Palivizumab (Synagis®)	2	0%
Non renseigné	4	1%
Vaccination de la mère contre le VRS		
Aucun	267	77%
Oui	81	23%
Non renseigné	159	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive		
Ventilation non invasive	263	53%
Oxygénothérapie à haut-débit	211	43%
Ventilation invasive	21	4%
Assistance extracorporelle	1	0%
Non renseigné	11	
Décès	4	1%

Prescrire 2025 » confirme mes alertes à propos du Beyfortus et de l'Abrysvo (prophylaxie contre la bronchiolite à VRS du nourrisson)

<https://www.prescrire.org/sommaire-de-la-revue-prescrire/septembre-2025>

Septembre 2025



Septembre 2025

n° 503

Démarche pour éviter les interactions médicamenteuses - Finastéride local et alopécie androgénique - Effets indésirables du nirsévimab - Etc.

- **Beyfortus**
- Quelques cas de **mort subite** sont recensés dans le rapport ANSM, cas **d'hypotonie graves** survenus dans les heures suivant l'injection qui ont conduit à des hospitalisations en réanimation. Un **AVC** sans facteur de risque avec évolution inconnue, des cas d'**hypersensibilité grave** sont également répertoriés.
- Un effet indésirable considéré comme grave a été rapporté chez environ **9 % des nouveau-nés**
- **Abrysvo** administré aux femmes enceintes : **les principaux effets indésirables de ce vaccin sont les naissances prématurées, l'hypertension gestationnelle (pré-éclampsie) et le syndrome de Guillain-Barré (atteinte neurologique)**

Conclusion

Pourquoi injecter tous les nouveau-nés?

Campagnes massives d'immunisation sous autorisation accélérée ne sont pas justifiées ni scientifiquement ni économiquement

- Beyfortus réduit les infections à VRS mais pas la charge globale sur l'hôpital
- Ceci peut être attribué à la faible part des admissions dues au VRS dans les admissions hospitalières chez les enfants de moins de 5 ans.
- Essais cliniques et résultats post-marketing montrent possibilité d'ADE dans rares cas mais des biais pourraient sous-évaluer la fréquence de ces cas
- Cet ADE peut être spécifique des infections à VRS mais aussi provoquer une augmentation des hospitalisations pour autres infections respiratoires par perturbation globale du système immunitaire (effet pro-inflammatoire)

Sûr et efficace pour qui? les bébés? l'hôpital? la santé financière du fabricant?

Vaccin bronchiolite à VRS pour personnes âgées et femmes enceintes

Vaccins classiques (Arexvy et Abrysvo), vaccin ARNm mRESVIA-Moderna
Femmes enceintes : uniquement Abrysvo-Pfizer

La bronchiolite est une maladie bénigne en général et se manifeste par un rhume chez les plus de 60 ans

L'efficacité du **vaccin ARNm** contre le risque d'hospitalisation n'a pas pu être démontrée chez les plus de 60 ans

Avec le vaccin classique (Pfizer Abrysvo ou GSK Arexvy), il y a un surrisque de Guillain-Barré (une affection neurologique grave)

Femmes enceintes : risque avéré de prématurité (injection entre 32-36 semaines de grossesse, non recommandé en Allemagne à cause de ce risque), risque hypertension et Guillain-Barré

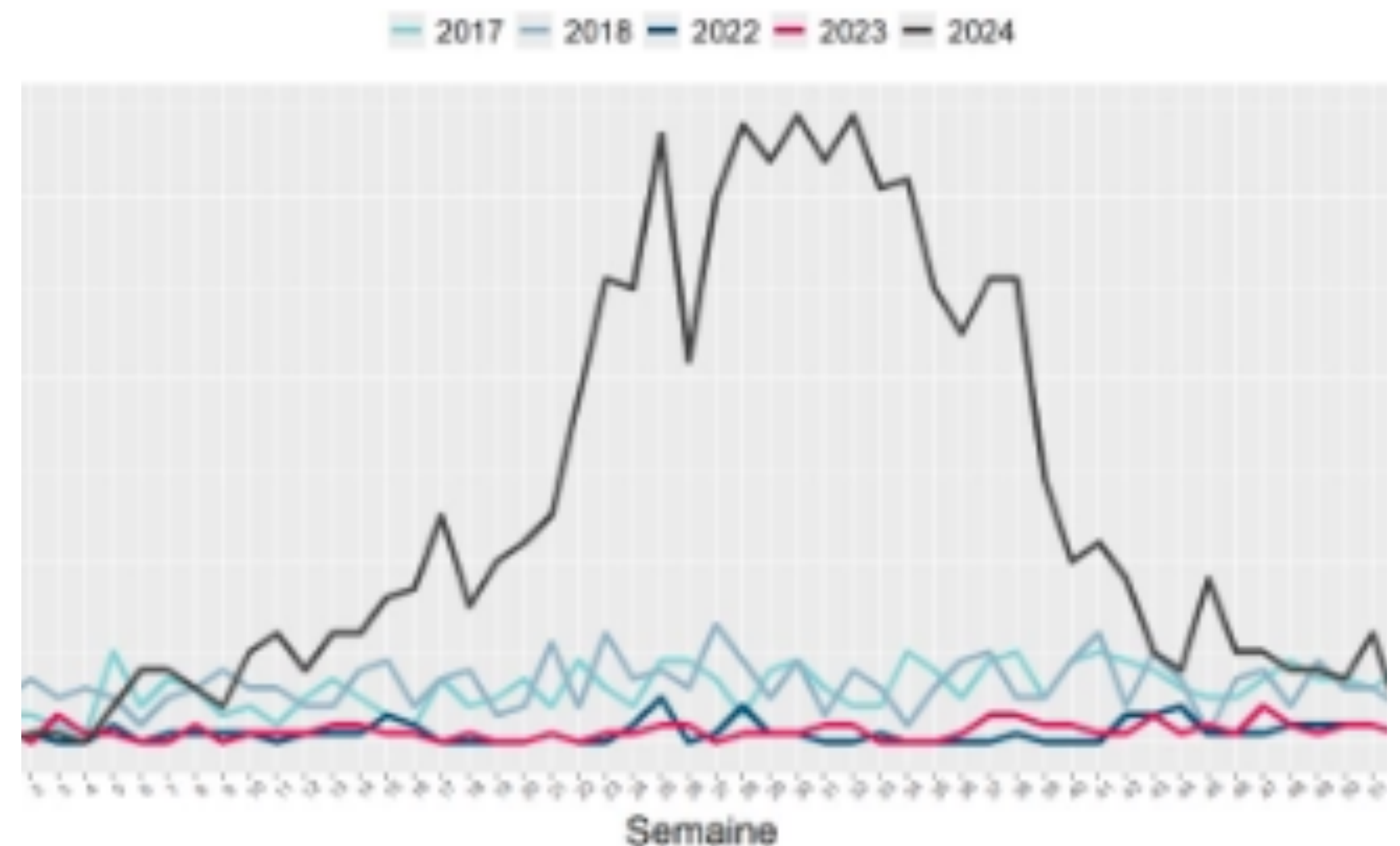
Vaccin coqueluche chez la femme enceinte et les enfants

Epidémiologie récente coqueluche France

<https://www.santepubliquefrance.fr/coqueluche/bulletin-national/coqueluche-en-france-bilan-2024>

La coqueluche évolue par cycles épidémiques tous les 3 à 5 ans et le précédent cycle observé en France date de 2017-2018. (sans lien avec couverture vaccinale)

2024 : forte épidémie, 500 nourrissons < 12mois hospitalisés (la plupart vaccinés malgré indigence des stats - statut inconnu!), 5 décès (0 à 3 mois-non vax)



Nombre hebdomadaire d'hospitalisations après passage aux urgences, pour coqueluche, tous âges, des années 2017, 2018, 2022, 2023 et 2024 (semaine S01 à S52), données OSCOUR® France

Vaccin coqueluche

- Pas d'étude d'efficacité en double aveugle contre placebo chez la femme enceinte
- Effets indésirables graves chez 18% des enfants nés de mères vaccinées (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30010773/>), anomalies congénitales
- Résistance au vaccin
- Les enfants et les adultes vaccinés contre la coqueluche favorisent la circulation silencieuse de la bactérie et transmettent la coqueluche aux enfants non-vaccinés (selon CDC-US) https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/6/5/00-0512_article
- Facilitation des coqueluches à *B parapertussis* après vaccination anticoqueluche : le vaccin aide à éliminer *B pertussis* mais facilite l'infection à *B parapertussis* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20200027/>
- Péché antigénique originel : les enfants qui ont reçu le DTcoq seront plus sensibles à la coqueluche tout au long de leur vie <https://academic.oup.com/jpids/article-abstract/8/4/334/5359449?redirectedFrom=fulltext>

Vaccin coqueluche et ses limites

efficacité? sécurité?

- Méta-analyse : résurgences de coqueluche parmi des populations pourtant parfaitement vaccinées. <https://www.frontiersin.org/journals/immunology/articles/10.3389/fimmu.2019.01344/full>
- Conférence internationale de consensus de 2018 sur la résurgence de la coqueluche <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31333640/> : absence immunité muqueuse locale avec le vaccin « acellulaire » **favorise l'infection, la colonisation persistante et la transmission de l'agent pathogène**
- Le **cocooning** est contesté ici : vaccin n'empêche pas le portage. Pression de sélection fait émerger souches non ciblées <https://www.mesvaccins.net/web/news/4284-le-vaccin-contre-la-coqueluche-est-il-suffisamment-efficace>
- RCP Infanrix et Repevax : « ne doit pas être administré aux personnes ayant présenté une encéphalopathie d'origine inconnue dans les 7 jours suivant l'administration d'un vaccin contenant la valence coqueluche »

Vaccins grippe et Covid chez les femmes enceintes

La HAS note l'absence d'étude sur la co-administration des vaccins grippe et Covid et l'absence d'étude sur l'effet de cette vaccination de la mère sur les vaccinations du nouveau-né.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3505344/fr/recommandation-vaccinale-contre-les-infections-a-vrs-chez-les-femmes-enceintes

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3505344/fr/recommandation-vaccinale-contre-les-infections-a-vrs-chez-les-femmes-enceintes

La HAS note l'absence d'étude sur la co-administration des vaccins grippe et Covid et l'absence d'étude sur l'effet de cette vaccination de la mère sur les vaccinations du nouveau-né.

La COVID-19 est-elle si grave pendant la grossesse ?

Étude observationnelle sur 10 861 femmes enceintes vaccinées avec l'ARNm Pfizer, et 10 861 non vaccinées.

Dagan N, Barda N, Biron-Shental T, Makov-Assif M, Key C, Kohane IS, Hernán MA, Lipsitch M, Hernandez-Diaz S, Reis BY, Balicer RD. Effectiveness of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in pregnancy. Nat Med. 2021 Oct;27(10):1693-1695. doi: 10.1038/s41591-021-01490-8. Epub 2021 Sep 7. PMID: 34493859. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34493859/>

- Le risque d'attraper une COVID symptomatique est de 1 %
- Le risque d'être hospitalisée est de 0,1 %
- Aucun décès dans l'étude

Le vaccin empêche-t-il d'attraper la COVID?

RRA = 0,6% sur les infections symptomatiques

- Cette étude observationnelle conclut pourtant à une efficacité de 97% en RRR sur les infections symptomatiques COVID.
- Mais, le vaccin a une **efficacité négative** dans les jours suivant l'injection, il facilite l'infection (symptomatique ou non).

	Vax	Non vax
Total des infections	131	235
Infections >14j post-D1 & >7j post D2	34	178
Infections entre J0 et 14j ou 7j post dose	97	57
Incidence des 14 premiers jours (D1)	0.89	0.52

Rappel

**Selon l'Agence Européenne du Médicament
il n'existe aucune donnée sur les vaccins
Comirnaty bivalents (Pfizer-Covid) durant la
grossesse suite à l'essai clinique Pfizer de
2020...**

Essai **clinique randomisé en double aveugle** du laboratoire Pfizer sur les femmes enceintes

<https://clinicaltrials.gov/study/NCT04754594>

Aucune efficacité démontrée et effets indésirables graves chez les bébés, pas de quantification des naissances prématurées

- Le recrutement a débuté le 16 février 2021 et a été stoppé le 25 octobre 2021 alors même que le nombre de femmes enceintes à inclure initialement prévu de 4000 n'a pas du tout été atteint. Le nombre de participantes ne permet pas d'atteindre la significativité statistique. Sur les résultats déposés sur la plateforme européenne, seulement **391 femmes** ont été recrutées dans l'étude
- **Aucune efficacité n'est démontrée** puisqu'il y a 2 cas de Covid dans le groupe vacciné et 2 dans le groupe placebo (malgré cela Pfizer invente une efficacité de 3,8% pour ne pas dire zéro). De plus cette inefficacité sur la prévention de la Covid est démontrée seulement sur les Covid apparues >7j après le 2^e dose. Et seulement sur le 1^{er} mois après l'accouchement)
- **Les effets indésirables graves chez les bébés** sont recherchés seulement pendant 6 mois de vie et il y en a **5,1 (sic) dans le groupe des mères vaccinées et 1,3 dans le placebo** : la différence est significative (4 x plus)

L'étude COVACPREG, une étude de cohorte prospective

https://shupt.univ-lyon1.fr/files/2024/02/Rapport_Final_Covacpreg.pdf et <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0040595724000714>

- Questionnaire en ligne a inclus des femmes de plus de 18 ans enceintes déjà vaccinées contre la COVID-19 et dont l'issue de la grossesse n'était pas encore connue
- Il y a eu 4 cas d'évènements sévères à type de contractions utérines ayant nécessité un tocolytique, une prématurité, un avortement spontané, une métrorrhagie ; soit **7 évènements sévères sur 938**
- « En comparant au taux de malformation chez les femmes non vaccinées au 1er trimestre (3%), nous retrouvons un risque relatif de malformation chez les enfants/foetus des mères vaccinées à T1 non significativement augmenté (1,68 [0,72-3,95]). »
- Dans cette étude, l'ANSM mentionne bien qu'elle « ne permet pas de conclure sur le **risque de fausse couche spontanée** du fait d'un biais de sélection ». (<https://ansm.sante.fr/evenements/comite-reproduction-grossesse-et-allaitement-16>)

Grippe : selon le CDC, il n'y a pas d'essai clinique du vaccin sur les femmes enceintes, seulement des études observationnelles

<https://www.cdc.gov/flu/vaccine-safety/vaccine-pregnant.html>

Pourtant il existe des essais randomisés! voir article français : [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30034-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30034-5/fulltext)

- Efficacité de 42% pendant grossesse et 60% en post-partum (dure 6 mois)
- Inefficace si vaccinée avant 29 semaines?
- Protection des enfants de 56% jusqu'à 2 mois, de 39% entre 2-4 mois et de 19% entre 4 et 6 mois
- Inefficace contre la grippe B chez les enfants
- Effet sur le poids de naissance, la prématurité démontrés au Nepal et Bangladesh, pas confirmé dans les données « poolées »!
Conflit d'intérêt des auteurs avec Pfizer, GSK, Merck et Sanofi

Selon une méta-analyse de 2023, le niveau de preuves concernant la sécurité du vaccin grippe pendant la grossesse est très faible

<https://bmjopen.bmj.com/content/13/9/e066182>

- Spécialement il n'y a pas de preuve de l'innocuité du vaccin grippe pendant le premier trimestre de grossesse

Questions du collectif

Je pense y avoir répondu dans ma présentation

Quel est votre avis sur les **obligations vaccinales** pour les enfants ? Sont-elles justifiées d'après vous ?

La **recherche clinique** intègre-t-elle les spécificités pédiatriques (dosage, formulations adaptées) ?

Comment évaluez-vous la **rigueur des essais cliniques** pour les vaccins à ARN messenger, notamment en ce qui concerne l'utilisation (ou non) de groupes placebo ? Pensez-vous que les protocoles actuels sont suffisants pour garantir leur sécurité à long terme ?

Vous avez travaillé sur l'analyse des **campagnes de vaccination contre le VRS (virus respiratoire syncytial)**. Quels ont été les **résultats marquants** de votre étude sur la mortalité chez les nouveau-nés en France entre 2023 et 2024, et comment les interprétez-vous ?

Quelle est, selon vous, la plus grande leçon à tirer de la gestion de la COVID-19 pour les futures crises sanitaires ?

Vous êtes membre du **Conseil Scientifique Indépendant** et de l'**AIMSIB**. Quels sont les **manquements** que vous constatez dans les politiques sanitaires actuelles, et comment ces structures proposent-elles de les combler ?

Comment voyez-vous l'avenir de la vaccination en France dans 10 ans, compte tenu des avancées technologiques (ARNm, vaccins nasaux) et des défis sociétaux (défiance, désinformation) ?

Quels **exemples concrets** (études, données, cas cliniques) pourriez-vous partager pour illustrer vos propos sur les risques ou les bénéfices des vaccins ?

Un peu d'espoir!
Décret Trump du 10 août 2026

<https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2026/08/delivering-gold-standard-childhood-vaccine-recommendations-for-americans/>

ÉTABLIR DES RECOMMANDATIONS DE RÉFÉRENCE EN MATIÈRE DE VACCINATION INFANTILE POUR LES AMÉRICAINS

Décrets présidentiels, 10 août 2026, DÉCRET PRÉSIDENTIEL N° 14420

- Allègement calendrier vaccinal et alignement sur les pays européens : **vaccinations recommandées pour tous les enfants** : rougeole, oreillons, rubéole, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, Haemophilus influenzae de type B, infection à pneumocoques, papillomavirus humain et varicelle
- **Recommandés pour certains groupes seulement** : anticorps monoclonaux contre le virus respiratoire syncytial, hépatite A, hépatite B, méningocoque B, méningocoque ACWY et dengue ; hépatite A, hépatite B, rotavirus, méningococcie, grippe et COVID-19
- Vaccin combiné contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (**ROR**) doit être administré en **trois injections distinctes**, chacune ciblant une seule maladie, dès que ces produits seront disponibles sur le marché national
- mettre au point d'**autres adjuvants pouvant se substituer à l'aluminium** et mener des études comparatives sur leur sécurité et leur efficacité