

## CHAPITRE I

# LES LEÇONS DES PANDÉMIES PASSÉES

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

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

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

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

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

Contrairement à la pandémie de 1918-1919, qui frappa essentiellement des nourrissons et

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

## **La grippe dite espagnole, 1918-1919**

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

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

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

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

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

Certains Etats payèrent un lourd tribut en vies humaines : 550 000 américains moururent, soit bien plus que les pertes cumulées des deux guerres mondiales, de la guerre de Corée et de celle du Vietnam. Dans l'armée américaine, il y eut 35 à 40% de grippés avec une mortalité de 2,5%. En Alaska, 25% de la population fut fauchée, dont 60% chez les esquimaux. En France, on évoqua plus de 400 000 victimes, dont Edmond Rostand et Guillaume Apollinaire. La censure de guerre en limita l'écho, les journaux préférant annoncer une nouvelle épidémie en Espagne, pays neutre et donc moins censuré, alors que l'épidémie faisait déjà ses ravages en France. On comptabilisa également 112 000 victimes anglaises, 400 000 en Allemagne, des milliers de victimes en Afrique et entre 13 et 20 millions de morts pour le seul sous-continent indien.

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

D'autre part, regroupant les observations convergentes d'une cinquantaine de médecins homéopathes américains, un article publié dans *The Journal of the American Institute of Homoeopathy* de 1921, témoigne d'une mortalité réduite et de pourcentages de guérison importants obtenus par cette médecine globale. Ainsi, Dean W. A. Pearson, de Philadelphie, recensa 26 795 cas de grippe traités par des praticiens homéopathes, avec une mortalité de

1,05%, alors que la mortalité moyenne chez les tenants de la médecine classique était de 30%. La société médicale Homéopathique du District de Columbia rapporta 1 500 cas, avec seulement 15 décès. De son côté, le Dr E. F. Sappington, de Philadelphie, signala 100% de guérisons à l'Hôpital Homéopathique national.

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

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

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

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

Les historiens de la médecine n'ont bien évidemment jamais évoqué cet aspect de cette terrible pandémie.

En 2005, les méthodes les plus modernes de la biologie moléculaire permirent d'identifier, puis de séquencer, le virus de cette première pandémie du XX<sup>ème</sup> siècle. Il s'agissait bien d'un virus A/ H1N1 qui se manifesta à nouveau en 1976 aux Etats-Unis, puis en URSS en 1977-78, restant toujours circonscrit avec une morbidité réduite.

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

## **La grippe porcine du « Président Gérald Ford » de 1976.**

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

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

La psychose peut toutefois s'installer. Malgré les avis modérateurs de certains experts internationaux, tel le professeur Hannoun de l'Institut Pasteur, directeur à l'époque du Centre National de la grippe, et qui avaient signalé quelques cas isolés de grippe H1N1 en 1974 et

1976, les autorités américaines – et les laboratoires français – se disent prêts à constituer, en trois mois, un stock de vaccins suffisant pour vacciner toutes les populations nord-américaine et française !

Alors que les déclarations alarmistes des experts annoncent 4 millions de morts aux Etats-Unis lors du prochain hiver, les laboratoires pharmaceutiques américains, une fois n'est pas coutume, ne semblent pas favorables à la mise en route d'une campagne de vaccination nationale. Il est vrai que, dans la législation nord-américaine, les accidents apparaissant après commercialisation des vaccins, leur sont directement imputables. Toute vaccination comporte en effet un risque, qu'il est pourtant difficile de faire reconnaître par les victimes, qui doivent souvent s'engager dans de longues et coûteuses procédures. Ce fut ainsi le cas d'une jeune française, devenue invalide à 100% à la suite de la vaccination obligatoire contre la variole, réalisée le 4 mai 1960. Vingt-huit ans plus tard, en 1988, le Conseil d'Etat condamna enfin l'Etat français à lui verser une indemnité d'un million neuf cent vingt-cinq mille francs ! (*Le Provençal*, 17 juin 1988)

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

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

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

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

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

Le Dr Morton Goldfeld, du Département de Santé du New Jersey – qui a le premier isolé le virus de Fort Dix – , pense que le danger d'une épidémie est loin d'être démontré, et que les

effets secondaires d'une telle vaccination massive, particulièrement chez les enfants, pourraient l'emporter largement sur le danger de l'émergence d'une nouvelle souche de virus grippal. Le Dr Pascal Imperato, du Département de la Santé de la ville de New-York, émet publiquement les mêmes doutes, comme bien d'autres médecins...

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

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

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

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

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

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

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

*commission (pour augmenter les salaires) a indiqué clairement qu'elle espérait lier cette augmentation de salaires à un code de conduite plus strict concernant les revenus extérieurs et les liens d'intérêts obtenus. »*

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

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

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

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

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

## CHAPITRE II

### LA CRISE AVIAIRE H5N1

## OU LA CHRONOLOGIE MOUVEMENTÉE D'UNE ÉPIZOOTIE

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

Charles Péguy

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

### **Hongkong 1997...**

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

Le virus, qui a infecté l'enfant en mars, est analysé par le Pr. Osterhaus de l'Institut Erasmus de Rotterdam. *« Lorsque nous avons analysé le virus avec les techniques classiques, nous avons réalisé que ce n'était pas un virus normal de grippe humaine, mais un virus de grippe aviaire qu'on a caractérisé comme étant de type A/H5N1 ».*

Six mois plus tard, en novembre, le virus H5N1 contamine une deuxième personne, puis six autres personnes dans les quinze premiers jours de décembre, et huit autres dans les semaines suivantes. Au total, 18 personnes ont été contaminées, six d'entre elles vont en mourir. Toutes ont été en contact, soit direct soit indirect, avec des volailles ou des déjections de volailles, au marché aux oiseaux d'Hongkong. La mortalité a été trois fois plus élevée chez les adolescents que chez les jeunes enfants contaminés.

Pour la première fois, nous répète-t-on inlassablement, un virus aviaire est passé

directement des oiseaux aux humains, sans se soucier du dogme de la sacro-sainte « barrière des espèces ».

Indépendamment de l'intervention énergique et efficace des autorités d'Hongkong, qui a sans aucun doute diminué les possibilités de nouvelles transmissions directes à l'homme, une majorité de spécialistes considèrent que le virus se manifesterà à nouveau en Asie du Sud-est.

Le virus H5N1 semble pourtant endormi, jusqu'au début de l'année 2003, où il infecte deux autres personnes d'une même famille d'Hongkong, qui revenaient d'un voyage en Chine méridionale. L'une d'entre elles décèdera.

L'inquiétude des experts s'accroît d'autant plus qu'une épizootie de grippe aviaire apparaît aux Pays-Bas, puis dans le nord de la Belgique, entraînant l'abattage de 30 millions de volailles. 84 personnes vivant à proximité de ces foyers de grippe aviaire de type H7N7, hautement pathogène, présenteront une conjonctivite bénigne. Un seul décès sera à déplorer chez un vétérinaire. La barrière des espèces sera ainsi franchie officiellement, pour la deuxième fois, par un virus aviaire.

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

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

Alors que le virus A/H5N1 est découvert chez plusieurs personnes au Vietnam, une pneumopathie atypique aiguë sévère est soudainement dépistée à l'hôpital français de Hanoï, chez un patient venant de Hongkong. Un virologue de l'OMS venu sur place, et cinq membres du personnel soignant, en seront les premières victimes, début mars 2003. L'enquête épidémiologique de cette nouvelle maladie, le syndrome respiratoire aigu sévère, ou SRAS – qui touchera en quelques mois, dans trente pays, plus de 10 000 personnes et tuera près de 800 personnes – nous apprendra qu'elle provenait de Chine, au sud de Canton, où elle était apparue en novembre 2002. Plus de 5 000 cas et 336 décès y seront recensés dans ce seul pays.

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

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

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

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

En dehors de son éradication spectaculaire, cette « nouvelle » maladie « atypique » reste



cependant toujours mystérieuse, à plus d'un titre, et nous apporte son lot de scandales...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## L'étrange explosion de Pneumopathies dites communautaires

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

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

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

Plus de 15% des personnes atteintes seraient hospitalisées, soit 16 000 à 30 000 hospitalisations en France chaque année et entre 300 000 et 450 000 hospitalisations aux Etats-Unis. Ces chiffres sont pour le moins discordants, puisqu'on pourrait s'attendre proportionnellement, en France, à plus de 60 000 à 90 000 hospitalisations...

En outre, les résistances aux traitements antibiotiques contre le pneumocoque, qui atteignaient déjà 36% des souches en 1995, progressent régulièrement, doublant quasiment en dix ans.

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

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

Tableau 8 : Mortalité aux Etats-Unis par Pneumopathie et Grippe

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

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

## Du retour de l'épizootie à la panzootie aviaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fin août 2006, la FAO confirme la présence de la maladie dans 55 pays d'Afrique, d'Asie et d'Europe. Les rapports de surveillance indiquent cependant un ralentissement du taux d'infection parmi les volailles, sauf en Chine, où les autorités continuent d'identifier des

dizaines de foyers de la souche H5N1 de la grippe aviaire, malgré la mise en route de la vaccination de ses quinze milliards de poulets depuis octobre 2005.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dès lors, ces campagnes de vaccination massive auraient eu l'effet contraire de celui escompté, facilitant la diffusion insidieuse du virus, qui aurait pu gagner en virulence par le jeu de mutations favorisées par la vaccination.

Selon le *New Scientist*, cette vaccination massive « *pourrait avoir été une erreur. Si le*

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

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

Tout en récusant cette accusation « totalement inexacte, dénuée de preuves », Pékin commencera cependant à admettre que, dans un grand pays comme le sien, des « problèmes de communication » entre les responsables locaux et nationaux puissent se manifester, comme lors de la notification des cas de SRAS un an auparavant.

Mais pourquoi, dès lors, a-t-on développé des campagnes de vaccinations, ciblées dès le début de l'année 2004 dans les premiers pays touchés, l'épizootie semblant enrayée en mars pour reprendre son évolution en juin ?

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

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

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

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

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

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

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

de 18 porcs avait déjà été observée en 2005...

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

## CHAPITRE III

# LA GRIPPE PORCINE A/H1N1

« La vérité, c'est l'humilité »

Ste Thérèse de Lisieux

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

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

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

Le gouvernement mexicain a ordonné la fermeture totale des écoles et universités

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

### **Grippe porcine, nord-américaine ou A/H1N1 ?**

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

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

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

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

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

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



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

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

## Une porcherie industrielle montrée du doigt

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

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

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

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

Les journalistes, contraints de se doucher et de revêtir combinaison blanche, bottes, masques et bonnets, avant de pénétrer dans cet élevage modèle et géré par ordinateur, notent la présence « *de larges bassins où sont recueillis les déchets. Sans oublier les biodigestores, des cuves cimentées qui servent de cimetières porcins, avec des cheminées pour évacuer les*

gaz. *Il faut ouvrir l'une des rares cuves non cadenassées pour sentir les charognes en décomposition. "Ces derniers jours, l'entreprise a fait un grand nettoyage, procédé à des fumigations", explique Gonzalo, un habitant de la région, qui se plaint comme bien d'autres de la peste et des mouches. »*

Chacune de ces porcheries utilise au moins 25 000 litres d'eau par jour. « *Les cochons ont droit à trois douches quotidiennes, alors que l'eau manque dans la vallée !* », accuse Dulce Maria Vazquez, avocate des protestataires, dont huit sont inculpés de diffamation ou d'obstruction des voies de communication, alors que la plupart des bassins d'oxydation ne sont pas étanches et que les déchets des porcheries contaminent la nappe phréatique, à seulement 10 mètres de profondeur. La journaliste termine son article en rappelant le passé de Smithfield, condamnée en 1996 aux Etats-Unis à une amende de 12,6 millions de dollars pour avoir pollué une rivière de Virginie. Cette grosse multinationale ferait l'objet aux USA de 22 000 chefs d'accusation pour violation des lois de l'environnement.

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

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

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

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

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

La suspicion est donc loin d'être levée. Est-il nécessaire de rappeler les études récentes de

chercheurs vétérinaires américains, qui ont établi que 15 à 25 % des fermiers qui élèvent des porcs ont été infectés, sans le savoir, par des virus de cochons, ainsi que 10 % des vétérinaires? Et 30 à 50 % des élevages de porcs américains sont infectés par l'un ou l'autre des virus porcins. N'en serait-il pas de même au Mexique ?

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

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

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

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

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

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

*l'environnement artificiel d'un grand élevage industriel en Caroline du Nord. »*

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

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

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

## **De l'épidémie américaine à la pandémie mondiale**

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

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

Le 29 avril, *Le Figaro* titre que « *pour l'OMS, la pandémie de grippe porcine est*

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

« *Grippe mexicaine, la course contre la montre* », titre *Le Point* du 30 avril. Il donne la parole au virologue Jean-Claude Manuguerra qui dirige le Comité de suivi du plan grippe. « *Pour qu'il (le Tamiflu) reste efficace, il ne faudrait pas que le virus porcine se recombine avec l'une des souches dominantes de la grippe humaine saisonnière résistante au Tamiflu* ». Comme le précise l'article du *Point*, le choix est donc cornélien : plus on utilise le Tamiflu, plus on augmente le risque de résistance et donc de mutation virulente ! Le même expert rajoute que « *l'objectif est de retarder l'épidémie jusqu'à ce que le vaccin soit prêt. Fermer les frontières ne sert plus à rien. Il aurait fallu le faire dès le départ pour casser la chaîne. Chaque malade est comme une allumette capable d'embraser un nouveau foyer épidémique* ». Si le H1N1 échappait à tout contrôle, les experts s'attendent en France à 3 400 hospitalisations par semaine, 6 500 au pic de l'épidémie qui surviendrait une vingtaine de jours après le début de la flambée.

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

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

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

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

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

La cellule sur les pandémies de l'OMS avertit toutefois que le nombre de cas confirmés dans le monde pourrait n'être que « *la partie émergée de l'iceberg* », et le nombre de cas réels bien plus élevé que les bilans officiels. Elle évalue ainsi à 23 000 le nombre de personnes contaminées au Mexique par le virus, alors que le bilan officiel des autorités mexicaines est de 2 224. Se fondant sur les « signes de résistance » de la grippe saisonnière constatés l'an

dernier, l'OMS met également en garde contre une résistance du virus aux antiviraux, qui pourrait se développer après le passage de la grippe dans l'hémisphère Sud où l'hiver, propice à la propagation de la grippe, commence. Car « *le virus de la grippe porcine pourrait former un cocktail dévastateur avec celui de la grippe aviaire, aujourd'hui solidement établi chez les volailles dans plusieurs pays* » (AFP, 18 mai). En attendant le développement d'un vaccin et en dépit de ces craintes, l'organisation a aussi annoncé l'envoi, la semaine précédente, de 2,4 millions de doses de Tamiflu à 72 pays, dont le Mexique... ce que feront également les Etats-Unis... de quoi sans doute préparer la résistance ultérieure du virus qui aura muté !

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

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

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

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

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

Alors que les derniers chiffres publiés par l'INVS font état de 170 personnes atteintes en

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

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

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

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

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

Pourquoi et comment expliquer une telle différence ?

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

La bourse dicterait-elle les prescriptions médicales ?

**Des experts inquiets entretenant l'inquiétude...**

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

## **D'autres experts qui informent avec bon sens**

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

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

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

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

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

## **La vaccination universelle rejetée par l'OMS**

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

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

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

Elle reconnaît cependant que « *nous ne sommes pas à l'abri d'un changement qui*

*augmenterait sa virulence et sa transmissibilité. Les chercheurs sont en train de répertorier toutes les mutations "dangereuses" possibles. Nous redoutons aussi des réassortiments génétiques entre ce virus et ceux de la grippe saisonnière, et notamment avec un autre H1N1 majoritairement résistant au Tamiflu » (Le Figaro du 4 juin).*

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

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

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

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

## **La vaccination ne sera pas obligatoire en France**

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

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

*livraison, mais à la fin décembre, tous ceux qui le souhaitent pourront être vaccinés ».*

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

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

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

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