

ÉDITION SPÉCIALE : VÉRITÉS ET MENSONGES SUR LES VACCINS

Le Courrier d'ALIS

ISSN 1247 2085

Trimestriel

mars-avril-mai 2016

9 € (adhérent 6 €)

n° 92

Association Liberté Information Santé

CODE CIVIL : « DU RESPECT DU CORPS HUMAIN » – Art. 16-1 : Chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable. Art. 16-3 : Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement. Art. 16-4 : Nul ne peut porter atteinte à l'intégrité de l'espèce humaine.

CHARTRE DES DROITS FONDAMENTAUX DE L'UNION EUROPÉENNE – Chap. 1 – Art. 3 : Toute personne a droit à son intégrité physique et mentale. Dans le cadre de la médecine et de la biologie, doit notamment être respecté le consentement libre et éclairé de la personne concernée, selon les modalités définies par la loi.

CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE – Art. L.1111-4 : Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

CONVENTION D'OVIEDO (1997), RATIFIÉE PAR LA FRANCE EN 2012 – Art. 2 – Primauté de l'être humain : L'intérêt et le bien de l'être humain doivent prévaloir sur le seul intérêt de la société ou de la science.

sommaire

p. 3 Manifeste pour la liberté d'information

DOSSIER: LA POLITIQUE VACCINALE CRIMINELLE

p. 6 La rétention de faits scientifiques incontournables

p. 16 Le constant phénomène de commutation

p. 22 La faillite de la politique de santé publique française

p. 25 La plus grande catastrophe sanitaire :
le virus simien SV40

p. 31 « *Science sans conscience n'est que ruine de l'âme* »...
et du patrimoine génétique

p. 34 La composition des vaccins

p. 38 Le réel rapport risque/bénéfice des vaccins

p. 44 Vaccin contre l'hépatite B : une balance
bénéfice/risque particulièrement négative

p. 49 Les excès avec le vaccin contre les papillomavirus

p. 55 Droit, vaccination et mercantilisme : une législation
paradoxe

p. 63 Sur la piste du virus Zika

TIRÉ À PART : INVITATION À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ET À NOS JOURNÉES D'ÉTÉ 2016

Tout médecin, infirmier, pédiatre peut débattre de la vaccination mais avec un revolver braqué sur sa tempe. Si pour des raisons sanitaires et scientifiques, il remet en cause la vaccination, il risque la radiation, la prison ferme et jusqu'à 100 000 € d'amende. C'est dans ce climat de menaces continues à l'égard des personnels de santé que s'ouvre le débat dit « démocratique » sur la vaccination en France. C'est un peu comme si vous étiez ligoté et allongé sous la lame d'une guillotine et que l'on ouvre avec vous un débat du type : « *Voter socialiste (ou à droite, ou encore extrêmes droite et gauche) est un devoir : débattons...* »

FRÉDÉRIC MORIN,
RÉDACTEUR EN CHEF DE MORPHÉUS
ET LE DR MARC VERCOUTÈRE

Manifeste pour la liberté d'information



Un peu partout dans le monde, la politique vaccinale subit une profonde crise de confiance depuis plusieurs années : plus d'un quart des Français pensent ainsi que les risques des vaccins sont supérieurs à leurs bénéfices.

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a voulu sonder les médecins généralistes sur une éventuelle crise de confiance parmi eux. Un panel de 1582 médecins généralistes a ainsi été interrogé entre avril et juillet 2014 sur la vaccination en général [*Études et Résultats*, n° 910, Drees, 31 mars 2015]. Soit, coïncidence, mais en est-ce une, juste avant que ne soit confiée par le Premier ministre à la députée HUREL la mission sur la politique vaccinale ! Dans leur très grande majorité (97%), les médecins se déclarent favorables à la vaccination, 9 médecins sur 10 avouant même que leur rôle est aussi d'inciter les patients à se faire vacciner. Mais paradoxalement, plus de la moitié pense que les sources officielles sont influencées par les laboratoires. Analysant cette étude de la Drees, Loan Tran THIMY, pour le *Moniteur des pharmaciens*, dégage trois profils de médecins à distinguer selon leur perception des risques et de l'utilité des vaccins. – Le premier profil largement majoritaire (76% des médecins) qualifié de « confiant » se montre « globalement » à l'aise pour donner des explications. Ces médecins sont en moyenne jeunes et ont eu souvent accès à une formation médicale continue au cours des 12 derniers mois. *Le Moniteur des pharmaciens* omet cependant de préciser que cette formation médicale continue est assurée à 98% par les laboratoires, selon le rapport sénatorial de Mesdames HERMANGE et PAYET qui confirmait les conclusions de la Cour des comptes de septembre 2001, laquelle avait également reconnu que « *la politique du médicament était inféodée aux lobbies pharmaceutiques* », tandis que le Pr Michel LE DUFF, directeur du Centre régional d'information sur le médicament (Crim) reconnaissait en 2001 que les laboratoires pharmaceutiques ne fournissent que 1% de leurs informations aux autorités sanitaires avant les demandes d'autorisation de mise sur le marché [*Ouest France*, 5 novembre 2001].

– Le deuxième profil recouvre des médecins « modérément confiants » (16% des médecins) qui accèdent le plus souvent l'idée selon laquelle les différents vaccins peuvent être responsables de pathologies graves. Ceux-ci, majoritairement des hommes souvent âgés de plus de 50 ans, émettent aussi davantage de doutes quant à l'utilité des vaccins.

– Quant au troisième profil qui rassemble 8% des médecins du panel, ils se déclarent « peu confiant » à l'égard des vaccins. Ces praticiens considèrent qu'il est « plutôt », voire « tout à fait » probable que les vaccins proposés puissent entraîner certains risques graves et doutent de leur utilité. Ces médecins sont âgés, plus souvent des femmes et ont un faible volume d'activité.

Au total, près d'un quart des médecins généralistes sont donc « hésitants », voire « très critiques ». Ce résultat serait « préoccupant » selon la Drees, en raison du rôle pivot des médecins généralistes dans la vaccination de la population. « *Leur hésitation pourrait renforcer celle des patients et contribuer à l'insuffisance de la couverture vaccinale* ».

Cette érosion de la confiance – dans la population, comme dans le corps médical – s’explique notamment par les deux retentissants scandales des campagnes vaccinales contre l’hépatite B, puis la grippe H1N1 ces dernières années, les révélations de collusions public/privé au niveau de l’expertise et des autorités sanitaires en France, les doutes pesant sur les risques sanitaires des adjuvants ou excipients présents dans les vaccins (sels d’aluminium, mercure...), la sous-évaluation volontaire des risques et les dérives commerciales des vaccins devenus un jackpot pour les laboratoires pharmaceutiques, en panne d’innovation par ailleurs...

Un plan d’action réducteur

S’appuyant sur les recommandations de l’ancienne députée Sandrine HUREL, chargée par le Premier ministre en mars 2015 d’une mission sur la politique vaccinale, le plan d’action pour la rénovation de la politique vaccinale a été présenté le 12 janvier dernier par Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, en présence notamment du président national de l’Ordre des médecins et de celui de l’Académie de médecine. Décliné en quatre axes, ce plan d’action poursuit un objectif en apparence clair : agir auprès des particuliers, des professionnels de santé et des industriels, pour renforcer la confiance dans la vaccination. Il faut informer, coordonner, sécuriser l’approvisionnement des vaccins et ouvrir un débat public. Pour lutter contre la pénurie de vaccins, le plan d’action prévoit d’obliger les laboratoires qui produisent les vaccins inscrits au calendrier vaccinal à mettre en place des plans de gestion d’approvisionnement, notamment en constituant des stocks réservés à la France. Ces obligations seront assorties de sanctions en cas de non-respect qui perdure depuis sept ans.

Dès le début de cette année 2016, différents outils permettront de renforcer l’information diffusée par le ministère. La concertation citoyenne sera organisée en trois temps. Dès mars prochain, une plateforme web recueillera les contributions du public, ainsi que des professionnels, associations et institutions. À partir de mai, trois jurys, composés de citoyens, de professionnels de santé et d’experts scientifiques, analyseront ces contributions. Un débat public est prévu en octobre et les propositions du comité d’orientation sont attendues en décembre. Un site internet dédié à la vaccination sera ainsi mis en place par la future Agence nationale de santé publique (ANSP). Il comprendra deux volets : l’un en direction du grand public, l’autre en direction des professionnels de santé. Ce site internet s’inscrit dans la logique même du service public d’information en santé que construit le gouvernement. Il centralisera les informations, les actualisera et répondra à l’ensemble des interrogations. Chacun pourra interagir avec cet espace directement ou via les réseaux sociaux...

Selon Europe 1, Marisol TOURAINE souhaite également lutter contre l’influence des ligues anti-vaccin, « *qui ont un fort pouvoir de nuisance sur Internet.* » Des personnes dédiées au sein des agences sanitaires assureront une veille et pourront intervenir ou rediriger ceux qui se retrouvent sur des sites véhiculant de mauvaises informations sur la vaccination puisque, dans l’esprit de notre ministre, la seule information véritable en matière de santé ne peut provenir que de l’État qui, bien entendu, n’est pas inféodé aux lobbies pharmaceutiques... L’information ciblée évoquée par la ministre se traduira concrètement pour les professionnels par un bulletin trimestriel comprenant toutes les informations actualisées relatives à la vaccination, qui leur sera adressé par la Direction générale de la santé ; ciblage de l’information, toujours, avec le carnet de vaccination électronique compatible avec le dossier médical personnel, dont le ministère poursuivra les travaux de mise en œuvre. Les professionnels de santé doivent pouvoir bénéficier d’une information accessible et actualisée quant au statut vaccinal de leur patient. Dès le mois de mars prochain, une expérimentation sera conduite en ce sens dans plusieurs régions. Enfin, pour rendre l’information plus lisible, un « comité des parties prenantes » sera créé sous l’égide de la Direction générale de la santé. Il réunira régulièrement les professionnels de santé, les associations d’usagers et les institutionnels pour mieux identifier les réticences éventuelles et anticiper des situations de crise.

Tel est résumé ce plan d’action pour la rénovation de la politique vaccinale et pour redonner à celle-ci son lustre passé. Pour notre ministre, il n’est cependant point question de remettre en cause la politique vaccinale, qui ne se discute pas.

Faudra-t-il mieux mentir, afin qu'à force d'être répétés les mensonges deviennent une « réalité » plus crédible ? C'est ce que cherche la ministre qui omet de pointer du doigt l'influence considérable des laboratoires pharmaceutiques et le rôle des pouvoirs publics, ce que rappelle à juste titre l'euro-députée Michèle RIVASI : *« Il y a énormément de conflits d'intérêts, notamment au niveau du Comité technique de vaccination qui indique la politique vaccinale, alors que ce sont des gens qui sont payés par les laboratoires pharmaceutiques, souligne-t-elle. Il faut retrouver cette confiance, avoir vraiment des experts complètement indépendants, donner de l'argent sur la recherche publique, favoriser la pharmacovigilance. »*

Mesdames HUREL et TOURAINE ne remettent pas davantage en cause la « piqûre de trop » que constitue le vaccin « contre le cancer du col » – suspendu dans plusieurs pays occidentaux – dont on ne connaîtra l'éventuel bénéfice que dans une vingtaine d'années, selon les experts indépendants, alors que par le simple dépistage sa fréquence a baissé de 80 % en vingt ans dans les pays nordiques. Ce plan d'action officiel et les recommandations de l'ex-députée HUREL sur lequel il s'appuie, sont manifestement partisans et pro-vaccinalistes, puisque *« la politique vaccinale ne se discute pas »* et ne doit donc en aucun cas être remise en cause, le dogme vaccinal étant la seule vérité vraie, véritable religion d'État.

Les réserves « sémantiques » de l'Académie de médecine

L'Académie de médecine poussera le bouchon encore plus loin. Réunis ce 2 février, ses membres ont fait savoir à Madame TOURAINE qu'ils émettaient des réserves quant à l'intérêt de lever le régime obligatoire qui est au cœur de la méfiance et dont la levée ne serait pas la solution. En effet, un système uniquement recommandé pousserait les usagers à croire que les vaccins ne sont que facultatifs, et remettrait implicitement en question l'intérêt de ce geste préventif. L'Académie se positionne en faveur d'un changement de terminologie. *« Nous émettons la proposition d'une liste de vaccins exigibles, puisque le terme d'obligation passe mal. Ce terme ouvre la voie à une législation moins lourde. Élargir la liste des vaccins obligatoires suppose un changement du Code de la santé publique. »* « L'exigibilité relèverait du décret », précise Pierre BÉGUÉ, ancien président du Comité technique des vaccinations et actuel président de l'auguste Académie.

Selon le discours officiel, trois vaccins sont actuellement obligatoires en France (diphtérie, tétanos, poliomyélite) et ne couvrent qu'une faible partie des risques infectieux encourus sur notre territoire. Tous les autres vaccins sont « recommandés », alors qu'ils protègent contre des maladies à prévalence élevée et à fort impact en santé publique, selon les mêmes experts. Des maladies comme l'hépatite B, les infections à papillomavirus oncogènes en cause dans le cancer du col entre autres, ou bien les méningites à méningocoque pour lesquelles la vaccination est seulement recommandée, ont paradoxalement un bilan plus lourd que les maladies pour lesquelles la vaccination est obligatoire. L'actualité récente a rappelé aussi que des maladies devenues rares, comme la rougeole, voire en voie de disparition, comme la diphtérie ou le tétanos, peuvent encore survenir, entraînant de graves séquelles, sinon des décès, lorsque la couverture vaccinale est insuffisante.

Dans ces conditions, l'Académie nationale de médecine et le Conseil national de l'Ordre des médecins recommandent de ne pas remettre en cause le principe de l'obligation vaccinale, et de veiller à faire respecter des règles d'exigibilité à même d'assurer une réelle protection de la population. Une liste des vaccinations exigibles devra être révisée périodiquement en fonction des données épidémiologiques et scientifiques ; cette exigibilité doit tenir compte d'une évaluation des risques propres à certaines situations bien identifiées, à savoir : collectivités, crèches, écoles, établissements scolaires, établissements d'hébergement, métiers exposés, voyages, migrations, épidémies. Six, sept, huit vaccins, voire plus, pourraient être « exigibles » au lieu des trois actuellement obligatoires.

Qui dit décret signifie absence de débat, et donc facilitation de nouvelles impositions vaccinales avec contraintes judiciaires et financières nouvelles.

Ne serions-nous pas confrontés à une nouvelle forme de terrorisme, vaccinal cette fois ?

MARC VERCOUTÈRE, PRÉSIDENT D'ALIS

Par le Dr Marc VERCOUTÈRE

1/

La rétention de faits scientifiques incontournables

Les négligences coupables de Madame la ministre

Lors de notre entretien – enregistré par ses soins avec notre accord – au printemps dernier, nous avons transmis directement à la députée Sandrine HUREL divers documents scientifiques référencés et irréfutables. Ni la députée chargée de mission, ni la ministre de la Santé n'ont fait état de ces documents dans le plan d'action pour la « rénovation » de la politique vaccinale présenté le 12 janvier dernier. La copie de l'enregistrement ne nous a pas été davantage communiquée.

Il nous appartient donc de rappeler ici le contenu de ces documents et de les communiquer ensuite officiellement à toutes nos autorités sanitaires et politiques (dont les ministres de la Santé, de l'Intérieur et de la Justice), ainsi qu'aux présidents des Conseils régionaux et aux principaux médias de la presse écrite et radiotélévisée.

L'aluminium vaccinal : l'insoutenable légèreté de... l'Afssaps et de nos autorités

L'aluminium est utilisé depuis de 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 plus de vingt-cinq vaccins, couramment utilisés en France, contiennent de l'hydroxyde d'aluminium. La sti-

mulation du système immunitaire s'exerce sans doute à travers une activation des macrophages (cellules non spécifiques du système immunitaire) et une production de cytokines (substances émises par les cellules du système immunitaire intervenant dans les défenses naturelles et la régulation de la réponse immunitaire).

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, fièvre jaune ou 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, les doses d'aluminium sont de l'ordre de 2400 μg par vaccin injecté à six reprises la première année. Il faut remarquer que les normes européennes sont toujours indiquées en litre, car elles concernent surtout l'eau de consommation dans laquelle il n'est pas rare de retrouver des doses d'hydroxyde d'aluminium de l'ordre de 8000, voire 10000 μg par litre d'eau potable! S'il est donc difficile de les comparer exactement avec celles de l'aluminium vaccinal exprimé en microgrammes 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

[1] Dr LÉRY, chef du service des vaccinations à l'Institut Pasteur de Lyon

8 mg (8 000 µg) d'hydroxyde d'aluminium ». [1] Jusqu'à la fin des années 90, la dose d'hydroxyde d'aluminium présente dans chaque vaccin Engérix ou GenHevac n'était « pas supérieure » à 1250 µg. Depuis 1999, sans donner d'explications mais non sans raison, les laboratoires ont jugé nécessaire de réduire sa teneur à moins de 650 µg par dose. Traversant la peau, l'hydroxyde d'aluminium pénètre 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.

1997 : découverte de la myofasciite à macrophages

Décrite pour la première fois en 1997 par le Pr GHERARDI de l'hôpital Henri Mondor à Créteil, la myofasciite à macrophages (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, et des altérations myocytaires minimes. »

Alerté fin 1997 par le Groupe de recherche sur les maladies musculaires et dysimmunitaires (GERMMAD), l'Institut de veille sanitaire (INVS) démarra une enquête épidémiologique afin d'une part, de préciser les caractéristiques des patients atteints par cette nouvelle lésion, et d'autre part, d'explorer ses éventuels facteurs de risque.

En août 1998, le Pr GHERARDI publia dans *The Lancet*, avec Michèle COQUET, Patrick CHÉRIN et plusieurs collègues, un article sur ce syndrome, relativement fréquent dans les pays développés. Après avoir pensé à la possibilité d'une maladie infectieuse, ces chercheurs remarquèrent en permanence des inclusions cristallines dans les macrophages. En octobre 1998, l'analyse de ces inclusions par le Dr Philippe MORETTO révéla qu'il s'agissait de cristaux d'aluminium [2]. Même si les douleurs se généralisent, les lésions sont toujours observées dans les sites d'injection vaccinale, c'est-à-dire le muscle de l'épaule chez l'adulte et dans quelques cas chez des enfants dans le muscle de la cuisse, muscles qui sont les sites habituels des injections vaccinales.

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) fut à son tour alertée dès juin 1999, tandis que l'INVS informait l'OMS.

En septembre 1999 et en juin 2000, les données recueillies furent analysées par le Comité consultatif pour la sécurité des vaccins de l'OMS (CCSV) qui a conclu 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 MFM (myofasciite à macrophages) ». Dès octobre 1999, l'OMS réclama une étude épidémiologique pour confirmer les liens entre les lésions musculaires de la MFM, les symptômes cliniques des malades et les vaccinations.

Malgré les recommandations du CCSV qui conseilla à la France, dès octobre 1999, « d'entreprendre des recherches afin d'évaluer les aspects cliniques, épidémiologiques, immunologiques et biologiques de cette pathologie », les institutions françaises ne vont guère réagir. On peut même se demander si elles n'auraient pas entravé les recherches engagées par la trentaine de spécialistes de l'INVS et du GERMMAD présidé par le Pr CHÉRIN.

Coup sur coup, Europe 1, le dimanche 28 octobre et le magazine *Sciences & Avenir* de novembre 2001 vont, après Corinne LALO sur TF1 en avril de la même année, alerter l'opinion sur cette nouvelle maladie liée à l'aluminium vaccinal. Didier DUBRANA, rédacteur de ce magazine scientifique, nous apprendra ainsi que l'Afssaps, qui devait pourtant coordonner une étude rétrospective en mars 2001, « ne semblait guère alarmée de la situation jusqu'au 28 septembre dernier, date à laquelle une réunion extraordinaire s'est tenue dans ses locaux ». Selon Anne KRETZ, membre du comité d'études de l'agence, « une enquête épidémiologique sera bientôt lancée, mais pas avant le début de l'année prochaine. Et elle concernera plusieurs centaines de patients ». Pour elle, le retard de plus de deux ans entre la demande d'enquête de l'OMS et la décision des pouvoirs publics serait lié à « la mise en place d'un protocole d'étude compliqué, conçu par un groupe de scientifiques qui doivent tous donner leur avis sur le bien fondé de l'étude. »

Didier DUBRANA fournira une autre explication, plus réaliste : « Il semble bien que la présence dans "ce groupe de scientifiques" de représentants des laboratoires pharmaceutiques ait fait traîner les décisions par un lobbying efficace. Ceux-ci n'ont pas intérêt à ce que la toxicité de l'hydroxyde d'aluminium soit officiellement reconnue.

[2] R. GHERARDI et al. : "Macrophagic myofasciitis : a reaction to intramuscular injections of aluminium containing vaccines", in *Journal of Neurology* n° 246, 1999

Par le Dr Marc VERCOUTÈRE

Sur la piste du virus Zika

MICROCÉPHALIES : DE LA PISTE DU VIRUS ZIKA À CELLES DES PESTICIDES ET D'UN NOUVEAU VACCIN DTCa ADMINISTRÉ AUX FEMMES ENCEINTES

Le 6 janvier 2016, Madame TCHAN, directrice de l'OMS, tirait la sonnette d'alarme concernant la flambée de Zika aux Amériques, le niveau d'alerte concernant le virus se développant de « manière exponentielle ».

Cousin de la dengue et du chikungunya, et isolé en 1947 sur un singe de la forêt Zika en Ouganda, le virus Zika est véhiculé par le moustique tigre. Selon Mme TCHAN, il ne serait plus au stade de « menace bénigne » mais prendrait des « proportions alarmantes ».

De plus, ce virus Zika est soupçonné de causer des malformations congénitales. Il existerait un lien entre ce virus et la microcéphalie, cette maladie où les bébés nés de femmes infectées au cours de la grossesse ont un crâne anormalement petit.

Si pour la directrice de l'OMS le lien entre le virus Zika et les malformations congénitales n'a pas été formellement établi, il reste « fortement suspecté ». Comme il n'existe aucune prévention ni traitement sûrs de cette maladie, la promotion du développement d'un vaccin a donc été largement médiatisée par tous les laboratoires pharmaceutiques, dont Sanofi Pasteur qui met en avant son expérience avec le vaccin contre la dengue pour raccourcir le délai de production.

Ce qui pourrait donc être qualifié de menace pandémique, très profitable notamment pour les laboratoires par ailleurs, présente cependant beaucoup d'incertitudes dont la levée progressive rend l'hypothèse de ce « bateau ivre de la santé » qu'est l'OMS, de plus en plus sujette à caution.

Originaire d'Afrique, le virus Zika a été détecté depuis un an dans plus d'une vingtaine de pays d'Amérique du sud ; le Brésil est le pays le plus touché par l'épidémie, tandis que celle-ci atteint les Antilles françaises, dont 20 femmes en-

ceintes sans aucun cas de microcéphalie cependant et que 9 cas importés de Zika ont été observés en métropole depuis janvier 2016. Deuxième pays le plus touché, la Colombie faisait état récemment de la survenue de 31555 cas de contamination par le virus, dont 5013 chez des femmes enceintes, chez lesquelles le vraisemblable faible pourcentage de microcéphalie n'est cependant pas précisé, 600 000 contaminations étant prévues pour l'année 2016. Sur une semaine, le ministère de la Santé colombien avançait 22 600 nouveaux cas dont 2 824 femmes enceintes, plus de la moitié des cas se manifestant dans les départements du nord, à la frontière avec le Venezuela, dans le centre et dans le sud (Huila et Tolima).

Alors qu'une centaine de cas annuels de microcéphalie y était observée jusque-là, le Brésil en a recensé près de 4 000 cas depuis novembre 2015, dans des zones où le gouvernement brésilien a introduit depuis 18 mois du pyriproxifène de Monsanto dans l'eau potable, insecticide destiné à lutter contre la prolifération du moustique tigre responsable de la propagation de la dengue, mais aussi de son cousin le virus Zika. Selon un groupe de médecins argentins qui rapporte ces faits, cet insecticide provoque chez les insectes des malformations mortelles, tandis que le virus Zika n'est retrouvé que chez 17 microcéphalies sur 404 au Brésil.

La virulence du virus avec lequel aucune malformation congénitale n'avait été recensée lors des précédentes épidémies semble accrue depuis l'utilisation massive de ces insecticides, avec l'apparition nouvelle de syndrome de Guillain-Barré...

Autres faits incontournables, comme le reconnaissait déjà la BBC dès 26 janvier 2016 : le virus Zika n'a été retrouvé que chez un très petit nombre de bébés

décédés de microcéphalie, laquelle n'a jamais été accusée de provoquer des malformations congénitales auparavant. La flambée de microcéphalies au Brésil répond donc à d'autres explications, d'autant que, en dehors de rares cas de syndrome de Guillain-Barré, les cas de Zika sont généralement bénins et ne provoquent des symptômes que chez 1 personne sur 5 et jamais de microcéphalie ou de malformations congénitales.

Par contre, « le Brésil est le plus grand consommateur de pesticides au monde. Certains de ces pesticides sont interdits dans vingt-deux autres pays ! ». Depuis 2012, leur épandage a été massivement utilisé dans ce pays par Monsanto notamment [cf. Zengardner.com].

De plus, un nouveau vaccin DTCa (diph-térie-tétanos-coqueluche acellulaire) a été rendu obligatoire au Brésil au début de l'année 2015, ce qui coïncide parfaitement avec la période au cours de laquelle toute une série de bébés sont nés avec des malformations à partir de décembre 2015. C'est, en effet, à la fin de 2014 que le ministre brésilien de la Santé a annoncé l'arrivée d'un nouveau vaccin DTCa qui devait être rendu obligatoire pour toutes les femmes enceintes dès que ce vaccin arriverait au Brésil début 2015. Si, le virus Zika n'a pas été retrouvé dans la majorité des bébés qui sont nés avec des malformations, il est cependant certain que toutes les mères qui ont mis au monde des bébés malformés avaient reçu ce nouveau vaccin au début de leur grossesse.

Le lien de cause à effet paraît donc évident, comme il semble évident que la toxicité du virus soit accrue quand il interagit avec d'importantes quantités de pesticides, comme le pyriproxifène, voire des antibiotiques, comme la tétracycline, prescrits aux bovins depuis 2012 au Brésil.

Association Liberté Information Santé

BP 20 – 01290 PONT-DE-VEYLE (FRANCE)

Email : siege@alis-france.com – Internet : http://www.alis-france.com

RENOUVELLEMENT DE VOTRE COTISATION

Chers adhérents,

Les changements informatiques que nous avons effectués dans le traitement du fichier nous permettent désormais d'enregistrer votre adhésion/abonnement pour une durée d'un an, à compter du jour de votre cotisation.

TARIFS FRANCE

E = adhésion individuelle	21 €
A = adhésion individuelle + abonnement	45 €
B = adhésion bienfaiteur	85 €
I = adhésion couple	28 €
C = adhésion couple + abonnement	52 €
F = abonnement seul	48 €
Ae = adhésion + abonnement numérique	33 €

TARIFS ÉTRANGER

E = adhésion individuelle	24 €
A = adhésion individuelle + abonnement	53 €
B = adhésion bienfaiteur	90 €
I = adhésion couple	31 €
C = adhésion couple + abonnement	60 €
F = abonnement seul	56 €
Ae = adhésion + abonnement numérique	37 €

EXEMPLE D'ENVELOPPE

numéro d'adhérent	type d'adhésion	date d'expiration	prélèvement automatique (si demandé)
N° 12345	Type A	12/12/2015	P1 (ou P2 ou P4)
Nom Adresse			
<i>(les autres indications de la poste servent pour la distribution du courrier)</i>			
NB : vous ne recevrez plus la revue passée la date d'expiration, si vous n'avez pas renouvelé votre cotisation.			

Le renouvellement de votre abonnement vous donnera droit à recevoir les quatre numéros trimestriels du **Courrier d'ALIS** (parution au 15 mars, 15 juin, 15 septembre, 15 décembre).

Pour les adhérents en **prélèvement automatique**, il n'y a rien à remplir (sauf pour une demande de reçu fiscal et/ou facture). Les prélèvements se feront automatiquement conformément à leur demande, c'est-à-dire, au 5 janvier (en 1 fois), au 5 janvier et au 5 juillet (en 2 fois), au 5 janvier, 5 avril, 5 juillet, 5 octobre (en 4 fois).

Un reçu fiscal (pour l'adhésion seulement ou pour les dons) et/ou **une facture** (pour l'abonnement seulement) seront délivrés sur demande.

NB : Les personnes assujetties à l'ISF peuvent faire des dons à notre association qui est habilitée à les recevoir.

Nous vous adressons, avec nos remerciements pour votre soutien, nos très cordiales salutations.

La trésorière, **Marie-Rose CUISIGNIEZ**



ATTENTION

Avant de renouveler votre cotisation, merci de vérifier sur l'enveloppe d'envoi de la revue, la date d'expiration de votre abonnement afin d'éviter oubli ou doublon. Si cette date est accompagnée des mentions P1, P2, P4, c'est que vous êtes en prélèvement automatique. Dans ce cas vous n'avez pas à nous envoyer de chèque.

Coupon à remplir et à retourner avec votre règlement à ALIS : BP 20 – 01290 PONT-DE-VEYLE (FRANCE)

NOM prénom n° d'adhérent (si possible)

Adresse

Téléphone Email

Date Type d'adhésion Total en €

Souhaitez-vous une facture (pour l'abonnement) OUI Souhaitez-vous un reçu fiscal (pour l'adhésion) OUI

Pour les adhérents à l'étranger uniquement : règlement par virement à :

Signature :

La Poste, centre financier de Clermont-Ferrand, 63900 Clermont-Ferrand Chèques France
IBAN / FR51 2004 1010 0300 2401 8N02 493 Bic / PSSTFRPPCLE