

Grippe A H1N1 : Panorama des incertitudes septembre 2009, Par Serge Cannasse

La pandémie de grippe A H1N1 réalise une première dans l'histoire de l'humanité : bien que le virus en cause ne soit pas celui qui était attendu, le fait pandémique a été anticipé et il est possible de le suivre quasiment au jour le jour. Cependant, sa dynamique et surtout ses conséquences restent encore largement imprévisibles. Il y a donc une liste importante d'incertitudes et de motifs à débats.

Article mis en ligne le 4 septembre 2009

Le virus est-il relativement bénin ? Si oui, le restera-t'il ?

Tout le monde attendait une pandémie mondiale de grippe aviaire H5N1 peu contagieuse, mais extrêmement virulente. C'est le contraire qui se produit, du moins pour l'instant : le virus H1N1 est très contagieux (bien plus que ceux des grippes saisonnières) et plutôt bénin. Le taux de mortalité qu'il induit est loin des 50 à 60 % de celui provoqué par le virus de la grippe aviaire. Cela étant, pour certains experts, il est même nettement inférieur à celui des grippes saisonnières (c'est, par exemple, l'appréciation du Pr Debré sur la « grippette » - Le Journal du Dimanche, 25 juillet 2009 ? ou celle du Pr Collignon, britannique cité par le BMJ ? Les Echos du 21 août 2009), alors que pour d'autres, il leur est nettement supérieur (le Pr Flahault estime que sa mortalité pourrait être cent fois supérieure à celle des virus saisonniers ? voir son blog).

La situation peut changer avec d'éventuelles mutations du virus. Une étude récente (Les Echos du 2 septembre 2009) incite à penser qu'il y a peu de chances pour que cela se produise.

Quoiqu'il en soit, il est actuellement impossible d'établir avec certitude la mortalité induite par le virus, parce que la collecte des données nécessaires aux calculs prend du temps (voir là aussi les explications du Pr Flahault sur son blog et dans le Monde du 26 août 2009 - voir également l'article du Pr Claude Hannoun sur le site de l'InVS : que nous apprennent les pandémies du passé ?). En effet, le virus peut tuer de trois façons : directement, en provoquant une

pneumonie responsable d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë, mortel une fois sur deux malgré les soins intensifs ; indirectement, en favorisant soit une surinfection bactérienne (qui explique l'immense majorité des décès de l'épidémie de 1918), soit la décompensation d'une maladie chronique préexistante. Dans ces deux dernier cas, la relation de cause à effet n'est pas observable immédiatement, mais plusieurs mois après, en établissant les écarts des taux de mortalité par rapport à ce qui est habituellement observé.

Quelles sont les populations à risque ?

A priori, les personnes âgées en font partie, d'autant qu'elles sont plus exposées aux maladies à risque de décompensation. C'est indubitablement le cas pour les gripes saisonnières, d'où les campagnes de vaccination ciblées sur elles. Cependant pour certains experts, les personnes de plus de 65 ans bénéficieraient d'une relative protection contre le virus H1N1 : elles auraient été contaminées dans les années 50 par un virus proche du virus actuel, donc conférant une certaine immunité à son égard. D'où la proposition de n'administrer qu'une seule dose de vaccin à cette population, au lieu des deux recommandées.

Que les enfants et les jeunes gens soient contaminés n'a rien d'étonnant : c'est ce qui se produit aussi dans les gripes saisonnières. Comme dans celles-ci, l'immense majorité des infections actuelles à H1N1 sont bénignes et guérissent spontanément. Mais 40 % des décès sont survenus dans une population jeune (20-49 ans) et en bonne santé (entretien avec le Dr Margaret Chan, directrice générale de l'OMS ? le Monde du 29 août 2009). Cela suffit-il à en faire une population « à risque » ? Les autorités de santé américaines ont répondu positivement, les européennes négativement.

Les femmes enceintes sont également une population à risque et, de façon plus surprenante, il semblerait que les personnes ayant une obésité sévère (IMC indice de masse corporelle supérieur à 40) le soient aussi.

Pendant la préparation à la lutte contre l'épidémie de grippe aviaire, les populations de faible niveau socio-économique ont été présentées comme particulièrement vulnérables par certains commentateurs. La grippe H1N1

étant plutôt bénigne, la question ne se pose guère. Elle ressurgira peut-être dans les pays pauvres avec le problème des surinfections bactériennes, favorisées par les conditions d'hygiène et les difficultés d'accès aux soins, ou dans les pays riches si le virus devient virulent.

Quand le vaccin sera t'il disponible ?

La capacité vaccinale mondiale est habituellement de 500 millions de doses de vaccins antigrippaux par an. Aux vaccins contre la grippe saisonnière, il faudra donc ajouter celui contre la grippe H1N1 (quoique dans son billet du 30 août, le Pr Flahault le mette en doute : le virus H1N1 pourrait avoir supplanté tous les autres et les virus effectivement virulents pourraient ne pas être visés par les vaccins actuels, devenus obsolètes avant même leur mise sur le marché). Les 94 millions de doses commandées et payées par le Gouvernement à 4 laboratoires pour environ un milliard d'euros (les Echos du 1er septembre 2009) ne seront disponibles que progressivement, au fur et à mesure de leur production. Elles permettront la vaccination de 47 millions de personnes (deux doses à trois semaines d'intervalle). Si la vaccination est considérée comme le « must » de la prévention par la plupart des experts, elle pose cependant trois problèmes sérieux.

Premier problème : le vaccin va t'il arriver après le pic de pandémie, prévu par certains pour septembre (et favorisé par la rentrée des vacances) et de toute façon suffisamment à temps, la durée de l'épidémie étant évaluée à environ 4 mois ?

La France a reçu les premiers lots vaccinaux commandés. Mais il est hors de question de les mettre à disposition de la population sans que les contrôles habituels aient été faits. Il faut donc attendre les résultats des études cliniques de toxicité lancées à la mi-août (tchat avec le Pr Delfraissy sur le site de Libération, le 28 août 2009). Pour la ministre de la santé, la campagne de vaccination pourrait commencer à la mi-octobre, ce qui semble très optimiste en regard des déclarations de la plupart des experts, qui tablent plutôt sur début novembre, au mieux. Il semble de plus que le rendement des souches virales vaccinales soit nettement moins bon que prévu, retardant d'autant la production des lots vaccinaux. Certains estiment qu'il est tout-à-fait possible que le virus mute de façon à rendre le vaccin inefficace ?

Quelles sont les populations à vacciner en priorité ?

Second problème : le vaccin étant mis à disposition progressivement, quelles sont les populations à vacciner en priorité ? La liste de l'Union européenne (Les Echos du 25 août 2009) comporte actuellement les professionnels de santé, les personnes porteuses de pathologies chroniques pouvant se décompenser ou favoriser une affection respiratoire aiguë et les femmes enceintes (pour celles-ci, il faut cependant évaluer le risque que comporte le vaccin lui-même). Les autorités américaines y ajoutent les personnes entre 6 mois et 24 ans, de nombreux pays les personnes de 65 ans et plus. Pour certains, il faut y ajouter les professionnels du social, le personnel en contact avec le public, notamment celui de l'Éducation nationale et des grandes entreprises. Le Haut Conseil pour la santé publique doit indiquer le 7 septembre quelles sont les populations à vacciner en priorité (La Croix du 31 août 2009), après avis du Comité technique des vaccinations.

Pour le Comité de lutte contre la grippe du Ministère de la santé, il s'agit d'un Français sur quatre, soit 15 millions de personnes (Le Parisien du 4 septembre 2009) : femmes enceintes (800 000), enfants entre 6 et 24 mois (2 millions), parents des enfants de moins de 6 mois, porteurs de certaines maladies chroniques (asthmatiques, insuffisants respiratoires, immunodéprimés, insuffisants cardiaques : 9 millions), personnels de santé (2 millions), policiers, gendarmes et pompiers (1 million). Professeurs des écoles, collèges et lycées ne sont pas inclus dans les populations à vacciner en priorité ; la discussion reste ouverte pour les personnels des crèches.

Le débat amorcé il y a plusieurs mois sur la nécessité de vacciner d'abord les populations les plus vulnérables sur le plan socio-économique et non les populations « socialement utiles » ne se posera que dans les pays pauvres : ils ne disposeront très vraisemblablement que de stocks de vaccins insuffisants pour couvrir leur population, avec de toute façon des problèmes d'accès à la vaccination et aux antibiotiques (dans ces pays, les surinfections risquent de poser un problème). Il reste cependant du temps : étant situés pour la plupart dans l'hémisphère sud, la deuxième vague pandémique devrait survenir pendant l'été 2010, la première vague de cet été étant actuellement en voie de résorption.

Faut' il se faire vacciner ?

Troisième problème lié au vaccin, et non le moindre : faut il se faire vacciner ?!!! La question a d'abord été posée dans le British Medical Journal en août (Les Echos du 21 août 2009), avec comme principal argument la faible virulence du virus. D'après le même journal (édition du 1er septembre, l'opposition à la vaccination se répand dans le monde. En France, le syndicat infirmier SNPI, la SFAR (société française d'anesthésie et de réanimation) et l'Espace éthique de l'AP-HP ont lancé une enquête? Auprès des professionnels de santé pour connaître leur opinion sur la question. Ils redoutent en effet que la campagne de vaccination ne soit de fait qu'une « expérimentation grandeur nature » sur la toxicité du vaccin, le temps manquant pour en faire une évaluation correcte. Le SNPI met en ligne un article du JIM qui résume bien la question : une vaccination massive ne va t'elle pas provoquer un nombre important de syndromes de Guillain-Barré, maladie auto-immune redoutable qui touche environ une personne vaccinée sur un million ? D'autant qu'à la vaccination contre H1N1 s'ajoutera celle contre la grippe saisonnière, portant le nombre d'injections à 3 au lieu d'une ? et d'ailleurs, faut il vacciner contre la grippe saisonnière si le virus H1N1 tend à supplanter les autres virus grippaux ?

S'y ajouterait le problème des adjuvants. Utilisés pour diminuer la quantité de virus nécessaire pour produire le vaccin, ils ne sont pas employés dans les vaccins contre les gripes saisonnières, mais le sont dans le vaccin contre le virus H1N1, pour produire plus et aller plus vite. Leur toxicité n'est pas démontrée dans cet usage, mais leur innocuité non plus.

La question est donc celle du rapport bénéfices/risques des vaccins : combien de morts dus à la grippe (pour le Pr Floret, président du Comité technique des vaccins, leur nombre pourrait s'élever à 30 000 si l'épidémie touche 30 % de la population ? La Croix du 31 août 2009) pour combien de pathologies graves dues aux vaccins ?

Administration du vaccin : une stratégie bien définie, mais en pratique ?

Quoiqu'il en soit, la vaccination ne sera pas obligatoire, mais fortement conseillée, en particulier pour des motifs « altruistes » (pour reprendre le mot de Madame Bachelot lors de la conférence de presse interministérielle du 27 juillet 2009) de protection des personnes proches. Elle sera faite dans des centres dédiés (gymnases reconvertis, par exemple) pour deux raisons : les lots vaccinaux ne seront pas livrés en doses individuelles ; il est indispensable d'assurer leur traçabilité, en particulier pour surveiller l'apparition d'effets secondaires (en particulier, le syndrome de Guillain-Barré). En principe, il suffirait de vacciner 30-40 % de la population pour enrayer l'épidémie.

La vaccination sera assurée par des médecins volontaires (libéraux ou non, en exercice ou non) et pourtant « réquisitionnés », afin de couvrir leur responsabilité civile professionnelle (pas d'incohérence, donc, contrairement à certains propos hâtifs). Ils seront rémunérés par forfait. La seconde injection pourra être administrée par des infirmières. Les professionnels de santé seront ils en nombre suffisant malgré l'appel très large aux bonnes volontés ?