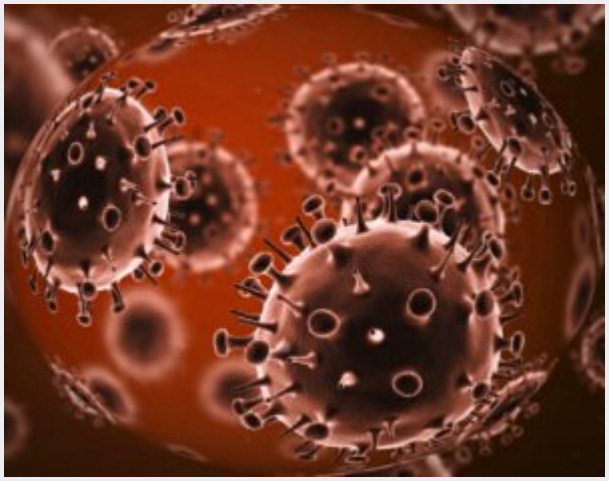
Rappel 2010 : Pseudo-pandémie d'A(H1N1) – Alarmisme et gaspillage de fonds publics



[Source : Le Devoir]

[NdNM : à comparer avec la crise de la covid-19]

[Par :] Collectif d'auteurs

Il y a eu le 11 septembre 2001. Comme un écho à cette date fatidique, le 11 juin 2009, la peur prenait un nouveau visage: celui du virus A(H1N1). Il y a eu un an hier, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) élevait au niveau maximum son état d'alerte à ce qu'elle considérait comme une pandémie mondiale. Plusieurs scientifiques, surtout en Europe, ont sévèrement critiqué cet alarmisme: l'ancien patron de la Croix-Rouge française, Marc Gentilini, a parlé d'une «pandémie de l'indécence». Plus récemment, la gestion de ce dossier par l'OMS a été durement critiquée dans un éditorial publié dans le British Medical Journal et dans un rapport déposé le 4 juin dernier à l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe. En présentant ce rapport, le député britannique Paul Flynn a affirmé que «cette pandémie n'a jamais vraiment existé».

Nous sommes d'accord avec cette affirmation et nous croyons qu'il est important de faire l'autopsie de cette pseudo-pandémie.

Une pandémie de la peur

Au Québec, on a eu droit à une pandémie de la peur, surtout après le décès d'un jeune Ontarien porteur du virus. En l'absence d'autopsie chez le jeune garçon en question, il était irresponsable de laisser entendre que c'était l'A(H1N1) qui avait causé ce décès.

Inquiets, de nombreux parents et enfants ont envahi les urgences des hôpitaux: la situation était telle que, quelques jours plus tard, les urgentologues de Sainte-Justine et du Children's Hospital publiaient un communiqué conjoint dans lequel ils déploraient ce qu'ils ont appelé «la psychose du H1N1» en spécifiant que «les gens doivent comprendre que c'est un

microbe relativement bénin» (Le Devoir, 30 octobre 2009).

Relativement bénin, en effet: avant même le début de la campagne de vaccination, des centaines de milliers de Québécois ont été en contact avec le virus A(H1N1) 2009 et ont développé naturellement des anticorps qui les ont protégés et qui les protégeront contre ce virus s'il est encore présent à l'automne 2010, ici ou ailleurs dans le monde. La campagne massive de vaccination, à laquelle ont participé plus de quatre millions de Québécois, est arrivée trop tard, a coûté cher et n'était pas justifiée scientifiquement.

«Dispersion» n'égale pas «pandémie»

Si on ne se fie qu'à la dispersion géographique des virus pour définir une pandémie mondiale, on peut dire qu'il y a annuellement plusieurs pandémies de divers types d'influenza. Cependant, «virus» n'est pas équivalent à «maladie», et dispersion du virus n'égale pas «pandémie». Entre le virus et la maladie, il y a la capacité du système immunitaire des gens à composer avec le virus: dans le cas de l'A(H1N1), les données dont on disposait, à la fin de l'été 2009, permettaient d'affirmer que la très grande majorité des gens n'avaient rien à craindre de ce virus.

En mai 2009, cependant, l'OMS avait adopté un nouveau système de catégorisation des pandémies basé sur le critère de dispersion géographique et mettant de côté le critère de virulence (maladies graves, décès). C'est sur cette base que, le 11 juin 2009, l'OMS déclenchait une alerte planétaire en annonçant qu'on était en situation de «pandémie mondiale» d'A(H1N1): ce que l'OMS n'a pas dit, toutefois, c'est que, si elle avait appliqué sa nouvelle grille de catégorisation aux années antérieures, elle aurait dû déclarer une pandémie d'A(H1N1) ou d'A(H3N2) chaque année!

Il aurait été plus logique et fidèle à la tradition médicale de conserver dans la définition une référence à un nombre inhabituellement élevé de personnes très malades ou décédées. Selon ce critère, on n'avait pas affaire à une pandémie en 2009, mais bien à une épidémie comparable à l'épidémie de grippe saisonnière, et ce, même si le virus s'est répandu plus rapidement.

Un virus relativement bénin

Armées de plans de pandémies conçus pour des virus beaucoup plus dangereux et confondant «principe de précaution» et «précipitation», les autorités de santé publique ont commandé aux compagnies pharmaceutiques des centaines de millions de doses de vaccins.

Dans la plupart des pays, seule une minorité parmi les populations visées a choisi de se faire vacciner: aux États-Unis, c'est 25 % de la population; en France et dans le reste de l'Europe, c'est 10 % ou moins. À peu près partout, y compris au Québec, le vaccin est arrivé trop tard,

en même temps ou après la «deuxième vague» de la pseudo-pandémie. Ce fut un

énorme gaspillage de fonds publics.

Facile de critiquer après coup, disent certains. «On ne savait pas avant», ajouteront-ils. C'est faux. En août 2009, on disposait de chiffres démontrant clairement que l'épidémie d'A(H1N1) 2009, en Australie, était d'une sévérité comparable à la grippe saisonnière. Durant notre été, c'était l'hiver là-bas, la saison de la grippe; l'épidémie d'A(H1N1) 2009 n'y avait pas pris une ampleur catastrophique, et ce, soulignons-le, malgré l'absence de vaccins contre la nouvelle forme de H1N1. À la fin de l'été 2009, «on savait» donc que c'était une fausse alerte.

Ce n'était pas une pandémie, mais une épidémie de grippe susceptible d'affecter certaines catégories de gens qu'on aurait pu cibler et sensibiliser à des mesures d'hygiène, en attendant qu'un vaccin soit prêt. On aurait pu prendre au Québec la décision de ne faire qu'une campagne de vaccination pour les personnes à risque et éviter un coûteux détournement de ressources financières et humaines: la vaccination de masse a privé le système de santé québécois d'une partie de son personnel qui a été affectée à la vaccination au détriment de soins jugés moins urgents. Les coûts associés à ce détournement seront-ils jamais évalués? […]

La bactérie Clostridium difficile

Au printemps et à l'automne 2009, la grande majorité des Québécois infectés par le virus A(H1N1) ne s'en sont pas rendu compte ou, s'ils ont eu la grippe, ils sont passés à travers sans complications. Chez moins de la moitié de 1 % des personnes infectées, une hospitalisation temporaire a été requise: il y a eu 2483 cas hospitalisés au Québec entre le 30 août 2009 et le 9 février 2010. Parmi ceux-ci, 360 ont nécessité des soins intensifs et 82 sont décédés. L'âge moyen des décès était de 60 ans. On a identifié des conditions sous-jacentes (cardiopathie, maladie pulmonaire, etc.) chez 80 des personnes décédées: au final, du 30 août au 9 février, il y a eu au Québec deux cas de décès imputés à l'A(H1N1) sans identification d'une condition sous-jacente.

Pendant la même période, il y a eu quatre fois plus de décès, dans les hôpitaux québécois, des suites d'une infection par la bactérie C. difficile. En 2008-2009, en effet, le chiffre officiel est de 457 décès imputables à cette bactérie. Les médias en parlaient-ils chaque jour? Non. Pourtant, avec des taux d'environ 60 décès par million de personnes, cela correspond à quatre fois le taux de décès imputés à l'A(H1N1) en 2009. Si les autorités de santé publique du Québec avaient fait mention de tous les décès qui se sont produits dans les hôpitaux à l'automne 2009, cela aurait pu être instructif. Sur une base hebdomadaire, on aurait eu droit à des chiffres comme ceux-ci: «Cette semaine, on rapporte dans les hôpitaux 300 décès attribués au cancer, six décès attribués à la bactérie C. difficile et deux décès attribués au virus A(H1N1) 2009.» Vu comme ça — c'est-à-dire sous l'angle de la réalité —, l'A(H1N1) fait moins peur.

Les autorités de santé publique nous informaient-elles, en 2008 ou 2007, de tous les décès qui se produisaient au Québec chez des gens infectés par les

virus de la grippe saisonnière? Bien sûr que non, car on ne faisait pas systématiquement des prélèvements et on ne tenait pas des statistiques aussi précises qu'avec l'A(H1N1) 2009.

Médiatisation indécente

Selon la firme Influence Communications, le poids médias de cette grippe fut en 2009 de 6,7 % au Québec, de 2,4 % au Canada et de 1,4 % dans l'ensemble de 159 pays. Presque 7 % des nouvelles, pendant un an, c'est énorme et sans précédent dans le domaine de la santé!

On a eu droit à une médiatisation indécente de la mort de toute personne infectée par l'A(H1N1) 2009, comme s'il s'agissait du seul agent infectieux en circulation au Québec. On a assisté à une psychose collective qui a été alimentée par la Direction de la santé publique, qui tenait à la réussite de sa mégacampagne de vaccination. Les médias, pour la plupart, ont agi comme des amplificateurs d'une perception du risque totalement déformée: c'était comme si la mort venait d'être inventée!

L'influence de l'industrie pharmaceutique

Espérons qu'à l'avenir les autorités sauront garder leur calme et leur objectivité scientifique lorsqu'une nouvelle forme d'influenza se pointera le bout des antigènes: avant de signer de juteux contrats avec les fabricants de vaccins, les autorités devraient se montrer plus critiques envers le discours de certains scientifiques dont les recherches sont financées par l'industrie. Lorsque l'analyse de la situation est biaisée, l'invocation du principe de précaution est irrecevable. On ne peut pas justifier n'importe quoi, à n'importe quel prix, en invoquant l'idée de prudence.

Si on en juge par le rapport déposé récemment au Conseil de l'Europe, il est clair qu'au sein de l'OMS, certains conseillers étaient en situation de conflit d'intérêts. Nous ne pensons pas que les autorités sanitaires québécoises et canadiennes soient vaccinées contre ce genre d'influence. Il s'agit là d'un phénomène qui a pris, ces dernières années, une réelle ampleur… pandémique!

[Auteurs :]

- Richard Gendron – Anthropologue spécialisé en santé/environnement
- Pierre Biron – Médecin retraité et ancien professeur de pharmacologie à l'Université de Montréal
- Marc Zaffran – Médecin et chercheur invité au Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal