



Extraits du rapport d'étape en date du 1^{er} décembre 2009
libéré en février 2010 par
l'OPECST

(Office parlementaire des choix scientifiques et technologiques)

(cette date du 01 12 2009 est très importante dans la compréhension et l'analyse du rapport)

Auditions de différents acteurs dans cadre du plan de vaccination
de la pandémie dite grippale H1N1.



[RAPPORT COMPLET](#)

Audition de

Mme Marianne Buhler, porte-parole du Réseau Environnement Santé.

Si je m'exprime ici au nom du Réseau Environnement Santé (RES), je suis également praticienne de terrain. En outre, en tant que maire-adjointe en charge de la santé, je participe à l'organisation du centre de vaccination de ma commune.

Il est juste de dire que l'actuelle séquence épidémique a été à son début caractérisée par le scepticisme de nos concitoyens, médecins et personnels paramédicaux compris, quant à la réalité de l'épidémie et quant aux moyens de lutter contre elle. Cette défiance est problématique – que se serait-il passé si nous avions eu affaire à une épidémie de grippe H5N1 ? – et ses causes sont multiples.

Les décisions de santé publique, qu'il s'agisse de celles de l'Organisation mondiale de la santé, de l'Agence européenne de santé ou du groupe d'expertise sur la grippe, en France, se fondent sur l'avis d'experts. Or l'expertise a fait l'objet de nombreuses controverses. Il serait nécessaire de créer une Haute autorité d'alerte et d'expertise et de la charger non pas de réaliser des expertises mais de définir et de faire respecter une déontologie de l'expertise afin de mettre fin aux soupçons qui pèsent sur ces décisions.

En qualité de médecin, j'entends tous les jours des patients me demander s'ils doivent se faire vacciner. Si je suis sincère, ma réponse est que je ne dispose pas d'éléments suffisants pour répondre de façon objective. J'ignore les risques à long terme de la maladie comme du vaccin. J'ignore même la gravité de cette maladie : le bilan de la grippe A dans l'hémisphère Sud montre que son impact n'est pas si important. Comment pouvons-nous, en tant que médecins, juger que les décès liés à l'épidémie actuelle sont plus graves que ceux dus à la grippe saisonnière ? Comme l'a dit mon collègue, ce n'est pas parce que ce sont les vieux qui meurent que c'est moins grave.

Toutes ces raisons rendent extrêmement difficile de répondre aux interrogations du patient. Alors que j'ai passé mon week-end à délivrer des bons de vaccination, je ne sais toujours pas quelles sont les contre-indications du vaccin.

Dans quelle mesure la responsabilité de l'injecteur du vaccin peut-elle être mise en cause en cas de plainte d'une personne victime d'éventuels effets secondaires ? En effet, la réquisition ne le met pas à l'abri des poursuites pénales. L'État n'a pas doté l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), d'un budget spécifique pour indemniser les victimes de cette vaccination. La loi ne protège les médecins qu'en cas de vaccination obligatoire, ce qui n'est pas le cas ici. Il faut donc, soit changer la loi, soit étendre par décret les compétences de l'ONIAM et doter l'office d'un budget dédié à cette vaccination.

En ce qui concerne la réalité de cette épidémie, on parle de trois millions de cas en France. Comment peut-on être sûr de ce chiffre, alors que le test de dépistage, dont le prix est de 95 euros non remboursés, n'est réalisé qu'à l'hôpital et dans des cas très limités ? Comment distinguer en conséquence entre les cas de grippe A et les autres grippes ? En distribuant du Tamiflu *larga manu* sous prétexte de lutter contre ce virus, même dans les cas où on n'est pas sûr qu'il est en cause, ne va-t-on pas créer des résistances à ce médicament ? Même si l'InVS parle de 730 000 consultations pour infection respiratoire aiguë due au virus A(H1N1), on n'a aucune certitude à ce sujet, la plupart de ces cas n'ayant pas fait l'objet d'un test de dépistage.

Je m'interroge, en tant que maire-adjointe, ayant beaucoup travaillé avec la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) à la mise en place d'actions de prévention : quand va-t-on se décider à mettre en place les mesures barrières ? Attendra-t-on la fin de l'épidémie pour utiliser les masques ? Au Japon, les barres et les rampes d'accès sont nettoyées en permanence : que font la RATP, la SNCF ? Que fait-on dans les écoles ?

Nous sommes en pleine schizophrénie : on crée la panique dans l'opinion en diffusant tous les soirs à la télévision des images de jeunes adultes en réanimation faute de s'être fait vacciner. Or ils ne peuvent pas encore se faire vacciner puisqu'ils ne font pas partie des catégories prioritaires ! Des familles dont les parents sont animés par le souci de protéger leurs enfants passent cinq heures dans l'atmosphère confinée d'un centre de vaccination, propice à la propagation du virus. J'y ai vu un nourrisson de sept jours dont la mère venait se faire vacciner ! Or, on ne fait respecter dans ces centres aucune obligation de prévention telle que le port de masques ou un lavage régulier des mains. C'est une situation inacceptable sur le plan sanitaire.

À cette incompréhension quant à l'inapplication des mesures barrières, s'ajoutent des interrogations de santé publique : la lutte contre cette maladie n'entraîne-t-elle pas des dépenses excessives, si on les compare par exemple aux crédits consacrés au Plan cancer ou à la lutte contre d'autres maladies infectieuses ?

Je terminerai par des questions que nous avons coutume de nous poser dans le cadre du RES : **quelles sont les conséquences à long terme, notamment pour les femmes enceintes, d'un vaccin qui comporte notamment un dérivé mercuriel ? On me rétorquera qu'il n'y a pas de réponse à cette question.** Dans ce cas, faut-il vacciner plusieurs centaines de milliers de femmes enceintes alors que le risque, comme le bénéfice, sont difficiles à évaluer ?

Mme Marie-Christine Blandin, sénatrice, co-rapporteuse.

Je veux rassurer les acteurs de terrain qui déplorent le départ d'une grande partie des représentants des pouvoirs publics et des gestionnaires des pandémies.

Audition de

M. Thierry Amouroux, secrétaire général du Syndicat des personnels infirmiers.

Je veux d'abord remercier l'Office de donner la parole aux acteurs de terrain. Ceux-ci ont d'ordinaire du mal à se faire entendre, comme en témoigne ici même le départ précipité des représentants des pouvoirs publics et des experts ès pandémies. Une telle attitude explique à elle seule la difficulté du dialogue et la prise de décisions aussi stupides que la circulaire Hortefeux du 21 août relative aux modalités de vaccination.

Ce n'est pas en tant qu'expert, mais en qualité de praticien de terrain et citoyen que je vais essayer de vous expliquer pourquoi un médecin sur deux et deux infirmières sur trois refusent de se faire vacciner, et pourquoi seuls 20 % du personnel hospitalier se sont fait vacciner.

À écouter les interventions de la table ronde précédente, tout serait blanc ou noir : soit on approuve la vaccination massive de l'ensemble de la population, soit on s'oppose à la vaccination. Nous prônons, nous, la juste mesure : si les personnes à risque doivent impérativement être vaccinées, le reste de la population doit librement choisir entre les rares complications de la grippe et les rares effets secondaires du vaccin avec adjuvant.

On recense trois millions de personnes atteintes par le virus grippal A(H1N1) en France. Selon l'InVS, 461 ont été hospitalisées depuis le début de l'épidémie, dont 92 ne présentaient pas de facteur de risques ; 86 sont mortes, dont 6 sans facteur de risque. De tels chiffres nous inclinent à préférer un calcul du rapport bénéfice-risque à un discours incantatoire et quelque peu infantilisant.

On entend depuis ce matin des discours stigmatisant une prétendue inconscience de l'opinion, une méconnaissance des informations, un déni de la réalité, etc. Or j'observe que la position de la France n'est pas forcément partagée par les autres pays. Ainsi, l'avis émis le 7 septembre par le Haut conseil de la santé publique reconnaît que les six pays qu'il prend en exemple ont des politiques vaccinales différentes. On voit par là qu'il n'y a pas une vérité officielle fondée sur des certitudes scientifiques et que les pratiques changent selon les pays,

notamment en ce qui concerne les groupes à vacciner. Il nous semble d'autant plus important de préserver une logique citoyenne du libre choix éloignée de toute infantilisation.

En outre, il est inacceptable, d'un point de vue éthique, de juger l'épidémie actuelle plus grave que les 6 000 morts victimes de la grippe saisonnière, sous prétexte que ces derniers sont des personnes âgées. La vie humaine a toujours le même prix, qu'il s'agisse d'une personne âgée ou d'un jeune.

Pour les professionnels de terrain, il n'est pas facile de maintenir une position de juste mesure entre les deux gros lobbys que sont l'industrie pharmaceutique et les ligues antivaccinales. Autre difficulté, nous avons affaire à des cas particuliers : il s'agit de conseiller le patient en fonction de ses intérêts personnels, et non de lui appliquer une logique de masse. Or le face-à-face entre le soignant et le soigné est encore compliqué en France par une mémoire collective marquée par le scandale du sang contaminé ou l'affaire de l'hormone de croissance.

La mise à l'écart des professionnels de terrain de la prise des grandes décisions aboutit aux aberrations de la fameuse circulaire Hortefeux du 21 août sur l'organisation des centres de vaccination. À l'origine, celle-ci dispensait de consultation médicale les personnes n'ayant mentionné aucun facteur de risque. Les protestations des professionnels de santé ont permis de corriger cet aspect de la circulaire.

Ce texte prévoyait également le rythme d'une vaccination toutes les deux minutes. Une cadence aussi infernale ne convient qu'à la médecine vétérinaire. Les délais d'attente dont certains se plaignent aujourd'hui prouvent néanmoins qu'on traite les patients comme des êtres humains, dignes qu'on leur consacre du temps, et non comme un troupeau à vacciner à la chaîne. Il est également important d'expliquer que la « paperasserie » imposée aux patients permet d'assurer la traçabilité, dans leur propre intérêt.

La circulaire fractionnait enfin l'acte de vaccination, un agent devant préparer l'injection, un second procédant à l'injection, et un troisième rédigeant la fiche de traçabilité. À l'hôpital, où la même personne doit obligatoirement réaliser les trois étapes, une telle procédure relèverait de la faute professionnelle. L'absence de toute concertation avec les professionnels de terrain explique l'édiction de ce genre de circulaires totalement inadaptées et l'impuissance à mobiliser des professionnels qui se refusent à travailler dans de telles conditions.

S'il y a une leçon à tirer de cette campagne, c'est bien la nécessité de ne pas laisser la technostructure décider seule et de consulter les professionnels de terrain, ceux qui sont au plus près des besoins.