

SRAS, GRIPPES A/H5N1, A/H1N1 DES PANDEMIES PROVIDENTIELLES POUR LES LABOS...



CLASSE SECRET DEFENSE



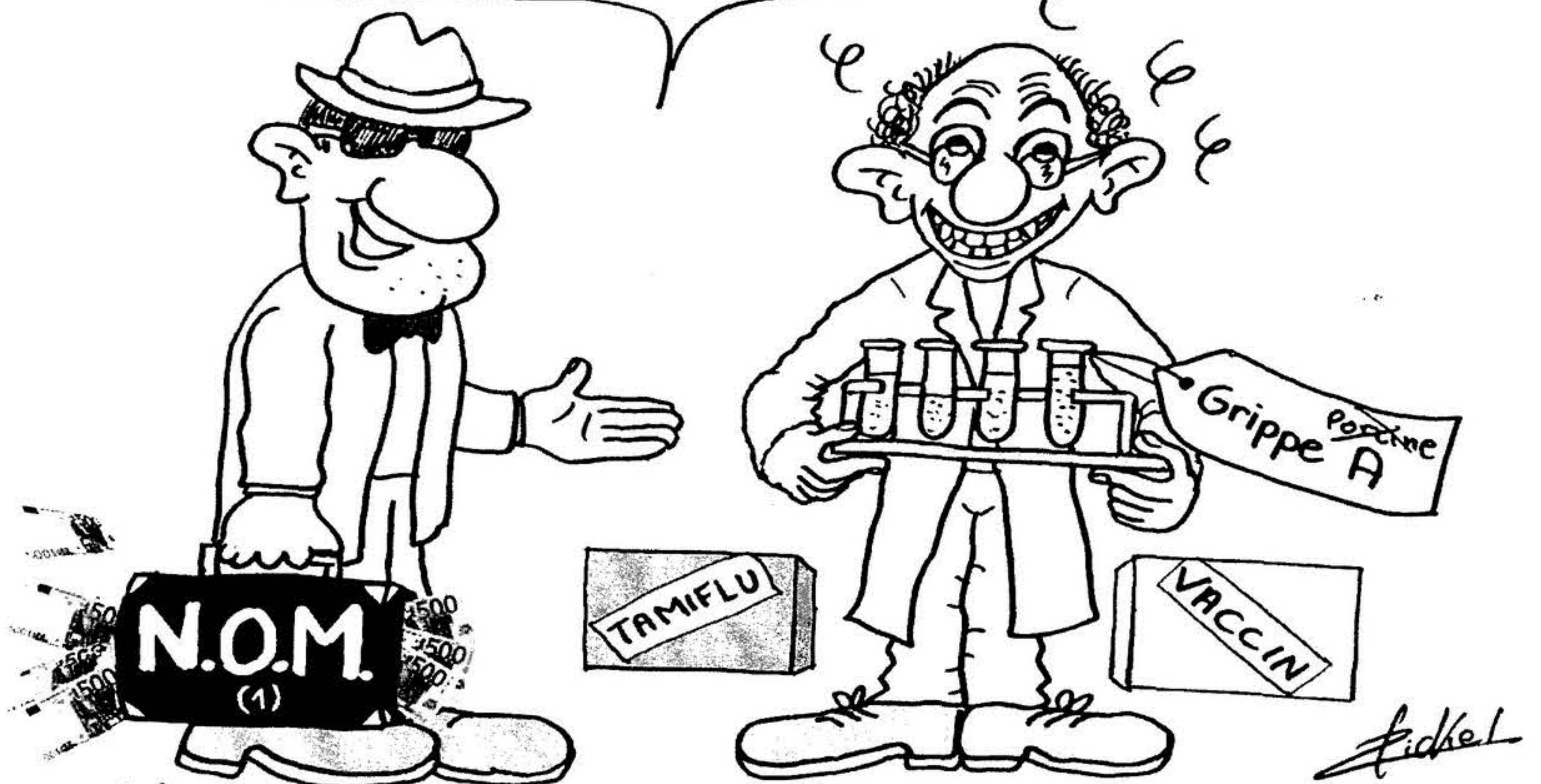
Docteur Marc Vercoutère
Président de CRI-VIE

CRI-VIE

**CENTRE DE RECHERCHE ET INFORMATIONS INDEPENDANTES
EN MATIERE DE SANTE**

**SRAS, GRIPPES A/H5N1,
A/H1N1...
DES PANDÉMIES
PROVIDENTIELLES POUR
LES LABOS**

Et si nous agrémentions la crise financière
d'une bonne crise sanitaire ?



(1) N.O.M. = Nouvel Ordre Mondial

www.bickel.fr

INTRODUCTION

Jusqu'à un passé récent, les épizooties de grippe aviaire survenant dans les élevages industriels restaient circonscrites. On n'y constata jamais de victime humaine. À l'opposé, les trois pandémies humaines de grippe aviaire du siècle dernier (grippe dite espagnole de 1917, grippe asiatique de 1957 et grippe de Hongkong de 1968) n'ont jamais été accompagnées ni précédées d'une épizootie de grippe aviaire.

Mais depuis la fin des années 1990, la fréquence de ces maladies contagieuses d'origine animale ne cesse de s'accroître avec le franchissement de la barrière des espèces pour atteindre l'homme : SRAS, grippe A/H5N1, puis tout récemment grippe A/H1N1... Ces nouvelles maladies émergentes laissèrent dans un premier temps experts, vétérinaires, médecins et virologues perplexes, voire paniqués.

Le 29 septembre 2005, le quotidien Le Monde résumera bien les «*apparentes*» inquiétudes de l'OMS (Organisation mondiale de la santé), avec l'arrivée de la peste aviaire H5N1 : «*Sommes-nous à la veille d'une catastrophe mondiale résultant du passage imminent dans l'espèce humaine d'un virus grippal hautement pathogène d'origine animale ? Est-on au contraire en train de noircir, à l'envi, une situation épidémiologique, et ce alors même qu'aucun expert au monde ne peut raisonnablement prédire comment elle pourra évoluer à court, moyen ou long terme ?*»

Pendant que la FAO (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture) et l'OIE (Organisation mondiale de la santé animale) se battent sur le front de cette épizootie H5N1, l'OMS jouera sur la psychose d'une prochaine et inéluctable pandémie humaine, orchestrée sans aucune base scientifique, pour exhorter les pays riches à s'en défendre, alors que, par le jeu des mutations incessantes, le virus sera ou ne sera pas H5N1. Profitant de la rapide maîtrise du SRAS, obtenue grâce à l'exemplaire collaboration internationale et sans médicament spécifique, l'OMS multipliera, dès janvier 2004, les messages d'alertes de pandémie, en décalage avec les documents plus rassurants destinés aux scientifiques.

Le registre employé sera quelque peu différent que pour le SRAS, même si le laboratoire Roche en est également un acteur central. L'OMS s'appuiera sur des experts en statistiques, en catastrophisme et en marketing, pour faire appliquer un certain principe de précaution par les pays riches. Ayant volontiers négligé ce principe dans le passé, ces derniers se devaient donc, pour être «*politiquement corrects*», d'être à l'écoute du maître international en santé publique, qualifié de «*bateau ivre de la santé publique*», qui naviguerait «*sans maître à bord ni objectifs clairs sur un océan de corruption et d'inefficacité*», sous le joug des lobbies pharmaceutiques. (Bertrand Deveaud et Bertrand Lemennicier, éditions L'Harmattan).

La stratégie mise en route par l'OMS reprendra ainsi les théories prédictives les plus alarmistes du Council on Foreign Relations (CFR), dirigé par David Rockefeller, sur la possibilité d'attaques terroristes au moyen de ces types de virus. Gérée par l'OMS, cette crise de la peste aviaire fera ensuite l'objet d'une mise en scène d'un scénario catastrophe, pour laquelle une société américaine de relations publiques, spécialiste des campagnes médiatiques (BMO Nesbitt Burns), apportera son savoir-faire. Des médecins prêteront également leur concours à cette entreprise. C'est le cas des Prs Derenne et Bricaire («*H5N1, Pandémie la grande menace, Grippe aviaire 500 000 morts en France ?*», septembre 2005), des Drs Alvicino et Mike Skinner («*La menace H5N1, grippe aviaire, comprendre et s'en protéger*», 2006) ou encore du Pr Dellamonica («*H5N1, la grippe aviaire. Vers une nouvelle pandémie*», 2006). Les médias entretiendront également «*le spectre de la pandémie*» devant la survenue de quelques cas de contamination dans une même famille...

Le directeur général de l'OMS se croira cependant obligé de reconnaître, lors de la conférence de Genève en novembre 2005, qu'«*il n'y a pas pour l'instant de début de pandémie de grippe humaine dans le monde. Cependant, tout porte à croire qu'elle se produira.[...] le virus de la grippe aviaire - très probablement le H5N1 - va muter pour devenir transmissible entre les hommes, ce qui provoquera une pandémie de grippe humaine. Nous ne savons pas quand cela se produira. Mais nous sommes sûrs que cela se produira*».

Dans l'attente de cette pandémie tant attendue par certains et suite à l'annonce faite par les laboratoires Roche à l'OMS en janvier 2004, sur son antiviral - le Tamiflu - qui «*pouvait être efficace dans les premières phases de la grippe du poulet transmise à l'homme*», l'OMS lancera alors son opération marketing.

Dans un contexte proche de la psychose, entretenue par cet organisme et relayée par les médias, les pays riches constitueront à prix d'or des réserves de Tamiflu®, pour traiter, selon les recommandations de l'OMS, au moins 25% de la population, et investir également dans «*des stocks massifs de vaccins en cours de production, vaccins dont rien n'indique qu'ils seraient d'emblée protecteurs contre le nouveau virus si ce dernier devait émerger à partir de l'actuel H5N1*». Le gouvernement fédéral américain accordera ainsi, début mai 2006, un contrat de plus de 1 000 millions de dollars à cinq entreprises pharmaceutiques, pour produire des vaccins en cas de pandémie de grippe aviaire, cette somme provenant d'un fond exceptionnel de 3 800 millions de dollars approuvé par le Congrès en 2005.

Face à cette gestion mondiale de la crise caractérisant la pensée unique, quelques rares experts ignorés par les médias apporteront un son discordant. C'est le cas d'Evgueni Kouznetsov, du Centre russe de la santé des animaux sauvages, qui, répondant aux questions d'une agence de presse russe, reconnaîtra que «*la grippe figure dans le quatrième groupe d'affections qui peuvent servir d'armes biologiques*». Bien entendu, il ne faut voir «*aucune intention malveillante dans la propagation du virus car le danger est immense : si une mutation se produit effectivement, nul ne sera épargné, car il est pratiquement impossible de lutter contre une pandémie*» (Russian News Information

Agency, Novosti, 3 mars 2003). C'est le cas aussi de Kalyan Banerjee qui se déclarera *«troublé et étonné»* par la contamination, en mars 2006, de plusieurs gros élevages industriels indiens, en dehors de tout courant migratoire, alors que l'Inde venait de commander du Tamiflu et des vaccins et s'apprêtait à produire un antiviral générique. Pour cet ancien directeur de l'Institut national de virologie et membre du comité gouvernemental contre le bio-terrorisme, ces faits troublants demanderaient des investigations complémentaires afin d'éclaircir soigneusement *«l'aspect commercial de cette crise sanitaire, car ce virus pourrait avoir été délibérément introduit !»* Ou encore le microbiologiste Kennedy Shortridge des universités d'Hongkong et d'Auckland en Nouvelle-Zélande, qui croit bon de préciser que le Tamiflu® et le Relanza® *«ne seront pas nécessairement les médicaments magiques capables de stopper la transmission interhumaine du virus une fois qu'il aura muté»*. Si la plupart des pays européens prétendent avoir une stratégie vaccinale, ce scientifique reste néanmoins très prudent en la matière, *«car jusqu'ici il n'existe aucun vaccin véritablement efficace contre un virus qui a plus d'un tour dans son sac et ne cesse de muter»*.

Quatre ans plus tard, faute de transmission interhumaine durable, la pandémie H5N1 ne s'est toujours pas manifestée. Faiblement contagieuse mais particulièrement virulente, cette épizootie aviaire H5N1 reste cependant endémique en Chine, au Vietnam, en Indonésie, ainsi qu'en Egypte. On déplore, dans ces quatre pays, 144 nouveaux cas humains dont 100 décès depuis novembre 2006 et une mortalité accrue (84% contre 60% en Asie précédemment).

Tout bascule cependant fin avril 2009. La grippe porcine américano-mexicaine H1N1 est déclarée le 24 avril 2009 et l'OMS tient enfin sa prochaine pandémie !

Après avoir revu les chiffres initiaux à la baisse, et dû convenir que le virus n'était, pour l'instant, pas plus virulent que celui de la grippe saisonnière, l'OMS a pu finalement relever son niveau d'alerte début juin tandis que se manifestaient les premiers cas de grippe, en dehors, semble-t-il, de tout contact avec des personnes ayant séjourné au Mexique ou aux Etats-Unis.

En l'absence de mise en quarantaine du Mexique et du sud-ouest des Etats-Unis, où furent observés les premiers cas en avril dernier, le virus a eu, il est vrai, tout loisir de gagner les cinq continents au gré du retour des voyageurs ; l'hiver austral et le passage du virus dans l'hémisphère sud faisant craindre une pandémie beaucoup plus virulente dès l'automne prochain, selon les experts de l'OMS.

En attendant, chacun ressort le plan de lutte contre la pandémie. Les actions en bourse du laboratoire Roche remontent avec les prescriptions systématiques de Tamiflu devant toute suspicion de grippe, tandis que les fabricants de vaccins nous promettent le vaccin qui nous protégera de la pandémie, alors que la mutation virulente n'a pas encore eu lieu ! Leurs usines tourneront à plein rendement, puisqu'il est envisagé de vacciner l'ensemble de la population mondiale contre la grippe saisonnière et ensuite contre le virus de la pandémie...

Cette course à l'arme vaccinale, comme la constitution et l'utilisation des antiviraux, se justifierait pour le Dr Bernard Demure, directeur du département des services de santé de la Banque mondiale, parce que *«nous n'avons pas d'autre choix que d'être préparés, [...] la réelle difficulté tient à ce qu'on ne sait pas à quoi il s'agit de faire face...[...] la question clé est de modifier les comportements. Au-delà de ça, espérons que la chance sera de notre côté»*...

En faisant une confiance aveugle aux laboratoires pharmaceutiques, cette *«préparation»* dictée par l'OMS est-elle scientifiquement justifiée et sans danger ? Ne faut-il pas craindre notamment des résistances au Tamiflu, signifiant une mutation virale plus virulente ?

Alors que les pandémies évoluent en deux temps, avec une deuxième flambée plus virulente un an plus tard, et que le virus est peu virulent dans sa première phase, ne serait-il pas préférable de privilégier l'immunité naturelle, toujours supérieure à l'immunité artificielle induite par la vaccination ?

D'autres possibilités thérapeutiques ne mériteraient-elles pas d'être envisagées ?

Les leçons des pandémies passées ont-elles été tirées ?

Faut-il, comme l'affirme Margaret Say, directrice du Conseil pour l'exportation des volailles et des œufs des Etats-Unis pour l'Asie du Sud-Est, *«mettre toute notre énergie à fermer définitivement autant d'élevages de volaille de ferme que possible», prendre en grippe les petits élevages et développer les élevages intensifs de volailles et de porcs dont les conditions d'existence concentrationnaire constituent pourtant «des réacteurs biologiques à microbes»* ?

Telles sont les questions auxquelles il nous faut maintenant répondre.

Pour ce faire, il sera fait appel au livre publié en 2007 aux Editions de Guibert : *«La crise aviaire ou la Culture du mensonge»*, toujours d'actualité.

Pour une bonne compréhension de ce livre parfois technique, nous renvoyons le lecteur en annexe où il trouvera quelques définitions, la signification de certaines abréviations, ainsi que des explications sur le fonctionnement des virus.

PREFACE

Il est plus que jamais grand temps de prendre sa santé en main, même si votre libre-arbitre est faible, raison de plus, tenez-en les rennes vous-même : c'est ce que vous ferez après la lecture de cet édifiant curriculum vitae des virus pandémiques.

Pauvre virus, il n'est rien et il est tout pour le contrôle social contemporain. Voulez-vous échapper au système de santé de plus en plus hypocrite, complètement lié aux lobbies chimico-pharmaceutiques, structures sans état d'âme ?

Merci, Dr Vercoutère, vous décrivez bien le «*Mal être*» qui va nous être proposé, mais vous lecteur, prenez la décision une fois pour toute de vous confronter, trouvez la solution qui est la vôtre, à vous de vous adapter, et de vos aptitudes d'adaptation dépendra votre survie.

Attention ! Tout être vivant a la capacité de s'adapter : n'est-il pas étonnant qu'avant la vaccination anti-variolique, alors que sévissaient la peste et le choléra, on ne retrouve dans la littérature médicale aucun cas de tuberculose pulmonaire. Comme disait le Dr Jules Mureau, éminent homoeopathe, qui fut pour moi une ouverture au vivant, à la biologie et à l'observation : «*Je contre-indique de façon absolue et définitive toute vaccination*».

Malheureusement, le début du troisième millénaire est déjà sombre. Le bio pouvoir a déjà infiltré tous les gouvernements et détient en otage nos politiques, la police, la justice... Ce bio pouvoir a un budget qui dépasse de loin celui d'un état.

Ce bio pouvoir, vous le verrez au fil de la lecture, ne touche pas que les êtres humains, mais la vie au sens strictement biologique du terme. Cette volonté sera pire que nazisme et stalinisme réunis. L'ingénierie sociale mondialiste se place sous le signe du Gestell. C'est la possibilité de TOUT faire de TOUT, la possibilité de faire entrer la réalité dans une combinatoire sans fin et cette possibilité concerne aujourd'hui la matière vivante.

Ce quadrillage du vivant relève du crime parfait. Le Gestell ou rationalisation biologique du vivant est l'outil du pouvoir politique. Ami lecteur, réveillez-vous et restez vigilants jusqu'au terme de votre vie, participez ainsi à mettre fin à l'asservissement de l'humanité, à éliminer toute nuisance à votre intégrité physique et psychique.

Gardez votre épiderme en éveil. En effet, c'est la frontière entre intérieur et extérieur qui est l'apanage du vivant, c'est d'une spécificité irréductible, cela nous distingue du NON vivant. Plus on monte dans cette évolution et plus cette intériorité du vivant est forte, jusqu'à aboutir de mentir à l'égard de l'extérieur ; c'est ce qu'on appelle l'intimité mentale et psychologique. Cette possibilité propre au vivant de cacher des choses est insupportable pour le pouvoir, qui y voit une forme de résistance à son pouvoir inquisiteur.

Voilà une porte ouverte pour vous ami lecteur, une face imprévisible du vivant, du biologique que (fan de kabbale phonétique) j'aime prononcer en deux mots bio logique. Ami lecteur, exploitez cette piste et je remercie encore une fois le Dr Vercoutère pour son incroyable travail qui nous est livré. Bonne lecture.

N'oubliez pas : «*quand le gouvernement viole les droits du peuple, l'insurrection est, pour le peuple ou pour chaque portion du peuple, le plus sacré des droits et le plus indispensable des devoirs*» (Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, 1793, article 35).

PLAN

Introduction

Préface

Chapitre I : Les leçons des pandémies passées

page 9

La grippe dite espagnole
La pandémie du Président Ford

Chapitre II : La crise aviaire H5N1

page 13

Hongkong 1997
L'épidémie du Sras, ses incertitudes, ses scandales
L'étrange explosion de pneumopathies
Du retour de l'épizootie à la panzootie aviaire
Le mystère de la vaccination «préventive» en Chine

Chapitre III : La crise porcine H1N1

page 19

Grippe porcine, nord-américaine ou A/H1N1?
Une porcherie industrielle montrée du doigt
De l'épidémie américaine à la pandémie mondiale
Des experts inquiets entretenant le plus souvent l'inquiétude...
D'autres experts qui informent avec bon sens
La vaccination universelle rejetée par l'OMS
La vaccination ne sera pas obligatoire en France

Chapitre IV : Les virus aviaires en trompe l'œil

page 29

Le polymorphisme microbien
Les mycoplasmes
Mycoplasmes et «sida»
Mycoplasmes et grippe aviaire

Chapitre V : Le constant phénomène de commutation

page 33

Les commutations bactériennes en Belgique et ailleurs...
Les commutations virales
La sonnette d'alarme est tirée

Chapitre VI : Le poids des lobbies pharmaceutiques

Page 35

Les médicamenteurs
L'affaire du Vioxx®... exemplaire parmi d'autres
Celle du Prozac
Du Deroxat
Les pratiques délictueuses des vaccinomenteurs
De l'OPA sur la jeunesse italienne
La classique minimisation des effets secondaires
Des expériences de sinistre mémoire
Une sécurité vaccinale aléatoire
Une bévue «accidentelle» ou délibérée ...

Chapitre VII : Tamiflu et Relanza : une mystification très rentable

page 41

Un soupçon plus efficace qu'un placebo pour la grippe
Mais non dépourvus d'effets secondaires
L'OPA du Laboratoire Roche sur la grippe aviaire
Une «efficacité» curative proche de zéro...
Des mutations inquiétantes

Chapitre VIII : Vaccination contre la grippe, mythe ou réalité

page 45

Un millésime 2005 remarquable
L'offensive antigrippe 2006
Un vaccin non dépourvu de toxicité
Une efficacité à géométrie variable et ... proche du placebo

Chapitre IX : Les vaccins pré-pandémiques

page 51

Les vaccins contre la menace de pandémie aviaire H5N1
Le vaccin Sanofi-Pasteur : une action «médiocre à modérée»
Une capacité de production insuffisante en l'absence d'adjuvant
Sanofi Pasteur franchit le pas
Vaccin GlaxoSmithKline et vaccin Sanofi-Pasteur à l'unisson
Les vaccins contre la pandémie porcine H1N1
La toxicité démontrée de l'Aluminium
Le Squalène au moins aussi toxique que l'aluminium ?

Chapitre X : Les effets perverses de l'élevage intensif

page 61

Précarité génétique
La position équivoque de la FAO et de l'OMS
Courants vagabonds, lampes halogènes et pollution électromagnétique

Chapitre XI : Des traitements efficaces et peu coûteux

page 65

Une bonne hygiène de vie
La vitamine C
Le chlorure de magnésium
L'Homoeopathie et l'Aromathérapie
Le Kimchi, plat national coréen
L'immunothérapie régulatrice
Le charbon végétal activé

POUR CONCLURE

page 69

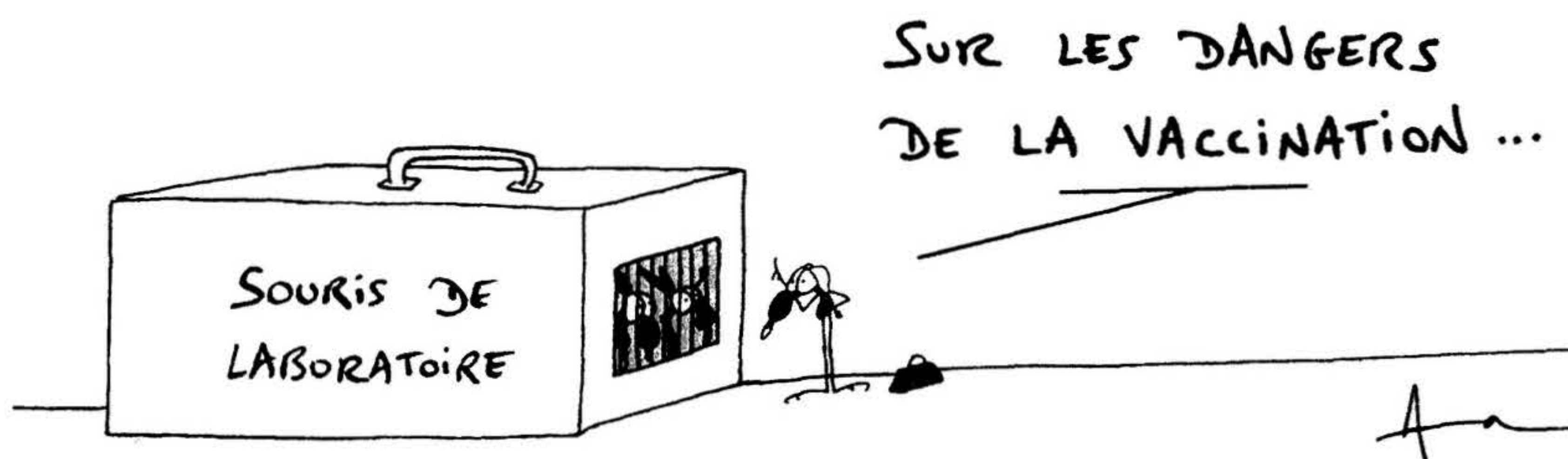
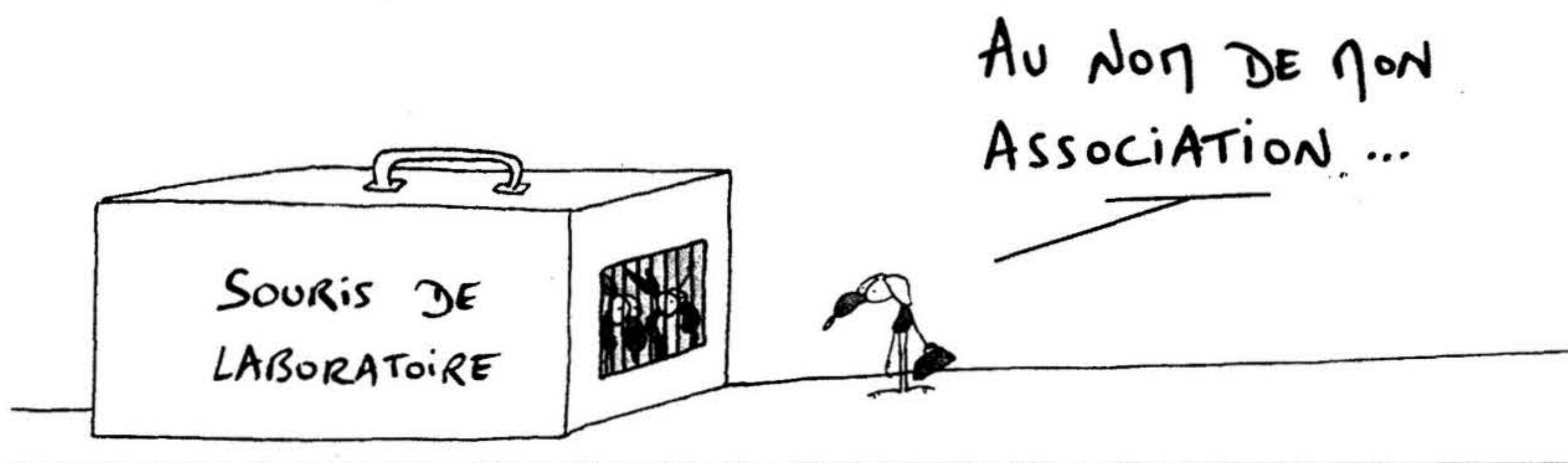
La cécité réductrice et l'amnésie chronique de nos institutions
Urbanisation, Mondialisation et Pensée unique

ANNEXE

page 73

Quelques définitions
Signification de quelques abréviations
Modèles de «certificats» pour la vaccination
Courriers adressés aux autorités et réponses

Illustrations réalisées par René Bickel et Anna Guegan



CHAPITRE I

LES LEÇONS DES PANDÉMIES PASSÉES

«L'ignorance, l'oubli ou le mépris des droits de l'Homme sont les seules causes des malheurs publics et de la corruption de nos gouvernements.»

Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen, 1789.

En dehors de la grippe dite espagnole de 1917, qui sera étudiée en détail, le XXe siècle a été marqué par deux autres pandémies survenues dans la deuxième partie du XXème siècle.

L'année 1957 fut l'année de la «*grippe asiatique*» causée par le changement simultané de l'hémagglutinine et de la neuraminidase ; H2N2 remplaçant le précédent virus H1N1 de la grippe «*espagnole*». Prenant son origine dans le sud de la République Populaire de Chine, en février 1957, cette pandémie gagna la province du Yunnan, puis Hongkong en avril 1957, Singapour, le Japon et le reste de l'Extrême-Orient. Après le Moyen-Orient touché en juillet de la même année, l'épidémie n'atteignit l'Afrique, puis l'Europe, que durant l'été 1957. Cette pandémie entraîna le décès de 4 millions de personnes.

En 1968, le virus de type H2N2 fut supplanté par un troisième virus de grippe A. Résultat d'un réassortiment génétique aboutissant à la substitution de l'hémagglutinine du virus A/H2N2 par une hémagglutinine de virus aviaire, il donna naissance au sous-type A/H3N2. Cet événement fut à l'origine de la dernière pandémie du XXème siècle, dite grippe de Hongkong. Une flambée de syndromes grippaux toucha la Chine du Sud-Est, puis Hongkong en juillet 1968, suivi de Singapour, les Philippines, Taiwan, le Vietnam, la Malaisie (août 1968), la Thaïlande, l'Inde et le nord de l'Australie (septembre 1968). Après une pause, sauf aux États-Unis où elle toucha d'abord la Californie en octobre puis l'ensemble du pays, ce premier épisode cessa en avril 1969. Les pays de l'hémisphère austral furent touchés par des épidémies modérées entre mars et mai 1969, tandis que l'épidémie débuta en Europe de l'Ouest, avec un pic en décembre 1969, avant de s'éteindre complètement en mars 1970. Cette dernière pandémie fut responsable de la mort d'environ 2 millions de personnes à travers le monde.

Contrairement à la pandémie de 1918-1919, qui frappa essentiellement des nourrissons et des jeunes adultes, la grippe asiatique de 1968 concerna les enfants de moins d'un an et surtout les personnes de plus de 65 ans (cette dernière tranche d'âge étant touchée préférentiellement pour la pandémie de 1957).

La grippe dite espagnole, 1918-1919

Au lendemain de la Première Guerre mondiale, qui fit plus de 13 millions de morts, un autre désastre, plus meurtrier encore, se prépare : la «*grippe espagnole*». Selon une rumeur persistante en France à cette époque, elle proviendrait de boîtes de conserves importées d'Espagne, dans lesquelles des agents allemands auraient introduit des microbes. D'autres hypothèses, plus ou moins sérieuses, ont également circulé sur son origine.

En dépit de son nom, né de cette rumeur française, bien typique d'une psychose collective en temps de guerre, qui fait voir partout la main de l'ennemi, cette grippe semble en fait avoir débuté aux États-Unis dans le camp militaire de Fort Riley, voire celui de Funston au Kansas selon d'autres sources. Peu avant son éclosion, les soldats américains furent massivement vaccinés en 1917-1918, avant leur départ pour l'Europe, contre la variole, la diphtérie, le tétanos, la rage et la typhoïde.

De telles campagnes de vaccination furent pratiquées systématiquement dans toutes les garnisons américaines, ainsi que chez une partie de la population civile. Cette grippe se répandit alors à travers le continent nord-américain en l'espace d'une semaine. Son introduction en Europe eut lieu à Bordeaux, avec le débarquement du contingent américain en avril 1918. En avril et mai, l'épidémie accompagna l'armée américaine en Italie et en Espagne. De là, elle s'étendit à l'Europe entière, puis dans les colonies, notamment par les transports de soldats.

Après une première vague bénigne où la plupart des victimes furent sur pied au bout de quelques jours de fièvre, deux vagues meurtrières se succédèrent, l'une de mi-septembre à décembre 1918, l'autre de février à mai 1919, tuant près de 40 millions de personnes dans le monde entier avant de disparaître.

Ce fut, pour l'époque, un grand désastre sanitaire. Près de la moitié de la population mondiale aurait été touchée par ce virus, frappant essentiellement des nourrissons et des adultes jeunes, victimes de complications infectieuses graves en cette période de fin de guerre et de totale pénurie, sans l'aide des antibiotiques qui n'existaient pas encore.

Certains Etats payèrent un lourd tribut en vies humaines : 550 000 américains moururent, soit bien plus que

les pertes cumulées des deux guerres mondiales, de la guerre de Corée et de celle du Vietnam. Dans l'armée américaine, il y eut 35 à 40% de grippés avec une mortalité de 2,5%. En Alaska, 25% de la population fut fauchée, dont 60% chez les esquimaux. En France, on évoqua plus de 400 000 victimes, dont Edmond Rostand et Guillaume Apollinaire. La censure de guerre limita l'écho, les journaux préférant annoncer une nouvelle épidémie en Espagne, pays neutre et donc moins censuré, alors que l'épidémie faisait déjà ses ravages en France. On comptabilisa également 112 000 victimes anglaises, 400 000 en Allemagne, des milliers de victimes en Afrique et entre 13 et 20 millions de morts pour le seul sous-continent indien.

Curieusement, la Grèce et quelques autres pays qui n'avaient pas accepté ces vaccinations de masse, échappèrent comme par miracle au fléau de cette grippe. Aux Etats-Unis, les seuls qui ne furent pas contaminés furent les individus qui refusèrent les vaccinations.

D'autre part, regroupant les observations convergentes d'une cinquantaine de médecins homéopathes américains, un article publié dans *The Journal of the American Institute of Homoeopathy* de 1921, témoigne d'une mortalité réduite et de pourcentages de guérison importants obtenus par cette médecine globale. Ainsi, Dean W. A. Pearson, de Philadelphie, recensa 26 795 cas de grippe traités par des praticiens homéopathes, avec une mortalité de 1,05%, alors que la mortalité moyenne chez les tenants de la médecine classique était de 30%. La société médicale Homéopathique du District de Columbia rapporta 1 500 cas, avec seulement 15 décès. De son côté, le Dr E. F. Sappington, de Philadelphie, signala 100% de guérisons à l'Hôpital Homéopathique national.

Selon Eleanor MacBean, témoin aux Etats-Unis de cette épidémie, *«des hommes vigoureux et robustes pouvaient ainsi mourir du jour au lendemain. La maladie présentait les aspects de la peste noire, comme aussi de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, de la pneumonie, de la variole, des maladies paralytiques, comme d'autres maladies contre lesquelles les populations avaient été vaccinées juste après la première guerre mondiale.*

Pour autant que j'aie pu l'observer, la grippe atteignait essentiellement les vaccinés. Ceux qui avaient refusé la vaccination échappaient à la maladie. Ma famille avait refusé toutes les vaccinations : c'est ainsi que nous sommes restés tout le temps en bonne santé (...)

Quand l'épidémie atteignit son paroxysme, tous les magasins, les écoles, les entreprises étaient fermées et même jusqu'à l'hôpital. Les infirmières et les médecins qui s'étaient faits vacciner étaient terrassés par la maladie. On ne voyait plus personne dans les rues. La ville était devenue une ville fantôme (...)

Alors que pour les médecins et les hôpitaux traditionnels, les décès s'élevaient à 33%, les autres hôpitaux (non traditionnels) comme Battle Creek, Kellogg, Macfadden's et Health-Restorium obtenaient pratiquement 100% de guérison avec des méthodes naturelles simples comme les cures d'eau, les bains, les lavements, le jeûne, des régimes alimentaires très bien étudiés comprenant essentiellement de la nourriture naturelle (...) Chez les militaires vaccinés, la maladie a frappé sept fois plus que chez les civils non vaccinés...» (6)

Les historiens de la médecine n'ont bien évidemment jamais évoqué cet aspect de cette terrible pandémie. En 2005, les méthodes les plus modernes de la biologie moléculaire permirent d'identifier, puis de séquencer, le virus de cette première pandémie du XX^{ème} siècle. Il s'agissait bien d'un virus A/ H1N1 qui se manifesta à nouveau en 1976 aux Etats-Unis, puis en URSS en 1977-78, restant toujours circonscrit avec une morbidité réduite.

Cette récente et «opportune» découverte ne serait, bien entendu, qu'une coïncidence fortuite. Bien avant que n'apparaisse à nouveau la grippe H1N1 en avril 2009, Antonio Fauci, directeur du National Institute of Allergy and Infectious diseases (NIAID), reconnut que les informations issues de ce séquençage pourraient aider à produire des vaccins, des traitements et des diagnostics plus efficaces contre la grippe H5N1...

La grippe porcine du «Président Gerald Ford» de 1976

Cette «épidémie» de grippe de type H1N1, comme la «grippe espagnole», mérite d'être analysée non par son ampleur - elle se limita à 230 personnes dont un seul décès - mais par les conséquences de la psychose orchestrée par les autorités américaines, à des fins électorales. Celle-ci aboutit à une campagne massive de vaccination qui, au bout de deux mois, sera suspendue suite à la survenue d'accidents graves.

En février 1976, une jeune recrue de l'armée américaine, David Lewis, fraîchement vacciné, passe à l'infirmerie de Fort Dix dans le New Jersey en se plaignant d'un état grippal. Il passe outre les recommandations du médecin et part en manœuvres pour s'écrouler et mourir avant d'arriver à l'hôpital. L'autopsie du jeune homme révélera qu'il est mort des suites d'une grippe ressemblant fort à celle de la grippe espagnole. 230 personnes du camp militaire sont atteintes du même mal, mais s'en sortent sans la moindre complication.

La psychose peut toutefois s'installer. Malgré les avis modérateurs de certains experts internationaux, tel le professeur Hannoun de l'Institut Pasteur, directeur à l'époque du Centre National de la grippe, et qui avaient signalé quelques cas isolés de grippe H1N1 en 1974 et 1976, les autorités américaines - et les laboratoires français - se disent prêts à constituer, en trois mois, un stock de vaccins suffisant pour vacciner toutes les populations nord-américaine et française !

Alors que les déclarations alarmistes des experts annoncent 4 millions de morts aux Etats-Unis lors du prochain hiver, les laboratoires pharmaceutiques américains, une fois n'est pas coutume, ne semblent pas favorables à la mise en route d'une campagne de vaccination nationale. Il est vrai que, dans la législation nord-américaine, les accidents apparaissant après commercialisation des vaccins, leur sont directement imputables. Toute vaccination comporte en effet un risque, qu'il est pourtant difficile de faire reconnaître par les victimes, qui doivent souvent s'engager dans de longues et coûteuses procédures. Ce fut ainsi le cas d'une jeune française, devenue invalide à 100% à la suite de la vaccination obligatoire contre la variole, réalisée le 4 mai 1960. Vingt-huit ans plus tard, en 1988, le

Conseil d'Etat condamna enfin l'Etat français à lui verser une indemnité d'un million neuf cent vingt-cinq mille francs ! (Le Provençal, 17 juin 1988)

Survient alors, fin juillet 1976, une maladie mystérieuse atteignant une centaine d'anciens combattants, participant au Congrès de l'American Legion à Philadelphie. Vingt et un d'entre eux meurent rapidement, avec des symptômes pouvant être assimilés à ceux de la grippe : douleurs dans la poitrine, fièvre élevée, frissons...

Si les recherches, mises en route immédiatement, ne permettent à aucun moment de déceler la présence du virus de la grippe porcine, l'amalgame avec l'épidémie de Fort Dix est établi dans l'esprit des autorités relayées par les médias. Fin août, on aura beau attribuer cette maladie des anciens combattants à une intoxication par le nickel carbonyle, un produit entrant dans la composition de certaines matières plastiques, la psychose de la grippe porcine se développe tous azimuts.

Les premiers essais de vaccins sont mis en route au début de l'été, sous la direction du Dr Anthony Morris, pour la Food and Drug Administration (FDA). Mais, contrairement au Dr Théodore Cooper, secrétaire d'Etat à la Santé, qui avançait une efficacité du vaccin de l'ordre de 80%, le Dr Morris signale que le futur vaccin n'aura une efficacité que de 20% seulement, mettant en garde le Gouvernement contre les risques de complications particulièrement graves que pourrait entraîner ce vaccin : *«Inhalé par des animaux de laboratoires, ce vaccin tend à provoquer des tumeurs cancéreuses (...) certains composants du vaccin constituent une menace sérieuse de lésions fœtales chez les femmes qui pourraient être enceintes...»*

Aurora Reich, directrice de la communication scientifique, rapporte dans l'Indianapolis Star que *«le virus du vaccin a des propriétés toxiques, même après avoir été tué, pouvant entraîner fièvre et convulsions, particulièrement chez les enfants»*. Le Journal of Pediatrics relate une étude menée conjointement par des médecins d'Atlanta et de Sheffield, en Angleterre, dont les conclusions sont sans appel : *«Même purifié, le vaccin tué est trop toxique pour être donné aux enfants»*. D'autres études menées avant commercialisation montrent qu'environ 10% des personnes vaccinées ont eu des convulsions et qu'il y a eu au moins un décès. Comme le signale fort justement l'un de ces médecins, *il faut donc craindre 900 000 convulsions aux Etats-Unis avec ce vaccin, puisqu'il y a 9 millions d'enfants de moins de trois ans. «La vaccination de routine des enfants n'a d'ailleurs pas été recommandée par The Public Health Service (le service de santé publique américain)»*.

Beaucoup de médecins américains, alertés par ce tapage médiatique, émettront des avis publics très défavorables. Les décès inévitables, l'efficacité très discutable, les risques chez les femmes enceintes et les personnes allergiques leur apparaissent fort préoccupants... Des réactions contraires sont même prévisibles, dans le meilleur des cas, chez 15% des adultes et 30 à 70% des enfants !

Le Dr Morton Goldfeld, du Département de Santé du New Jersey - qui a le premier isolé le virus de Fort Dix - , pense que le danger d'une épidémie est loin d'être démontré, et que les effets secondaires d'une telle vaccination massive, particulièrement chez les enfants, pourraient l'emporter largement sur le danger de l'émergence d'une nouvelle souche de virus grippal. Le Dr Pascal Imperato, du Département de la Santé de la ville de New-York, émet publiquement les mêmes doutes, comme bien d'autres médecins...

Rien n'y fait. La campagne de publicité en faveur de la vaccination atteint des niveaux records, devenant même un argument dans la campagne électorale pour la réélection du Président Ford. Il est en effet question de vacciner l'ensemble de la population américaine. Le gouvernement tente alors d'acheter le silence du Dr Morris, en lui proposant une rente annuelle de 17 000 \$. Ayant refusé, le Dr Morris est limogé le 16 juillet. Tous les animaux sur lesquels il avait travaillé pour étudier les effets à long terme du vaccin sont détruits, en particulier des centaines de souris, cochons d'Inde, hamsters, canards, poulets... (Spotlight, 27 septembre 1976 et La Revue Hygiéniste Américaine, janvier 1977).

La mise à l'écart du Dr Morris est suivie d'une sombre magouille politico-scientifique. Il est remplacé par un «savant privé», soutenu par les professeurs Sabin et Salk, à l'origine des vaccins antipoliomyélitiques. Comme le virus ne se développe pas assez vite sur l'œuf embryonné, ce savant poursuit directement les expérimentations sur l'homme. Dans un premier temps, il inocule ainsi un «super virus» à 5 200 volontaires. Ayant observé l'apparition d'anticorps, sans se préoccuper de savoir si ces derniers étaient spécifiques et efficaces contre la grippe, le vaccin est commercialisé.

Le 12 août 1976, le Président Gérald Ford signe la loi autorisant la vaccination massive de la population. Un crédit de 135 millions de dollars est débloqué pour lancer le programme, et surtout, le gouvernement fédéral endossera la responsabilité de toutes les poursuites judiciaires pouvant résulter des conséquences vaccinales, puisque les laboratoires ne veulent pas assumer ce risque.

Les premières injections déclenchent des réactions fébriles très vite alarmantes, chez 10% des adultes et 20% des enfants. Quinze décès sont enregistrés à la mi-octobre 1976. Le professeur Sabin revient alors sur son soutien sans réserve de la campagne vaccinale et déclare qu'il ne faut plus vacciner toute la population.

Mais le Président Ford est déjà en campagne électorale et déclare publiquement à la Maison-Blanche qu'il va se faire vacciner pour démontrer l'innocuité du vaccin. Quelques décennies plus tard, le Président G.W. Bush se fera vacciner dans les mêmes conditions contre la variole, suivi cinq ans plus tard par le ministre israélien de la santé, après le décès de quatre personnes vaccinées contre la grippe en octobre 2006...

Dans les suites immédiates de cette vaccination, un nombre de cas de plus en plus important de paralysie générale de type Guillain Barré est signalé. Cette maladie est assez comparable à la sclérose en plaques (dont la fréquence s'était accrue par ailleurs avec la vaccination contre l'hépatite B). Alors qu'une centaine de cas de paralysie sont recensés, la campagne nationale de vaccination sera officiellement suspendue, le 16 décembre, après avoir été administrée à plus de 40 millions d'Américains.

Concomitamment, le Los Angeles Times du 3 décembre 1976, reprend en gros titre une dépêche d'Agence de presse sur une proposition d'augmentation du budget fédéral, d'un montant de 129 millions de dollars. *«Le Président Ford fixera les barèmes des salaires qu'il souhaite recommander dans le budget qui sera soumis le mois prochain. À moins que les députés et sénateurs ne tuent ce projet. (Mais ont-ils envie de réduire une augmentation de leurs salaires ?). Les membres de la Chambre et du Sénat recevront annuellement 57 000 \$ au lieu des 44 600 \$ actuels (...) Une autre dépêche d'Agence nous apprend que la plupart des membres du Congrès sont des avocats d'affaires toujours prêts à servir des intérêts privés. Le vote de 135 millions de dollars d'impôts pour soutenir un racket médical privé (le vaccin contre la grippe porcine) semble indiquer qu'ils travaillent en réalité pour des intérêts externes, et non pour le bien du peuple qui les a élus. La même dépêche d'agence dit que : la commission (pour augmenter les salaires) a indiqué clairement qu'elle espérait lier cette augmentation de salaires à un code de conduite plus strict concernant les revenus extérieurs et les liens d'intérêts obtenus.»*

Cela signifierait-il, comme le soulignera trente ans plus tard le Dr. Lorraine Day, ancien professeur et chef de service des urgences orthopédiques au San Francisco General Hospital, qu' *«avec cette augmentation importante de salaire, les membres du Congrès s'engagent à dire toute la vérité sur leurs éventuels liens d'intérêt et les extras qui leur sont payés pour balancer les affaires en leur faveur ? De tels élus ne devraient recevoir aucune augmentation. Ils devraient être destitués, condamnés à une peine de prison avec confiscation des dessous de table qu'ils ont perçus»*.

En sera-t-il de même en Grande-Bretagne en 2009 pour les députés ?

Le 2 janvier 1977, le National Inquirer accusa les autorités sanitaires, le gouvernement et les savants, d'avoir passé sous silence les risques évidents et connus du vaccin et de s'être montrés d'une négligence coupable dans les essais préalables. Les experts de ce journal pensent que les 197 cas de paralysie de Guillain Barré et les 100 décès, pourraient bien n'être que la partie émergée de l'iceberg. D'autres complications multiples sont en effet apparues, à type d'encéphalites, de maladie de Parkinson, de troubles rhumatismaux, de maladies cutanées, d'asthme...

De leur côté, les rapports d'initiés indiquent, selon William Sargen, biologiste de la marine américaine, que Donald Rumsfeld, qui deviendra en 2001 secrétaire d'Etat à la défense du gouvernement Bush, orchestra ce fiasco sanitaire pour *«stimuler la campagne de réélection du Président Ford»*.

Trente ans plus tard, peut-on *«raisonnablement»* imaginer l'orchestration d'une psychose comparable, à l'échelon mondial, pour des intérêts politiques et économiques ?

CHAPITRE II

LA CRISE AVIAIRE H5N1 OU LA CHRONOLOGIE MOUVEMENTÉE D'UNE ÉPIZOOTIE

«S'il fallait renoncer à toutes les valeurs de l'homme et du monde à mesure que les politiciens s'en emparent et entreprennent de les exploiter, il y a longtemps qu'il n'y aurait plus rien. Dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.» Charles Péguy

Jusqu'à un passé récent, les épizooties de grippe aviaire restaient circonscrites. Sur les 25 épizooties observées par l'OIE au XX^{ème} siècle, depuis 1959, principalement en Europe et aux Amériques, cinq d'entre elles s'étaient propagées à plusieurs fermes et une seule à plusieurs pays. On n'y constata jamais de victime humaine. À l'opposé, les trois pandémies humaines de grippe aviaire du siècle dernier n'ont jamais été accompagnées ni précédées d'une épizootie de grippe aviaire.

Hongkong 1997...

Après la survenue de 3 087 décès par pneumonie en 1996 - passés curieusement inaperçus au sein de la presse internationale - les volailles de Hongkong sont infectées, au début de l'année 1997, par une épizootie de grippe aviaire particulièrement virulente. Le Dr Margaret Chan, directeur de la santé du territoire - et qui deviendra en 2006 directeur général de l'OMS - , prend la décision d'abattre 1,5 million de poulets en trois jours, tandis que la mort d'un garçon de 10 ans alerte les spécialistes de la grippe du monde entier. Ce serait en effet la première fois qu'un virus grippal aviaire se transmettrait directement à l'être humain.

Le virus, qui a infecté l'enfant en mars, est analysé par le Pr. Osterhaus de l'Institut Erasmus de Rotterdam. «Lorsque nous avons analysé le virus avec les techniques classiques, nous avons réalisé que ce n'était pas un virus normal de grippe humaine, mais un virus de grippe aviaire qu'on a caractérisé comme étant de type A/H5N1». Six mois plus tard, en novembre, le virus H5N1 contamine une deuxième personne, puis six autres personnes dans les quinze premiers jours de décembre, et huit autres dans les semaines suivantes. Au total, 18 personnes ont été contaminées, six d'entre elles vont en mourir. Toutes ont été en contact, soit direct soit indirect, avec des volailles ou des déjections de volailles, au marché aux oiseaux d'Hongkong. La mortalité a été trois fois plus élevée chez les adolescents que chez les jeunes enfants contaminés.

Pour la première fois, nous répète-t-on inlassablement, un virus aviaire est passé directement des oiseaux aux humains, sans se soucier du dogme de la sacro-sainte «barrière des espèces». Indépendamment de l'intervention énergique et efficace des autorités d'Hongkong, qui a sans aucun doute diminué les possibilités de nouvelles transmissions directes à l'homme, une majorité de spécialistes considèrent que le virus se manifesterà à nouveau en Asie du Sud-est.

Le virus H5N1 semble pourtant endormi, jusqu'au début de l'année 2003, où il infecte deux autres personnes d'une même famille d'Hongkong, qui revenaient d'un voyage en Chine méridionale. L'une d'entre elles décèdera. L'inquiétude des experts s'accroît d'autant plus qu'une épizootie de grippe aviaire apparaît aux Pays-Bas, puis dans le nord de la Belgique, entraînant l'abattage de 30 millions de volailles. 84 personnes vivant à proximité de ces foyers de grippe aviaire de type H7N7, hautement pathogène, présenteront une conjonctivite bénigne. Un seul décès sera à déplorer chez un vétérinaire. La barrière des espèces sera ainsi franchie officiellement, pour la deuxième fois, par un virus aviaire.

Déjà «perdus et paniqués» par ces transmissions du virus aviaire à l'homme, en Asie puis en Europe - comme le reconnaîtra, en 2005, Jean-François Saluzzo, virologue chez Sanofi Pasteur de Lyon - les experts doivent alors faire face à une nouvelle maladie très contagieuse, d'origine asiatique : le Syndrome respiratoire aigu sévère ou SRAS.

L'épidémie de SRAS, ses incertitudes et ses scandales...

Alors que le virus A/H5N1 est découvert chez plusieurs personnes au Vietnam, une pneumopathie atypique aiguë sévère est soudainement dépistée à l'hôpital français de Hanoï, chez un patient venant de Hongkong. Un virologue de l'OMS venu sur place, et cinq membres du personnel soignant, en seront les premières victimes, début mars 2003. L'enquête épidémiologique de cette nouvelle maladie, le syndrome respiratoire aigu sévère, ou SRAS - qui touchera en quelques mois, dans trente pays, plus de 10 000 personnes et tuera près de 800 personnes - nous

apprendra qu'elle provenait de Chine, au sud de Canton, où elle était apparue en novembre 2002. Plus de 5 000 cas et 336 décès y seront recensés dans ce seul pays.

Dans un premier temps, la gestion de la crise par les autorités chinoises - dont le directeur de la santé, pour Hongkong, était le docteur Margaret Chan - sera controversée par les experts : le black out avait en effet été instauré initialement.

Dans un deuxième temps, la gestion de cette épidémie, nous affirme-t-on dans les milieux officiels, aura été exemplaire à plus d'un titre : la rapidité d'intervention des autorités sanitaires, la célérité avec laquelle le mode de propagation et l'agent causal ont pu être définis, ainsi qu'une mobilisation internationale sans précédent (qui précède celle de la crise aviaire... !). Une panique majeure s'était certes installée dans les aéroports, avec port de gants et de masques, que les menaces terroristes avec la guerre d'Irak n'avaient pas arrangé...

Déclaré menace pour la santé, à l'échelle de la planète, dès le 12 mars 2003 par l'OMS, l'agent causal du SRAS est identifié en avril, après que l'hypothèse d'un autre virus et même d'une bactérie ait été envisagée ! Grâce essentiellement aux mesures d'isolement (il n'existe en effet aucun traitement pour cette affection très contagieuse, mais beaucoup moins virulente que le virus aviaire), l'OMS déclare interrompue la chaîne de transmission interhumaine du SRAS, le 9 juillet 2003, tandis que le groupe pharmaceutique suisse Roche, annonce le lancement mondial du premier test de dépistage du SRAS. Un dernier cas sera toutefois signalé en septembre 2003, à Singapour.

Sur le plan économique, le bilan est catastrophique : 8 milliards de dollars de perte pour la Chine, 2 milliards d'euros pour le Canada, avec une compagnie aérienne quasi en faillite.

En dehors de son éradication spectaculaire, cette «nouvelle» maladie «atypique» reste cependant toujours mystérieuse, à plus d'un titre, et nous apporte son lot de scandales...

Alors que l'antiviral du laboratoire Roche était largement prescrit jusque-là, Santé Canada décide, fin avril 2003, de ne plus fournir l'accès habituel au Ribavirin, commercialisé pour le traitement du SRAS, par le laboratoire Roche.

Un groupe de travail composé d'experts, de cliniciens du Canada et de représentants des CDC américains, examina en effet les essais cliniques, les résultats négatifs obtenus lors des tests in vitro, évaluant l'efficacité du médicament contre le coronavirus lié au SRAS, ainsi que les rapports sur des effets indésirables graves et inattendus de ce Ribavirin. Il est «arrivé à la conclusion qu'il n'y avait aucune preuve pour appuyer l'utilisation continue du Ribavirin en dehors des essais cliniques à ce stade-ci».

Trois mois plus tard, une fausse alerte au SRAS est déclenchée en juillet 2003, à Vancouver. Le Laboratoire National de Microbiologie de Winnipeg (LNM) a simplement confondu une banale épidémie de grippe «classique», dans un centre d'accueil, avec un retour du SRAS, ce qui fut source de nouvelles inquiétudes pendant quelques jours au niveau planétaire.

Comme l'a souligné la revue américaine Science en novembre 2003, «connaître les raisons de l'erreur pourrait éviter d'en commettre d'autres», voire permettre d'en tirer les leçons pour d'autres erreurs délibérées... !

Cette erreur n'a cependant pas empêché les autorités, sans doute «responsables mais non coupables», dont le docteur Frank Plummer, directeur du LNM, antenne officielle de l'OMS au Canada, de développer un vaccin contre ce virus, présent dans moins d'un tiers des cas de SRAS mais qui sera utilisé, n'en doutons pas, devant une prochaine menace !

Pourtant, les laboratoires biologiques de référence nous apprendront, une fois la pandémie «éradiquée», que l'on peut être atteint du SRAS sans que le coronavirus soit présent, comme on peut être porteur du coronavirus sans contracter le SRAS ! Le LNM de Winnipeg a en effet constaté la présence du coronavirus chez 14% des 550 personnes qui étaient sous observation pour un SRAS, mais dont l'état n'a jamais correspondu aux critères de définition des cas de pneumonie atypique. En outre, la trace du virus n'a été retrouvée que chez environ 40% des Canadiens diagnostiqués comme des cas probables et dans 30% des cas suspects.

De son côté, le Dr Stephen Ostroff reconnaît que sur 20 cas probables et 40 cas suspects de SRAS, le coronavirus n'a été retrouvé que dans six des cas probables, et aucun des cas suspects, par les laboratoires du CDC d'Atlanta.

De fait, le SRAS est tellement atypique, que des chercheurs néerlandais n'ont pas réussi à avaliser tous les critères de Koch quant au lien de causalité entre le SRAS et le coronavirus !

La même remarque prévaut d'ailleurs pour le virus du sida, qui n'a jamais répondu à ces critères de Koch. Pour Kary Mullis, Prix Nobel de chimie 1993, «Il y a un terrible malentendu autour du «sida». Depuis 1983, nous travaillons avec l'hypothèse que le virus «VIH» est la cause du «SIDA», mais pour le moment nous ne disposons d'aucune preuve solide qui le démontre. Il n'existe aucun article publié dans aucune revue scientifique qui conclue : «le VIH est la cause du SIDA»». Ce qui n'empêche pas plusieurs équipes scientifiques de travailler sur un vaccin «magique», dont les médias nous promettent régulièrement, depuis vingt ans, la sortie prochaine et qui, selon le directeur de l'Agence française de recherche contre le sida, serait effective en 2010 avec une efficacité de l'ordre de 50% !

Une vingtaine d'années plus tard, cette pandémie immunitaire garde donc tout son mystère. L'émission «contre-enquêtes» sur France 2, en avril 2004, a tenté de le lever, malgré les nombreuses réticences. En plein week-end du Sidaction, elle a diffusé, le vendredi soir à 22 heures 45, un film de 120 minutes intitulé «La piste vaccinale du sida». Il abordait longuement un certain rétrovirus du singe, le virus SV40, que nous évoquerons ultérieurement à propos d'un vaccin vietnamien contre le virus H5N1, cultivé sur cellules de reins de singe.

L'étrange explosion de Pneumopathies dites communautaires

Curieusement, depuis le milieu des années 90, la fréquence globale des pneumopathies dites communautaires semble s'être accrue notablement dans le monde occidental. Par souci de clarté, nous dit-on, on distingue arbitrairement et artificiellement les pneumopathies atypiques et typiques, ces dernières étant liées essentiellement au Pneumocoque, à l'Haemophilus, au mycoplasme, ou à la légionelle.

Les facteurs de risques que sont l'immunodépression, le diabète, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale ou encore l'hospitalisation dans l'année pour les personnes de plus de 65 ans progressent notablement, il est vrai, depuis une vingtaine d'années, avec l'urbanisation et ses pollutions, l'alimentation de plus en plus carencée et raffinée, la sédentarité, etc....

La fréquence annuelle de ces pneumopathies dites communautaires est ainsi estimée à deux à trois millions aux Etats-Unis, et «seulement» 100 000 à 200 000 en France, alors que l'on pourrait en attendre quatre fois plus, les conditions de vie étant assez voisines de celles des Etats-Unis.

Plus de 15% des personnes atteintes seraient hospitalisées, soit 16 000 à 30 000 hospitalisations en France chaque année et entre 300 000 et 450 000 hospitalisations aux Etats-Unis. Ces chiffres sont pour le moins discordants, puisqu'on pourrait s'attendre proportionnellement, en France, à plus de 60 000 à 90 000 hospitalisations... En outre, les résistances aux traitements antibiotiques contre le pneumocoque, qui atteignaient déjà 36% des souches en 1995, progressent régulièrement, doublant quasiment en dix ans.

La mortalité étant estimée officiellement en France à 14% des hospitalisés, il y aurait donc entre 2 500 et 4 500 décès en France, mais sans doute bien davantage si l'on se réfère aux chiffres fournis par le Canada, Hongkong ou les Etats-Unis. Pour la seule année 1996, on déplora ainsi 7 627 décès au Canada, liés à la grippe ou à la pneumonie.

Décès par :	Pneumopathie	Grippe
1999	62 065	1 665
2000	63 548	1 765
2001	61 777	257
2002	65 231	753

Mortalité aux Etats-Unis par Pneumopathie et Grippe

Notons au passage que les décès par grippe, aux Etats-Unis, seraient au minimum deux fois moins élevés que les chiffres avancés par les autorités françaises, lors de la promotion de la campagne annuelle de vaccination contre la grippe. Si l'on se réfère aux chiffres américains, qui ne sont pas des estimations, on pourrait s'attendre, pour la France, à environ 400 morts et non 2 500 à 4 000 morts si l'on en croit les médias, ou même 6 000 chaque année selon les propos tenus dans Riposte, sur France 5, par Jean de Kerguziau de Kervasdoué, historien de la médecine... Mensonges bien innocents qui profitent bien évidemment à la psychose, aux fabricants de vaccins et à leurs actionnaires.

Notons également que l'incorporation au calendrier vaccinal du nourrisson, aux Etats-Unis, du vaccin contre les infections à pneumocoque, en février 2000, n'a pas réduit la mortalité par pneumopathie à pneumocoque. Malgré son coût élevé (232 dollars pour 4 doses), ce vaccin n'a donc eu aucun effet positif sur les économies de santé, contrairement aux conclusions de certaines études américaines financées, il est vrai, par l'industrie pharmaceutique.

Du retour de l'épizootie à la panzootie aviaire

La menace du SRAS à peine éloignée, la fréquence accrue des pneumopathies communautaires restant inexpliquée, la peste aviaire A/H5N1, ce SRAS ailé, Mercure des temps modernes, revient alors avec force sur le devant de la scène médiatique, avec la découverte d'un premier foyer dans une ferme près de Séoul, en décembre 2003, avant de s'étendre rapidement au reste du pays.

En l'espace de quelques semaines, des foyers simultanés de virus H5N1 dévastent les élevages de volailles domestiques au Cambodge, en République Populaire de Chine, en Indonésie, au Japon, en RPD du Laos, en Thaïlande et au Vietnam. Après des abattages en masse et des campagnes de vaccination ciblées, cette «première vague» semble maîtrisée en mars 2004. Cependant, dès le mois de juin, de nouvelles flambées sont signalées en Thaïlande et au Vietnam.

Pour l'année 2004, 45 personnes - le plus souvent en contact avec les volailles - ont présenté une grippe de type H5N1. 32 décès seront à déplorer.

Fin 2004, la situation s'aggrave à nouveau, avec la découverte, chez les volailles, de nouveaux foyers et de plusieurs décès chez l'homme, au Vietnam, tandis que les premiers cas humains sont signalés au Cambodge, avec une recrudescence de l'épizootie dans certaines provinces en Thaïlande, ainsi que dans le nord-ouest de la République Populaire de Chine. La République populaire démocratique de Corée rend compte officiellement de la première flambée de grippe aviaire concernant un grand nombre de volailles, dans des élevages commerciaux. L'Indonésie confirmera son premier cas humain en juillet 2005, alors que six mois auparavant, toute cette région était dévastée par le Tsunami.

La Mongolie, puis la Sibérie et la Russie, sont à leur tour touchées durant l'été 2005. À tort ou à raison, les

oiseaux migrateurs sont alors montrés du doigt.

La barrière de l'Oural est franchie à la mi-août : 7 régions russes sont ensuite touchées. En Septembre et octobre 2005, les premiers foyers sont signalés en Grèce, Roumanie, Croatie, puis en Turquie

Tandis que les premiers cas humains - non asiatiques - sont diagnostiqués en Turquie à la mi-janvier 2006, l'épizootie, qui devient panzootie, atteint l'Inde, l'Afghanistan, l'Afrique (Nigeria, Niger, Egypte). Plusieurs pays d'Europe occidentale (France, Allemagne, Slovénie, Italie, Suisse, Autriche, Hongrie) déclarent également des cas d'infection chez des oiseaux sauvages, avant que le premier foyer d'élevage de dindes ne soit touché dans l'Ain en France, en février, suivi le lendemain du premier foyer en Suède, dans un élevage de canards colverts, où 500 canards et 150 faisans seront abattus.

L'OMS souligne l'«expansion géographique rapide» de la maladie, avec quinze nouveaux pays touchés en deux mois, depuis début février 2006. Selon le directeur général de l'Organisation mondiale de la santé animale, Bernard Vallat, «nous assistons à une évolution rapide de la situation, la transformation d'une épizootie en panzootie. À l'exception de l'Australie et la Nouvelle-Zélande, le reste du monde est directement exposé. Différentes pistes permettent de redouter la contamination des oiseaux du continent américain.»

Notons que pour la première fois depuis le déclenchement de cette panzootie, des porcs, localisés à une quarantaine de kilomètres de Jakarta en Indonésie, avaient été infectés par le virus H5N1 en juillet 2005. Plutôt que d'abattre l'ensemble du troupeau, soit 200 porcs, les autorités avaient préféré procéder à une «dépopulation sélective», se limitant aux 18 bêtes infectées. Trois personnes, résidant à moins de 15 kilomètres de ce foyer d'infection, décédèrent de la grippe aviaire par la suite.

Fin août 2006, la FAO confirme la présence de la maladie dans 55 pays d'Afrique, d'Asie et d'Europe. Les rapports de surveillance indiquent cependant un ralentissement du taux d'infection parmi les volailles, sauf en Chine, où les autorités continuent d'identifier des dizaines de foyers de la souche H5N1 de la grippe aviaire, malgré la mise en route de la vaccination de ses quinze milliards de poulets depuis octobre 2005.

Pendant ce temps, une forme bénigne du virus H5N1 de la grippe aviaire est décelée sur des canards sauvages, en Pennsylvanie aux Etats-Unis. Des colverts, testés positifs au virus H5N1 de la grippe aviaire le 18 août, dans le comté de Crawford, n'ont pas montré de signes de la maladie. Ils ne semblent donc pas avoir été exposés à la forme hautement pathogène du virus qui a ravagé l'Asie et qui perdure en Thaïlande et en Indonésie. Selon le département américain de l'Agriculture, «il est possible que ces oiseaux n'aient pas été infectés par le virus H5N1, mais par deux formes distinctes de virus de la grippe, l'un contenant la souche H5 et l'autre la souche N1» !

De nombreux responsables vétérinaires pensent néanmoins que la forme mortelle du virus H5N1 devrait atteindre les Etats-Unis courant 2006. Ce qui n'était toujours pas le cas en novembre... 2009.

Si les USA ne sont toujours pas touchées en 2009, l'épizootie devenue panzootie reste endémique dans quatre pays : la Chine, l'Indonésie, le Vietnam et l'Egypte.

Alors qu'en novembre 2006, on déplorait 258 contaminations humaines et 153 décès, soit une mortalité de 60%, le bilan fait état, en mai 2009, de 144 nouvelles contaminations touchant la Chine (17 cas et 11 décès), l'Indonésie (67 cas et 59 décès), le Vietnam (16 cas et 14 décès) et enfin l'Egypte (44 cas et 16 décès).

Mise à part l'Egypte, la mortalité en Asie est passée de 60% en novembre 2006, à 84% en 2009. Cette augmentation pourrait être liée à une résistance accrue au Tamiflu, déjà observée notamment au Vietnam, voire à une virulence plus élevée du virus H5N1.

Le mystère de la vaccination «préventive» en Chine, en Indonésie, au Vietnam et en Egypte

Le «SRAS» à peine résolu, la propagation rapide de l'épidémie de grippe aviaire, dans le Sud-Est asiatique, va mettre une nouvelle fois la gestion des crises sanitaires en République Populaire de Chine au centre des préoccupations des experts. Début 2004, le quotidien britannique Time faisait d'ailleurs état de témoignages de journalistes chinois, affirmant que le gouvernement cachait l'existence de contaminations humaines.

Tandis que ces accusations étaient qualifiées d'«irresponsables et sans fondement» par Pékin, une équipe de télévision française de la chaîne France 2 fut obligée, début février 2004, d'interrompre son reportage, alors qu'elle filmait des opérations de vaccination de volailles dans la commune de Changping, au nord-ouest de la capitale chinoise.

Ce sujet est, il est vrai, particulièrement sensible pour les autorités chinoises, puisque la vaccination massive des volailles dans leur pays avait fait l'objet, quelques jours auparavant, d'un article critique paru dans la revue britannique, le New Scientist.

Après l'abattage de tous les poulets d'Hongkong, destiné à arrêter l'épisode de grippe aviaire H5N1 en 1997, les producteurs de Chine méridionale auraient en effet commencé à vacciner massivement leurs volailles, avec un vaccin à base de virus H5N1 inactivé.

Or, les souches virales qui sévissaient en Corée et au Vietnam, en fin d'année 2003, début 2004, étaient très similaires. Klaus Stöhr, responsable de la grippe à l'OMS, a ainsi reconnu que «des échantillons prélevés au début de l'année dernière contenaient exactement la même souche», sans en dire plus sur leur origine, tandis que dans leurs commentaires, d'autres experts ont suggéré qu'il s'agissait de la République Populaire de Chine.

Dès lors, ces campagnes de vaccination massive auraient eu l'effet contraire de celui escompté, facilitant la diffusion insidieuse du virus, qui aurait pu gagner en virulence par le jeu de mutations favorisées par la vaccination. Selon le New Scientist, cette vaccination massive «pourrait avoir été une erreur. Si le vaccin ne correspond pas bien

au virus, le virus peut continuer à se multiplier alors que la plupart des animaux ne montrent aucun signe de la maladie»!

On peut se demander comment un vaccin élaboré à partir d'une souche ancienne pourrait bien correspondre au virus qui aura, entre temps, subi régulièrement de nombreuses mutations !

Tout en récusant cette accusation «totalement inexacte, dénuée de preuves», Pékin commencera cependant à admettre que, dans un grand pays comme le sien, des «problèmes de communication» entre les responsables locaux et nationaux puissent se manifester, comme lors de la notification des cas de SRAS un an auparavant. Mais pourquoi, dès lors, a-t-on développé des campagnes de vaccinations, ciblées dès le début de l'année 2004 dans les premiers pays touchés, l'épizootie semblant enrayée en mars pour reprendre son évolution en juin ?

Pourquoi, dès le mois d'octobre 2005, la Chine, en accord avec l'OMS, l'OIE et la FAO, a-t-elle recommencé à vacciner ses 15 milliards de poulets, sans réduire pour autant la progression des foyers de grippe aviaire parmi ses volailles, puisqu'en septembre 2006, elle reconnaissait avoir dû procéder à l'euthanasie de millions de têtes de volailles, pour tenter d'endiguer la progression du virus...

De son côté, le Vietnam a connu un tel niveau d'infestation en 2004, que la stratégie d'éradication par abattage n'était plus jouable. Pour Joseph Domenech de la FAO, «Nos recommandations de passer directement à la vaccination avaient alors été très imparfaitement entendues, pour diverses raisons, et notamment ces préjugés selon lesquels la vaccination animale était dangereuse, insuffisamment efficace et de nature à donner de fausses certitudes (...) La vaccination n'est ni la panacée ni un outil de facilité ; mais, dans le cas du Vietnam, elle était inévitable. Il aurait fallu abattre la quasi-totalité des volailles pour se débarrasser du virus, et, au surplus, l'on n'y serait jamais arrivé».

Le Vietnam s'est donc résolu à engager des campagnes de vaccination massives, tout comme l'Indonésie. Chez ce dernier, le Centre d'étude des maladies infectieuses de l'université de Kobe, au Japon, a étudié plus de 400 cochons, dans quatre Etats d'Indonésie, et découvert le virus H5N1 chez plus de 50 bêtes. Comme le porc peut porter aussi bien des virus de volailles que ceux qui affectent les hommes, les spécialistes japonais redoutent fort que le H5N1 ne mute en une nouvelle forme de virus chez les porcins et qu'il ne se transmette aux hommes, avec une virulence beaucoup plus grande que celle du virus qui sévit au Mexique (quotidien japonais Yomiuri Shimbun, 29 avril 2009).

Coïncidence troublante, la grippe H5N1 reste endémique en Egypte et dans les trois pays d'Asie qui vaccinent leurs poulets. Les autres pays d'Asie, initialement contaminés, telle la Thaïlande qui avait pourtant nié la réalité de la crise, sont débarrassés de ce fléau en ayant refusé la vaccination de leurs élevages !

Bernard Vallat, Directeur général de l'OIE, avait pourtant cru bon de rappeler qu'il faut faire attention avec la vaccination. «Si elle est mal pratiquée ou si le vaccin est de mauvaise qualité, l'immunisation n'offre qu'une protection partielle (...) Il ne faut surtout pas immuniser les animaux malades ou en incubation».

L'échec de la vaccination animale est manifestement patent en 2009, avec la persistance de foyers en Chine, en Indonésie et au Vietnam, qui doivent de plus déplorer 100 nouveaux cas humains depuis fin 2006 dont 84 décès. A l'évidence, la résistance aux antiviraux s'est accrue, tandis que la vaccination a peut-être favorisé la sélection de virus plus virulents, par le constant phénomène de commutation qui fait très peur au Dr Mohammed Kheir Taha, directeur adjoint du service des méningocoques à l'Institut Pasteur et que l'OMS préfère ignorer...

De plus, ces campagnes de vaccination ne sont peut-être pas étrangères à la découverte du virus H5N1 chez 50 porcs sur les 400 analysés récemment en Indonésie, pays où l'infestation de 18 porcs avait déjà été observée en 2005...

Or, le porc est considéré comme le creuset pour donner naissance à une nouvelle souche très virulente «pandémique» pour l'homme...

Alors que nous mettons au point des armes sophistiquées,
vous voulez faire la guerre avec de simples seringues ? ...

C'est de la concurrence déloyale !



www.bickel.fr

CHAPITRE III

LA GRIPPE PORCINE A/H1N1

*«La vérité, c'est l'humilité»
Ste Thérèse de Lisieux*

Dans le scénario «Pandémie aviaire» présenté par l'OMS depuis 2004, aucune mutation du virus H5N1 n'avait pu entraîner une transmission interhumaine durable. La découverte d'une épidémie de grippe porcine H1N1 au Mexique, puis aux Etats-Unis, pourrait-elle être l'origine de la pandémie que craint tellement l'OMS, que certains semblent presque souhaiter et contre laquelle les pays occidentaux ont déjà beaucoup investi ?

Le 24 avril 2009, Mme Fadéla Chaïb, porte-parole de l'Organisation mondiale de la santé, annonce à la presse qu'«il y a aujourd'hui environ 800 cas suspects de grippe porcine, avec 57 morts, dans la région de Mexico. Des cas similaires ont été découverts dans la région de San Luis Potosi, dans le centre du Mexique où 24 patients ont été dénombrés, dont trois sont morts. Aux États-Unis, il y a un total de sept cas avérés ; cinq en Californie et deux au Texas. Les souches des virus ont la même structure génétique dans tous les cas.»

Les premiers signes de l'épidémie ont été relevés au Mexique, à la fin du mois de mars, avec un pic en avril, selon la même source qui ne signale pas le lancement d'une campagne de vaccination contre la grippe saisonnière autour de la Gloria, dans l'état de Veracruz, qui se révélera être le point de départ de cette épidémie... Dans un premier temps, le Mexique a cru qu'il ne s'agissait que d'un virus humain saisonnier tardif. Mais la découverte d'une vingtaine de cas au Kansas, en Californie, au Texas et dans l'Ohio, chez des personnes jeunes n'ayant pas de contact avec des animaux, a permis d'établir très vite, qu'il s'agissait d'un nouveau virus A/H1N1, auquel les réactifs pour détecter les sous-types viraux humains les plus fréquents ne réagissaient pas. «Les patients au Mexique sont en général de jeunes adultes qui ne souffraient auparavant pas de maladies connues», précise la porte-parole de l'OMS.

Le gouvernement mexicain a ordonné la fermeture totale des écoles et universités publiques et privées de la ville de Mexico, et de l'Etat de Mexico, pour enrayer la propagation de la maladie. Il a lancé sur la ville de Mexico, dès le 23 avril, une campagne massive de vaccination contre la grippe saisonnière ; une partie du virus H1N1 étant en effet contenue dans le vaccin humain contre la grippe saisonnière. Compte tenu de la distance antigénique entre les virus porcins et humains, une protection croisée semble cependant très improbable, tandis que l'on ne peut écarter à l'inverse une aggravation de cette épidémie...

Grippe porcine, nord-américaine ou A/H1N1 ?

Le 24 avril, le ministre mexicain de la Santé, José Angel Cordova, signale qu'«il s'agit d'un virus du porc qui a muté et qui a été transmis à l'homme». D'où le terme de grippe porcine, qui justifie l'inquiétude de l'OMS, puisque les porcs peuvent servir de «creuset» pour donner naissance à une nouvelle souche très virulente pour l'homme, en combinant les matériels génétiques de la grippe porcine et de la grippe aviaire.

Ce même jour, l'OMS rappelle que «les porcs ont été impliqués dans l'apparition des nouvelles souches virales responsables de deux des pandémies de grippe du vingtième siècle». L'appareil respiratoire des porcs est en effet «doté de récepteurs qui les rendent sensibles à l'infection à la fois par les virus humains et les virus aviaires». «Le nouveau virus (qui résulterait d'un tel échange de matériel génétique) et qui ne serait pas reconnu par le système immunitaire humain, pourrait potentiellement provoquer une pandémie s'il gardait suffisamment de gènes du virus humain pour permettre une transmission interhumaine efficace et s'il entraînait une pathologie grave», selon un des scénarios envisagés par les scientifiques de l'organisation.

Les experts des Centers for Disease Control (CDC) d'Atlanta considèrent ces patients comme des cas humains probables de grippe porcine. En effet, les virus grippaux du porc peuvent infecter les humains, même si c'est un événement rare. Des études récentes de chercheurs vétérinaires américains ont établi que 15 à 25 % des fermiers qui élèvent des porcs ont été infectés, sans le savoir, par des virus de cochons, ainsi que 10 % des vétérinaires. Et 30 à 50 % des élevages de porcs américains sont infectés par l'un ou l'autre des virus porcins. En est-il de même dans le cas du Mexique ? Comme nous le verrons plus loin, des élevages industriels de porcs pourraient bien être impliqués dans la genèse de cette épidémie, qui sera très rapidement qualifiée de pandémie...

Mais ce nouveau virus échappe à cette logique. Tout d'abord, comme l'annonçait, peut-être un peu rapidement dès le 27 avril, l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), «à ce jour, le virus H1N1 n'a pas été isolé chez l'animal. Il n'est donc pas justifié d'utiliser l'appellation grippe porcine». L'OIE préfère la dénomination de grippe nord-américaine. Ensuite, la quasi-totalité des cas humains sont des jeunes adultes urbains, qui n'ont jamais été en contact direct avec le H1N1. (Le Figaro, 27 avril).

De nombreuses voix se sont également élevées pour récuser l'appellation de «grippe porcine», officiellement adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), invoquant notamment les conséquences économiques considérables pour les producteurs de porcs, dont certains commencent à être touchés. C'est le cas de la commission européenne, redoutant un effondrement des marchés du porc, ainsi que des producteurs de porcs brésiliens, qui ont demandé à l'OMS de rebaptiser la grippe en «nord-américaine» «ou mexicaine», afin d'éviter d'énormes pertes financières du secteur. Aux Etats-Unis, des responsables américains insistaient également sur le fait que «ce n'est pas une crise d'origine alimentaire», ajoutant qu'ils étudiaient la possibilité de changer le nom de la grippe.

A la demande de l'OMS, on ne parle donc plus que de la grippe A/H1N1, bien que les analyses génétiques, effectuées très rapidement sur ce nouveau virus H1N1, montrent qu'il s'agit bien d'un réassortiment entre deux virus du porc.

Les biologistes américains ont rapidement élucidé la séquence totale du virus en question. Celui-ci mélange certains éléments de deux virus H1N1 classiquement présents chez le porc; le virus H1N1 «classique», endémique aux États-Unis, et la souche dite eurasiennne «avian-like», qui a remplacé la souche classique chez les cochons européens.

Pour être tout à fait précis, un virus grippal de type A comporte toujours huit segments d'ARN qui se mélangent comme des cartes que l'on bat, selon les termes de la virologue Sylvie van der Werf (voir en annexe).

Une porcherie industrielle montrée du doigt

Des lanceurs d'alerte américains, l'Associated Press, ainsi que la presse anglo-saxonne, vont développer le rôle troublant que pourrait avoir joué une méga-porcherie dans la genèse de cette grippe porcine. Huit jours plus tard, le 4 mai, le quotidien Le Monde fera de même, sans oublier de publier, le même jour, une interview de Philippe Vannier, directeur de la santé animale et du bien-être des animaux à l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments.

Pour ce dernier, directeur de la santé animale et du bien-être des animaux à l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, «le développement des élevages intensifs n'augmente pas le risque de propagation» tandis qu'«une publication scientifique d'une équipe chinoise, datant de 1994-1995, rapporte que trois virus différents ont été isolés chez des porcs asiatiques, qui contenaient les séquences génomiques trouvées dans le virus H1N1. On peut donc penser que la recombinaison s'est produite en Asie, où les conditions d'élevage mettent à proximité les trois espèces.»

Si son titre fait état «à la Gloria, des habitants accablés par la pollution», l'article de Joëlle Stolz, envoyée spéciale du Monde, mentionne Edgar, cet enfant mexicain de cinq ans, qui est peut-être la première personne à avoir été infectée par le nouveau virus de la grippe A/H1N1 et qui a surmonté la maladie, début avril, grâce à la prise de paracétamol, et non de Tamiflu... «Mais son cas soulève des questions : comment a-t-il été contaminé, alors qu'il n'a jamais quitté la vallée ?», souligne la journaliste. «Y a-t-il un rapport entre l'apparition de la nouvelle grippe et l'épidémie d'affections respiratoires qui a touché cette communauté de trois mille personnes, obligeant les autorités de l'Etat de Veracruz à intervenir, début avril, pour repousser à grand renfort d'insecticides l'invasion de mouches dont se plaignaient les habitants ? Peut-on relier ces problèmes sanitaires et l'activité de l'omniprésente entreprise Granjas Carroll (GC), une filiale mexicaine de l'américaine Smithfield, numéro un mondial de la production et de la transformation de viande de porc, qui a installé depuis quinze ans 72 élevages dans la vallée de Perote, dont une dizaine à proximité de La Gloria ?»

La journaliste signale que l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture, la FAO, a envoyé des experts au Mexique afin de contrôler la santé des porcs. Des bataillons de virologues vont ainsi tenter de reconstituer la chaîne qui a donné naissance au virus A/H1N1. Elle note aussi que les autorités de Veracruz, gouverné par le vieux Parti révolutionnaire institutionnel (PRI, centre gauche), s'efforcent de calmer le jeu par ce qui ressemble à de la manipulation, voire de la corruption. «Coiffé d'une casquette rouge, la couleur du PRI, le gouverneur n'hésite pas à sortir de sa poche cinq billets de 1 000 pesos - cinq cents fois le salaire quotidien des habitants de Perote qui travaillent comme ouvriers dans les usines textiles de la région de Puebla - pour aider un villageois, avant de s'envoler dans son hélicoptère, rouge lui aussi. Il l'a répété : l'hypothèse d'une responsabilité de GC n'est qu'une rumeur malveillante.»

Les journalistes, contraints de se doucher et de revêtir combinaison blanche, bottes, masques et bonnets, avant de pénétrer dans cet élevage modèle et géré par ordinateur, notent la présence «de larges bassins où sont recueillis les déchets. Sans oublier les biodigestores, des cuves cimentées qui servent de cimetières porcins, avec des cheminées pour évacuer les gaz. Il faut ouvrir l'une des rares cuves non cadenassées pour sentir les charognes en décomposition. «Ces derniers jours, l'entreprise a fait un grand nettoyage, procédé à des fumigations», explique Gonzalo, un habitant de la région, qui se plaint comme bien d'autres de la peste et des mouches.»

Chacune de ces porcheries utilise au moins 25 000 litres d'eau par jour. «Les cochons ont droit à trois douches quotidiennes, alors que l'eau manque dans la vallée !», accuse Dulce Maria Vazquez, avocate des protestataires, dont huit sont inculpés de diffamation ou d'obstruction des voies de communication, alors que la plupart des bassins

d'oxydation ne sont pas étanches et que les déchets des porcheries contaminent la nappe phréatique, à seulement 10 mètres de profondeur. La journaliste termine son article en rappelant le passé de Smithfield, condamnée en 1996 aux Etats-Unis à une amende de 12,6 millions de dollars pour avoir pollué une rivière de Virginie. Cette grosse multinationale ferait l'objet aux USA de 22 000 chefs d'accusation pour violation des lois de l'environnement.

Quelques jours avant la publication de cet article critique pour l'industrie du bétail, Le Nouvelliste, revue canadienne, The Independent et The Observer, suivis par The New York Times, pousseront les investigations beaucoup plus loin.

S'appuyant sur l'Associated Press (AP), le Nouvelliste nous apprend que «l'épidémie de grippe porcine qui est en train de gagner le monde pourrait prendre ses origines d'un petit village de 3000 habitants au Mexique appelé La Gloria.» Selon l'AP, plus de 450 résidents de La Gloria souffrent de problèmes respiratoires, qu'ils attribuent à des déjections porcines d'une ferme, copropriété d'une compagnie américaine, située tout près du village. Les premiers cas à La Gloria dateraient de la fin mars, alors qu'un sixième de la population de l'État côtier de Veracruz s'est mis à se plaindre d'infections respiratoires.» Une campagne de vaccination contre la grippe fut alors lancée.

En voyant les reportages à la télévision sur la grippe porcine, les résidents ont raconté que «les symptômes dont ils souffraient étaient les mêmes que nous avons ici.» L'Associated Press signale que la moitié des habitants de La Gloria vivent et travaillent dans le ville de Mexico durant la semaine et auraient ainsi pu répandre la grippe porcine humaine dans la capitale.

D'autre part, selon la même agence de presse, les résidents de la petite communauté se plaignent depuis des années des odeurs fétides provenant d'une des fermes et soupçonnent que leur eau potable est contaminée. L'AP ajoute que les autorités municipales ont réussi à retracer la source de l'éclosion. Il s'agirait, selon elles, d'un moustique qui se reproduit dans les déjections porcines. Selon le professeur Jacques Boisvert de l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui est microbiologiste et expert en matière d'insectes piqueurs, cette hypothèse de l'intervention des moustiques dans le cas de la grippe porcine humaine est à peu près impossible. De nombreuses conditions seraient en effet nécessaires pour que cela puisse marcher. «Par exemple, le virus intact doit traverser l'intestin du moustique, se développer dans l'hémolymphe (l'équivalent du sang) et se rendre jusqu'à la trompe.... Bref, un virus fragile comme l'influenza aurait très, très peu de chances de passer au travers toutes les étapes.» Nuançant ses propos, il ajoute cependant : «Sauf qu'à un moment donné de l'évolution.... des micro-organismes (parasites, bactéries et virus) se sont adaptés à un hôte vecteur (dans ce cas les moustiques) avec les résultats qu'on voit aujourd'hui (VNO, malaria, dengue etc).»

De son côté, le Département de l'agriculture mexicain affirme que les inspecteurs n'auraient trouvé aucun signe de grippe porcine autour des fermes à Veracruz, aucun porc infecté n'ayant été trouvé au Mexique. Mais le gérant des fermes de Granjas, Victor Ochoa, a reconnu à l'AP qu'aucun inspecteur du gouvernement n'est venu sur ses fermes pour y détecter la grippe porcine!!!

La suspicion est donc loin d'être levée. Est-il nécessaire de rappeler les études récentes de chercheurs vétérinaires américains, qui ont établi que 15 à 25 % des fermiers qui élèvent des porcs ont été infectés, sans le savoir, par des virus de cochons, ainsi que 10 % des vétérinaires? Et 30 à 50 % des élevages de porcs américains sont infectés par l'un ou l'autre des virus porcins. N'en serait-il pas de même au Mexique ?

Dans deux articles de fond très documentés, Johann Hari dans The Independent et Mike Davis dans The Observer accusent les méthodes de l'industrie agro-alimentaire qui favorisent les épidémies virales. Les exploitations qui confinent ensemble des milliers d'animaux stressés, souvent blessés et malades, dans des conditions déplorables, sont des terrains de prédilection pour les mutations et les évolutions rapides des virus.

The Independent cite le Docteur Michael Greger, responsable du secteur Santé Publique et Agriculture Animale de la Humane Society, aux Etats-Unis, qui avertit : «rassemblez tout ceci, et vous créez un environnement parfait pour ces souches résistantes. Si on voulait créer une pandémie mondiale, il faudrait construire le plus d'élevages industriels possible. Voilà pourquoi le développement de la grippe porcine n'est vraiment pas une surprise pour les professionnels de la santé publique. En 2003, l'American Public Health Association - la plus ancienne et la plus importante au monde - a appelé à un moratoire sur les élevages industriels parce qu'elle entrevoyait que quelque chose allait arriver. Il faudra sans doute quelque chose d'aussi sérieux qu'une pandémie pour nous faire prendre conscience du coût réel de l'élevage industriel.»

De nombreuses études détaillées sur les élevages industriels, parues ces dernières années, viennent appuyer cet avis. C'est le cas des scientifiques de l'agence nationale des instituts de santé publique américaine (NIH) pour qui «les élevages fortement concentrés ayant tendance à rassembler d'importants groupes d'animaux sur une surface réduite, facilitent la transmission et le mélange des virus.» (Mary J. Gilchrist, Christina Greko, David B. Wallinga, George W. Beran, David G. Riley and Peter S. Thorne, «The Potential Role of CAFOs in Infectious Disease Epidemics and Antibiotic Resistance» ; Journal of Environmental Health Perspectives, 14 Novembre 2006). Trois ans plus tôt, Science Magazine avait sonné l'alarme en montrant que la taille croissante des élevages industriels et l'usage répandu des vaccins qui y est fait, accéléreraient le rythme d'évolution de la grippe porcine (Bernice Wuethrich, «Chasing the Fickle Swine Flu», Science, Vol. 299, 2003).

Il est intéressant de signaler que l'OMS évoquait, dans son Bulletin N° 31 du 2 mars 2004, l'efficacité variable des vaccins dans la lutte contre la grippe aviaire au Mexique. «Au Mexique, la dernière flambée de grippe aviaire hautement pathogène a eu lieu en 1995, l'agent causal, la souche H5N2, n'a jamais été complètement éliminée du pays dans sa forme actuelle, faiblement pathogène, malgré des années d'efforts, en particulier l'administration de plus de deux milliards de doses de vaccins à l'efficacité variable.»

Le docteur Ellen Silbergeld, professeur des sciences de la santé environnementale à la Johns Hopkins University, en est également arrivée à la conclusion qu'il y a un «lien très fort» entre les élevages industriels et les nouvelles formes de grippe plus puissantes que nous connaissons aujourd'hui. «Au lieu que le virus ne dispose que d'un seul essai sur la roulette, il en a des milliers et des milliers, pour le même prix. C'est ce qui détermine l'évolution de nouvelles maladies. [...] les élevages industriels n'offrent aucune sécurité sur le plan biologique. Il y a des gens faisant des allées et venues sans arrêt. Si vous vous tenez à quelques kilomètres sous le vent d'un élevage industriel, vous pouvez facilement attraper des virus pathogènes. Et le lisier n'est pas toujours éliminé.»

Pour certains experts, les spéculations sur l'origine du virus mortel H1N1 n'ont plus de raison d'être. En effet, le centre d'informatique biologique de la Columbia University a analysé les virus, et estime maintenant qu'il n'y a pas émergence d'un triple virus de grippe aviaire porcine et humaine. «C'est une variante proche d'une souche connue précédemment. On peut étudier son arbre généalogique - et son aïeul était un virus qui a muté dans l'environnement artificiel d'un grand élevage industriel en Caroline du Nord.»

Pour Johann Hari, «ce n'est pas par hasard si l'on a assisté pendant les dix dernières années à une explosion de nouveaux virus, précisément au moment où l'élevage industriel s'est tellement développé. Par exemple, entre 1994 et 2001, le pourcentage de porcs américains qui vivent et meurent dans d'immenses fermes industrielles est passé de 10% à 72%. La grippe porcine, qui était stable depuis 1918, a soudain pris un essor extraordinaire pendant cette période.» De son côté, Sir Liam Donaldson, le Médecin Chef du gouvernement britannique, met à juste titre en garde : «chaque usage inapproprié [des antibiotiques] pour les animaux ou en agriculture représente une condamnation à mort potentielle pour un futur patient. Si nous poursuivons, dit-il, dans cette voie de l'industrialisation de l'alimentation animale, le SRAS (d'origine porcine), la grippe aviaire et la grippe porcine ne seront que les premières manifestations d'un siècle de mutations de virus» toujours plus virulents.

Notons aussi que l'un des ingrédients courants de l'alimentation animale industrielle - les «déchets de volaille» - , n'est qu'un mélange de tout ce qu'on peut trouver sur le sol des élevages intensifs : matières fécales, plumes, litière... auquel il faut ajouter une autre alimentation «artificielle», ainsi qu'antibiotiques et vaccinations systématiques. L'ensemble de ces conditions d'élevage constitue ainsi des «réacteurs biologiques à microbes», selon l'expression de François Renaud, directeur de recherche au CNRS.

L'industrialisation de l'alimentation animale a également son corollaire : la collusion entre les autorités et les élevages industriels. En présence des journalistes, le Gouverneur de l'Etat au Mexique propose de l'argent pour acheter le silence des paysans, tandis qu'en leur absence, ce sont les menaces de mort et la prison pour certains leaders locaux qui osent critiquer l'élevage de Smithfield. Ce ne sera, par ailleurs, que quelques jours après l'annonce officielle, par le gouvernement fédéral, de l'épidémie de grippe porcine, que sera révélé le premier cas de grippe porcine, pourtant diagnostiqué le 2 avril 2009, chez un petit garçon de 4 ans appartenant à la communauté de La Gloria et pourtant révélée de suite aux CDC par une société américaine privée d'évaluation des risques, Veratec. Les autorités sanitaires gardèrent aussi le silence sur une épidémie de grippe aviaire qui éclata en septembre 2008, parmi les volailles de la région avoisinante de La Gloria, où l'on dénombre de nombreux élevages de volailles intensifs. Marco Antonio Núñez, le président de la Commission pour l'environnement de l'état de Veracruz, révéla l'existence d'une autre épidémie de grippe aviaire, à environ 50 km de La Gloria, dans un élevage industriel appartenant à Granjas Bachoco, la plus grande entreprise de volailles du Mexique. Cette épidémie n'a pas été révélée, parce qu'on craignait les conséquences que cela pourrait provoquer pour les exportations mexicaines. Veratec en avait pourtant publiquement fait état.

De l'épidémie américaine à la pandémie mondiale

Dès le 26 avril, en annonçant l'alerte de santé publique aux Etats-Unis et la découverte de cas au Canada, les médias signalent que «la crainte d'une pandémie de grippe porcine progresse» (Reuters), comme si le scénario était déjà écrit.

Le 28 avril, Le Monde annonce que «Le risque pandémique monte d'un cran». Avec les signalements qui se multiplient à travers le monde, le nouveau virus H1N1 poursuit son expansion. Il a détrôné son cousin aviaire H5N1 sur l'échelle du risque grippal et fait monter d'un cran le niveau d'alerte pandémique, qui n'a jamais été aussi élevé. La veille, la directrice générale de l'OMS, Margaret Chan, a décidé du passage du niveau 3 à la phase 4 sur l'échelle d'alerte pandémique qui compte six degrés. «Le passage à une phase supérieure indique que la probabilité d'une pandémie s'est accrue, mais pas qu'elle est inévitable», déclare-t-elle cependant.

Le 29 avril, Le Figaro titre que «pour l'OMS, la pandémie de grippe porcine est imminente» soit de niveau 5. Nous en serions déjà à 160 morts suspects et des milliers de malades. Partout les contaminations probables ou soupçonnées se multiplient : France (25 cas suspects dont deux probables), Allemagne (3 cas confirmés), Espagne, Danemark, Autriche, Suisse, Pologne, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande (3 cas confirmés), Israël (2 cas), Costa-Rica, Chili (24 cas suspects), Colombie (42 cas). Le continent africain est à son tour touché avec deux cas suspects en Afrique du Sud, chez des personnes de retour du Mexique...

«Grippe mexicaine, la course contre la montre», titre Le Point du 30 avril. Il donne la parole au virologue Jean-Claude Manuguerra qui dirige le Comité de suivi du plan grippe. «Pour qu'il (le Tamiflu) reste efficace, il ne faudrait pas que le virus porcin se recombine avec l'une des souches dominantes de la grippe humaine saisonnière résistante au Tamiflu». Comme le précise l'article du Point, le choix est donc cornélien : plus on utilise le Tamiflu, plus on augmente le risque de résistance et donc de mutation virulente ! Le même expert rajoute que «l'objectif est de retarder l'épidémie jusqu'à ce que le vaccin soit prêt. Fermer les frontières ne sert plus à rien. Il aurait fallu le faire dès le départ pour

casser la chaîne. Chaque malade est comme une allumette capable d'embraser un nouveau foyer épidémique». Si le H1N1 échappait à tout contrôle, les experts s'attendent en France à 3 400 hospitalisations par semaine, 6 500 au pic de l'épidémie qui surviendrait une vingtaine de jours après le début de la flambée.

Une semaine après le début de la crise, «Mexique et Etats-Unis se déclarent optimistes» (Le Monde du 3 mai). Tout en signalant que la prudence devait rester de mise, le ministre de la santé mexicain estime que l'épidémie est entrée «dans sa phase de recul» au Mexique, avec une diminution des cas graves et une baisse de la mortalité ; le dernier décès remontant au 28 avril. Le nombre de victimes de la grippe porcine s'y établit à dix-neuf morts et 506 cas confirmés.

Aux Etats-Unis, deuxième pays le plus touché, le directeur des Centres fédéraux de contrôle et de prévention des maladies (CDC), Richard Besser, estime «encourageant de constater que ce virus n'avait pas l'air jusqu'à présent plus sévère qu'une souche de grippe saisonnière». Il rappelle que «la grippe saisonnière qui nous frappe chaque année tue 36 000 personnes» aux Etats-Unis. Aux Etats-Unis, le bilan américain a été porté à 226 cas confirmés (contre 160 l'avant veille), la plupart bénins, dans trente Etats.

Prudente, l'OMS indique de son côté «ne pas savoir à quel point la pandémie pouvait être grave ou bénigne», estimant que l'évolution de la situation des «prochains jours en Europe» serait déterminante.

Trois jours plus tard, le bilan s'élève à 1070 cas et 42 morts au Mexique, tandis qu'aux USA il s'élève à 403 cas et 2 décès. Le Monde du 6 mai annonce cependant dans son titre que «le pic de l'épidémie est passé, mais la grippe porcine progresse».

Les jours et les semaines se suivent, les médias décrivant la progression inéluctable de cette pandémie, tout en révélant les positions des experts en place comme nous le verrons plus loin. Trois semaines après l'apparition, au Mexique, du virus de la grippe porcine, l'épidémie franchit le seuil des 5 000 cas confirmés, selon le décompte fourni le 12 mai par l'OMS. Trente-trois pays ont signalé au total 5 251 cas d'infection par la grippe A/H1N1. Le Mexique a fait état de 58 morts, tout en assurant que la maladie était en régression... La grippe «porcine» continue aussi de progresser aux Etats-Unis, qui ont reconnu mardi 3 009 cas confirmés contre 2 618 la veille, dans quarante-cinq des cinquante Etats, et toujours trois décès ; Canada et Costa Rica faisant état chacun d'un décès.

La cellule sur les pandémies de l'OMS avertit toutefois que le nombre de cas confirmés dans le monde pourrait n'être que «la partie émergée de l'iceberg», et le nombre de cas réels bien plus élevé que les bilans officiels. Elle évalue ainsi à 23 000 le nombre de personnes contaminées au Mexique par le virus, alors que le bilan officiel des autorités mexicaines est de 2 224. Se fondant sur les «signes de résistance» de la grippe saisonnière constatés l'an dernier, l'OMS met également en garde contre une résistance du virus aux antiviraux, qui pourrait se développer après le passage de la grippe dans l'hémisphère Sud où l'hiver, propice à la propagation de la grippe, commence. Car «le virus de la grippe porcine pourrait former un cocktail dévastateur avec celui de la grippe aviaire, aujourd'hui solidement établi chez les volailles dans plusieurs pays» (AFP, 18 mai). En attendant le développement d'un vaccin et en dépit de ces craintes, l'organisation a aussi annoncé l'envoi, la semaine précédente, de 2,4 millions de doses de Tamiflu à 72 pays, dont le Mexique... ce que feront également les Etats-Unis... de quoi sans doute préparer la résistance ultérieure du virus qui aura muté !

Le 22 mai, la directrice générale de l'OMS, Margaret Chan, prévient les gouvernements qu'ils doivent se préparer à être confrontés à des cas graves de grippe A/H1N1 et à de nouvelles morts. Cette nouvelle souche grippale doit être suivie de près dans l'hémisphère Sud, où l'hiver commence et où le virus pourrait se combiner à celui de la grippe saisonnière «de façon imprévisible», souligne-t-elle en clôture de l'assemblée annuelle de l'Organisation mondiale de la santé. Selon le dernier décompte de l'OMS, la nouvelle variante du virus de la grippe H1N1 a infecté plus de onze mille personnes et en a tué quatre-vingt-six dans quarante-deux pays.

Le 5 juin, le bulletin rendu publique par l'OMS dénombre 21 940 cas confirmés, dont 125 mortels, dans 69 pays. Le passage au niveau d'alerte 6 - phase déclenchée quand deux régions du globe sont touchées par une propagation autonome du virus - serait «imminent», selon le docteur Keiji Fukuda, numéro deux de l'OMS, qui a ainsi reconnu que le monde «se rapprochait» de sa première pandémie grippale du siècle.

Après avoir annoncé que le passage à la phase d'alerte maximum, signifiant la première pandémie de grippe du siècle, était «très, très proche», l'OMS consulte, le 10 juin, les pays les plus affectés pour déterminer s'il existe des preuves scientifiques «incontestables» que le virus s'y propage localement. Le bilan fait état de 27 737 personnes touchés dans 74 pays et de 141 décès.

Bien qu'«Il n'y a pas une gravité immédiate», l'OMS déclenche finalement, le jeudi 11 juin, le niveau 6 d'alerte maximale face à la grippe A (H1N1) désormais considérée comme une pandémie mondiale, la première depuis quarante et un ans. Sa directrice générale qualifie de modérée la pandémie et ne recommande pas la fermeture de frontières, ni aucune restriction de mouvement des personnes, des biens et des services. Toutefois, le virus devrait muter et pourrait se combiner avec une souche plus virulente, ouvrant la voie à des scénarii beaucoup plus pessimistes, selon les craintes initiales de l'OMS depuis l'apparition de l'épidémie devenue pandémie qui affecte désormais 28 774 personnes dans 74 pays et en a tué 144. La situation en Australie serait, semble-t-il, à l'origine de la décision de l'OMS. Cinquième pays le plus touché au monde avec 1 263 cas, l'Australie a fait état d'«une transmission locale» dans l'Etat de Victoria au sud-est de l'Australie. Juste après cette annonce, le numéro deux de l'OMS, Keiji Fukuda, précise lors d'une conférence de presse que le virus de la grippe porcine «va circuler dans le monde entier pendant un à deux ans et va contaminer des gens sur un mode pandémique. Notre réponse doit être flexible (et) nous allons surveiller très attentivement l'évolution de la pandémie. Nous préviendrons les pays», ajoute-t-il «si on voyait la situation se calmer».

Trois jours plus tard, le 14 juin, 13 enfants d'une même classe de la banlieue toulousaine sont hospitalisés en raison de soupçons de grippe A. La présence du virus a été confirmée chez sept de ces enfants. Selon la préfecture, ces enfants n'ont pas «été en contact avec des personnes malades ayant voyagé dans une zone où circule le virus». Ces cas avérés, à Toulouse seraient donc les premiers constatés en France à ne pas être liés à un voyage à l'étranger, suggérant l'existence de porteurs sains passés à travers les mailles, très lâches, du filet.

Alors que les derniers chiffres publiés par l'INVS font état de 170 personnes atteintes en France depuis le début de l'épidémie, une fillette de 10 ans, élève de CM2 sur Paris, rentrée le 12 juin d'un voyage scolaire en Grande-Bretagne, présente le 17 juin les premiers signes, fièvre et toux notamment, et le diagnostic de la grippe A est confirmé le 19 juin. Le 23 juin, 22 autres enfants de la même classe sont porteurs du virus de la grippe A, ainsi qu'un autre enfant dans une école voisine et le lendemain 4 enfants de Créteil. Tous ont bien entendu reçu du Tamiflu, ainsi que de nombreux autres enfants dans l'attente des tests. Selon un parent d'élèves interrogé par l'AFP, «tout n'était pas fait pour éviter la propagation de l'épidémie», qui n'en finit pas de s'étendre. Mais est-ce bien étonnant, lorsqu'au départ la mise en quarantaine n'a pas été instaurée au Mexique et dans le sud américain ?

Le monde du sport n'est pas davantage épargné. Cinq joueurs de rugby français ainsi qu'un médecin ont contracté la grippe en Argentine. De retour en France, les tests confirmant la responsabilité du virus H1N1, les entraînements des clubs ont été momentanément suspendus et le Tamiflu largement prescrit. Il en a été de même à Brisbane pour plusieurs joueurs australiens mis en quarantaine. Dix jours plus tard, un joueur de l'équipe de France de retour d'Australie s'avère lui aussi grippé et reçoit du Tamiflu.

Tirant les leçons de ces hospitalisations en série - remises en cause par certains experts - qui pourraient à l'automne se compter par dizaines de milliers par semaine comme le prévoient divers scénarii, la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, annonce le 25 juin devant le Congrès de la médecine générale à Nice une évolution du plan pandémie grippale. Contrairement à ce qui était prévu jusque-là, les généralistes seront maintenant au centre de la prise en charge des patients en milieu ambulatoire. Personne ne semble pourtant s'étonner de la survenue «par hasard» de ces cas de grippe H1N1 chez une vingtaine d'enfants du même âge sur Toulouse puis sur Paris alors qu'aucun ne semble avoir été en contact avec une personne revenant du Mexique ou des Etats-Unis !

L'Institut de veille sanitaire (InVS) fera état au 3 juillet de 333 cas confirmés en France, dont 310 en France métropolitaine avec 303 cas importés ou liés à des cas importés. La survenue des quelques cas importés dans le monde du rugby par l'Argentine et l'Australie ainsi que la trentaine de cas chez des enfants sur Toulouse et Paris laissent à penser que le potentiel de personnes contaminées est beaucoup plus élevé. Avant que les premiers cas n'aient été signalés parmi eux, les rugbymen, pour ne prendre que cet exemple, ont en effet été en contact avec plusieurs centaines de personnes lors de leur retour en avion et bien davantage depuis qu'ils sont en France. Le virus étant peu virulent, le nombre de porteurs sains est sans doute déjà de plusieurs milliers rien que par le monde du ballon ovale alors que seules les personnes affaiblies contractent effectivement la grippe.

En dehors de tout catastrophisme, qui n'a pas lieu d'être, et même si «nous ne sommes pas du tout sur la même maquette épidémique dans les deux pays», ainsi que le souligne Roselyne Bachelot, ministre de la santé, la situation «privilegiée» en France pourrait très vite évoluer vers celle du Royaume-Uni avec la «transhumance» de l'été, voire avec la survenue d'une canicule fragilisant les personnes âgées. Chez nos voisins, pays le plus touché d'Europe, où près de 10 000 malades ont été signalés, la ministre de la Santé, Andy Burnham, a affirmé que la Grande-Bretagne pourrait être confrontée à plus de 100 000 nouveaux cas de grippe A(H1N1) par jour d'ici la fin du mois d'août !

Pourquoi et comment expliquer une telle différence ?

D'autre part, alors que beaucoup craignent une résistance croissante aux antiviraux - comme c'est le cas avec le virus H5N1 - et qu'il s'avère que le virus H1N1 est actuellement peu virulent, pourquoi utiliser systématiquement ces antiviraux qui permettent de guérir en une semaine, là où le placebo permet une guérison en sept jours ?

La bourse dicterait-elle les prescriptions médicales ?

Des experts inquiets entretenant l'inquiétude...

Alors que, pour la ministre de la santé française «Il faut être très attentif à l'évolution de la situation, sans pour autant céder à la panique», les experts, eux, sont débordés et manifestement inquiets. Pour le Pr Patrick Berche, chef de service à l'hôpital Necker «la situation est clairement pandémique» (Figaro du 29 avril). «Le cocktail a l'air potentiellement dangereux. Il faut être vigilant. En étant trop rassurant, on court le risque de laisser se développer une situation que l'on serait incapable de maîtriser. Inversement, en paniquant, on prendrait des décisions irrationnelles...», déclare Philippe Sansonetti, chercheur à l'Institut Pasteur et auteur d'un rapport sur la maîtrise des maladies infectieuses. Pour Dmitri Lvov, directeur de l'Institut de virologie de l'Académie russe des sciences médicales, «cela va se clarifier dans la semaine qui vient». Le risque de pandémie est cependant «très élevé», tandis que «personne n'a jamais réussi nulle part à arrêter une épidémie de grippe, c'est irréaliste».

De son côté, le Pr. Didier Raoult, chef de service de virologie à la Timone à Marseille et auteur d'un rapport sur le bioterrorisme, se montre particulièrement pessimiste : «imaginez ce qui peut se passer avec un nouveau variant et sans vaccin. On court à la catastrophe malgré nos cellules de crise et les millions dépensés pour acheter des masques».

Cet expert rappelle que si le virus de la grippe aviaire n'a jamais vraiment passé le stade de la zoonose, la grippe porcine, par contre, se développe aujourd'hui par transmission d'homme à homme. Une personne malade transmet en moyenne le virus d'une maladie infectieuse respiratoire à deux personnes ; ce taux est de vingt-trois pour

un avec la rougeole. Mais en fonction du taux de contagiosité, le virus peut se multiplier à une vitesse exponentielle. Près d'un milliard de personnes prennent l'avion chaque année. Or, une étude allemande a démontré que 72 % des passagers attrapent un virus respiratoire lors d'un vol de plus de quatre heures. Pour cet expert marseillais en maladies infectieuses, «la France est très en retard en ce qui concerne la lutte contre les infections respiratoires. Ne serait-ce que pour la grippe traditionnelle... Il existe aujourd'hui un vaccin et la plupart des gens sont immunisés contre le virus. Pourtant, c'est une maladie qui fait en moyenne 5 000 ou 6 000 morts par an en France. Les personnes âgées et les nouveaux-nés sont les plus touchés, mais tout le monde est exposé. Le jour où apparaîtra un mutant grippal dont la population n'est pas protégée par la vaccination, ce sera un désastre. Nous n'avons pas aujourd'hui les structures adéquates et nous connaissons mal les conditions de transmission.»

Pour le professeur Antoine Flahault, directeur de l'Ecole des hautes études en santé publique, cela ne fait en effet aucun doute : «au niveau épidémiologique, la pandémie est là, elle a commencé». Il appelle l'OMS à relever son seuil d'alerte au niveau 6, le dernier de son échelle. Le terme de pandémie, pour une grippe, implique en effet «une extension géographique du virus à plusieurs continents et la présence d'une nouvelle souche sur le plan immunitaire» contre laquelle les gens sont peu ou pas immunisés, rappelle-t-il (Interview accordée au Figaro le 6 juin). Ce même expert avait précédemment déclaré, lors d'une conférence à Rennes, que «près de 35 % de la population française pourrait être touchée par la grippe A/H1N1, ce qui pourrait entraîner 30 000 morts, le pic se faisant sentir après l'été» et donc avant la sortie du vaccin contre la pandémie (Le Monde, 12 mai).

Dans un entretien accordé à ce même quotidien en date du 6 juin, Patrick Lagadec, directeur de recherche à l'Ecole polytechnique, estime que le passage au niveau d'alerte 6, constituera un tournant décisif. «Ce passage confirmera la dynamique dans laquelle nous sommes installés depuis le début de la crise. Je ne suis pas dans le processus de décision, mais il me semble qu'il aurait fallu faire très vite de la réaction à la propagation du virus - même si la pandémie n'était pas déclarée - une sorte d'exercice mondial. Cela étant, dans l'implosion financière internationale, on a attendu que le niveau 6 soit dépassé pour intervenir...»

Face aux plans de lutte contre une pandémie, ce spécialiste de la gestion de crise et du risque confirme que «la communication de crise pousse à faire le plus simple possible, du genre «Mieux vaut un mauvais plan que pas de plan du tout». La plupart du temps, elle consiste à donner des stratégies clés en main aux gouvernants. Je ne dis pas que les stratégies de réponse à la pandémie sont inutiles, mais elles ne doivent pas dispenser d'une réflexion stratégique. Celle-ci s'articule autour de quatre questions : de quoi s'agit-il ? Quels sont les pièges à éviter ? Avec quels acteurs va-t-il falloir travailler ? Quelles initiatives prendre dans un environnement de nature chaotique afin d'enclencher des cercles vertueux ? Nous devons constituer ce que j'appelle une «force de réflexion rapide» transnationale, qui ne soit pas une assemblée, avec un représentant par pays...»

Notons que, plutôt que de diffuser les documents scientifiques sur la dangerosité des élevages intensifs, la presse française se contente, comme Le Monde, de publier l'opinion de Daniel Cohn-Bendit, tête de liste d'Europe Ecologie, pour les élections européennes en Ile-de-France. Remettant en cause l'agriculture industrielle, ce dernier, en bon moulin à parole, avait estimé, le mardi 28 avril sur France 2, que «l'épidémie de grippe porcine est une crise de notre mode de vie, une crise de la dégradation écologique. Toute cette agriculture industrielle aujourd'hui produit de plus en plus de folie», rappelant qu'«on avait eu la vache folle. [...] Ce qu'on mange, c'est ce qu'on donne aussi aux animaux, alors si on leur donne beaucoup d'antibiotiques et tout ça, nous devenons résistants aux antibiotiques, donc c'est une chaîne infernale qui se développe [...] en général, ce genre de maladies, ce genre de gripes sont les conséquences de nos modes de vie et donc à long terme, il faut changer nos modes de vie, à court terme il faut un principe de précaution très strict».

Cultivant la certitude au conditionnel, ces experts sont «persuadés», début juillet, que 25 % à 50 % de la population française «pourrait» être touchée à l'automne. «Dans ce cas, prédit le professeur Berche, l'épidémie sera difficile à contrôler pendant 8 à 10 semaines, durant lesquelles il faudra probablement envisager des mesures d'isolement collectives.»

Tandis que Roche, producteur du Tamiflu, l'un des deux médicaments recommandés contre la maladie, avec l'antigrippal Relenza, assure que les stocks permettent de couvrir «plus de la moitié de la population», le directeur général de la Santé, Didier Houssin, assure de son côté que si «personne ne peut dire la dynamique que va suivre l'épidémie, si elle va s'étendre ou s'éteindre comme un feu de paille», la France est «préparée depuis quatre ans» ce qui devrait permettre «de limiter les conséquences les plus néfastes», grâce au Tamiflu et à la vaccination de la pandémie.

A ceci près que la disponibilité du vaccin sera plus tardive que prévu. C'est ce qu'annonce le docteur Jean-Marie Cohen, coordinateur national du réseau des Grog : «Les plus optimistes parient pour une disponibilité en novembre-décembre, les plus pessimistes en janvier.» Sans vaccin, l'automne risquerait donc d'être difficile...

D'autres experts qui informent avec bon sens

En dehors de ces experts, le plus souvent adeptes du catastrophisme que les médias, en bonne caisse de résonance, amplifient, rares sont ceux qui préfèrent s'opposer à la panique et à l'hystérie. C'est pourquoi le remarquable article du Dr Elizabeth Rosenthal, paru dans The New York Times début mai, mérite d'être mis en exergue. Son titre, plein de sagesse, est déjà significatif : «L'Affolement, voilà l'ennemi». Ses conseils sont particulièrement judicieux. «Le lavage des mains est la première leçon de l'épidémie du SRAS à appliquer à celle de la grippe porcine, mais il y en a d'autres : les masques, qui sont le symbole même de la protection, ne sont que rarement efficaces ; et il ne faut pas non plus hésiter à sortir, car ce n'est pas dehors qu'on attrape la grippe». Ce médecin, spécialiste

de la santé publique et journaliste «ne supporte pas d'entendre parler de virus mortel à propos de la grippe A/H1N1. Jusqu'ici, rien ne porte à croire que la grippe soit courante. Il y a aussi cette phrase que j'ai souvent lue : l'OMS n'a pas encore fait état d'une pandémie. La formule serait parfaite - et communiquerait autant d'informations avérées sans préjuger de l'avenir - si elle ne renfermait pas le mot «encore».

Dans Le Figaro du 29 juin, le Pr Patrick Berche, déjà cité, sort quelque peu des sentiers battus en remarquant que, puisque le virus est plutôt bénin, on peut considérer qu'il vaudrait mieux avoir la grippe afin de s'immuniser contre le H1N1, qui risque d'être plus virulent à l'automne. L'expérience de la grippe espagnole a montré, ajoute-t-il, que ceux qui avaient eu la grippe au printemps, quand elle était bénigne, ont mieux résisté à la deuxième vague, beaucoup plus meurtrière, que ceux qui ne l'avaient pas eue. Avec bon sens, cet expert estime par ailleurs que la prescription systématique de Tamiflu à toute personne présentant des symptômes grippaux, ou ayant été en contact avec des personnes malades, telle qu'elle est pratiquée en France, n'est peut-être pas non plus aussi judicieuse qu'il y paraît. Le risque de voir se développer des résistances est en effet réel, et l'on pourrait avoir beaucoup plus besoin de ce traitement, au cours de l'automne, si le virus est plus virulent. Un premier cas de résistance a d'ailleurs été constaté le 28 juin au Danemark, par l'Institut de sérologie de Copenhague, un autre à Hongkong début juillet ...

Selon une étude de chercheurs du Massachusetts Institute of Technology (MIT) de l'université de Harvard, publiée début juillet dans la revue Science, le virus de la grippe A(H1N1) se transmet entre êtres humains, mais de façon pour le moment relativement inefficace, pour la simple raison qu'il s'accrocherait de façon restreinte aux récepteurs humains. Cette caractéristique expliquerait, selon Ram Sasisekharan, le développement de la maladie tel qu'on a pu le constater jusqu'ici : des foyers épidémiques contenus, parfois au sein même d'une famille ou d'une école (comme à Toulouse et Paris), mais pas de propagation grave à grande échelle.

Cette étude note également que la grippe A(H1N1) est plus active dans les voies gastro-intestinales que le virus grippal saisonnier, causant des troubles intestinaux et des vomissements chez environ 40% des personnes infectées. La même étude croit bon rappeler que la moindre modification de la souche du H1N1 pourrait lui permettre de devenir résistant aux traitements antiviraux actuels comme le Tamiflu.

La vaccination universelle rejetée par l'OMS

Selon le Journal du Dimanche du 30 mai 2009, la France - mais sans doute également les Etats-Unis, voire d'autres pays occidentaux - s'orienterait vers une massive campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1, à l'automne, pour un coût total d'un milliard d'euros. Après avoir commandé 50 millions de doses à GlaxoSmithKline, la France devrait en commander 50 autres millions à Sanofi et Novartis ; ces trois labos ayant par ailleurs reçu des commandes des USA, de la Grande-Bretagne... Deux injections, dont le rappel, seraient donc prévues en plus de la vaccination contre la grippe saisonnière.

Quelques jours plus tard, le Professeur Sylvie van der Werf, directeur d'une unité de recherches à l'Institut Pasteur, confirme que toute la population devrait être vaccinée contre le nouveau virus A/H1N1, dès que le vaccin, en cours de préparation, sera disponible.

«Je n' imagine pas une seconde que la diffusion s'arrête et que ce nouveau virus disparaisse comme par enchantement», estime cette spécialiste des virus à Pasteur, un des deux centres nationaux de référence pour la grippe. «Nous allons être conduits à vacciner tout le monde, au Nord, comme au Sud, dans les pays riches comme dans ceux en voie de développement. Et mon avis est que le plus vite sera le mieux, compte tenu de l'évolution actuelle.»

Elle reconnaît cependant que «nous ne sommes pas à l'abri d'un changement qui augmenterait sa virulence et sa transmissibilité. Les chercheurs sont en train de répertorier toutes les mutations «dangereuses» possibles. Nous redoutons aussi des réassortiments génétiques entre ce virus et ceux de la grippe saisonnière, et notamment avec un autre H1N1 majoritairement résistant au Tamiflu» (Le Figaro du 4 juin).

S'inscrivant en faux contre ces prises de position exprimées en France, le Dr Marie-Paule Kieny, directrice de l'unité Initiative pour le vaccin de l'OMS déclare, dans un entretien au Quotidien du médecin du 10 juin, que son organisation ne recommandera pas la vaccination universelle des populations contre le virus A/H1N1. Alors que les doses nécessaires pour une telle opération ne seraient pas disponibles avant quatre ans, l'OMS compte privilégier des actions contre les groupes à risques et surtout les traitements dits classiques. Concernant les perspectives de production des vaccins, le Dr Kieny rappelle avoir transmis, le 27 mai, les quatre souches de référence, en provenance du CDC d'Atlanta, à destination des 20 laboratoires qui fabriquent des vaccins dans le monde ; les trois plus importants (Sanofi-Pasteur, GSK et Novartis) et les 17 plus modestes. «Tous ont commencé à inoculer des œufs de poule embryonnés. Baxter est le premier à avoir déjà lancé une production cellulaire, mais c'est à partir d'une souche de virus sauvage* ... D'ici une dizaine de jours, c'est l'ensemble des industriels qui devrait être en capacité de lancer des productions en vue des essais cliniques et les premières doses devraient être disponibles à partir de septembre en nombre de doses très limité.»

A la question de la pertinence de la vaccination universelle, elle répond qu'«au rythme moyen de production que nous projetons, quatre ans seraient nécessaires pour constituer un stock de 6 milliards de doses, à supposer qu'une dose (et non deux) suffise à l'immunisation. ? La question de la vaccination universelle ne pourrait donc être envisagée ? qu'à partir de 2013, ? et encore, sans présumer d'éventuelles mutations qui surviendraient dans l'intervalle et qui nécessiteraient d'engager de nouveaux processus de mise au point. Dans ces conditions, il est exclu que l'OMS recommande une vaccination universelle [...] Nous multiplions les recherches épidémiologiques pour repérer des

groupes à risques et cibler en conséquence des vaccinations».

La ministre allemande de la Santé, Ulla Schmidt, ne tient pas un autre discours : «l'Europe doit avoir une analyse commune sur la dangerosité de la grippe porcine» et sur «les moyens de protéger les citoyennes et les citoyens» européens. «Il faut d'abord décider quel vaccin doit être produit», a-t-elle noté, en dressant une liste de questions à résoudre : «qui doit être vacciné, qui sont les groupes à risque, pour quel pourcentage de la population doit-on avoir des stocks, et comment peut-on aussi protéger les pays pauvres?» Selon elle, les discussions au niveau européen sont importantes, «sinon nous risquons d'être le terrain de jeu de l'industrie pharmaceutique».

De leur côté, après avoir reçu la souche grippale, les laboratoires se sont lancés dans une course de vitesse pour trouver un vaccin contre le virus H1N1, en espérant une vaccination systématique avec le soutien des américains, de la commission européenne à la santé et de la majorité des pays occidentaux.

La vaccination ne sera pas obligatoire en France

Contrairement à certaines rumeurs, guère surprenantes au demeurant au pays de Pasteur, et dans la mesure où on peut accorder une confiance totale à un ministre, la vaccination contre la grippe aviaire H1N1 ne sera pas obligatoire en France.

Après avoir annoncé que le vaccin contre la grippe A serait disponible à l'automne en France, la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, a en effet déclaré sur l-télé, le 3 juillet, vouloir «proposer à tous les Français qui le souhaitent la vaccination dont ils ont besoin, sans rendre cette vaccination obligatoire. Sans doute y aura-t-il un échelonnement dans la livraison, mais à la fin décembre, tous ceux qui le souhaitent pourront être vaccinés».

Par cette décision, l'Etat se libère évidemment de toute responsabilité en cas d'accidents post-vaccinaux. Les victimes ne pourront dès lors que se retourner contre le médecin-vaccinateur, à charge pour ce dernier de se retourner contre le laboratoire-fabricant, le vaccin s'avérant défectueux au sens de la directive européenne de juillet 1985 sur le droit à la consommation.

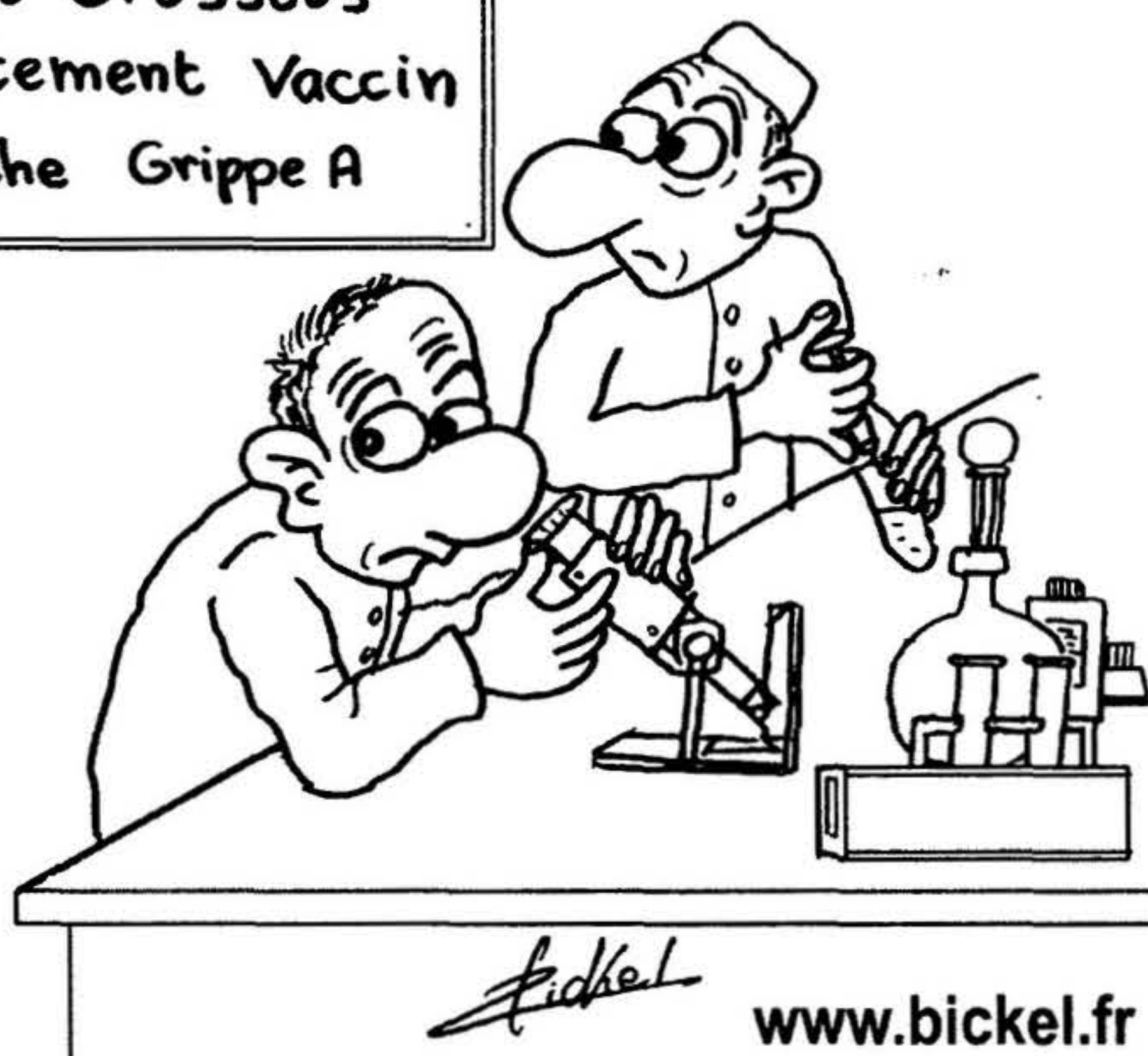
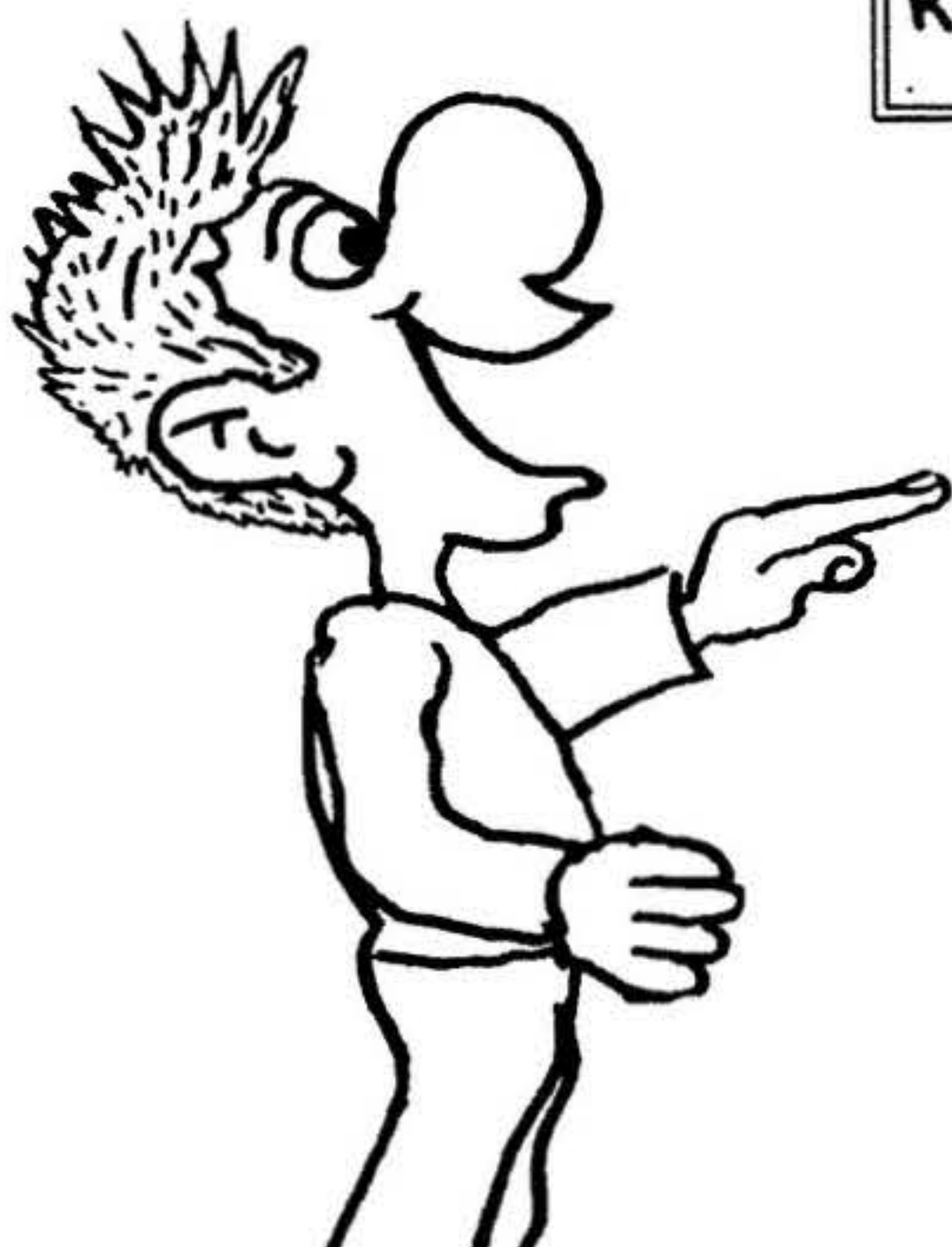
Alors que pour les autres vaccinations, une couverture de plus de 90% de la population est recherchée, les experts français, commentant la déclaration ministérielle, considèrent que vacciner un Français sur deux, soit environ 30 millions de personnes, suffirait à protéger l'ensemble de la population du pays !

* En février 2009, Baxter avait déjà mélangé par inadvertance - ou délibérément ? - un virus H5N1 (initialement non identifié, paraît-il ?) avec un virus H3N2, dans un de ses laboratoires en Autriche. Tous les furets ayant reçu le lot vaccinal contaminé sont morts. L'enquête effectuée par l'OMS a-t-elle permis de mettre en lumière les circonstances de l'incident et d'innocenter le laboratoire ?

Toujours est-il que, moins de deux mois après cet accident fâcheux, Baxter était le premier laboratoire à lancer, en toute impunité, la production cellulaire d'un vaccin contre la pandémie H1N1, à partir d'un virus sauvage H1N1. Novartis fit de même selon l'OMS. Deux questions se posent et méritent réponses : quand Baxter a-t-il commencé ses travaux sur ce vaccin, est-ce après la découverte de l'épidémie, le 24 avril ? La souche de virus sauvage H1N1, utilisée par Baxter, mais également Novartis, proviendrait-elle de la souche de la grippe dite espagnole, identifiée et séquencée en 2005 par les méthodes les plus modernes de la biologie moléculaire ?

Si vous voulez vraiment sauver des vies, faudra
trouver un vaccin contre la bêtise humaine !

Labo Grossous
Département Vaccin
Recherche Grippe A



Bickel

www.bickel.fr

CHAPITRE IV

LES VIRUS AVIAIRES EN TROMPE L'ŒIL ?

«Des chercheurs qui trouvent, on en cherche. Des chercheurs qui cherchent, on en trouve».
Charles De Gaulle

A travers la chronologie de la panzootie aviaire H5N1, puis l'évolution de la crise aviaire avec sa très hypothétique menace de pandémie H5N1 jusqu'à l'arrivée «fortuite» de la pandémie porcine H1N1, les zones d'ombre, les manipulations et les contradictions des institutions n'auront échappé à personne.

Ainsi, les pneumopathies atypiques, les pneumopathies tellement typiques que plusieurs agents responsables peuvent être incriminés (!), le SRAS où l'agent responsable n'est retrouvé que chez un faible pourcentage de malades, sans oublier les quelque quatre cents cas humains de grippe aviaire et les centaines de cas de grippe H1N1 survenant en Europe en dehors de toute contamination avec des personnes ayant séjourné au Mexique ou aux Etats-Unis, restent mystérieux.

Le polymorphisme microbien

Pour chacune de ces affections dont la symptomatologie est assez comparable, bactéries et virus, virus et bactéries se côtoient, ces dernières se manifestant souvent dans le cadre des complications ou des surinfections survenant sur un terrain fragilisé.

Ainsi, à l'instabilité génétique des virus aviaires H5N1 et H1N1, s'ajoute le polymorphisme microbien caractéristique de toutes ces affections pulmonaires dont la fréquence s'est considérablement accrue depuis une quinzaine d'années.

En reprenant l'analyse de William et Donald Scott, nous pouvons inclure sous le terme de «grippe», toute une variété de pathogènes qui, seuls ou combinés entre eux, perturbent le bon fonctionnement des cellules en différentes parties du corps. Parmi ces dangereux pathogènes, il existe diverses espèces bactériennes, virales et mycoplasmi-ques présentes dans les cellules des différents organes de l'homme. (Donald W. Scott et William L. C. Scott, The Journal of Dege-nerative Diseases, vol. S, n° 3, automne 2004)

L'entité morbide commu-nément désignée sous le nom de «grippe» attaque surtout le système respiratoire, le pathogène responsable étant un virus. Toutefois, au fil des ans, ce terme a été employé pour couvrir diverses maladies fébriles qui dépassent le cadre du système respiratoire pour affecter d'autres organes. Il existe ainsi une maladie «semblable à la grippe» provoquée par mycoplas-ma fermentans, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Le pathogène viral sur lequel on se focalise actuellement n'est en réalité que l'un des trois pathogènes qui entrent souvent en jeu dans les attaques dites grippales. Bactéries et mycoplasmes passent volontiers au second plan.

Être vivant unicellulaire, la bactérie a la capacité d'ingérer des nutri-ments et de les transformer pour générer l'énergie nécessaire à l'accomplissement de ses fonctions propres. Elle est également capable de se reproduire toute seule. Protégée et entourée d'une membrane, la bactérie présente dans son cytoplasme des particules ribosomales d'ARN servant à la fabrication ou à l'assemblage des protéines essentielles et des enzymes.

Les mycoplasmes

En ouvrant une brèche dans sa paroi, l'antibiotique va détruire la vie dans le cytoplasme de la bactérie. Par contre, l'ARN des ribosomes, inclus dans le cytoplasme bactérien, et l'ADN du noyau peuvent s'organiser, s'agglutiner et s'en-tourer rapidement d'une capside protectrice, donnant naissance à des virus à ARN ou à ADN ou être repris par les virus et bactéries voisines donnant alors naissance à des bactéries et virus que toute vaccination ou antibio-thérapie peut rendre plus virulents et plus agressifs. C'est le phénomène de commutation que nous aborderons au chapitre suivant.

Les diverses espèces de virus constituent ainsi des particules, porteuses d'une partie du code génétique de la bactérie, et qui se protègent à l'aide d'une capside, jusqu'à ce qu'ils puissent accéder à une autre cellule vivante et poursuivre leur propre évolution. Malheureusement, pour se reproduire, les virus doivent pénétrer dans les cellules, pour les obliger à fabriquer leur propre structure.

Lors de la destruction de la bactérie, l'ADN peut aussi, pour survivre, s'entourer d'une membrane et recher-

cher une cellule qui l'hébergera. Ainsi, naissent les mycoplasmes, de taille intermédiaire, dont on distingue 200 espèces. Pour le microbiologiste, Shmuel Razin, le schéma évolutif des mycoplasmes correspond ainsi à la dégénérescence des bactéries à paroi.

En 1944, Monroe Davis Eaton, microbiologiste américain lui avait donné son nom : l'agent «Eaton», tandis que d'autres chercheurs dont Gajdusek baptisaient ce patho-gène «virus non conventionnel» ou «virus lent» en 1976, pour la simple raison que la maladie consécutive se déclenche volontiers tardivement. Le terme de «lentivirus» fut inventé en 1947 par le Dr Bjorn Sigurdsson.

Aucun de ces chercheurs ne s'était rendu compte qu'il s'agissait, en fait, du même micro-organisme que celui découvert par Nocard et Roux de l'Institut Pasteur en 1898 et baptisé «mycoplasme».

En étudiant la source pathogène d'une pneumonie atypique chez les recrues de la marine américaine au milieu des années 40, le chercheur Robert Huebner appela ce micro-organisme «organisme de la pleuropneumonie». En 1946, lorsqu'il découvrit ce même pathogène dans les amygdales cryptiques de certaines recrues, il lui donna le nom d'«organisme similaire à la pleuropneumonie». Selon Donald et William Scott, cette multiplicité d'appellations, et la confusion qui en résulte, ne seraient peut-être pas innocentes.

Ces mycoplasmes, dont quelques-uns sont plus dangereux, vivent en parfaite harmonie avec la cellule dans laquelle ils ont élu domicile, tant qu'un traumatisme physique ou psychique ne vient pas perturber cet équilibre. Ils deviennent alors sans doute beaucoup plus redoutables que le plus agressif des virus, fût-il le virus H5N1 ou H1N1. L'infection mycoplasmaïque peut alors démarrer sous forme par exemple d'une pneumonie sévère avec lyse cellulaire importante ou toucher d'autres organes nobles.

D'autre part, certaines bactéries contiennent des toxines particulièrement agressives, telles les toxines botuliques et tétaniques autrement plus toxiques que le cyanure par exemple. Entrant dans le cadre des armes de guerre biologique, ces toxines ont pu être isolées sous forme cristalline dès 1946 par un des anciens responsables d'Ig Farben, George Merck, futur patron du laboratoire américain du même nom. Pour faciliter la diffusion de ces toxines, le Dr. Reid, du Dominion Parasite Laboratory de Beleville au Canada, cultiva dès lors, dans les années cinquante, 100 millions de moustiques chaque mois pour le compte des armées canadienne et américaine qui se sont alors prêtées à diverses expériences. Moins d'un mois après l'afflux énorme de moustiques à Punta Gorda en Floride en 1957, l'Institut national américain de la santé fit état de la survenue de 450 cas de fatigue chronique.

La pulvérisation aérienne de ces cristaux par l'intermédiaire des chemtrails fut également déployée parmi les populations chinoise et coréenne lors de la guerre de Corée. Beaucoup de vétérans américains développèrent plus tard la sclérose en plaques. L'armée américaine indemnisa, par la suite, les victimes en reconnaissant le lien entre la sclérose en plaques et le mycoplasme de la brucellose dont le caractère pathogène peut être réveillé par les vaccins, obligatoires chez les militaires américains depuis 1911.

De son côté, Harvey Lodish nous explique dans son traité de Biologie moléculaire de la cellule que : «Certains virus animaux, dont le virus de la grippe, le virus de la rage et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), possèdent une membrane extérieure constituée d'une double enveloppe phospholipidique, entourant le noyau de la particule virale composé de protéines virales et de matériel génétique».

Outre ces similitudes structurelles, y aurait-il un lien, comme le soulèvent Donald et William Scott, entre les travaux du Dr Couch, spécialiste de la grippe, et ceux du Dr Chanock, spécialiste du sida ? N'avaient-ils pas d'ailleurs travaillé ensemble dès 1964 lorsque *Mycoplasma pneumoniae* était au centre de leurs préoccupations ?

Mycoplasmes et «sida»

En 1986, le Dr. Shyh-Ching Lo, directeur de recherche sur le sida à l'Institut des forces armées américaines, fit état d'un «agent voisin d'un virus» dérivé du sarcome de Kaposi qui s'est avéré être Mycoplasme fermentans. En 1989, il attribua la mort, en quelques semaines, de six militaires américains par une mystérieuse maladie ressemblant à la grippe pour laquelle il identifia le mycoplasme fermentans. Il isola ensuite en 1991 le mycoplasme pénétrant chez des homosexuels atteints du sida, ce qui amena le Pr. Montagnier à conclure que le mycoplasme est un co-facteur indispensable dans le sida. Il démontra ensuite en laboratoire, avec le Pr. Montagnier, que lorsque le mycoplasme était ajouté au virus, ce dernier gagnait en virulence.

Dans une étude publiée dans The Lancet en 1992, l'équipe du Dr. Shyh-Ching Lo montra ensuite que les anticorps pour *Mycoplasma penetrans* sont deux fois plus fréquents chez les patients en sida évolutif que chez les personnes asymptomatiques. Ce mycoplasme jouerait donc un rôle dans l'évolution vers le sida clinique. Selon Sophie Chamaret, de l'Unité d'oncologie virale de l'Institut Pasteur de Paris, «la théorie de co-facteurs nécessaires à cette évolution, voire à l'infection par le VIH, trouve dans cette étude des arguments supplémentaires. Depuis plusieurs années, l'équipe du Pr. Montagnier privilégie cette hypothèse, et les résultats de cette étude semblent lui donner un appui sérologique (...) Les mycoplasmes jouent sans doute un rôle dans le sida. Cependant, l'importance de ce rôle est difficile à préciser dans la mesure où il s'agit de germes visibles uniquement au microscope électronique».

En 1993, le même Dr. Shyh-Ching Lo fit breveter plusieurs formes virulentes de mycoplasma. Il énonce dans ses propres brevets que diverses variétés de mycoplasme déclenchent notamment le syndrome de fatigue chronique, le sida, la sclérose en plaques, la maladie de Wegener, les maladies de Parkinson et d'Alzheimer, la maladie Crohn, le diabète, ou encore le syndrome de la guerre du Golfe (SGG)...

Quelques années plus tard, deux microbiologistes respectés, Garth Nicholson et son épouse Nancy, identifièrent le mycoplasma fermentans - annexé à une fraction du virus HIV - dans le sang de la moitié des vétérans

victimes du syndrome de la Guerre du Golfe. Devant la télévision américaine, Garth Nicolson expliqua, le 20 octobre 1996, que ce mycoplasme pourrait avoir été déployé par les vaccins souillés et par le retour de souffle des usines irakiennes puisqu'il y aurait eu une unité de production de mycoplasme à l'Université de Bagdad, équipée par les scientifiques irakiens qui avaient été formés aux Etats-Unis. 15-20% de la population des pays entourant l'Irak seraient ainsi victimes de ce syndrome.

Dans son rapport sur la guerre bactériologique contre l'Amérique, Nicholson fit état de la présence de mycoplasme fermentans chez des détenus du quartier des condamnés à mort aussi bien que d'autres détenus à Huntsville au Texas. Un vaccin contre le mycoplasme y aurait été testé par l'armée américaine à la fin des années quatre-vingt. 350 habitants d'Huntsville auraient été victimes d'une étrange maladie ressemblant au SGG.

«Economiquement et politiquement incorrectes», ces découvertes sur le sida ou le cancer seront largement ignorées par les autorités, et tout autant par les médias qui ne rapporteront, le cas échéant, qu'une information tronquée.

Mycoplasmes et grippe aviaire

Les laboratoires pharmaceutiques comptent beaucoup sur les vaccins par génie génétique, considérés comme la dernière ligne de défense entre l'homme et le mycoplasme. Mais selon le Dr. Rebecca Carley, l'ADN de ces vaccins peut intégrer notre propre ADN qui, à terme, peut causer la mort chez tous les vaccinés. Il en est de même pour les vaccins contre la grippe à ARN double-brins comme nous le verrons en étudiant les vaccins contre la grippe au chapitre VIII.

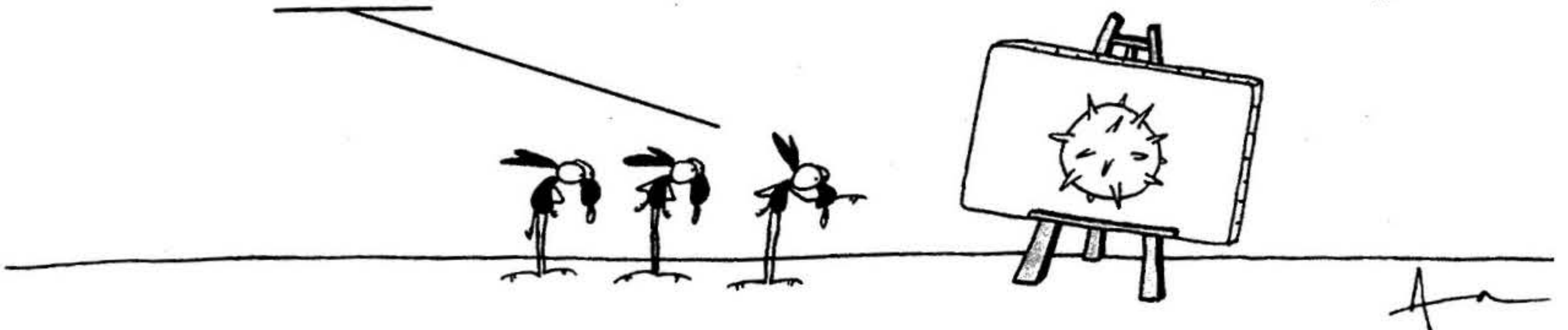
Curieusement, au moins douze microbiologistes sont décédés de façon violente ces dernières années. Plusieurs d'entre eux travaillaient sur les séquences d'ADN, dont le Dr David Kelly qui décéda en juillet 2003. Ce dernier avait organisé la défection du microbiologiste russe, Vladimir Pasechnik, qui travaillait sur une arme biologique capable de détruire un tiers de la population mondiale...

En octobre 2004, Dimitry Ivov, directeur de l'Institut de virologie russe déclara que la prochaine pandémie pourrait tuer plus d'un milliard d'habitants..... Coïncidence fortuite ou non, le Gouvernement américain vota une loi connue sous le nom de «The Model Emergency Health Powers Act», permettant d'exiger la vaccination pour tous les américains, tout refus étant considéré comme un délit. Par ailleurs, depuis le 11 septembre 2001, les aéroports américains sont sous contrôle de l'armée. Selon une source crédible, un projet confidentiel connu sous le nom de «Cloverleaf» utiliserait les avions domestiques privés aménagés avec des réservoirs spéciaux pour diffuser sur la population des produits chimiques.

Pour sa part, le Dr. Shyh-Ching Lo est convaincu que les versions reconstruites de la grippe pourraient être insérées dans des vaccins avec une contrainte plus bénigne pour le vacciné afin de ralentir la progression de son composant plus mortel. Les produits chimiques diffusés précédemment par les chemtrails pourraient faciliter la pénétration dans les cellules pulmonaires de l'enveloppe virale et ainsi l'infection. Une épidémie de grippe s'étendrait alors déclenchant un vent de panique. La majorité se précipiterait pour se faire vacciner contre la grippe tandis que les non-vaccinés seraient montrés du doigt et jugés responsables de l'extension de la maladie.

Ces faits scientifiques, ces hypothèses, ces décès à répétition de microbiologistes relèvent-ils de la pure paranoïa ?

TIENS... ? L'ARTISTE
N'A PAS SIGNÉ...



CHAPITRE V

LE CONSTANT PHÉNOMÈNE DE COMMUTATION

«La vérité jamais ne peut être dite de telle manière qu'elle soit comprise et ne soit pas crue»
William Blake

Les virus aviaires ont tendance à subir en permanence des modifications antigéniques lors de leur réplication chez l'homme ou chez l'animal et sont donc bien adaptés pour échapper aux défenses immunitaires de l'hôte dont l'organisme est momentanément affaibli par les stimulations antigéniques auxquelles s'ajoutent volontiers des conditions de vie stressantes.

Ces virus de type A, y compris les sous-types de différentes espèces, peuvent échanger, c'est-à-dire «réasortir» leur matériel génétique et fusionner pour donner naissance à un nouveau virus.

Ces virus peuvent également récupérer le bagage génétique d'un virus mort. C'est le constant phénomène de commutation, aboutissant également à la création d'un nouveau sous-type, différent des virus dont il est issu et contre lequel l'homme n'a aucune immunité, y compris vaccinale, contre cette évolution antigénique.

Or, toute vaccination - comme tout antiviral - peut amplifier ce phénomène constant et permettre ainsi la sélection de germes plus virulents et agressifs.

Le docteur Mohammed Kher Taha, directeur adjoint du centre de référence du méningocoque à l'Institut Pasteur avait récemment exprimé son angoisse devant ce mécanisme constant qu'il connaît bien : «Dans l'évolution des infections à méningocoques, il y a un aspect qui nous fait très peur, ce sont les changements dans les types de bactéries apparus à l'occasion des campagnes de vaccination massives. Ainsi, en Tchéquie, après les campagnes de 1993, on a vu arriver des infections à méningocoque B, certains C ayant commuté vers les B. Ce phénomène de commutation dans lequel la bactérie se détruit et échange son bagage génétique avec les bactéries voisines se produit constamment. Ce qui change tout, c'est la sélection, par le vaccin, de nouveaux variants virulents et invasifs.» (UFC Que choisir, février 2003)

Ce phénomène a également été observé en Grande-Bretagne en 2001. En raison d'une incidence élevée de méningites à méningocoque de type C en 1999, les autorités sanitaires britanniques décident de vacciner 15 millions de jeunes contre ce type de méningite bactérienne. L'année suivante, comme le reconnaît Conseil supérieur d'hygiène publique français (CSHP), dans un avis du 8 mars 2002 : «(...) 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, méningococcies liées à des sérogroupes B a poursuivi sa progression.»

Cet avis du CSHP, qui n'est pas paru au Journal Officiel, n'a bien évidemment pas été transmis aux médecins et aux patients lors des campagnes de vaccination contre la méningite à méningocoque de type C instaurées d'abord en Auvergne puis dans trois départements du sud-ouest (Landes, Pyrénées-Atlantiques et Hautes-Pyrénées). Les mêmes causes engendrant les mêmes effets, les méningites de type C laissèrent la place à des méningites de type B pour lesquelles n'existe aucun vaccin.

Les commutations bactériennes en Belgique et ailleurs...

Comme d'autres pays occidentaux, la Belgique a décidé de vacciner les enfants contre les méningites à *Haemophilus* de type B en 1992. On observa à partir de l'année suivante la disparition progressive de ces méningites de type B et leur commutation, c'est-à-dire leur remplacement par des méningites à *Haemophilus* de type A, C, D, E... avec un doublement de la fréquence globale.

Plus inquiétant encore, on constata, comme l'indique clairement le tableau ci-dessous, un doublement de la fréquence des méningites à méningocoques de type A, B ou C, beaucoup plus graves.

Une évolution semblable a été observée au Canada, depuis l'adoption du vaccin conjugué en 1992. Les données épidémiologiques confirment en tous points le changement observé en Belgique avec le doublement de l'incidence des infections invasives à *Haemophilus* non B ainsi que celle des méningites à méningocoque, dont l'augmentation de fréquence a également été reconnue, sans qu'une quelconque relation de cause à effet n'ait, bien entendu, été envisagée.

En l'absence de réelles études épidémiologiques, ce phénomène est ignoré par les autorités françaises pour lesquelles, «ce vaccin est très bien toléré, ne majorant pas les effets secondaires observés habituellement avec les

vaccins DTC et DTCP quel que soit son mode d'association à ces vaccins». Le rapport bénéfice /risque n'apparaît cependant pas à moyen et long terme aussi favorable que ne l'affirment les autorités sanitaires.

Le risque à long terme - jusqu'à plus de trente ans après toute vaccination - de survenue de myofasciite à macrophage liée à la présence d'hydroxyde d'aluminium dans ce vaccin, comme dans les vaccins qui lui sont associés, ne peut, de surcroît, être écarté.

Les commutations virales

Ce phénomène de commutation a été également observé pour les virus, notamment avec les vaccins contre la rougeole, la coqueluche, la grippe ou la polio.

Les laboratoires SmithKline Beecham ont ainsi dressé pour la première fois en 1994 un constat alarmant de la vaccination systématique : «Les rougeoles ont été dix-huit fois plus nombreuses aux Etats-Unis en 1990 (27 672 cas) qu'en 1983, malgré une vaccination systématique contre la maladie depuis 1978. Ainsi, dix-huit épidémies ont été recensées parmi les populations scolaires très immunisées (71% à 99,8%) et pas moins de 77% des rougeoles déclarées sont apparues chez des élèves vaccinés. L'échec d'une vaccination préscolaire se traduit donc par une transformation paradoxale de la rougeole en maladie des vaccinés.» (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» In Journal of Infectious Disease, 169: 77-82, 1994)

De même, chez des adultes jeunes anciennement vaccinés, en contact avec leurs jeunes enfants nouvellement vaccinés, ont été observés de nombreux cas de coqueluche.

La sonnette d'alarme est tirée

Depuis une dizaine d'années, de nombreux cas de poliomyélites ont été observés lors de campagnes de vaccination contre cette maladie en Ouganda, en Albanie, aux USA... Après avoir obtenu la confirmation d'une mutation de l'un des virus vaccinaux responsable de cas de polio aux Caraïbes, Roland Sutter, directeur du service d'éradication de la polio au CDC d'Atlanta a été catégorique : «Il est clair que la sonnette d'alarme a été tirée. Notre problème est de savoir si l'heure est grave ou non.» (Le Courrier international, n° 536 du 8 février 2001)

La sonnette d'alarme n'ayant manifestement pas été entendue. Aucune revue médicale ne reprendra cette information. L'heure est assurément grave.

C'est un phénomène comparable de mutation qui intervient dans les résistances au Tamiflu® observées en 2005 au Vietnam et dans d'autres pays asiatiques puis en juin 2009 au Danemark. C'est probablement un phénomène comparable qui explique la survenue au Japon d'une grippe aviaire de type H5N2 chez 77 personnes qui avaient très probablement reçu du Tamiflu® pour soigner leur grippe. D'autres personnes seront à leur tour porteuses de ce virus H5N2 et rencontreront, tôt ou tard, sans nul doute des personnes porteuses d'un autre virus grippal humain de type A, qu'il soit d'origine vaccinale ou non.

Les conditions seront alors remplies pour permettre l'éclosion chez l'homme d'un virus aviaire tellement pathogène qu'il pourra contaminer d'autres humains.... et donner naissance, le cas échéant, à une pandémie humaine de grippe aviaire comme de nouvelles panzooties aviaires puisque les volailles reçoivent également plusieurs vaccinations dans les premières semaines de leur vie.

CHAPITRE VI

LE POIDS DES LOBBIES PHARMACEUTIQUES

«La politique du médicament est inféodée aux lobbies pharmaceutiques»

Rapport de la Cour des comptes, 2001

Nous vivons dans un monde curieux et pour le moins paradoxal. Ainsi, la Cour des comptes française reconnaît-elle, dans son rapport sur le budget de la sécurité sociale en 2001, que «la politique du médicament est inféodée aux lobbies pharmaceutiques», tandis que «la formation et l'information des médecins sont assurées par ces mêmes laboratoires pharmaceutiques». Faisant suite à l'affaire du Vioxx, une commission d'enquête présidée par le sénateur Autain en était arrivée en 2006 aux mêmes conclusions. De son côté, le professeur Michel le Duff, chef du service de Pharmacie du CHU de Rennes et directeur du centre régional d'information sur le médicament (C.r.i.m), confirme l'éthique très particulière des laboratoires en matière de transparence et d'information : «Il y a bien une obligation légale d'informer les médecins de l'ensemble des données «officielles» communiquées à l'Agence de sécurité sanitaire des médicaments avant la commercialisation. Mais on estime que les labos ne communiquent que 1 % de leurs données. En outre, l'information légale est très marginale. Les contre-indications sont inscrites pour respecter la législation. Mais elles sont peu lisibles : écrites en petits caractères, à la fin de la notice. Et souvent, elles renvoient elles-mêmes à d'autres notices. Les médecins ou pharmaciens disposent seulement des indications que les laboratoires s'arrangent à mettre en valeur dans l'autorisation de mise sur le marché.» (Ouest France, 5 novembre 2001)

Mais, dès qu'une menace de pandémie apparaît, l'OMS et les autorités sanitaires occidentales se tournent vers ces mêmes laboratoires, leur accordant une confiance «aveugle» pour en faire des acteurs incontournables de cette crise aviaire.

Nos autorités ne peuvent pourtant ignorer l'éthique très particulière présidant à la mise en œuvre des molécules, aux essais cliniques et au marketing de ces mêmes laboratoires pharmaceutiques.

Elles ont tout simplement oublié les scandales récents du Vioxx®, du Prozac®, des Statines, des hormones de croissance, du vaccin hépatite B, du Régent® - qui ne disposait pas d'Autorisation de Mise sur le Marché, son absence de toxicité n'ayant donc pas été recherchée - et ceux plus anciens de l'Isoméride®, du Distilbène® (pour lequel le laboratoire a été condamné en octobre 2006 par la justice française à verser 350 000 euros à la famille d'une personne décédée d'un cancer après que sa mère ait reçu ce produit pendant la grossesse...), ou encore de la Thalidomide® (réutilisée trente ans plus tard, malgré sa neurotoxicité, pour l'éradication du varron chez les bovins, ainsi que contre certains cancers).

Ont-elles également oublié le dernier trimestre de l'année 2004, noir pour le secteur pharmaceutique? Le retrait «volontaire» du Vioxx® par la firme pharmaceutique américaine MSD, en septembre, sera suivi de l'arrêt immédiat, en décembre, du Cerebrex® du groupe pharmaceutique Pfizer, alors que, pendant les deux mois précédents, le fabricant de cette molécule, apparentée au Vioxx®, continuait à clamer haut et fort que son produit avait une sécurité suffisante chez ses patients.

Les titres en bourse des firmes pharmaceutiques n'ont alors cessé de dégringoler et cela d'autant plus que la FDA, chargée de veiller sur la sécurité des aliments et des médicaments avant leur mise sur le marché, avait été prise à partie par certains sénateurs et a dû ainsi augmenter son niveau de vigilance.

D'autres molécules seront alors sous haute surveillance, la Naprosyne®, autre anti-inflammatoire de Roche, le Crestor®, anticholestérol d'Astra Zeneca, Arcoxia® de Merck pour l'arthrite, Serevent® de Glaxo, utilisé dans l'asthme, le Bextra®, anti-douleur de Pfizer...

Peu après, le 25 octobre 2005, la revue savante britannique Nature publie une enquête, révélant les liens étroits entre des chercheurs et des médecins experts du médicament d'une part, et les laboratoires pharmaceutiques d'autre part. Plus d'un tiers des 685 auteurs étudiés déclare un conflit d'intérêt potentiel avec un ou plusieurs laboratoires. Et dans 49% des cas étudiés, les recommandations qu'ils établissent, souvent au nom de sociétés savantes, pour les règles du bon usage des nouveaux médicaments, ne mentionnent jamais ces conflits d'intérêts.

Une fois le médicament autorisé, les recommandations de bon usage (doses, durée de prescription, étendue des indications et des contre-indications) du médicament, doivent être transmises aux autorités sanitaires. En France, c'est l'AFSSAPS - dont 65 à 91% des membres, selon les commissions, déclarent des liens d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique - qui produit ces recommandations. Mais aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, il suffit d'avoir une qualification professionnelle, d'être affilié par exemple à l'Association américaine du diabète ou à la Société royale

de médecine britannique, et de respecter une méthodologie de base. Or ces groupes autoproclamés sont infiltrés par l'industrie à un niveau inégalé : sur 200 groupes de recommandations mondiales, déclarés en 2004 aux Etats-Unis, seuls 90 contiennent des détails sur les conflits d'intérêts de leurs auteurs et seulement 31 de ces derniers sont libres de toute influence industrielle. Plus d'un tiers des groupes comprend au moins un membre titulaire d'actions de la compagnie dont on étudie le médicament. Or, pour Bruce Fye (Mayo Clinic, Rochester, Minnesota), les médecins sont influencés directement par ce type de recommandation qui a un effet direct sur les ventes et donc sur les indices boursiers des laboratoires.

Selon Jim Giles, auteur de l'enquête, 70% des groupes d'experts en question sont touchés par ce phénomène. Précisons qu'en France, l'Afssaps peut maintenant être court-circuitée par l'Agence européenne du médicament, qui est souveraine au sein de la communauté européenne, mais qui subit également l'influence des lobbies pharmaceutiques.

Le Pr. Robin Weiss, directeur de l'Institut de recherche sur le cancer de Grande-Bretagne, confirme en tous points ce «secret de polichinelle» lorsqu'il déclare : «Une grande partie du corps médical est devenue à tel point l'obligée de l'industrie pharmaceutique, que l'évaluation des médicaments en est à présent aléatoire. Il est difficile de servir deux maîtres, je ne comprends pas comment la plupart de mes confrères s'y prennent. [...] Il y a trop d'argent en jeu dans tout cela, notre jugement est influencé par les cours de la bourse.»

Le reportage télévisé «Les médicamenteurs», paru sur la 5 en juin 2009, confirme totalement cette mainmise des laboratoires-menteurs sur le marché des médicaments.

A cela s'ajoute le lobbying efficace - directement ou par l'intermédiaire de leur famille - sur certains hommes politiques, certains hauts fonctionnaires parmi les plus influents, au niveau des Etats, comme de l'OMS ou de la communauté européenne.

Les médicamenteurs

L'affaire du Vioxx®... exemplaire parmi d'autres

Le 30 septembre 2004, la firme Merck retire du marché son anti-inflammatoire vedette, le Vioxx®, après que des essais cliniques à long terme eurent montré qu'il multipliait par deux le risque d'accidents vasculaires, chez les patients à qui il avait été prescrit pendant plus de dix-huit mois.

Le Figaro du 25 janvier 2005 nous informait, sous la plume du Dr Martine Perez, que, selon l'expert de la FDA David Graham, cet anti-inflammatoire aurait été à l'origine de 88 000 à 140 000 cas d'atteintes coronariennes aux Etats-Unis, depuis 1999. Ces résultats, déjà présentés succinctement lors d'un congrès à Bordeaux en août 2004, puis dans leurs grandes lignes par la FDA, venaient d'être publiés dans le détail sur le site Internet de la revue médicale britannique The Lancet. Ceci valut au PDG de Merck de figurer en tête du palmarès des «pires patrons de l'année 2004», établi début janvier par Business Week.

Quelque temps auparavant, ce même David Graham avait déjà mis en cause le manque de transparence de la FDA, lors des décisions d'autorisation des nouvelles molécules, prononcées par son organisme de tutelle. Selon le Wall Street Journal du 7 Février 2004, des documents émanant du groupe américain Merck montrent qu'un comité étudiant la sécurité du Vioxx® disposait de données préliminaires, permettant de penser que les utilisateurs de cet anti-inflammatoire pouvaient être exposés à un risque accru de problèmes cardiaques, après un délai de seulement quatre mois. Des données importantes, ainsi que trois accidents cardiaques, avaient d'ailleurs été effacés d'une étude clinique avant sa publication en 2000 dans le New England Journal of Medicine.

En août 2005, un jury texan condamna Merck à verser 253,4 millions de dollars à la veuve d'un homme décédé après avoir pris du Vioxx®. Le tribunal fédéral d'Angleton condamna Merck pour vente d'un produit défectueux, négligence et malveillance. Cette décision en première instance représente une défaite importante pour le groupe, dans une procédure qui pourrait durer de longues années. Merck a, bien évidemment, immédiatement fait appel de cette décision.

4 200 autres plaintes furent déposées contre Merck aux Etats-Unis à cause du Vioxx®. Des poursuites furent également engagées contre la multinationale au Canada, en Europe, au Brésil, en Australie et en Israël. Selon une étude fédérale américaine, le Vioxx® aurait ainsi provoqué plus de 27 785 morts par accident cardiaque aux Etats-Unis, depuis sa mise sur le marché en 1999.

Celle du Prozac®...

Qualifié de pilule du bonheur, le Prozac® a été prescrit pendant une bonne dizaine d'années, à plus de 50 millions de personnes dans le monde, pour le plus grand bonheur de son fabricant, la société Eli Lilly. Entré sur le marché en France en 1989, deux ans après sa mise en vente aux Etats Unis, la part de marché du Prozac® était déjà de 20% sur le marché des antidépresseurs, ce qui en fait le médicament de ce type le plus prescrit dans le pays. En 1997, il s'en vendait 900 000 boîtes par mois.

Mais en décembre 2004, le British Medical Journal (BMJ) reçut des documents internes de la société Eli Lilly, semblant établir un lien entre l'antidépresseur Prozac® et des passages à l'acte violents ou suicidaires. Ces documents suggèrent que, depuis les années 1980, le laboratoire Lilly était au courant d'effets préoccupants de la fluoxétine (principe actif du Prozac®) et chercha à les minimiser. L'un de ces documents, daté du 8 novembre 1988, concerne les modifications comportementales et émotionnelles dues au médicament et notées lors d'essais cliniques.

Ces dernières manifestations ont été signalées par «38% des patients» sous Prozac®, contre 19% pour les personnes sous placebo (substance inactive), ce qui fait «19% attribuables à la fluoxétine» selon le BMJ, repris par Le Figaro du 3 janvier 2005.

Il y aurait ainsi deux fois plus de suicides sous Prozac® que sous placebo, sans oublier les passages à l'acte violents avec homicides, qui ont valu au laboratoire Lilly de passer des accords avec les parties civiles, afin d'éviter de nombreux procès aux Etats-Unis. De tels homicides, parfois très médiatisés, comme celui de l'hôtel de ville de Vincennes, ont également eu lieu en France, mais le Prozac® n'a jamais été mis en cause officiellement, malgré les informations transmises à la justice.

La FDA n'avait évidemment pas eu ces données alors qu'elle étudiait le dossier d'autorisation du Prozac® en 1989. Elle ne les reçut que seize ans plus tard... Avec un aplomb propre aux pires menteurs, Eli Lilly persiste pourtant à affirmer qu'il «a systématiquement fourni aux autorités du médicament du monde entier, les résultats de ses essais cliniques et les enquêtes de surveillance menées après la mise sur le marché du produit, y compris celles concernant la fluoxétine».

Du Deroxat®...

Autre antidépresseur célèbre, le Deroxat® a fait l'objet d'un procès retentissant en juin 2001. En 1998, après avoir pris du Deroxat® pendant deux jours, Donald Schell, 60 ans, tue sa femme, sa fille, puis sa petite-fille âgée de 9 mois, avant de retourner l'arme contre lui. En étudiant le dossier médical de Donald Schell, David Healy, psychiatre irlandais et expert indépendant, découvre que «cet homme avait déjà eu des problèmes avec le Prozac®. Pour moi, le Deroxat® est la cause de ce massacre».

Cet expert, à la demande de l'avocat américain de la famille des victimes, put consulter en toute légalité les rapports internes concernant le Deroxat®, au siège du géant pharmaceutique GlaxoSmithKline. Subtilité de la loi américaine, les avocats et leurs experts peuvent en effet avoir accès à toutes les informations au cours de la procédure. La justice obligea ainsi GSK à ouvrir ses archives, en Grande-Bretagne, à David Healy. «C'était assez surprenant. Il y avait plusieurs centaines de milliers de documents, se souvient David Healy. J'avais deux jours pour les compulser. Il y avait toujours auprès de moi des responsables du laboratoire pour me surveiller.»

Au cours de ses recherches, au grand dam du laboratoire, David Healy trouva des documents compromettants, notamment plusieurs études scientifiques jamais publiées : 34 études cliniques, conduites sur le médicament Deroxat® avant sa commercialisation, faisaient apparaître que 25 % des patients devenaient agités pendant le traitement.

Après deux semaines de débats, le laboratoire fut condamné à verser 6,4 millions de dollars de dédommagement à la famille. Le géant pharmaceutique, après avoir fait appel de ce verdict dans un premier temps, préféra, in extremis, négocier à l'amiable. La famille retira sa plainte. Pour éviter une mauvaise publicité à son médicament vedette, GSK céda, mais le montant de la transaction est resté secret...

Les scandales ne se limitent pas à ces seuls produits. Tous les laboratoires sont concernés. Citons le Zoloft®, le Celebrex® des laboratoires Pfizer, la Ribavirine® du laboratoire Roche, largement prescrite dans le SRAS, le Di-Antalvic de Sanofi ou encore l'Aspartame de la société Searle rachetée ensuite par Monsanto, pour lequel un certain Donald Rumsfeld joua de tout son poids politique pour que ce poison neurotoxique et mortel reçoive finalement l'autorisation de mise sur le marché de la FDA...!

Les pratiques délictueuses des vaccinomenteurs

De l'OPA sur la jeunesse italienne aux contrats sans appel d'offre

Aucun média français n'a fait état de l'OPA réussie par le laboratoire SmithKline Beecham sur la santé de la jeunesse italienne, comme de la jeunesse française en noircissant les chiffres de l'hépatite B, en minimisant les effets secondaires de la vaccination et en bonifiant les effets attendus de la vaccination.

Le Président de la firme SmithKline Beecham, qui fabrique un vaccin anti-hépatite B, avoua avoir donné à Francesco de Lorenzo, Ministre italien de la santé, 600 millions de lires, quelques mois avant que ce dernier rende la vaccination obligatoire dans son pays en 1991. Francesco de Lorenzo fut inculpé et condamné à plusieurs années de prison ferme, ainsi que Paolo Cirino Pomicino, ancien ministre du Budget et le Pr. Dulio Poggiolini, directeur de la Direction du médicament, après avoir été Président de l'Ordre des médecins, mais aussi membre influent de l'Agence européenne du Médicament. Plus d'une soixantaine d'autres membres tout puissants du ministère de la Santé ont également été condamnés pour diverses fautes graves, que le *Giornale per la protezione della salute* (n° 6, mars 1998) qualifie de «pratiques mafieuses».

L'information fit la Une de tous les journaux italiens, puis fut reprise par un journal pharmaceutique international de langue anglaise, *Scrip*, lequel n'hésita pas à publier les montants des pots-de-vin généreusement distribués par de prestigieux laboratoires pharmaceutiques tels Glaxo - lequel s'associera par la suite avec SKB - , Pfizer, Shering et SmithKline Beecham. A lui seul, le Pr. D. Poggiolini aurait touché des sommes pharamineuses, s'élevant à plus de soixante millions de dollars. De leur côté, les laboratoires Sandoz - qui deviendront Novartis - se contentaient de mettre un hélicoptère à sa disposition.

Ces faits ont été mentionnés dans *Des lobbies contre la santé*, de Bernard Topuz et Roger Lenglet, mais la presse française s'est abstenue de parler de cet immense scandale. De telles pratiques auraient-elles été réservées

à des hommes politiques italiens ?

Il semble que non, puisque selon la revue Capital «L'industrie du médicament est, partout dans le monde mais surtout en France, un carrefour de trafic d'influence».

Le ministère français de la santé, dirigé à l'époque par Philippe Douste-Blazy qui deviendra par la suite ministre de la culture, puis des affaires étrangères, commanda ainsi, par le biais du service de la promotion à la santé, un million et demi de doses du vaccin hépatite B aux laboratoires Smithkline Beecham, payés recta quarante neuf millions de francs. Ce contrat sans appel d'offre fut signé avec le PDG de SKB, Bernard Mesuré, lequel était également directeur du syndicat national de l'industrie pharmaceutique, qui finança ensuite la campagne électorale du député Douste-Blazy !

Les Etats-Unis ne sont pas en reste. Afin de vacciner contre le charbon les 2,8 millions de personnes de son administration, le Pentagone passa ainsi un contrat, sans appel d'offre, avec un fournisseur unique, BioPort Corporation. Selon ABC News, l'Amiral William J. Crowe Jr, Président des Chefs d'Etat major sous l'administration du Président Georges Bush, le père de WW Bush, possédait 22,5 % des actions d'Intervac, ce qui lui donnait 13 % des parts de BioPort Corporation, bien qu'il n'ait pas «investi un penny» dans l'entreprise. Alors que le prix public de chaque dose s'élevait à 4,36 \$, le Pentagone a consenti à payer 10, 64 \$ la dose, à raison de six doses par personne la première année...

La trop classique minimisation d'effets secondaires

Lors de la campagne de vaccination lancée en 2002 en Auvergne, l'autorisation de mise sur le marché du vaccin Méningitec fut accordée par l'AFSSA, la veille du lancement de la campagne. Lors de la campagne de vaccination lancée dans trois départements du Sud-Ouest de la France, aucun appel d'offre n'a été lancé par les autorités françaises. Le vaccin de Sanofi-Pasteur, dont les effets secondaires ont été délibérément et largement minimisés, fut donc choisi arbitrairement, malgré les échecs de la vaccination lancée en Grande-Bretagne deux ans auparavant. Alors que le directeur de la santé, Lucien Abenham - qui n'avait aucun lien d'intérêt avec les labos - , reprenant les chiffres mensongers du laboratoire, annonçait un accident grave pour 23 500 vaccinations, le très médiatique secrétaire d'Etat à la santé, Bernard Kouchner, avançait les chiffres fantaisistes d'un accident grave pour 350 000 à 400 000 vaccinations !

En Grande-Bretagne, alors que le Département à la santé reconnaissait officiellement une sous-notification de l'ordre de 85 à 90% dans le recensement des effets secondaires des vaccins, le quotidien britannique The Observer fit état du décès de 12 enfants et de plus de 16 000 accidents dans les suites de la campagne nationale de vaccination contre les méningites à méningocoque, lancée en Grande-Bretagne durant l'hiver 1999-2000. Alors que le Département de la santé faisait état d'une réduction de plus de 85% des cas de méningites après cette campagne de vaccination, The Observer a publiquement contredit ces chiffres officiels en avançant une réduction des cas de méningites de type C de 18%, la fréquence de ces méningites passant de 713 cas durant les huit premiers mois de 1999, à 587 cas l'année suivante, tandis que la fréquence globale des méningites à méningocoque n'était, par contre, pas abaissée. En outre, The Observer a révélé que quatre des experts qui avaient conseillé le gouvernement britannique pour cette campagne de vaccination, présentaient des liens d'intérêt avec les fabricants de vaccin contre la méningite, Wyeth et Chiron, soupçonnés par ailleurs d'avoir délibérément caché les réels effets secondaires du vaccin au grand public et ce, avec la complicité de fonctionnaires du gouvernement. (The Observer, 27 août et 3 septembre 2000)

Des expériences de sinistre mémoire

En avril 2000, ce même Observer rendit compte des expériences réalisées par le géant pharmaceutique GlaxoSmithKline à l'Incarnation Children's Center de New York. Des enfants de 4 ans y reçurent des cocktails de médicaments, tandis que des doubles doses de vaccin contre la rougeole étaient injectés à d'autres enfants âgés de six mois. Plus de 100 orphelins et bébés furent utilisés dans 36 expérimentations.

En 2004, l'Agence américaine de protection de l'Environnement reçut 2,1 millions de dollars de l'American Chemistry Council pour mener des études sur les enfants de familles pauvres du côté de Duval en Floride. Chez ces enfants exposés pendant deux ans à des toxines connues, l'étude devait déterminer comment les produits chimiques étaient absorbés, ingérés et inhalés par ces enfants à partir de trois ans. Pour avoir participé à ces études, les parents recevaient 970 \$ et un tee-shirt !

Une sécurité vaccinale aléatoire

Après avoir analysé les derniers vaccins indiens de l'OMS, Haruna Kaita, pharmacologue et doyen d'une université du Nigéria, a constaté, en mars 2005, qu'ils étaient gravement pollués par des agents de stérilisation.

Ayant dû, en raison d'une forte demande, augmenter sa capacité de production, le laboratoire Chiron dut retirer du marché, en 2004-2005, la moitié de sa production : celle-ci était contaminée !

Une bévue «accidentelle» ou délibérée ...

Fin février 2009, la compagnie pharmaceutique Baxter fut obligée de reconnaître avoir commis une erreur de

fabrication qui aurait pu être dramatique : un vaccin expérimental contre le H5N1 avait été accidentellement contaminé par le virus H5N1 de la grippe aviaire.

La bétise ou l'erreur intentionnelle eut lieu au laboratoire de recherche de Baxter International à Orth-Donau, en Autriche. Le produit vaccinal contaminé, un mélange de virus saisonniers de la grippe H3N2 et de virus H5N1, lesquels n'étaient pas, paraît-il, identifiés, avait été envoyé à Avir Green Hills Biotechnology, une firme autrichienne. Des portions du mélange furent ensuite adressées à des sous-traitants en République tchèque, en Slovénie et en Allemagne.

Injectant le mélange vaccinal à des furets, le sous-traitant tchèque ne put que constater le décès de tous les furets, alors que la seule exposition aux virus H3N2 n'est pas mortelle pour eux. Ces malheureux furets avaient reçu le virus H5N1 actif, particulièrement virulent, mais peu contagieux. En lui étant associé, le virus H3N2 - très contagieux - a donc grandement facilité cette contamination mortelle qui aurait pu avoir des conséquences dramatiques si une personne avait été contaminée.

Pour le Dr Roberta Andraghetti de l'OMS, «A ce stade-ci du processus, nous pouvons affirmer que les risques pour la santé publique et pour les professionnels ayant été mis en contact avec le virus sont à un très bas niveau. Mais, ce qui reste sans réponse, sont les circonstances de l'incident dans les installations de Baxter Orth-Donau.» Quatre pays européens enquêtent sur place et l'OMS se tient informée sans que rien ne transpire cependant.

En réponse à une question des parlementaires, Alois Stoger, ministre autrichien de santé, avait déclaré le 20 mai qu'il s'agissait uniquement d'une infraction à la législation vétérinaire. Un docteur vétérinaire avait été envoyé au laboratoire pour une brève inspection.

Mais pour la journaliste d'investigation, Jane Burgermeister, l'erreur de Baxter est intentionnelle, dans le but de permettre à l'OMS de déclencher une pandémie de niveau 6. Le virus H1N1 n'a en effet aucun potentiel pandémique, sauf si «les vaccinations de masse sont effectuées pour militariser la grippe sous l'apparence de protéger la population.» On a malheureusement toutes les raisons de penser que les vaccins obligatoires seront souillés volontairement pour entraîner la mort. En référence, cette journaliste cite un vaccin contre la grippe aviaire du laboratoire Novartis, qui tua 21 sans domicile fixe en Pologne pendant l'été 2008. Pour elle, le scénario de la pandémie, avec à la baguette l'OMS et les laboratoires, s'inscrit bien dans la volonté de réduire la population mondiale.

Cette courageuse journaliste accuse ainsi l'OMS, l'ONU et plusieurs personnalités politiques hauts placés de vouloir commettre un génocide de masse. Des procédures en justice ont été lancées contre la vaccination obligatoire aux USA ainsi que contre Baxter qu'elle juge responsable d'avoir délibérément produit la grippe porcine afin d'en retirer des bénéfices.



René Bickel www.bickel.fr

CHAPITRE VII

TAMIFLU® ET RELANZA® UNE MYSTIFICATION TRÈS RENTABLE MAIS DANGEREUSE

«Plus le mensonge est gros, plus il passe.»
Joseph Goebbels

Le zanamivir, dénomination scientifique du Relanza® et le phosphate d'oseltamivir, dénomination scientifique du Tamiflu®, sont des antiviraux de nouvelle génération, inhibiteurs de la neuraminidase des virus de la grippe de type A et B. Ils ont ainsi pour objectif de s'opposer à la diffusion du virus d'une cellule à l'autre. Le Relanza® a été découvert en 1989 par Peter Colman et son équipe du Centre de recherche scientifique et industriel du Commonwealth de Melbourne. Son développement fut initialement assuré par une petite entreprise australienne de biotechnologie, Biota, qui en a ensuite confié la licence exclusive à GlaxoSmithKline, sous le nom de Relanza®.

Quelques années plus tard, «en s'appuyant sur nos recherches et nos brevets», comme le souligne Peter Colman, un petit laboratoire californien de biotechnologies, Gilead Sciences, mit au point l'oseltamivir en 1994.

Un moment soupçonné d'avoir manipulé le dossier d'accréditation, Gilead Science, pouvant à peine financer sa recherche, était incapable d'assurer le développement industriel et commercial de sa molécule. Il céda donc, en 1996, sa licence d'exploitation et de commercialisation au géant pharmaceutique Roche, pour 50 millions de dollars et des royalties comprises entre 12 et 20% sur les ventes de l'oseltamivir, rebaptisé Tamiflu®.

D'utilisation plus commode que son jumeau le Relanza®, administré par spray-nasal, le Tamiflu® arriva sur le marché nord-américain, japonais et suisse en 1999-2000, puis dans la majorité des pays européens entre 2002 et 2003, afin de traiter la grippe saisonnière.

Mis à part le Japon, qui consomme les deux tiers de la production mondiale, les ventes ne décollèrent pas, pour la simple raison que les autres pays occidentaux privilégient la prévention par la vaccination annuelle. Alors qu'il avait obtenu les autorisations nécessaires dans 64 pays occidentaux, Roche ne diffusa dès lors sa molécule que dans 24 pays, ce que lui sera d'ailleurs reproché ultérieurement par Gilead.

En fait, aucune campagne de communication et de marketing ne fut lancée, pour la raison évidente que les études scientifiques ne plaident pas en faveur de son utilisation contre la grippe humaine : il ne permettait en effet, dans le meilleur des cas, de réduire que d'une seule journée la durée de la grippe, en étant pris dès le début des symptômes, sans réduire pour autant la fréquence des complications.

Il se murmura même dans les salons de l'industrie pharmaceutique mondiale, que le laboratoire Roche pensait à le retirer du marché.

Un soupçon plus efficace qu'un placebo pour la grippe humaine ?

Dès 1999, l'Antiviral Drug Products Advisory Committee (ADPAC) avait déjà vainement recommandé à une très large majorité, que le Tamiflu® et son concurrent le Relanza®, ne soient pas approuvés par la FDA, en raison de leur faible efficacité, et de leur coût très élevé (100 \$ le traitement !).

Deux ans plus tard, deux rapports de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS), confirmèrent en tous points l'expertise de l'ADPAC. Parmi 117 sources de référence, les auteurs de l'étude retinrent six essais cliniques, menés durant la période de pointe de la saison grippale entre 1997 et 1999. 1735 personnes, dont 469 dites «à risques de subir des complications», participèrent à cette étude en double-aveugle, placebo contre Tamiflu®.

Cette méta-analyse ne démontre pas de réduction statistiquement significative des taux d'hospitalisation et de mortalité chez les participants traités par l'oseltamivir, par rapport aux participants sous placebo. Les auteurs sont arrivés aux mêmes conclusions concernant les complications comme l'otite, la sinusite, la bronchite ou la pneumonie. Seule la reprise de l'activité est légèrement plus rapide avec le Tamiflu®, tandis que, à l'inverse, les effets secondaires seraient légèrement plus élevés avec le placebo !

Un seul cas de résistance au Tamiflu® fut signalé sur 175 prélèvements. Un rapport sommaire de la FDA ne laissa cependant aucun doute sur les cas de résistance, qui ne seraient pas tous signalés. Une autre étude, réalisée par l'OCCETS en janvier 2001, concernant le Zanamivir, en arriva aux mêmes conclusions. Selon l'un des auteurs du rapport, Bruce Brady, économiste de la santé: «Pour un régime gouvernemental d'assurance-maladie, il

en coûterait plus cher pour distribuer du Zanamivir ou de l'Oseltamivir à toute la population, que les avantages qui en découleraient».

La newsletter suisse Infomed/Pharmakritik ne sera pas plus tendre avec le Tamiflu® : «Sur la base des connaissances actuelles, il n'existe aucun groupe bien défini de malades de la grippe auxquels on puisse conseiller un traitement à base d'Oseltamivir (Tamiflu®)».

La revue Prescrire - seule revue médicale indépendante en France - sera aussi catégorique : «A part les effets collatéraux, on ne comprend pas ce qu'il ajoute à la thérapie symptomatique traditionnelle».

Mais non dépourvus d'effets secondaires

La bonne tolérance du Relanza®, affirmée par le laboratoire GSK, sur la base d'un trop faible nombre de sujets inclus dans les études, avant autorisation de mise sur le marché, sera vite remise en question. Après 500 000 prescriptions de zanamivir, on signala dix-sept cas de réactions indésirables respiratoires, dont des crises d'asthme sévères. L'Agence française de Sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) se vit ainsi contrainte de réagir par un communiqué d'alerte et de recommandations, le 26 janvier 2000, mais qui ne fut pas renouvelé depuis la crise aviaire.

De son côté, le laboratoire Roche signala dans sa feuille de renseignements, chez une minorité d'utilisateurs, des nausées, vomissements et diarrhées, se manifestant habituellement après la première dose et dont l'incidence peut être réduite par l'absorption du Tamiflu® avec la nourriture. «Des effets plus graves ont été signalés, mais aucun test n'a révélé que le médicament en était la cause» !

Tandis que le Relanza® est contre-indiqué avant l'âge de 16 ans, le Tamiflu® l'est avant l'âge d'un an ; des études chez le jeune rat ayant montré qu'à des doses importantes, le Tamiflu® se retrouvait dans le cerveau, avec une mortalité importante !

Cette sécurité du Tamiflu® n'est donc qu'illusoire. Dans un souci de transparence - quelque peu tardif - Chagai Pharmaceutical Co. reconnaitra, en Novembre 2005, avoir répertorié au Japon, depuis 2001, au moins 21 morts par suicide chez les plus de 16 ans sous Tamiflu®, ainsi que 13 décès d'enfants de moins de 16 ans entre mars 2004 et avril 2005. Rokuro Hama, président de l'Institut de pharmacovigilance japonais, en fit pourtant régulièrement état dans tous les congrès auquel il participa. Il rapporta également dans le British Medical Journal, que ces 13 décès étaient rapportés à la mort subite (4 cas), défaillance cardio-vasculaire (4 cas), suicide (1), pneumonie (1), asphyxie (1), perte de connaissance (1) et pancréatite aiguë (1). Il cita en outre trois études de laboratoire où «l'administration d'Oseltamivir à des bébés rats en provoqua la mort par insuffisance respiratoire».

À la suite de ces tardives révélations, le titre du laboratoire Roche perdra 2% à la Bourse. Face à ces effets secondaires, dont la sous-notification est habituelle, seuls les analystes boursiers monteront au créneau, pour prendre la défense du Tamiflu®. Ces derniers ont «le sentiment que les préoccupations qui sont nées de ces déclarations sont exagérées, le lien de cause à effet apparaissant ici bien mince. Les cas d'encéphalite épidémique sont courants au Japon et il se peut que le comportement dangereux des adolescents - qui se sont suicidés - soit dû au virus». Ces analystes se garderont bien de rappeler que le Tamiflu® pénètre dans le cerveau des jeunes rats, entraînant une encéphalite mortelle .

En novembre 2006, la FDA reconnaitra à son tour avoir reçu 103 rapports, principalement du Japon, faisant état de problèmes psychiatriques à type de délires, hallucinations et autres troubles mentaux inhabituels, chez des enfants soignés au Tamiflu®.

Bien que les modifications à l'étiquetage du médicament fassent maintenant mention de comportements anormaux, tant la société Roche que la FDA affirment que des gripes graves peuvent déclencher de tels troubles ! Car pour eux, même si les patients qui prennent du Tamiflu devraient être suivis de près pour dépister tout comportement anormal, aucune relation entre le médicament et les comportements inhabituels n'a bien entendu été établie.

Les changements apportés à l'étiquetage du produit visent simplement à atténuer tout risque potentiel associé au Tamiflu et surtout à se couvrir en cas de poursuites judiciaires !

L'OPA du Laboratoire Roche sur la grippe aviaire

Oubliant ces graves effets secondaires et cet échec commercial, Roche va alors profiter de l'émergence de la grippe aviaire pour faire associer son antiviral au plan de lutte que veut instaurer l'OMS contre la menace hypothétique de pandémie humaine.

Des tests effectués sur... vingt rats de laboratoires, dont les conclusions ont été communiquées à l'OMS en janvier 2004, vont redorer l'image ternie du Tamiflu®. Alors que les dix rats traités avec un autre antiviral sont morts, deux des dix autres rats infectés par le virus H5N1 ont survécu... Ces tests auraient été répétés à plusieurs reprises pour des résultats comparables !

Multipliant, dès janvier 2004, les messages d'alerte auprès de la communauté internationale sur le risque d'une pandémie de grippe aviaire, l'OMS va alors utiliser cette efficacité, toute relative, du Tamiflu® chez le rat de laboratoire, pour exhorter les pays riches à constituer à prix d'or des réserves de cet antiviral de nouvelle génération qui «est, avec le Zanamivir (Relanza®), le seul antiviral actif sur le virus A/H5N1», selon la Direction générale de la santé française !

Plusieurs études, dont celle des économistes israéliens Ran Balicer et Michael Huerta, conforteront alors les Etats dans cet investissement sanitaire : un euro investi dans les antiviraux permettrait, en cas de pandémie,

d'économiser 3,68 euros en frais de santé, «tout en sauvant beaucoup de vies»...

«En contact permanent avec l'OMS» et spéculateur avisé, le laboratoire Roche fera même opportunément un don de 3 millions de traitements individuels à l'OMS, le 24 août 2005, c'est-à-dire la veille de la réunion des responsables des Services Vétérinaires des vingt-cinq Etats membres de l'Union Européenne...

Dépasant les recommandations de l'OMS, les pays occidentaux se montreront coopérants : les Américains passeront une commande pour 3 milliards de dollars, la France et l'Angleterre se contentant chacun, dans un premier temps, de plus de 20 à 40 millions de traitements individuels, en prévention d'une éventuelle pandémie. Dans l'intervalle, les actions du laboratoire Roche progresseront, durant le premier semestre 2005, de 44% et celles de Gilead de 33%.

Une «efficacité» curative proche de zéro avec des résistances importantes

Depuis le début de l'année 2004, le Tamiflu® a été administré dans plusieurs pays asiatiques, chez plusieurs dizaines de personnes contaminées par le virus H5N1. En août 2005, une étude japonaise indépendante, menée à petite échelle et dont la publication fut peut-être retardée, émettra déjà l'hypothèse d'une résistance des virus de la grippe humaine au Tamiflu®, chez 18 % des enfants à qui il avait été prescrit. (Yoshihiro Kawaoka, professeur de virologie, microbiologie et immunologie à l'université de Tokyo.)

Peu de temps après, une autre équipe de chercheurs de l'université de Tokyo et de l'université du Wisconsin (USA), décrivent le premier cas de résistance au Tamiflu® chez une jeune fille de 14 ans, infectée par le virus H5N1 en février 2005, au Vietnam, et qui heureusement survécut à cette grippe. L'échantillon du virus prélevé sur cette patiente révéla la présence d'une mutation, à l'origine de la résistance au Tamiflu®, qui fut prescrit à une bonne partie des 92 personnes atteintes de la grippe aviaire au Vietnam. Ceci n'empêcha pas d'ailleurs le décès de 42 d'entre elles jusqu'en novembre 2006, puis de 14 décès sur les 16 nouveaux cas apparus depuis fin 2006. L'accroissement de la mortalité fut également observée en Chine et en Indonésie (84 cas dont 70 décès entre novembre 2006 et mai 2009, la mortalité passant ainsi de 60% avant novembre 2006 à 84% depuis).

Ayant analysé dix patients vietnamiens atteints du virus A/H5N1, une étude vietnamienne nous apprendra que sur les cinq traités par le Tamiflu®, quatre sont morts, soit une proportion de décès sensiblement plus importante que pour l'ensemble des personnes contaminées au Vietnam. Rappelons que chez les rats, les résultats avaient été inversés dans les mêmes proportions, puisque deux sur dix avaient survécu sous Tamiflu® !

De son côté, le docteur Anne Moscona, du College of Cornell University de New York, publia dans The New England Journal of Medicine du 29 septembre 2005, les premiers cas de résistance au Tamiflu® chez des personnes infectées, en dehors du Vietnam, par le H5N1 et traitées avec cette molécule. Ce qui explique l'augmentation de mortalité observée en Asie.

Notons au passage que, selon une étude néerlandaise réalisée lors de l'épizootie de grippe aviaire de type H7N7, qui avait déclenché 84 cas de conjonctivite chez l'homme - avec un décès chez un vétérinaire - , les résultats avaient déjà été catalogués comme «non concluants», sauf pour le vétérinaire décédé...

The Lancet donnera le coup de grâce en décembre 2005 : «Nous n'avons trouvé aucune preuve de l'efficacité des inhibiteurs de la neuraminidase - Tamiflu® et Relanza® - sur la grippe aviaire humaine». Dirigée par le docteur Menno D. de Jong (hôpital pour les maladies tropicales, Ho Chi Minh Ville, et université d'Oxford), cette étude semble démontrer que le virus développe une résistance contre le Tamiflu®, même lorsque l'antiviral est administré à un stade précoce de l'infection, conformément aux recommandations du fabricant et des autorités sanitaires.

Un nombre croissant de virologistes fait aujourd'hui valoir qu'il est déraisonnable de codifier la lutte médicamenteuse sur des bases pharmacologiques, apparaissant de moins en moins solides, ce qui ne semble pas inquiéter l'OMS et les autorités sanitaires, qui persistent à dire que le Tamiflu® demeure un «excellent choix» pour la grippe H5N1, mais aussi pour la pandémie H1N1.

Quelque peu embarrassé, le porte-parole de l'OMS, qui participa activement à la promotion du Tamiflu® après avoir constaté son efficacité sur le rat, avouera cependant avec une mauvaise foi étonnante : «C'est frustrant mais c'est la situation dans laquelle nous sommes. Le virus a touché tellement peu de personnes dans le monde que nous n'avons pas de patients sur lesquels tester le Tamiflu®» !

Ce n'est plus le cas depuis l'éclosion des grippes H1N1 contre lesquelles le Tamiflu est systématiquement prescrit suivant les très rapides recommandations des CDC et de l'OMS dès le 29 avril 2009. Ce même porte-parole de l'OMS semble pourtant vouloir faire machine arrière ou plutôt «protéger ses arrières» en maniant la langue de bois digne des grandes écoles de communication : «Contrairement à une opinion trop répandue, nous n'avons jamais recommandé stricto sensu la constitution de stocks nationaux de Tamiflu. Nous avons simplement fait observer que le Tamiflu semblait doté, in vitro, d'une certaine efficacité contre le virus H5N1 et que les Etats membres se devaient d'étudier la question de la constitution de stocks de ce médicament en fonction de leurs ressources et de leur propre analyse quant au risque d'émergence d'une pandémie grippale meurtrière.»

De leur côté, les responsables de santé publique avoueront discrètement redouter qu'une consommation massive de ce médicament ne conduise à la perte rapide de son «efficacité», sans rien changer à leur ruineuse stratégie. En octobre 2005, le Pr Bruno Lina, virologue à l'université Claude Bernard de Lyon, déclara déjà que : «L'hypothèse d'une protection par les anticorps anti-neuraminidase ne repose sur aucune preuve scientifique».

Pendant ce temps, le service français des armées, qui stocke les 9 millions de doses de Relanza et les 24 millions de doses de Tamiflu, dont la moitié sous forme de gélules et le reste en poudre, n'attend que l'aval du ministère français de la santé pour mettre en route le conditionnement de cet antiviral inefficace. Selon Jean-François Bureau,

porte-parole du ministère de la Défense, «la chaîne de fabrication est opérationnelle depuis mars 2006 !»

Pour le docteur William Chui, maître de conférences à l'hôpital Queen Mary de Hongkong, il est pourtant évident que les autorités sanitaires ne peuvent plus compter sur le Tamiflu®, pour lequel la France, ainsi que bien d'autres pays, continuent de constituer, voire d'accroître des stocks importants afin de pouvoir «soigner» 20 à 35% de leur population, selon les vœux de l'OMS.

Des mutations inquiétantes

Au cours de la dernière conférence de l'OMS, qui s'est tenue à Tokyo les 11 et 12 janvier 2006, les autorités japonaises ont recensé les 77 premiers cas au monde d'humains ayant été infectés par le virus H5N2, une forme bénigne de la grippe aviaire. Nous sommes ainsi en présence d'un nouveau franchissement de la barrière des espèces. Si ces 77 personnes, qui avaient très certainement été traitées par le Tamiflu®, sont désormais guéries et ne présentent aucun danger immédiat pour leur entourage, cette découverte constitue néanmoins un signal d'alarme.

Sous le couvert d'anonymat, un chercheur de l'Institut national des maladies infectieuses nippon reconnaîtra à l'AFP : «Si un patient atteint de la grippe humaine est infecté par un virus bénin de la grippe aviaire, cela pourrait créer un nouveau type de souche de grippe humaine contre lequel aucun vaccin ni médicament n'a été prévu».

En clair, grâce au Tamiflu®, vraisemblablement responsable de ces mutations, on pourrait se rapprocher un peu plus vite des conditions nécessaires à la création d'un nouveau virus hautement pathogène, permettant une transmission interhumaine. La rencontre, dans un organisme humain, des virus des grippes aviaire et humaine pourrait en effet provoquer une collision au cours de laquelle des fragments des deux génomes seraient amenés à se mélanger. Cette «humanisation virale» ou «réassortiment génétique viral», comme disent les spécialistes, permettrait alors au nouveau virus «de diffuser sur un mode pandémique».

Le Tamiflu®, «seul antiviral efficace, avec le Relanza®, contre la grippe aviaire - puis porcine», selon le Pr. Bernard Houssin, Directeur général de la santé française, produit ainsi l'effet inverse de celui qu'il était censé avoir... pour le plus grand profit des laboratoires Roche et de Gilead Sciences.

Mais, n'est-ce pas la priorité du laboratoire Roche, lorsque son président, William M. Burns, déclarait publiquement en juillet 2005 : «Nous n'avons jamais dit clairement quelles sont nos capacités de production de ce traitement, et nous n'en avons pas l'intention. La question que nous posons aux gouvernements est : Qu'est-ce que vous voulez ? Et si vous passez commande, nous ferons en sorte de mettre en place une chaîne de production pour y répondre». Tiendrait-il le même discours purement «commercial» s'il était réellement convaincu de la valeur thérapeutique de cette molécule pour enrayer une pandémie ? Ne devrait-il pas tout mettre en œuvre, au contraire, pour permettre au plus grand nombre d'en bénéficier ?

En réalité, Monsieur Burns, conscient du peu de valeur thérapeutique de sa molécule, n'obéit qu'à la loi du marché, c'est-à-dire de ses actionnaires.

En décidant de réserver la production aux gouvernements qui ont passé commande, «soi-disant pour éviter la constitution de stocks privés», Roche fait ainsi pression sur ceux qui enfreindraient le droit de licence.

Car, Monsieur Burns n'ignore pas que l'octroi de licences ne permettrait de multiplier que par 20 la production de Tamiflu® dans les deux ans. Or, si le Tamiflu® était aussi efficace et le risque de pandémie aussi élevé qu'on le prétend officiellement, il faudrait augmenter la production de Tamiflu® par 1 000 afin d'en permettre son usage à tous.

Le laboratoire Roche ne veut simplement que rester le maître de ce marché de la peur, qui est passé de 254 millions de dollars en 2004 à plus d'un milliard en 2005 et en tirer les plus grands bénéfices.

Quatre ans plus tard et deux jours après l'annonce de la menace de la pandémie aviaire H1N1, l'OMS nous apprend que le Tamiflu est considéré comme efficace. Le 28 avril 2009, dans le cadre d'une conférence de presse à Paris, Severin Schwan, directeur général du laboratoire Roche, peut être satisfait. «La France a déjà acheté 23 millions de boîtes de Tamiflu (fabriqué par Roche) qui est reconnu comme efficace contre la grippe porcine. La France fait partie des pays les mieux préparés, mais si une pandémie se produisait nous pourrions activer la fabrication de Tamiflu en mobilisant nos centres et ceux de nos partenaires dans d'autres pays pour arriver à produire 400 millions de boîtes par an».

CHAPITRE VIII

LA VACCINATION CONTRE LA GRIPPE MYTHE OU RÉALITÉ ?

«Je m'insurge contre la médecine de troupeau qui asservit le malade aux intérêts mercantiles des laboratoires et plus encore contre les appétits meurtriers des fabricants de vaccins» Auteur anonyme

Selon les autorités sanitaires françaises, «la vaccination est une composante fondamentale de la politique de santé publique». Certains experts, notamment les Prs. Derenne, Bricaire, Dellamonica ou Raoult, sont ainsi convaincus que le développement de la vaccination contre la grippe classique doit être inclus dans le programme de lutte contre la menace de pandémie humaine.

Selon ces mêmes experts, si aucun vaccin ne peut prétendre obtenir 100% d'efficacité, cette vaccination contre la grippe aurait toutefois une efficacité de l'ordre de 70 à 80%, ainsi qu'il est affirmé à plusieurs reprises dans le livre sur «la Pandémie, la grande menace» déjà cité. Les auteurs se contentent d'ajouter qu'«une étude récente - dont ils ne citent pas les références - faisait état, concernant la grippe usuelle, d'un taux de protection variant de 0 à 92% (! ?), ce qui signifie que 20 à 30% des vaccinés contracteront la grippe en cas d'exposition contaminante» !

Pourtant, dans notre culture occidentale, le vaccin contre la grippe est l'arme de référence, à l'exception du Japon qui préfère les antiviraux comme le Tamiflu®.

C'est ainsi que chaque année, tel le «Beaujolais nouveau», le vaccin contre la grippe, «gratuit» pour les personnes de plus de 65 ans, nous est annoncé à grand renfort publicitaire et médiatique, les agences de pub n'hésitant pas d'ailleurs à faire appel à des vedettes du petit écran tel Monsieur Cinéma : Pierre Tchernia.

Un millésime 2005 remarquable

La psychose engendrée par la médiatisation de la menace de pandémie H5N1 et l'apparition des premiers cas aviaires en Grèce, en Croatie et en Roumanie notamment, a permis à la campagne annuelle de vaccination de l'hiver 2005-2006, de battre tous les records en Europe. En Roumanie, par exemple, sept fois plus de personnes que l'année précédente se seront faites injecter le vaccin classique, croyant se protéger de la grippe aviaire, tandis que huit millions de français seront vaccinés en deux mois. Il est vrai que, par médias interposés, certains médecins n'avaient pas hésité à recommander ce vaccin qui, dans certaines conditions, pourrait protéger, selon eux seuls, de la grippe aviaire. Un tardif et timide démenti de la Direction générale de la santé n'y changera rien, d'autant plus que nos experts en santé publique multiplient les déclarations au conditionnel, que le public reçoit comme des vérités. C'est ainsi que, comme nous le disions plus haut, si ce vaccin ne confère que «peu ou pas de protection contre la grippe aviaire», il permettrait - selon nos experts - d'éviter que des cas de grippe aviaire ne soient confondus avec des cas de grippe humaine. Une vaccination étendue de la population permettrait également, affirment-ils sans aucune référence scientifique à l'appui, de réduire le risque d'une mise en contact entre les virus «classiques» et le virus aviaire, et par voie de conséquence le risque de mutation de ce dernier. Paroles mensongères qui sont du pain béni pour les labos...

Pourtant, cette vaccination pourrait davantage favoriser la sélection de germes plus virulents, ainsi que le reconnaît, quelque peu isolé, le docteur Ben Taha, directeur adjoint du centre de référence des méningocoques à l'Institut Pasteur.

Ces avis «autorisés», émis au conditionnel et largement médiatisés, sont également contredits par Bernard Vallat de l'OIE, qui affirmait il est vrai, concernant les volailles, «que le fait de ne pas vacciner permet d'identifier au plus vite l'émergence de l'épizootie, et donc de prendre les mesures sanitaires qui s'imposent». (Le Monde, 25 février 2006).

Mais dans l'ensemble, nos experts en santé publique s'accordent pour inciter les autorités sanitaires à poursuivre, voire amplifier, la politique vaccinale tout azimut. C'est ainsi que le gouvernement français a crû bon de profiter de la loi des finances sur la sécurité sociale, pour rendre obligatoire, en décembre 2005, le vaccin classique contre la grippe, chez les professions de santé et recommander par ailleurs la vaccination contre la grippe aviaire pour les volailles de trois départements du Sud-Ouest....

L'offensive antigrippe 2006

Avec deux semaines de retard - afin de fournir davantage de doses que l'année précédente - le vaccin nouveau est arrivé dans les pharmacies françaises le 12 octobre. Il intègre la souche A/New Calédonia, inchangée, avec deux nouvelles souches : A/Wisconsin/2005 et B/Malaisie/2004.

Pour son information, l'usager ne disposera, en 2006, que des émissions télévisées en faveur de la vaccination - telle celle de France 2 du 7 octobre, avec comme invitée le Dr Martinez du service de maladies infectieuses de la Pitié Salpêtrière - ou des articles de la presse écrite.

En prenant connaissance des titres d'un grand quotidien régional du sud-ouest paru le 11 octobre, le lecteur pressé apprendra ainsi que «la vaccination doit être intensifiée [...] Le vaccin reste le seul moyen de se protéger contre le virus hivernal. À condition d'avoir choisi le bon.»

En parcourant l'article qui ressemble davantage à un publi-reportage de promotion de la vaccination, le lecteur découvrira ensuite que «tous les ans en février, les centres nationaux de référence de la grippe dans plus de 80 pays sélectionnent parmi plus de 10 000 virus, celui dont on pense qu'il doit entrer dans la composition du vaccin mis en vente en septembre (octobre en 2006)». On le prévient quand même, en citant le professeur Lina, directeur du centre national de référence sur les virus influenza de Lyon, que «les virus évoluant en permanence, cela peut ne pas correspondre» ; ce qui est assez fréquent, ainsi que le démontrent plusieurs études officielles. «Si le virus grippal change de manteau tous les hivers», précise Norbert Gualde, directeur d'un laboratoire de recherche de Bordeaux, la protection assurée par le vaccin atteindrait quand même 80% au bout de quinze jours. (Notons l'emploi du conditionnel...)

Selon le Pr. Lina - qui utilise également le conditionnel - , le vaccin devrait permettre de couvrir l'ensemble des besoins. «Cette année, il sera aussi gratuit pour les asthmatiques, les personnes atteintes de bronchite chronique, celles qui sont placées en institution quelque soit leur âge, et l'ensemble des enfants et adolescents qui suivent un traitement à long terme avec de l'aspirine et risquent de succomber du syndrome de Reye» (encéphalite aiguë).

Le lecteur apprendra encore que «les jeunes seniors (65 à 69 ans) sont les plus négligents», puisque seulement 45% d'entre eux se font vacciner, alors que l'OMS fixe comme objectif une couverture de 75% de sujets à risque à l'horizon 2010. Seules les complications entraînent une hospitalisation, comme «c'est souvent le cas pour les personnes âgées et toute épidémie de grippe peut déboucher sur un engorgement des services d'urgence» . Heureusement, «les médecins libéraux savent parfaitement prendre en charge cette maladie [...] La thérapie basique consiste à rester au chaud, à prendre des médicaments qui font baisser la fièvre et, si nécessaire, un antiviral comme le Tamiflu®».

Nous avons vu ce qu'il en était de ce coûteux, mais inefficace antiviral..., prescrit inutilement dans 80% des cas. Ce que reconnaît d'ailleurs l'auteur de cet article de la presse régionale française : «Fièvre, courbature et toux ne signent pas forcément une grippe, même si le nom est devenu l'appellation générique de tout syndrome de rhume aggravé».

En encadré, le lecteur apprendra que selon le docteur Mosnier, coordinatrice nationale des Groupes régionaux d'observation de la grippe (Grog), les gens qui utilisent le vaccin «sont plutôt bien protégés, même s'il existe des différences selon le type de population et selon les années [...] Pour les populations à risque, c'est-à-dire, les personnes de plus de 65 ans, et celles qui sont atteintes d'affection de longue durée, l'efficacité ne fait aucun doute» ! Le conditionnel n'est plus de mise, alors que les études scientifiques, comme nous le verrons plus loin, contredisent ces certitudes.

Si le nombre de cas déclarés est «vraisemblablement» en diminution, ce médecin croit bon d'ajouter que «nous ne vaccinons pas suffisamment de monde pour que les non-vaccinés bénéficient d'une protection [comme nous le verrons plus loin, on peut raisonnablement penser que c'est l'inverse qui se passe : le vaccin induit plus de gripes qu'il ne protège !]. Pour que l'«immunité troupeau» fonctionne, il faut que 60 à 80% de la population soit protégée. Il faudrait aussi vacciner en masse la population qui transmet le plus la maladie, à savoir les enfants» !

Dans un deuxième encadré, un récent point de situation de la grippe aviaire effectué par l'INVS rappellera que «le risque majeur représenté par les virus aviaires A/H5N1 est qu'ils s'adaptent à l'homme et qu'une transmission interhumaine s'installe». Sur 250 cas humains, une transmission interhumaine limitée serait fortement suspectée pour une dizaine de victimes.

Dans un autre encadré, le lecteur découvrira qu'en 2005, où 2,5 millions de cas (vraies et plus souvent fausses gripes, soignées comme des gripes) ont été comptabilisés, le coût global de l'épidémie grippale, uniquement pour les soins (consultations, médicaments, examens), avoisinait les 120 millions d'euros.

L'équipe de journalistes - qui ne vérifient pas les informations qu'ils transmettent - ne fera pas mention d'une étude de la Caisse d'assurance maladie de Saint-Nazaire, qui avait observé en 1994 que la consommation de médicaments et de consultation était 23% plus élevée après la vaccination, chez les personnes âgées, par rapport à celles du même âge qui ne l'avaient pas été. Ce qui avait alors fait dire au quotidien Libération du 11 octobre 1994 que «l'efficacité du vaccin reste difficile à évaluer». Il n'est pas davantage fait état du coût des hospitalisations liées à la vaccination, que l'on peut raisonnablement estimer à plusieurs milliers, si l'on se base sur la fréquence de certaines complications évoquées par le Vidal.

Par contre, pour les «journalistes» de ce quotidien régional, «il va de soi que plus la grippe touche des personnes à risques, donc affaiblies, plus son coût est élevé. Raison de plus pour généraliser la vaccination». Ces derniers propos ne risquent pas d'être démentis par le Professeur Derenne qui prône, faut-il le rappeler, cette vaccination face au risque de pandémie aviaire. L'efficacité du vaccin «normal» contre la grippe H5N1 mutée, serait, selon ce

professeur «a priori, faible, voire inexistante. Cependant, ne lui supposer qu'une efficacité de 1% reviendrait, en se basant sur les prévisions de l'Institut national de veille sanitaire, à éviter de 90 000 à 210 000 cas, à sauver 1 000 à 2 000 vies» !

Chacun aura pu constater que l'information «claire, loyale et appropriée», à laquelle sont tenus tous ceux qui participent à la promotion de cette campagne de vaccination, qu'il s'agisse des autorités sanitaires, des organismes de sécurité sociale particulièrement silencieux en 2006, des médecins, pharmaciens et infirmières, ou encore des médias qui font le relais, s'avère très partielle, orientée, et même mensongère. Le mode de fabrication du vaccin vivant, faisant appel à des substances reconnues cancérigènes, les risques exceptionnels ou non, la réelle efficacité mise en cause par plusieurs études scientifiques, ne sont abordés à aucun moment, ne permettant pas à l'utilisateur d'apporter son consentement ou d'opposer son refus éclairé, comme le stipule pourtant la loi et comme le rappellent plusieurs arrêts de la Cour de cassation.

La réalité scientifique est ainsi assez éloignée du tableau mythique et surréaliste présenté par des professeurs liés aux laboratoires pharmaceutiques et que les médias véhiculent.

Un vaccin non dépourvu de toxicité

En raison du caractère mutagène du virus, le vaccin nouveau est préparé chaque année à partir des données de l'OMS, en fonction de la grippe de l'année précédente en Extrême-Orient.

Ce que ne nous disent pas les experts - mais que les laboratoires se sont pourtant sentis obligés de leur communiquer - c'est qu'il s'agit de vaccins à virus vivants - qui peuvent donc à tout moment gagner en virulence - mais atténués par le formaldéhyde ou la Betapropiolactone, tous deux reconnus officiellement cancérigènes. La culture des virus fait appel à des embryons d'œufs cancérisés sur sérum de veau, dont aucun scientifique ne peut écarter le rôle dans la transmission possible de la maladie de Creutzfeldt Jakob.

Un dérivé mercuriel, le Thiomersal, utilisé comme conservateur a été impliqué dans les troubles du comportement. Les laboratoires s'étaient pourtant engagés à le retirer en 1999, à la suite d'études de toxicité effectuées par les Agences européennes et américaines du médicament. Il ne serait plus utilisé en 2006, ce qui n'était pas encore le cas en 2005 pour l'un d'entre eux. Des antibiotiques, comme la Néomycine ou la Gentamycine sont également présents dans ce vaccin.

Aucune étude épidémiologique sérieuse n'étant menée en France, les encéphalites, les syndromes de Guillain Barré, les pneumonies gravissimes, les décès à court terme et même les cancers pulmonaires apparaissant dans les suites du vaccin, notamment dans les maisons de retraite, sont, bien entendu, ignorés et occultés.

C'est pourtant le cas des neuf personnes âgées, décédées dans une maison de retraite de Sevrans en Seine-Saint-Denis, en janvier 2004. Parmi les 80 pensionnaires, 17 avaient dû être hospitalisés et neuf étaient décédés entre le 9 et le 20 janvier. Malgré le renfort du Pr. François Bricaire, au titre de l'INVS, toutes les étiologies ont été écartées, qu'il s'agisse de légionellose, du syndrome de la pneumopathie atypique, de maladies nosocomiales ou de germes liés à la pollution extérieure. Ces neuf personnes, âgées de 91 à 97 ans, seraient mortes de la grippe, selon le premier rapport du professeur Freymuth, virologue à l'hôpital de Caen, qui a rajouté que : «Les pensionnaires ont été vaccinés contre la grippe mais chez les personnes âgées, le vaccin est peu actif».

Bien évidemment, aucun juge d'instruction n'a été chargé d'ouvrir des informations judiciaires à la suite de ces 9 décès. Il est vrai que ce vaccin, officiellement reconnu peu actif chez les personnes âgées, est fortement conseillé et même remboursé en France chez les personnes âgées de plus de 65 ans !

L'exacerbation des atteintes bronchiques, de l'asthme et du diabète, ainsi que le risque potentiel de transmission de l'Encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) ou encore le risque de choc anaphylactique qui suppose du matériel de réanimation à disposition lors de l'injection, sont également occultés par les milieux officiels, pour lesquels «le vaccin est en règle générale bien toléré».

Pour les professeurs Bricaire et Derenne, les effets secondaires se limiteraient d'ailleurs au syndrome oculoréspiratoire, qui n'empêche pas la vaccination l'année suivante ; les seules contre-indications étant liées aux allergies à un constituant du vaccin. Quant au syndrome de Guillain-Barré-Strohl, pour lequel le vaccin contre la grippe porcine de 1976 a été accusé, «ce fait n'a été ni confirmé, ni infirmé» !

En consultant le Vidal des professionnels, (dont il existe deux versions, l'une à l'usage des professionnels, l'autre plus succincte à l'usage du consommateur, c'est un dictionnaire des médicaments commercialisés en France élaboré à partir de données pharmacologiques fournies par les laboratoires pharmaceutiques, lesquels ne transmettent qu'1 à 10% de ces données pharmacologiques aux autorités sanitaires) on découvre pourtant pour chacun des vaccins anti-grippe commercialisés en 2006, une liste importante de complications.

Chez 10 à 90% des sujets vaccinés, on observe ainsi des réactions locales, à type d'érythème, de douleurs, d'ecchymoses, mais aussi d'arthralgies.

Peu fréquemment, dans 1 cas sur 100 à 1 cas sur 1 000 vaccinés, sont signalées des réactions cutanées, à type de prurit, d'urticaire, de rash : soit quand même 11 000 à 110 000 cas chaque année en France.

Dans 1 cas sur 1 000 à 1 cas sur 10 000, des névralgies, paresthésies, convulsions, thrombocythémies transitoires, ainsi que choc anaphylactique mortel sont à craindre : soit globalement, chaque année en France, entre 1 100 à 11 000 personnes affectées par ce genre de complications qui nécessitent une hospitalisation.

Plus rarement, moins d'1 cas sur 10 000, encéphalomyélite, névrite, syndrome de Guillain-Barré ou encore vascularite avec insuffisance rénale : soit quand même, chaque année en France, près de 1 100 personnes qui devront également être hospitalisées...

Mais en dehors de ces complications signalées par le Vidal, il n'est, bien entendu, jamais fait état du VAERS, banque de données des effets adverses des vaccins, dépendant de la FDA américaine, où sont recensés chaque année les effets secondaires des vaccins. Entre 1999 et 2002, avaient ainsi été signalés au VAERS, 419 effets secondaires, dont 41 hospitalisations et 11 décès, uniquement chez les enfants de moins de six ans.

Or, les autorités américaines s'accordent pour reconnaître que les données du VAERS ne représentent en vérité qu'un faible pourcentage des complications survenues. Une étude parue dans la revue *Money* de décembre 1996, montrait en effet que les complications déclarées représentaient à peine 1 % des cas de réactions graves. Elle confirmait totalement les études d'experts américains déjà parues dans le *Journal American Medical Association (Jama)* du 2 juin 1993, qui reconnaissaient une sous déclaration considérable des complications post-vaccinales : « Bien que la FDA reçoive de nombreux rapports d'effets secondaires, ceux-ci ne représentent vraisemblablement qu'une fraction des réactions graves qui se produisent. (...) Seulement un pour cent des réactions graves sont rapportées à la FDA ».

Le vaccin contre la grippe est donc, sans nul doute, beaucoup plus mal toléré que ne l'affirment de façon péremptoire experts et professeurs de faculté, sans doute trop influencés par les sirènes des laboratoires. S'il faut en croire les données fournies par les laboratoires, sans doute sous évaluées, il faut en effet craindre, chaque année en France, plusieurs milliers d'hospitalisations pour 11 millions de vaccinés. C'est-à-dire trois à quatre fois plus que le nombre de décès attendus...

Pour être complet, il nous faut honorer deux chercheurs américains, Andrew Fire et Craig C. Mello, pour leur découverte sur les mécanismes biologiques contrôlant les flux d'informations génétiques, qui leur a valu le Prix Nobel de Médecine et Physiologie 2006. Concrètement, une régulation du noyau et donc des gènes des cellules, est exercée par des ARN doubles-brins. Ces doubles ARN bloquent certains gènes sur la chaîne d'ADN. Sur les 11 vaccins contre la grippe commercialisés en France, 7 comportent des ARN doubles-brins. Sur des personnes âgées, dont les gènes des cellules ralentissent ou diminuent leur production, ces vaccins vont donc bloquer certains gènes déjà déficients. Il en résulte un fonctionnement anormal des cellules, au premier plan desquelles les neurones ! D'où la floraison grandissante des Alzheimer actuels, au rythme de 250 000 nouveaux chaque année, pour lesquels la pollution électromagnétique n'est pas non plus étrangère.

Une efficacité à géométrie variable et... proche du placebo

L'efficacité de ce vaccin contre la grippe humaine, qui éviterait 2 500 à 4 000 décès chaque année, d'après TF1 et Antenne 2, n'a jamais été démontrée scientifiquement.

The Lancet révélait déjà, le 10 août 1974, que « les résultats jusqu'à présent obtenus démontrent que l'offre annuelle d'une injection du vaccin dans la vaste industrie n'a pas entraîné une réduction significative de la maladie ». Vingt ans plus tard, une étude de l'INSERM confirmait la survenue d'une grippe chez 20 à 60% des vaccinés, ainsi que la supériorité de l'immunité naturelle qui protégeait bien plus longtemps.

Le relevé des maladies transmissibles, édité le 1er mars 2001 par l'Agence de santé publique du Canada, confirme cette étude de l'INSERM. Selon le CDC de Vancouver qui a réalisé l'étude, 77% des 300 pensionnaires d'une maison de retraite de Colombie-Britannique avaient été vaccinés contre la grippe. 28 d'entre eux, ainsi que de nombreux membres du personnel, lui-même vacciné à 57%, contractèrent, quatre à huit semaines plus tard, une grippe de type B apparenté à B/Yamanashi, c'est-à-dire la même souche que celle utilisée pour la mise en route du vaccin administré en novembre 2000. Le Tamiflu®, administré aux pensionnaires de l'un des services touché par les huit premiers cas de grippe, n'a pas empêché la survenue de 20 autres cas dans les autres services de l'établissement.

Selon une étude plus récente, synthèse de 64 études internationales représentant 96 saisons de grippe et portant sur 2,5 millions d'observations, l'efficacité globale des vaccins sur les maladies grippales chez les personnes âgées n'est que de 23 %, lorsque le vaccin correspond bien au virus grippal en circulation (rassurez-vous, l'histoire ne dit pas que le virus du vaccin est responsable de l'épidémie de grippe !). Lorsque le vaccin rencontre un autre virus grippal que celui contre lequel il est censé lutter, la protection des sujets vaccinés est moins bonne que celle obtenue avec le placebo chez les personnes non-vaccinées ! (Dr Tom Jefferson et al., The Lancet, 22 septembre 2005.)

Selon une synthèse de 51 autres études - dont 17 russes - portant sur plus de 260.000 enfants, les chercheurs ont conclu qu'il n'y avait « aucune évidence que l'injection du vaccin chez les enfants de 6 à 23 mois est plus efficace que le placebo. » (The Cochrane Database of Systematic Reviews. « Vaccines for preventing influenza in healthy children » 2006).

Pour les adultes en bonne santé, les résultats étaient comparables : 25 études incluant plus de 60 000 participants ont été passées en revue. Le groupe de Cochrane a constaté que la vaccination a réduit le risque de grippe d'un 6% maigre et a réduit le nombre de jours d'arrêt de travail par moins d'un jour (0,16 jour). (The Cochrane Database of Systematic Reviews « Vaccines for preventing influenza in healthy adults. »)

Une autre étude canadienne a démontré que l'incidence de la grippe n'avait aucunement diminué dans l'Ontario, après l'introduction de la campagne universelle d'immunisation de grippe en 2000. Toutes les gripes confirmées par les laboratoires entre janvier 1990 et août 2005 ont été analysées. On a déterminé que « (...) en dépit de la distribution intensifiée de vaccinations et des ressources financières accrues employées pour favoriser la vaccination, » l'incidence de la grippe n'avait pas été diminuée par les campagnes nationales de vaccination contre la grippe. (Groll, DL, Thompson, DJ. « Incidence of influenza in Ontario following the Universal Influenza Immunization Campaign » ; Vaccine : April 5, 2006)

Manifestement, à l'image du directeur de cabinet - Louis Schweitzer, devenu par la suite PDG de Renault, puis président de l'association nationale contre la discrimination - et des conseillers du Premier ministre - Laurent Fabius - qui n'avaient pas le temps de lire la presse à l'époque du sang contaminé, nos professeurs, experts et autres conseillers, ne semblent pas davantage lire la presse scientifique.

Ils auraient ainsi découvert une autre «étude nationale de surveillance de la grippe», réalisée par les autorités canadiennes durant la saison 2004-2005. Entre le 22 août 2004 et le 12 mars 2005, 68 849 tests de détection de la grippe ont été effectués, dont 10 319 (14,9 %) se sont révélés positifs.

Les pourcentages hebdomadaires d'échantillons positifs pour la grippe sont passés de 0,2 %, au début de cette période, à un sommet de 24,4 % à la semaine 5, se terminant le 5 février 2005.

Le virus grippal de type A a dominé dans tout le pays, au cours de la saison. Sur les 10 319 rapports de tests positifs, 9 630 (93,3 %) concernaient des virus de type A et 689 (6,7 %) des virus de type B.

Parmi les infections grippales confirmées en laboratoire, 24,5 % touchaient des enfants de moins de 15 ans, contre 45,6 % d'entre elles la saison précédente. Le Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg au Canada (LNM) a caractérisé les antigènes de 775 virus grippaux transmis par les laboratoires hospitaliers et provinciaux du Canada : 688 (88,7 %) étaient des souches du virus A/H3N2 et 87 (11,3 %) des souches de type B.

Sans rentrer dans les détails, parmi l'ensemble des personnes que l'on pensait réellement grippées, seules 15% l'étaient réellement. Indépendamment des effets réels ou supposés du Tamiflu®, sa prescription ne serait donc pas justifiée pour 85% de personnes ayant les symptômes de la grippe, sans être biologiquement grippées.

Concernant les gripes de type A, 70% des sous-types étaient similaires à la souche recommandée pour le vaccin antigrippal de 2004-2005 ! Les experts oublient simplement de préciser que ce sous-type avait déjà été isolé en 2002. Ils oublient également de nous communiquer les antécédents vaccinaux de ces personnes et de leur entourage. On peut en effet supposer que des variations antigéniques sont intervenues, peut-être même ont-elles été favorisées par la dernière vaccination, voire la précédente.

Sans fournir d'explications, le laboratoire nous apprend que «depuis la mi-février 70 % des virus de type A ont été caractérisés comme étant analogues à A/California/7/2004» récemment identifié. Des réactions croisées avec le sous-type isolé chez 73% des grippés caractérisés auraient été notées avec toutefois un titre d'anticorps faible. S'attendant à - c'est-à-dire espérant - une réaction croisée que permettrait le vaccin, ils reconnaissent qu'«étant donné la différence antigénique, l'efficacité du vaccin 2004-2005 pourrait cependant être réduite».

On en arrive aux mêmes conclusions concernant la souche B, puisque 80% des sous-types étaient «similaires à un virus identifié en 2002» et «20%, analogues au composant de type B recommandé pour le vaccin antigrippal de 2003-2004».

Il faut ainsi comprendre à demi-mot l'efficacité pour le moins très relative du vaccin, ce qui vient d'ailleurs confirmer les conclusions de l'étude multicentrique publiée dans le New England Journal of Medicine, en septembre 2005.

Outre ces récentes études, nos autorités auraient pu également prendre connaissance du «péché originel» décrit par les immunologues. Reposant sur la présence d'anticorps spécifiques, l'efficacité du vaccin contre la grippe varie de 20 à 65% chez les personnes âgées et tend même à diminuer avec le temps. Les sujets ayant été précédemment infectés (ou vaccinés), produisent en effet préférentiellement des anticorps contre le premier type de virus qu'ils ont rencontré, plutôt que contre les souches contenues dans un vaccin ultérieur, ce que laisse clairement sous-entendre l'étude canadienne analysée plus haut.

Auteur de «H5N1, la grippe aviaire. Vers une nouvelle pandémie. La vérité sur la grippe aviaire», le Pr. Dellamonica, responsable du service infectiologie au CHU de Nice, ignore manifestement ce péché originel puisque, selon lui, «le degré de protection est amélioré par la répétition des vaccinations» !

Il reconnaîtra cependant qu'il est généralement admis que l'immunité conférée par une infection naturelle est supérieure à celle induite par la vaccination, qui protégerait dans 70 à 98% des cas, alors que les professeurs Derenne et Bricaire font état d'un taux de protection après vaccination variant de 0 à 92%...

Nos autorités et autres experts auraient également découvert que «la réplication du VIH est augmentée après administration du vaccin grippal à des patients infectés par le VIH. De plus, la vaccination semble augmenter la susceptibilité à l'infection in vitro des lymphocytes des personnes non infectées», voire leur susceptibilité à d'autres infections. (New England Journal of Medicine, 9 mai 1996.)

Le docteur Gallo, co-découvreur du virus du sida, n'avait d'ailleurs pas hésité à affirmer que «l'usage des vaccins à virus vivants peut activer un virus endormi comme celui du sida», tandis que le Pr Luc Montagnier déclarait, dans Le Monde du 23 mai 1987 : «Peut-être devra-t-on rapidement organiser le dépistage des enfants (et des adultes) séropositifs, avant leur vaccination».

Dans le même quotidien, le professeur Saliou, directeur scientifique de Pasteur Vaccins ajoutait : «Les problèmes soulevés pourraient effectivement conduire à une remise en question de certains vaccins comme le BCG, le vaccin contre la polio ou le vaccin contre la rougeole.»

Bien entendu, ces sonnettes d'alarme n'ont pas été entendues par nos autorités sanitaires. Enfin, s'ils avaient lu les notices de tous les fabricants de vaccins parues dans le Vidal, ces mêmes experts auraient appris l'existence, en dehors de toute notion de sida, de «réponses faussement positives aux épreuves sérologiques utilisant la méthode Elisa pour détecter les anticorps contre HIV1, hépatite C, et surtout HTLV1. Infirmeries par le Western Blot, ces réactions transitoires faussement positives seraient dues à la réponse IgM induite par la vaccination».

Preuve s'il en est que l'administration de ces vaccins qui font appel à du formol, reconnu cancérigène, n'est

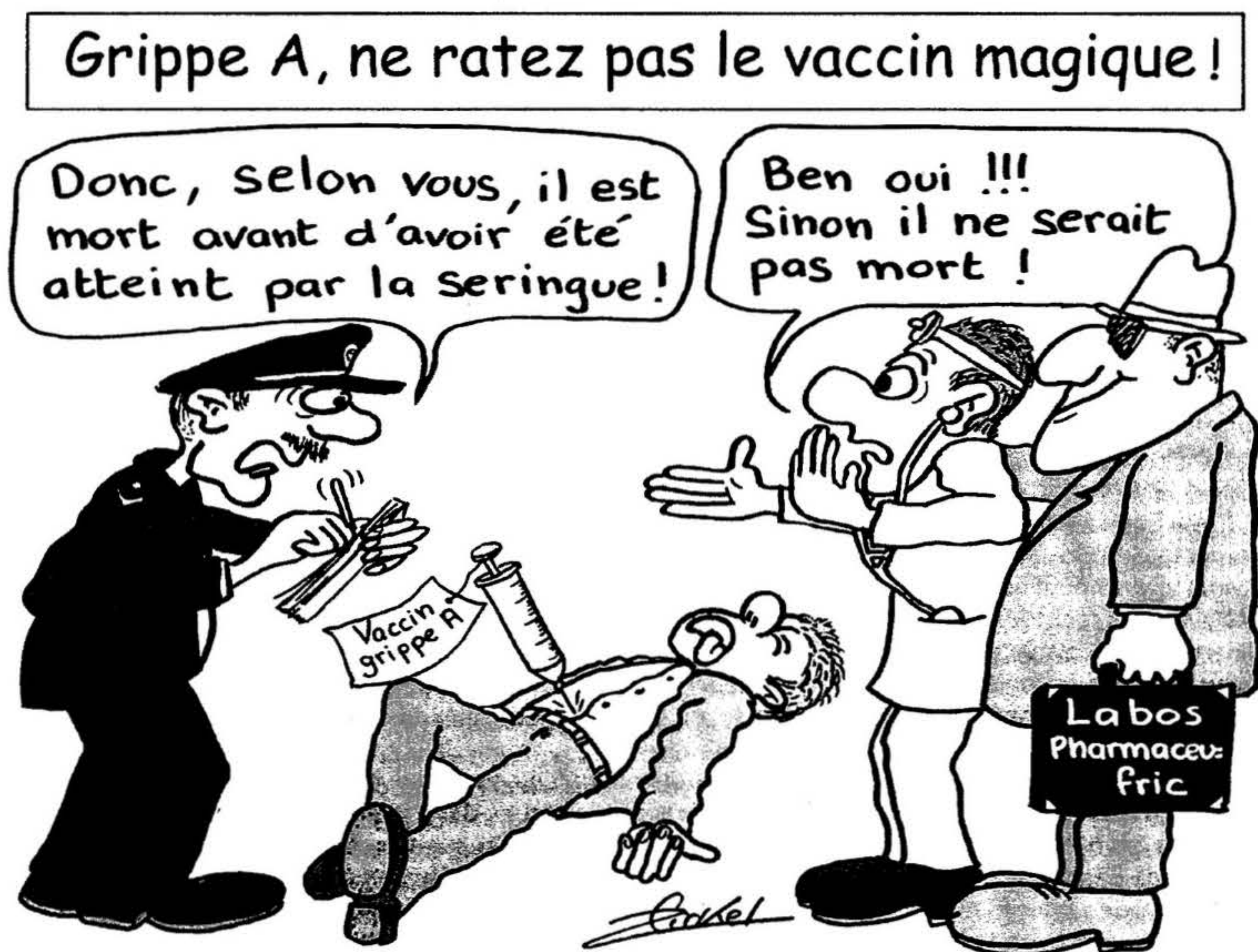
pas du tout maîtrisée et reste empirique.

Ces perturbations, heureusement transitoires, nous affirme-t-on rapidement sans avoir poussé les investigations plus avant, ne concerneraient-elles que les seuls vaccins contre la grippe ? D'autres perturbations ne sont-elles pas à craindre avec ce vaccin, comme avec les autres qui mobilisent le système immunitaire ?

Le fonctionnement du système immunitaire est en effet relativement complexe. Il fait appel à des lymphocytes présents dans le sang et le tissu lymphatique : Les cellules K ou Natural Killer, capables de détruire les cellules infectées ainsi que les cellules cancéreuses. Interviennent également d'autres cellules comme les cellules T, fabriquées dans la moelle. Ces cellules doivent subir une maturation et une programmation au niveau du thymus pour se transformer en cellules CD4 et CD8. Les cellules CD4 (CD4 helper) orchestrent la réponse immunitaire en activant d'autres cellules immunitaires et en stimulant la production des anticorps par les lymphocytes B. Les cellules CD8 (CD8 suppressor) ont pour fonction d'arrêter l'activité des cellules tueuses en signalant l'arrêt de l'attaque. L'analyse de ce rapport CD4/CD8 permet de suivre attentivement l'évolution du système immunitaire chez les patients atteints de sida ; sa diminution indiquant une évolution défavorable avec une augmentation de la charge virale.

Or, des perturbations de ce rapport CD4/CD8 sont observées avec tous les vaccins. M. Eihl, J. Mannhalter, G. Zlabinger de l'Université de Vienne en Autriche ont ainsi mis en évidence, avec le vaccin contre le tétanos, comme avec les vaccins couplés, diphtérie, tétanos, polio et coqueluche, un affaiblissement du système immunitaire comparable à celui observé au cours du sida. L'anatoxine tétanique a ainsi été injectée à 11 sujets en bonne santé, âgés de 25 à 50 ans, n'appartenant pas à un groupe à risque pour le sida. Entre 7 et 14 jours après la vaccination, les évaluations moyennes des rapports CD4/CD8 étaient significativement plus basses chez l'ensemble des sujets qu'avant la vaccination, avec pour certains des taux comparables à ceux observés en cas de sida. Un mois plus tard, ce rapport CD4/CD8 revenait à la normale. (New England Journal of Medicine, vol 310, 1984)

A ces perturbations du système immunitaire - le plus souvent transitoires mais peut-être majorées chez des personnes fragilisées par une affection chronique - s'ajoutent les risques de modifications et de blocage de certains gènes de l'ADN, favorisés par la présence d'ARN doubles-brins utilisé dans ces vaccins, ainsi que l'ont démontré les travaux de Andrew Fire et Craig C. Mello, Prix Nobel de médecine 2006.



CHAPITRE IX

LES VACCINS PRÉ-PANDÉMIQUES

«La faute la plus grave capable de ruiner la terre entière est la perte du contact de l'homme avec ses racines».
William James

Depuis plus de vingt ans, l'industrie pharmaceutique nous promet un vaccin contre le sida dont le virus est particulièrement mutagène...

Depuis la menace de pandémie aviaire H5N1 en 2004, une trentaine de laboratoires dans le monde travaillent sur un vaccin contre un virus, lui aussi très mutagène, mais qui reste toujours peu contagieux.

Avec la pandémie porcine H1N1, ces mêmes laboratoires ont reçu mission, par l'OMS, de préparer un vaccin contre la souche qui rendrait ce virus, lui aussi très mutagène, contagieux, et particulièrement virulent, au point de provoquer la première pandémie du XXI^e siècle.

Les vaccins contre la menace de pandémie aviaire H5N1

Selon les données fournies par les laboratoires, nous disposerions en 2009 de plusieurs vaccins «pré-pandémiques» contre le virus A/H5N1, pour lesquels le Gouvernement fédéral américain a passé commande pour plus de 1 000 millions de dollars.

Sanofi Pasteur, la division vaccins du Groupe Sanofi-aventis, est ainsi en mesure de produire un vaccin contre la grippe pandémique de type H5N1. En cas de pandémie, Sanofi Pasteur s'est engagé à produire le plus grand nombre de doses possible de son meilleur vaccin pandémique, dans les délais les plus brefs. Son expérience industrielle et scientifique lui a permis de répondre au souhait de plusieurs pays, dont les Etats-Unis, la France et l'Italie, d'acquérir des vaccins pré-pandémiques, dans le cadre de leur programme de recherche ou de santé publique. Un contrat de 126,9 millions de dollars, pour un lot de vaccin pré-pandémique sous forme de concentré en vrac a ainsi été signé avec le Département américain de la Santé (U.S. Department of Health and Human Services) en 2007, suivi, en 2008, d'une livraison s'élevant à 192,5 millions de dollars, correspondant à une quantité équivalente à 38,5 millions de doses de vaccin, élaborées à partir d'une nouvelle souche de grippe aviaire.

Notons que, lors de la planification du stock de ces vaccins en novembre 2006, les autorités américaines ont constaté qu'un tiers du stock constitué depuis septembre 2005 était déjà périmé. En aura-t-il été de même en 2007 et en 2008, faute de pandémie H5N1 ?

Le Ministère français de la santé a de son côté conclu un accord avec Sanofi Pasteur, pour la production de 1,4 million de doses du vaccin candidat H5N1. Par cet accord, la société serait également susceptible de fournir suffisamment de vaccins pour protéger 28 millions de personnes en France, en cas de pandémie déclarée, une fois la souche virale responsable de la pandémie identifiée. Un accord comparable a également été signé avec le Gouvernement italien, ainsi qu'avec plusieurs autres pays dont l'Australie.

Sanofi Pasteur a également réalisé des investissements lui permettant d'accroître ses capacités et de renforcer son outil de production à l'horizon 2008/09, aux Etats-Unis, en France ou encore au Mexique, avec la signature, en mars 2009, à l'occasion de la Visite d'Etat du Président Nicolas Sarkozy, d'un contrat de 100 millions d'euros pour construire une usine de vaccin grippal saisonnier et pandémique au Mexique.

De son côté, le laboratoire suisse Novartis a reçu des autorités européennes un avis favorable en vue de la commercialisation de son vaccin Focetria, qui pourrait être utilisé dans l'hypothèse d'une épidémie de grippe, notamment concernant le virus H5N1. Ce vaccin a été cependant remplacé par l'Aflunov faisant appel comme adjuvant au MF 59 lequel sera étudié plus bas. Ce même vaccin Focetria aurait-il été abandonné pour avoir provoqué la mort de 21 SDF en Pologne en 2008 ? Selon Novartis, les essais auraient montré qu'une seule dose était suffisante avec ce nouveau vaccin pour induire une mémoire immunitaire chez plus de 90% des adultes. Ce serait le premier et le seul vaccin avec une bonne sécurité qui produise une réponse immunitaire dès l'âge de six mois. Toujours selon Novartis, le MF 59 est le seul adjuvant d'un vaccin contre la grippe à avoir un profil d'innocuité démontré par plus de 10 ans de recherches en Europe et par l'utilisation de plus de 40 millions de doses du vaccin Fludac® contre la grippe. Fludac est homologué en Europe mais curieusement pas aux Etats-Unis.

GlaxoSmithKline, quant à lui, était prêt à produire en quantité, dès la fin 2006, des vaccins qui seraient administrés indépendamment de toute survenue de pandémie. Le Gouvernement fédéral lui en commanda d'ailleurs plu-

sieurs dizaines de millions de doses, dont la date de péremption fut dépassée pour un pourcentage important... L'élaboration de tels vaccins n'a cependant pas été sans poser de problèmes.

Le vaccin Sanofi-Pasteur : une action «médiocre à modérée»

Dès le 29 mars 2006, on en a su un peu plus sur les difficultés rencontrées par le laboratoire Sanofi Pasteur, pour l'élaboration de son vaccin H5N1, alors qu'un contrat de 97 millions de dollars avait déjà été signé avec le secrétariat d'Etat américain à la santé.

Sous la direction du Dr John Treanor de l'université de Rochester (New York), le vaccin potentiel de Sanofi Pasteur, contre le virus H5N1, fut testé par plusieurs équipes universitaires. Publié dans le New England Journal of Medicine le 30 mars 2006, le résultat de cette étude fut qualifié de «médiocre à modéré», dans l'éditorial de la revue signé par Gregory Poland de la Mayo Clinic vaccine research group.

Dans cet essai américain de phase 1, réalisé en double-aveugle, les 451 volontaires, âgés de 16 à 64 ans, avaient reçu, à vingt-huit jours d'intervalle, deux injections intramusculaires du vaccin ou d'un liquide placebo, à des doses différentes d'antigènes dans la préparation vaccinale, respectivement 7,5 mg, 15, 45 ou 90 mg. Le titre d'anticorps «protecteur» ne fut obtenu que chez 9% des sujets ayant reçu 7,5 mg d'antigènes et chez 22% avec 45 mg. Il fallut une dose de 90 mg pour obtenir une neutralisation chez 54% des sujets, soit une dose douze fois supérieure à la dose «efficace» d'un vaccin antigrippal annuel !

Par le plus grand des hasards, l'essai français réalisé quelques mois auparavant avec ce même vaccin, sur 300 volontaires âgés de 18 à 40 ans, aurait permis d'obtenir un taux d'anticorps à un niveau protecteur, chez la majorité des personnes ayant reçu les plus fortes doses d'antigènes. Peut-on imaginer que le même vaccin gagnerait en efficacité en traversant l'Atlantique ??

Dans le passé, le laboratoire Pasteur-Mérieux nous avait déjà présenté des résultats particulièrement discordants, avec le vaccin contre les oreillons. Dans les années 1990, la fréquence des méningites aseptiques, associées à la souche Urabe du vaccin contre les oreillons produit par Pasteur-Mérieux, s'élevait, hors de l'hexagone, à 7 pour 1000 vaccinations, soit mille fois plus qu'avec la souche Jeryl-Lynn.

En France, la fréquence reconnue par le laboratoire pour ce type de complications n'était que d'une méningite pour 200 000 vaccinations !

Nos frontières terrestres et maritimes nous protégeraient-elles des complications vaccinales, comme elles nous ont protégé d'un certain nuage ?

Dix-huit mois après que les autorités Canadiennes, Britanniques et Japonaises aient suspendu cette vaccination, le ministère français de la santé, tout en reconnaissant qu'il serait souhaitable d'utiliser la souche Jeryl-Lynn à la place de la souche Urabe, considéra que «ces nouveaux éléments ne justifiaient aucune modification immédiate de la politique vaccinale actuellement préconisée en France», tout en ajoutant que «des contacts avaient été pris avec les fabricants afin de pouvoir disposer d'un vaccin offrant un meilleur confort aux enfants qui bénéficient de la vaccination».

En clair, on écoule les stocks du vaccin Urabe. On ne change rien à la politique vaccinale, tout en recommandant des vaccins plus confortables à l'avenir, pour les enfants, afin de réduire quand même le risque de méningites, 1 400 fois plus élevé que ne le reconnaissent les autorités françaises !

Une capacité de production insuffisante en l'absence d'adjuvant

Sachant que la capacité de production annuelle est estimée à 900 millions de doses, «à condition de ne pas dépasser 15 mg», seuls 75 millions de personnes pourraient être vaccinées, avec une «protection»* pour seulement la moitié d'entre elles. (Nous avons mis les guillemets puisque la présence d'anticorps n'est aucunement synonyme de protection, ainsi que le confirment de nombreuses études avec le vaccin contre la rougeole : selon les déclarations de SmithKline Beecham, «Les rougeoles ont été dix-huit fois plus nombreuses aux Etats-Unis en 1990 (27 672 cas) qu'en 1983, malgré une vaccination systématique contre la maladie depuis 1978 [...]. L'échec d'une vaccination préscolaire se traduit donc par une transformation paradoxale de la rougeole en maladie des vaccinés.»)

Pour permettre une réduction des doses d'antigènes dans ce vaccin pré-pandémique, augmenter sensiblement la production, tout en améliorant le pourcentage de réponses favorables, Anthony Fauci, directeur de l'Institut national des allergies et des maladies infectieuses (NIAID), envisagea une piqûre de rappel - réduisant par deux le nombre de personnes «protégées» - et surtout la combinaison avec un adjuvant favorisant une réaction immunitaire supérieure.

S'étant engagés depuis 1999 à ne plus utiliser du mercure dans les vaccins, les laboratoires pourraient dès lors employer comme adjuvant de l'immunité, l'hydroxyde d'aluminium qui, à la suite du scandale du vaccin hépatite B, avait pourtant été abandonné, uniquement dans les vaccins contre la grippe, depuis quelques années.

Il est vrai que depuis 2001, la justice française avait condamné à plusieurs reprises SKB et Sanofi Pasteur pour le vaccin hépatite B, jugé responsable de scléroses en plaques. Les juges s'étaient appuyés sur le droit à la consommation, qui stipule qu'«un produit est défectueux dès le moment où il n'offre pas la sécurité à laquelle chacun peut légitimement s'attendre».

Le laboratoire Sanofi Pasteur osera-t-il, comme les autres fabricants de vaccins vraisemblablement confrontés aux mêmes difficultés, ignorer délibérément la responsabilité de l'aluminium pour employer cet adjuvant incriminé dans de nombreuses pathologies ?

Sanofi Pasteur franchit le pas

Anticipant sans doute sur les résultats des premiers tests, pourtant initialement prometteurs en France, mais qualifiés secondairement de médiocres aux USA, Sanofi-Pasteur avait déjà mis en route une deuxième mouture de vaccin pré-pandémique avec comme adjuvant... l'hydroxyde d'aluminium.

Selon le quotidien Le Monde du 12 mai 2006, une équipe française de chercheurs annonça avoir mis au point un vaccin qui protégerait contre l'infection humaine par le virus H5N1, responsable de l'actuelle épizootie de grippe aviaire. Ce travail, publié sur le site de la revue The Lancet, et non plus dans The New England Journal of Medicine, fut réalisé par des cliniciens des hôpitaux Cochin, des enfants malades de Necker (Paris) et Raymond-Poincaré (Garches) ainsi que par des chercheurs de Sanofi-Pasteur, «leader mondial de la production industrielle de vaccins contre la grippe», ainsi que le souligne Le Monde. Sous la direction du professeur Jean-Louis Bresson, cette équipe évalua sur 300 volontaires en bonne santé - des hommes et des femmes âgés de 18 à 40 ans - les effets de préparations vaccinales expérimentales fabriquées à partir d'une souche de virus aviaire isolé en 2004 chez une personne infectée au Vietnam.

Six formulations furent confectionnées, allant de 7,5 à 30 microgrammes d'antigène. Pour chacune d'elles, l'antigène fut administré soit seul, soit associé à de l'hydroxyde d'aluminium, lequel permet d'amplifier les réactions immunitaires de l'organisme, tout en réduisant les doses d'antigène.

Entre mai et juillet 2005, deux doses vaccinales furent administrées, par voie intramusculaire, dans le muscle deltoïde des 300 volontaires et ce à trois semaines d'intervalle. Quelques effets secondaires sans gravité furent alors observés, au niveau du site d'injection. De la fièvre, des maux de tête ou des douleurs musculaires se seraient également manifestés. Au cours de ces essais, différents prélèvements de sang furent effectués, afin de savoir si la réponse immunitaire protectrice obtenue - la production d'anticorps anti-hémagglutinine - était ou non de nature à conférer une protection contre l'infection virale.

«Au vu des résultats obtenus, il apparaît que deux injections de la préparation à 30 microgrammes associée à l'adjuvant permettent d'obtenir une réponse immunitaire conférant le meilleur niveau d'efficacité tout en présentant les garanties nécessaires d'innocuité», explique le docteur Mélanie Saville de Sanofi-Pasteur, cosignataire de cette étude.

Cette réponse a pu être observée chez 67 % des volontaires, alors qu'elle doit être, selon l'Agence européenne du médicament, de 70 % dans le cas des vaccins protecteurs contre la grippe saisonnière. Ce résultat apparaît encourageant, avec deux doses de 30 microgrammes associées à l'hydroxyde d'aluminium, sans tenir compte des éventuels effets secondaires liés à cet adjuvant et qui peuvent se manifester plusieurs années après les deux injections. La présence de cet adjuvant - neurotoxique chez l'homme et cancérigène chez l'animal - dans le nouveau vaccin, n'a pas permis d'amélioration avec des dosages inférieurs en antigène. Les chercheurs ont néanmoins observé chez certains volontaires, sans comprendre précisément pourquoi, de bonnes réponses avec de faibles dosages.

Ces résultats semblèrent manifestement plus prometteurs que ceux publiés, en mars 2006, par The New England Journal of Medicine. Sans adjuvant, le vaccin induisait en effet une réponse chez 50 % seulement des volontaires, avec 90 microgrammes d'antigène. Le docteur Agnès Hoffenbach, directeur du programme de recherche et développement chez Sanofi-Pasteur, eut cependant l'honnêteté de rappeler que : «Dans les vaccins antigrippaux habituels, la dose d'antigène est généralement de l'ordre de 15 microgrammes, et toute augmentation de cette dose soulève de grandes difficultés pratiques lors d'une production de masse.»

Sanofi-Pasteur en était à 30 microgrammes par dose, injectée à deux reprises à un mois d'intervalle. De nouveaux essais cliniques auraient été programmés, pour évaluer chez des personnes âgées et des enfants, l'efficacité de préparations vaccinales qui allaient d'ores et déjà être produites «à l'échelle industrielle dans des conditions identiques à celles qui prévaudraient en cas de pandémie déclarée».

Ainsi donc, Sanofi-Pasteur envisageait-il de produire, à brève échéance, un vaccin pré-pandémique «dans des conditions identiques à celles qui prévaudraient en cas de pandémie déclarée», sans avoir cependant la moindre idée de la nature de la souche qui aurait muté?

Vaccin GlaxoSmithKline et vaccin Sanofi-Pasteur à l'unisson

Dans la course effrénée au vaccin magique, à laquelle se sont livrés une trentaine de laboratoires, contre un virus qui n'est pas encore né, GSK avait semblé avoir pris de l'avance sur ses concurrents. Le 26 juillet 2006, GSK nous apprit en effet que lors d'un essai clinique, réalisé en Belgique sur 400 personnes, quatre patients sur cinq en moyenne avaient montré une forte réaction immunitaire positive, avec de petites doses. «Des résultats efficaces, à ce faible niveau de dosage, n'ont été rapportés pour aucun autre prototype de vaccin à ce jour», selon le porte-parole du groupe pharmaceutique qui espérait produire des centaines de millions de doses de vaccin d'ici la fin de l'année 2006.

Un moment retardé dans ses recherches, le laboratoire Sanofi-Pasteur jugea «prématuré de répondre dans l'immédiat» à l'annonce de Glaxo. Cependant, dans l'entourage du laboratoire français, on estima qu'il est difficile de juger sans avoir vu les résultats détaillés. Il paraissait a priori étonnant qu'une dose aussi minime que celle annoncée ait réellement pu déclencher 80% de réponses favorables.

Malgré ces résultats encourageants, Paul Digard, virologue à l'université de Cambridge, crût bon de signaler

qu'«il est impossible de prédire la nature exacte de la souche virale avant qu'elle n'apparaisse, et donc il paraît difficile de développer le bon vaccin par avance».

Sanofi-Pasteur semblait pourtant avoir partiellement résolu ce problème. Lors de la 2ème conférence internationale Influenza Vaccins for the World de Vienne, Sanofi-Pasteur annonça en effet que son vaccin pré-pandémique induisait des anticorps capables de neutraliser une souche additionnelle circulante du virus H5N1, non incluse dans la formulation d'origine du vaccin !

Parmi les volontaires vaccinés qui avaient développé des anticorps - dont le pourcentage n'est pas précisé - , la capacité de neutralisation croisée aurait été constatée à des niveaux équivalents, tant chez ceux ayant reçu le vaccin fortement dosé, que chez ceux ayant reçu le vaccin faiblement dosé, et ce, avec ou sans aluminium ! S'il faut en croire le Dr Maria Zambon, directeur adjoint du laboratoire de référence des virus, de l'agence de protection de la santé à Londres, qui a mené les tests de laboratoire, «ces résultats encourageants montrent la capacité d'un vaccin pré-pandémique à conférer une large protection en induisant des anticorps capables de neutraliser des souches, parmi les plus récentes du virus H5N1» !

Précisons, une fois encore, qu'une réaction immunitaire peut être obtenue après l'injection de tout produit chimique ou de tout allergène. Cela ne signifie pas que la personne est protégée contre la substance en question, mais y est simplement sensible.

Comment ces personnes vaccinées, ainsi que toutes celles qui se précipiteront sur ces vaccins, pensant être protégées contre le virus H5N1, réagiront-elles en effet en cas d'éventuelle pandémie, alors que le virus en cause aura subi de nombreuses mutations et présentera, par conséquent, beaucoup de différences avec le modèle injecté, quand bien même ce dernier aurait la capacité de neutraliser des souches ultérieures ?

Mais peut-être ces deux laboratoires tablaient-ils tout simplement sur la mise en place, au sein des pays membres de la Communauté européenne, d'une politique vaccinale obligatoire dite «préventive», tout comme les autorités américaines l'envisagent, en s'appuyant sur l'USA Patriot Act ... N'a-t-on pas déjà, en France, dans le cadre du financement de la sécurité sociale, imposé la vaccination contre la grippe aux membres des professions de santé (article 63 de la loi du 19 décembre 2005), conformément aux vœux émis par les Prs. Bricaire et Derenne, dans leur livre paru trois mois auparavant, obligation suspendue brutalement en octobre 2006 par décret ?

Gageons que le gouvernement français, comme d'autres gouvernements occidentaux, ne tarderaient pas, selon l'évolution, à passer commande de plusieurs dizaines de millions de doses de ces vaccins concurrents... Les Etats-Unis et la Grande-Bretagne avaient déjà fait connaître leur ambition de vacciner leurs populations respectives. Jean-Pierre Garnier, le PDG de GSK, leader mondial dans le secteur du médicament, avait ainsi rencontré le président George W. Bush, afin de discuter d'un programme de vaccination. SKB serait également en discussion avec la fondation du milliardaire Bill Gates, afin de trouver un moyen de distribuer un vaccin dans les pays les plus pauvres. De son côté, Jean-François Dehecq, PDG de Sanofi, qui, en trente ans, mena à bien presque 300 rachats d'entreprises, rêve de détrôner GSK et Pfizer. Chiraquien de toujours, il pouvait compter sur l'appui du Président français et de ses réseaux, pour développer les programmes de vaccination tout azimut. Les petits cadeaux entretenant l'amitié, la division vaccins du Groupe Sanofi-aventis s'engagea ainsi, en juin 2008, à donner 60 millions de doses de vaccin H5N1 à l'OMS, sur trois ans, offre renouvelée avec le futur.. vaccin H1N1...

Gageons également que les personnes exposées professionnellement au futur virus de la pandémie, ainsi que les lycéens et collégiens, «bénéficieraient» très rapidement de ce vaccin, que le groupe d'assurances Axa avait décidé de rembourser... Les lycées et collèges n'avaient-ils pas tous reçu, en septembre 2006, du ministère de l'éducation nationale, une note d'information sur la grippe aviaire et le risque de pandémie ?

Nos institutions profiteront-elles de l'occasion pour intégrer les possibilités particulières liées à l'utilisation des nano-bio-technologies, comme pour les chiens et les chevaux ?

Ces rêves de vaccination en masse dans les pays développés sont suspendus ou tout simplement différés, le virus H5N1 restant trop peu contagieux pour devenir réellement pandémique, ce qui n'est pas le cas du virus H1N1, devenu pandémique en raison de sa transmission interhumaine importante, avant qu'une mutation ultérieure ne le rende plus agressif.

Les vaccins contre la pandémie porcine H1N1

Dès le 28 avril, soit au 4ème jour de la découverte officielle de l'épidémie de grippe porcine H1N1, un haut responsable américain à la Santé déclarait déjà que des «efforts importants» avaient été mis à l'oeuvre pour mettre au point un vaccin, mais qu'il n'y en aura pas de disponible avant septembre.? Alors que deux années avaient été nécessaires pour produire un vaccin contre le virus aviaire H5N1, quelques mois devraient donc suffire pour produire un vaccin contre cette pandémie H1N1...

Sanofi Pasteur, leader mondial des vaccins, reconnu avoir été contacté par l'OMS pour en développer un contre la grippe porcine et le produire, lorsque la souche du virus aura été identifiée. Il reconnu également être en contact avec les autorités américaines et européennes du médicament, qui devront autoriser un éventuel vaccin. Pour sa part, le laboratoire suisse Novartis a indiqué, dès le 27 avril, avoir été contacté par l'OMS pour le développement d'un vaccin, tandis que son compatriote Roche, se disait «prêt» à expédier dans le monde 3 millions de doses et que le britannique GlaxoSmithKline fournissait 100 000 boîtes aux autorités mexicaines (Challenge, 29 avril 2009).

Après avoir, semble-t-il, temporisé, notamment pour permettre aux industriels des vaccins de préparer leur lucratif vaccin contre la grippe saisonnière, l'OMS décida, le 27 mai - 15 jours avant de relever au niveau 6 la pandémie

- d'envoyer les quatre souches de référence, en provenance du CDC d'Atlanta, à destination des 20 laboratoires qui fabriquent dans le monde des vaccins, les trois plus importants (Sanofi-Pasteur, GSK et Novartis) et les 17 plus modestes.

Comme nous l'avons déjà signalé précédemment, le Dr Marie-Paule Kieny, directrice de l'unité Initiative pour le vaccin de l'OMS, déclarera, le 10 juin, que «Tous ont commencé à inoculer des œufs de poule embryonnés. Baxter est le premier à avoir déjà lancé une production cellulaire, mais c'est à partir d'une souche de virus sauvage... D'ici une dizaine de jours, c'est l'ensemble des industriels qui devraient être en capacité de lancer des productions en vue des essais cliniques et les premières doses devraient être disponibles à partir de septembre en nombre de doses très limité» (Le Quotidien du médecin, 10 juin 2009).

Une fois les souches grippales reçues, les laboratoires se sont alors lancés dans une course de vitesse pour trouver un vaccin contre le virus H1N1. Cinquième fournisseur mondial de vaccins antigrippaux, le groupe suisse Novartis sembla avoir pris de vitesse ses concurrents, en recourant à la culture de cellules et non d'œufs, comme c'est le cas d'habitude. En annonçant, le vendredi 12 juin, avoir produit son premier lot de vaccin, alors que l'OMS venait de déclencher le niveau d'alerte maximal pour faire face à la pandémie, Novartis prit tout le monde de court. Pour les experts, un délai de quatre à six mois était en effet nécessaire à la production de vaccins immunisant contre la souche virale H1N1. Tests, évaluations et essais cliniques seront lancés début juillet. Le groupe a promis de produire jusqu'à un million de doses par semaine, dans son laboratoire de Marbourg en Allemagne et annoncé la mise en place d'un second laboratoire à Holly Spings (Caroline du Nord), aux Etats-Unis. En fait, Novartis obtint ce résultat avec une souche sauvage, tout comme Baxter. Selon ses propres termes «il espère être en mesure de produire rapidement la souche réassortie du virus de la grippe A/H1N1, fournie par les CDC, le 27 mai 2009. La compagnie pense être en mesure de faire homologuer son produit à l'automne 2009.» Plus de 30 gouvernements auraient déjà fait une commande de vaccin sur culture cellulaire et/ou œufs, à Novartis, dont les Etats-Unis, pour un montant de 289 millions de dollars, incluant l'adjuvant MF59®, qui peut être ajouté aux vaccins contre la grippe, pour stimuler la réponse immunitaire humaine. Nous verrons ci-dessous ce qu'il faut attendre de telles perspectives.

L'ensemble de l'industrie pharmaceutique devrait être en mesure de commencer la production d'un vaccin contre la grippe porcine, d'ici fin juin-début juillet. La production de 4,9 milliards de doses en un an devrait être possible, selon des projections de certains à l'OMS, tandis que pour d'autres à l'OMS, notamment le Dr Kieny, directrice de l'unité Initiative pour le vaccin de l'OMS, «au rythme moyen de production que nous projetons, quatre ans seraient nécessaires pour constituer un stock de 6 milliards de doses, à supposer qu'une dose (et non deux) suffise à l'immunisation». Les avis divergeraient-ils à l'OMS ??

Il ne restera plus qu'à croiser les doigts, croire à la chance, comme le dit le Dr Demure, directeur du département santé de la Banque mondiale, pour que les souches de mai 2009, utilisées pour ce vaccin, correspondent à celle de la mutation qui serait à l'origine de la virulence accrue du virus, après son séjour dans l'hémisphère sud, à moins que le vaccin, par le jeu des réactions croisées, reconnaisse la nouvelle souche et nous en protège !!!

Mais auparavant, l'usager devra être assuré par les autorités sanitaires que ces vaccins sont réellement efficaces, puisqu'une réaction immunitaire, si forte soit-elle, obtenue avec de tels vaccins expérimentaux, à partir, qui plus est, d'une souche qui ne pourra correspondre à celle de l'hypothétique pandémie par le jeu des mutations incessantes, ne signifie en aucune façon que le sujet sera protégé, mais simplement sensible au vaccin injecté, comme c'est le cas après toute injection de produit chimique ou d'allergène.

De plus, ces vaccins doivent être sains et dépourvus de la moindre dangerosité dans le respect de la Directive européenne de juillet 1985 sur le droit à la consommation, qui stipule qu'un produit est défectueux dès qu'il n'offre pas la sécurité à laquelle chacun peut légitimement s'attendre.

Or, malheureusement, comme il a déjà été dit, ces vaccins font et feront appel à des adjuvants dont l'innocuité n'a jamais été démontrée par les laboratoires. Sanofi-Pasteur semble privilégier l'hydroxyde d'aluminium, reconnu neurotoxique, cancérigène et infectieux. Il est en effet impliqué dans les maladies d'Alzheimer et de Parkinson, dans les cancers chez les félins et dans la myofasciite à macrophages chez l'homme, associée une fois sur trois à une maladie auto-immune, pouvant apparaître plus de dix ans après toute vaccination intégrant cet adjuvant. Novartis et GlaxoSmithKline préfèrent, eux, utiliser un dérivé du squalène neuro-toxique, le MF59 pour Novartis et le AS04 pour GSK.

Que faut-il penser de ces adjuvants qui, pour les laboratoires, l'OMS et les autorités sanitaires, seraient sûrs et efficaces ?

La toxicité démontrée de l'Aluminium

L'aluminium est utilisé depuis de très nombreuses années dans un grand nombre de vaccins, sous forme de phosphate d'alumine, d'alun et maintenant d'hydroxyde d'aluminium. C'est parce que cet adjuvant augmente et prolonge la réponse immunitaire aux antigènes inoculés, que vingt-cinq vaccins couramment utilisés contiennent toujours de l'hydroxyde d'aluminium.

La stimulation du système immunitaire par cet adjuvant s'exerce, sans doute, à travers une activation des macrophages (cellules non spécifiques du système immunitaire) et une production de cytokines.

Alors que les normes européennes fixent son seuil à 15 µg par litre, l'hydroxyde d'aluminium est retrouvé à des doses nettement supérieures dans les vaccins diphtérie, tétanos, polio, coqueluche, hépatite A, hépatite B, méningite à méningocoque, fièvre jaune, fièvre aphteuse notamment (de l'ordre de 650 à 1250 µg par dose). Dans le vaccin contre le charbon, injecté systématiquement aux soldats anglo-saxons et américains avant les dernières guerres des

Balkans et d'Irak, les doses d'aluminium étaient de l'ordre de 2 400 µg par vaccin, injecté à six reprises la première année.

Si ces normes européennes sont toujours exprimées en litre, c'est pour la simple raison que l'hydroxyde d'aluminium peut être retrouvé dans l'eau potable à des doses de l'ordre de 8 000 voire 10 000 µg par litre ! S'il est donc difficile de les comparer exactement avec l'aluminium vaccinal, exprimé en micro-grammes par dose, il n'en demeure pas moins vrai que «lorsqu'on vaccine contre la diphtérie, le tétanos, la polio, la coqueluche et l'hépatite B, l'ensemble représente quand même 8 mg (8 000 µg) d'hydroxyde d'aluminium» (Dr Léry, chef du service des vaccinations à l'Institut Pasteur de Lyon).

Depuis l'année 2000, sans donner d'explications mais non sans raison, les laboratoires ont jugé nécessaire de réduire sa teneur à moins de 650 µg par dose de vaccin hépatite B, et même de supprimer son emploi dans les vaccins contre la grippe. Il est vrai que «l'accumulation graduelle de l'aluminium et du mercure dans le cerveau entraînant l'altération des fonctions cognitives», un individu qui reçoit 5 vaccins consécutifs contre la grippe a dix fois plus de chance de présenter ultérieurement la maladie d'Alzheimer, selon l'immunogénéticien Hugh Fudenberg. Traversant la peau, l'hydroxyde d'aluminium pénètre en effet les tissus pour s'y fixer, se combiner à la ferritine du sang, en lieu et place du fer, et gagner la circulation générale, éventuellement jusqu'au cerveau, en traversant la barrière hémato-méningée devenue de plus en plus perméable, avec l'océan de radiations électromagnétiques dans lequel nous baignons.

Les laboratoires Pasteur, GlaxoSmithKline... et tous ceux qui fabriquent les vaccins, n'ignorent pas qu'en 1997 a été décrite une nouvelle maladie, la myofasciite à macrophages (MFM), apparaissant jusqu'à dix ans après toute vaccination faisant appel à de l'aluminium. Sur le plan clinique, elle se manifeste par une fatigue persistante et des douleurs musculaires et articulaires diffuses qui deviennent rapidement chroniques et invalidantes.

Elle est associée, une fois sur trois, à une maladie auto-immune, essentiellement la sclérose en plaques. Sur le plan biologique, les patients présentent des signes de stimulation chronique du système immunitaire, dont témoignent l'augmentation des lymphocytes B et «natural Killers» dans le sang et l'augmentation des concentrations plasmatiques de plusieurs cytokines de l'inflammation. La présence d'anticorps circulants (antinucléaires et antiphospholipides) est retrouvée chez 50 % des patients.

Cette MFM est définie par des lésions pathognomoniques (caractéristiques) lors de la biopsie musculaire, sous forme d'infiltration en nappe de la périphérie du muscle par des macrophages granuleux (PAS+), associée à la présence d'infiltrats lymphocytaires, notamment CD8 suppressor, et des altérations myocytaires minimales ; les inclusions cristallines, présentes en permanence dans les macrophages, correspondant à des cristaux d'aluminium. (Gherardi et al. «Macrophagic myofasciitis : a reaction to intramuscular injections of aluminium containing vaccines», in Journal of Neurology, n° 246.)

Les agences de sécurité sanitaire française et américaine, ainsi que le Comité Consultatif sur la sécurité des vaccins de l'OMS, ont également conclu, en 1999, «à un lien de causalité très probable entre l'administration d'un vaccin contenant de l'hydroxyde d'aluminium et la présence de la lésion histologique caractérisant la myofasciite à macrophage». L'OMS a conseillé d'entreprendre des recherches, afin d'évaluer tous les aspects de cette pathologie.

Ces recherches ont démarré avec beaucoup de retard, en partie à cause du lobbying des labos pharmaceutiques, qui n'ont pas intérêt à ce que la toxicité de l'hydroxyde d'aluminium soit officiellement reconnue. Une interdiction signifierait en effet un manque à gagner de plusieurs milliards de dollars pour les grandes firmes pharmaceutiques, obligées de trouver un nouvel adjuvant vaccinal avant d'obtenir ensuite une nouvelle autorisation de mise sur le marché. De plus, les laboratoires n'ignorent pas qu'en cas de poursuites judiciaires, la justice européenne pourrait s'appuyer sur le droit à la consommation pour les condamner, tandis que la justice américaine pourrait les obliger à ouvrir leurs archives aux experts de la défense...

Par ailleurs, on observe beaucoup de faux négatifs à la biopsie, pour la simple raison qu'il est difficile techniquement de tomber précisément sur le point d'injection du vaccin. Il existe pourtant un test sanguin simple et fiable de transformation lymphocytaire, le test Melisa réalisé en Suisse, en Suède, en Belgique. Les autorités françaises ne reconnaissent cependant pas ce test afin, sans aucun doute, de minimiser la fréquence de cette maladie, ainsi que leur très lourde responsabilité pénale.

Car la fréquence de la MFM est certainement beaucoup plus élevée que celle retenue par les autorités sanitaires. Le tableau clinique est en effet très voisin du syndrome de la guerre du Golfe, ainsi que de celui de la fibromyalgie et celui du syndrome de fatigue chronique que les anglo-saxons définissent comme une encéphalopathie myalgique, définition qui cadre parfaitement avec celle de la Myofasciite à macrophages, chez laquelle on observe toujours des manifestations neuro-psychiques, troubles cognitifs notamment.

Rien que pour la France, on peut avancer un chiffre - toujours en progression - dépassant très largement le millier de victimes, de l'ordre de 10 000 victimes voire plus. Indépendamment de l'origine multifactorielle de ces maladies, qui présentent beaucoup de similitudes entre elles, on estime en effet la fréquence de la fibromyalgie de 500 000 à un million de cas en France et celle du syndrome de fatigue chronique de 60 000 à 120 000 cas, ce qui est une fourchette sans doute très basse.

Tandis que la MFM est spécifique à l'homme, on observe chez les animaux domestiques une fréquence croissante des cancers des tissus mous à type de rhabdomyosarcomes. Selon une étude réalisée par 258 cliniques américaines, la fréquence de ces cancers chez les félins domestiques a été multipliée par 11 entre 1982 et 1993. Si, en dehors des points d'injection des vaccins, l'augmentation n'est que de 5,7, elle s'élève à 18,3 aux points d'injection des vaccins, où l'on retrouve l'aluminium dans les macrophages à proximité des cancers. Faisant l'objet d'une quarantaine de publications scientifiques, les études ont pu établir la relation épidémiologique entre les dates de vaccination,

les points d'injection, l'occurrence des tumeurs et la présence de granulations comportant de l'aluminium. (Smith C A. «Vaccinons-nous trop ?», in J. Am. Vet. Med. Assoc., 15 août 1995 ; 15 ; 207(4) : 421 - 425 ; Shane Ryan, Singapore Vet. Journal, 22 : 65-73, 1998)

Par ailleurs, une étude de l'université de Colombie-Britannique a établi, en mars 2006, un lien entre l'aluminium vaccinal et les symptômes associés à la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique et la maladie d'Alzheimer.

Chris Shaw, neurologue de Vancouver, et son équipe de quatre scientifiques des universités de Colombie-Britannique et de Louisiane, ont injecté à des souris le vaccin contre l'anthrax, développé lors de la guerre du Golfe et qui fait appel, dans un premier temps, à de l'hydroxyde d'aluminium comme adjuvant de l'immunité, à raison de 2 400 µg par dose. Tous les soldats mobilisés ont en effet été vaccinés avec ce vaccin. Des symptômes comparables à celui de la sclérose latérale ont été observés à un taux similaire, que les soldats aient été ou non envoyés dans le Golfe. Après vingt semaines d'études, Chris Shaw et son équipe ont mis en évidence des augmentations importantes de l'anxiété (38%), des déficits de mémoire (avec 41 fois plus d'erreurs que dans le groupe témoin) et d'allergies (20%). Des prélèvements de tissus réalisés sur les souris sacrifiées ont montré des cellules nerveuses nécrosées. Dans la zone contrôlant le mouvement, 35% des cellules étaient ainsi détruites.

Commentant cette étude, Chris Shaw déclara : «Aucun membre de mon équipe ne veut se faire vacciner. Ces résultats donnent la chair de poule [...] C'est suspect, soit ce lien est connu de l'industrie et n'a jamais été rendu public, soit l'industrie n'a jamais été obligée par le ministère canadien de faire ses recherches. Je ne sais pas quelle hypothèse est la plus effrayante».

Depuis l'année 1999, ce lien est malheureusement bien connu de l'industrie pharmaceutique, comme des instances sanitaires internationales et nationales. Ne serait-ce que par la découverte des myofasciites à macrophages chez l'homme ou des rhabdomyosarcomes chez les félins domestiques...

Faut-il en conclure que les centaines d'études innocentant l'aluminium ont été diligentées délibérément sur de courtes périodes qui n'excèdent pas, volontairement, quelques semaines, ne permettant donc pas d'observer, à long terme, la toxicité de l'aluminium ? De son côté, Chris Shaw invite ceux qui détiendraient une étude aux résultats différents des siens, sur une longue période, de la présenter...

Pendant ce temps, bénéficiant de l'immunité que leur accordent les instances sanitaires internationales, les laboratoires pharmaceutiques poursuivent la commercialisation et l'élaboration de nouveaux vaccins très lucratifs, faisant appel notamment à cet hydroxyde d'aluminium.

Le squalène au moins aussi toxique que l'aluminium ?

A première vue, le squalène semble être un adjuvant efficace et sûr. Cette huile, présente naturellement dans les plantes et dans le foie de différentes espèces animales, dont l'être humain, est le constituant principal de l'adjuvant MF59 utilisé par Novartis et de celui utilisé par GlaxoSmithkline pour son nouveau vaccin contre l'hépatite B, mais aussi sans aucun doute contre la grippe, le AS04 ou MPL (monophosphoryl lipide A).

Le squalène, produit intermédiaire du métabolisme du cholestérol et de la vitamine D, est de ce fait un constituant physiologique de l'organisme humain qui est intégralement métabolisé. Reprenant les données du fabricant - sans les études scientifiques qui ne lui ont pas été communiquées ! - l'OMS signale, dans ce qui peut être considéré comme un publi-reportage, que «contrairement aux sels d'aluminium, MF59 n'agit pas par un effet dépôt, les premières études ayant pu montrer que l'émulsion est éliminée très rapidement du site d'administration, sans pour autant donner d'explications sur son devenir dans l'organisme.

Des études in vivo ont montré un effet direct de MF59 sur le profil d'expression des cytokines des cellules immunitaires. MF59 stimule les lymphocytes T-helper du type Th-2, attire les cellules présentant l'antigène vers le site d'injection et active la modification (processing) et la présentation des antigènes attirés simultanément. Ceci renforce la stimulation des cellules B à produire des anticorps spécifiques contre l'antigène - dans le cas de l'influenza, contre deux protéines de surface virales, l'hémagglutinine et la neuraminidase.»

Plus de 22 millions de doses de vaccin antigrippal contenant du squalène ont été administrées, principalement dans les tranches d'âge élevées. «L'absence de manifestations post-vaccinales indésirables importantes après ce grand nombre de doses administrées indique que le squalène dans les vaccins ne fait pas courir de risque significatif».

Toujours selon l'OMS, «quelques personnes ont essayé de voir un lien entre les problèmes de santé présentés par les anciens combattants de la guerre du Golfe et la présence possible de squalène dans les vaccins qu'on leur avait administrés. Un rapport publié a avancé que certains des vétérans, qui avaient reçu des vaccins contre le charbon, avaient développé des anticorps antisqualène, qui ont provoqué leurs incapacités. On sait désormais qu'il n'y avait pas de squalène dans ces vaccins et des articles publiés ont indiqué des faiblesses techniques du rapport original.»

L'objectivité de ces déclarations de l'OMS en faveur de cet adjuvant est sujette à caution, en raison d'une part de l'absence d'études scientifiques confirmant son efficacité et sa bonne tolérance et, d'autre part, de la collaboration, durant plusieurs années, du Dr Kieny, directrice de l'unité Initiative pour le vaccin de l'OMS, à des travaux sur cet adjuvant.

De fait, l'OMS peut affirmer qu'«on sait désormais qu'il n'y avait pas de squalène» dans le vaccin contre l'anthrax» et que «des articles publiés ont indiqué des faiblesses techniques du rapport original». N'étant pas accompagnées des articles en question, ces affirmations perdent quelque crédit, d'autant plus que des études scientifiques,

parues dans des revues sérieuses, font état de la toxicité importante du squalène, comme nous le verrons ci-après. A l'inverse, si un faisceau de présomptions ne constitue pas une preuve formelle, un sérieux doute demeure et le principe de précaution doit s'appliquer.

Ce qu'oublie également de dire l'OMS, c'est qu'une première version du MF59 a dû être remplacée en raison de la gravité de ses réactions, peu compatibles avec une utilisation humaine ; le phosphatidyl-éthanolamine de tripeptide de muramyl (MTP-PE) en a ainsi été retiré par Chiron, racheté ensuite par Novartis.

L'OMS oublie également de préciser que, comme il a été surtout utilisé chez les personnes âgées dans les maisons de retraite, «le squalène dans les vaccins ne fait pas courir de risque significatif» chez les personnes âgées et uniquement chez celles-ci ; d'autant qu'aucune étude n'a été effectuée chez les jeunes et chez les adultes. Toute extrapolation pour l'ensemble de la population relève donc de la manipulation mensongère. De même, l'OMS oublie-t-elle de signaler que le niveau d'anticorps est modestement augmenté de 25% chez les personnes âgées, par rapport au vaccin sans adjuvant, alors que chez les plus jeunes, le taux d'anticorps n'est pas modifié et que le taux d'antigène utilisé reste le même avec MF59 ou sans ?

Faut-il voir, derrière cette position partisane de l'OMS, la volonté du Gouvernement fédéral américain de défendre cet adjuvant qui peut être ajouté à toute vaccination de masse ? Envisagée en 2001 contre la variole, la vaccination de masse avait dû être abandonnée devant la levée de bouclier de très nombreux médecins, mettant en avant l'importante toxicité de ce vaccin. La menace de pandémie, aviaire depuis 2004, puis surtout porcine depuis avril 2009, est devenue un argument de choix pour justifier une vaccination de masse qui utiliserait notamment cet adjuvant, pouvant être ajouté à tout vaccin, adjuvant pour lequel le Gouvernement fédéral a d'ailleurs passé un contrat avec Novartis en mai 2009.

Paradoxalement, alors que le squalène n'était autorisé qu'en Europe depuis 1997, plusieurs centaines de millions de dollars ont été dépensés aux Etats-Unis, depuis cette même période, pour tester des vaccins faisant appel à cet adjuvant : c'est le cas des instituts de recherche comme le NIH (National Institutes of Health) qui a testé l'efficacité de vaccins anti-VIH, de l'Institut national du cancer ou encore des National Institutes of Allergy and Infectious Diseases (NIAID). De son côté, SKB a utilisé cet adjuvant dans un premier vaccin contre le paludisme, contre l'herpès génital ainsi que contre le cancer du col de l'utérus, ou encore contre la tuberculose.

De plus, contrairement à ce qu'affirme l'OMS, le squalène a bien été utilisé dans une deuxième mouture du vaccin contre l'anthrax, fabriqué par Bioport, impliqué, comme nous l'avons vu, dans un contrat sans appel d'offre à des tarifs exorbitants.

Immunologiste à Memphis, le Dr Pamela Asa, avec l'aide du Dr Robert Garry, virologue de l'école de médecine de la Tulane University de la Nouvelle Orléans - lequel développa un test spécifique pour la détection des anticorps anti-squalène -, a pu constater que 95% des 144 soldats souffrant du Syndrome de la guerre du Golfe qui ont été explorés à l'école de médecine de Tulane, montraient des niveaux élevés d'anticorps anti-squalène, absents chez les Américains non vaccinés (Asa, P.B., Cao, Y. and Garry, R.F., «Antibodies to Squalene in Gulf War Syndrome. Experimental Molecular Pathology» ; 68:55-64, 2000).

La liste des symptômes présentés par les soldats atteints de ce syndrome de la guerre du Golfe est longue. Citons arthrite, fibromyalgie, lymphadénopathie, éruptions photosensibles, fatigue chronique, maux de tête chroniques, perte des cheveux anormale, lésions cutanées chroniques, ulcères, vertiges, perte de mémoire, convulsions et épilepsie, modifications d'humeur, problèmes neuropsychiatriques, troubles cognitifs, anémie, lupus érythémateux disséminé, la sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, phénomène de Raynaud, le syndrome de Sjögren, diarrhée chronique...

Pendant des années, le ministère de la Défense nia catégoriquement la présence de squalène dans le vaccin contre l'anthrax. Ce n'est qu'en octobre 2000, que le Département de la défense admit que «des traces» de squalène ont été trouvées dans ses vaccins, après que la Food and Drug Administration (FDA) ait découvert la substance au cours d'une enquête, qui utilisa des tests plus sensibles que ceux du Pentagone. Le Département de la défense affirmera pourtant qu'il ne sait pas comment la substance a pu être ajoutée, alors que son utilisation n'avait jamais été autorisée aux Etats-Unis.

La présence de squalène retrouvée par la FDA, la présence d'anticorps anti-squalène à un taux élevé chez 95% des soldats examinés, ne peuvent en aucune façon être assimilés à des «faiblesses techniques», comme l'affirme péremptoirement l'OMS.

Ces faits irréfutables ont fait l'objet d'enquêtes minutieuses, par plusieurs journalistes dont Robert Downes et Gary Matsumoto. Ce dernier, dans son livre («Vaccine A-The Covert Government Experiment That's Killing our Soldiers and Why GI's are Only the First Victims»), lève le secret des expériences médicales menées sur les citoyens américains, par les médecins et scientifiques travaillant pour l'armée américaine. Il aborde ainsi «la trahison des règles les plus fondamentales de l'éthique médicale ainsi que celle du droit de base, des militaires et des civils pour protéger le peuple qu'ils gouvernent.» Il cite également les nombreuses études réalisées depuis le début des années 1970, mettant en évidence les effets dramatiques du squalène sur les animaux de laboratoires : sclérose en plaques et arthrite chez les rats (Michael Whitehouse and Frances Beck, UCLA Medical School's) ; blessures catastrophiques pour le système nerveux et le cerveau (Académie polonaise des sciences) ; arthrite et lupus érythémateux (Svelander, L., Holm, B. C., Buchtt, A., Lorentzen, J. C., Svelander, L. «Responses of the rat immune system to arthritogenic adjuvant oil» ; Scandinavian Journal of Immunology 54 (2001): 599-605)

Le squalène, injecté dans le corps, a donc des effets totalement différents que lorsqu'il est ingéré par la bouche, sous forme d'huile de foie de requin. Les réactions auto-immunes observées pourraient correspondre au

«mimétisme cellulaire», la production d'anticorps par le squalène injecté entrant en compétition avec le squalène naturel présent dans l'organisme. Le Dr Bonnie Dumbar, immunologiste, a observé ce phénomène dans les pathologies auto-immunes après la vaccination hépatite B. Le Dr Vijendra K Singh, de l'Université de l'Utah, a fait le même constat dans l'autisme à la suite du vaccin ROR, les auto-anticorps attaquant la myéline chez ces enfants. Il a montré que de nombreux enfants autistes présentent des auto-anticorps à la protéine de base de la myéline du cerveau (MBP), ainsi que des niveaux élevés d'anticorps du virus de la rougeole (Abnormal Measles Serology and Autoimmunity in Autistic Children - Journal of Allergy & Clinical Immunol, 109 (1): S232, January 2002).

Garry Matsumoto et le Dr Pamela Asa ne sont pas très éloignés de la vérité lorsqu'ils déclarent que le squalène - que les autorités américaines semblent vouloir intégrer dans toute vaccination de masse - est bien «la plus insidieuse des armes biologiques jamais conçues» et une véritable bombe à retardement.

Le squalène n'est malheureusement pas le seul composant toxique du MF59. Une étude de décembre 2005 montre que Tween80 (polysorbate 80), présent dans le MF59, peut occasionner une réaction anaphylactique potentiellement mortelle (Coors, Esther A., Seybold, Heidi, Merk, Hans, Mahler, Vera : «Polysorbate 80 in medical products and nonimmunologic anaphylactoid reactions» ; Annals of Allergy, Asthma and Immunology 95 (2005): 593-599).

Derrière la volonté affichée de protéger le citoyen contre les pandémies aviaire et porcine, ou contre toute maladie, par une vaccination de masse intégrant des adjuvants aussi dangereux, se cachent peut-être d'autres desseins inhumains moins avouables...

Nous risquons malheureusement de nous en rendre compte prochainement.

*Le microbe n'est rien,
le terrain est tout.*

Y paraît que nous
avons refilé la grippe
aux humains !

Cela voudrait dire
que les humains subissent
des conditions de vie
et d'alimentation aussi
déplorables que la nôtre !



CHAPITRE X

LES EFFETS PERVERS DE L'ELEVAGE INTENSIF

«Chassez la nature avec une fourche, elle revient au galop»
Proverbe chinois

Plus de 80% de la production mondiale de volailles est conduite de manière intensive, dans des hangars où sont entassés des dizaines de milliers d'oiseaux, à raison de 24 par m².

L'organisation de ces élevages intensifs est sous la coupe de quelques grands groupes de l'industrie agroalimentaire. La compagnie thaïe, Charoen Pokphand (CP) a ainsi le quasi-monopole des élevages contaminés : pour les poussins de chair en République Populaire de Chine, dont un centre d'incubation produisant neuf millions de poussins a été infesté par la grippe aviaire ; pour les élevages de poulets de chair et de poules pondeuses en Indonésie ; pour la moitié du secteur avicole du Vietnam, ainsi que 12% de la production de volailles de Turquie, laquelle importe par ailleurs des volailles de Chine et en exporte au Nigéria, premier pays du continent africain touché par l'épizootie H5N1.

La majorité des élevages touchés par le virus H5N1 semble ainsi porter le «label CP», par l'intermédiaire du commerce de l'alimentation, des intrants et des volailles, sans oublier les oeufs.

De son côté, Merial Animal Health - issu du mariage de Merck & Co. Inc., et de Rhône-Poulenc, par l'intermédiaire de l'Institut Mérieux - , détient plus de 65% du marché mondial des oeufs bruns, 35% du marché mondial des oeufs blancs et 15% du marché mondial du poulet à griller.

Quelques autres multinationales se partagent le marché mondial.

On peut dresser le même constat pour les élevages de porcs. En 1965, il y avait 53 millions de porcs dans plus de 1 million de fermes. 40 ans plus tard, 65 millions de porcs se retrouvent concentrés dans 65 000 porcheries. Des milliers de porcs sont entassés, museau contre museau, dans des cages étroites où ils peuvent à peine bouger, et sont nourris en permanence d'une espèce de bouillie artificielle, vivant au dessus de leurs propres immondices. Ils sont stressés, déprimés, et sont bien plus aisément sensibles aux infections. Il n'y a ni air frais, ni lumière du jour pour renforcer leurs défenses naturelles. Ils vivent dans un air chargé de virus, et ils y sont exposés chaque fois qu'ils respirent.

Précarité génétique et contamination directement proportionnelles à la densité démographique

Les poulets, comme les porcs utilisés dans les élevages industriels sont, le lecteur ne l'aurait-il pas deviné, le fruit d'une sélection génétique. Ce sont donc bien des organismes génétiquement modifiés. Ceci a conduit à accélérer toujours plus la vitesse de croissance des poulets, grâce notamment aux antibiotiques. Aujourd'hui, les poulets d'élevage intensif sont abattus à l'âge de 42 jours, soit 2 fois plus rapidement qu'il y a 30 ans.

Cette croissance rapide «entraîne surtout une forte morbidité des animaux qui reçoivent plusieurs traitements antibiotiques et vaccins dans leurs trois premières semaines de vie. D'après des études scientifiques faites en élevage intensif, entre 75 et 90% des animaux ont une démarche altérée, et entre 26 et 30% ont une démarche sévèrement altérée...», les os devenant plus friables par ailleurs.

L'élevage intensif entraîne également d'autres perturbations, plus graves encore. Selon François Renaud, directeur de recherche au CNRS, à la tête de l'unité de génétique et d'évolution des maladies infectieuses à Montpellier, les conditions d'élevage intensif sont «des réacteurs biologiques à microbes».

Les concentrations de volailles, comme de porcs, répondent aux besoins croissants d'une population en augmentation rapide. Mais la densité de ces élevages va de pair avec une homogénéité génétique favorable au développement d'éléments pathogènes. La faible diversité génétique est ainsi une cause prépondérante de l'extension rapide des épizooties. Les oiseaux migrateurs, eux, ayant échappé à une sélection par l'homme, conservent leur diversité génétique et y sont moins sensibles. Ils se font pourtant les porteurs sains du pathogène.

Jusqu'à une masse critique de volailles ou de porcs, «le pathogène s'autorégule». Il tue jusqu'à extinction complète des victimes et s'éteint de lui-même, faute de combattants. Au-delà d'une certaine masse critique, le processus s'emballe, le pathogène se diffuse efficacement, se multiplie, s'installe, et gagne les autres élevages où la densité des hôtes lui permettra de poursuivre ce même processus.

Comme le dit fort justement, le Dr Léon Bennun, de BirdLife International, la grande concentration de volailles, l'exposition constante aux déjections, à la salive et aux sécrétions - ainsi que les traitements antibiotiques et les vaccins répétés - fournissent les conditions idéales pour la reproduction, la mutation, la recombinaison et la sélection de virus, à partir desquels des catégories extrêmement dangereuses de virus peuvent évoluer.

L'élevage intensif de volailles, comme celui de porcs, doit bien être ainsi considéré comme une bombe à retardement.

La position équivoque de la FAO et de l'OMS

Face à la responsabilité écrasante de l'élevage intensif dans la réduction de la biodiversité génétique facilitant l'éclosion d'épizooties diverses, dont la maladie de Newcastle et plus encore la grippe aviaire en sont la preuve évidente, les positions de la FAO et de l'OMS sont pour le moins ambiguës.

Avant la survenue de la crise aviaire, la FAO, par l'intermédiaire d'Irène Hoffmann, Responsable du service de la production animale de cet organisme international, reconnaît que : «Développer des ressources génétiques animales à la ferme dans leur environnement de production est l'approche la plus efficace pour maintenir une diversité génétique, [et pour apporter] une garantie contre de futures menaces telles que la famine, la sécheresse et les épidémies.»

Joseph Domenech, inspecteur vétérinaire en chef de la FAO, va dans le même sens en déclarant que tout doit être mis en œuvre pour protéger la diversité aviaire locale, particulièrement en Asie, région d'origine des poulets domestiques. FAO et OIE reconnaissent d'ailleurs qu'il est prouvé que le virus H5N1 s'adapte au poulet de village de la même manière qu'il s'est adapté aux canards domestiques et qu'il y a «de plus en plus de preuves que la survie du virus dans la volaille des petits exploitants dépend de la réinfection des volatiles par l'extérieur». C'est-à-dire les élevages industriels et le commerce des intrants et de l'alimentation des volailles.

Quand des fermes sont séparées de la source de la grippe aviaire fortement pathogène, le virus semble s'éteindre ou évoluer vers une forme moins pathogène. Cela n'est pas en faveur des élevages intensifs qui sont bien le siège de la grippe aviaire hautement pathogène.

Mais pourquoi dès lors que la crise aviaire survient, la FAO change-t-elle son fusil d'épaule et «prend-elle en grippe» les petits élevages et les oiseaux migrateurs ?

Louise Fresco, directrice adjointe, n'a-t-elle pas affirmé que : «le poulet de basse-cour est le grand problème et le combat contre la grippe aviaire doit se jouer dans les cours des pauvres du monde» ?

Margaret Say, directrice du Conseil pour l'exportation des volailles et des œufs des Etats-Unis pour l'Asie du Sud-est, nous en donnera la réponse : «Nous ne pouvons pas contrôler les oiseaux migrateurs, mais nous pouvons sûrement mettre toute notre énergie à fermer définitivement autant d'élevages de volaille de ferme que possible».

De leur côté, les médias ont été très rapides à lever un doigt accusateur vers les oiseaux migrateurs lors de la survenue des cas de grippe aviaire dans un village isolé de la Turquie orientale en janvier 2006, alors qu'il y avait un grand élevage industriel à proximité qui envoyait régulièrement des camions à la ville pour vendre la vieille volaille au rabais.

La FAO, en la personne d'un de ses responsables, Juan Lubroth admit alors, au cours d'une conférence de presse tenue à Rome en janvier 2006, que le commerce de volaille diffuse le virus H5N1 en Turquie et relève même de la pratique courante des entreprises commerciales de volaille qui envoient par camion d'importants chargements de volaille de qualité médiocre aux fermiers pauvres.

De fait, comme le signale avec beaucoup de pertinence l'organisation non gouvernementale, GRAIN, «le commerce mondial de l'alimentation pour la volaille, un autre facteur dans cette pagaille généralisée, est dominé par les mêmes compagnies multinationales» citées plus haut. «Un des ingrédients ordinaires retrouvé majoritairement dans l'alimentation industrielle des poulets, est composé par des déchets de volaille.» C'est-à-dire tout ce qu'on trouve sur le sol des élevages industriels : matières fécales, plumes, litière... !

La viande de poulet, sous l'étiquette «farine de sous-produits animaux», entre également dans l'alimentation industrielle des poulets.

En déclarant que le virus de la grippe aviaire peut survivre dans les fèces des volatiles pendant 35 jours, l'OMS mentionne bien, dans une mise à jour récente de sa fiche d'information, l'alimentation comme vecteur possible pour la diffusion de la grippe aviaire entre les fermes.

De leur côté, les autorités russes désignent clairement l'alimentation comme l'une des principales sources suspectées d'être à l'origine du cas de contamination par le virus H5N1 dans un très gros élevage industriel de la province de Kurgan, où 460 000 oiseaux ont été tués. (Regnum, Moscou, 10 octobre 2005)

Le même problème semble se poser en Roumanie où 56 foyers de grippe aviaire ont été confirmés depuis la découverte du virus dans le delta du Danube en octobre 2005. À la mi-mai 2006, la présence du virus H5 a été confirmée dans quatre foyers du centre de la Roumanie, où plus de 100 000 poulets provenant d'un élevage industriel ont dû être euthanasiés. Des analyses ont été effectuées sur des volatiles provenant de cinq autres localités, après le décès de plusieurs dizaines d'oiseaux de basse-cour. Selon le ministre de l'agriculture, Gheorghe Flutur, le virus découvert dans tous ces foyers provient d'un élevage industriel de Codlea Drakom Silva, où le virus H5N1 avait été identifié quelques jours auparavant, alors que les «mesures minimum de biosécurité» y étaient absentes. Des poursuites pénales ont d'ailleurs été engagées à l'encontre du propriétaire de l'élevage, tandis que les responsables de la direction sanitaire vétérinaire risquent de lourdes sanctions.

Les autorités ont reconstitué le trajet de plusieurs centaines de poulets vivants vendus illégalement dans cinq départements, où des mesures spéciales de surveillance ont été mises en place. Fin mai, les autorités ont confirmé la présence de 44 nouveaux foyers H5N1 dans ces 5 départements ainsi qu'à Bucarest. Alors qu'initialement, 13 000 habitants d'un quartier de la capitale devaient être mis en quarantaine, celle-ci n'a été maintenue que pour 5 rues et 500 personnes. Contrairement aux premières déclarations du maire de quartier qui avaient déclenché un exode massif des habitants, 200 volailles et non plus 2 500, seront abattues. Une trentaine d'autres foyers ont été suspectés dont un deuxième à Bucarest en banlieue sud.

Mais, alors que l'extension initiale de la maladie en 2005 avait été attribuée à la présence des oiseaux migrateurs, dont l'un des itinéraires privilégié passe par le delta du Danube, les autorités ne peuvent expliquer, cette fois, ces nouveaux foyers ainsi que la présence du virus dans des villes telles que Bucarest ou Sibiu. Ce n'est donc pas sans raison que plus de 220 tonnes de produits à base de volailles provenant de Codlea ont déjà été retirées de la vente et des tests visant à déceler une éventuelle présence du virus ont été effectués. De son côté, Radu Timofte, chef du service de renseignements roumain, accusera, le 23 mai, «l'importation de 30 000 poussins de dindes contaminés venus de Hongrie et de Slovaquie d'avoir fait reflamber l'épidémie dans deux élevages industriels roumains en janvier 2005». Information aussitôt démentie par le gouvernement qui n'a pourtant pas contredit les importations en question. (Le Figaro et l'AFP. 23 et 24 mai 2006)

Pour l'OIE, qui n'incrimine plus les oiseaux migrateurs, «il est évident que les gens ont continué à acheter des volailles contaminées».

Notons que les mesures drastiques engagées par les autorités roumaines ont été prises à la veille du dépôt d'un rapport crucial pour l'intégration de la Roumanie dans l'Union européenne, alors que son agriculture présenterait plusieurs points noirs.

Faut-il y voir un signe fort des instances européennes ou, au contraire, l'éclairage par les autorités roumaines sur certains aspects particulièrement opaques de cette crise sanitaire mondiale sans précédent ?

En effet, malgré les évidences criantes de la responsabilité de l'élevage intensif et du commerce illégal des volailles, comme celui de l'alimentation (utilisation et présence résiduelle de pesticides pour la conservation), rien n'a été fait, semble-t-il, jusqu'à ce jour, pour renforcer les réglementations ou la surveillance des multinationales de l'industrie alimentaire qui, le plus souvent dirigent elles-mêmes les opérations !

Les mêmes remarques valent pour les élevages de porcs.

Courants vagabonds, lampes halogènes et pollution électromagnétique

À ces méfaits de l'industrialisation des élevages, s'ajoutent malheureusement les effets délétères des radiations électro-magnétiques induites par les courants vagabonds des hangars et des étables - courants de faible voltage se propageant dans le sol et détectables sur les objets métalliques - ainsi que par l'éclairage fourni par des lampes halogènes.

Dans les conditions habituelles d'élevages, la résistance électrique des animaux est généralement plus faible que celle de l'homme. En effet, l'animal est maintenu sur un sol humide (conducteur du courant) imprégné de déjections (électrolytes conducteurs). De plus, il est souvent attaché à une courroie au moyen d'une chaîne ou en contact direct avec une grille ou une cage, ce qui crée un nouveau passage possible du courant entre le cou ou le corps de l'animal et le sol. Dans les mêmes conditions, l'homme est muni de bottes en caoutchouc (isolantes) ou de chaussures à semelles en élastomères (isolants). Il est ainsi parfaitement isolé du sol. La vache, le porc ou les volailles peuvent donc être affectés par des voltages très faibles que l'éleveur ne percevrait même pas et que la proximité d'une ligne à haute tension, d'une voie ferrée, d'une ligne TGV, d'un transformateur, amplifie. De tels courants perturbent le comportement et altèrent le système immunitaire. («The Merck Veterinary Manual», Sixth Edition, Ed. Merck Rahway U.S.A, 1986).

L'élevage intensif en batterie de la volaille comme des porcs utilise par ailleurs l'éclairage des lampes halogènes pour accélérer la croissance en raccourcissant le cycle diurne/nocturne. Une lampe halogène classique fournit une intensité de champs magnétiques de 20 milliGauss. Or, à partir de 2mG, la sécrétion de mélatonine chez l'homme est abaissée et n'arrive plus à entrer dans les cellules pour exercer son rôle anti-cancer. Il est maintenant démontré que de telles radiations électromagnétiques dont les effets peuvent éventuellement se cumuler, dégradent le système immunitaire et ont une action mutagène sur le code génétique ainsi que sur les bactéries et virus endogènes. Des actions comparables sont à craindre chez ces volailles par ailleurs immuno-stressées.

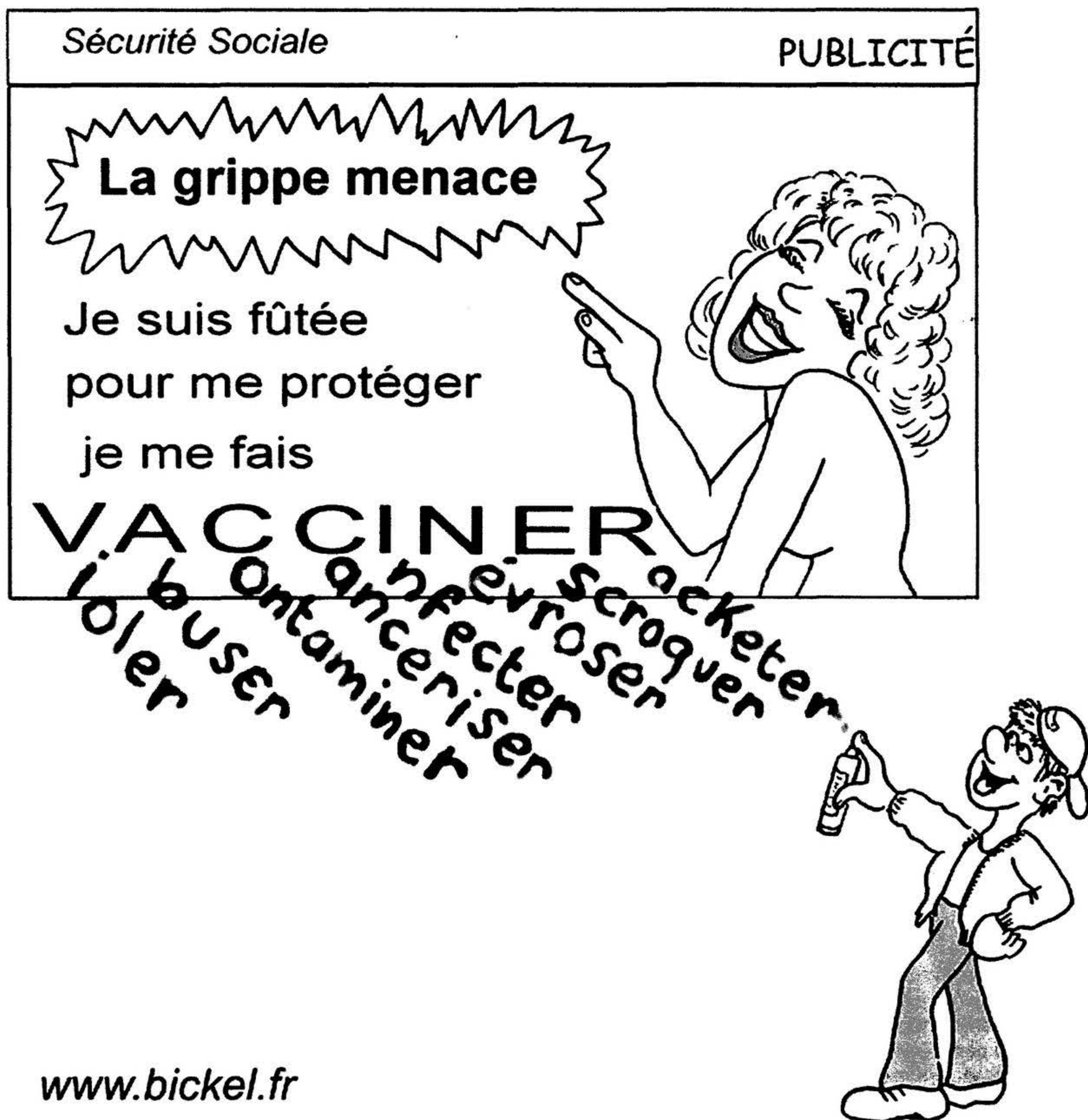
Dans ces conditions de vie carcérale et concentrationnaires des élevages de volailles surmédicalisées et génétiquement modifiées, baignant dans un océan de radiations électromagnétiques, l'augmentation de fréquence des épizooties aviaires depuis 40 ans puis l'apparition de cette première panzootie ne peuvent par conséquent constituer une surprise.

FAO et OIE reconnaissent également, le plus souvent sur un mode discret, que «les effets de la grippe aviaire et la menace de futurs foyers de maladies transfrontalières, y compris de zoonoses, iront en augmentant avec l'intensification croissante de la production animale, à moins d'une intervention vétérinaire d'envergure et soutenue pour interrompre les cycles de transmission et d'établissement de la maladie».

Expert à la FAO, Juan Lubroth, après avoir signalé qu'«Il est très facile de blâmer les oiseaux sauvages et la migration des oiseaux parce que personne n'est responsable», pointera clairement du doigt le commerce international : «Il est possible que les oiseaux sauvages puissent présenter le virus, mais c'est par les activités humaines de commerce et d'échanges que la maladie se propage.»

La Banque mondiale a même, semble-t-il, fait machine arrière en remettant en question le tout intensif depuis 2001 jusqu'à la survenue de la crise aviaire...

À l'évidence, la sécurité alimentaire et la santé de l'homme passent par une réforme en profondeur de ces conditions d'élevages avec le retour à une aviculture plus traditionnelle, seule compatible avec le respect du principe de précaution dont les techniques modernes s'éloignent toujours davantage.



CHAPITRE XI

DES TRAITEMENTS EFFICACES, PEU COÛTEUX, MAIS...IGNORÉS

«Malgré de remarquables progrès, la médecine est, comme la tour de Pise, légèrement désaxée. Ce qui est considéré comme hérésie aujourd'hui, sera peut-être l'orthodoxie de demain» Charles d'Angleterre

Les chroniqueurs des grandes épidémies historiques prétendent que beaucoup de personnes sont mortes de... peur, laquelle ouvre la porte à la maladie en effondrant l'immunité. La peur - entretenue volontiers par les médias - est ainsi certainement beaucoup plus contagieuse qu'un virus ou une bactérie. Ces derniers, par ailleurs indispensables à la vie, sont dix fois plus nombreux que l'ensemble des cellules qui composent les organismes des êtres vivants dont ils sont partie intégrante. Bactéries et virus ne manifestent d'ailleurs leur action pathogène que lorsque les mécanismes de la vie, dont ils sont l'un des témoins, sont perturbés, de même que le thermomètre indique le degré de température, mais n'est en rien responsable de cette température basse ou élevée.

Devant la menace de pandémie de grippe aviaire H5N1 ou dérivés, il paraît mille fois préférable de faire appel à des techniques stimulant l'immunité, plutôt que de vouloir détruire à tout prix un virus qui, de surcroît, mute sans arrêt.

Une bonne hygiène de vie

La nature qui «a horreur du vide» met à notre disposition des techniques de soins et des remèdes peu coûteux et efficaces à l'image de ceux qui ont été utilisés dans la grippe dite espagnole aux USA en 1918. Les cures d'eau, les bains, les lavements intestinaux, le jeûne, des régimes alimentaires comprenant essentiellement de la nourriture naturelle axée sur des jus de légumes et de fruits crus, ou encore l'homoeopathie, avaient donné de bien meilleurs résultats que la médecine officielle.

Il est bon également de rappeler ici les conseils judicieux du Dr Elizabeth Rosenthal parus dans The New York Times en mai 2009 : «Le lavage des mains est la première leçon de l'épidémie du SRAS à appliquer à celle de la grippe porcine, mais il y en a d'autres : les masques, qui sont le symbole même de la protection, ne sont que rarement efficaces ; et il ne faut pas non plus hésiter à sortir, car ce n'est pas dehors qu'on attrape la grippe» !

La vitamine C

À ces méthodes naturelles, on peut ajouter en supplément aux fruits et légumes frais, la vitamine C - que l'homme est le seul à ne pas synthétiser - à raison de plusieurs grammes par os par jour, auxquelles on peut adjoindre des perfusions de 30 à 40 grammes de vitamine sous forme de Laroscorbine (des laboratoires... Roche) en intraveineux ou alors par la voie rectale avec de la vitamine C naturelle, associée à de la Lysine, plus vite métabolisée par le foie et beaucoup moins onéreuse. En perfusion, la vitamine C permet au rapport acide ascorbique sur acide déhydro-ascorbique (normalement de 10 à 14), effondré dans les pathologies infectieuses graves, de remonter rapidement, condition indispensable pour le retour à la santé.

Il est pour le moins curieux de constater que les travaux de Linus Pauling, l'une des rares personnalités à avoir reçu deux prix Nobel, celui de chimie en 1954, puis celui de la paix en 1962, et qui publia abondamment sur les bienfaits de la vitamine C dès 1970, soient oubliés.

Le chlorure de magnésium

Le chlorure de Magnésium, dont les qualités curatives ont été mises en évidence sur la polio, le tétanos, la fièvre aphteuse... par le Professeur Delbet, membre de l'Académie de Médecine et de Chirurgie, peut s'avérer particulièrement utile en stimulant les résistances du corps contre la grippe, qu'elle soit classique ou aviaire. Pour un coût des plus réduits : un euro le sachet de 20g !

Outre son intérêt dans le paludisme ou la dengue, ce même chlorure de magnésium donne également des résultats intéressants dans la récente épidémie de Chikungunya qui a touché 241 000 personnes à la Réunion et tué 189 personnes.

Alors que «l'Etat est accusé de ne pas avoir réagi à temps ; les médecins de dissimuler des éléments à la population ; et les médias de se rendre complices de ces deux méfaits», les Réunionnais ont retrouvé l'espoir avec le chlorure de magnésium, dont les bienfaits leur ont été communiqués par les centaines de fax transmis par une conseillère municipale de Nice. Les pharmacies ont été prises d'assaut, pour le plus grand profit «des chikungunx qui ont déjà eu la maladie, et sont donc susceptibles de rechuter. Et tous les autres susceptibles de l'attraper». (Libération, 19 avril 2006)

À titre anecdotique, la croisade contre le Chikungunya engagée par cette humaniste conseillère municipale, Marie Billi, a secoué profondément le Landerneau médical niçois. «Rendez-vous compte, en quinze ans d'études, je n'ai pas entendu parler du Chlorure de magnésium. Comment peut-il agir sur des virus ?...» lui a ainsi reproché une docte spécialiste en endocrinologie.

Un élément de réponse nous est apporté par la biologie moléculaire. Le tableau clinique du Chikungunya présente beaucoup de similitude avec celui de la polyarthrite épidémique, liée au Ross River virus qui sévit en Australie. En analogie avec l'arthrite de la maladie de Lyme, les séquelles d'arthrite du Chikungunya se manifestent par un mécanisme d'imitation moléculaire entre l'antigène LFA-1, impliqué dans les premiers stades de l'infection virale et antagoniste de la protéine de surface réactive A des lymphocytes T, et une protéine virale, en l'occurrence le virus gpl du Chikungunya. Une réaction auto-immune pourrait se manifester chez certains patients susceptibles.

Alors que les témoignages en faveur du chlorure de magnésium dans le Chikungunya se multiplient, son action bénéfique n'est sans doute pas une coïncidence, puisque la résonance magnétique a montré des liens entre le magnésium et la protéine LFA -1. (Legge GB. and coll : «NMR solution structure of the inserted domain of human leukocyte function associated antigen-1.» ; Journal of Molecular Biology, 2000 Feb 4;295(5):1251-64 ; Tran M.K.G. 1, Caprani A. Chikungunya arthritis sequelae: Molecular homology between Lyme arthritis Borrelia Burgdorferi, Lymphocyte Functional Antigen-1 alpha (LFA-1 a) and Chikungunya virus gp1, Toulon, 2006)

L'emploi du chlorure de magnésium est des plus faciles : dissoudre un sachet de 20 gr dans un litre d'eau de source. Adultes et enfant de plus de 5 ans, 125 cm3 toutes les 6 heures pendant 48 heures, voire au préalable deux doses sur les deux premières heures, puis toutes les 6 heures jusqu'à rétablissement. Pour les enfants d'un an, deux ans, trois ans et quatre ans, prendre respectivement 60 cm3, 80 cm3 ou 100 cm3 toutes les six heures. Ajouté à l'eau de boisson, comme la vitamine C, le chlorure de magnésium peut rendre également d'immenses services aux volailles débilitées par les conditions d'élevage et d'alimentation.

Le Chlorure de magnésium peut être remplacé par le Nigari, obtenu en faisant traverser une masse importante de sel marin complet, par une petite quantité d'eau. L'eau prélève les composés minéraux qui ont le plus d'affinité avec elle. Le Nigari est composé notamment de 84% de chlorure de magnésium naturel et 2,9% de sulfate de magnésium. Il se prend à raison de 3 grosses cuillères à soupe par litre d'eau, un verre par jour ou pulvérisé sur les plats quotidiennement, ce qui assure une charge en magnésium régulière pour l'organisme.

Intervenant au niveau du métabolisme cellulaire, le chlorure de magnésium réduit le stress oxydatif et mériterait donc d'être utilisé plus largement à titre préventif, à raison d'un ou deux verres par jour, en fonction de la tolérance digestive, les effets secondaires se limitant à une éventuelle diarrhée transitoire.

L'Homoeopathie et l'Aromathérapie

Dans le même esprit, l'aromathérapie, mises à part quelques rares allergies, mériterait d'être conseillée par nos autorités en panne de traitement efficace, avec une bien meilleure tolérance et un coût nettement moins élevé que le Tamiflu®. Dans le cadre de la grippe aviaire, le Docteur Jean-Pierre Wilhem, fondateur notamment des Médecins aux pieds nus, préconise, en plus des règles d'hygiène basiques, avec suppression des produits raffinés et acidifiants, en privilégiant les produits frais et l'exercice physique régulier avec mise en route du processus de sudation, l'association de l'homoeopathie, de la phytothérapie et des huiles essentielles.

Une bonne prévention peut être assurée par la prise, sur trois jours, d'une dose d'Influenzinum en 200 Korsakovienne (plutôt qu'en Hahnemanienne), suivie d'une dose de Thimuline en 200K, puis de sérum de Yersin et d'Aviaire en 200K également, à renouveler tous les quinze jours au changement de lune.

Après une répertorisation minutieuse des symptômes présentés par les premières personnes, un bon homoeopathe trouvera le remède homoeopathique correspondant aux divers états de la maladie afin de faciliter l'évolution vers la guérison.

L'échinacea en TM (20 gouttes deux fois par jour) et la propolis (quelques gouttes, deux fois par jour) peuvent renforcer le système immunitaire à raison de cures hebdomadaires, une à deux fois par mois.

D'autre part, plusieurs huiles essentielles ont une action antivirale reconnue, tels le Ravintsara, l'Eucalyptus, le Niaouli, le Romarin à cynéole, la Menthe poivrée, le Cajepout, le Bois de rose. Mélanger quelques-unes de ces huiles essentielles à parts égales et les diffuser chez soi, trois fois 20 minutes chaque jour. Puis confectionner une huile de massage en les ajoutant à de l'huile végétale (huile d'amande par exemple) dans une proportion de 1 pour 10 et s'enduire l'ensemble du corps chaque matin et les mains plusieurs fois par jour.

Le Kimchi, plat national coréen

Plat national coréen, le Kimchi est composé de chou fermenté dans du vinaigre assaisonné de poivrons rouges, de radis, d'ail et de gingembre. Il pourrait constituer un traitement de choix en Asie du Sud-est, confirmant ainsi

la devise énoncée, il y a 2 500 ans, par Hippocrate : «Que ta nourriture soit ton remède et ton remède, ta nourriture».

Monsieur Kang Sa-ouk, professeur de microbiologie à l'université nationale de Séoul, a en effet obtenu des résultats très intéressants avec le Kimchi, chez des poulets contaminés par le virus A/H5N1. Dans une ferme avicole coréenne, son équipe universitaire a procédé à une expérience sur trois groupes de treize poulets contaminés par le virus A/H5N1. Le premier groupe n'a eu que de l'eau, tandis que le second s'est vu injecter du liquide de culture provenant du «Leuconostoc Kimchii», ferment lactique contenu dans le Kimchi. Le dernier groupe a eu droit à du fluide de culture dilué de Leuconostoc Kimchii.

Une semaine plus tard, toutes les volailles du premier groupe avaient péri. Mais 11 poulets de chacun des deux groupes restants étaient guéris. En outre, les poulets du deuxième groupe, ceux qui ont reçu des doses de fluide pur, ont retrouvé leur état normal, ne souffraient plus de diarrhée et sont passés d'un poids de 750-800 grammes à 1,5 kg.

«Nous avons découvert que les poulets se remettaient de la grippe aviaire, de la bronchite et de la pseudo peste aviaire. Le taux de mortalité des oiseaux chutait, ils étaient plus vifs et leurs déjections redevenaient normales» a précisé le Professeur Kang. «Cette étude a démontré qu'en plus de son potentiel antibactérien déjà prouvé, le fluide de culture de Leuconostoc Kimchii est efficace pour traiter les affections virales».

Depuis, la consommation de Kimchi a fortement augmenté en Corée du Sud, pour l'homme comme pour les volailles, et la grippe aviaire s'est envolée vers d'autres cieux !

L'immunothérapie régulatrice

Après avoir signalé que les médecines globales, que sont les médecines traditionnelles chinoises et ayurvédiques, peuvent également agir favorablement sur les infections virales, nous terminons cette approche sur toutes les possibilités thérapeutiques respectueuses du «primum non nocere», par l'immunothérapie régulatrice, intégrant la biologie quantique.

Notre système immunitaire est bien plus qu'un instrument de lutte contre les intrus pathogènes : bactéries, parasites, champignons, virus... Par le cycle entéro-hépaté-rénal, il est en relation étroite avec le système nerveux et le réseau des glandes hormonales. Cellules immunitaires spécialisées, les lymphocytes (ou globules blancs) présentent à leur surface des molécules ayant leur propre fréquence bio-électromagnétique, qui leur permet de distinguer tous les types cellulaires d'un organisme. À la moindre alerte, les lymphocytes libèrent des molécules (les immunoglobulines, qui ont leur propre fréquence électromagnétique) dans tout l'organisme, via les voies sanguines et lymphatiques.

Chez un individu perturbé par des informations défectueuses, en rapport avec une agression virale ou bactérienne par exemple, il est possible d'agir en lui apportant, par des immunoglobulines choisies, la bonne information, avec la bonne fréquence, qui permettra à l'organisme de lutter contre la pathologie et de retrouver son équilibre de vie.

Un laboratoire de biologie quantique bordelais a ainsi obtenu des immunoglobulines spécifiques, en déclenchant une réponse immunitaire chez des juments qui avaient reçu une préparation homéopathique spécifique. De composition quasi-identique à celle du lait maternel, le lait de jument en est le meilleur substitut. Pauvre en caséine et riche en protéines spécifiques du système immunitaire (les immunoglobulines IgA, IgG et IgM), le lait de jument, chez laquelle on a provoqué une réponse immunitaire, avec la préparation homéopathique spécifique, pourra agir d'autant mieux sur le système immunitaire perturbé, que la préparation d'immunoglobuline aura été soumise à une dynamisation, correspondant à la fréquence bio-électromagnétique du placenta caractéristique de la vie.

Le charbon végétal activé

Ainsi que l'ont montré de nombreuses études scientifiques, le charbon végétal activé a la capacité d'absorber les virus de la variole du mouton, ou de la fièvre aphteuse, mais également d'autres virus comme les coronavirus, les enterovirus et poliovirus.

S. Watarai et Tana, du laboratoire d'immunologie vétérinaire de l'université d'Osaka au Japon, ont ainsi montré chez des poulets contaminés par Salmonella enteritidis, la disparition, dans leurs excréments, de cette bactérie après quinze jours d'une alimentation contenant du charbon activé. (S. Watarai and Tana : Laboratory of Veterinary Immunology, Graduate School of Agriculture and Biological Sciences, Osaka Prefecture University, Japan : «Eliminating the Carriage of Salmonella enterica Serovar Enteritidis in Domestic Fowls by Feeding Activated Charcoal from Bark Containing Wood Vinegar Liquid (Nekka-Rich» ; in Poultry Science.2005 Apr ;84(4) :515-21.) De son côté, la vaccination des poulets n'a pas inhibé complètement la prolifération bactérienne, l'excrétion fécale de S. Enteritidis continuant avec régularité.

Ignorées ou discréditées par les laboratoires pharmaceutiques, ces possibilités thérapeutiques, beaucoup plus économiques que les antiviraux et les vaccins, qui ont largement montré leurs limites, peuvent-elles être occultées par les autorités sanitaires ?

Participant à l'émission Ripostes sur France 5 de juin 2006, le ministre de la santé, Xavier Bertrand, a insisté sur la nécessité d'avoir «des traitements, des médicaments pour tout le monde sans exception, qu'il n'y ait aucune priorité et voilà aussi pourquoi il faut des moyens de protection pour tout le monde et voilà aussi pourquoi il faut tout prendre au sérieux».

Evoquant le Chikungunya, le ministre a ainsi ajouté : «ce qui est terrible dans le Chikungunya, c'est qu'il n'y a

aucun traitement existant, or quand on me dit à un moment donné qu'il y a une piste vague américaine d'un vaccin qui avait été testé, on me dit cela ne doit pas être sérieux. Ben ça vaut la peine de regarder si c'est sérieux. Je demande à rencontrer mon homologue américain, on va voir sur place et l'on s'aperçoit que la piste est bien, vaut la peine d'être explorée et que si ça marche comme on le pense, comme le disent les scientifiques aujourd'hui, on peut gagner cinq ans pour avoir un vaccin». Dont acte, Monsieur le ministre...

Mais pourquoi, dès lors, le Ministre de la santé, pourtant dûment informé des bienfaits du Chlorure de magnésium, pour ne citer que cet exemple, persiste-il dans la promotion de molécules peu efficaces, particulièrement onéreuses et même dangereuses, ou dans celle de vaccins qui ont démontré régulièrement leur inefficacité, y compris en période d'épidémie.

Est-il nécessaire de rappeler, qu'après avoir observé la survenue d'épidémies de variole lors de la dernière campagne mondiale de vaccination contre la variole, en 1960, chez des populations pourtant vaccinées à 95%, l'OMS avait dû recommander la suspension de cette vaccination pour laquelle «le nombre de complications graves pouvant survenir pendant l'enfance est hors de proportion avec le risque de complications entraînées par la variole elle-même.»

A-t-on oublié la psychose provoquée aux Etats-Unis, dans le cadre de la grippe porcine, en 1976, après le décès d'une seule personne, et la campagne de vaccination massive, interrompue en raison de nombreux décès et paralysies ?

Ces faits, parmi de nombreux autres, sont autant de remise en question d'une politique vaccinale aveugle, érigée en dogme par les laboratoires, qui, rappelons-le, ne fournissent qu'un à 10 % de leurs données pharmacologiques.

Plutôt que de mettre tous ses œufs dans un panier percé, en apportant une confiance aveugle à ces mêmes laboratoires, Madame le Ministre de la santé aura-t-elle le courage politique de prendre au sérieux et avec impartialité, les données scientifiques concernant le Chlorure de Magnésium, le Kimchi, la vitamine C, l'aromathérapie, le charbon activé... ?

Dans des pathologies aussi graves que le paludisme, la dengue, les infections nosocomiales, la grippe aviaire chez l'homme, les méningites à méningocoques, les septicémies... a-t-on le droit de se passer de ces thérapies et notamment du chlorure de magnésium et de la vitamine C, lesquels permettraient certainement de réduire la mortalité importante, qu'ils soient ou non associés à l'antibiothérapie, source de résistances de plus en plus nombreuses ?

Le vaccin « grippe A » contiendra t'il une nanopuce qui identifiera les vaccinés ?



POUR CONCLURE

«Je pense depuis longtemps, que si un jour les méthodes de destruction de plus en plus efficaces finissent par rayer notre espèce de la planète, ce ne sera pas la cruauté qui sera la cause de notre extinction, et moins encore, bien entendu, l'indignation qu'éveille la cruauté, ni même les représailles et la vengeance qu'elle s'attire... mais la docilité, l'absence de responsabilité de l'homme moderne, son acceptation vile et servile du moindre décret public. Les horreurs auxquelles nous avons assisté, les horreurs encore plus abominables auxquelles nous allons maintenant assister, ne signalent pas que les rebelles, les insubordonnés, les réfractaires sont de plus en plus nombreux dans le monde, mais plutôt qu'il y a de plus en plus d'hommes obéissants et dociles».

Georges BERNANOS

La cécité réductrice et l'amnésie chronique de nos institutions

Chacun se souvient de la célèbre prestation télévisée d'un grand professeur d'université, expliquant aux populations que le nuage provenant de l'explosion de la centrale nucléaire de Tchernobyl, s'était arrêté juste aux frontières de la France, en avril 1986. Depuis, le bilan de cette catastrophe est revu régulièrement à la hausse, par les experts confrontés à la réalité du terrain.

Avant et depuis cette triste date, la liste des scandales sanitaires n'a fait qu'augmenter : Thalidomide® et ses malformations de l'appareil locomoteur, Distilbène®, interdit aux USA depuis 1976, mais prescrit en France jusqu'en 1982 chez la femme enceinte, et responsable de stérilités et de cancers génitaux dans la descendance, Hormone de croissance - où les pièces à conviction ont disparu (ou ont été brûlées «accidentellement»), et où l'instruction fut particulièrement longue, (plus de 16 ans!) - , Sida, sang contaminé, où la notion de «responsabilité sans culpabilité» a été créée par nos politiques, Hépatite C, «vache folle», vaccin hépatite B, précédé des ignominieuses expériences, réalisées au Willowbrooke State Hospital de New York, où l'on inocula le virus responsable de l'hépatite B chez des enfants handicapés, entre 1965 et 1971, afin d'élaborer un vaccin plasmatique, administré ensuite à 3 000 homosexuels américains, en 1980, dont 87% contractèrent ensuite le «sida»...

Sans oublier la Canicule de l'été 2004, qui a touché tous les pays européens. La France présenta trois fois plus de décès que l'Italie, chez laquelle la canicule a pourtant duré plus longtemps et six fois plus que l'Espagne aussi touchée. Lucien Abenham, directeur général de la santé à l'époque, après avoir démissionné, publia alors un livre au titre évocateur, sur les dysfonctionnements des autorités sanitaires françaises : «Canicules» au pluriel...

Silences, manipulations de la vérité scientifique et contrevérités ont ainsi justifié «le droit essentiel pour l'homme de connaître et de comprendre». Le Pr Axel Kahn croit bon cependant d'ajouter que «cette liberté fondamentale n'implique cependant pas que l'objectif de connaissances autorise à porter atteinte à la dignité et à la sécurité d'autrui», y compris celle de... nos amis les bêtes sans doute.

C'est pourtant ce qui est arrivé dans tous ces scandales sanitaires passés, comme celui notamment de la vache dite folle.

Le varron, parasite de la vache, se développant d'autant plus que les animaux sont affaiblis, faisait somme toute bon ménage avec celle-ci, jusqu'au moment où l'homme décida son éradication, en faisant appel à un dérivé organophosphoré, le Phosmet®, dont le principe actif n'est autre que la Thalidomide®, de sinistre réputation. L'encéphalopathie spongiforme bovine - et avec elle la maladie d'Alzheimer - est alors apparue en Grande-Bretagne, avant d'atteindre, quatre ans plus tard, la Suisse et l'Irlande (qui utilisèrent cette molécule neurotoxique quatre ans après la Grande-Bretagne), puis dans d'autres pays occidentaux, dont la France et outre-Atlantique, le Canada et les Etats-Unis.

L'hypothèse du prion responsable a été validée par la plupart des scientifiques, des bureaucrates de l'administration et la majorité des médias, qui tous, répugnent à remettre en cause une hypothèse qui a des conséquences sur la santé publique, une fois qu'elle est traduite en décisions politiques.

Cette théorie infectieuse de la maladie de la vache folle s'est ainsi traduite par la destruction de centaines de milliers de bêtes bien innocentes. Elle a aussi détourné l'attention des autres causes possibles, avancées en particulier par Marc Purdey qui, outre l'éradication par le Phosmet®, voyait d'autres facteurs, notamment le déséquilibre manganèse /cuivre au niveau des sols. Ce déséquilibre a d'ailleurs été confirmé par les expériences réalisées par le Docteur David Brown, chercheur à l'Université de Bath, qui a reproduit in vitro les 4 modifications rendant pathogène la protéine prion, naturellement présente.

Ce monopole de la théorie infectieuse a également engendré la peur de consommer de la viande, tout en empêchant les investigations sur les approches alternatives, beaucoup moins destructrices.

De même, après la survenue d'épizooties de fièvre aphteuse dans le Caucase et dans le Maghreb en 2000,

les autorités européennes avaient lancé dans ces pays aux portes de l'Europe, une vaste campagne de vaccination contre cette maladie, afin de protéger l'Europe. L'année suivante, une épizootie dévastatrice touchait le Royaume-Uni, suivie de l'apparition de nombreux foyers en Irlande, en France et aux Pays-Bas. Des millions de bêtes innocentes furent massacrées, victimes de la politique de «prévision», alors qu'un traitement simple, à base de chlorure de magnésium ajouté à l'eau de boisson, aurait évité cette nouvelle catastrophe sanitaire.

Urbanisation, Mondialisation et Pensée Unique

Dans la crise aviaire, nous retrouvons ce même monopole de la pensée unique, maillon indispensable de la mondialisation. Les décisions politiques à l'encontre des dizaines de millions de volailles abattues, sont ainsi à mettre en parallèle avec celles prises dans le cadre de la vache dite folle, alors que des centaines de millions de personnes meurent de faim et que des solutions, beaucoup moins destructrices, existent comme nous l'avons vu précédemment.

Malgré les criantes évidences, l'attitude coupable et méprisante des multinationales de l'agroalimentaire vis-à-vis de ces volailles, génétiquement modifiées et confinées dans un univers concentrationnaire, n'est aucunement remise en question. Il suffit qu'elles proclament la «biosécurité» du commerce des intrants et de l'alimentation des volailles, pour que les autorités sanitaires internationales et nationales leur donnent carte blanche. Avec et après cette crise, la production de volailles sera de plus en plus assurée par les élevages intensifs, tributaires de ces multinationales, qui préparent déjà la parade ultime à cette première crise d'ampleur mondiale : des poulets transgéniques résistant au virus H5N1, alors que cette crise est liée à la précarité génétique des élevages industriels, associée aux conditions de vie dantesque des volailles, sur lesquelles les vaccinations intempestives facilitent la sélection de germes et virus plus virulents et agressifs !

Par leurs filiales pharmaceutiques, ces multinationales couvrent toute la crise, en gérant la solution finale par la recherche et l'élaboration de vaccins pré-pandémiques et pandémiques. Elles sont ainsi gagnantes sur tous les tableaux, mais pas autant qu'elles ne le souhaiteraient toutefois.

Car, à ce scénario plutôt bien ficelé, manque un maillon qui tarde à se concrétiser : une mutation rendant le virus, déjà très virulent, transmissible à l'homme. Qu'à cela ne tienne, il suffisait de changer de terme, et de passer du virus A/H5N1 au virus porcin H1N1, facilement transmissible, mais faiblement virulent actuellement, tout en pouvant le devenir beaucoup plus par le jeu des mutations, ce que semblent craindre - ou espérer, on peut se le demander - certains experts. Au gré du «vent mauvais», ces deux virus complémentaires finiront peut-être par se rejoindre, pour constituer un super virus très virulent et très contagieux.

La promiscuité «mégaporcherie industrielle / élevages intensifs de volailles», près de La Gloria au Mexique, d'où la crise porcine semble avoir trouvé son origine, ou l'une de ses origines, sera rapidement écartée par les épidémiologistes et virologues, dont les investigations seront un peu rapidement suspendues. Plusieurs épizooties, dans les élevages de volailles voisins, avaient pourtant été discrètement signalées dans les mois précédents, tandis que dans ce vaste complexe industriel d'élevage concentrationnaire de porcs, la mortalité infectieuse y est élevée, avec les fosses pleines de cadavres de porcs attirant mouches et autres insectes... La grippe porcine est devenue rapidement grippe A/H1N1, pour tenter d'effacer l'énorme responsabilité de ces élevages intensifs, dignes des camps de concentration de sinistre mémoire.

Alors que tout organisme doué de vie tente toujours de s'adapter et de réagir aux agressions - ce que font très bien virus et bactéries - , l'homme moderne voudrait tout contrôler, tout régenter sur terre et même autour de notre planète, et appliquer sa vision réductionniste à la gestion de la pandémie, qu'il n'a pas forcément cherché à éviter. Kalyan Banerjee, ancien directeur de l'Institut national de virologie et membre du comité gouvernemental indien sur le bio-terrorisme, pense que le virus H5N1 «pourrait avoir été délibérément introduit...» Il en est de même pour Leonid Ivachov, ancien chef de la Direction de la coopération militaire internationale du ministère russe de la Défense et président de l'Académie des problèmes géopolitiques, pour qui toutes les épidémies actuelles ont été créées dans des laboratoires. «Les médecins militaires détiennent la formule de la pneumonie atypique qui a donné naissance au virus. La grippe aviaire a également une origine artificielle». Cet expert en géopolitique ajoute même que, «Selon les renseignements américains, d'ici 2015, quelque 3 milliards de personnes seront «de trop», notre planète s'attend ainsi à une surpopulation.» L'activation des différents virus susceptibles de déboucher sur la mort massive de gens est une stratégie globale destinée à réduire la population de la planète.

Ce scénario, que certains sembleraient vouloir nous imposer, comprendrait-il également le contrôle du comportement humain par l'introduction, avec la vaccination universelle, de transpondeurs ou autres cristaux liquides ?

Depuis quarante ans, cette idée a fait son chemin. Dans son ouvrage «Contrôle physique de la pensée», en 1969, le Dr José Delgado avançait déjà que «L'une des possibilités des transmetteurs cérébraux est d'influencer les gens afin qu'ils se conforment aux systèmes politiques... Les réactions émotionnelles et mentales peuvent être provoquées, maintenues, modifiées ou inhibées par stimulation de structures cérébrales spécifiques. Le contrôle physique de plusieurs fonctions cérébrales est un fait établi. Il est même possible de suivre les intentions, le développement des pensées et les expériences visuelles.» Dans l'une de ses nombreuses expériences - qui avaient peut-être amené Albert Einstein à considérer la science comme criminelle - ce chercheur avait ainsi réussi à modifier le comportement agressif d'un taureau dans une arène. Par stimulation d'une sonde introduite préalablement dans son cerveau, ce taureau était devenu brutalement doux comme un agneau.

Il est ainsi parfaitement possible de stimuler considérablement les performances d'un sportif de haut niveau, sans que le contrôle antidopage ne révèle un quelconque produit antidopant...

Lors d'une conférence-débat, qui s'était tenue en février 1996 à Périgueux, le Dr Guy Londechamp avait attiré l'attention sur les cristaux liquides. «N'est-ce pas l'installation d'une antenne à l'intérieur de notre organisme, programmable de l'extérieur ? Ce peut être de la «science fiction», à moins que la science fiction ne soit déjà très au-dessous de la réalité... N'est-on pas en train d'injecter aux gens avec le vaccin de l'hépatite B, non seulement les protéines de la capsule du virus, mais aussi d'autres informations, probablement des cristaux liquides (boucles d'ADN de synthèse), permettant de programmer toutes les personnes de l'extérieur, à un moment donné, pas forcément tout de suite ? Mais le dispositif serait en place. En définitive, le problème est de savoir si les avancées technologiques sont suffisantes pour avoir une connaissance précise du modèle ADN à injecter, afin de contrôler les consciences. Il est bien difficile de savoir exactement ce qu'il y a dans ces vaccins.»

Malheureusement, les nanotechnologies permettent cela.

N'en serait-il pas de même avec les vaccins contre la grippe saisonnière, voire avec les vaccins pandémiques H5N1 et H1N1 ?

Alors qu'ils bloquent déjà certains gènes déficients sur la chaîne d'ADN, les ARN doubles-brins, utilisés dans la majorité des vaccins contre la grippe saisonnière, pourraient intervenir de la même façon sur l'homme, comme sur les animaux (voir le chapitre sur le vaccin contre la grippe).

De son temps, Georges Bernanos avait prévu ce qui nous arrivera si nous acceptons cet asservissement qu'on cherche à nous imposer et qui mènerait au «Nouvel Ordre Mondial», évoqué en 1991 par l'ancien Président américain, Georges Bush senior, et relancé avec les attentats du 11 septembre 2001 par son fils Georges W. Le Congrès des Etats-Unis n'a-t-il pas accordé les pleins pouvoirs au Gouvernement fédéral, en votant l'USA Patriot Act, le 26 octobre 2001 et en publiant la stratégie nationale de sécurité, le 11 septembre 2002, avec The Model Emergency Health Powers Act, permettant d'exiger la vaccination pour tous les américains, tout refus étant considéré comme un délit ?

Face aux méthodes de destruction de plus en plus efficaces, qui finiront par rayer notre espèce de la planète, Georges Bernanos mettait déjà en avant, il y a un demi siècle, «la docilité, l'absence de responsabilité de l'homme moderne, son acceptation vile et servile du moindre décret public».

L'obéissance aveugle n'est plus une vertu lorsque la confiance s'effondre. Elle devient alors la plus sournoise des tentations, contre laquelle nous devons évidemment lutter. Car, en l'absence du rétablissement de la confiance et de réelles prises de conscience de nos autorités, qui doivent impérativement se libérer de toute pression économico-politique, la docilité contagieuse de l'homme ira de pair avec le développement de nouvelles maladies émergentes, qui finiront par détruire la planète et ses habitants.

À moins que le trop célèbre «responsable mais pas coupable», qui définit l'irresponsabilité du politique, ne génère, avec l'instinct de survie, la désobéissance civile. Dans le cadre du scandale du sang contaminé, que nos politiciens actuels semblent avoir bien vite oublié, André Glucksmann stigmatisait cette même désobéissance civile, «forme de responsabilité qui appelle à davantage de responsabilité». Dans la dernière affaire des paillotes corses, le Premier ministre de l'époque, Lionel Jospin, avait à son tour évoqué cette désobéissance en déclarant : «le préfet et les gendarmes auraient dû désobéir à des ordres illégaux», sans toutefois préciser l'origine de ces ordres !

Devant la puissance financière des multinationales agroalimentaires et pharmaceutiques, et la persistance de leur mainmise sur la politique de santé et sur la gestion des crises sanitaires, au niveau de l'OMS et des institutions sanitaires, sommes-nous condamnés à développer cette désobéissance civile ?

En suivant les conseils éclairés de la fable de Jean de la Fontaine, «le rat des villes et le rat des champs», que nos dirigeants semblent également méconnaître, nous pourrions retrouver, tel le rat des champs, le contact avec nos racines et la confiance perdue, restaurant ainsi la conscience et le bon sens institutionnels et individuels, tout en respectant la nature. Ces institutions doivent donc impérativement se libérer du joug des lobbies de l'industrie notamment, tandis que l'homme doit retrouver le contact avec ses racines.

Comme le souligne Edgar Morin : «toute notre philosophie s'écroule, mais un être nouveau peut être procréé. Le vrai problème, le seul non technique, c'est celui du modèle d'homme ou plutôt de post hominien qu'il faut édifier. Ce modèle devra être la réalisation concrète de l'humanisme au moment où celui-ci tombe en miettes.»

Cet «humanisme» doit bien évidemment intégrer et même contaminer nos institutions, manipulées par des experts inféodés à l'argent roi des multinationales, pour lesquelles le marché prime sur tous et sur tout, sauf les indices boursiers...

Comme le disait fort justement Alexis Carrel, nous ne pourrions entreprendre la propre restauration de l'homme et celle de nos institutions, «sans avoir réformé notre mode de pensée», lequel doit retrouver toute sa liberté d'expression, aux antipodes de la pensée unique.

COLLECTION 2009
Spéciale Grippe A

SALON DU
PRÊT A PORTER



ANNEXE

QUELQUES DÉFINITIONS :

La grippe humaine : L'influenza (grippe en anglais) est une infection saisonnière courante, survenant essentiellement pendant l'hiver, pour laquelle on tente chaque année d'adapter un vaccin pour la forme virale à venir dont on ne sait pourtant pas quelle sera la variante.

La grippe aviaire : Encore appelée peste aviaire ou à tort grippe du poulet puisqu'elle touche également les autres volailles. Elle est provoquée par des virus influenza grippaux de type A (H5, H7, H9).

Le SRAS : Syndrome respiratoire aigu sévère se manifestant par une pneumopathie atypique attribuée au coronavirus.

H et N : Ces lettres désignent deux protéines, Hémagglutinine et Neuraminidase, qui définissent les différents types de virus influenza.

H5N1 : Sous type de virus aviaire à l'origine de l'épizootie actuelle.

Épidémie : Développement rapide d'une maladie contagieuse dans une partie importante de la population humaine d'une région, d'un pays.

Pandémie : Épidémie s'étendant par sa rapidité à l'ensemble de la planète.

Épizootie : Maladie contagieuse qui frappe rapidement un grand nombre d'animaux d'une même espèce ou d'espèces différentes circonscrite, à une région, un pays, voire plusieurs pays.

Panzootie : Épizootie s'étendant à plusieurs continents, voire l'ensemble de la planète.

Cytokines : Les cytokines sont des hormones polypeptidiques produites par les lymphocytes T et les macrophages du système immunitaire en réponse à différents stimuli. Elles ont pour fonction de moduler les réactions immunitaires et de contrôler les activités du système neuroendocrinien dans l'infection, l'inflammation, la croissance des cellules.

On distingue ainsi les interleukines, l'interféron, les facteurs de croissance hématopoïétiques ou encore les facteurs de nécrose des tumeurs.

Stress oxydatif : La biologie moderne considère les êtres vivants comme des systèmes ouverts qui reçoivent en permanence des informations rythmiques de leur environnement proche ou lointain. Qu'elles soient électromagnétiques, alimentaires, chimiques ou émotionnelles, ces informations parviennent, par le biais des systèmes neuroendocrinien et immunitaire à nos milliards de cellules.

Faisant appel à des processus biochimiques associés à des mécanismes électro-physiques, le transfert de ces informations entre les cellules de l'organisme ainsi que le propre métabolisme cellulaire lors de la libération d'énergie par les mitochondries, fournissent en permanence des radicaux libres hydroxylés ou non.

La présence d'un électron libre leur confère une plus grande réactivité que l'atome ou la molécule dont ils sont issus. Ces radicaux libres permettent ainsi de réguler le phénomène d'apoptose (suicide programmé des cellules évoluant vers un état cancéreux), d'activer des facteurs de transcription (recopiage du code génétique), eux-mêmes responsables de l'activation de gènes impliqués dans la réponse immunitaire et de moduler l'expression de gènes de structure codant pour les enzymes antioxydants.

Mais, produits en excès, ces radicaux libres induisent un stress oxydatif lorsque, par le jeu d'une mutation, les protéines anti-oxydantes deviennent oxydatives avec pour conséquence la production de peroxyde d'hydrogène (H₂O₂, eau oxygénée) qui peut alors détruire les cellules nerveuses, dans la maladie d'Alzheimer par exemple, ou les cellules pulmonaires dans la grippe aviaire. Ce mécanisme serait également impliqué dans le cancer, le diabète, les maladies auto-immunes...

Signification de quelques abréviations et sigles, couramment employés :

AFSSA

Agence française de sécurité sanitaire des aliments créée le 1er avril 1999. Elle a pour mission notamment :
- D'évaluer les risques nutritionnels et sanitaires concernant toutes les catégories d'aliments destinés à l'homme ou à l'animal, sur chacune des étapes de la production à la consommation.
- De recherche et d'appui scientifique notamment en santé animale et de maladies d'origine animale.

AFSSAPS

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, créée en mars 1999 en remplacement de l'Agence du médicament. Elle évalue les risques sanitaires présentés par les médicaments.
Sa mission a été élargie aux matières premières, dispositifs médicaux, dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, produits biologiques d'origine humaine (produits sanguins labiles, organes, tissus, cellules, produits de thérapie génique et de thérapie cellulaire)...

CDC

Le CDC (Center for Disease Control) est une agence du gouvernement américain située en Géorgie et chargée de la prévention, de l'étude et du contrôle des maladies.

EMA

Agence européenne du Médicament.

FAO

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture.

FDA

Food and Drugs Administration.
Équivalent aux Etats-Unis de l'AFSSA et de l'AFSSAPS en France.

INVS

L'Institut national de veille sanitaire est un établissement public français rattaché au ministère de la Santé. Sa mission est de surveiller l'état de santé de la population et en cas de nécessité, par exemple menace d'épidémie, d'alerter les pouvoirs publics, les professionnels de la santé et l'ensemble de la population.

OIE

L'Office international des épizooties (OIE), qui est l'Organisation mondiale de la santé animale, a notamment pour mission la coopération avec les services vétérinaires nationaux. Il a été créé en 1924 pour éviter la propagation des épizooties, et améliorer la santé animale dans tous les pays, au profit de la production animale, comme au bénéfice de la santé publique.

OMS

L'Organisation mondiale de la santé, institution spécialisée des Nations Unies pour la santé, a été fondée le 7 avril 1948. Comme il est précisé dans sa Constitution, l'OMS a pour but d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Dans ce même document, la santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social.

L'OMS est dirigée par les 192 Etats Membres réunis à l'Assemblée mondiale de la Santé. Cette assemblée est composée des délégués représentant les Etats Membres. Elle a pour fonctions principales d'approuver le programme et le budget de l'OMS pour l'exercice biennal suivant et de statuer sur les grandes orientations politiques de l'Organisation.

Modèles de lettre en cas de vaccination recommandée et/ou obligatoire.

1°) pour le particulier :

Docteur....,

Avant d'accepter la vaccination contre la pandémie aviaire que l'on me propose, j'aimerais être assuré que ce vaccin ne présente aucune caractéristique défectueuse et offre la sécurité que chacun est légitimement en droit d'attendre au sens de la Directive européenne de juillet 1985 sur le droit à la consommation.

J'aimerais recevoir toutes les assurances de votre part concernant le mode de fabrication de ce vaccin génétiquement modifié et la sécurité des adjuvants utilisés.

Je vous prie de croire, Dr.....

N.B : Copie adressée au Préfet et au maire de la ville ou du village

2°) pour les médecins et les vaccinateurs :

Monsieur le Préfet,

Dans le cadre de la politique de vaccination contre la pandémie H1N1, voire H5N1, je me dois de fournir aux patients qui m'accordent leur confiance une information claire, loyale et appropriée avant de réaliser cet acte médical.

C'est pourquoi, je souhaite, Monsieur le Préfet, recevoir le résumé des caractéristiques de ce vaccin (le RCP réalisé par le fabricant) et la liste de ses composants qui doivent respecter la Directive européenne de juillet 1985 sur le droit à la consommation qui stipule qu'un produit de consommation – comme l'est un vaccin – est défectueux lorsqu'il n'offre pas la sécurité à laquelle chacun peut légitimement s'attendre.

Dans l'attente, je vous prie de croire.....

N.B : Double envoyé au maire

COURRIERS ADRESSÉS AUX AUTORITÉS SANITAIRES

A Madame la Ministre de la Santé
CRI-VIE

Coordination d'associations, de médecins, de scientifiques, de juristes,
pour la recherche et l'information transparentes en matière de santé
3bis, rue Henri Faisans. 64 000 PAU. Tél : 05 47 41 50 22

cri-vie@neuf.fr

Le 6 juin 2009

Madame Roselyne BACHELOT
Objet : Gestion des menaces de pandémies
à répétition,

Ministre de la Santé

Madame la Ministre,

Depuis une dizaine d'années, les menaces de pandémies, Sras, gripes H5N1 et H1N1, se répètent sans livrer tous leurs secrets* tout en profitant aux laboratoires pharmaceutiques qui bénéficient de la confiance aveugle des autorités sanitaires internationales et nationales.

Pourtant, la Cour de comptes, comme le Sénat, reconnaissent que «la politique du médicament est inféodée aux lobbies pharmaceutiques», tandis que «la formation et l'information des médecins sont assurées essentiellement par ces mêmes laboratoires» (rapport de la Cour des comptes sur le budget de la sécurité sociale, septembre 2001). De plus, ces mêmes laboratoires «ne communiquent que 1 % de leurs données officielles à l'Agence de sécurité sanitaire des médicaments avant la commercialisation» (Pr le Duff, directeur du Crim). Les scandales à répétition en témoignent... (voir livre «La crise aviaire ou la culture du mensonge» aux éditions de Guibert, que vous avez reçu, pages 126 à 137).

Pourtant, fin avril 2003, Santé Canada décidait déjà de ne plus fournir l'accès habituel au Ribavirin, l'antiviral commercialisé pour le traitement du SRAS par le laboratoire Roche et largement prescrit jusque-là. Un groupe de travail composé d'experts et de cliniciens du Canada et de représentants des CDC américains en était «arrivé à la conclusion qu'il n'y avait aucune preuve pour appuyer l'utilisation continue du Ribavirin en dehors des essais cliniques à ce stade-ci». (voir même livre, pages 55 et 56)

En janvier 2004, dans un contexte proche de la psychose entretenue par l'OMS et relayée par les médias et suite à l'annonce faite par les laboratoires Roche à l'OMS, concernant son remède qui, à partir de son action sur le rat, «pouvait être efficace dans les premières phases de la grippe du poulet transmise à l'homme», les pays riches constitueront à prix d'or des réserves de Tamiflu® pour traiter selon les recommandations de l'OMS au moins 25% de la population. Face au virus H5N1, le Tamiflu se révélera chez l'homme guère plus efficace qu'un placebo mais avec de nombreuses résistances ainsi que des mutations inquiétantes au Japon (voir même livre, pages 138 à 146).

A peine l'hypothétique menace de pandémie H1N1 officiellement reconnue fin avril dernier, OMS et CDC nous annonceront 48 heures plus tard que le Tamiflu est efficace contre le virus H1N1, alors qu'un autre H1N1 lui est majoritairement résistant selon le Pr Sylvie Van der Werf, directeur d'une unité de recherches à l'Institut Pasteur et du Centre national de référence pour la région Nord (Le Figaro, 4 juin 2009)...

D'autre part, les campagnes de vaccination «préventives» contre le virus H5N1 instaurées dès 1997 en Chine, puis en 2005 en Chine, en Indonésie et au Vietnam, ont été un échec. Ces trois pays, ainsi que l'Egypte importatrice de poulets notamment chinois, n'ont toujours pas maîtrisé la grippe aviaire H5N1, tant chez les volailles que chez l'homme (67 cas humains en Indonésie, 16 cas au Vietnam, 18 en Chine et 44 cas en Egypte depuis novembre 2006). (voir même livre, pages 65 et 95 à 100).

Comment dans ces conditions, tandis qu'ils sont particulièrement mutagènes, peut-on espérer maîtriser ces virus H5N1 et H1N1 par les antiviraux et la vaccination qui peuvent, de surcroît, favoriser la sélection de germes plus virulents par le constant phénomène de commutation et alors que la vaccination contre la grippe saisonnière n'a jamais apporté la preuve de son efficacité? (voir même livre, pages 147 à 162 et 175 à 179)

De plus, la survenue de nouvelles menaces de pandémie ne peut être une surprise pour les professionnels de la santé publique. Les conditions d'élevage intensif constituent en effet «des réacteurs biologiques à microbes» (voir même livre pages 192 à 200), raison pour laquelle l'American Public Health Association a appelé à un moratoire sur les élevages industriels dès 2003. Le Guardian du 27 avril dernier, le Los Angeles Times du 28 avril et The Independent du 1er mai, n'ont d'ailleurs pas hésité à montrer du doigt les usines à virus de l'industrie agro-alimentaire et notamment une mégaporcherie produisant près d'un million de porcs par an et appartenant à une multinationale américaine, le groupe Smithfield venu au Mexique pour fuir des problèmes judiciaires aux USA et s'établir «dans des

endroits habités par une population fragile et facile à faire taire». Cette entreprise est située à 8 km de La Gloria où le premier cas de grippe a été observé chez un enfant qui a contracté la maladie le 2 avril. Parmi les 2 243 habitants de La Gloria, 1 800 d'entre eux avaient présenté une affection respiratoire aiguë, trois enfants en étant décédés alors que la moitié des habitants du village vit et travaille à Mexico durant la semaine. Une équipe d'experts de l'ONU déléguée sur place début mai devait tenter de déterminer le lien éventuel entre la nouvelle souche H1N1 et cet élevage de porcs.

Déjà les seuls à tirer les bénéfices de la «spéculative» menace bioterroriste en 2001 ainsi que le signalait le Washington Post dans son édition du 5 décembre 2002, les fabricants de vaccins et les laboratoires Roche et GlaxoSmithKline seraient-ils les grands vainqueurs de «la» pandémie inéluctable pour certains experts en vue, l'OMS et bien entendu les laboratoires ?

Selon le Journal du Dimanche du 30 mai dernier, la France s'orienterait ainsi vers une campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1) à l'automne pour un coût total d'un milliard d'euros. Après avoir commandé 50 millions de doses à GlaxoSmithKline **, la France devrait en commander 50 autres millions à Sanofi et Novartis ; ces trois labos ayant par ailleurs reçu des commandes des USA, de la Grande-Bretagne...

Dans cette optique de massive double campagne de vaccination contre la grippe saisonnière et la grippe H1N1 recommandée pour tous par le Pr Sylvie Van der Werf (Le Figaro, 4 juin 2009) - et peut-être rendues obligatoires -, le citoyen a le droit de pouvoir apprécier le réel bénéfice /risque de tels vaccins qui n'ont jamais fait la preuve de leur efficacité au niveau de la grippe saisonnière alors que dans les menaces de pandémies, comme en 1976 aux USA, leur utilisation a dû être suspendue devant les centaines de décès et de paralysies provoqués (voir même livre, page 47), tandis que par le constant phénomène de commutation, de telles vaccinations peuvent favoriser la sélection de virus plus virulents et agressifs.

L'association Cri-vie, qui prône une recherche et une information transparentes en matière de santé, entend défendre les intérêts légitimes des citoyens. Une fois, Madame le Ministre, que vous nous aurez transmis le RCP et plusieurs exemplaires de ces vaccins, nous ne manquerons pas de réaliser des expertises indépendantes - européenne et française - pour nous assurer de leur absence de dangerosité et de leur totale sécurité. La directive européenne sur le droit à la consommation de juillet 1985 est, on ne peut plus claire en la matière en précisant qu'«un produit est défectueux, dès qu'il n'offre pas la sécurité à laquelle chacun peut légitimement s'attendre».

Plutôt que de se focaliser sur les seuls vaccins et antiviraux - dont l'efficacité, pour les uns et les autres, n'a encore jamais été démontrée -, ne croyez-vous pas, Madame le Ministre, que le bon sens commanderait de faire appel à des méthodes d'approche et de traitement qui ont fait leurs preuves, tel l'hygiène de vie (qui ne se limite pas à l'indispensable lavage des mains), le Chlorure de Magnésium, les huiles essentielles ... sans oublier la confiance - reposant sur une information transparente - puisque la peur s'avère plus contagieuse que tous virus ou bactéries (voir même livre, pages 218 à 226) ?

Dans l'attente, et restant à votre entière disposition, je vous prie de croire, Madame le Ministre, à l'assurance de mes sentiments respectueux.

Dr Marc VERCOUTERE
Président de la CRI-VIE.

* Pour le Dr Bernard Demure, directeur des services de santé de la Banque Mondiale, la course à l'arme vaccinale et la constitution de stocks d'antiviraux se justifient parce que «nous n'avons pas d'autre choix que d'être préparés», tout en reconnaissant que «la réelle difficulté tient à ce qu'on ne sait pas à quoi il s'agit de faire face. [...] la question clé est de modifier les comportements. Au-delà de ça, espérons que la chance sera de notre côté» !

** Lors de la précédente crise H5N1, David Stout, président des opérations pharmaceutiques du groupe GlaxoSmithKline, avait déclaré qu'il était «très inhabituel» qu'un gouvernement commande un produit qui n'a pas encore reçu les approbations sanitaires, comme c'est le cas pour ces vaccins...

Réponse de Monsieur le sénateur François AUTAIN suite aux démarches de CRI-VIE auprès du Sénat

Monsieur le Président,

J'ai pris connaissance de votre courriel avec beaucoup d'intérêt et ai décidé de poser une question écrite à la Ministre de la santé. Je vous la transmets en pièce-jointe.

J'espère qu'elle aura à cœur d'y répondre.

Bien cordialement,

François Autain

Question écrite au gouvernement :

Pertinence de la gestion des menaces pandémiques.

M. François Autain appelle l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur l'efficacité des décisions prises alors qu'une menace pandémique vient d'être déclarée. Celles-ci porteraient sur la constitution de doses du médicament antirétroviral Oseltamivir (Tamiflu®) et de vaccins. Or, il note que le Tamiflu®, mis sur le marché en 2004 alors que l'Organisation mondiale de la santé pressait les pays développés comme la France à constituer des réserves de ce médicament afin de pouvoir traiter au moins 25% de la population, n'a eu face au virus H5N1 aucune efficacité supplémentaire par rapport à un placebo. Plus grave, son administration a entraîné au Japon des mutations inquiétantes du virus. Aussi, alors que la menace potentielle de pandémie H1N1 a été reconnue à la fin du mois d'avril dernier, il constate qu'il n'a pas fallu plus de deux jours à l'Organisation mondiale de la santé pour affirmer que le Tamiflu® constituait un traitement efficace. Cette information était visiblement prématurée si l'on considère les déclarations de la directrice d'une unité de recherches de l'Institut Pasteur qui a précisé au début du mois de juin qu'un autre virus H1N1 était majoritairement résistant au Tamiflu®. Au même moment, il a appris par voie de presse que le gouvernement songeait à mettre en place une campagne de vaccination contre la grippe H1N1 pour un coût total d'un milliard d'euros. Il est surpris de ce choix dans la mesure où les campagnes de vaccination préventive, menées dans des pays comme la Chine, l'Indonésie, le Vietnam ou l'Égypte pour se prémunir du virus H5N1, se sont soldées par un échec puisqu'elles n'ont pas permis la maîtrise de la grippe aviaire tant chez les volailles que les hommes. En outre, il lui rappelle que la survenue de nouvelles pandémies n'est pas une surprise pour les professionnels de la santé publique : les conditions d'élevage intensif y participent et c'est la raison pour laquelle l'American Health Public Association a appelé en 2003 à un moratoire sur les élevages industriels. Il est dans ce contexte notable que le premier cas de grippe H1N1 a été observé chez un enfant au Mexique habitant à proximité d'une porcherie produisant près d'un million de porcs par an. Dans ces conditions, il souhaite savoir ce qu'elle compte mettre en œuvre afin de permettre une lutte efficace contre la survenue des pandémies et si, dans la mesure où elle opterait in fine pour une double campagne de vaccination contre la grippe saisonnière d'une part et la grippe H1N1 de l'autre, elle estime nécessaire et possible de faire mener au préalable des études bénéfices/risques sérieuses, sachant que ce type de vaccins n'ont jamais fait la preuve de leur efficacité pour la grippe saisonnière et que de telles vaccinations, via le phénomène de commutation, peuvent favoriser la sélection de virus plus virulents et plus agressifs.

Les Courriers adressés à Mme VASSILIOU, commissaire européen à la santé, à l'ensemble des députés et sénateurs de la commission des affaires sociales ainsi qu'aux principaux média sont des proches de celui adressé au Ministre de la santé ; de larges extraits du livre «*La crise aviaire ou la culture du mensonge*» aux éditions de Guibert, y été joints.

Réponse du commissaire européen John F Ryan :



COMMISSION EUROPÉENNE
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ ET DES CONSOMMATEURS

Santé publique et évaluation des risques

Luxembourg, 30.06.2009
JFR/az D(2009) 330290

Dr Marc VERCOUTERE
Président de la CRI-VIE
3bis, rue Henri Faisans
F - 64000 PAU

Sent by e.mail crie-vie@neuf.fr

Objet: Menaces de pandémie à répétition et leur gestion

Cher Président,

Je vous remercie de votre lettre du 8 juin dernier adressé au Commissaire Vassiliou, qui m'a chargé de vous répondre.

Le Conseil des ministres de la Santé de l'U.E., qui s'est réuni en séance extraordinaire le 30 avril 2009 a adopté les conclusions appelant les Etats membres à collaborer ensemble pour développer un vaccin en vue de prévenir l'infection par le virus A/H1N1.

La Commission a ensuite présenté un document de travail sur les éléments d'une stratégie de vaccination à l'occasion du Conseil des ministres du 9 juin. Celui-ci a confié la poursuite des travaux sur cette thématique au Comité européen de sécurité sanitaire.

La Commission, en vue des travaux accomplis, envisage de soumettre les nouvelles propositions concernant la vaccination au Conseil informel qui aura lieu à Jönköping en Suède les 6 et 7 juin prochain.

Je prends note de vos remarques concernant l'utilité d'un politique de vaccination.

Je vous prie d'agréer, Cher Président, l'assurance de mes sentiments distingués.

John F. Ryan
Chef d'Unité





CRI-VIE
Association loi 1901
Centre de Recherche et Informations
Indépendantes en Matière de Santé
3 bis, rue Henri Faisans - 64000 PAU
Tél : 05.47.41.50.22
Brochure d'information sur la grippe A
prix : 12,00€