

## Quelques vérités sur la campagne de vaccination contre la méningite

Afin d'enrayer l'accroissement des méningites à méningocoque de type C dans le Sud-Ouest, les autorités sanitaires ont recommandé une campagne de vaccination préventive du 21 octobre au 21 décembre 2002.

Cet acte de santé publique a priori incontestable doit reposer sur une juste appréciation du rapport bénéfice risque et répondre au « principe de sécurité qui s'accompagne du principe de responsabilité et se double du devoir d'information absolue. »

Selon une étude fournie par le laboratoire Aventis-Pasteur-MSD, la réponse immunitaire (titre d'anticorps bactéricides antiméningococciques C) induite par Meninvact s'est révélée plus élevée que celle induite par le vaccin Méningococcique A C, chez les enfants de 1-2 ans ( 78% contre 19%), les enfants de 3 à 5 ans (79% contre 28%), les adolescents de 11 à 17 ans (84% contre 68%) équivalente chez les adultes ( 90% contre 88 %) (Cf, Résumé des caractéristiques du Produit, transmis aux médecins)

De son côté, le professeur Abenhaim, Directeur général de la santé affirme « *que ce vaccin (Meninvact) assure une protection entre 93% et 97 %* » (Sud-Ouest, mardi 22 octobre 2002).

Or, la présence d'anticorps après vaccination n'est pas synonyme de protection, ainsi que l'ont démontré diverses publications scientifiques sur la vaccin ROR qui témoignent, malgré une couverture vaccinale importante de « la transformation paradoxale de la rougeole en maladies des vaccinés » (Cf Jama, 1995, déclaration du laboratoire SKB ; Briss PA, Fehrs LJ, Parker RA, Wright PF, Sannella EC, Hutcheson RH, et al. Sustained transmission of mumps in a highly vaccinated population: assessment of primary vaccine failure and waning vaccine-induced immunity. *J Infect Dis* 1994; 169: 77-82.)

La tuberculose ne survient-elle pas chez des personnes dont la cuti-réaction est positive ce qui témoigne, pourtant, de la présence d'anticorps anti-tuberculeux ?

Malgré les affirmations officielles, l'efficacité de ces campagnes de vaccination préventive est démentie par les faits :

En 1997, à la suite de plusieurs décès, le gouvernement espagnol lança une vaste campagne de vaccination contre les méningites de types A et C. Le président de la société espagnole des pédiatres, Manuel MOYA, s'opposa à cette campagne, « le vaccin étant peu efficace », de même que le président de l'ordre des médecins, Ignacio SANCHEZ, affirmait que « cette mesure était avant tout une décision politique sans base épidémiologique, pour éviter que se reproduisent les séances de panique du printemps dernier. »

A la suite de la vaccination (les vaccins Meninvact/Menjugate ou Meningitec utilisé également à Clermont-Ferrand) de 15 millions de britanniques durant l'hiver 1999-2000, le Conseil supérieur d'hygiène publique français, dans un avis du 8 mars 2002, non paru au Journal Officiel, et non transmis aux médecins et aux patients, signalait :

« (...) en Angleterre, depuis la mise en œuvre de la vaccination, alors que la mortalité liée au méningocoque du groupe C a fortement chuté, la mortalité globale par méningite à méningocoques (c'est-à-dire de groupe B + C) n'a pas baissé et le nombre d'infections méningococciques liées à des sérogroupes B a poursuivi sa progression. »

De plus, dans les informations transmises aux parents et aux médecins, nos autorités sanitaires n'ont respecté ni l'obligation de prudence de la directive communautaire du 25 juillet 1985 qui « dispose qu'un produit est défectueux lorsqu'il n'offre pas la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre », ni « le devoir d'information claire loyale et appropriée », rappelé avec force par plusieurs arrêts de la Cour de cassation et du Conseil d'Etat, information qui permet d'obtenir le consentement libre et éclairé indispensable avant tout traitement (article 1111-6 de la loi sur les droits des malades du 3 mars 2002).

Les autorités sanitaires ont, en effet masqué le réel danger des vaccins utilisés pour cette campagne, qui font appel à de l'hydroxyde d'aluminium, avéré toxique et responsable de myofasciites à macrophages jusqu'à dix ans après l'administration de tels vaccins, qui sont de plus élaborés sur du sérum fœtal de veau, faisant courir à long terme le risque de transmettre l'agent de la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

Elles ont écartés des études avant commercialisation et minimisé les effets secondaires, après commercialisation, des vaccins qui dépendent de la bonne volonté des médecins et de l'honnêteté des laboratoires, mise à défaut par *The Observer* en septembre 2000 dans le cadre de la campagne massive de vaccination en Grande-Bretagne : 4 médecins experts du Ministère de la santé déclaraient des liens d'intérêts avec le laboratoire qui gardait dans ses tiroirs plus de 16 000 effets secondaires du vaccin *Méningitec* (employé en janvier 2001 à Clermont-Ferrand).

Enfin, alors que la Caisse nationale de sécurité sociale vient de lancer une campagne nationale de sensibilisation sur la consommation excessive d'antibiotiques, nos autorités sanitaires négligent totalement l'épidémiologie des méningites et l'étude des antécédents de l'entourage des malades. Après avoir employé sans grand succès pendant des années l'antibiothérapie et la vaccination des contacts, elles privilégient maintenant la « prévention » à la vaccination de presque tout un département en janvier dernier, puis toute une région avant de la généraliser ultérieurement.

La contamination des personnes atteintes de méningites, qui font peur, se fait par les gouttelettes de salive et les sécrétions nasales d'un malade ou d'un porteur sain, principalement chez les jeunes de moins de 21 ans qui représentent 81% des cas. Le rhino-pharynx de l'homme est colonisé notamment par deux types de méningocoque : *Neisseria catarrhalis*, sans aucune signification pathologique, et *Neisseria meningitidis*, agent responsable des méningites cérébrospinales, présent chez 5 à 10 % de la population qui ne développent pas, pour autant, de méningite. Ces porteurs sains, dont la fréquence augmente en période hivernale pour atteindre 20, voire 50% de la population, seraient le plus souvent immunisés mais peuvent présenter eux-même une méningite ou devenir « contagieux » pour l'entourage.

Ne survenant jamais par hasard, les méningites touchent des personnes dont le système immunitaire a été momentanément déprimé par la peur, très contagieuse, une vaccination ou la prise d'antibiotiques, dans les mois ou les semaines précédents.

La survenue d'une méningite, par contact avec un porteur sain entraîne inéluctablement la prescription d'antibiotiques pendant 48 heures à l'entourage. Des porteurs sains reçoivent ainsi des antibiotiques voire en plus une vaccination s'il s'agit d'une méningite de type C. Il peut s'ensuivre des pressions de sélection à l'origine de mutations qui, comme cela a été observé dans les infections à pneumocoques, sont à l'origine de résistance accrue au traitement et une multiplication par trois du risque de maladie grave à pneumocoque (cf., Levine OS et al., « *Risk factors for invasive pneumococcal disease in childrens: a population-based case-control study in North America* » in *Pédiatrics* 1999; 103 (3): 1-5).

Notons également que « *la chimioprophylaxie n'est indiquée que si elle peut être administrée dans les 10 jours suivant le contact. Ce délai est basé sur des études montrant que les MI se déclarent souvent dans les quelques jours suivant l'acquisition d'une souche pathogène et que la chimioprophylaxie n'est probablement plus utile lorsqu'elle est administrée au-delà* » (cf, Hastings L, Stuart J, Andrews N, et al., *A retrospective survey of clusters of meningococcal disease in England and Wales, 1993 to 1995: estimated risks of further cases in household and educational settings*. Commun. Dis. Rep. CDR Rev 1997; 7: R195200).

A l'inverse, les enfants nourris au lait maternel risquent 10 fois moins d'être hospitalisés pour une infection bactérienne sévère, et présentent 4 fois moins de bactériémie ou de méningite (Cf, *Les Dossiers de l'Allaitement* 1993; 17:11, tiré de *Pediatrics* 1980;65 et 1986;78).

Pour toutes ces raisons, la CRI-VIE vient de déposer le lundi 21 octobre un recours devant le Tribunal Administratif de Pau ainsi que des assignations en référé devant les T.G.I. de Tarbes, Mont-de-Marsan et Pau.

Docteur Marc VERCOUTERE  
CRI-VIE

3bis, rue Henri Faisans. 64 000 PAU Tél : 05 59 84 48 45. Fax : 05 59 84 87 62