

La grippe, vous avez dit crise ?

Il ne se passe pas de jour sans que la presse ne fasse ses gros titres sur la grippe A (qu'il serait plus juste de baptiser grippe A/H1N1, car elle coexiste avec la grippe saisonnière actuelle, qui est, elle, aussi est un virus A (majoritairement H3N2).

On en arrive sur le net et à la télévision, à comptabiliser au jour le jour les morts « en France » (ce qui englobe les DOM/TOM, et l'usage de ce terme doit faire très plaisir aux militants Kanaks, par exemple). D'où l'impression qu'ont certains « qu'on en fait trop » pour un nombre de morts limités.

D'où, aussi, les théories du complot les plus aberrantes : ainsi, le virus serait un virus créé artificiellement dans des laboratoires de guerre biologique afin de réduire de 50% la population mondiale ou de faire faire du fric aux labos producteurs de vaccins ou à Roche, producteur du Tamiflu.

Petits rappels

Avant d'aller plus loin, disons que l'enveloppe d'un virus comporte deux protéines antigéniquement (définies par leurs réactions avec des anticorps, c'est-à-dire en fait leur conformation spatiale) et fonctionnellement importantes, l'hémagglutinine (16 sous types antigéniques), et la neuraminidase (9 sous types), qui, très schématiquement, jouent un rôle respectivement dans les propriétés d'adhésion puis de pénétration du virus. Cela fait 146 combinaisons potentielles, dont seules 6 sont habituellement dangereuses pour l'homme (H1N1, H1N2, H2N1, H2N2, H3N1, H3N2).

Au sein même de ces sous groupes (antigéniques) il existe de nombreux variants (résultant du fait que le virus de la grippe mute constamment, par suite du haut taux d'erreur de ses enzymes de réplication. C'est une stratégie de survie. Ces variants peuvent être eux-mêmes plus ou moins virulents. Ainsi, un « H1N1 » peut il être très pathogène ou peu dangereux selon les cas. Enfin, et surtout, deux hémagglutinnines différentes peuvent se recombiner pour donner naissance à une nouvelle protéine, donc un nouveau virus.

L'existence même de telles variations implique un réseau de surveillance mondial (on peut en avoir une idée en allant sur le site Flunet, coopératif entre l'OMS et l'INSERM et hébergé à Jussieu), basé sur les réseaux nationaux –en France médecins sentinelles et GROG- qui fait « remonter » les données épidémiologiques sur les virus prédominants (on parle de souches au sein d'un sous type) pour déterminer la composition du vaccin contre la grippe saisonnière à venir. Ainsi, le vaccin trivalent contre la grippe saisonnière 2007/2008 était t'il dirigé contre une souche analogue à A/Solomon Islands/3/2006 (H1N1, notons le), une souche analogue à A/Wisconsin/67/2005 (H3N2) et une souche analogue à B/Malaysia/2506/2004. Pour donner un exemple du fait qu'il ne suffit pas de parler de « H1N1 » (même si nous emploierons par la suite cette terminologie simplifiée), en 2005, l'OMS, qui fixe chaque février sur ces bases les souches virales 2005 qui composeront le vaccin de l'année suivante –donc ici 2005/2006- contre la grippe saisonnière, a recommandé de remplacer la souche influenza A/Fujian/411/2003(H3N2) par la souche A/California/7/2004(H3N2) (excusez du jargon on n'y peut rien).

Le système joue aussi un rôle de sentinelle, détectant les épidémies potentielles, soit en détectant l'émergence de nouveaux virus, soit en surveillant la dissémination éventuelle de virus pathogènes connus, tels H5N1, les virus de la grippe aviaire.

Une « grippette » saisonnière « banale » en France fait - quand même ! - entre 2 et 6000 morts et 200 000 et 500 000 morts dans le monde, essentiellement, certes, des enfants et des plus de 60 ans (cibles classiques du vaccin saisonnier, précisément pour cette raison).

Mais la «grippe asiatique» de 1957–1958 à virus A/H2N2 et la grippe de « Hong Kong » de 1968-1969 à H3N2 ont fait 1 à 1,5 millions de morts (32 500 en France) et 0,75 à 1 million de morts (dont 18.000 « seulement » en France) respectivement dans le monde.

Et, surtout, selon les estimations, la grippe espagnole 1918-1920 a causé, selon certains, jusqu'à 100 millions de décès, voire plus, et le chiffre de Pasteur est de 40 millions de morts, à rapporter à 1,8 milliards d'hommes environ contre 6.7 actuellement (ça ferait actuellement entre 148 et plus de 450 millions de morts. Certes, on a les antibiotiques, mais ils n'agissent que sur les surinfections virales. Or, certains virus grippaux tuent directement, dès les 1^{ères} 48h.

Un dernier détail : une pandémie veut dire une large diffusion, le terme n'implique pas forcément une forte mortalité.

Ces pandémies justifiaient l'alerte à la grippe aviaire de 2004, quand un virus de grippe d'oiseau (H5N1) fut identifié comme pouvant passer occasionnellement chez l'homme et causant alors la mort, hors **surinfection**, de 50% des patients en quelques jours malgré tout traitement anti-inflammatoire ou antibiotique et dans la phase finale la respiration mécaniquement assistée.

Le virus étant peu contagieux (pour l'instant, rappellent les spécialistes) d'homme à homme, les abattages systématiques des élevages de volailles contaminés ont jusqu'ici jugulé l'épidémie.

Mais tout le monde craignait une mutation doublant la contagiosité du virus, la question pour les spécialistes, n'étant pas de savoir «si une pandémie H5N1 allait surgir, mais **quand**»...d'où une surveillance quasi paranoïaque de toute émergence éventuelle. Mais, le virus a frappé ailleurs.

Origine de la maladie

Le **nouveau** virus est bel et bien « apparu officiellement », pour la première fois, au Mexique (loin de tout labo. Je ne détaillerai pas ici les théories du complot mais je dirai que c'est un tissu d'inepties). L'outbreak est proche d'une porcherie et pas n'importe laquelle, et a été détecté après qu'une épidémie anormale de pneumopathies virales se soit déclenchée dans la région de La Gloria.

Après avoir considéré qu'il n'y avait là qu'une grippe saisonnière et avoir refusé d'entendre les protestations de la population (cf. infra) les autorités mexicaines ont eu la (mauvaise) surprise, lors de l'envoi d'échantillons biologiques au CDC à Atlanta, qu'il leur soit répondu que l'on avait affaire à un **tout nouveau** virus, suspecté au départ porcin.

Surprise du chef : le nouveau virus (découvert, rappelons le, lors d'épisodes de pneumopathies grippales locales **avec** des morts) s'avéra être un virus antigéniquement H1N1 et comportant des séquences du virus H1N1 de la grippe espagnole de 1918. On a parlé par la suite de virus « Lazare », le virus de 1918 ayant été probablement relâché dans la nature dans les années 1970 à la suite d'une erreur de laboratoire (New England Journal of Medicine, 16 Juillet 2009- mais oui !-)

On comprend que devant des morts, un bout de séquence du « H1N1 espagnol », l'OMS s'inquiéta.

Le contraire aurait été ahurissant.

Il est facile de dire à présent que le virus se révèle relativement peu virulent (**mais** effroyablement contagieux !) et que l'alerte était excessive quoi que... (Cf. infra scénarios !).

Un virus bien particulier

Ceci dit, la surprise alla encore plus loin !

Le virus s'est révélé « *un mélange exceptionnel et jamais rencontré ni aux États-Unis, ni ailleurs, de séquences génétiques* » provenant de 4 types de virus : grippe porcine nord-américain (la partie H comporte des séquences connues chez les porcs aux USA depuis 1999), grippe aviaire nord-américaine, grippe humaine type A/H1N1 et un virus de grippe porcin d'Europe ou d'Asie (impliqués dans la séquence de la neuraminidase – élément N).

Pour certains, l'origine du virus serait des porcs nord-américains exportés en Asie qui auraient transporté le virus porcine nord-américain qui se serait alors recombinaison localement avec des virus aviaires et porcins asiatiques, puis serait passé chez un qui aurait ramené le virus aux USA ou au Mexique. Pour d'autres, le noyau « initial final » est bien au Mexique, à La Gloria, dans l'état de Vera Cruz, où a été noté le 1^{er} cas historique, c'est-à-dire ce le 1^{er} cas où le virus a été identifié. On a depuis la preuve qu'il existait des cas avant le jeune Daniel Hernandez, dit « patient zéro ».

Une séquence génétique qui en dit long.

En tout cas, une nouvelle fois, comme pour certains « outbreak » précédents, on doit s'interroger sur les élevages de porc industriels.

Ce, d'autant que, dès le début des gripes au Mexique, les habitants de La Gloria ont mis en cause Granjas Carroll, filiale de Smithfield Foods, le plus gros producteur mondial de porc, délocalisé après une amende record de 12,6 millions de dollars infligée par l'Agence de protection de l'environnement des Etats-Unis (EPA) en 1997 pour pollution massive.

Or, cela a été d'emblée pire au Mexique et pour citer le Post, « sur place, les témoins parlent de cours d'eau entièrement souillés, de nappes phréatiques hautement contaminées et de charognes de porcs qui pourrissent à l'air libre, attirant des nuages de mouches ». Ces charniers, dont les photos ont été publiées, laissent supposer qu'une mauvaise grippe porcine sévissait à bas bruit.

Or, encore mieux, face aux manifestations de 1994 à 2007, Granjas Carroll s'est allié aux autorités (corrompues pour beaucoup d'observateurs) pour faire condamner pour « diffamation » à de lourdes amendes - voire dans le cas de Mme Guadalupe Serrano Gaspar, 66 ans, à la prison, les opposants locaux.

Ce qui est sûr, c'est que l'hygiène locale n'a rien à voir avec les recommandations les plus élémentaires et que rien n'a été fait à la Gloria entre Février et Mars 2009 lorsque 60% de la population s'est plainte de troubles respiratoires et que les 1^{ers} morts locaux sont apparus, à part une campagne anti mouches.

Par la suite, les « démentis » de Smithfield sont peu crédibles¹. On se référera pour le point de vue des habitants à la vidéo « Los Pueblos Unidos del valle de Perote vs. Granjas Carroll » sur you tube (<http://www.youtube.com/watch?v=TV61DqI6T9w>)

Citons dans le texte Nature de Juin 2009 sur les incubateurs naturels que sont les élevages industriels: « Movement of live pigs between Eurasia and North America seems to have facilitated the mixing of diverse swine influenza viruses, leading to the multiple reassortment events associated with the genesis of the S-OIV strain. Domestic pigs have been described as a hypothetical 'mixing-vessel', mediating by reassortment the emergence of new viruses with avian or avian-like genes into the human population, and triggering a pandemic associated with antigenic shift. Previous research has suggested that occupational exposure to pigs increases the risk of swine influenza virus infection, and that swine workers should be considered in any surveillance programs. The emergence of S-OIV provides further evidence of the role of domestic pigs in the ecosystem of influenza A. As reported recently, all three pandemics of the twentieth

¹ New York Times : « In May 2009, the Mexican government said it had tested pigs on the Veracruz farms and found them free of the virus. **Smithfield Foods, an owner of the farms, and the National Pork Producers Council, the industry's lobbying arm,** were quick to publicize that announcement. **But outside veterinary experts still disagree on whether those tests proved anything. According to Smithfield, Mexican government veterinarians tested snout swabs taken on April 30 and blood samples stored since January. But since the human outbreak in Veracruz is believed to have started in February, many veterinary experts said testing pig snouts for live virus in April proved nothing.** Any pig sick in February would have long since recovered and, since hogs are usually slaughtered at 6 months old, many of those alive in early February would be bacon by April." Sans commentaries !

century seem to have been generated by a series of multiple reassortment events in swine or humans, and to have emerged over a period of years before pandemic recognition”

Allons plus loin sur les resultants des analyses de sequence et la phylogénie virale qui en résulte-toujours Nature-: “ Our results show that the genesis of the S-OIV epidemic followed a similar evolutionary pathway: H1N1 viruses with human pandemic potential had been identified, transmission from swine to humans was known and the disease had been made notifiable. Yet despite widespread influenza surveillance in humans, the lack of systematic swine surveillance allowed for the undetected persistence and evolution of this potentially pandemic strain for many years”.

Il est enfin écrit « We show that it was derived from several viruses circulating in swine, and that the initial transmission to humans occurred several months before recognition of the outbreak”.

L’industrie de la viande (encore) en cause ..

Concluons : « Scientists tracking the virus’s lineage have complained that there is far too little global surveillance of flu in swine. Public databases have 10 times as many human and avian flu sequences as they do porcine ones, said Dr. Michael W. Shaw, a scientist in the flu division of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and there are far fewer pig flu sequences from Asia than from North America and Europe, and virtually none from South America or Africa. “Something could have been going on there for a long time and we wouldn’t know,” Dr. Shaw said.».

Tout ceci veut dire que le virus est par recombinaison chez les porcs d’élevage américains, que les exportations /importations ont facilité les recombinaisons ultérieures et que le virus aurait pu/dû être détecté chez le porc avant l’épidémie actuelle et donc qu’on aurait probablement avec des mesures ad hoc la juguler au départ chez le porc exactement comme on a contenu jusqu’ici H5N1. Cela veut dire aussi –l’article de Nature le dit textuellement - qu’il est passé chez l’homme avant l’explosion initiale de l’épidémie (5 à 6 mois sans doute) et donc que là aussi qu’il aurait pu /aurait du être détecté....

Les scénarios :

Le virus H1N1 actuel est relativement « bénin » lit-t-on, ce qui est exact sous nos latitudes et en plein été. Cette « bénignité » (grippette pour Bernard Debré) implique –quand même- pour certains modèles (Flahaut) une prévision de 35% de la population métropolitaine contaminée et 35 000 morts - contre 6000 morts maximum pour une épidémie de grippe saisonnière « grave ».

De plus, on a déjà en Argentine, en Asie un taux de mortalité élevé et il dépasse les 1 % en Thaïlande et Malaisie, et selon l’analyse des données de l’hémisphère Sud, le virus est 100 fois plus virulent que le virus saisonnier H3N2 de la grippe saisonnière.

Le (très sérieux) Pr Osterhaus , du laboratoire Erasmus, Rotterdam, déclare que le nouveau H1N1 « pourrait entraîner une pandémie « douce », comme la grippe asiatique" en référence à l’épidémie de 1957-1958 qui avait tué entre 1 et 4 millions de personnes. A titre de comparaison, la grippe dite saisonnière tue entre 250.000 et 500 000 personnes chaque année, selon l’OMS.

Mais le virus mute (il n’y a qu’à ouvrir le site PubMed pour tomber sur les séquences des isolats actuellement connus dans le monde pour voir que c’est en route. Il pourrait donc, à la « faveur » de l’hiver (et de bactéries elles mêmes +/- « hivernales » associées) devenir plus pneumo toxique, ou plus neurotoxique, etc. donc plus létal. Ca peut survenir par mutations hors chez nous ou, chez nous.

C’est déjà pas mal, comme scénario d’aggravation et ça peut arriver aussi lors du 2^{ème} pic prévu pour 2010 (la grippe cause le plus souvent deux pics épidémiques). **Ca justifie des précautions.**

Enfin, scénario catastrophe absolu, **qui n'est pas exclu** par les spécialistes, même si certains le jugent « improbable », H1N1 se recombine avec « le » H5N1 surveillé depuis 2004. Et cela donne un virus avec la contagiosité (sans précédent) de H1N1 et la mortalité de 50% (sans précédent) de H5N1.

Comme le dit Osterhaus : "Je ne prédis pas que cela va arriver, mais même s'il n'y avait que 10% de chance d'avoir un scénario comme celui là, nous ferions mieux d'être préparés".

Cela peut se produire par exemple, si un travailleur agricole grippé transmet son virus H1N1 à un porc, qui acquiert (il a les récepteurs pour ça) aussi le virus aviaire H5N1.

Cela peut aussi se produire si H1N1 « repasse » chez l'oiseau. **Vous croyez que c'est de la science Fiction ? Détrompez vous ! Il est peut être plus tard que vous ne pensez.**

L'OIE (équivalent de l'OMS pour les épizooties) a confirmé après PCR, tests anticorps, et tout le toutim les déclarations du 21 août 2009 de la vice-ministre chilienne de la Santé, Jeannette Vega, suivant lesquelles un foyer de grippe porcine a été détecté dans deux élevages de dindes au Chili, qui ont été contaminées par l'être humain. A ce stade « il n'y a pas eu de mutation du virus pandémique A (H1N1) » Ouf ! Mais on est – tout simplement !- à une étape de la recombinaison. Vous avez dit poulaillers cohabitant avec des porcheries en Asie du Sud Est ? Vous avez bien compris. Et, CA, on en a très peu parlé en France.

La pandémie pouvait-elle être évitée ?

Si la question n'était pas « si une pandémie (H5N1) allait surgir, mais quand », il y a quand même eu plus que du « retard à l'allumage des autorités mexicaines après les 1ers cas à La Gloria.

Après, il était déjà trop tard, malgré les fermetures des écoles, puis distribution des masques et fermeture des musées, en Avril 2009 et –ce qui est d'ampleur pour un pays latino américain, les matches de football à huis clos ! - pour limiter les cas tant au Mexique que dans le sud des Etats Unis.

Redisons le toutefois, des mesures de suivi des élevages auraient dues être bien plu strictes depuis des années et pas qu'au Mexique.

Disons le aussi, une telle quasi quarantaine dans une ville comme Mexico était vouée à l'échec, dans la mesure où sans compensation financière adéquate les travailleurs les plus pauvres n'avaient pas d'autres solutions pour subvenir à leurs besoins que de venir travailler en métro ou en bus, dans certains cas dans les services de nettoyage des hôtels pour touristes étrangers : Bingo !, comme prévu.

Par la suite, les mesures du type « informer les voyageurs de retour du Mexique et des Etats-Unis » mises en place par Air France, etc. (leur donner un prospectus leur disant de se signaler à Air France en cas de fièvre, courbature, etc.) étaient totalement illusoire.

Pour anecdote, votre serviteur est rentré en pleine forme de Floride un samedi, mais est monté à 39° le lundi à 15h en plein CTPMESR, pour se retrouver le soir avec 41° pour 2 jours.

Il semble bien que comme le gouvernement français l'a avoué à l'époque sur France Inter, on ait reculé devant une vraie quarantaine du Mexique et à fortiori du sud des USA, « pour des raisons de liens économiques et de faisabilité », ce qui aurait impliqué (y compris aux USA) un contrôle drastique des déplacements multiples et leur suivi. L'épidémie se développe d'ailleurs à partir des « hubs » des compagnies aériennes, c'est assez flagrant. En Europe, associez Heathrow et un été pluvieux, re Bingo !, vous avez la situation anglaise en été 2009.

A l'inverse, les détracteurs de la quarantaine diront que dans les pays d'Asie où elle a été mise en place à l'entrée, elle ne s'est pas révélée capable d'endiguer la progression. Exact. Sauf qu'à Singapour où une quarantaine à domicile de 7 jours a été imposée à tous les voyageurs de retour du Mexique, ou détectés comme fébriles par les

portiques ;directement ou indirectement, le 1^{er} cas « endogène» est apparu 10 jours après la levée de ces mesures. Vous avez dit coïncidence ?

Quand à l’OMS, dont la définition de la phase 6 était « une implantation durable du virus dans au moins 3 pays » attendre 74 pays touchés pour lancer l’alerte niveau 6 se passe de commentaires sinon que la pandémie a été déclarée quand l’OMS a perdu tout espoir de contenir le virus.

A sa décharge, déclarer un état de pandémie grippale contre H1N1 impliquait de mobiliser prioritairement les labos vers les vaccins anti H1N1 au détriment éventuel du vaccin anti grippe saisonnière.

Nous attendons donc un pic hivernal en France, comparable à celui qu’a vécu l’Angleterre cet été, ou que vivent la Réunion ou la Nouvelle Calédonie (déjà entre 15% et 20 % de la population touchée. Ce pic entrainera un grand nombre de cas, mais relativement peu de morts (si le virus ne mute pas, etc.). Toutefois, il faudra plus particulièrement surveiller certaines populations à risque, dont les femmes enceintes.

Le service de santé français survivra t’il une explosion épidémique éventuelle ?

Vu l’état des hôpitaux après la loi Bachelot, on peut en douter.

A écouter nos politiques, en Avril, on avait (presque) eu l’impression de revivre le nuage de Tchernobyl.

Actuellement, cocorico, dans la communication gouvernementale, il ne manque pas un bouton de guêtre (pardon, pas un masque).

Cette hyper communication n’entretient pas si paradoxalement que ça la psychose, et alimente les théories du complot. Elle permet aussi à l’évidence de masquer d’autres problèmes criants, tels la montée du chômage et de la précarité.

Quand au plan lui-même, c’est plus un « plan de continuation de l’activité économique » -c’est le terme de la lettre d’Eric Woerth remis aux syndicats, dont au CTPMESR à votre serviteur, qu’un plan de protection des personnes.

C’est même de ce côté, une assez douce plaisanterie (avec force insistance sur les limites du droit au retrait des fonctionnaires dans les documents qui nous ont été remis, et on en profite aussi pour donner quelques coups de griffe au code du travail).

Et, comme le dit si bien P Derenne dans le Monde, le problème dépasse largement le seul aspect vaccin + Tamiflu.

Le problème, comme le montre si bien l’explosion anglaise, ou la situation argentine, est de maintenir un système de santé opérationnel avec 100 000 cas par semaine, 200.000 appels téléphoniques, etc., ce qui implique de déterminer la coordination médecins de ville / Hôpitaux. Et de maintenir ces derniers en état de marche.

Avec la Loi Bachelot et l’état actuel des systèmes d’urgence, les descriptions faites par P Pelloux en canicule risquent d’être une joyeuse plaisanterie. En proportion, par rapport à la population, loin de rigoler, à la Réunion et La Calédonie, comme prévu en Août par les médecins locaux («des morts, il y en aura sûrement»), les 1ers décès arrivent, et le système fonctionne sur les astreintes du personnel médical.

En métropole, il est significatif et ahurissant, de voir sur France 2 la directrice de Bichat (hôpital modèle du plan !) concéder qu’il faudra en cas d’affluence fermer « consultations et activités non essentielles » !

Quand aux médecins de ville, « au centre du dispositif » depuis le 24 Juillet, ils se sentent bien seuls.

Alors que Nouvelle Calédonie, Réunion, ont montré un système de santé au bord de l’explosion (« c’est très hard », confiaient un médecin et une infirmière à la presse en pleine visite de Bachelot). La politique gouvernementale se limite, comme le note le Pr Derenne dans le Monde, à des directives concoctées par des experts qui ne remplacent pas les personnels soignants (et leurs organisations représentatives), les chercheurs et enseignants, et disons-le, le tissu associatif, avec lesquels la concertation survient après issue du plan !

Et, alors que tout ne peut pas être réglé de façon militaire et technocratique, on a une impression exactement contraire.

Les « 3 à 4 centres de vaccination par département » posent d'évidents problèmes de transport, de coûts pour les plus défavorisés, pour ne rien dire de la taxe carbone qui va fonctionner à plein : nous avons en CTPMESR expliqué que des centres de vaccination dans les grands campus apparaissaient, par exemple comme une solution beaucoup plus rationnelle en ce qui nous concerne Vous avez dit qu'on manque de médecins de prévention ? Vous avez mauvaise langue.

Quand aux mesures pour les écoles de Luc Chatel, elles frappent par leur total irréalisme, et, de plus, là encore, ne résolvent rien pour la garde des enfants à domicile pour les mères travailleuses. Vous avez dit social ?

De toute façon la Nouvelle Calédonie a déjà montré que la fermeture des écoles dès 3 cas de maladie était irréaliste.

Les vaccins, etc.

Il est indécent de dire que « les 1ers vaccins sont arrivés » le 30 Août !). Il n'existe actuellement **pas** de vaccins prouvés anti H1N1, même si il y a course (et course au marché et au profit !) hors autre genre de surprise du chef, un vaccin chinois (soir 3 du 03/09/2009 ! qui lui a déjà l'AMM selon Soir 3 !).

En fait, on teste la capacité des prototypes à induire une réponse immunitaire. Mais alors que les essais « phase III » devraient en principe durer un an, les 1ers vaccins seront sans doute commercialisés que vers octobre et novembre, donc avant que la phase III classique soit terminée, pour case d'urgence.

Par ailleurs, si le développement parallèle reste limite compréhensible, les efforts de production, une fois les vaccins testés, devraient être harmonisés pour une production maximale, tout en gardant une cellule centrale de veille contre toute mutation recombinaison notamment avec H5N1 et aussi avec les virus saisonniers actuels. En régime concurrentiel, on en est loin. Margaret Chan dit que « ça manque de volonté politique » Certes.

Le délai de production en masse est de l'ordre de 5 à 6 mois.

De ce point de vue, quand Péresse déclare que l'Alliance CNRS/INSERM a fait gagner 6 mois, ce sont des déclarations **tout simplement scandaleuses** de contre vérité.

Notons -mais ce serait trop « recherche fondamentale», n'est ce pas, Valérie ? - que l'on pourrait encourager la recherche sur la vaccination antigrippale par peptide synthétique ou ADN, comme le relève David Klatzmann.

Notons aussi que JF Delfraiss y explique très bien à Libération qu'il est amené à faire de la «cavalerie financière» pour lancer ses programmes de recherche sur H1N1. Sans commentaire.

Enfin, il ne sert à rien de nier qu'il peut y avoir (un sur un à deux millions) des atteintes neurologiques (Guillain Barré), ce que, franchement reconnaît Margaret Chan.

Reste enfin que puisque les 94 millions de doses n'arriveront pas toutes ensemble, un débat sur les groupes à vacciner en priorité et l'ordre de ces groupes , avec sociétés savantes et médicales, aurait eu son utilité (il est public dans la presse scientifique anglo saxonne). Vous avez dit médecine démocratique, vs. décisions par en haut?

Les antiviraux

Les antiviraux spécifiques anti grippe (ne pas confondre avec ceux anti SIDA, par exemple) sont dirigés contre la neuraminidase et sont actuellement donnés comme très efficaces. Mais le Lancet du 08/08 a publié une méta-analyse du National Institute for Health and Clinical Excellence du Royaume-Uni : des stratégies de vaccination, ou surtout de tests diagnostiques rapides, sont plus efficaces, plus sûrs, plus économiques que l'utilisation des antiviraux tous azimuts.

De plus, nous ajouterons que les dits antiviraux ne devraient pas être prescrits à tire larigot, sous peine de voir survenir des résistances au Tamiflu dont il n'existe pour l'instant que peu de cas - Danemark, Japon, Québec. Mais il en existe déjà et le meilleur moyen d'en créer, c'est l'administration à tout va et non aux seuls cas A/H1N1 confirmés. Mais quelles équipes feront le tri ?

Que disent à ce sujet Roche (et Glaxo) ?

Très simple : en Angleterre, Roche a mis en place un système de livraison directe avec l'accord complice du gouvernement anglais. Depuis le 29 Juillet, « Sur un coup de téléphone, les Anglais peuvent obtenir du *Tamiflu*, gratuitement. La prescription de l'antiviral n'appartient plus aux médecins, mais aux salariés des centres d'appel mis en place par le gouvernement pour désengorger les cabinets des généralistes. **Mille cinq cents intérimaires, sans formation médicale, ont été recrutés dans l'urgence.** Si les symptômes décrits par les malades correspondent à ceux de la grippe A, un numéro leur est attribué. Un de leurs proches peut alors obtenir une dose de *Tamiflu* dans un point de collecte : pharmacie, centre médical, supermarchés. Peter Holden, médecin, reconnaît que l'ouverture de la ligne téléphonique lui permet de travailler dans de meilleures conditions. « Il y a deux semaines, c'était infernal », explique ce porte-parole de la British Medical Association (BMA). Il juge cependant irresponsable la distribution de *Tamiflu* : « Comme s'il s'agissait de bonbons ! ». Il craint que de nombreux patients se voient diagnostiquer une grippe A par téléphone, alors qu'ils souffrent d'une pneumonie ou d'une méningite. Autre problème : les effets secondaires. Selon la BMA, les généralistes voient défiler de plus en plus de patients, surtout des enfants, qui supportent mal l'antivirus et souffrent de nausées, diarrhées « Les personnes en bonne santé n'en ont pas besoin. » (Ouest France du 29 Juillet)

La course aux profits

Roche et Glaxo affirment pouvoir produire 400 millions de doses antivirales à brève échéance. Ce sera insuffisant en réalité. Si le Tamiflu est efficace contre H1N1 (cf. supra) .

De plus, une pandémie devrait autoriser la fabrication d'antiviraux génériques afin de baisser au maximum les coûts de vente et d'avoir le plus possible de médicament disponibles.

Or, on en est loin.

En avril 2009, Roche a mis à disposition de l'OMS 3 millions de doses. Ca peut paraître beaucoup, en absolu, mais face à 400 millions de doses, c'est une goutte d'eau.

Le Monde du 02/09 a publié les chiffres d'affaire de Roche (d'ailleurs en libre accès sur Internet pour reconforter les actionnaires). Citons « grâce au Tamiflu et au syndrome de peur généré par le H1N1 et une communication pour le moins habile, Roche a fait des profits fabuleux. 200 millions de doses ont été commandées par les gouvernements depuis avril 2009, et les achats privés explosent ! Les ventes ont été multipliées par douze au 2ème trimestre 2009, sans que Roche réduise les prix ! Or, la marge bénéficiaire de Roche est de 40 % pour le Tamiflu, contre 15 % pour un vaccin ordinaire.. (Le Monde du 2 septembre, citant un analyste boursier).

De plus, pour les vaccins, comme pour les antiviraux, rien n'a été (officiellement) fait en dehors d'un appel de l'OMS pour obtenir des coûts réduits, pour les pays intermédiaires et pauvres.

Citons encore, cette fois l'AFP:

« L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a averti vendredi » au Mexique que l'accès universel au vaccin contre la grippe porcine restait une "question critique", lors d'un sommet sur la pandémie (les 2 et 3 Juillet, à Cancun, NDLR). Garantir sa distribution aux nations sous-développées est une "question critique" et requiert une "volonté politique", a souligné la sous-directrice de l'OMS, Keiji Fukuda, à la clôture de cette réunion,». « Un des résultats importants a été de reconnaître que nous affrontons à la fois des problèmes techniques, mais aussi des problèmes de volonté politique", a-t-elle ajouté.

Le Mexique n'était pas très optimiste... Le ministre mexicain de la Santé José Angel Cordova a insisté pour que l'aspect financier ne soit pas le "seul facteur pris en compte" pour sa distribution, afin de ne pas pénaliser les pays pauvres. "Nous avons demandé la solidarité pour que l'argent ne soit pas le seul facteur pris en compte par les fabricants pour la distribution du vaccin", a déclaré M. Cordova ».

Notons, toutefois -coup de pub ou tradition Pastorienne - que Sanofi Pasteur a annoncé mettre 10% de sa production future aux pays sous développés sous forme d'une « donation flexible » : « Une fois que la production de vaccin A(H1N1) aura débuté, Sanofi Pasteur, la division vaccins du Groupe sanofi-aventis, réservera 10% de sa production pour l'OMS au titre de sa donation, afin de l'aider à faire face à la pandémie de grippe dans les pays en développement. A l'avenir, si les capacités de production de vaccin grippal de Sanofi Pasteur devaient être entièrement dédiées à la seule production du vaccin pandémique, la société proposerait aussi ce vaccin à des prix adaptés aux conditions économiques des pays en voie de développement ».

On verra, mais on peut aussi noter que Sanofi raccourcissait singulièrement les étapes le 27 mai 2009 lors de la fameuse commande de 94 millions de doses de vaccins par le gouvernement : « La réception de la souche virale permet de lancer la préparation d'un lot de semence de travail, par passages successifs. Ces passages permettent d'adapter le virus, pour obtenir un rendement optimum dans l'environnement industriel. Cette étape devrait prendre environ deux semaines. Une fois les contrôles de qualité effectués, Sanofi Pasteur sera prêt à débiter la production industrielle, sur demande des autorités de santé » ...

Beaucoup ont lu que le vaccin serait quasiment prêt à passer en production sous 2 à 3 semaines ce communiqué est toujours vérifiable sur Internet.

Les protections

Oui, Mme Bachelot, il faut d'abord éternuer dans un mouchoir, tousser de même, et détruire les mouchoirs. Certes se laver les mains protège, etc.

Mais quid de la mise à disposition d'antiseptiques cutanés dans les entreprises et dans les bureaux et du coût des solutions alcooliques (2 euros les 50 ml !).

Quant aux masques, qui sait vraiment que seuls les masques certifiés FFP2 protègent dans les 2 sens ? Qui vérifiera le non écoulement de stocks périmés ou de contrefaçons ? Exemple : pour des masques de protection enfants à 9 euros les 50, sur Internet, qui verra que ce sont des masques conformes à la seule norme EN14683 : 2005 et ira lire que ça ne protège que les adultes de la contamination par les enfants infectés. Et qui lira Temps de port conseillé: 5 heures Maxi ? Quid de la communication gouvernementale à ce sujet ? Et quid de la prise en charge actuelle des masques pour les personnes non contaminées (pas gratuite actuellement, et pas claire dans le cas d'une alerte classe 6). Et qui paiera pour les masques des pharmaciens et des médecins (**personnes exposées !**) **dans le secteur libéral** ? Quand à la distribution centralisée des masques sur les campus (c'est prévu comme ça !...) elle risque de tourner à la foire d'empoigne

Conclusion

Au total, la grippe H1 N1 est une maladie qui est née au moins indirectement de l'industrie de la viande. Les scénarios possibles et certaines réalités actuelles justifient que l'on s'en préoccupe.

Disons toutefois qu'il est par ailleurs **totalemtent scandaleux** que des efforts identiques n'aient pas été faits -depuis longtemps- sur le Paludisme, la biharziose, etc.

La façon dont le Mexique a réagi au départ témoigne de collusions évidentes et la façon dont la pandémie est à présent traitée révèlent une nouvelle fois des clivages médecine du Nord médecine du Sud, médecine de riches et médecine de pauvres, et une façon très « com » et très militaire de gérer les risques sanitaires, en attendant la possible implosion du système de santé.

Et, si la santé ne devrait pas être une marchandise, certains s'en accommodent très bien.....

De ce point de vue, crise sanitaire et crise du modèle économique – social ne sont, hélas, qu'une même entité!

Gérard Chaouat