

## 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'utilisateur 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 négligés », 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 signifient 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 Sevran 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 oculo-respiratoire, 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 compulsant 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, thrombocytémies 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 all., *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. Infirmées 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<sup>e</sup> 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 Fluad® contre la grippe. Fluad 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 plusieurs 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 µg, 15, 45 ou 90 µg. Le titre d'anticorps « protecteur » ne fut obtenu que chez 9% des sujets ayant reçu 7,5 µg d'antigènes et chez 22% avec 45 µg. Il fallut une dose de 90 µg 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 Jéryl-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 Jéryl-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 µg », 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 cancérogène 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 reconnut 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 minimes ; les inclusions cristallines, présentes en permanence dans les macrophages, correspondant à des cristaux d'aluminium. (Gherardi et all. « 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 du être remplacée en raison de la gravité de ses réactions, peu compatibles avec une utilisation humaine ; le phosphatidylglycérol-éthanolamines 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, PB., Cao, Y. and Garry, RF., « 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 Dumber, 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 anaphylaxique 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.