

1) PREMIER ARGUMENT : Le risque est exagérément grossi ; il s'agit d'une grippette qui a fait moins de morts dans l'hémisphère Sud qu'une épidémie saisonnière.

Réponse : le nombre de victimes pour le nouveau virus depuis mars 2009 est d'environ 6500 personnes (et ne cesse d'augmenter), ce qui n'est pas effectivement considérable ; cependant, il faut bien noter que ces cas sont essentiellement concentrés sur la tranche d'âge 20-50 ans alors que plus de 90% des victimes ont habituellement plus de 65 ans (et souvent beaucoup plus). En gros, la grippe saisonnière est une façon de mourir pour les personnes en fin de vie alors que cette grippe tue essentiellement des « jeunes ». De façon bien explicable, les personnes âgées sont protégées contre ce virus car il s'agit d'un « cousin » de celui de la grippe espagnole qui a largement circulé jusqu'en 1957 : toutes les personnes qui sont nées avant cette date ont eu la possibilité (d'autant plus grande qu'ils sont plus âgés) de rencontrer le virus et donc d'être protégés vis-à-vis du nouveau virus pandémique. En revanche, les jeunes n'ont aucune immunité. A côté de très nombreuses formes bénignes (et même environ un tiers de porteurs sains non malades), il y aura une fraction de formes graves que l'on estime à 1/100 environ. Ce sont les femmes enceintes, les grands obèses, les insuffisants respiratoires et les immunodéprimés qui sont les plus exposés mais des sujets sans facteurs de risque sont aussi susceptibles de présenter ce type de complications.

Autre sujet préoccupant : la mutation du virus vers une forme plus pathogène avec le risque d'exacerber sa morbidité (c'est le cas du patient décédé en septembre à Saint-Etienne). La vaccination de masse, en freinant la multiplication du virus, réduit la probabilité de survenue de telles mutations.

2) DEUXIEME ARGUMENT : la vaccination grippale saisonnière n'est pas très efficace.

Réponse : Cela est en partie vrai. On estime cette efficacité autour de 70% mais il s'agit de vaccins trivalents (2 souches de virus A et 1 souche de virus B) ; de plus, ils sont non adjuvantés ; enfin ils sont habituellement administrés à des sujets âgés ; or on sait que la réponse immunitaire baisse avec l'âge (j'ai signé plusieurs publications sur ce sujet il y a une dizaine d'années). Le vaccin pandémique, bien que préparé de la même façon que les vaccins saisonniers, est beaucoup plus efficace chez les sujets jeunes, avec des réponses en anticorps protecteurs (quoi qu'en pense l'auteur de l'article qui n'est pas virologue, c'est la façon de mesurer la protection vis-à-vis d'un vaccin) supérieures à 95%, à tel point que les experts américains et français se sont mis d'accord sur la nécessité d'une seule injection chez l'adulte alors que deux avaient été prévues (je tiens à votre disposition les articles parus sur ce sujet en septembre dans New England Journal of Medicine). La présence d'adjuvant augmente encore la réponse immunitaire mais les vaccins sans adjuvant, recommandés chez la femme enceinte et le nourrisson, sont également très efficaces, d'autant que les très jeunes enfants répondent très bien au vaccin.

3) TROISIEME ARGUMENT : ces vaccins sont mal évalués et dangereux.

Réponse : Sous l'angle technique, rien de nouveau dans le mode de préparation : souche de virus cultivée sur œuf de poule embryonné, virus inactivé par formaldéhyde (donc ayant perdu tout pouvoir infectieux), purification de l'hémagglutinine, utilisée comme immunogène (après avoir été dissociée ou « splitée » pour augmenter son pouvoir immunogène). C'est une technique éprouvée, utilisée chaque année par les firmes spécialisées pour les virus saisonniers qui sont, eux aussi, refabriqués chaque année en fonction des indications de l'OMS ; il n'y a donc aucune inquiétude à avoir sur le mode de fabrication du vaccin. Quelles sont donc les « nouveautés » qui font si peur, outre la nature de l'antigène (nouveau virus, donc nouvel antigène) ? Il y en a trois : (i) adjonction d'adjuvant (squalène) : il s'agit d'émulsion eau-huile naturelle extraite d'huile de foie de requin dont le but est de stimuler la réponse immune pour attirer plus de cellules présentatrices d'antigènes au site de l'injection afin d'améliorer la réponse ; cette technique est bien éprouvée, validée pour l'adjuvant de Novartis sur des millions de vaccins saisonniers (celui de GSK est jumeau mais ce n'est pas le même brevet ...) ; (ii) présence de traces de Thiomersal : il s'agit d'un sel de mercure utilisé depuis des lustres comme conservateur tant dans certains vaccins que médicaments ; pour observer une intoxication mercurielle, il faudrait se faire vacciner tous les jours pendant des années ! (pour plus d'infos, voir

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Thiomersal> ¹; (iii) vaccin conditionné en doses pour 10 personnes : il s'agit effectivement d'une mesure qui a été prise pour accélérer la fabrication du vaccin ; dès l'an prochain, cette présentation atypique sera abandonnée ; cela complique un peu le mode d'injection ; c'est un des obstacles à la vaccination par les généralistes. Cela dit, quid des effets indésirables de ces vaccins ? Il y a effectivement pas mal d'effets indésirables bénins à type de douleur locale, de malaise passager pendant 24-48 heures, de nausées ou de vomissements ; cela est parfaitement acceptable et les millions de personnes déjà vaccinées à travers le monde n'ont pas crié au scandale ; pour ma part (qui ai reçu le vaccin le plus critiqué, le Pandemrix de GSK, j'ai eu un peu mal au point d'injection pendant deux jours et me suis couché un peu plus tôt le surlendemain de la vaccination ...). Dernier point : quid des effets secondaires plus graves de type sclérose en plaque ou syndrome de Guillain-Barré ? Affirmons d'abord avec une dizaine de publications à la clé qu'il n'y a pas de lien de causalité entre une quelconque vaccination (y compris l'hépatite B ou la grippe) et la sclérose en plaque ; quant au syndrome de GB, sorte de paralysie ascendante, habituellement réversible mais parfois spectaculaire, il s'agit d'une complication des maladies infectieuses en général (au premier plan desquelles la grippe) et beaucoup plus rarement des vaccinations. Un vaccin préparé à la hâte en 1976 (il y a plus de trente ans) avait donné un taux de GB estimé autour de 1 pour 100.000, ce qui est élevé pour une épidémie de grippe qui n'a pas eu lieu. En 2009, l'épidémie a bien lieu (près de 70% de prélèvements positifs dans mon labo aujourd'hui) et le nombre de GB post-vaccinaux attendu est plutôt de 1 pour un million de vaccinés alors que la grippe elle-même (même bénigne) multiplie ce risque par 50 ...

¹ Voici donc une référence bien sérieuse pour ce membre érudit, objectif et expert du HCSP: c'est ce qu'on appelle de la vulgarisation scientifique...