

En finir avec le «dogme Hiroshima»

Alison Katz

(Membre du People's Health Movement et de IndependentWHO)

<https://www.lecourrier.ch/...>, 3 avril 2017

«Exigeons que l'OMS démolisse enfin les trois piliers de la désinformation sur les rayonnements ionisants!» Alison Katz, d'IWHO, pointe l'invocation de la «radiophobie» pour expliquer les problèmes sanitaires des victimes d'accidents nucléaires, le recyclage douteux du «modèle Hiroshima» et le déni des effets de la radio-contamination à faible dose.

La rencontre entre le collectif IndependentWHO - Santé et Nucléaire (IWHO, pour l'indépendance de l'OMS) et l'Organisation mondiale de la santé¹ a confirmé que l'autorité sanitaire internationale persiste à soutenir les trois piliers de la désinformation sur lesquels repose la dissimulation – internationale et de haut niveau – des conséquences sanitaires des activités nucléaires, qu'elles soient industrielles ou militaires. Les trois piliers sont 1) la «maladie», dénommée «radiophobie»; 2) l'utilisation du modèle Hiroshima pour établir les normes de radioprotection; 3) l'affirmation qu'il n'existe pas de preuve d'effets sanitaires en dessous de doses d'irradiation de 100 millisieverts par an (mSv/an), malgré le fait que la limite internationale recommandée par la Commission internationale de la protection radiologique (CIPR) soit de 1 mSv/an.

La scandaleuse pseudoscience de la «radiophobie»

L'OMS affirme que les problèmes psychologiques et sociaux sont les conséquences majeures de la catastrophe de Fukushima, en reprenant point par point son verdict final sur Tchernobyl², selon lequel «l'impact sur la santé mentale (...) est le problème de santé publique le plus grave et (que) la population affectée a un sentiment exagéré des dangers sanitaires de l'exposition aux rayonnements». Est-ce que l'establishment nucléaire, qui malheureusement dirige la politique de l'OMS dans ce domaine, suggère sérieusement que les plantes, les animaux et les bébés – même in utero! – souffrent de «radiophobie»?

De nouvelles maladies sont souvent montées de toutes pièces afin de créer ou élargir un segment de marché pour des traitements économiquement profitables. La «radiophobie», par contre, a été inventée afin de nier l'existence des maladies bien réelles apparues à la suite de la catastrophe de Tchernobyl. Quand il est devenu impossible de nier leur existence, on les a attribuées aux comportements irresponsables des victimes – abus d'alcool, de tabac, mauvaise alimentation... – comme si ces facteurs n'avaient pas été pris en compte dans les études épidémiologiques démontrant des différences significatives en termes d'effets sanitaires entre des territoires respectivement peu, moyennement et hautement contaminés.

Soyons clairs. La peur de la radiocontamination existe. Il s'agit d'une réponse normale face à un risque sanitaire réel. L'unique «traitement» éthique de l'anxiété qui résulte naturellement de l'exposition est de reconnaître que cette peur est normale, de minimiser toute exposition supplémentaire, de fournir des soins dès l'apparition de symptômes et d'établir des programmes de dépistage pour la prévention précoce (secondaire) des maladies.

Au Japon, aujourd'hui, les autorités ont conseillé aux victimes de Fukushima de sourire³. Ces dernières sont soumises à d'intenses pressions pour retourner vivre dans des territoires inhabitables selon les normes de radioprotection de la communauté internationale, établie par la CIPR.

Lors de la rencontre avec l'OMS le 11 mars 2016, en signe d'encouragement aux visiteurs japonais, un membre de

l'équipe Radiation (Département de santé publique et de l'environnement) a fait remarquer que leur pays avait un avantage en termes d'information sur les effets sanitaires des activités nucléaires grâce à la recherche entreprise à la suite des bombardements d'Hiroshima et de Nagasaki.

Deux remarques sur cette observation. D'abord, il est notoirement connu que la recherche sur les effets sanitaires d'Hiroshima et Nagasaki est profondément défectueuse⁴. Pendant cinq ans, après l'attaque des bombes A, aucune investigation officielle de la santé des survivants n'a été menée. En 1946, le gouvernement américain a créé l'Atomic Bomb Casualty Commission (Commission d'évaluation des dommages dus à la bombe atomique - ABCC) et les États-Unis maintiennent toujours leur contrôle sur ce projet – qui s'appelle maintenant la Radiation Effects Research Foundation (Fondation pour la recherche des effets du rayonnement - RERF) – en fournissant la majeure partie de son financement.

Pour des raisons évidentes, le délai de cinq ans [entre les bombardements atomiques et les premières recherches] invalide plus ou moins les études sur les effets sanitaires, car les données les plus importantes font défaut. De plus, la population étudiée ne peut pas être considérée comme représentative de la population générale parce que les personnes encore en vie sont celles dont la résistance aux effets des rayonnements est naturellement plus élevée que la moyenne. Cet effet dit de «survivant en bonne santé» produit une sous-estimation considérable des effets sanitaires.

Pire encore, les études ABCC/RERF ne disposaient pas de groupe de contrôle adéquat. Cela est dû au fait que les groupes «irradiés» et les groupes de contrôle «non exposés» – les habitants d'Hiroshima et de Nagasaki, à diverses distances de l'épicentre – étaient tous contaminés par les retombées. De surcroît, le groupe «non exposé» avait un taux de leucémie deux fois plus haut que le reste de la population japonaise pendant toute la première période de l'étude et jusqu'aux années 1960. Par ailleurs, le fait que toutes ces personnes aient souffert d'une exposition interne à travers les aliments, le lait, l'eau et par inhalation n'a pas été pris en compte. Enfin, le modèle Hiroshima est inapplicable aux accidents nucléaires. Les effets sanitaires d'une exposition externe de quelques secondes aux quantités gigantesques de radionucléides, comme ce fut le cas à Hiroshima et Nagasaki, sont incomparables aux effets sanitaires d'une exposition interne à de faibles doses sur des décennies. Ces faibles doses sont responsables de 95% de la radiocontamination lors d'accidents nucléaires.

Et pourtant, étonnamment, les normes de radioprotection actuelles se basent encore sur les études ABCC/RERF des survivants d'Hiroshima. Mais il n'existe aucune preuve d'équivalence entre l'irradiation chronique interne et l'irradiation externe aiguë.

Aucune preuve d'effets sanitaires en dessous de 100 mSv/an?

Des milliers d'études menées pendant trois décennies fournissent des preuves d'effets sanitaires graves à la suite de l'incorporation chronique à faible dose de radionucléides, bien en dessous de 100 mSv/an et, contrairement aux affirmations de l'establishment nucléaire, une grande partie de ces études est publiée dans des revues scientifiques à comité de lecture – dans une proportion d'ailleurs bien plus grande que dans le rapport majeur de l'ONU, le «Forum de Tchernobyl»⁵.

En 2015 et 2016, par exemple, des études ont démontré le lien entre la présence de césium 137 chez les femmes enceintes et de hauts niveaux d'anomalies congénitales⁶; un risque élevé

de leucémie, de lymphome⁷ et de cancer chez les travailleurs du nucléaire⁸; des taux élevés d'anomalies de la thyroïde (y compris des cancers et des précurseurs de cancer) chez les enfants à Fukushima⁹, et toutes sortes de défauts héréditaires associés à des doses d'irradiation comprises entre 1 et 10 mSv/an¹⁰.

Malgré la limite internationale de 1 mSv/an et les multiples preuves réunies sur ce sujet depuis des décennies, l'OMS a répété (notamment lors de la rencontre avec l'IndépendentWHO du 11 mars 2016) qu'il n'existait pas de preuve d'effets sanitaires en dessous de 100 mSv/an. Tout comme le Dr Shunichi Yamashita, professeur à l'université de Nagasaki et conseiller de la préfecture de Fukushima pour le risque sanitaire radiologique, qui, ainsi, donne raison au gouvernement japonais d'exercer une forte pression sur les populations pour qu'elles retournent vivre dans des régions non habitables¹¹. Relevons qu'à la suite de l'accident de Tchernobyl, la limite pour l'évacuation obligatoire des populations avait été fixée à 5 mSv/an.

Il est de plus en plus reconnu que la limite de 1 mSv/an est à peu près adéquate dans le cas de l'exposition externe (pour certains radionucléides seulement), mais qu'elle est totalement inadéquate en cas d'exposition interne. Différents radionucléides se concentrent dans divers organes. Ainsi, si la charge moyenne dans le corps est de 100 becquerels par kilo (Bq/kg), le cœur contiendra 2500 Bq/kg et les reins 1500 Bq/kg¹². Une particule d'uranium ou de plutonium logée dans le poumon va irradier pendant toute la vie de la personne et produira un cancer.

Le «dogme Hiroshima» mène l'establishment nucléaire vers une logique impossible. Quand on ne peut plus nier les effets sanitaires, on affirme qu'ils sont forcément causés par autre chose que les rayonnements parce que, selon le modèle utilisé par le CIPR, les doses reçues étaient trop faibles.

Le moment est venu pour l'OMS et l'institution nucléaire de reconnaître publiquement que l'exposition externe et l'exposition interne sont des phénomènes biologiquement distincts et que le modèle Hiroshima ne peut ni prédire les effets sanitaires observés à la suite d'expositions à faible dose, ni fournir une base pour la radioprotection.

- 1. A. Katz (agora), «Les victimes de Fukushima sous les pressions au retour», Le Courrier du 15 mars 2016.
- 2. World Health Organization. Health Effects of the Chernobyl Accident and Special Health Care Programmes. Report of the UN Chernobyl Forum. Expert Group on Health, Geneva, 2006.
- 3. Professeur Yamashita, conseiller du gouverneur de la préfecture de Fukushima pour la gestion des risques sanitaires, <http://bit.ly/2moWYcx>
- 4. Busby, C. Wings of Death: Nuclear Pollution and Human Health. Green Audit, Aberystwyth, 1995.
- 5. Katz, A. «Who is afraid of Volume 1181 of the New York Academy of Sciences? Under threat, the nuclear establishment plays dirty», International Journal of Health Services, 2015, Vol 45(3) 530-544.
- 6. Wertelecki et al. Elevated Congenital Anomaly Rates and Incorporated Cesium 137 in the Polissia Region of Ukraine. Birth Defects Research (Part A).
- 7. Leuraud et al. «Ionizing Radiation and risk of death from leukemia and lymphoma in radiation-monitored workers». Lancet, Volume 2, N° 7, e276-e281, July 2015.
- 8. Richardson et al. «Risk of cancer from occupational exposure to ionizing radiation: retrospective cohort study of workers in France, the UK and the USA». British Medical Journal, 2015, 351: h5359.
- 9. Tsuda et al. «Thyroid cancer detection by ultrasound among residents aged 18 years and younger in Fukushima, Japan. 2011-2014». Epidemiology, 2015.
- 10. Schmitz-Feuerhake et al. «Genetic radiation risks – a neglected topic in the low dose debate. Environ Health Toxicol», 2016; e2016001, Published online 2016 January 20. doi: <http://dx.doi.org/10.5620/eh.t.e2016001>.
- 11. Greaves, S. «Tokyo contaminated and not fit for habitation, doctor says». Institute of Science in Society, 4.9.2014, www.instituteofscienceinsociety.org.uk/Tokyo_contaminated_and_not_fit_for_habitation.php
- 12. Bandachevsky, Y. Clinical and experimental aspects of the effect of incorporated radionuclides on the organism. Ministry of Health, Gomel State Medical Institute, Belorussian Engineering Academy, Belarus, Info Tribo Ltd, Gomel, 1995 (128 pages).