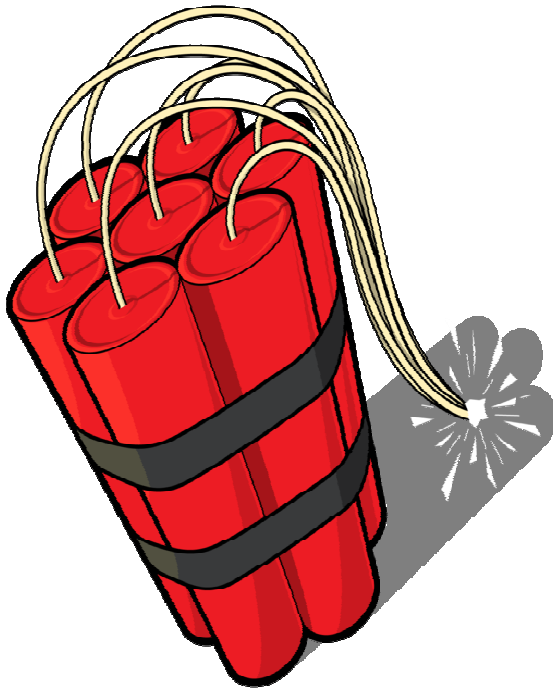


Variole: aveux explosifs à posteriori sur le vaccin



[Le compte-rendu du forum-débat](#) organisé le 6 septembre 2003 à Marseille sur le thème "Faut-il vacciner contre la variole?" et publié dans la Revue de Médecine Tropicale, contient des informations *littéralement explosives...*

Ce forum-débat s'est tenu dans l'Amphithéâtre de l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées (IMTSSA) dans le cadre des Xe Actualités du Pharo et de l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran.

Il réunissait plusieurs médecins et experts des armées, des gens de l'INSERM, de l'OMS, etc...

[Ce document](#), qui fait 6 pages, est assez dense. C'est la raison pour laquelle, nous ferons ici une synthèse des principaux points à retenir, avec une sorte de résumé de tout cela dans l'encadré final.

Passons outre [le raccourci scientifique habituel](#) qui attribue l'éradication de la variole à la vaccination (ce qui n'est pas réellement le cas) et commençons donc d'emblée par les raisons de ce genre de débat. Selon ce document, l'enthousiasme d'avoir éradiqué la maladie ne serait plus de mise depuis 1998.

« L'origine de ce revirement est la découverte d'un **programme secret de développement d'armes biologiques** mené en ex- URSS. Parmi la vingtaine de virus militarisés, la variole figurait au premier rang avec une souche India sélectionnée pour sa très forte mortalité (plus de 50% dans les populations qu'elle avait touchées historiquement). Ce programme a été **réalisé par l'ensemble du complexe militaro-industriel** de développement des armes biologiques soviétiques «Biopreparat », à l'insu des services de renseignements de l'Ouest, et plus particulièrement par le centre de Vector où plusieurs tonnes de virus ont été produites. Même si des doutes subsistent sur la réalité de ces informations, un fait nouveau est venu renforcer les craintes de l'utilisation d'un poxvirus comme arme biologique : **la création, par hasard, par une équipe australienne, d'une souche de poxvirus génétiquement modifiée particulièrement pathogène**. En effet l'introduction d'une IL-4 (interleukine 4) entraîne une «bascule » vers une réponse qui favorise la production d'anticorps Th2 au détriment de la réponse cellulaire (Th1). La souche devient ainsi plus pathogène. [Ceci dit, la pathogénicité de la variole elle-même est suffisante pour que **l'on cherche à l'améliorer**]. » (page 1)

Vient ensuite le rappel des cas sporadiques de monkeypox (dus à un virus très proche, de la même famille) survenus au début des années 2000 aux USA. Pour pouvoir enchaîner sur le cas concret de la préparation de la France:

Comme avec la fausse pandémie de H1N1 donc, l'obsession est donc de pouvoir vacciner massivement un maximum de gens... Voici le plan français et ce qu'il

implique, donc par exemple si un seul cas apparaît et encore, dans un pays autre que la France, les autorités ont prévu de vacciner alors rapidement 4 millions de gens en France avec un vaccin dont on verra plus loin comment sa sécurité est commentée par ces grands experts... 1 seul cas de variole apparaît et 4 millions de gens sont censés se faire vacciner.. cherchez l'erreur!

Le plan français est **une réponse graduée en cinq phases** :

- **Niveau 0 (actuel)** : vaccination de l'équipe dédiée vaccinale (150 personnes vaccinées).
- **Niveau 1 (menace confirmée)**: vaccination des équipes zonales (500 à 1000 personnes vaccinées).
- **Niveau 2 (un cas extérieur)**: vaccination des intervenants (4 millions de personnes).
- **Niveau 3 (un cas en France)** : vaccination en anneau autour du malade isolé.
- **Niveau 4 (nombreux foyers)** : vaccination générale de la population.

« Les autorités françaises, conscientes du risque posé par la variole, ont fait un point de situation en 2001 : pas de vaccins, pas de kits diagnostics, pas de possibilités thérapeutiques. Toutefois, des stocks historiques (vaccin Pourquier) étaient conservés par l'AFSSAPS et par les armées, ce qui représentait 5,5 millions de doses. Aventis, interrogé, a mentionné l'existence d'un « vrac » qui pouvait être reconditionné pour produire cinq millions de doses. Un certain nombre de problèmes se posaient : la non conservation de l'AMM, le déficit en solvants (pour la formulation lyophilisée détenue par le ministère de la santé), la disparition des vaccinostyles. Une solution existait : augmenter le nombre de doses de façon artificielle en diminuant la quantité utilisée. Plusieurs options ont été prises, la dilution et l'utilisation d'une aiguille bifurquée qui permet de multiplier le nombre de doses par 10 (1 seul microlitre est nécessaire au lieu de 10). Pour obtenir l'AMM, il a fallu faire la preuve de l'efficacité de cette nouvelle technique d'inoculation et de ce changement de la quantité de virus. Celle-ci a été réalisée à l'aide du modèle cynomolgus polyvacciné développé par le CRSSA (comparaison de l'efficacité des souches sur la réalisation de la prise vaccinale qui historiquement est la seule qui compte). Chaque singe a été inoculé 32 fois de façon aléatoire en changeant la technique d'inoculation par des manipulateurs différents. Nous avons pu conclure qu'il y avait une équivalence des deux vaccins (Pourquier et Aventis) et des deux modes d'injection. L'utilisation de l'aiguille bifurquée permettait un gain de temps (1/3 à la réalisation) et ne présentait pas l'effet « manipulateur » observé avec la scarification. Dès lors la mise en place d'un programme national de vaccination de masse était possible. Tout ceci a eu pour conséquences l'achat des vaccins d'Aventis, la généralisation de l'aiguille bifurquée et une augmentation (théorique) du nombre de vaccins détenus désormais par la France de 5 millions de doses en 2001 à 95 millions en 2002. » (page 2)

Le document aborde alors la vaccination actuelle d'un nombre limité de professionnels en France (132 personnes vaccinées au jour de ce forum-débat), à la lueur du nombre passé de vaccinés en France. Mais ce qui est finalement un des éléments-clé à retenir, c'est l'incohérence de ce qui s'est passé jadis, en termes notamment d'obligation vaccinale, compte tenu des aveux actuels. Pour résumer, on peut dire que les vaccinalistes ont imposé aux gens pendant des décennies une vaccination anti-variolique **ainsi que des rappels obligatoires**, dans le but de faire produire artificiellement des anticorps, alors qu'ils avouent pourtant en 2003:

1. Qu'il y a une méconnaissance du taux d'anticorps prétendument protecteur.
2. Que le nombre de rappels n'influe pas sur l'immunité !

3. "A l'heure actuelle, aucune donnée ne permet de dire que l'immunité humorale (anticorps) peut protéger contre la variole."! (page 5)

4. "L'expérience humaine de la variole est insuffisante pour bien cerner les paramètres importants de l'immunité car à l'époque où la variole prévalait, les connaissances sur le système immunitaire n'étaient pas suffisamment développées." (page 3)

Extraits:

« En France, la vaccination avait été interrompue pour les primo vaccinés en 1979 et pour les rappels en 1984. Toutefois un texte (Art L 3111-8 du CSP) prévoyait qu'en cas de menace d'épidémie, la vaccination obligatoire pouvait être rétablie et que les dommages imputables à la vaccination étant pris en charge par l'État (Art L 3111-9 du CSP). Une fois l'Autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte établie, une liste de personnes ont été vaccinées après l'avis favorable de la commission d'AMM (06/02/03).

La question a été ensuite de savoir s'il existait une immunité persistante contre la variole et s'il n'était pas préférable pour la vaccination de sélectionner des personnes présentant une immunité résiduelle afin de limiter la réplication du virus et les complications induites par la vaccination. Chez 45% de la population une immunité humorale persiste (mais la méconnaissance du taux protecteur empêche une bonne interprétation de ce chiffre), l'immunité cellulaire immédiate (ELISPOT) est de 20% et l'immunité cellulaire retardée (lymphoprolifération) est de 70%. Le nombre de rappels n'influe pas sur l'immunité, en revanche l'immunité résiduelle chute chez les plus de 50 ans. »

Le document aborde alors ensuite la sécurité-tolérance de ces vaccins...et la façon de traiter des complications!

« Le plan français a été mis en œuvre et 132 personnes ont été vaccinées en quatre séances. On peut noter l'absence de complications, excepté pour une jeune femme qui a fait une réaction inflammatoire très importante avec une lésion de 20 mm (ce qui a fait craindre pendant quelques jours l'apparition d'un vaccinia necrosum). » (page 2)

« Afin de traiter ces complications vaccinales, il est nécessaire de disposer d'immunoglobulines spécifiques. Or les stocks historiques n'existaient plus, ni à l'OMS, ni en France, ils avaient été détruits car ils étaient contaminés par le virus de l'hépatite B. Tous les sujets vaccinés ont fait l'objet de plasmaphérèse, nous disposons d'immunoglobulines utilisables par voie intraveineuse.

Les vaccins de première génération ont été produits dans des conditions qui ne correspondent pas aux normes actuelles. C'est la raison pour laquelle des vaccins dits de deuxième génération sont produits en culture cellulaire par des producteurs comme Acambis Baxter, Aventis et Bava rian Nordic. La production a été réalisée avec deux souches, la souche Lister européenne et la souche New York City Board of Health américaine. Les trois types de cellules utilisées (Vero, MRC5 et CEF) sont compatibles avec la production d'un vaccin.

Toutefois, même si ce vaccin de deuxième génération présente des avantages au niveau de la qualité de la production et de la rigueur des contrôles, il n'en reste pas moins dangereux. Voici un aperçu de la liste des complications :

- les atteintes du système nerveux central avec des encéphalites présumées différentes entre les enfants de moins et de plus de deux ans ; en fait au regard des descriptions cliniques, il est impossible de faire la différence. Lorsqu'une primo

immunité existe, le risque de virémie est moindre et les complications moins importantes ;

- la complication la plus fréquente était **l'auto-inoculation par grattage, particulièrement dangereuse pour l'œil** pour lequel il n'existe pas de disposition thérapeutique validée. Toutefois un collyre a été développé avec le cidofovir, antiviral efficace sur les orthopox in vitro sur le modèle souris ;

- dans **la vaccine généralisée**, la virémie provoque un deuxième rash cutané limité au stade de la papule, relativement peu dangereux. Les enfants avaient une petite fièvre et guérissaient rapidement. Néanmoins, une deuxième forme plus grave provoquait l'apparition de phlyctènes et de pustules traitées alors par des immunoglobulines. Cette complication avait peu d'incidence sur la mortalité ;

- **l'eczéma vaccinatium** induisait quant à lui la mortalité la plus importante (10 à 40%). Lorsqu'un enfant déclenchait un eczéma, le virus profitait de cette absence d'intégrité cutanée pour se répliquer sur de très grandes surfaces ;

- **le vaccinia necrosum** apparaissait chez des patients qui présentaient une immunodépression de type cellulaire (essentiellement). Dans ces cas, le virus continue à se répliquer sans être arrêté **jusqu'au décès du patient** ;

- enfin, **la vaccine du fœtus** est une complication rare avec très peu de cas cliniques décrits. La grossesse est une contre-indication à la vaccination dans le cadre de la prévention mais pas dans le cadre d'un contact avec la variole, le coût risque/bénéfice restant favorable à la vaccination.

Certains experts s'étaient déclarés favorables à la vaccination de l'ensemble de la population. Dans un tel schéma, le nombre de complications et le taux de décès ferait lui-même le succès d'une attaque bioterroriste ! Il est donc inutile de vacciner l'ensemble de la population. Mieux vaut concentrer nos efforts sur le développement d'un vaccin de troisième génération. » (pages 2 et 3)

Un peu plus loin (page 4), ces bons experts discutent pour savoir si des vaccins à ADN nu seront un jour utilisés chez l'homme, c'est à dire des vaccins qui consistent à injecter directement par voie intramusculaire des gènes d'un agent pathogène dans un organisme. Alors que les vaccins se trouvent être encore plus risqués et hasardeux chez des individus immunodéprimés, il serait éventuellement question de pouvoir les vacciner eux aussi!

Le Pr J-P Boutin s'enquiert de savoir s'il serait possible d'adjoindre des adjuvants à ces futurs vaccins anti-variologiques. Le représentant d'Aventis Pasteur et vétérinaire Dr B. Meignier lui répond que "Les vaccins vivants ne peuvent pas bénéficier d'adjuvants par les méthodes classiques. **En revanche, il est possible de doper les vaccins issus de constructions génétiques, par ajout de lymphokines que l'on fait exprimer en même temps que la vaccination.**"

Au cours de la discussion, le Pr J- P Boutin déclare également: "**La vaccination contre la variole est d'actualité et plusieurs états (Union Européenne, G8 et Mexique) se sont dotés de plans d'intervention, avec ou sans recours à la vaccination.**" (page 4)

Le Dr Meignier enchaîne alors en rappelant en fait qu'avant, il fallait 100 000 particules infectieuses pour vacciner **une seule personne**, une dose qui était alors selon lui "*très réduite*" (sic!) alors qu'aujourd'hui la dose vaccinale **par personne** devrait être de... 10 à 100 millions de particules infectieuses (!). De ce fait là explique-t-il, la question du nombre de doses à fabriquer dépendra de la taille du marché à satisfaire mais en somme, avec certains bricolages génétiques, il y aura sans doute moyen d'améliorer tout cela.

Vient ensuite, en page 5, des aveux très intéressants de la part d'un certain Dr Garin, médecin chef des armées et Maître de Recherche à Grenoble, qui évoque les effets secondaires du vaccin actuel (dit de deuxième génération) lorsqu'il fut utilisé pour une vaccination en anneau aux USA suite à quelques cas sporadiques de MonkeyPox au début des années 2000:

« **Dr D. Garin.** *En ce qui concerne l'épidémie de monkeypox, trente vaccinations en anneau ont été réalisées sans complications notoires. Les deux cas qui ont posé problème étaient liés à l'apparition d'encéphalites chez des enfants entre deux et trois ans. Les données sur la vaccination générale des civils sont relativement fiables: 1 cas d'encéphalite et 30 à 40 réactions importantes sur 40000 vaccinés volontaires. Les données sur la vaccination des militaires ne sont pas mises à jour sur Internet, mais on sait que 700 personnes ont été hospitalisées sur les 500 000 vaccinées. Il faut savoir que des complications cardiaques existent et qu'elles se sont avérées être les plus fréquentes. Il faut distinguer deux tableaux. D'une part, la vaccination du civil, volontaire, obèse, hypertendu, la soixantaine, sans activité physique qui fait un infarctus dans les deux semaines qui suivent la vaccination. Or, les premières études ont montré que statistiquement, le risque de faire un infarctus, avec ou sans vaccination, dans ce type de population n'est pas modifié. Il y a très probablement un effet d'observation. D'autre part, ont été observées des myopéricardites chez des sujets jeunes primovaccinés. Il s'agit alors d'un problème immunologique initial. Après ponction, aucun génome viral n'a été retrouvé. Chez ces personnes, essentiellement des militaires, une guérison complète avec reprise des activités physiques a pu être observée mais se pose le problème du suivi. Dans la bibliographie, des myocardites chez les sujets jeunes étaient relatées mais personne n'y avait prêté attention en raison des moyens d'investigation. Chez les israéliens, suite à une campagne de vaccination, des cas de vaccinia necrosum ont été observés dus à des contacts indirects.*
[NB: pour rappel, le vaccinia necrosum peut être MORTEL...des gens non vaccinés mais en contact avec des gens vaccinés pourraient donc risquer le décès à cause des vaccinés!]

Y. Buisson. *Dans les cas de complications oculaires, a-t-on utilisé du collyre cidofovir ?*

D. Garin. *Nous n'avons pas d'élément de réponse car officiellement le collyre n'existe pas, il s'agit d'une fabrication artisanale en cours d'évaluation chez l'animal.* »

Ce Dr Garin explique encore qu' "*On sait que lorsqu'une personne a été en contact avec un malade atteint de variole, on a la possibilité de faire une vaccination post-exposition pendant 4 jours avec une efficacité de 95%* et que si ce délai est dépassé, deux solutions existent: le recours à des antiviraux (comme la ribavirine et surtout cidofovir) qui retardent l'apparition de la variole et le recours aux immunoglobulines."

En réalité, comme l'a démontré le Dr Buchwald sur base des chiffres de mortalité des contacts vaccinés vs les contacts non vaccinés dans plusieurs régions de l'Allemagne d'après guerre, il s'avère que les contacts revaccinés ainsi en anneau

contre la variole avaient bien plus de chances de contracter la variole et d'en décéder que les gens qu'on n'avait pas revaccinés....

Düsseldorf (1961/1962). Nombre de sujets contacts de 1° degré: 148. Contacts vaccinés durant la période d'incubation de la maladie: 95. Nombre de gens ayant fait la variole parmi ceux-ci: 5. En sont décédés: 2.

Contacts n'ayant pas été vaccinés pendant la période d'incubation: 53. Malades parmi ceux-ci: 0 et décès: 0.

Monschau (1952). Nombre total de contacts de premier degré: 732. Contacts vaccinés pendant la période d'incubation: 442. Parmi eux, nombre de gens qui ont fait la maladie: 33 et décès: 1.

Contacts non vaccinés pendant la période d'incubation: 290. Malades: 0 et décès: 0.

Meschede (1970): Nombre total de contacts de premier degré: 303. Contacts vaccinés pendant la période d'incubation: 172. Malades: 20 et décès: 4.

Contacts n'ayant pas été vaccinés pendant la période d'incubation: 131. Malades: 0 et décès : 0

Si on fait le total de ces chiffres de maladie et de décès en Rhénanie-Nord-Westphalie, on obtient un total de contacts de 1° degré de 1183. Sur ce total, 709 ont été vaccinés pendant la période d'incubation et il y eu 58 malades et 7 décès. Tandis que dans les contacts non vaccinés pendant la période de vaccination et qui sont au nombre de 474, il y eu zéro cas de maladies et de décès.

Juste à la suite, on peut lire les propos révélateurs du Dr Peaudevigne, médecin du travail Eurocopter:

« **On a constaté en France le développement d'une réticence de plus en plus importante aux vaccinations (voir la polémique déclenchée pour l'hépatite virale B). Quelles seraient les réactions de la population française en cas de vaccination de masse et a-t-on conservé un savoir-faire suffisant pour ce type de vaccination ?** »

Le Pr J-P Boutin nous apprend alors, en réponse, que *"la question s'est déjà posée lors de la vaccination de l'équipe dédiée (150 personnes). Cela a donné lieu à un débat assez vif entre les personnels de la profession alors que nous sommes au niveau zéro de la menace. Le niveau d'acceptabilité de la population est très lié à la perception qu'elle a du risque. Aujourd'hui, il n'est relativement pas aisé de mobiliser des professionnels de la santé et des forces de l'ordre car le risque est à son plus bas niveau. Mais on peut envisager que le degré d'acceptation de la vaccination sera plus fort si des cas de variole survenaient dans la population."*

Ces propos rappellent ceux du Pr Marc Van Ranst lors de la fausse pandémie de H1N1: [interrogé par RTL](#) pour savoir s'il avait une idée du nombre de gens prêts à se faire vacciner, il répondait : *"Pas du tout. Et ça peut changer hein. Quelques morts en plus et ça peut augmenter de dizaines de pourcents."*

Pour le Dr Merlin qui réagit aux propos du Pr Boutin, les équipes de vaccination risqueraient même d'être "prises d'assaut" par des gens paniqués qui exigeraient la

vaccination séance tenante suite aux informations médiatiques. Il donne l'exemple des malades du SIDA qui sont prêts à s'inscrire dans des essais cliniques pour tenter d'améliorer leur santé (une formulation qui démontre à quel point ici le vaccin sera une fois encore hasardeux et expérimental!)

Le Dr Meignier, responsable du développement des vaccins chez Aventis Pasteur, dit alors quelque chose de fort important:

*« Le développement jusqu'à la mise sur le marché représente dix ans de travail soutenu et des moyens financiers. **La question qui se pose est de savoir si la volonté politique existe de soutenir ce travail de développement soutenu qui ne débouche sur aucun marché?** »*

Le Dr Garin en remet alors encore une couche histoire, sans doute, de faire paniquer tout le monde:

"Le virus de la variole est excessivement mortel chez l'homme, avec un pouvoir épidémique très important, il constitue en cela une arme redoutable presque parfaite. La crainte est la mise à disposition d'un monkeypox qui, par mutation génétique, pourrait se rapprocher du virus de la variole."

Le Pr Rey, médecin des voyages demande alors peu après:

"Un antiviral, utilisé pendant la campagne d'éradication semble avoir été supprimé, pourquoi?"

Le Dr Garin lui répond: *" Il s'agit du Marboran. Des stocks anciens ont été testés en culture de cellules. Son pouvoir d'inhibition de la réplication cellulaire est très faible et le procédé industriel de sa fabrication a été perdu par la société qui le produisait. Mais, étant donné que nous disposons du cidofovir et de ses futurs dérivés, le marboran est définitivement abandonné."*

Le Pr Rey dont la question précédente n'était sûrement pas si innocente que cela, demande aussi *si "le gouvernement a apporté une garantie pour couvrir juridiquement et financièrement les accidents?"* Sa question a d'autant plus de sens qu'il rappelle que 25 millions de Français n'ont encore jamais été vaccinés contre la variole or la primovaccination (c'est à dire la vaccination de gens n'ayant encore jamais reçu un vaccin donné) est justement associée à un risque accru d'effets secondaires, y compris les effets secondaires graves...

Garin encore, lui répond: *"Cela a été l'objet de l'Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU), le but étant d'avoir une protection des volontaires telle qu'elle existait à l'époque de la loi sur la vaccination contre la variole. Tous les accidents sont couverts par l'Etat."*

Le gros problème est resté cependant toujours le même: [le caractère franchement tabou des effets secondaires de vaccins](#) et le déni des autorités qui marchent en réalité main dans la main avec les pharmas qu'ils considèrent comme leurs "[partenaires naturels](#)". Dans ces conditions, l'Etat comme les pharmas tirent financièrement leur épingle du jeu, au détriment de la santé ET des finances des citoyens!

Un autre, le Dr Charrel semble aussi souhaiter intérieurement [une alternative à la vaccination](#), qu'il perçoit sans doute, à fort juste titre, comme trop périlleuse:

"L'utilisation de molécules antivirales ne serait-elle pas une alternative intéressante à la vaccination contre la variole?"

Garin, qui semble très accroché au dogme vaccinal lui répond: "Le *cidofovir*, outre sa toxicité relative, est très onéreux (une ampoule coûte 700 euros). L'injection (intraveineuse) se fait à l'hôpital et nécessite une préparation rénale à l'aide d'un produit qui n'est plus officiellement disponible sur le marché car il fait partie des substances prohibées (dopage des sportifs). Une formulation orale est en cours de réalisation aux Etats-Unis. **Ce pourra alors être une solution préconisée en complément de la vaccination.**"

On se dirige alors vers la fin de la page 6 avec les précisions suivantes qui précèdent les conclusions:

"Comité de rédaction de Médecine Tropicale. Plus d'une dizaine de participants se sont ensuite exprimés au cours de ce forum. [...] **Un malencontreux incident technique ne nous permet pas de retranscrire la teneur exacte de leurs contributions et des réponses apportées par les experts.**"

Est-ce bien vrai? N'était-ce pas parce que certains propos étaient peut-être encore plus explosifs que ceux exposés ci-dessus? Ou que les grands experts restaient calés sur certaines questions, sans pouvoir vraiment y répondre?

Le Pr J-P Boutin s'est alors chargé de préciser que **"le débat s'est terminé par un vif échange entre les participants sur les risques liés aux programmes actuels d'éradication. A titre d'exemple, le débat a porté sur l'éradication en cours de la poliomyélite au seul moyen de la vaccination. A la lumière des événements récents, cette éradication prochaine ne risque-t-elle pas de nous exposer ultérieurement à la menace d'un emploi agressif des virus poliomyélitiques (au nombre de 3, transmissibles par l'eau et présents dans un grand nombre de laboratoires de par le monde)? [...]** Les enseignements actuels montrent que le confinement des souches dans des laboratoires en nombre limité, et identifiés, n'est pas une totale garantie de sécurité."

Vient alors **la conclusion finale** de ce forum-débat, ainsi présentée:

« En conclusion, il est clairement apparu au cours de ce débat que toute décision de relance d'une stratégie vaccinale antivariolique ne pouvait être envisagée au seul moyen des vaccins de première génération qui ne sont plus disponibles que dans quelques rares pays du Nord et dont les procédés de fabrication ne correspondent plus aux standards de qualité actuels. La production de vaccin passe donc aujourd'hui obligatoirement par la recherche. **Mais cette recherche exige un soutien clairement affiché au niveau politique car le seul secteur industriel privé ne pourra assumer des coûts, de recherche et production, qui ne soient pas sous-tendus par un réel marché.** Parallèlement la recherche d'antiviraux actifs sur les poxviroses doit être encouragée afin de disposer d'une deuxième ligne de défense en cas de réémergence de la variole mais aussi pour faire face au risque de développement d'autres poxviroses comme vient de le rappeler l'épidémie de Monkeypox survenue aux Etats-Unis. **Mais il apparaît évident au terme de ce débat que toute décision de reprise de la prévention contre la variole nécessitera d'abord et avant tout un énorme programme d'information et d'éducation sanitaire (coûteux et forcément assez long) de l'ensemble des populations concernées lesquelles ne pourront adhérer que si le rapport bénéfice sur risque leur paraît au final acceptable. »**

Au terme de cette analyse, que pouvons-nous voir ?

1°) Ce qu'on a rendu obligatoire et présenté comme médicalement incontournable *pendant près de deux siècles* est ici admis comme « dangereux », avec l'aveu que les anciens vaccins, reçus par nos parents, grands-parents ou arrière-grands parents ne correspondent plus « aux standards actuels » !

2°) Les pseudo-experts qui ont recommandé la vaccination aux 19° et 20° siècles, n'avaient absolument aucune idée de ce qu'ils faisaient, ils ne savaient même pas si la présence d'anticorps était protectrice ou non contre la variole, pas plus que le taux à obtenir. Pire, ces mêmes experts ne se sont même pas émus que l'on IMPOSE à des gens des rappels obligatoires que plusieurs centaines de gens ont forcément payé de leur santé, alors même que le nombre de rappels n'est PAS lié à l'immunité !

3°) Ces experts-là n'ont reçu aucune sanction pour le tort que « leurs bons conseils » ont causé et pire, leur « filiation expertale » semble malheureusement assurée par certains grands pontes qui étaient d'ores et déjà cependant partisans en 2003 avec le degré de menace zéro, d'une vaccination généralisée de la population et ce, alors même qu'on lit dans ce document que les effets secondaires et les décès engendrés par les vaccins actuels (dits de deuxième génération) seraient tellement nombreux dans ce cas que cela ferait le bonheur des prétendus terroristes et qu'en somme, ce serait finalement nettement pire que de ne même pas vacciner du tout !

4°) Chaque fois qu'un vaccin est largement utilisé, il est présenté comme très sûr et très efficace, avec des aveux d'inefficacité et de dangerosité qui échappent donc aux gens au moment-clé du consentement où ils en auraient eu le plus besoin. Ce fut pareil avec le BCG dont [l'inefficacité était connue et épinglée dans des publications scientifiques depuis...1961](#) mais qui n'en est pas moins resté obligatoire en France jusqu'en 2007 !

5°) Il y a une fascination *soit morbide, soit suspecte*, qui n'a en fait plus rien à voir avec le « principe de précaution » (jamais de mise pour les effets secondaires graves des vaccins actuels !) vis-à-vis de futures pandémies potentielles et ce n'est d'ailleurs pas par hasard si une des rubriques de ce site s'intitule « Pandémies à gogo ». Fin décembre 2011, on apprenait que le gouvernement américain avait gaspillé 400 MILLIONS de dollars [pour l'achat d'un médicament expérimental contre la variole](#), en plus d'avoir déjà dilapidé 1 milliard d'autres dollars pour le stockage d'un vaccin anti-variolique en pleine de crise financière et ceci contre une maladie inexistante. Qu'est-ce que tout ceci cache ? Le moins qu'on puisse dire ici est que la transparence totale est loin d'être de mise. A moins bien sûr qu'il faille absolument continuer à croire que c'est "par hasard" que des chercheurs ont créé une souche génétiquement modifiée et particulièrement pathogène de variole...

6°) Le fait qu'une « volonté politique » puisse exister, pour gaspiller l'argent public dans la recherche de vaccins anti-variolique SANS MÊME DEMANDER L'AVIS DES CITOYENS et ce alors qu' [une enquête française de l'INPES en 2004](#) démontrait que *seuls 55% de la population serait prête à se faire vacciner contre cette maladie, même en cas de menace bioterroriste*, est une HONTE !!!!!!!

7°) **Tout ceci amène à voir la véritable menace de ce genre de dossiers à savoir la vaccination obligatoire avec un vaccin expérimental parmi d'autres, dont la sécurité ne sera pas plus grande au seul motif que l'Etat assumera soi-disant (dans les textes, pas dans la réalité !) les nombreux dommages qui en résulteront immanquablement !** Ainsi, le plan d'action contre la variole en France qui date de 2003 et qui prévoit la vaccination de l'ensemble de la population en 14

jours à peine, tel que le mentionne Wikipedia, n'a pas été annulé pour autant, après cette enquête INPES/BVA de 2004 témoignant d'une volonté populaire autre.

Tout démontre dans ce genre de dossiers que la volonté de vaccination massive suinte de partout, avec des antiviraux qui ne serviront jamais qu' « en complément », parce que la vaccination constitue un dogme incontournable, même si on n'en comprend absolument pas les implications immunologiques ! Il est important aussi dans tout cela, de remonter à la source, de comprendre les manœuvres de l'OMS (infiltrée depuis belles lurettes par les pharmas) car c'est elle qui a recommandé aux Etats de reconstituer des stocks de vaccins depuis 1999. C'est aussi elle qui, en vertu de son règlement sanitaire international (RSI), signé par tous les Etats à l'exception du Vatican et du Lichtenstein, peut recommander de rendre une vaccination obligatoire, qu'elle ne rend donc pas elle-même obligatoire, notez bien la subtilité, ça passe donc par les états dociles qui n'ont plus aucun mot à dire dans ce genre de cirques mortifères. Ceci démontre donc hélas tout le bienfondé de notre appel dès 2010 à sortir au plus vite du cénacle des Etats membres de l'OMS dont on voit encore ici le gâchis financier direct ET indirect que cela suscite. Sans même reparler de la menace que cela fait peser sur nos libertés fondamentales !

Sources : Initiative Citoyenne & Revue de Médecine Tropicale

<http://www.initiativecitoyenne.be/article-varirole-aveux-explosifs-a-posteriori-sur-le-vaccin-112215836.html>

<http://ddata.over-blog.com/3/27/09/71/2012-2013/Pharo--Varirole--Rev.-Medecine-Tropicale.pdf>