

## Grippe saisonnière : quelle efficacité pour les vaccins actuels ?

Mots clés :  
Grippe hu-  
maine  
Vaccination  
[Influenza,  
Human; Vac-  
cination]

La plupart des vaccins actuels sont fabriqués selon une technique qui date des travaux de 1945 (*Bibliomed 732*), en dépit des avancées récentes en vaccinologie. L'évaluation de leur *efficacité sur l'incidence de la maladie* à partir des essais cliniques (sujets vaccinés vs non vaccinés, *efficacy*), leur *efficacité de terrain* dans les études observationnelles aux nombreux facteurs confondants (*effectiveness*), est difficile (*Bibliomed 737*). L'immunogénicité, étudiée par titrage des anticorps, est le seul critère sur lequel s'appuie la commercialisation des vaccins, mais le lien entre ce titrage et l'immunité conférée n'est pas clairement établi, pas plus que la réalité d'une éventuelle protection indirecte liée à la vaccination de sujets au contact de populations supposées à risque. Une analyse particulièrement documentée du *Center for Infection Disease Research and Policy* américain<sup>1,2</sup> et les travaux de la *Cochrane*<sup>3,4</sup> et autres<sup>5</sup> tentent de clarifier une situation plutôt confuse.

### Protection modeste à insuffisante

La *Cochrane* totalise un grand nombre de travaux sur la grippe<sup>3</sup>. Dans des conditions idéales (vaccin ajusté au virus circulant), il faut vacciner 33 adultes en bonne santé pour éviter un syndrome grippal ; 100 dans des conditions moyennes (vaccin partiellement ajusté), sans que cela réduise le taux d'hospitalisation ou le nombre de jours de travail perdus<sup>4</sup>. La prédominance des essais financés par l'industrie et/ou la réalisation dans des conditions idéales de correspondance virus-vaccin rend cette estimation sans doute optimiste.

La méta-analyse sur laquelle s'appuie le *CIDRAP*, à partir de 17 essais contrôlés et 14 études observationnelles (respectivement 8 et 10 évaluant l'efficacité de la vaccination trivalente contre une *grippe prouvée par virologie*) montre une efficacité globale de 59% (51-67) chez les adultes de 18 à 65 ans<sup>1,2</sup>. Aucun essai n'a inclus d'enfants de 2 à 17 ans ou personnes âgées de plus de 65 ans. L'efficacité de la vaccination par virus atténué (voie nasale) est évaluée à 83% (69-91) chez des enfants de 6 mois à 7 ans (aucun essai entre 8 et 17 ans) dans 9 études observationnelles et 10 essais randomisés. L'efficacité *de terrain* varie considérablement ou disparaît durant certaines saisons grippales.

### ... et surestimée dans les populations « à risque »

Différentes méta-analyses l'ont évaluée chez les enfants sous chimiothérapie anticancéreuse, des patients

atteints de bronchectasies, d'asthme (enfants ou adultes), de BPCO ou de mucoviscidose. Aucune preuve n'y apparaît, pour ou contre la vaccination, ce qui montre l'indigence des données disponibles et la nécessité de nouveaux essais<sup>3,5</sup>. La vaccination des personnes âgées se fait totalement « à l'aveugle » tant les quelques études existantes sont biaisées : la surmortalité totale de la grippe semble de l'ordre de 5 à 10% alors que 30 à 50% sont souvent annoncés, chiffrage surréaliste suggérant que le vaccin serait plus efficace encore pour réduire la mortalité totale hors saison grippale<sup>5</sup> ! Enfin, il n'est pas davantage démontré que la vaccination des personnels de santé ou de l'entourage des personnes âgées protège ces dernières contre une grippe avérée ou ses complications, décès compris<sup>3,5</sup>.

### Vaccination : Industrial ou Evidence Based ?

La vaccination antigrippale fait partie des politiques de santé de nombreux pays, malgré les très nombreuses incertitudes et erreurs rappelées ci-dessus. Le *CIDRAP* souligne que le vaccin antigrippal ne fait pas partie des 15 vaccins qui ont eu un rôle significatif dans la baisse de mortalité infectieuse des 60 dernières années alors qu'il engage chaque année des dépenses directes (coûts du vaccin) et indirectes (promotion) considérables. Le fossé entre *evidence* scientifique et politiques de santé nécessite un retour drastique à l'éthique, hors de l'influence des conflits d'intérêt possibles<sup>1,5</sup>.

### Que conclure pour notre pratique ?

#### La grippe a de rares complications graves, par exemple la pneumonie.

Aucune étude ne confirme cependant que le risque de ces complications est plus élevé chez les patients dont les défenses immunitaires sont plus faibles que celles de l'adulte en bonne santé (âge - jeune ou avancé - grossesse, comorbidités ou maladies particulières...), ni que la vaccination les protège : le lavage de mains, le port de masques et l'éviction des personnes grippées de l'entourage sont les seuls moyens de stopper efficacement la transmission du virus<sup>5</sup>. La rareté des signaux d'effets adverses des vaccins actuels ne suffit pas en soi à justifier une vaccination systématique.

#### De bonnes raisons de dire non, merci, à la vaccination antigrippale ?

Les preuves scientifiques s'accumulent contre le « consensus » qui semble établi... Là encore, le très officiel *CIDRAP* souligne que ce pseudo-consensus donne l'impression d'une vaccination hautement efficace et empêche ou retarde une recherche innovante d'un vaccin « universel » contre la grippe<sup>1</sup>.

#### Références

- 1- *CIDRAP*. The compelling need for game-changing influenza vaccine. October 2012.
- 2- Osterholm MT et al. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2012;12:36-44.
- 3- Sur <http://www.thecochranelibrary.com/details/collection/978807/Influenza-evidence-from-Cochrane-Reviews.html>
- 4- Jefferson T et al. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 7. Edited (no change to conclusions) in Issue 6, 2013.
- 5- Gervas J. A few reasons to say no, thanks, to influenza/flu vaccines (Evidence Based Cochrane reviews versus industrial base CDC and ECDC recommendations). Septembre 2012.