

Vaccination du personnel de santé

Le personnel soignant, et les médecins en particulier, **doivent** se faire vacciner contre le virus pandémique AH1N1 pour une **raison individuelle** évidente –ils sont plus à risque de contracter la maladie, du fait de leurs contacts fréquents avec les malades– et des **raisons d'intérêt collectif et éthiques** :

- leur indisponibilité temporaire risque de désorganiser le système de soins ;
- s'ils contractent le virus, ils risquent de le transmettre à leurs patients (mais aussi à leur entourage), l'excrétion virale pouvant être beaucoup plus prolongée que le temps nécessaire à la guérison des symptômes : la grippe peut être une infection associée aux soins ;
- enfin, ils représentent, pour les patients, la référence en terme de vaccination, l'immense majorité des patients leur faisant confiance dans ce domaine, comme dans d'autres... ils se doivent de donner l'exemple !

Les réticences exprimées vis-à-vis de la vaccination reposent d'une part sur la réputation de bénignité de la maladie et d'autre part sur les méfiances vis-à-vis des nouveaux vaccins [1-2].

Bénignité de la grippe A (H1N1) ?

Si la fréquence des complications, hospitalisations, décès liés à la grippe A H1N1 est encore mal connue (le dénominateur des cas étant souvent incertain) plusieurs points demeurent :

- en aucun cas, dans les pays où l'épidémie a déjà eu lieu, elle n'est inférieure à la grippe saisonnière, et les professionnels de santé font partie de la population à vacciner en priorité, même pour la grippe saisonnière [3],
- s'agissant d'une pandémie, le taux d'attaque (autrement dit le nombre de cas) sera sensiblement plus élevé que lors d'une épidémie saisonnière,
- le pic épidémique surviendra plus tôt que les années précédentes et n'empêchera probablement pas la survenue ultérieure de l'épidémie de grippe saisonnière,
- enfin, et surtout, le profil des patients graves justifiant une hospitalisation est très différent de la grippe saisonnière : ils sont plus jeunes et n'ont aucune pathologie sous-jacente dans plus d'un tiers des cas [3].

Incertitudes vis-à-vis du vaccin

Quatre inquiétudes ont été mises en exergue :

- Le syndrome de Guillain Barré (SGB): il survient chez 1 à 2 personnes/100000/an, ce risque semblant 10 à 15 fois supérieur dans les semaines suivant une infection grippale. Au contraire, la vaccination contre la grippe saisonnière n'augmente pas le risque de SGB dans des proportions significatives. En 1976, à la suite d'une alerte pandémique avortée, un vaccin A H1N1 d'origine porcine avait été mis au point et utilisé. Ce vaccin a été relié à une augmentation de l'incidence de nouveaux cas de SGB (1 à 3 cas supplémentaires/100000 personnes vaccinées) [4]. Deux hypothèses ont été évoquées : un effet inducteur de SGB de la souche influenza de 1976 ou une contamination bactérienne des œufs utilisés dans la pro-

duction des vaccins en urgence. Il faut souligner que la technologie du vaccin utilisée à l'époque (vaccin entier inactivé) n'est plus la même que celle de l'immense majorité des vaccins actuels [6].

- La rapidité de fabrication du vaccin et le doute sur la qualité des vaccins pandémiques : c'est l'urgence de l'épidémie (qui est malheureusement confirmée) qui a conduit à préparer dans des délais brefs cette vaccination. Malgré cette rapidité de fabrication :
 - o toutes les étapes de contrôle et d'évaluation des vaccins antigrippaux ont été respectées [7];
 - o le vaccin arrivera trop tard pour bon nombre de patients.
- Les adjuvants à base de squalène : la majorité des vaccins pandémiques A H1N1 qui seront distribués en Europe en contiennent [7]. Ces adjuvants ont été introduits dans les vaccins grippaux pour augmenter leur efficacité :
 - o vaccins saisonniers dans certaines populations (sujets âgés et nourrissons) : Gripguard® et Fluad® ;
 - o vaccins contre le virus aviaire H5N1 (on pensait qu'une pandémie était imminente) et pour lesquels les adjuvants s'étaient avérés indispensables.

Plus de 10.000 patients ont été vaccinés par des vaccins contenant des adjuvants, dans des études prospectives randomisées en double aveugle sans qu'aucun problème de tolérance particulier ne soit mis en évidence. Enfin, et c'est l'essentiel, plus de 45 millions de doses de vaccins saisonniers contenant un adjuvant ont été administrées depuis 10 ans sans qu'aucun problème de pharmacovigilance ne soit identifié.

- L'efficacité des vaccins pandémiques : ils remplissent, dès la première dose, tous les critères immunologiques prédictifs d'efficacité, laissant augurer une excellente efficacité clinique. Même si le virus pandémique évolue, il y a de fortes chances qu'il garde plusieurs antigènes identiques et que le vaccin suscite une protection suffisante.

Références

1. <http://www.latribune.fr>
2. <http://www.buzzsante.com/epidemies-pandemies/grippe-ah1n1/vaccination-anti-grippe-a-63-des-infirmieres-sondees-1219.html>
3. ICAAC 2009.
4. Marks J, Halpin T. Guillain-Barré Syndrome in recipients of A-New Jersey influenza vaccine. JAMA 1980;243:2490-4.
5. Sivadon-Tardy V, Orlikowski D, Porcher R et al. Guillain-Barré Syndrome and Influenza Virus Infection. Clin Inf Dis 2009;48:48-56.
6. Lasky T, Terracciano G, Magder L et al. The Guillain-Barré Syndrome and The 1992-1993 and 1993-1994 influenza vaccines. NEJM 1998;339:1797-802.
7. <http://www.emea.europa.eu>