

La grippe A/H1N1 et son vaccin : quelques points de repère



La grippe est provoquée par un virus s'attaquant surtout aux voies respiratoires supérieures, plus rarement aux poumons. C'est une maladie qui se propage rapidement dans le monde lors d'épidémies saisonnières qui ont des répercussions économiques considérables en termes d'hospitalisations, de dépenses de santé et de pertes de productivité.

Aux Etats-Unis d'Amérique par exemple, des estimations ont établi que les épidémies coûtaient à l'économie du pays de 71 à 167 milliards de dollars par an. On connaît beaucoup moins bien l'impact de la grippe dans les pays en développement. Mais, on sait que les flambées épidémiques sous les tropiques, où la transmission virale se poursuit tout au long de l'année, tendent à avoir un taux d'atteinte et un taux de létalité élevés.

Le virus de la grippe n'est pas un virus stable comme celui d'autres maladies. Il mute tous les ans. C'est pour cela qu'il faut renouveler la vaccination tous les ans : il s'agit bien d'une revaccination et non d'un rappel.

Une épidémie comme celle de 2009 apparaît quand la mutation d'un virus de la grippe est soudaine et importante. La population n'est plus protégée par les anticorps fabriqués lors d'une infection ancienne. La contamination est favorisée par l'inhalation d'air froid après contact avec le virus. C'est pour cela que les épidémies surviennent surtout l'hiver. Le vaccin contre la grippe saisonnière est préparé près d'un an à l'avance en mélangeant les souches de virus en circulation. L'OMS donne ses recommandations en choisissant les souches qui permettent d'obtenir un vaccin efficace pour l'hiver suivant.

En 2004, un nouveau virus A est apparu : le virus H5N1 d'origine aviaire (oiseau). Il avait deux caractéristiques : une dangerosité extrême avec plus de 30% de mortalité (contre 0,01% pour la grippe A saisonnière comme nous allons le voir) et heureusement une très faible contagiosité pour l'homme.

En mars 2009, une épidémie de grippe A est apparue au Mexique, due à une mutation importante du virus A/H1N1. Qui dit mutation importante, dit faible immunité générale de la population et épidémie massive. Ce nouveau virus A/H1N1 est apparenté à celui de la grippe espagnole,

lui-même présent dans le vaccin saisonnier. Mais il est différent et le vaccin saisonnier n'apporte pas de protection contre le nouveau virus.

Ce virus a touché surtout les jeunes, car les personnes plus âgées avaient déjà contracté d'autres gripes de la famille H1N1. Malgré la mutation importante ayant créé le nouveau virus, ces personnes de plus de 65 ans étaient immunisées partiellement contre le nouveau virus H1N1 du fait de sa parenté avec les anciens H1N1. Les épidémies de grippe récentes étaient surtout causées par un autre virus A : le virus H3N2.

Après un moment de panique, il est apparu au début de l'été que ce virus était certes très contagieux, mais finalement peu agressif. Pas plus que le virus H1N1 habituel. Ce qui était inhabituel en revanche, mais logique, c'était le nombre de personnes, jeunes notamment, touchées par la grippe.

En avril 2009, il était malheureusement trop tard pour intégrer ce nouveau virus dans le vaccin saisonnier dont la production était déjà lancée.

La plupart des états ont alors décidé dès le début de l'été d'appliquer à ce nouveau virus A/H1N1 la procédure d'urgence créée pour le virus A/H5N1 aviaire connu par grande virulence et mortalité. Malgré des nouvelles rassurantes de l'hémisphère sud touché plutôt par l'épidémie, il était trop tard en août de faire marche arrière. La campagne de vaccination massive par le vaccin dit "pandémique", c'est à dire contenant le nouveau virus A/H1N1 et "dopé" au squalène a été mise en place avec les controverses que l'on a tous vécus et rapportés par les médias au niveau de toutes la planète.

Cette nouvelle grippe A/H1N1 ne diffère pas significativement par sa gravité de sa "mère" l'ancienne grippe A/H1N1 qui circule en Europe depuis 1918, et qui est intégrée dans les vaccins saisonniers. La seule différence est que les enfants et les adultes jeunes sont dans leur grande majorité dépourvus d'anticorps contre cette nouvelle grippe A, car elle n'a pas beaucoup circulé récemment.

Lorsque le nouveau virus H1N1 mutera, ce qui est attendu et a probablement déjà commencé, ses "descendants" pourront être plus dangereux, ou au contraire plus bénins. Ces mutations limitées et progressives changent rarement la dangerosité du virus initial de manière significative, contrairement aux mutations importantes et brutales qui caractérisent les grandes pandémies.

Les risques liés à la grippe sont connus. Ce qui ne l'est pas avec précision, c'est leur fréquence. Il y a tout d'abord le risque bénin de syndrome grippal avec fièvre, toux, courbatures et maux de tête. L'épuisement se poursuit par une fatigue importante pendant une semaine après la guérison.

Il y a également le risque indirect de transmettre cette maladie à des proches ou à des personnes fragiles.

Il y a ensuite les complications, dont la fréquence n'est pas connue avec précision :

1) La pneumonie bactérienne est la principale complication de la grippe en terme de fréquence. Elle touche plus souvent des personnes qui ont une maladie préexistante (diabète, sida, bronchite chronique...) mais aussi celles qui oublient que le repos est indispensable pendant une grippe... Personne ne connaît le pourcentage de grippés qui contractent une pneumonie, le chiffre se situe probablement entre 1/10 et 1/100 des grippés [2]. Cette pneumonie se guérit très bien avec des antibiotiques courants mais peut emporter une personne très fragile : vieillard, insuffisant respiratoire, grand cardiaque ou autre porteur d'une maladie grave.

2) Le Syndrome de Détresse Respiratoire Aigu (SDRA) est une complication rare, grave et particulière de la grippe. Il s'agit d'une pneumonie qui n'est pas due à une bactérie, mais au virus lui-même. Cette complication peut toucher n'importe qui, jeune, vieux, sujet en bonne santé le plus souvent. Elle est très rare, touchant probablement entre 1/100.000 et 1/1.000.000 des grippés. Elle est mortelle dans un nombre de cas compris entre 1/10 et 1/2 selon la gravité initiale, on parle alors de *mortalité directe* de la grippe. En cas de guérison, des séquelles pulmonaires graves peuvent persister.

3) Les complications neurologiques : essentiellement le syndrome de Guillain Barré. Celui-ci est de gravité variable et guérit le plus souvent sans séquelles. Les troubles vont d'un simple fourmillement passager à une paralysie définitive exceptionnellement. Les complications neurologiques ne sont pas spécifiques de la grippe et peuvent être déclenchés par de nombreux facteurs, dont la vaccination. La grippe peut aussi provoquer des encéphalites, rarissimes elles aussi. La fréquence des atteintes neurologiques graves (non réversibles) est tellement basse qu'elle est inconnue, probablement entre 1/100.000 et 1/1000.000. Il est très difficile d'apprécier ce qui est réellement dû à la grippe.

Dans la mesure où la nouvelle A/H1N1 touche peut-être dix fois plus de jeunes que les autres années (car ils ne sont pas immunisés), il est normal et attendu que les cas graves et les décès chez les jeunes soient dix fois plus nombreux. Les chiffres américains montrent qu'il y a 4 fois plus de décès d'enfants liés à la grippe que les autres années, et non 100 fois comme cela a pu être imprudemment annoncé dans les médias.

En pratique, la probabilité de mourir de la grippe ou de garder des séquelles pulmonaires ou neurologiques graves pour un enfant de plus de un an ou un adulte de moins de 65 ans et en bonne santé est sans doute comprise entre 1/100.000 et 1/500.000. Globalement, chez les personnes en bonne santé, la grippe expose à un risque fort d'incapacité transitoire et de toux pénible, un risque faible de complication réversible, et un risque infime de décès.

Un élément est venu perturber le débat sur les questions précédentes: la composition du vaccin pandémique utilisé pour la campagne de vaccination de masse 2009. Comme nous l'avons vu, il a été fabriqué en suivant un protocole industriel et administratif accéléré destiné à la grippe H5N1 dite

grippe aviaire. C'est à dire une situation d'urgence majeure face à un virus dont la mortalité aurait été de 30% (et non de 0,01%).

Le vaccin a été "dopé" avec un corps gras, le squalène pour accélérer sa fabrication. On sait que ce squalène favorise aussi les réactions locales douloureuses et les réactions générales comme la fièvre ou les courbatures. En revanche, aucun accident grave ne lui a été imputé avec certitude. Un doute persiste sur son effet déclenchant pour des maladies auto-immunes. Malgré un recul assez important sur son emploi, les données sont peu probantes car il a été essentiellement administré à des personnes âgées en institution. On commence à disposer de données canadiennes qui montrent une fréquence d'accidents graves (dont des décès) de 1/250.000 vaccinés par un vaccin au squalène proche du PANDEMRIX. Des données anglaises récentes vont dans ce sens.

Au Maroc, au jour où ce texte est mis sous presse, le nombre de cas de grippe déclaré est de 3054 cas dont 63 décès. 823642 personnes ont été vaccinées. Comme partout dans le monde le risque vaccinal est extrêmement faible et se rapproche de 0. Parmi les dizaines de milliers de pèlerins tous théoriquement vaccinés, aucun cas de complication vaccinale n'est à déplorer à notre connaissance.

Le squalène, responsable d'un plus grand nombre d'effets indésirables modérés, faciliterait en revanche une immunité plus solide, notamment contre les premiers virus mutants qui commencent à apparaître et qui ne sont que faiblement différents du A/H1N1 2009 initial.

C'est au lecteur de ce papier de se conclure en fonction de ses objectifs personnels.

Ce qui est certain est le fait que le risque lié à la grippe est très supérieur à celui lié à la vaccination. Mais les deux risques sont extrêmement faibles : la probabilité que l'on soit confronté à des conséquences graves liées à un mauvais choix entre risque de la grippe ou risque du vaccin est infime.

Chakib NEJJARI
WAFAA BONO