

Imprimer cette page

## Faut-il ou non se faire vacciner contre la grippe ?

### Éléments de réponse

**Une page d'opinion de plus sur la vaccination antigrippale ? Non, une page d'information. Ce texte est la réponse à mes patients qui assiègent mon téléphone depuis quelques jours. Ces informations sont relayées par de nombreux médecins qui tentent d'éclairer leurs patients pour ce choix difficile.**

**Résumé :** La question n'est finalement pas uniquement celle de la vaccination pandémique, mais bien celle de la vaccination annuelle contre la grippe. La réponse sur la question de la pertinence de la vaccination antigrippale doit être globale et personnelle. Les risques liés à la maladie ou au vaccin chez le bien-portant sont tellement infimes qu'ils peuvent difficilement être comparés. Les négliger pour soi ou ses enfants ne constitue pas une perte de chance significative.

## Se faire vacciner ou pas ?

La réponse n'est pas aussi simple qu'un oui ou un non ; prenez le temps de lire complètement cet article avant de forger votre opinion. Si vous ne souhaitez pas le lire, transmettez-le à une personne de confiance pour lui demander son avis. Vous pouvez bien sûr consulter votre médecin. Il fera le point avec vous et pourra répondre à vos questions. Il pourra même vous dire ce qu'il ferait à votre place, ce qui ne veut pas dire que l'avenir lui donnera raison. Chaque cas est particulier et il connaît le vôtre, mais de grâce, évitez le téléphone, ne serait-ce que parce qu'il n'aura pas votre dossier sous les yeux quand il vous répondra. D'ailleurs, votre médecin figure peut-être dans la liste (voir en bas de l'article) de ceux qui reprennent ces informations à leur compte pour leurs patients.

Mais avant de parler du vaccin, il faut passer par un bref historique de la grippe et de ses virus, c'est indispensable pour comprendre.



## Un bref historique pour bien comprendre le contexte

Le virus de la [grippe](#) n'est pas un virus stable, comme celui de la rougeole ou des oreillons. Il change (mute) légèrement tous les ans, c'est pourquoi les personnes souhaitant se vacciner contre la grippe doivent renouveler l'injection annuellement. Ce n'est pas un rappel, mais une revaccination : la composition du vaccin change tous les ans en fonction des mutations des virus. C'est aussi pourquoi nous pouvons avoir la grippe plusieurs fois dans notre vie : après une grippe, nous ne sommes protégés que pendant une durée limitée, tant que nos anticorps parviennent à neutraliser le virus qui n'a pas encore trop changé. En moyenne, une grippe génère des anticorps efficaces pendant une quinzaine d'années.

Une épidémie comme celle que nous vivons en 2009 apparaît quand la mutation d'un virus de la grippe est soudaine et importante. Nous ne sommes plus protégés par les anticorps que nous avons fabriqués lors d'une infection ancienne. Une grande partie de la population va contracter cette nouvelle grippe, généralement l'année de son apparition, parfois l'année suivante, parfois de façon inapparente. Cela donne pendant un ou deux ans une épidémie hivernale spectaculaire. 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](#) et les industriels espèrent "viser juste" et obtenir un vaccin efficace pour l'hiver suivant. Ce n'est pas toujours le cas, la prévision étant un art difficile. Mais dans l'ensemble, l'efficacité du vaccin contre la grippe saisonnière est modeste : entre 25 et 60% selon les sources. Dans un rapport récent, elle est en France d'environ 60% chez les jeunes et de 40% chez les personnes âgées [1]. C'est à dire que la vaccination diminue environ par deux le risque de contracter la grippe. Les virus de la grippe A, utilisés pour fabriquer le vaccin saisonnier, proviennent de la souche H1N1 dérivée de la grippe espagnole de 1918 et de la souche H3N2 dérivée de la grippe de Hong Kong de 1968 ; le vaccin contient également une souche de grippe B, moins virulente, que nous laisserons de côté. **Le virus A/H1N1 n'est donc pas un nouveau-venu dans le monde de la grippe car il dérive d'une souche ancienne déjà présente depuis plus de 30 ans dans le vaccin saisonnier.**

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.

Par sécurité **et à juste titre**, une procédure *grippe aviaire* a été mise en place en 2005 dans de nombreux pays :

- stockage massif de masques, de gants, de médicaments antiviraux
- plan de production accéléré pour la fabrication de vaccins en cas de pandémie : démarches d'enregistrement raccourcies et surtout, ajout d'un adjuvant, le squalène. Ce produit huileux renforce la stimulation immunitaire et permet de produire beaucoup plus de doses de vaccin dans un temps réduit. Encore une fois, on agitait le spectre d'une grippe mortelle à 30% et ces compromis paraissaient acceptables pour gagner quelques semaines correspondant à des centaines de milliers de vies sauvées. Une grippe aviaire tuant un malade sur trois aurait été une catastrophe mondiale absolue autorisant des procédures d'exception.



**En mars 2009, une épidémie de grippe A est apparue au**

**Mexique, due à une mutation importante du virus A/H1N1.** Mutation importante donc faible immunité générale de la population et épidémie massive.

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.

## Trop tard pour intégrer ce virus dans le vaccin saisonnier

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

Certains gouvernements, français notamment, ont alors décidé dès le début de l'été d'**appliquer à ce nouveau virus A/H1N1 la procédure d'urgence créée pour le "méchantissime" A/H5N1 aviaire**. Malgré les nouvelles rassurantes de l'hémisphère sud, il était semble-t-il trop tard en août pour reculer. La campagne de vaccination massive par le vaccin dit "pandémique", c'est à dire contenant le nouveau virus H1N1 et "dopé" au squalène a été mise en place avec les remous que l'on sait.

**Nous allons maintenant aborder un chose très importante et peu connue : l'alternative n'est pas de vous vacciner ou non cette année contre la nouvelle grippe A/H1N1, mais de savoir si vous voulez vous vacciner contre la grippe en général.** En effet, la 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 adultes jeunes sont dans leur grande majorité dépourvus d'anticorps contre cette nouvelle grippe A, car elle n'a pas beaucoup circulé récemment.

**On croit souvent qu'il suffit de se vacciner contre cette nouvelle grippe A pour être tranquille pour longtemps. Il n'en est rien.** Comme tous les virus grippaux, comme l'ancien A/H1N1, celui de la nouvelle grippe A/H1N1 va muter (on dit "glisser") progressivement et les personnes vaccinées souhaitant rester protégées contre la grippe A/H1N1 devront mettre à jour cette vaccination tous les ans jusqu'à la fin de leurs jours. Une vaccination ponctuelle en 2009 ne ferait que reculer leur contagion de quelques années. Lorsque le nouveau virus H1N1 mutera, ce qui est normal et a déjà commencé, ses "descendants" pourront être plus dangereux, ou au contraire plus bénins que leur "père". En pratique, 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. Nous n'avons, au 2 décembre, aucune preuve de la naissance d'un mutant plus virulent qui changerait la réflexion sur la vaccination. Le principal impact de ces mutations minimales concerne la sensibilité au vaccin ou aux antiviraux qu'elles ont tendance à diminuer.

Dès l'année prochaine, le nouveau virus H1N1 mexicain sera intégré dans le vaccin saisonnier comme l'est déjà son parent H1N1 espagnol et son cousin H3N2 asiatique. **Une personne souhaitant se protéger de la grippe A se vaccinera obligatoirement tous les ans.** Il y aura donc un vaccin "2 en 1" (ou plutôt 4 en 1 : ancien A/H1N1, nouveau A/H1N1, A/H3N2, B).

**Hors quelques cas, le choix est "tous les ans", ou "jamais"**

**Le choix est donc le suivant, il n'y en pas d'autre :**

- **Je me vaccine cette année puis tous les ans contre la grippe car je ne veux pas prendre de risque vis-à-vis de cette maladie et j'accepte les risques des vaccins.**
- **Je suis prêt à prendre le risque d'attraper la grippe (tous les 15 ans en moyenne) avec les risques qui vont avec et je ne me vaccine jamais contre cette maladie.**

À ce choix personnel peut s'ajouter le souhait altruiste de ne pas contaminer les autres et de participer à l'étalement de l'épidémie dans le temps (en l'absence de vaccination massive et annuelle de la population, ils seront de toute façon contaminés un jour ou l'autre).

Les arguments personnels et altruistes en faveur du vaccin doivent être tempérés par la faible efficacité du vaccin : le vaccin diminue la probabilité de la contagion mais ne l'annule pas. Le vaccin ne permet pas d'annuler les risques liés à la grippe, mais de les diminuer.

Le fait que la question soit souvent mal posée explique pourquoi il y a tant de divergences dans les avis et recommandations. Le problème n'est pas lié à cette nouvelle vaccination (en dehors des questionnements sur ses excipients que nous aborderons plus loin) mais au principe même de la vaccination régulière contre la grippe.

Il n'y a bien sûr aucun danger spécifique à se vacciner cette année et à ne pas renouveler le vaccin ultérieurement. C'est simplement illogique puisque la grippe A/H1N1 n'a aucune raison d'être moins dangereuse dans trois ou cinq ans que cette année.

## La question qui vient ensuite est logiquement : "Quels sont les risques de la grippe ?"

**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 d'être cloué au lit pendant plusieurs jours avec fièvre, toux, courbatures et maux de tête. L'épuisement se poursuit par une fatigue importante pendant une semaine après la guérison. En moyenne, on fait une grippe de ce type tous les 15 ans. Certaines personnes ne "font jamais la grippe". Cela veut sans doute dire que chez elles, les symptômes sont très atténués au point qu'elles ne les remarquent pas (les études scientifiques évaluent à 30% le nombre de gripes qui ne donnent pas ou peu de symptômes [2]). D'autres sont plus sensibles et vont être atteints plus souvent. Ce chiffre d'une grippe A tous les 15 ans est une moyenne.

Il y a également le risque indirect de transmettre cette maladie à des proches ou à des personnes fragiles que l'on côtoie.

**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** [3]. 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 Sévère (SDRAS)** 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. Le SDRAS porte parfois le nom de grippe fulminante ou de grippe maligne.

3) **Les complications neurologiques** : essentiellement le syndrome de Guillain Barré. Celui-ci est de gravité variable et guérit le plus souvent tout seul et sans séquelles. Les troubles vont d'un simple fourmillement passager à une rarissime paralysie définitive. Il n'est pas spécifique de la grippe et peut être déclenché par de nombreux facteurs, y compris 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 des grippés**. Il est très difficile d'apprécier ce qui est réellement dû à la grippe.

4) Le décès est bien sûr une complication à part entière, quelle qu'en soit la cause. C'est une des données les moins mal connues car le décès est un élément qui est toujours déclaré, documenté, et qui peut faire l'objet d'enquêtes. Pour autant, aussi incroyable que cela puisse paraître, personne ne connaît le nombre exact de décès dus à la grippe en France. Un bilan institutionnel sur la saison 2004-2005 (rapport INVS déjà cité) apporte néanmoins des données

intéressantes : nous n'avons pas le chiffre absolu de décès, mais au moins pouvons nous connaître le rapport entre les décès et les cas de grippe estimé par un réseau de surveillance fiable.

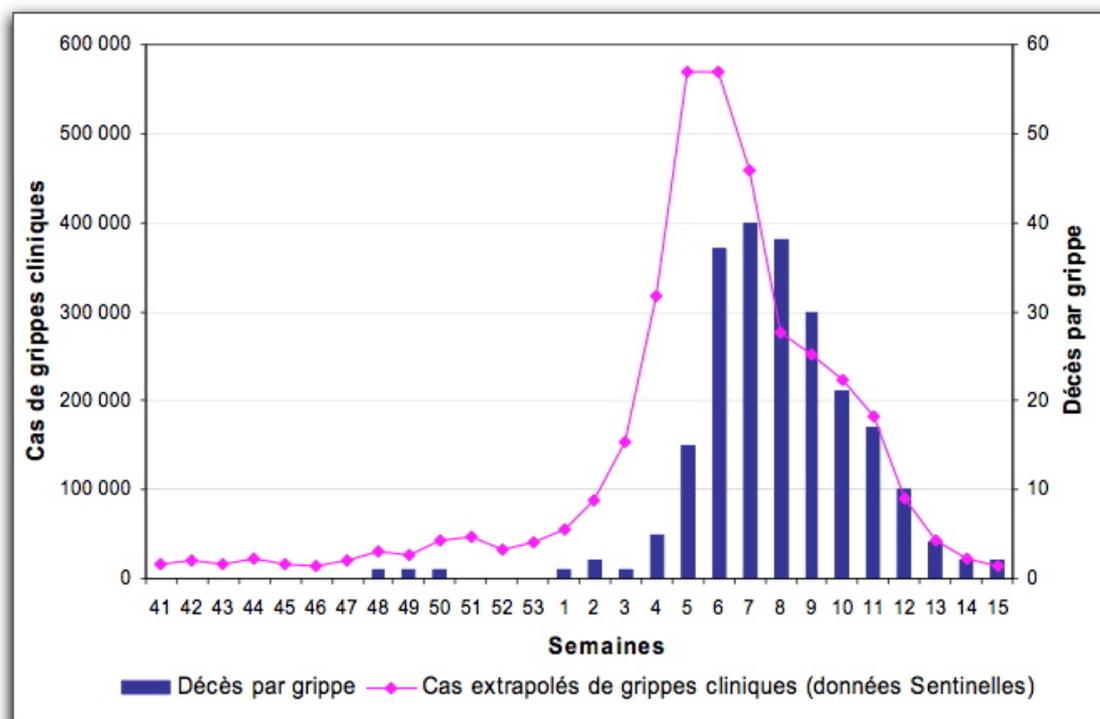


Fig 1 Comparaison de la mortalité grippale et du nombre de cas de grippe lors de l'épidémie 2004-2005, permettant d'évaluer la mortalité globale à environ 1/10.000 source INVS. Attention, il ne s'agit pas de la mortalité totale mais de celle de 22 départements pilotes.

Ce rapport est de l'ordre de **1/10.000** (fig 1). Il rejoint les chiffres constatés en Nouvelle-Zélande [4] pendant l'épidémie hivernale due au nouveau virus. L'analyse détaillée de ces décès en France sur un échantillon de 22 départements montre qu'il s'agit essentiellement de personnes très âgées (fig 2).

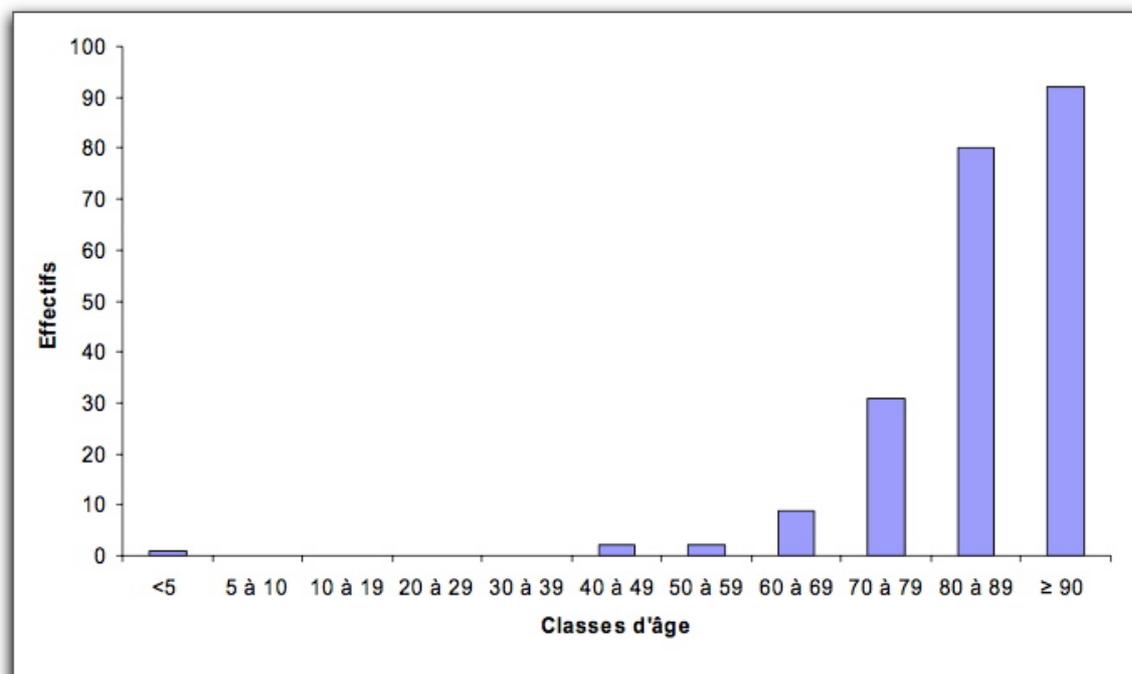


Fig 2 : Age des patients décédés de la grippe lors de la surveillance de la grippe 2004-2005 sur 22 départements.

**Le décès des personnes jeunes grippées est plutôt dans la fourchette 1/100.000 à 1/1000.000** et est

souvent associé à une maladie préexistante. Cela correspond aux constatations faites par les médecins généralistes : rares sont ceux qui ont été confrontés à un décès par grippe chez une personne jeune et en bonne santé pendant l'ensemble de leur carrière. Du fait du nombre de grippés qui développent peu ou pas de symptômes et qui ne sont pas comptabilisés, **on peut estimer que le taux de décès chez les personnes bien portantes atteintes par une grippe symptomatique ou non est de l'ordre de 1/500.000**. Les chiffres récents de mortalité, provenant de pays où l'épidémie est importante (USA), sont compatibles avec cette estimation. Néanmoins, les données des épidémies précédentes concernent le virus H3N2, majoritaire ces dernières années. Il devient probable au fil du temps que la mortalité chez le sujet jeune est supérieure avec le virus H1N1 ; cette caractéristique est suggérée par l'expérience actuelle des réanimateurs confrontés à un nombre inhabituel de sujets jeunes avec une atteinte respiratoire sévère. Il faut donc considérer une fourchette plus large pour la mortalité qui pourrait atteindre dans le pire des cas 1/100.000 chez l'enfant et l'adulte en bonne santé.

Néanmoins, dans la mesure où cette grippe 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. Cela ne veut pas dire que le nouveau virus H1N1 est forcément plus agressif que l'ancien H1N1. Nous avons des [chiffres américains](#) qui montrent qu'il y a 4 fois plus de décès d'enfants que les autres années.

**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. Personne ne pourra être plus précis avant longtemps et il est peu probable que la réalité soit en dehors de cette fourchette.**

**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.**

Le risque de décès par la grippe pour un enfant ou un adulte bien portant est par exemple inférieur à celui consistant à circuler à vélo en ville, très inférieur à celui de rouler à moto. Il est d'un ordre de grandeur comparable à celui auquel vous expose un long voyage en voiture. Pour prendre une autre comparaison : vous avez moins de chance de mourir de la grippe cette année que de gagner les 6 numéros du loto en jouant une grille à 12 euros une fois par semaine.

Pour les personnes présentant une maladie ou un état (grossesse, premiers mois du nourrisson) favorisant les complications, seule une consultation personnalisée permet d'estimer un éventuel sur-risque avec sécurité. Néanmoins l'excès de risque est souvent surestimé par le public. Par exemple, la femme enceinte présente un excès de risque de décès qui ne dépasse par un facteur 5 d'après les [études disponibles](#). Une femme enceinte en bonne santé qui contracte la grippe a donc environ 49.999 chances sur 50.000 de ne pas mourir.

Il est dommage qu'en déconnectant la vaccination du médecin de famille ou du pédiatre, la campagne vaccinale ait rendu plus difficile le contact et le dialogue pour les patients à risque.

En dehors de l'isolement total, le seul moyen de se protéger partiellement mais durablement de la grippe avec une efficacité prouvée scientifiquement est la vaccination. [D'autres méthodes existent](#) mais les preuves de leur efficacité sont mal établies. Cela ne veut pas dire qu'elles ne sont pas efficaces mais que cette efficacité n'est pas démontrée par les méthodes scientifiques couramment admises.

## Quels sont les risques de la vaccination antigrippale ?

Les vaccins antigrippaux traditionnels (saisonniers) contiennent de l'eau, des sels minéraux anodins et des virus grippaux tués ou fragmentés. Cette eau peut contenir des résidus du milieu de culture des virus grippaux et notamment des antibiotiques, du formaldéhyde et des protéines de poulet. Ces résidus sont présents en quantité infimes et ne posent de problème qu'en cas d'allergie. Vendus en pharmacie en seringue unidose, les vaccins saisonniers ne contiennent habituellement pas d'adjuvant métalliques ni de conservateur (squalène, aluminium, mercure), sauf le Gripguard® qui contient du squalène. Ces vaccins ne contiennent pas non plus de virus vivant. Il est difficile de connaître cette composition précise car elle ne figure pas clairement sur la notice des vaccins.

Du fait d'une procédure de recueil des effets indésirables déficiente [5], les effets secondaires de ces vaccins ne sont pas parfaitement connus et sont souvent sous-estimés pour les plus bénins d'entre eux (douleurs, courbatures, fièvre). Les accidents graves sont tellement rares qu'il est impossible de les quantifier, même approximativement [6].

Voici l'information officielle française (Agence du médicament) sur les effets indésirables du vaccin saisonnier sans conservateur ni adjuvant :

### Événements indésirables observés au cours des essais cliniques

La tolérance des vaccins grippaux trivalents inactivés est évaluée au cours d'études réalisées annuellement en conformité avec les exigences réglementaires, et incluant au moins 50 adultes âgés de 18 à 60 ans et au moins 50

personnes âgées de 61 ans et plus. L'évaluation de la tolérance est réalisée durant les 3 premiers jours suivant la vaccination.

Affections du système nerveux :

▶ Entre 1% et 10% des patients : maux de tête.

Affections de la peau et du tissu sous-cutané :

▶ Entre 1% et 10% des patients : sueurs\*.

Affections musculosquelettiques et systémiques :

▶ Entre 1% et 10% des patients : douleurs musculaires, douleurs articulaires\*.

Troubles généraux et anomalies au site d'administration :

▶ Entre 1% et 10% des patients : fièvre, malaise, frissons, fatigue. Réactions locales : rougeur, gonflement, douleur, ecchymose, induration\*.

\* Ces réactions disparaissent généralement après 1 ou 2 jours sans traitement.

#### **Événements indésirables rapportés au cours de la surveillance après commercialisation**

Les événements indésirables rapportés au cours de la surveillance après commercialisation, en plus de ceux déjà observés au cours des essais cliniques, sont les suivants :

▶ Affections hématologiques et du système lymphatique : baisse des plaquettes transitoire, ganglions.

▶ Affections du système immunitaire : réactions allergiques, conduisant à un malaise grave dans de rares cas, oedème de Quincke.

▶ Affections du système nerveux : névralgie, fourmillements, convulsions fébriles, troubles neurologiques, tels que encéphalomyélite, névrite et syndrome de Guillain-Barré.

▶ Affections vasculaires : inflammation des artères avec atteinte rénale transitoire dans de très rares cas.

▶ Affections de la peau et du tissu sous-cutané : réactions cutanées généralisées incluant démangeaisons, urticaire, éruption de boutons.

En pratique, la lecture d'une telle liste a un effet repoussant, mais globalement, les accidents graves avec le vaccin grippal saisonnier sont exceptionnels alors que les inconvénients bénins sont fréquents. Il est très difficile d'apprécier ce qui est réellement dû au vaccin.

La réflexion sur le vaccin saisonnier est importante, car comme nous l'avons déjà vu, la seule question est de savoir si l'on va démarrer à vie une vaccination annuelle contre la grippe, et non de savoir si l'on va seulement faire le vaccin pandémique transitoire contre la nouvelle grippe A. Seule exception : les femmes enceintes et les nourrissons pour lesquels une vaccination ponctuelle est envisageable ; ces deux populations bénéficient d'un vaccin sans adjuvant au squalène.

Nous n'avons aucune information sur les risques associés à l'injection annuelle du vaccin antigrippal saisonnier pendant une vie entière. Rien ne permet d'affirmer ni d'exclure que ces injections répétées soient anodines.

Contracter la grippe assure une immunité bien plus forte que celle apportée par le vaccin. Il ne peut être affirmé ni exclu que cette meilleure immunité naturelle constituera un avantage en cas d'épidémie future par un virus agressif dérivé du virus A/H1N1 2009.

Il y a un effet altruiste dans la vaccination : elle diminue la probabilité de transmettre le virus et participe à la réduction de l'intensité de l'épidémie.

Pour une personne bien portante, il faut donc mettre en balance le risque d'une grippe tous les 15 ans (et ses éventuelles complications) avec les risques associés à un vaccin annuel, sachant que l'efficacité du vaccin est habituellement de 50% (il diminue par deux la probabilité de contracter la grippe, mais ne protège pas à 100% comme d'autres vaccins.)

Il est clair qu'en terme de mortalité par exemple, le risque lié au vaccin est très nettement inférieur à celui lié à la grippe. Néanmoins, sur 15 ans cela se joue à quelques points par million. Lorsque l'on atteint des niveaux de risque aussi bas à titre individuel, il est légitime de s'interroger sur l'intérêt de la recherche du "risque zéro". Nous nous exposons quotidiennement à des risques beaucoup plus importants.

La vaccination saisonnière annuelle chez le bien-portant est donc un choix personnel. Il n'y a pas de règle car il n'y a pas de conduite évidente. Chacun en fonction de son acceptation ou non d'un risque infime dans un sens ou dans l'autre fera son choix pour lui ou ses enfants. Le seul argument collectif pour l'incitation à la vaccination serait d'étaler dans la durée les cas de grippe grave afin d'éviter la surcharge des services de réanimation. Une telle justification aurait peut-être été mieux entendue par le public.

## Que penser du vaccin pandémique et de ses adjuvants ?

En Europe, un élément perturbe 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 USA, le vaccin pandémique ne contient pas de squalène. Il est identique, à la souche virale près, au vaccin saisonnier.

En France, les flacons multidoses utilisés pour la vaccination pandémique de masse contiennent un conservateur dérivé du mercure, le thiomersal. Nous ne savons pas actuellement si ce produit peut poser des problèmes. Si c'est le cas, ils sont suffisamment rares pour ne pas avoir été mis en évidence dans les études réalisées par le passé. L'agence du médicament française avait néanmoins recommandé en 2000 de ne plus l'utiliser <http://www.afssaps.fr/Infos-de-secu...> mais encore une fois, ce vaccin a été fabriqué dans le cadre d'une procédure d'urgence "Grippe aviaire H5N1" dont la forte mortalité rendait secondaire les considérations sur les conservateurs. Cette procédure paraît *a posteriori* injustifiée pour le virus H1N1, mais il est toujours plus facile d'avoir raison *a posteriori*.

Ces adjuvants et conservateurs sont actuellement considérés comme sûrs par les autorités sanitaires, mais pas par les fabricants qui ont demandé contractuellement à être libérés de leur responsabilité en cas de problème. Il serait plus cohérent pour convaincre le public que les fabricants renoncent à cette clause de protection et partagent ainsi leur confiance dans leur produit.

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. Cet "élargissement" de l'immunité avec les vaccins adjuvés au squalène est plausible mais demande à être confirmée. Il existe [au moins un cas de sclérose en plaques](#) survenu dans les jours ayant suivi l'administration d'un vaccin au squalène (Pandemrix).

Ces inconnues ne facilitent pas le choix de ceux qui penchent pour la vaccination. Il pourrait leur paraître tentant d'attendre vaccin sans adjuvant, mais c'est maintenant que le risque de contamination est le plus élevé.

Un élément ne penche pas en faveur du vaccin pandémique : la pandémie est bien lancée en France et commence à décroître. Il n'est habituellement pas recommandé de se vacciner en plein pic épidémique car l'immunité met au moins 15 jours à s'installer. Il est probablement bien tard pour se vacciner actuellement.

La survenue d'un deuxième pic début 2010, un moment envisagée, devient improbable : nous sommes déjà dans le deuxième pic, le premier étant survenu en septembre. Plus l'épidémie s'estompe, plus l'intérêt du vaccin devient hypothétique.

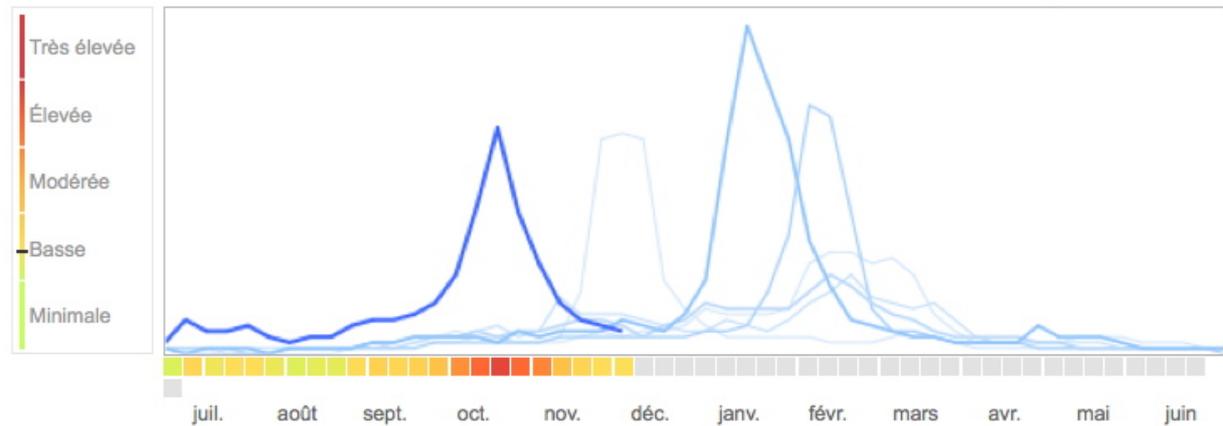
Enfin, il faut préciser que la vaccination d'un sujet ayant déjà contracté la nouvelle grippe H1N1 sans s'en rendre compte n'expose à aucun risque connu.

## Évolution de la grippe - Belgique

Certains termes de recherche semblent être de bons indicateurs de la propagation de la grippe. Afin de vous fournir une estimation de la propagation du virus, ce site rassemble donc des données relatives aux recherches lancées sur Google. [En savoir plus »](#)

National

● 2009-2010 ● [Années précédentes ▼](#)

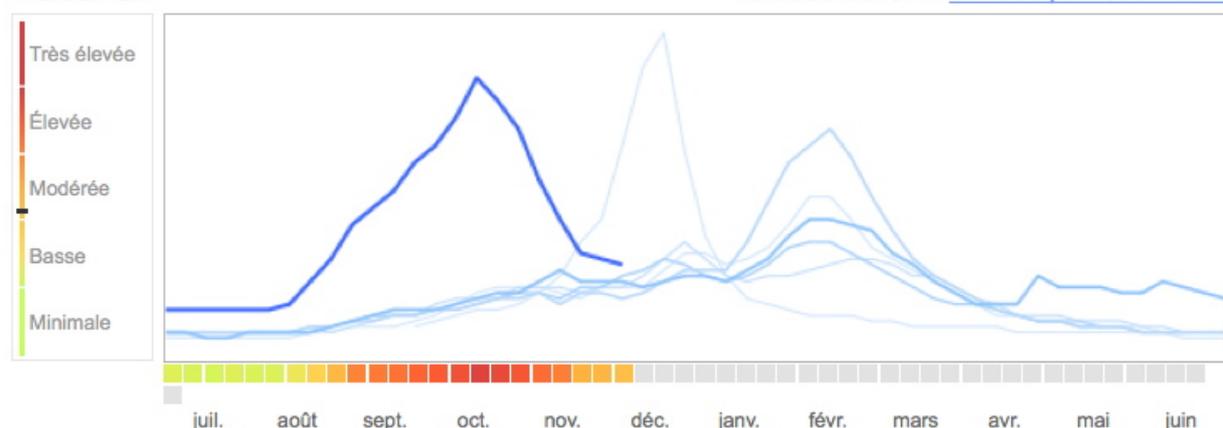


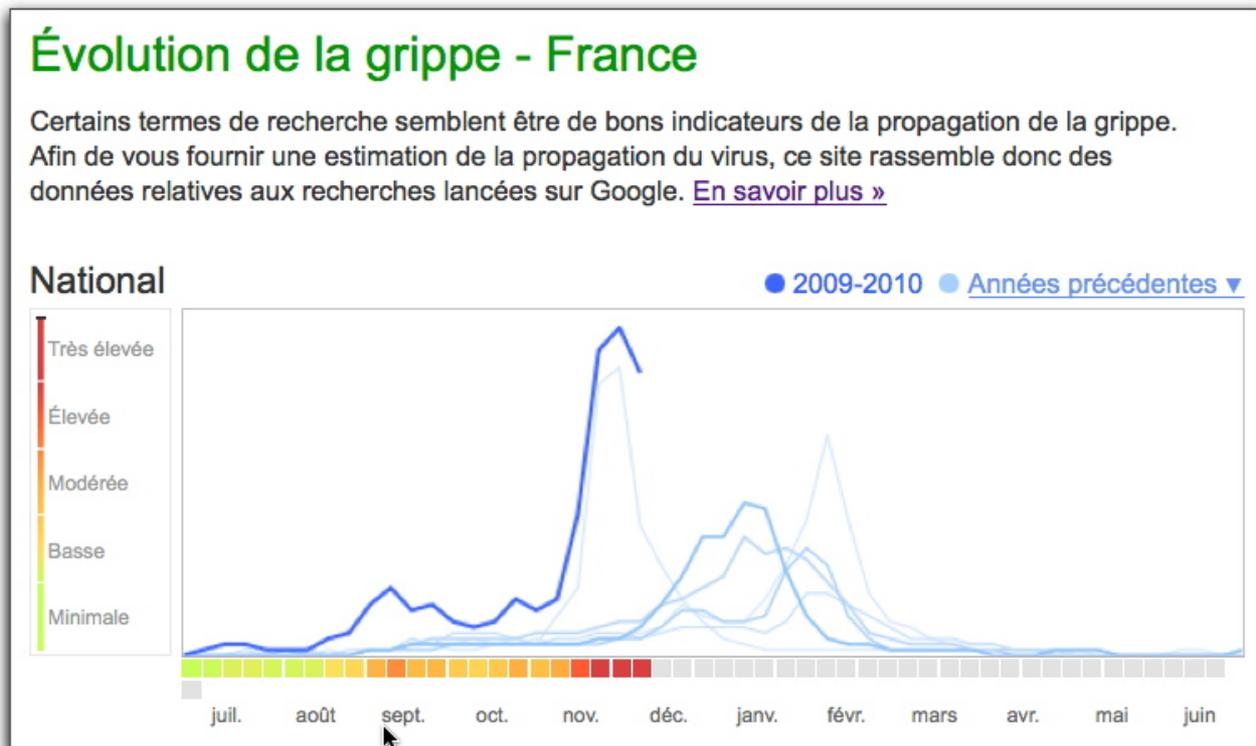
## Évolution de la grippe - États-Unis

Certains termes de recherche semblent être de bons indicateurs de la propagation de la grippe. Afin de vous fournir une estimation de la propagation du virus, ce site rassemble donc des données relatives aux recherches lancées sur Google. [En savoir plus »](#)

National

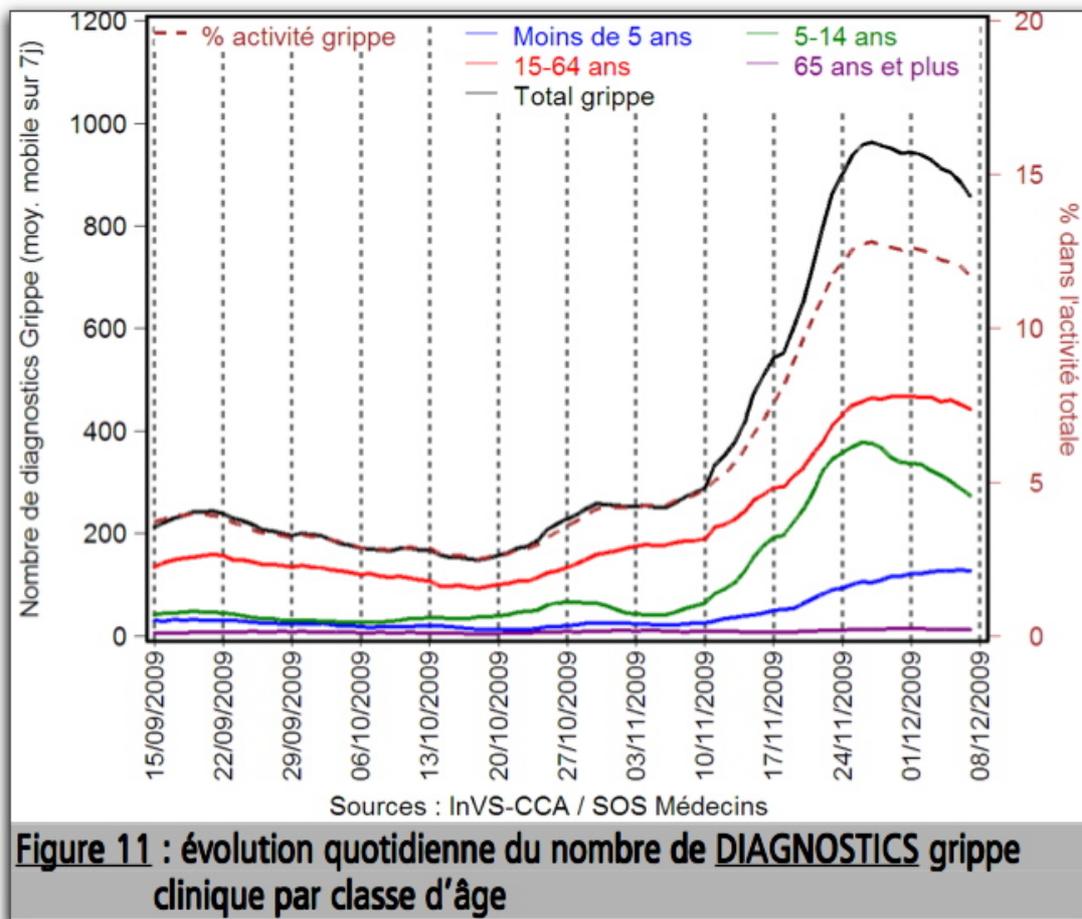
● 2009-2010 ● [Années précédentes ▼](#)





Copies d'écran de [Google Flutrends](#) réalisées le 9 décembre 2009. Notez l'intensité très variable des épidémies par rapport à celles des années précédentes en fonction des pays. L'épidémie française est entrée en phase de décroissance.

Une autre donnée fiable est le [rapport hebdomadaire de l'activité du service d'urgences médicales SOS Médecins](#). Le graphique ci-dessous montre que nous avons commencé la décroissance.



## Que concluez vous ?

Mais rien bien sûr. Il n'y a que vous qui pouvez conclure, en fonction de vos objectifs personnels, de votre acceptation du risque lié à la grippe ou de celui lié au vaccin. Vous avez ci-dessus les éléments qui vous permettent de prendre une décision pour vous ou vos proches. Elle sera toujours personnelle et unique. **Sachez que, quelle que soit votre décision, la probabilité que vous soyez confronté à des conséquences graves liées à un mauvais choix est infime.**

Et si le doute vous hante encore, allez voir votre médecin pour en discuter, mais sachez qu'il ne pourra pas décider à votre place. Encore une fois c'est à vous de prendre cette décision.

*Conflits d'intérêts de l'auteur : je n'ai aucun lien l'intérêt personnel et n'ai jamais touché de rémunération de l'industrie des vaccins. Mon épouse travaille chez Sanofi mais hors vaccins. Notez que cette déclaration, obligatoire, est rarement faite par les médecins experts qui s'expriment sur les vaccins contre la grippe.*

### Liens utiles reflétant des opinions variées et parfois contradictoires :

- Grippe [Wikipedia](#)
- Vaccination contre la grippe 2009, [Wikipedia](#)
- [Flutracker](#) : toute l'information disponible.
- Suivi de l'épidémie sur Google [Flutrends](#).
- Suivi de l'épidémie par le réseau [GROG](#).
- En [attendant H5N1](#), par Christian Lehmann
- Le blog d'Antoine Flahault et Jean-Yves Nau sur [Slate](#) (manque la déclaration de conflits d'intérêts)
- Le [dossier](#) de la Revue Prescrire
- La [déclaration](#) de la Ministre de la santé de la Pologne, qui est médecin.

Vous trouverez ci-dessous la liste des 241 premiers médecins ayant souhaité s'associer à cet article. Il n'est plus possible de signer actuellement pour épargner le serveur soumis à un fort trafic. Au 9/12/2009, cet article a été lu 1.180.000 fois.

Vous pouvez poser des questions d'ordre général sous la liste des signataires, mais je ne réponds quasiment plus car presque tout a déjà été dit (voir les anciennes questions/réponses). **Cet article est régulièrement remis à jour au fur et à mesure de la disponibilité de nouvelles données.**

## 241 premiers signataires

Date	Nom
30 novembre	Dr Stephane ANDRIEU
30 novembre	Dr Christine BERTIN-BELOT
30 novembre	Dr OLLIER Philippe
30 novembre	Dr Roseline Péluchon <a href="#">site web</a>
30 novembre	dr bance christian
30 novembre	Dr ROCCA Z
30 novembre	Dr Yves ZERBIB
30 novembre	dr gans
30 novembre	Dr Thierry MUNSCH
30 novembre	dr levy bencheton
30 novembre	Dr Eric Rousseau
30 novembre	dr debu jc
30 novembre	Dr Joëlle LOUVET
30 novembre	Dr Gérard GUYOT
30 novembre	dr billod
30 novembre	Dr Alain CHEBATH
30 novembre	Dr. Gilbert Hummler
30 novembre	Dr J.F. MICHEL
30 novembre	Dr Dussauze Frédéric <a href="#">site web</a>
30 novembre	Dr Dubald Claude
30 novembre	Dr Hubert Beaucour
30 novembre	Drs Anne et Claude COSTE retraités
30 novembre	Dr Alain Freby
30 novembre	Nathalie Fouquet (Dr-es-Science)
30 novembre	Docteur Roger Giraud
30 novembre	dr adeline barba
30 novembre	DR MARTINET christian
30 novembre	Dr Chevallier Patrick
30 novembre	Dr Naudon jean pierre
30 novembre	dr denat olivier
30 novembre	Dr Claire Cheynet
30 novembre	DR REVEL ERIC
30 novembre	Dr LAUNET francois
30 novembre	Dr DUMONT
30 novembre	Dr Philippe NINGRE
30 novembre	Dr Botti <a href="#">site web</a>
30 novembre	Dr TOUCHET Vincent
30 novembre	Dr Olivier VINOT
30 novembre	Dr de Singly Anne Carole
30 novembre	Dr Daniel TARDY <a href="#">site web</a>
30 novembre	Dr BURELLIER Michel
30 novembre	Dr MARIOTTE
30 novembre	Dr Patricia COROLLER
30 novembre	Dr KUPERMINEC-LE BER Martine <a href="#">site web</a>
30 novembre	Dr SCHABEL Christian
29 novembre	Dr LEBRUN Dominique
29 novembre	Dr Carole Maître
29 novembre	Dr Ngo
29 novembre	dr debu jc
29 novembre	Dr BALAGUIER Jean
29 novembre	Dr Philippe Abimelec <a href="#">site web</a>
29 novembre	Dr Claire Wetzel
29 novembre	Dr Lacharme Cécile
29 novembre	Dr. guy lam van
29 novembre	Dr Frederic Leroux
29 novembre	Dr Bruno Lopez
29 novembre	Dr Corinne Perdrix
29 novembre	gerard goldschmidt <a href="#">site web</a>
29 novembre	dr cibiel bertaux <a href="#">site web</a>
29 novembre	Dr pascal GRILLET

29 novembre Dr Alain LE VIGOUROUX  
29 novembre dr debu jc  
29 novembre Dr Denis VALENTIN  
29 novembre Dr TALBOT Richard  
29 novembre Dr BOURGET Nathalie  
29 novembre Dr Christian Ris  
29 novembre Dr Figon Sophie  
29 novembre Dr Michel MARQUIS  
29 novembre Dr MURATET Jean-Michel [site web](#)  
29 novembre Dr Jean-baptiste Rechart  
28 novembre Dr Alfred Meylan  
28 novembre Dr Hoffmann Clara [site web](#)  
28 novembre Dr LE POULLENNEC-PRATZ Dominique  
28 novembre Dr Alain JOYEUX  
28 novembre Dr GILLES Luc  
28 novembre Dr Michel COLOMBÉ [site web](#)  
28 novembre Dr Bruno WISMAN [site web](#)  
28 novembre Dr Patrick Reinhardt  
28 novembre Dr LE VAGUERES Diider  
28 novembre Dr Marc MONDAN  
28 novembre Dr Chiche Claude  
28 novembre Dr Richard Flipo  
28 novembre Dr Jean-Pierre Rageau  
28 novembre Dr Dreyfus Nathalie  
28 novembre Dr Olivier MARCHAND  
28 novembre Dr Pilon  
28 novembre Dr BAUDE Richard  
28 novembre Dr jean-pierre Gaitz  
28 novembre Dr PEROL hugues  
27 novembre Dr NICOT Philippe  
27 novembre Dr Jean Raphaël FABRE  
27 novembre Dr Jean-Christophe BRETON  
27 novembre Dr Didier MERDY  
27 novembre Dr Andréa FERREIRA  
27 novembre Dr Patrice Dumiot  
27 novembre Dr Bachelier Fabaron Florence  
27 novembre Dr NIZIER Philippe  
27 novembre Dr Raillard Noëlle  
27 novembre Dr about  
27 novembre Dr LONCHAMP  
27 novembre Dr Isabelle Chivilo  
27 novembre Dr Christian Bonnet  
26 novembre Dr Martin-Petite MJ  
26 novembre Dr QUESNEY alain  
26 novembre Dr ALAMOWITCH Catherine  
26 novembre dr JM Goré  
26 novembre Dr GAUCHER Phiippe  
26 novembre Dr Philippe Foucras [site web](#)  
26 novembre Dr BOISSERIE Simon  
26 novembre dr lehetet François  
26 novembre Dr Sophie Prévot  
26 novembre Dr julien deteve  
26 novembre Dr Thierry Harvey  
26 novembre Dr Gérard Cohen [site web](#)  
26 novembre dr brigitte GERMAIN  
25 novembre Dr Serge SEGU  
25 novembre Dr Béraud Claude  
25 novembre Dr Lesieur Hugues  
25 novembre Docteur Jérémie CAUDIN de Boulogne on the Beach  
25 novembre Dr Basler  
25 novembre Dr Pascal Eechout  
25 novembre Dr BachJacques  
25 novembre DR BENABDERRAZIK  
25 novembre Dr Serriere [site web](#)  
25 novembre Dr Nathalie Pierlot  
25 novembre Dr Gilles BRUNOT  
24 novembre Dr François CHEENNE

**Dr François DUPONT**

24 novembre **Dr Jean-Jacques MAURICE**

24 novembre **Dr BERTHE Jean-louis**

24 novembre **Menuet JJacques** [site web](#)

24 novembre **Dr POUJOL Anne**

24 novembre **Dr Audran Candice**

24 novembre **Dr Prime Dominique**

24 novembre **Dr PERNIN Dominique**

24 novembre **Dr GAUDARD Florence**

24 novembre **Dr GRIJOL Marianne**

24 novembre **Dr ISNARD Frédérique**

24 novembre **Dr MEKARCHA Pascal**

24 novembre **Dr Ali Teymouri**

24 novembre **Dr Jean-Claude Becker**

24 novembre **Dr Bernard VARIN**

24 novembre **Dr Jean-yves Bachelier**

24 novembre **Dr MALNOURY Brigitte**

24 novembre **Dr Raviez Jean-louis**

24 novembre **Dr Michel BOURGUIGNON**

24 novembre **Dr GUILLAUDEUX Janic**

23 novembre **Dr Michel BANVILLET**

23 novembre **Dr Aubin Sandrine**

23 novembre **Dr Alain Boutry**

23 novembre **Docteur VIALLE Jean-Marc**

22 novembre **Dr Claire Delval**

22 novembre **Dr Ripault** [site web](#)

22 novembre **Dr Bernard MESLE**

22 novembre **Dr AUTISSIER Jean-louis**

22 novembre **dr rosenberg sophie**

22 novembre **Dr Patrick Moutier**

22 novembre **Dr Martine Devries**

22 novembre **Dr Liliane Lam**

22 novembre **Dr de Laubarède**

22 novembre **Dr Laure Vanwassenhove**

22 novembre **Dr Marie Kayser**

22 novembre **Dr Hervé Jung**

21 novembre **Dr Paubert**

21 novembre **dr.SAADA**

21 novembre **Dr Eric Breitschmitt**

21 novembre **Docteur Homerin**

21 novembre **Dr PREBOLIN**

21 novembre **Dr Guillaume HENRY**

21 novembre **Dr Frédéric URBAIN**

21 novembre **dr lefort** [site web](#)

21 novembre **dr anne-marie puyhardy**

21 novembre **DR LASSERRE** [site web](#)

21 novembre **Dr Hervé GUILLAUMOT**

21 novembre **DR ERIC BEDUE**

20 novembre **Dr Bernard Augier (06)**

20 novembre **Dr Patrick POISSON**

20 novembre **Dr Djamel BOUKHARI**

20 novembre **Dr Angelique-Talbot Florence**

20 novembre **Dr GODIN LEBOURG Françoise**

20 novembre **Dr Legroux Charles**

20 novembre **Dr VARVENNE Dominique**

20 novembre **Dr Christian LEHMANN** [site web](#)

20 novembre **Dr Cauvet Alain**

20 novembre **Dr GOMBAUD**

20 novembre **Dr Philippe NEKROUF**

19 novembre **Dr Jean LALEUW**

19 novembre **Dr Henri Gracies** [site web](#)

19 novembre **Dr Bénédicte BLANCHARD-LEMOINE**

19 novembre **Dr Laprais**

19 novembre **Dr Lionel LAMBERT**

19 novembre **Dr Gérard Gastan**

18 novembre **Dr Francis BRAM**

18 novembre **Dr Alfred Spoerry**

18

Dr Philippe MASQUELIER

18 novembre Dr Patrick Jeanmougin  
18 novembre Dr François RIBIERE  
18 novembre Dr Jean Louis Torre  
18 novembre Dr Ph BOUTEILLER  
18 novembre NEVIANS Pierre [site web](#)  
18 novembre DR J.Benoit Chenique  
18 novembre dr oosterlinck jole  
18 novembre Dr Cyril Quémeras (Landerneau) [site web](#)  
17 novembre Dr Louis VAN  
17 novembre Dr Redouté Anne  
17 novembre Dr TREYVE  
17 novembre Dr Jean-Luc Weigel  
17 novembre Dr Philippe Wohrer  
17 novembre Dr Christian HURBAULT  
17 novembre Dr Atlan [site web](#)  
16 novembre Dr Foued Bouzaouache [site web](#)  
16 novembre Dr Bernard CIXOUS  
16 novembre Dr Claude Simonet  
16 novembre moun01 [site web](#)  
16 novembre Dr Sophie Gelbard  
16 novembre dormard catherine  
16 novembre Dr Damien Pollet  
16 novembre dr isabelle dargaisse  
16 novembre CabMedPleudihen [site web](#)  
16 novembre Dr Gérard HAMONIC [site web](#)  
16 novembre Dr Jacques Desbarbieux [site web](#)  
16 novembre Dr LABORDE-PEYRE Xavier [site web](#)  
16 novembre Dr Desnier Claude  
16 novembre Dr Alain GENET  
16 novembre dr cuomo-robert [site web](#)  
16 novembre Dr Jean LARY [site web](#)  
16 novembre BLAIGNAN Jean  
16 novembre Dr Bernard PABION  
16 novembre Dt Thierry Buffel  
16 novembre Dr Loubet dominique  
16 novembre Dr Marc de Bettignies  
16 novembre Dr Grunberg Philippe  
16 novembre Dr FlorenceParichet  
16 novembre Dr Mattera marie-Thérèse  
16 novembre boulongne jean marie(jmb)  
15 novembre Dr Georges Yoram Federmann  
15 novembre Dr Christine BOTTE  
15 novembre Dr Henri OTT  
15 novembre Catherine Zanuttini-Vogt - Valréas (84)  
15 novembre stephane Pertuet  
15 novembre Jean-Bénédict de Saussure

## Notes

[1] Rapport de l'INVS : [Surveillance épidémiologique de la grippe en France : renforcement des systèmes de surveillance - Bilan de la saison 2004-2005](#) page 5

[2] Des résultats anglais récents montrent que la nouvelle grippe A/H1N1 est caractérisée par un grand nombre de formes d'infection sans symptômes : au moins la moitié des personnes touchées par le virus. Elle serait donc à la fois plus souvent bénigne et plus souvent très grave que la grippe H3N2.

[3] Fourchette large issue de l'expérience des médecins de ville

[4] Cité par [l'article de la Revue Prescrire](#), source indépendante et fiable.

[5] La [lourdeur de la procédure de déclaration des effets indésirables en France](#) conduit à une sous-déclaration importante par les médecins, surtout pour les effets indésirables de gravité faible ou modérée. Il est prévu une procédure plus satisfaisante pour le vaccin pandémique avec une possibilité de [déclaration par les patients eux-mêmes](#). Mais en pratique, seuls les effets indésirables graves sont pris en compte.

[6] Lorsqu'un accident est très rare, que ce soit pour la grippe ou pour le vaccin d'ailleurs, il est très difficile de savoir l'accident observé est arrivé à cause de la grippe ou du vaccin, ou du fait du seul hasard, voir [ici](#).

