



Quelles leçons tirer d'une Campagne de Vaccination en cas de PANDÉMIE ?

Rencontres présidées par

Yves BUR

Député du Bas-Rhin
Rapporteur du PLFSS (recettes et équilibre général)

et

Jean-Pierre DOOR

Député du Loiret
Co-rapporteur de l'OPECST sur la gestion des
pandémies

sous le haut-patronage de

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Ministre de la Santé et des Sports



SOMMAIRE

PRÉSENTATION DES INTERVENANTS	3
OUVERTURE	9
• Yves BUR , député du Bas-Rhin, rapporteur du PLFSS	
LES VACCINS : UNE RÉPONSE SANITAIRE EFFICACE ET PLEINE D'AVENIR	10
• Didier HOUSSIN , directeur général de la Santé	
• Joël GAUDELUS , comité technique de vaccination	
• Pierre LEVY , maître de conférences à l'université Paris Dauphine	
COMMENT GAGNER LA CONFIANCE DU GRAND PUBLIC ?	17
SYNTHÈSE DES TRAVAUX DE LA MATINÉE	29
• Paul BLANC , sénateur des Pyrénées-Orientales	
L'OUTIL RÉGLEMENTAIRE ET INDUSTRIEL FRANÇAIS EST-IL ADAPTÉ EN CAS DE PANDÉMIE ?	30
VACCINS : RÉUSSIR LE DÉFI DE LA SOLIDARITÉ	36
SYNTHÈSE DE LA JOURNÉE	41
• Yves BUR , député du Bas-Rhin, rapporteur du PLFSS	
REMERCIEMENTS	42



PRÉSENTATION DES INTERVENANTS

Paul BLANC



Médecin de formation, Paul BLANC est élu sénateur des Pyrénées-Orientales en septembre 1992. Très tôt engagé dans l'insertion des personnes handicapées dans son canton et sa commune de Sournia, il crée un " Centre d'aide par le travail " bientôt suivie par une maison d'accueil spécialisé. Il est sénateur des Pyrénées-Orientales depuis le 2 octobre 1992. Il est aussi, secrétaire de la commission des affaires sociale depuis le 5 octobre 2001, membre de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, membre de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé et maire de Sournia depuis 2001. Il a été au cours de sa carrière maire de Prades de 1989 à 2001 et conseiller général des Pyrénées-Orientales jusqu'à 2004.

Yves BUR



Docteur en chirurgie dentaire, Yves BUR est maire de Lingolsheim et député du Bas-Rhin depuis 1995. Membre de la commission des affaires culturelles, sociales et familiales, il préside le groupe d'études sur le médicament et les produits de santé. Rapporteur recettes et équilibre général du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour la commission des affaires culturelles, il est également membre titulaire de la commission des comptes de la Sécurité sociale, membre titulaire du Conseil de surveillance du fonds de réserve pour les retraites et membre titulaire du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. Dans le cadre de la commission des affaires sociales, il a présidé la mission d'information sur les agences régionales de santé et a été désigné rapporteur de la mission d'information sur les exonérations sociales.

Jean-Pierre DOOR



Cardiologue, Jean-Pierre DOOR est maire de Montargis et député du Loiret. À l'Assemblée nationale, il est secrétaire de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, membre de l'office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques et de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé et président du groupe d'études sur la santé. Membre de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, il est rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'assurance maladie.



Daniel FLORET



Pédiatre, Daniel Floret est professeur à l'Université Claude Bernard Lyon1 et chef de service à l'Hôpital femme-mère-enfant à Bron. Sa carrière hospitalière et académique a été axée sur la réanimation pédiatrique, et particulièrement la prise en charge des maladies infectieuses graves de l'enfant. Il a été ainsi un des fondateurs et président des sociétés française et européenne de réanimation pédiatrique et de pathologie infectieuse de l'enfant. Son investissement en vaccinologie et santé publique l'ont amené à être expert auprès de l'AFSSAPS de 2000 à 2009, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France de 2002 à 2007 et depuis 2007, président du Comité technique des vaccinations auprès du Haut conseil de la Santé publique.

Joël GAUDELUS



Professeur de pédiatrie à l'université Paris XIII depuis 1984 et chef du service de pédiatrie de l'hôpital Jean Verdier à Bondy en Seine-Saint-Denis depuis 1989 ; Joël Gaudelus a par ailleurs une activité de conseil sur les politiques de prévention chez l'enfant au Conseil général de la Seine-Saint-Denis. Il est membre du Comité technique des vaccinations depuis 1998.

Hervé GISSEROT



Senior vice-président et président du laboratoire GlaxoSmithKline France, depuis juin 2008, Hervé Gisserot était depuis 2005, directeur général en charge des opérations commerciales de la filiale allemande de Sanofi-Aventis. Auparavant, il a travaillé 4 ans pour Sanofi-Aventis aux états-Unis au sein du Marketing Global, puis de la filiale américaine. Il a également travaillé pour Sanofi-Aventis en France pendant 4 ans en tant que responsable des Business Units. Auparavant, Hervé Gisserot avait travaillé pendant 12 années pour le Groupe Fournier à différents postes tant en France qu'à l'étranger. Il est diplômé de la section service public de l'Institut d'études Politiques de Paris ; il a également suivi le cursus de General Management de l'INSEAD.

Emmanuel HIRSCH



Professeur d'éthique médicale et directeur du département de recherche en éthique de l'Université Paris-Sud XI, Emmanuel Hirsch dirige l'Espace éthique de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris depuis 1995. Cet espace est l'un des trois centres collaborateurs pour l'éthique de l'Organisation mondiale de la santé. En 2006, il a créé la Plateforme de réflexion " Pandémie, grippale, éthique et société ", désormais considérée comme un pôle de référence dans les approches actuelles de la pandémie. Il est aussi membre du comité d'éthique de l'INSERM et du conseil scientifique de la caisse nationale d'assurance maladie. Il a été membre du conseil supérieur de la sûreté et de l'information nucléaires, du conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Après avoir présidé une importante association de lutte contre le sida (ARCAT-SIDA), il est actuellement président de l'Association nationale de recherche sur la sclérose latérale amyotrophique (Arsla) et vice-président du Centre de recherche et de formation sur l'accompagnement de fin de vie.



Didier HOUSSIN



Directeur général de la santé et délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire depuis 2005, Didier Houssin a été interne et chef de clinique assistant des hôpitaux de Paris, puis chargé de recherche à l'Inserm. Il est professeur de chirurgie digestive à l'Université René Descartes-Paris 5. Il a été directeur général de l'établissement français des Greffes de 1994 à 2003 et chef du service de chirurgie de l'Hôpital Cochin de 1998 à 2003. De 2003 à 2005, il a été directeur de la politique médicale, Assistance publique - Hôpitaux de Paris. Enfin, de 2001 à 2004, il a été vice-président (Conseil scientifique) de l'Université René Descartes - Paris 5.

Marie-Paule KIENY



Directrice de l'Initiative pour la recherche vaccinale à l'OMS, le Dr Marie-Paule Kieny est diplômée d'économie en 1977, et obtient un doctorat en microbiologie. Elle a mené une carrière distinguée dans le domaine de la recherche et du développement, en particulier en milieu industriel. Elle est membre de nombreux comités scientifiques consultatifs et a publié plus de 250 articles, principalement dans les domaines des maladies infectieuses, de l'immunologie et de la vaccinologie.

Odile LAUNAY



Maître de conférence en maladies infectieuses à l'Université Paris Descartes, le Dr Odile Launay coordonne à l'hôpital Cochin le CIC de vaccinologie Cochin Pasteur, seul centre de recherche clinique français dédié à la vaccinologie. Au sein du CIC et en collaboration avec les services cliniques du site, elle a développé une thématique de recherche portant sur la vaccination des personnes ayant un système immunitaire modifié (âges extrêmes de la vie, patients infectés par le VIH, patients traités par immunosuppresseurs.....). Membre du Comité Technique des vaccinations depuis 2007, elle préside le groupe de travail sur la vaccination des immunodéprimés.

Pierre LEVY



Maître de Conférences en économie à l'université Paris-Dauphine, Pierre LEVY co-dirige le Master "économie et gestion de la santé" ainsi que le nouveau Master "économie et management de la santé publique dans les pays en développement". Membre de différents groupes d'experts et groupes de travail (HAS, INCA, AFSSET, Collège des Economistes de la Santé), il est spécialiste de l'évaluation économique des programmes de santé, et a réalisé de nombreuses évaluations dans différentes aires thérapeutiques.



Jean MARIMBERT



Directeur général de l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) depuis le 16 février 2004, Jean MARIMBERT, Conseiller d'état, a été notamment directeur général de l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) de 1990 à 1991 puis président de l'Agence française du sang entre 1993 et 1995. Il a ensuite occupé le poste de directeur des relations du travail au ministère du Travail et des Affaires sociales de 1995 à 2000. De 2001 à 2003, il a exercé la fonction de directeur général de l'Autorité de régulation des télécommunications, avant de rejoindre l'Afssaps en février 2004.

Brice de la MORANDIÈRE



Directeur général de Sperian Protection depuis avril 2009, Brice de La Morandière est diplômé de l'Institut d'études politiques (IEP) de Paris, titulaire d'une licence en droit et d'un diplôme d'études approfondies en management stratégique. Il a rejoint le groupe Christian Dalloz en 1997, en qualité de directeur financier, après un parcours international chez Carnaud/Metalbox. À ce titre, il participe notamment à l'opération de fusion avec le groupe Bacou en 2001. En janvier 2005, ses responsabilités sont élargies et intègrent également l'ensemble de la fonction informatique du Groupe. Dès juin 2006, il est nommé Executive Vice-President, avec, en outre, la responsabilité des activités de protection du corps, puis directeur général adjoint en août 2008.

Martine PEREZ



Médecin de formation, rédactrice en chef chargée de la science et de la médecine, ainsi que du supplément santé, Martine PEREZ est spécialiste des crises sanitaires, elle a couvert pour le Figaro, les grandes affaires de santé publique, comme celle du sang contaminé, de la vache folle, de l'hormone de croissance, de la canicule. Elle a également rédigé plusieurs livres sur des grandes questions de santé publique, notamment sur le traitement hormonal de la ménopause, la douleur, le cancer de la prostate...

Christian PERRONNE



Docteur en médecine et titulaire d'un doctorat d'état en biologie humaine, Christian PERRONNE est titulaire de diplômes de bactériologie et de virologie de l'Institut Pasteur, professeur des universités et praticien hospitalier en maladies infectieuses et tropicales depuis 1994 à l'Hôpital universitaire Raymond Poincaré de Garches. Il est actuellement enseignant à la Faculté de médecine Paris Ile-de-France Ouest. Christian Perronne a été président du Comité technique de vaccinations de 2001 à 2007 et président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section maladies transmissibles, de 2001 à 2007. Il est actuellement président de la Commission spécialisée maladies transmissibles du Haut conseil de la Santé publique. Aussi il a été président du collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales de 2007 à 2009 et est actuellement vice-président du Collège. Il est secrétaire général de la Fédération française d'inféctiologie créée en septembre 2009. Il est membre du Conseil national des universités (président de la sous section pathologies infectieuses et tropicales) et est vice-président du groupe ETAGE (European Technical Advisory Group of Experts on Immunization) à l'Organisation mondiale de la santé.



Jean Luc PREEL



Député de la Vendée, rapporteur de la commission d'enquête sur la gestion de la grippe A (H1N1), Jean-Luc PREEL est aussi vice-président de la commission des affaires sociales, membre de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, membre de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé et co-président du groupe d'études " conjoints survivants ". Il a été au cours de sa carrière politique conseiller général de la Vendée de 1985 à 1992 et conseiller régional des Pays de Loire de 1992 à 1998. Il s'est investi aussi dans d'autres engagements en étant membre titulaire du conseil de surveillance de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et membre titulaire du conseil de surveillance de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

Emmanuelle QUILES



Ingénieure et universitaire en biotechnologie, Emmanuelle Quilès est Présidente de Pfizer en France et Directrice de la Business Unit produits de spécialité depuis octobre 2009. Après un parcours au sein de Rhône-Poulenc-Rorer, Pierre Fabre et Genetics Institute, Emmanuelle Quilès a intégré Wyeth Pharmaceuticals France en 1998, où elle a occupé différents postes dont la direction des opérations biotechnologies avant de prendre la Présidence de la société en novembre 2007.

Bernard REGNIER



Professeur à l'Université Paris 7 et responsable du service de réanimation médicale et infectieuse de l'hôpital Bichat (Assistance Publique Hôpitaux de Paris), Bernard Régnier a été membre de plusieurs commissions du ministère de la santé, notamment dans le domaine des médicaments anti-infectieux et dans celui des infections nosocomiales. Il a participé, depuis 2005, à des groupes de travail dans le cadre du plan pandémie grippale. Secrétaire de la Commission d'éthique de la SRLF (Société de réanimation de langue française), il a collaboré avec l'espace éthique de l'AP-HP pour la réalisation, pendant l'été 2009, d'une enquête sur la perception de la vaccination pandémique par les professionnels de santé.

Roger RUA



Secrétaire général du Syndicat des médecins libéraux depuis 10 ans, le Dr Roger RUA est aussi médecin du sport, notamment de l'équipe de France de Basket. Installé à Rueil-Malmaison depuis 1980 en libéral, il fut hospitalier à mi-temps dans un service d'urgence de l'AP-HP pendant 25 ans, fondateur d'une association de formation médicale continue, et directeur d'une AGA.



Alain SABOURAUD



Directeur Général Délégué en charge des Affaires Pharmaceutiques et Pharmacien Responsable de Sanofi Pasteur France depuis juillet 2004, Alain SABOURAUD obtint en 1991 son diplôme de Docteur en Pharmacie à l'Université R. Descartes à Paris V, France et son doctorat d'Université dans les spécialités Toxicologie et Pharmacocinétique. Après un an en tant qu'ingénieur de recherche à l'INSERM et enseignant vacataire, il rejoint en 1993 Pasteur-Mérieux comme responsable du service Contrôle Qualité à Marcy l'Etoile, France. En 1997 et 1998, il travaille au CDC (Center for Disease Control and Prevention) d'Atlanta comme chercheur invité. Entre 1998 et 2004, il prend en charge la direction du Contrôle Qualité des produits en développement d'Aventis Pasteur. Il participe aux travaux du Groupe vaccins de la Pharmacopée Européenne de 2003 à 2007.

Christian SAOUT



Président du Collectif interassociatif sur la santé depuis 2007, Christian SAOUT est également président d'honneur de AIDES. En outre, il préside la conférence nationale de santé depuis 2006 et est membre des conseils d'administration de l'INSERM, de la CNAMTS, ainsi que du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Il est également membre de l'Observatoire national des professions de la santé depuis 2009 et de la mission Legmann, nommé début 2010.

Robert SEBBAG



Vice-président Accès au Médicament chez Sanofi-Aventis, le Dr. Sebbag a travaillé à Bruxelles pour " l'European pharmaceutical industry association " (EFPIA) avant d'entrer chez Sanofi-Aventis. Il était chargé de construire une plateforme de communication pour toutes les entreprises pharmaceutiques implantées en Europe. Précédemment, il avait occupé le poste de Senior vice-president communications chez Aventis Pasteur (aujourd'hui Sanofi Pasteur), un laboratoire spécialisé dans les vaccins. En plus de ses activités au sein de l'industrie pharmaceutique, il est attaché des hôpitaux de Paris (maladies tropicales, parasitaires et Sida) et chargé de cours à l'université de Paris VI. Le Dr. Sebbag est aussi administrateur de la Croix Rouge Française et a participé à de nombreuses missions humanitaires dans les Pays du Sud. Il est docteur en médecine spécialisé en médecine tropicale et parasitaire, et a une formation en psychiatrie.



OUVERTURE

Yves BUR

Député du Bas-Rhin, rapporteur du PLFSS

Il me revient l'honneur d'ouvrir ces *deuxièmes rencontres parlementaires sur les vaccins*. Lorsque nous avons inauguré nos premières rencontres, il y a un an, personne n'aurait imaginé que la vaccination deviendrait aussi vite un enjeu de société autour duquel des débats passionnés seraient engagés aussi bien dans la sphère scientifique, politique que populaire.

Notre présente journée de travail préfigure tous les travaux de ceux qui vont analyser dans les mois à venir la campagne vaccinale contre la grippe A H1N1 pour tenter d'en tirer tous les enseignements utiles pour améliorer la réponse que nous pouvons apporter au défi des pandémies, hélas toujours possibles. Les commissions d'enquête parlementaire ont entamé leurs travaux sur un sujet qui fait polémique mais qui mérite un travail de fond au regard des risques sanitaires pour la population pour analyser, décortiquer et éclairer les choix stratégiques qui ont orienté la campagne vaccinale contre le virus grippal A H1N1.

Avec le recul nécessaire, nous devons aider les Français à comprendre ce qu'il s'est passé car il y va de la santé publique des Français face à un risque épidémique. Rien ne serait pire que de laisser sans réponse les interrogations et les inquiétudes que portent les Français sur la gestion de la pandémie qui heureusement ne s'est pas transformé en tragédie sanitaire. Rien ne serait pire que de laisser le doute sur la vaccination et d'entamer la confiance qui permet à notre pays de compter sur une couverture vaccinale élevée.

Nous assistons aujourd'hui à une montée en puissance du doute accordé au progrès médical, et plus largement la mise en question de l'autonomie des décisions des experts face aux firmes pharmaceutiques. Comment en sommes-nous arrivés à une méfiance irrationnelle face à la vaccination ? Comment certains professionnels de santé en sont-ils venus à partager cette défiance alors qu'ils revendiquaient le droit de vacciner leurs patients ? Dans ce contexte, il nous revient d'analyser les stratégies de communication ainsi que le rôle des médias et de l'Internet.

Au-delà de la polémique qui fait rage autour de l'expertise et de son indépendance vis-à-vis de l'industrie du médicament, nous devons nous interroger pour déterminer si la France est réellement en mesure de faire face à une pandémie majeure. Personne ne doit remettre en cause les acquis de santé publique qu'ont permis les vaccins. Ceux-ci sont souvent banalisés au sein de l'opinion publique qui les considère alors d'utilité moindre.

En matière de vaccination, nous avons une responsabilité partagée. Il convient d'y réfléchir pour protéger et promouvoir la vaccination contre les forces irrationnelles qui tentent de la déstabiliser. J'espère que cette journée pourra y contribuer.



LES VACCINS : UNE RÉPONSE SANITAIRE EFFICACE ET PLEINE D'AVENIR

I. UNE RÉPONSE EFFICACE : BILAN DE LA VACCINATION CONTRE LA GRIPPE A ET PRÉCONISATIONS

Didier HOUSSIN

Directeur général de la Santé

La campagne de vaccination a été inédite par son délai de préparation, son ambition, les contraintes auxquelles elle était soumise et les débats qu'elle a soulevés. Cette campagne a été préparée dès la fin du mois d'avril mais certains éléments de préparation préexistaient. En effet, dans le cadre de la menace liée au virus H5N1, la France avait passé deux contrats avec des industriels pour réserver des vaccins et avait mis en place des outils d'information dont le site Internet " Pandémie grippale " .

Sous forte contrainte, notamment la présentation du vaccin en multidoses, il a fallu rapidement définir une stratégie vaccinale, acquérir des vaccins, préparer l'organisation d'une campagne de vaccination, définir un ordre de priorité de la vaccination, préparer le suivi de la campagne et informer le public et les professionnels. Nous avons voulu que les décisions soient séquentielles et appuyées systématiquement sur l'expertise (Institut de veille sanitaire, Comité de lutte contre la grippe, Haut Conseil de santé publique, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps)).

La stratégie visait deux objectifs. Le premier d'entre eux était de tenter de stopper l'épidémie. Nous savions que cet objectif était assez peu réaliste, compte tenu de la cinétique prévisible de l'épidémie et des délais de livraison des vaccins. Notre deuxième objectif était d'assurer une protection individuelle la plus large possible en proposant la gratuité de la vaccination et une disponibilité suffisante de vaccins.

Notre préoccupation a été de sécuriser la vaccination. C'est la raison pour laquelle le gouvernement n'a pas retenu l'hypothèse de l'utilisation de vaccins sans autorisation de mise sur le marché. Parallèlement, compte tenu des inquiétudes qui se faisaient jour autour de la sécurité des vaccins, un plan de pharmacovigilance renforcée a été déployé par l'Afsaps pour connaître le niveau de sécurité de l'utilisation de ces vaccins. Dans le même temps, nous avons eu la volonté de respecter les libertés individuelles et nous n'avons pas obligé à la vaccination.

Nous avons aussi souhaité connaître de manière précise la couverture vaccinale et le dispositif des bons et leur traçabilité a permis de remplir cet objectif.



Les contraintes ont été aussi liées à des incertitudes sur de nombreux aspects, dont la cinétique et la gravité de l'épidémie, les délais et quantités des livraisons, les délais d'obtention des autorisations d'utilisation, la possibilité d'utilisation d'une seule injection. Ces contraintes ont été allégées par la bonne volonté et l'engagement de beaucoup d'acteurs, dont les professionnels volontaires des centres de vaccination, les industriels qui ont fait des efforts pour produire le plus rapidement possible les vaccins et le dispositif interministériel qui a permis de mobiliser le dispositif territorial autour des Préfets.

En dépit du travail de communication qui a été mené, il faut reconnaître que des explications contradictoires - parfois portées par des médecins eux-mêmes - sont venues compliquer ce travail sous-entendant que les vaccins étaient dangereux, la vaccination inutile, qu'il existait un complot, que les experts étaient manipulés par l'industrie, et que cette opération avait pour objet de porter atteinte aux libertés individuelles.

La campagne de communication a débuté quelques semaines avant le pic pandémique. Près de 6 millions de vaccinations ont été effectuées pour une couverture vaccinale un peu inférieure à 10%. Cette couverture vaccinale faible n'est pas spécifique à la France. Des niveaux identiques ou inférieurs ont été observés en Italie, en Allemagne, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas entre autres. En Suède, Norvège et Canada, en revanche, une couverture vaccinale de 60 à 70% a été constatée, mais ce sont des exceptions. Par ailleurs, il faut rappeler que les vaccins se sont révélés sûrs, malgré les craintes exprimées. En aucun cas, la balance bénéfique/risque de la vaccination n'a été remise en cause par des données de pharmacovigilance.

Quels enseignements pouvons-nous tirer de ce premier bilan ?

La légitimité de l'expertise a été questionnée. Dans le cadre de la loi de 2002, les experts sont aujourd'hui astreints à une déclaration publique d'intérêt. Les organismes ont mis en place des procédures de gestion des conflits d'intérêt. Doit-on faire plus pour contrôler les liens d'intérêt dans le champ de la santé publique ? Doit-on mettre en place une autorité de contrôle des liens d'intérêt ?

Nous devons aussi nous interroger sur le décalage des connaissances entre le champ de la virologie et le champ de l'immunologie. Alors que les données virologiques ont vite été précises, nous savons toujours peu de choses du niveau d'immunité des personnes face à ce virus. Ce décalage nous a posé un problème.

Lors des travaux de révision du plan de pandémie grippale en 2008, l'OMS avait envisagé la possibilité de mettre en place un critère d'appréciation de la gravité, mais y avait renoncé compte tenu de la difficulté à le faire en temps réel sur un plan mondial. Cette question doit cependant être réanalysée.



Cette pandémie doit nous conduire aussi à revoir le travail de planification. Le rapport d'étape de l'Opecst évoquait l'idée que le plan pourrait être plus nuancé autour de la phase 5. Cependant, ce plan n'avait rien d'automatique mais proposait simplement des modalités d'actions qui pouvaient être appliquées ou déclinées suivant les circonstances. Ceci n'a probablement pas assez été perçu. Dans le cadre des travaux que nous menons avec le SGDN, nous envisageons que ce plan devienne aussi un guide pour l'action, sans doute en le présentant de manière différente.

A l'heure d'Internet, il ne suffit pas de s'appuyer sur des sites, ni qu'ils soient bien référencés. Il faut aussi pouvoir argumenter. Or, je ne pense pas qu'aujourd'hui les autorités sont à même de remplir cette tâche.

Si le travail de concertation au niveau européen a été précoce et intense, la concertation sur l'acquisition des vaccins doit être améliorée. Ceci pose plus globalement le sujet de la recherche-développement dans le champ des contre-mesures médicales face à des menaces sanitaires de grande ampleur.

Nous devons aussi évoquer la question des ressources humaines mobilisées pendant la campagne de vaccination. En effet, même si la réquisition a offert un cadre d'intervention juridiquement sécurisé, et si l'EPRUS a offert un cadre d'emploi et de rémunération à près de 10 000 personnes, la question mérite un examen attentif. Comment assurer de recours aux ressources humaines dans de bonnes conditions alors que la crise est de longue durée ?

Je terminerai par quelques mots sur l'efficacité. De nombreuses actions pendant cette campagne ont été efficaces, mais peut-on dire que les vaccins étaient efficaces ? La réponse est positive selon les critères de l'EMA. Toutefois, des études précises devront être menées en population pour juger le niveau d'efficacité préventive. Peut-on dire que la campagne a été efficace ? Si l'on en juge par la couverture vaccinale, cette efficacité est sans doute très partielle.

Toutefois, le résultat principal est que le niveau de mortalité a été faible (environ 300 décès). Même si une publication récente souligne que la pandémie 2009 a eu un impact plus important qu'on le pense, si l'on juge en termes d'années de vie perdues, car elle a surtout touché des personnes jeunes, il est vraisemblable que les mesures d'hygiène, la fermeture des classes au bon moment la vaccination et le traitement précoce par des antiviraux des malades ont été des facteurs d'efficacité.



II. UNE RÉPONSE QUI DOIT ÊTRE AMÉLIORÉE : LA VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE

Joël GAUDELUS

Membre du comité technique de vaccination

La rougeole est une maladie virale, ubiquitaire et très contagieuse. Le coefficient de reproduction de la maladie est de 17 pour la rougeole et inférieur à 3 pour la grippe. Cette maladie est parfois compliquée et peut être mortelle. En 2000, 733 000 morts ont été estimés dans le monde contre 168 000 en 2008.

C'est une maladie à déclaration obligatoire en France depuis 2005. Nous disposons d'un vaccin contre cette maladie. Ce vaccin est combiné à la rubéole et nécessite deux doses de vaccin. Je rappelle que la deuxième dose n'est pas un rappel mais elle est nécessaire car seuls 90 % des enfants font des anticorps après la première dose. Le niveau de couverture vaccinale requis, du fait de la contagiosité de la maladie, est de l'ordre de 95 %. Cette vaccination figure dans le calendrier vaccinal depuis 1983 avec une deuxième dose introduite en 1996. Au-delà de la vaccination des enfants et nourrissons, la France prévoit un rattrapage pour les adultes jeunes qui n'auraient pas été correctement vaccinés avec deux doses de vaccin pour tous les sujets nés après 1992 et une dose chez les sujets nés entre 1980 et 1992. Des recommandations ont aussi été ajoutées plus récemment à l'adresse des professionnels de santé.

Les objectifs sont ambitieux mais il est nécessaire de les atteindre pour éliminer la maladie. Le vaccin montre son efficacité par la diminution du nombre de cas. La couverture vaccinale à 24 mois pour une dose est de 87 % en 2005 et estimée autour de 90 % en 2008. Ce niveau de couverture vaccinale reste insuffisant pour éradiquer la maladie. D'après les enquêtes scolaires, seul un enfant sur deux a reçu sa seconde dose de RRO. En outre, la situation est hétérogène suivant la géographie. Globalement, nous pouvons dire que la vaccination est moins importante dans le sud et dans l'ouest de la France.

Les données épidémiologiques de 2009 font état de 1 525 cas déclarés contre 604 cas en 2008, soit un taux d'incidence de 2,47/100 000 en 2009 contre 0,96/100 000 cas en 2008. 15 départements seulement n'ont pas déclaré de cas en 2009. Les données 2009 démontrent que l'incidence la plus importante touche les enfants de moins de deux ans. Les enfants de moins d'un an entrent pour 8 % des cas de rougeole. Les plus de 20 ans représentent aujourd'hui 23 % des cas. Le taux d'hospitalisation chez les plus de 20 ans est de 50 %. Ces résultats sont le fruit d'une couverture vaccinale importante. Ils tiennent aussi au fait que les non vaccinés rencontrent moins souvent le virus de la rougeole.



Pour conforter l'efficacité du vaccin, soulignons que 83,5 % des rougeoles en 2009 concernaient des sujets non vaccinés. 13 % des victimes de rougeoles n'avaient reçu qu'une dose. Par ailleurs, ces rougeoles surviennent surtout dans des collectivités scolaires et dans les communautés des gens du voyage qui ne sont pas vaccinés.



III. UNE RÉPONSE PLEINE D'AVENIR : QUELS VACCINS À VENIR ? À QUELLES CONDITIONS ?

Pierre LEVY

Maître de conférences à l'université Paris Dauphine

Plus de 200 vaccins sont aujourd'hui en cours de développement. Ce sont des vaccins prophylactiques mais aussi des vaccins thérapeutiques. Ils sont de plus en plus issus du génie génétique mais sont aussi portés par des établissements publics et des laboratoires privés. Dans ce domaine, l'Europe est fort bien dotée ce dont nous nous félicitons.

Les vaccins traditionnels ont permis une diminution très sensible de la mortalité mais il demeure des poches de sous-vaccination. Quant à eux, les vaccins les plus récents sont encore assez largement sous-utilisés et leur est associée une mortalité associée relativement importante. En conséquence, il ne suffit donc pas de disposer de nouveaux vaccins. Les dernières données de l'OMS montrent que 23,5 millions d'enfants de moins de 5 ans ne sont pas immunisés contre les antigènes de base en 2008 dont 500 000 enfants en Europe. La mortalité reste donc forte, avec 1,4 million de décès évitables chez les enfants de moins de 5 ans si les vaccins disponibles étaient utilisés. Les inégalités de santé dans ce domaine persistent voire s'aggravent à l'intérieur de chaque pays. La mortalité infantile évitable par l'utilisation des vaccins est supérieure de 50 % en zone rurale par rapport aux zones urbaines. Le niveau d'éducation des mères joue un rôle important en la matière. En outre, la pauvreté demeure la principale source d'inégalités puisque les enfants les plus pauvres ont une mortalité qui est 2,5 fois plus élevée que les enfants les plus riches.

L'évolution des systèmes de santé doit être prise en compte dans les stratégies vaccinales. Le patient ne doit plus être considéré comme un acteur passif de soins mais comme un acteur responsable de l'entretien de son capital santé, c'est-à-dire qu'il faudrait partir de la demande plutôt que de l'offre pour bâtir des stratégies vaccinales et donc financer des travaux pour mieux connaître cette demande. Il est notamment essentiel de mieux connaître la perception des risques par la population. En ce sens, il faut mieux connaître l'hétérogénéité de la population. Un message unique vers le grand public va-t-il suffire ? Faut-il diversifier ces messages en fonction des populations ? *Quid* de la médiation entre les patients et les systèmes de soins même si les généralistes semblent plébiscités par le grand public ? La gratuité suffit-elle ? Peut-être négligeons-nous aussi le poids de certains facteurs économiques.

Pour définir des stratégies vaccinales efficaces et efficientes, nous devons prendre en compte des paramètres comme le ciblage de la population, le conditionnement des vaccins (flacon unidose ou multidoses), le mode



d'administration (par les généralistes, par les centres de vaccination, via la médecine du travail), les mécanismes incitatifs comme les CAPI, les outils de gestion des risques plus élaborés et plus formalisés.

En 2001, devant le risque d'épidémie de fièvre jaune à Abidjan, les autorités ont administré 2,6 millions de doses de vaccin en dix jours. Nous pouvons nous demander pourquoi ce qui est possible là bas ne l'est pas chez nous. Une partie de réponse pourrait être apportée par les sciences sociales qui sont peut-être trop négligées aujourd'hui.



COMMENT GAGNER LA CONFIANCE DU GRAND PUBLIC ?

PRÉSIDENT

Paul BLANC

Sénateur des Pyrénées orientales

INTERVENANTS

Hervé GISSEROT

Président de GlaxoSmithKline France

Emmanuel HIRSCH

*Directeur du département de recherche en éthique de
l'université Paris Sud XI*

Didier HOUSSIN

Directeur général de la Santé

Emmanuelle QUILES

*Présidente de Pfizer France et directrice de la BU Produits de
spécialité*

Bernard REGNIER

*Secrétaire de la commission d'éthique de la SRLF
(Société de réanimation de langue française)*

Roger RUA

Secrétaire général du SML (Syndicat des médecins libéraux)

Christian SAOUT

Président du CISS

I. COMMENT GAGNER LA CONFIANCE DU GRAND PUBLIC ?

Paul BLANC

En 2007, j'ai été chargé d'un rapport pour l'Office parlementaire sur les politiques de santé intitulé " Convaincre et innover pour mieux protéger ". Aujourd'hui, la situation stagne car nous rencontrons toujours des difficultés à convaincre.

Nous trouvons en France des fervents et des opposants à la vaccination mais les avis sont aussi partagés et contradictoires. En effet, nombreux sont ceux qui attendent un vaccin contre le Sida ou contre le cancer mais l'on se méfie aussi des vaccins et de leurs effets.

Martine PEREZ

En tant que secrétaire de la société de réanimation de langue française, comment pensez-vous que nous pouvons regagner la confiance des Français ?

Bernard REGNIER

20 à 30 % des soignants se vaccinent contre la grippe saisonnière, et 40 à 60 % des médecins. Avec l'espace éthique de l'APHP, nous avons mené une enquête entre fin juillet et début septembre 2009 qui a permis de toucher 5 000 professionnels pour explorer leur compréhension de la vaccination contre la grippe pandémique. Début juillet, deux-tiers souhaitaient se faire vacciner, avec un taux plus important chez les médecins que chez les infirmiers. Toutefois, fin août-début septembre, au moment où circulaient des rumeurs alarmistes sur le vaccin pandémique, ce taux s'est effondré à 40 %.

Les professionnels de santé qui avaient compris l'effet protecteur collectif (appelé " immunité de troupeau ") étaient plus enclins à se faire vacciner. Beaucoup d'études démontrent que la vaccination est perçue comme permettant de se protéger soi-même alors que la protection collective est méconnue. Nous souffrons donc d'un déficit d'éducation du public et des professionnels de santé sur la vaccination. Donner des informations sur la protection collective du vaccin permettrait d'améliorer la couverture vaccinale. Il convient donc d'entreprendre un programme éducatif volontariste et soutenu qui ne pourra être mené à bien en une " saison ". L'ensemble des vaccinations devrait en bénéficier.

Un sondage a été commandé par la communauté européenne sur la perception du vaccin pandémique auprès d'un millier de personnes en France et parmi 30 pays européens. Les Français se disent très bien informés sur la pandémie (92 %), plaçant la France au 6^{ème} rang parmi les 30 pays sondés. En revanche, à peine 50 % des Français disent faire confiance aux autorités de santé, ce qui nous situe au 3^{ème} rang sur 30 à ne pas faire confiance aux messages des autorités sanitaires, même si 80 % de nos concitoyens font confiance à leur médecin. Seuls 20 % des Français disent faire confiance à ce qui se dit sur Internet sur la pandémie, ce qui les place au 30^{ème} et dernier rang. Ils sont aussi 72 % à considérer que les médias en ont trop fait sur la pandémie.

Martine PEREZ

Pourquoi 50 % des Français n'ont-ils pas confiance dans les autorités de santé ?

Christian SAOUT

Je n'ai pas le sentiment que nos concitoyens remettent en cause la dépense publique sur la grippe. D'un certain point de vue, quel que soit le prix, ils estiment que " l'État-précaution " a joué son rôle.

Le milieu associatif, quand à lui, a des regrets sur la mise en place de cette politique sur trois plans : la faible implication des associations de promotion de la campagne de vaccination ; la faiblesse de la politique publique d'information sur les fondamentaux de la pandémie ; la faiblesse de la recherche sur l'acceptabilité sociale de la stratégie publique. Ainsi, la Conférence nationale de santé n'a pas été saisie de la stratégie publique de lutte contre la grippe ce que je regrette amèrement.

A mon sens, il existe quatre défis à relever :

• **le défi de la crédibilité**

En tant que président de la conférence nationale de santé, je regrette qu'aucune conclusion n'ait été tirée de notre rapport sur l'expertise en santé publique dans lequel nous recommandions la création d'une Haute autorité de l'expertise et la mise en place d'un code de l'expertise. Nous ne savons pas non plus construire le contradictoire. Pourtant, nous pourrions nous inspirer ici des modèles anglo-saxons qui savent prendre en compte les avis minoritaires.

• **le défi de l'acceptabilité sociale**

Les campagnes ne doivent pas être simplement des campagnes de promotion de la vaccination mais porter sur les déterminants du recours à la vaccination. Il convient aussi de viser les associations de la société civile et non seulement les associations de patients. Nous devons aussi mobiliser les territoires à une échelle qui a du sens pour les personnes, c'est-à-dire au niveau infra-départemental.

• **le défi des ressources humaines**

La mobilisation du corps professionnel (médecine générale, médecine scolaire, médecine du travail) doit être questionnée. Il convient aussi de mobiliser très largement la société civile.

• **le défi de la connaissance**

Nous devons améliorer nos connaissances en immunologie et améliorer nos connaissances sociales sur les déterminants et les conditions dans lesquelles nous pouvons mobiliser les acteurs de terrain.

Martine PEREZ

Monsieur GISSEROT, en tant que président de GlaxoSmithKline France, quels commentaires faites-vous sur les liens entre les autorités et les industriels ?

Hervé GISSEROT

Nous devons développer une vraie culture de santé publique en France. C'est le seul moyen à terme pour que le citoyen soit en mesure de différencier par lui-même la bonne de la mauvaise information. Nous devons commencer par améliorer la connaissance des jeunes. Par ailleurs, même si les médias traditionnels ont joué un rôle correct lors de cette période, nous devons aussi nous défier du buzz négatif et de l'effet des médias sociaux. La santé publique n'est pas bien ancrée parmi les professionnels de la santé en France comme le démontre leur taux de vaccination. Notre société est encore immature tandis que ces sujets ont été traités avec plus de sérénité dans d'autres pays européens.

En tant qu'industriels, nous n'avons jamais communiqué sur la pandémie pendant cette période mais nous avons fourni un vaccin. En effet, nous ne nous sentions pas légitimes pour véhiculer des messages de santé publique qui doivent être délivrés par les autorités compétentes.

Cette pandémie a été gérée comme une crise alors qu'il aurait fallu privilégier une approche assurantielle pour éviter tout rapport de force. Il faut aussi peut-être s'appuyer mieux sur les acteurs traditionnels comme l'assurance-maladie, la Haute autorité de santé, le comité économique des produits de santé. Plus que de privilégier une organisation spécifique, sans doute est-il préférable de s'appuyer sur un système qui fonctionne avec des relations parfois viriles mais équitables entre les autorités et les firmes pharmaceutiques.

En tant que citoyen, je considère que nous sommes dans un pays dans lequel nous comptons de vrais experts au service de la République. Nous n'avons pas à rougir de notre organisation même si nous devons en tirer des enseignements pour nous améliorer. Les Français n'ont pas perdu confiance dans le vaccin avec cette polémique. Par contre, ils nous rappellent que leur interlocuteur privilégié reste leur médecin.

Martine PEREZ

Madame QUILÈS, quelle conclusion tirez-vous de cette crise ?

Emmanuelle QUILÈS

En France, le schéma recommandé de la vaccination n'est pas toujours suivi à la lettre ; la deuxième administration précédant la première dose de vaccin n'est pas toujours observée, ce qui engendre un risque. Les vaccins sont en fait très efficaces contre les maladies qu'ils préviennent ce qui fait que le grand public méconnaît les maladies ciblées et, par voie de connaissance, le risque encouru. En outre, la dimension collective de la protection n'est pas perçue par les citoyens. Nous assistons aujourd'hui à une diminution de la couverture vaccinale des maladies évitables. Nous pouvons le constater sur la rougeole mais aussi sur la grippe saisonnière avec un taux de vaccination de 65 % en France. La vaccination anti-pneumococcique peine aussi à s'imposer dans notre pays alors que ce vaccin permet de diminuer de plus de 50 % le taux de méningite à pneumocoque.

Il semble manquer un socle fondamental en France sur les impératifs de la vaccination. Pour que la population soit sensibilisée, il faut véhiculer un message de fond qui soit relativement simple. Il faut que ce message soit clair, simple et répété.

Et il est primordial de placer le patient au cœur du système, et favoriser sa participation plus active à la politique de vaccination et de prévention.

Par exemple en prônant la formation très tôt dans les écoles et les établissements secondaires sur la prévention mais aussi sur le risque (les vaccins, les maladies infectieuses, comment elles se transmettent, etc.) Il sera nécessaire également d'instaurer des campagnes d'information régulières sur les rendez-vous vaccinaux, en s'attachant à disposer d'une information via tous les canaux, les médecins, les pharmaciens, en salle d'attente et en pharmacie, via la presse, via des campagnes de l'INPES...etc.

Il convient surtout d'ouvrir un dialogue concerté pour établir un plan d'actions partagé et défendu par tous les acteurs de santé (autorités publiques, syndicats de médecins, industrie, médecins, pharmaciens, etc.) et ainsi s'inscrire dans la durée. La question est aussi de savoir si nous sommes capables de revoir les pratiques d'information sans en avoir peur (communication par SMS par exemple) et si nous sommes en mesure de donner le pouvoir à des organisations comme les ARS sur des foyers de menaces pour intervenir avec spécificité au niveau local.

Martine PEREZ

Monsieur RUA, en tant que représentant du syndicat des médecins généraux, quelles conclusions tirez-vous de la crise que nous venons de traverser ?

Roger RUA

Nous devons considérer que ce plan était un plan expérimental dont nous devons tirer les leçons plutôt que de le condamner. La France n'a pas un système de santé suffisamment orienté vers la prévention. Il cible le tout curatif mais nous arrivons au terme de cette approche.

Les médecins libéraux se sont largement adaptés. Beaucoup se sont portés volontaires pour intervenir dans les centres de vaccination. Cependant, il ne faut pas oublier qu'un acte de prévention ne peut pas se faire en dix ou quinze minutes, ce qui pose une question financière.

Il est toujours plus simple de faire un bilan à posteriori dans un cadre aussi délicat et source d'inquiétudes, mais il faut bien comprendre que le décalage entre une grippe saisonnière et cette pandémie a provoqué des interrogations légitimes sur un principe de précaution poussé à l'extrême.

Les français ont jugé, à juste titre, que la place de la médecine de proximité avait été négligée, et que les vaccinations dans un cadre militarisé et administratif n'étaient peut-être pas d'une grande efficacité, le taux de vaccinés le montre bien.

Il est souhaitable que l'on puisse tirer, avec les pouvoirs publics, les conséquences de ce plan pour une participation plus cohérente des médecins de proximité, qu'ils soient généralistes, pédiatres ou même spécialistes.

Martine PEREZ

Monsieur HIRSCH, quelle est votre vision de la confiance ?

Emmanuel HIRSCH

" Etre responsable, c'est tenir ses promesses " affirme NIETZSCHE. De ce point de vue, j'éprouve de l'admiration pour ceux qui ont été en charge des responsabilités, " aux manettes " pendant cette période incertaine. Le contexte n'était pas évident, face à la complexité. Cependant, je me demande si des intérêts supérieurs n'ont pas prévalu dans les prises de décision au décours de cette crise. Les seuls enjeux de santé publique sont apparus parfois peu déterminants dans la lisibilité des choix. Et tant d'équivoques demeurent à cet égard que plutôt que d'évoquer une illusoire transparence dans la communication gouvernementale durant cette récente phase dite pandémique, considérons que la maturité des Français les rend dignes de propos crédibles et cohérents.

Dès 2006 nous avons suggéré l'organisation d'états généraux afin de mobiliser la société à travers ses différentes composantes dans les approches préparatoires d'une crise de santé publique. En vain. Tout comme nous avons mis en place une plate-forme internationale de veille et de réflexion sur les aspects sociétaux d'une pandémie. Cette expertise semble ne pas intéresser le directeur général de la santé, alors qu'il témoigne une certaine attention aux questions d'éthique mais qu'il convient certainement d'appréhender sans y associer les compétences reconnues (nous avons ainsi été à l'initiative de la saisine du Comité consultatif national d'éthique qu'aucune instance publique n'avait sollicité pour rendre un avis, ce qu'il a heureusement en février 2009 dans son avis 106). De telle sorte que nombre de personnes compétentes estiment que la gestion de la crise a plutôt relevé de logiques 'préfectorales', de dispositifs excluant la cité d'une faculté d'initiative. Comme si une pandémie se gérait exclusivement à travers des dispositifs organisationnels qui renoncent à intégrer dans le cadre d'une relation de confiance la société civile, ou comme si une pandémie grippale ne concernait que la recherche et l'accès aux vaccins.

Il aurait été très utile aux décideurs d'adosser leurs choix à une réflexion étayée et argumentée à laquelle les sciences humaines et sociales auraient pu contribuer. Il y allait de leur acceptabilité et dès lors de leur efficacité. A cet égard le modèle sida me semble constituer une référence du point de vue de la responsabilisation des membres de la cité, de l'anticipation des conséquences des décisions parfois complexes, et surtout des instances de régulations mises en place. Cette expertise ne semble pas concerner aujourd'hui ceux qui sont amenés à décider selon des critères pas toujours explicites au nom d'un intérêt général mal compris. Ce qui explique que la défiance d'une partie majoritaire de l'opinion se soit exprimée sous de multiples modalités - ce qui s'avère dramatique si demain les mêmes responsables en appellent à une mobilisation dans le contexte d'une crise majeure. Pourquoi ne pas avoir consulté une instance comme le Conseil national du sida, ou ne pas avoir mis en place une

consultation aussi nécessaire dans un contexte à la fois de doute, d'évolutivité des données et des savoirs, et de menaces potentielles ?

Je mets plus en cause les systèmes, les rationalités que les personnes elles-mêmes. A se confiner dans des cercles de décision apparemment inaccessibles à une réflexion pluridisciplinaire portant sur la complexité de situations inédites, on parvient à ce niveau de critiques qui n'augure rien de bien favorable sur le besoin de légitimation des décideurs. Dans un contexte social en crise prônant l'individualisme et la culture du quant à soi, il me semble très discutabile de considérer que l'échec apparent de la campagne de vaccination du H1N1 soit inhérent à des stratégies perverses relayées sur Internet. L'analyse devrait porter plus loin et avoir le courage de solliciter les compétences qui éclaireraient utilement les décideurs demain, car leur fonction est délicate.

A moins qu'ils ne se replient dans leurs fragiles certitudes et considèrent que les derniers mois consacrés à la lutte contre une menace pandémique se soldent pour eux par un constat de réussite qu'ils seraient bien les seuls à partager. Puis-je me permettre de leur conseiller de consulter certains chapitres de notre ouvrage collectif *Pandémie grippale*. L'ordre de mobilisation (éditions du Cerf) ?

Enfin, dans un autre domaine, j'ai été très choqué par des prises de positions inconvenantes de la part de professionnels de santé en appelant à une certaine forme de *désobéissance vaccinale*. Si le droit de retrait est recevable dans certaines circonstances, le devoir de retenue s'impose également à des personnes reconnues dans une compétence qui ne les exonère pas du sens des responsabilités. De même, je suis préoccupé de la critique souvent démagogique faite sans nuance et souvent avec violence à l'égard de l'expertise scientifique et des experts, de la même manière qu'il est estimé convenant de pourfendre les élites ainsi exposées à la vindicte populaire. A force de mettre en cause les légitimités on ouvre la voie aux extrémismes. Si l'on commence à interroger la notion de conflit d'intérêt ou plutôt celle de conflit de cause, donnons-nous les moyens de mener l'investigation sans la circonscrire à quelques victimes symboliques ainsi désignées.

C'est pourquoi je considère peu acceptable que l'on puisse susciter les réactions actuelles de défiance et de déni, faute d'une attention consacrée à la société dans son implication au sein d'un dispositif qui la concerne pour autant qu'on daigne lui expliquer les véritables enjeux plutôt que d'imposer des mesures parfois paradoxales dès lors rejetées. Je l'ai déjà dit, le souci du bien commun tient désormais à la restauration d'une relation de confiance entre les politiques et ceux qui dans la cité souhaitent assumer leur part de responsabilité. L'exigence de démocratie dans la prise de décision semble constituer l'une des premières leçons à tirer des derniers mois.

II. DÉBAT

Martine PEREZ

Nous devons nous souvenir que la crise s'inscrit dans une série de crises sanitaires. Aussi l'appropriation par le niveau politique de cette politique est peut-être aussi liée au fait que les premières personnes qui ont payé des crises sanitaires du passé ont été les responsables politiques.

Existe-il vraiment un problème de confiance ? Si la population a boudée la vaccination, est-ce par défiance ou parce qu'elle considérait que la grippe était peu grave ?

Hervé GISSEROT

Tout d'abord, la population s'est montrée disciplinée car elle a attendu de recevoir son bon de vaccination pour se rendre dans les centres. Puis, la pandémie avançant, le pragmatisme a sans doute joué un rôle important dans le choix des personnes en matière de vaccination.

Bernard REGNIER

Il existait de vrais doutes sur les messages et sur la vaccination. Par ailleurs, il est vrai que les Français n'ont pas perçu la nécessité d'aller dans les centres de vaccination alors que la pandémie avait atteint son pic.

Roger RUA

Il existait aussi une contradiction entre des hospitaliers équipés de masques et de combinaisons pour prendre en charge les patients et le fait que la maladie à traiter n'était qu'une grippe. Les messages étaient souvent alarmants et parfois contradictoires selon les experts. Nous devons veiller à la cohérence des messages lors d'une prochaine pandémie.

Christian CHIDIAC, professeur, CHU de Lyon, service des maladies infectieuses et tropicales

Dans un premier temps, nous avons isolé les patients car nous nous alertions des premiers cas mortels enregistrés au Mexique. Puis, lorsque nous nous sommes aperçus que la maladie était moins grave que prévu, la DGS a pris d'autres mesures que celle de l'isolement. Nous ne pouvons pas empêcher quelques personnes de dire que la grippe est anodine. En revanche, nous devons expliquer au grand public pourquoi les mesures prises peuvent évoluer en fonction de l'état des connaissances.

Frédérique KIRCHENER, médecin inspecteur à la Ddass

J'ai le sentiment que nous n'avons pas tous vécu la même crise. Il n'existe pas une parole des professionnels, une parole des usagers et une parole des autorités mais une pluralité de paroles. Personne ne peut être représentatif de l'ensemble d'un groupe.

Par ailleurs, il faut souligner que les circulaires nationales ne sont pas lues même si toutes les informations étaient disponibles. Qui a le temps dans un cabinet de médecine de ville de s'imprégner de ces documents ? Peut-être aurait-il été préférable d'élaborer une seule consigne pour tous les vaccins.

François BRICAIRE, professeur, hôpital Pitié-Salpêtrière

Je pense que la confiance existait initialement. Cependant, cette confiance doit être alimentée pour être maintenue. Il faut donc fournir suffisamment d'explications au bon moment. Cependant, dès lors que la confiance s'érode, s'immisce un doute voire un refus. Il nous faut plus de souplesse dans l'action. Je pense que ce message incombe aux professionnels de la communication.

Emmanuel HIRSCH

Je rends hommage au plan pandémie qui met à notre disposition toutes les informations utiles afin de mettre en œuvre des procédures dans un contexte qui évoluerait défavorablement. La difficulté est que ce plan n'était pas adapté aux circonstances propres au H1N1 et que sa mise en œuvre relève de logique pour le moins contraignantes. Nous aurions été plus crédibles si nous avions mis en place un dispositif adéquat, adapté et intégré par les populations comme d'autres pays l'ont fait. Allons-nous organiser un retour sur expérience dans le champ sociétal ? J'en doute, à écouter les premières réactions des décideurs qui ne semblent pas avoir cette préoccupation. Tout s'est-il à cet égard si bien passé ou est-il trop délicat de sensibiliser l'opinion publique à ce qui concerne sa vie quotidienne en situation de crise majeure ? Je pense notamment aux risques NRBC. Il conviendrait que certains relais d'opinion acceptent de partager de tels défis. Qui a eu le courage de mettre en cause le discours gouvernemental pour le moins unique, alors, certainement, que la critique constructive et délibérative *a priori* aurait eu plus de justification que la vindicte *a posteriori*. Nous ne pourrions pas faire l'économie d'une réflexion à partir d'états généraux sur les risques de santé publique, et sans penser à la création d'une instance dévolue aux réflexions sociales relatives à un risque de santé publique, semblable, par exemple, au Conseil national du sida.

Christian SAOUT

Monsieur HIRSCH propose de mettre en place un conseil national des risques pandémiques. Cependant, faut-il multiplier les instances thématiques ? Faut-il supprimer la conférence nationale de santé pour créer un véritable conseil national de santé, qui ne soit pas une commission placée sous la responsabilité du ministère. La prochaine loi de santé publique pourrait poser quelques jalons pour aller dans cette voie.

Gérard DUBOIS, professeur, CHU Amiens Hôpital Nord

La couverture vaccinale dépend de la létalité perçue. Si la létalité n'est pas suffisante, la motivation des personnes à se faire vacciner n'est pas suffisante.

Par ailleurs, ce n'est plus uniquement en matière de santé que les Français expriment de la défiance. Les Français se tournent vers la patamédecine, la gogo-thérapie. Cette perte de confiance est totale comme nous le constatons à la lumière de l'abstention lors des derniers scrutins. En outre, nous sommes en France les champions des scandales sanitaires. Dans ces conditions, je ne pense pas que j'aurais fait mieux que ce qui a été fait malgré toutes les critiques que nous pouvons soulever.

Emmanuel HIRSCH

La vraie question n'est pas de savoir si nous aurions pu faire mieux mais si nous aurions pu faire autrement. Nous aurions pu solliciter davantage des interlocuteurs qui, également, auraient permis de sortir de la crise en ayant le sentiment d'une démocratie renforcée, consciente de ses responsabilités notamment à l'égard des plus vulnérables.

Une intervenante, médecin, responsable d'un centre municipal

Les femmes enceintes et les mères de famille se sont trouvées dans une grande difficulté pour prendre une décision avec un pédiatre en faveur de la vaccination et un médecin généraliste contre la vaccination.

Martine PEREZ

La priorisation de la vaccination des femmes enceintes a été noyée dans le débat sur les adjuvants. Cette polémique laissait entendre que le vaccin avec adjuvant était dangereux pour la femme enceinte, ce qui était faux.

Un intervenant, militant, responsable associatif

On ne fait pas de la santé publique avec les seuls professionnels et autorités. Pour ma part, je ne pense pas que nous devons passer par les communicants pour divulguer les messages. Où est le temps où l'instituteur du village était un vrai agent de santé publique ?

Alors que la crise de la démographie médicale est avérée, les professionnels de santé peuvent s'insurger du fait que des non médicaux osent s'emparer de ces sujets médicaux mais le nombre ridicule de personnes vaccinées doit poser question. Si les maires avaient été associés à la démarche, ils ne seraient pas aujourd'hui en train d'envoyer des factures aux préfetures pour demander le paiement du loyer de la salle réquisitionnée... Je regrette que le niveau territorial ait été sous-évalué.

Un intervenant, cardiologue

J'ai passé beaucoup de temps à expliquer à mes collègues les bienfaits de la vaccination mais l'organisation mise en place m'a mise en porte à faux car j'ai mis un mois et demi avant de pouvoir me faire vacciner dans mon hôpital. L'implémentation locale de ce plan a été contre-productive car elle a mis en porte à faux les meilleurs avocats de ce plan.

Claude DREUX, président, CESPARM

La France manque d'une culture de la prévention qui doit s'essaimer avec les médecins, les professionnels paramédicaux et les pharmaciens entre autres. Un nouveau comité pourrait être créé pour asseoir le développement de la prévention, même si ce comité nouveau n'est pas forcément nécessaire. La loi HPST renvoie l'ensemble des responsabilités aux ARS qui n'auront pas suffisamment d'argent pour assurer les soins, ce qui renforcera encore le fait que la prévention et l'éducation à la santé resteront les parents pauvres du système sanitaire à la française.

Gérard BAPT, député de Haute-Garonne

Il existe une défiance à l'égard de toutes les institutions. En revanche, les acteurs de

proximité conservent leur capital confiance : les Français ont confiance dans leur maire, dans leur médecin traitant et dans leur pharmacien. Le problème est que nous avons passé outre ces intermédiaires dans le plan pandémique. Je regrette que notre demande de mise en place d'une mission d'information pour suivre la préparation du plan ait été refusée alors que, lors de la grippe aviaire, une mission de même nature, présidée par Jean-Marie LE GUEN, avait été créée et avait permis aux parlementaires d'être les médiateurs de la pandémie.

Des efforts doivent être fournis pour que l'expertise soit la plus transparente possible car il n'y a pas de crédibilité sans transparence. Pourtant, l'agence européenne du médicament refuse encore de publier les conflits d'intérêt de ses experts. De même, lorsque l'OMS a déclaré le niveau 6 de la pandémie, il y avait 144 morts de la grippe A dans le monde.

Un intervenant, médecin généraliste

Dès la mi-juillet, nous avons des signes clairs sur le fait que la crise ne serait pas aussi forte qu'anticipée comme l'indiquait le réseau Promed. Nous avons ces informations des réseaux de l'Hémisphère Sud.

Martine PEREZ

Nous ne pouvons pas nous fier à une seule source d'information. En tant que journaliste, j'ai trouvé très peu d'informations sur les populations touchées. Cependant, je ne disconviens pas du fait qu'il y avait une ambiguïté. Mais sans doute devons-nous revenir sur les éléments à conclure de la crise dans l'hémisphère sud.

Une intervenante

Nous devons tirer des conclusions pour la prochaine campagne vaccinale car beaucoup de Français estiment qu'ils ont eu raison de ne pas se faire vacciner compte tenu du bilan total de la crise en termes de mortalité.

Christian SAOUT

Nous devons tirer les leçons de cette crise mais je m'inquiète surtout de la réception du vaccin par les populations. Nous ne pourrions pas reconstruire cette confiance sans les acteurs locaux (médecin, pharmacien) et sans les élus locaux. Nous devons réinventer des stratégies pour que la question de la vaccination soit comprise par tous. Si la létalité ne permet pas d'accompagner la mobilisation des individus, nous devons trouver d'autres éléments à avancer.

Emmanuel HIRSCH

Jamais nous n'aurions pu relever le défi du VIH-Sida en France sans une recherche en sciences humaines et sociales. Je me permets donc de conseiller aux parlementaires de doter les équipes des moyens nécessaires pour mener une politique de recherche sur la crise, et de créer un Conseil national des risques en santé publique. Nous n'avons pas même eu l'audace ou la perspicacité de tirer les conséquences du SRAS d'un point de vue éthique. Ce qu'ont fait les Canadiens en y investissant des moyens qui leurs permettent désormais de disposer de connaissances utiles. La proposition de Jean LEONETTI relative aux débats publics indispensables dans le champ de la bioéthique peut s'appliquer dans le domaine qui nous intéresse.

Jean-Louis BENSOUSSAN, président du réseau des GROG

Je m'inquiète du déroulement de la prochaine campagne. Un climat de défiance vis-à-vis des vaccinations semble s'instaurer. J'ai déjà enregistré deux refus de mère de famille pour la deuxième injection du ROR. Au-delà de l'envoi des bons, je souhaite que les médecins puissent disposer de bons vierges pour les donner aux populations à risque qui passent au travers des mailles de l'envoi automatique.

Gérard DUBOIS

En 1989, nous avons rendu un rapport de santé publique qui proposait la création d'un organisme indépendant. Cependant, notre proposition a terrorisé l'administration qui l'a refusée. Le haut comité de santé n'a pas joué un rôle dans ce domaine ni même le conseil national de la santé. Une instance indépendante aurait mieux permis de répondre au défi que nous avons affronté.



SYNTHÈSE DES TRAVAUX DE LA MATINÉE

Paul BLANC

Sénateur des Pyrénées-Orientales

Je vous remercie de ce débat très riche. Comme nous l'avons répété tout au long de la journée, il faut renforcer la politique de prévention. En France, les parlementaires font des lois. La Constitution leur demande de contrôler les lois mais ils n'ont que peu d'influence sur l'exécution de celles-ci. Les décrets d'application se font souvent attendre et parfois déforment l'intention initiale du législateur. Nous attendons avec impatience une loi de santé publique digne de ce nom.

L'amélioration de la couverture nationale passe par la mobilisation des professionnels de santé, en redonnant confiance à la population, c'est-à-dire en associant vaccination et prévention. Il faut convaincre nos concitoyens du bien fondé de la vaccination et lutter contre les lobbies anti-vaccination. Il faut enfin honorer l'obligation vaccinale. Dans ce domaine, nous ne sommes pas à l'abri des polémiques compte tenu des débats en cours sur le respect des libertés individuelles.

En conclusion, je citerai cette devise d'Abraham LINCOLN qui dit : " vous ne pouvez aidez continuellement les hommes en faisant pour eux ce qu'ils pourraient faire eux-mêmes " .



L'OUTIL RÉGLEMENTAIRE ET INDUSTRIEL FRANÇAIS EST-IL ADAPTÉ EN CAS DE PANDÉMIE ?

PRÉSIDENT

Jean-Pierre DOOR

Député du Loiret

INTERVENANTS

Daniel FLORET

Président du comité technique des vaccinations

Jean MARIMBERT

Directeur général de l'Afssaps

Brice de la MORANDIERE

Directeur général de Spérian Protection

Alain SABOURAUD

Pharmacien responsable de Sanofi Pasteur

I. L'OUTIL RÉGLEMENTAIRE ET INDUSTRIEL FRANÇAIS EST-IL ADAPTÉ EN CAS DE PANDÉMIE ?

Jean-Pierre DOOR

Lors de cette crise, les souches virales ont été analysées et séquencées tardivement après le déclenchement de la pandémie. Il s'agissait donc d'une course contre la montre. Cette crise pose la question de la transparence des contrats. Le nombre de producteurs de vaccins a reculé dans nos pays industrialisés. Nous évoquons même une crise de production des vaccins il y a peu, comme le disait le président des industries pharmaceutiques, ce qui est un paradoxe au pays de Pasteur. On ne peut pas ignorer le fait que d'autres crises sont à venir et nous devons préparer l'avenir.

Martine PEREZ

Monsieur MARIMBERT, faut-il faire évoluer les procédures à la lumière de la pandémie de cet hiver ?

Jean MARIMBERT

Le système public de régulation des vaccins a été confronté à l'enjeu pandémique sachant que la variable temps est essentiel. Chacun des acteurs de la chaîne - l'OMS et ses centres de références, les producteurs de vaccins, les agences et autres autorités sanitaires - doit faire preuve de professionnalisme pour éviter tout retard à la livraison. Les choix européens et américains ont divergé. A l'échelon européen, nous nous sommes fondés sur une approche *mock-up* avec l'élaboration d'un dossier complet sur le H5N1. La Commission européenne a ainsi autorisé des AMM sur la base de dossiers fin 2008 et début 2009 à charge des industries de soumettre des variations par la suite. Les résultats avec le vaccin H5N1 étaient considérés comme extrapolables au vaccin A/H1N1 compte tenu de l'identité des processus de production et de contrôle, et les données ont été complétées à partir de septembre par des données d'essais cliniques A/H1N1 évaluées immédiatement. Le raisonnement américain reposait, quant à lui, sur l'autorisation des vaccins H1N1 sans essai clinique, par extrapolation des résultats sur les vaccins contre la grippe saisonnière. Il est facile de dire après coup qu'un pays a eu la préscience mais c'était un énorme pari de raisonner sans données cliniques et de faire le choix de recourir essentiellement à des vaccins non-adjuvantés, pour lesquels la production de quantités suffisantes pour couvrir largement les populations était susceptible de demander davantage de temps. En fait, chaque choix avait son potentiel de risque.

Par ailleurs, sur le plan de l'évaluation, nous avons ouvert la possibilité d'une déclaration des patients pour qu'ils puissent télécharger par eux-mêmes un formulaire pour déclarer des effets indésirables. Nous avons mis en ligne toutes les semaines un bulletin de pharmacovigilance.

Le défi à relever était aussi logistique pour coordonner la libération des vaccins contre la grippe saisonnière et la libération des vaccins contre le H1N1 sans chevauchement, moyennant un planning de travail serré des laboratoires de contrôle de l'Afssaps, en coordination avec les laboratoires concernées.

Je pense que nous avons globalement relevé le défi mais quelques vulnérabilités doivent être mentionnées. La définition du critère OMS de la pandémie est un sujet à traiter, notamment parce qu'il ne prend pas en compte le critère de la sévérité. Par ailleurs, pour que les laboratoires puissent libérer les vaccins, il faut avoir réalisé des tests IDR qui ne peuvent être conduits que si les réactifs à ces contrôles sont produits par des centres de référence. Or il n'en existe que trois dans le monde, dont un en Europe. Enfin, comment produire une information exacte et convaincante dans un contexte marqué par l'incertitude ? La parole sur l'épidémiologie et sur les produits est aujourd'hui largement distribuée sur les médias dont Internet. La question du relais de l'information et de son appropriation par l'intermédiaire des professionnels de santé est une clé pour réussir mieux la prise en charge de ce type de menace.

Toutefois, évaluer aujourd'hui nos forces et nos faiblesses ne doit pas occulter la mobilisation que nous avons constatée. Nous ne devons pas trop flageller ceux et celles qui, au sein des institutions sanitaires, des laboratoires et autres entreprises concernées, et de la communauté des experts, se sont impliqués dans ce système, mais nous devons plutôt évaluer les aspects positifs et les difficultés rencontrées, et déterminer les axes de progrès en vue de pouvoir en tenir compte en cas de menace future comparable.

Martine PEREZ

Monsieur FLORET, quel a été le rôle du comité technique des vaccinations ?

Daniel FLORET

Entre le 25 avril 2009 et le 31 janvier 2010, 114 avis ont émis par les différentes instances compétentes, soit un avis tous les 2,5 jours. Le système d'expertise a fait preuve de sa réactivité.

L'expertise sur la vaccination pandémique s'est fait en 3 niveaux : Comité de lutte contre la grippe, Comité technique des vaccinations et Commission spécialisée Maladies transmissibles du Haut Conseil de la Santé Publique.

Le comité de lutte contre la grippe regroupe un grand nombre de professionnels (épidémiologistes, cliniciens, microbiologistes, etc.). Or six membres du CTV étaient membres au comité de lutte contre la grippe et quatre étaient membres de la commission de sécurité sanitaire. Aussi il a été décidé que le comité de lutte contre la grippe serait le groupe de travail du HCSP et du CTV. Ce choix a permis de gagner du temps dans l'expertise et d'économiser du temps d'expert.

Dans l'optique d'une prochaine pandémie, nous devons retenir l'idée d'une structure de veille qui rassemble les professionnels de la maladie et les structures consultées en aval. Certains disent que le comité technique de la vaccination n'était pas représentatif de la population française (ce qui ne semble pas à l'évidence représenter un critère de compétence) mais il y figure un sociologue et un économiste de la santé. Il manquait en revanche un échelon sociétal. En effet, la société civile devrait être représentée dans cette structure de veille.

L'articulation entre l'expertise et le gouvernement est un autre point à évoquer. Le HCSP est un organe indépendant contrairement à ce que dit Monsieur Gaubert, je crois qu'il s'agissait du Pr Gérard DUBOIS. Cependant, indépendance de l'expertise ne veut pas dire cacophonie, une articulation solide entre l'expertise et la DGS est nécessaire.

Martine PEREZ

Quel avis peut donner aujourd'hui le représentant de l'industrie ?

Alain SABOURAUD

Sanofi Pasteur devait mettre à disposition un vaccin en grande quantité sans concession sur la qualité. Sanofi Pasteur qui produit 40 % des vaccins contre la grippe dans le monde avait un défi à relever et une grande responsabilité à assumer. Le plan de préparation de la pandémie qui a commencé en 2005 nous a aidé à augmenter nos capacités de production en France et aux États-Unis, pour modifier nos installations pour qu'elles puissent traiter les souches pandémiques avec des normes de confinement renforcés mais aussi d'anticiper les besoins en matières premières.

La dose d'antigène était encore inconnue au printemps 2009 ainsi que le schéma vaccinal. Nous nous sommes néanmoins lancés dans un développement. Nous avons fait le choix de développer un vaccin sans adjuvant et un vaccin avec adjuvant tout en minimisant l'impact de nos opérations sur le vaccin saisonnier comme le préconisait l'OMS. Nous avons opté pour un vaccin multidoses pour favoriser la fourniture d'un maximum de doses dans un temps court. Nous avons choisi une voie particulière pour le vaccin sans adjuvant. La grande réactivité des acteurs concernés (Sanofi Pasteur, Afssaps, etc.) a été beaucoup dans le succès et l'approbation de ce dossier dans un temps record, c'est-à-dire en moins de trois mois. Cette procédure décentralisée a répondu aux attentes et a répondu aux exigences d'une situation d'urgence. Les procédures centralisées, en revanche, sont questionnées car elles sont lourdes et peu réactives.

Martine PEREZ

Quel est le point de vue de l'industriel fabricant de masques ?

Brice de la MORANDIERE

La capacité de production installée en France permet de maintenir un stock de sécurité. Cependant, au moment d'une épidémie déclarée, les besoins dépassent les capacités installées. La durée de vie des masques est aussi limitée à quatre ou cinq ans. Néanmoins, nous pouvons dire que la chaîne des masques de protection a rempli son rôle et que les industriels ont donné la preuve de leur flexibilité. L'approvisionnement s'est fait sans défaillance même dans le pic du deuxième semestre 2009. Les stocks de masques ont été constitués en quantité, qualité et délai et répartis sur tout le territoire français.

La plupart des grandes entreprises ont été confrontés à des questions pratiques pour la distribution des masques. Des plans de continuité d'activité ont été élaborés par les entreprises, mais seules les plus grandes entreprises ont pu gérer ce travail supplémentaire. Cette exigence était sans doute trop lourde pour les PME et PMI confrontés à une crise économique.

La doctrine d'emploi des masques doit être clarifiée et coordonnée. Elle doit être clairement communiquée aux professionnels de santé. Les individus seront plus disposés à les porter sur le conseil d'un tiers de confiance qui serait leur médecin de famille.

A terme, la question du maintien et du renforcement de la filière industrielle devra être posée afin de garantir la pérennité de l'indépendance de la France.

II. DÉBAT

Une intervenante, médecin

Une vaccination de masse nécessite de communiquer une consigne simple pour que les infirmières et les médecins se l'approprient. Tout en respectant la concurrence entre les laboratoires, est-il possible d'élaborer un schéma vaccinal commun ?

Jean MARIMBERT

Les équipes de l'Afssaps ont reçu beaucoup d'appels des centres de vaccination sur l'administration des produits. Nous avons préparé des questions réponses que nous avons envoyées à la DGS pour qu'elle les renvoie aux centres de vaccination. Il existe cependant des limites à l'harmonisation car chaque vaccin est évalué pour ce qu'il est, en fonction des données disponibles qui le concernent.

Alain SABOURAUD

Les recommandations sont le reflet des résultats cliniques des produits et donc liées à la nature même du vaccin. Il semble donc difficile de prévoir une recommandation unique quel que soit le vaccin. Le cahier des charges donné au départ portait sur la fabrication d'un vaccin administrable à tous. En outre, ce cahier des charges était différent pour les autres firmes.

Martine PEREZ

La France a commandé 94 millions de doses. Qui s'est prononcé sur ce volume de doses ?

Jean MARIMBERT

Fin juin ou début juillet l'incertitude était encore grande sur les scénarios épidémiologiques. Dès lors, il n'y avait aucune certitude scientifique sur l'hypothèse de la possibilité de l'administration d'une seule dose et les premiers indices en ce sens pour certains des vaccins ne sont apparus que plus tard. Depuis lors, les études démontrent que les taux d'anticorps non négligeables étaient présents aussi chez les populations de moins de 65 ans. Le choix a été fait de permettre à tous ceux de nos concitoyens qui le souhaiteraient de se faire vacciner ou de faire vacciner leurs enfants. Un taux d'attrition avait été calculé se basant sur le fait que certains n'accepteraient pas la vaccination. Ces éléments expliquent le nombre de doses de vaccins commandés.

Daniel FLORET

Le comité technique de la vaccination n'a pas recommandé un nombre de doses à commander. L'objectif était de protéger toute la population. Personne ne pouvait prévoir qu'une seule dose suffirait avant les études australiennes et chinoises. L'acceptabilité de la vaccination a été surévaluée. Si celle-ci avait été meilleure dans la population ciblée et si la prise jugée nécessaire avait été de 2 doses par patient, le nombre de doses de vaccin commandées n'aurait pas été excessif.

Jean-Pierre DOOR

A l'époque, nous anticipions un virus dangereux. Nous nous basions sur la couverture de 60 % de la population pour deux doses, soit 40 millions de personnes environ à multiplier par deux. A cela il fallait ajouter 10 % de vaccins à adresser à l'OMS pour les pays en développement.



VACCINS : RÉUSSIR LE DÉFI DE LA SOLIDARITÉ

PRÉSIDENT

Jean-Luc PREEL

Député de la Vendée

INTERVENANTS

Odile LAUNAY

Directrice du centre d'investigation clinique de vaccinologie de l'hôpital Cochin, membre du comité technique des vaccinations

Christian PERRONNE

Président de la commission maladies transmissibles au HCSP

Marie-Paule KIENY

Directrice de l'initiative pour la recherche sur les vaccins de l'OMS

Robert SEBBAG

Vice-président Accès au médicament Sanofi Aventis

I. VACCINER LES POPULATIONS LES PLUS FRAGILISÉES EN FRANCE

Christian PERRONNE

Les réfractaires à la vaccination sont de plusieurs ordres : certains pour des raisons religieuses, d'autres pour des raisons écologiques ou parce qu'ils ne souhaitent pas enrichir les firmes pharmaceutiques, d'autres encore font partie des populations isolées des systèmes de soins et de prévention comme les gens du voyage mais aussi les personnes âgées isolées ou les SDF. Concernant la résistance de certains groupes écologiques, des progrès peuvent être réalisés pour mieux faire accepter la vaccination par ces populations, par exemple en retirant les métaux de ces vaccins. Pour toucher les gens du voyage, sans doute faut-il activer des équipes mobiles attachées à des dispensaires.

Certaines oppositions à la vaccination tiennent aussi au coût des vaccins. Les vaccins des voyageurs ne sont pas remboursés. Si le sujet n'est pas un problème pour un homme d'affaires en déplacement, la situation est tout autre pour une famille qui souhaite rendre visite à sa famille en Afrique. Les adultes en bonne santé sont aussi nombreux à exclure la vaccination.

Généralement faute de temps, les médecins ne sont pas toujours informés des modifications du calendrier vaccinal. Les médecins scolaires ne sont plus impliqués dans la vaccination. Un travail doit donc être mené avec les médecins scolaires et les enseignants pour mener des actions de vaccination en milieu scolaire.

L'Inpes peut aussi jouer un rôle auprès du grand public pour améliorer la communication en matière de prévention et d'éducation en santé.

Jean-Luc PREEL

Le vaccin n'est pas un médicament comme un autre. Il existe aujourd'hui 55 vaccins permettant de prévenir 26 maladies infectieuses. Le vaccin est administré à des individus sains pour le protéger mais aussi pour protéger ceux qui ne le sont pas.

Nous ne devons pas juger de la pandémie elle-même mais se demander pourquoi seuls 10 % des Français se sont fait vacciner. La commission d'enquête doit faire un état des lieux de la situation et préparer le terrain dans l'hypothèse où une épidémie se reproduirait.

Dans cette optique, nous devons sans doute revoir la liste des vaccins obligatoires, mais aussi revoir le calendrier de vaccination et se demander si les médecins peuvent convoquer les jeunes pour administrer les rappels.

Odile LAUNAY

L'identification des personnes les plus fragiles est une tâche difficile. Il s'agit en premier lieu des personnes aux âges extrêmes de la vie. Nous pouvons supposer que les personnes âgées étaient immunisées. Quant aux nourrissons de moins de 6 mois, que nous ne pouvons pas vacciner, l'objectif était de vacciner leur entourage.

Nous avons facilement identifié les personnes fragiles identifiées dans le cadre de l'ALD 30. Pour les personnes fragiles non identifiées par l'ALD 30, nous avons prévu la possibilité que le médecin traitant rédige un courrier ou une ordonnance pour demander la vaccination prioritaire de ses patients à risque.

A l'aune de cette expérience, nous devons faire en sorte de mieux impliquer les personnels de santé - médecins, infirmières, sages-femmes - pour promouvoir la vaccination afin que ces professionnels se vaccinent pour se protéger eux-mêmes mais aussi pour protéger leur entourage en particulier les patients fragiles dont ils ont la charge.

La pandémie a permis de mettre en évidence le déficit de données sur les stratégies de vaccination dans les populations immunodéprimées et la nécessité d'évaluer les résultats.

Nous devons également disposer des données de couverture vaccinale dans ces populations pour pouvoir mettre en place des stratégies pour améliorer la vaccination des ces populations.

II. RENDRE ACCESSIBLE LES VACCINS AUX PAYS DU SUD

Marie-Paule KIENY

Il existe 35 producteurs de vaccins dans le monde. En juin 2009, les firmes pensaient produire un peu moins de 100 millions de doses par semaine. Ces quantités de produits n'ont pas pu être atteintes parce que les rendements ont été significativement inférieurs à ceux généralement obtenus pour les vaccins saisonniers. De plus, tous les producteurs n'ont pas été en mesure d'utiliser les formulations vaccinales les plus économiques en antigène, compte tenu du rejet des adjuvants dans certains pays.

Dans le domaine des vaccins, quatre actions prioritaires ont été conduites par l'OMS :

- faciliter le développement et la production rapide des vaccins pandémiques
- fournir les meilleures informations pour guider les politiques vaccinales nationales
- évaluer en temps réel la sécurité des vaccins
- augmenter l'accès à la vaccination anti-pandémique pour les pays en développement.

Le programme de dons de vaccins pandémiques devait permettre l'accès à des populations au vaccin pandémique dans 95 pays en développement. Le directeur général de l'OMS et le secrétaire général de l'ONU ont appelé à la solidarité nationale afin de permettre une couverture vaccinale d'au moins 10 % des habitants dans les pays pauvres. Plusieurs pays donateurs et cinq producteurs ont offert leur support. Avant la fin du mois d'avril 2010, l'OMS aura déjà distribué plus de 22 millions de doses de vaccins dans 46 pays à revenus bas et moyen.

Nous avons relevé plusieurs défis au cours de cette période. Nous avons dû agir dans des délais très courts en raison de l'extension rapide de la pandémie et de l'évolution

des attentes des populations. Nous avons dû recourir à des négociations *ad hoc* avec les donateurs et les producteurs en raison de l'absence d'un cadre préétabli. Nous avons aussi rencontré des problèmes logistiques et juridiques avec la nécessité d'une approche standardisée et la nécessité pour les gouvernements donateurs de demander aux pays receveurs de prendre en charge la responsabilité juridique. A cela se sont ajoutés des problèmes de communication avec des difficultés liées aux campagnes de désinformations menées par les lobbies. Malgré ces difficultés, la solidarité internationale et les actions de l'OMS ont permis d'augmenter l'équité entre pays riches et pauvres vis-à-vis de l'accès au vaccins pandémiques.

Robert SEBBAG

Les pays du sud font face à des pandémies permanentes. Nous sommes passés de couverture vaccinale très basse dans les années 60 ou 70 à des couvertures de 70 % aujourd'hui dans certains pays. Ceci tient à l'apparition de nouveaux acteurs. Le sida a ouvert la porte à la prise de conscience de la maladie dans les pays du sud. Ce phénomène a provoqué un électrochoc. C'est donc une révolution que nous avons connue en 2001, c'est-à-dire lorsque le G8 a considéré que cette épidémie était un sujet politique mondial.

Ce sont aussi des sujets sur lesquels les acteurs privés sont de plus en plus présents. Citons au premier rang des fondations celle de Bill Gates riche d'un budget de 3 à 4 milliards de dollars par an. La création de GAVI est aussi une révolution.

J'aimerais aujourd'hui que nous appliquions dans le domaine du médicament ce que nous faisons dans le domaine du vaccin. Dans le nord, nous avons plus peur du vaccin que de la maladie. Dans les pays du sud, la peur du vaccin n'existe pas. J'espère que la défiance portée sur la vaccination va disparaître. N'oublions pas les dégâts de toutes ces maladies que nous pouvons éviter par la vaccination.

III. DÉBAT

Une intervenante

Les communes où les populations musulmanes sont plus nombreuses ont été moins sensibilisées au message de la vaccination. Certains praticiens ont refusé de faire vacciner dans les établissements publics de santé. La liberté de choix est un fait mais nous devons reconnaître aussi que l'offre n'a pas été offerte dans tous les hôpitaux.

Jean-Luc PREEL

La création des ARS doit permettre de mettre en place des vraies politiques de santé publique. Les associations ont sans doute un rôle à jouer dans ce domaine. Les lobbies anti vaccination peinent à comprendre que la vaccination est bénéfique pour eux et pour la communauté, ce que je regrette amèrement.

Christian PERRONNE

Certains médecins ont refusé de vacciner de peur d'être considérés comme responsable

d'un effet indésirable ou secondaire. Ces derniers ne savaient pas que la responsabilité incombait aux autorités publiques.

Robert SEBBAG

Un adulte est libre de ne pas se faire vacciner. Un enfant dont les parents ne veulent pas le vacciner n'a pas de liberté de choix. Où s'arrête la liberté individuelle ? Par ailleurs, pourquoi le remboursement de la vaccination contre la grippe saisonnière commence à 65 ans ?

Jean-Luc PREEL

La morbidité de la grippe saisonnière concerne surtout les personnes âgées. Aussi il semble logique de cibler d'abord les personnes les plus âgées. Concernant votre première question, je n'ai pas de réponse sauf à redire que les enfants sont sous la responsabilité de leurs parents. Si l'on rend la vaccination obligatoire, peut-être que cette mesure renforcera encore les lobbies anti-vaccins.



SYNTHÈSE DE LA JOURNÉE

Yves BUR

Député du Bas-Rhin

La vaccination n'est pas qu'un problème. Quand nous quittons notre pays parfois trop installé dans ses certitudes, on redécouvre que le vaccin est d'abord une solution et non un problème. Une bonne politique vaccinale est souvent la condition au développement et à la croissance.

Nous avons entendu des pistes pour relever le défi de la santé publique. Nous devons pouvoir lutter ensemble contre la politique de discrédit sur la politique de vaccination. Nous ne lutterons pas en imposant la vaccination comme un geste de santé qui ne souffre d'aucune discussion. Nous devons tirer profit de cet événement pour identifier les avancées possibles au-delà des critiques évidentes. Nous devons sans doute mieux hiérarchiser les niveaux d'alerte de la pandémie. Nous devons aussi associer davantage les représentants des usagers et des patients pour qu'ils puissent, si ce n'est être des garants, au moins être les relais de l'information. Dans une société marquée par une crise de l'autorité, nous devons nous appuyer sur des relais crédibles. Peut-être aussi faut-il associer davantage les médecins de terrain.

Les modes de communication ont changé de manière évidente. La communication institutionnelle ne suffit plus. Il convient que les techniques de communication s'adaptent à ces évolutions du Net. Ainsi nous pourrions mieux préparer un prochain épisode pandémique quand il se présentera.



REMERCIEMENTS

Jean-Pierre DOOR, député du Loiret, et Yves BUR, député du Bas-Rhin, remercient Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la Santé et des Sports, d'avoir accordé son haut patronage pour les 2^{èmes} rencontres parlementaires sur les vaccins, qu'ils présidaient le 7 avril dernier.

Ils remercient plus largement l'ensemble des orateurs de cette journée : leurs communications ont contribué à la qualité et à la réussite de ces échanges.

Leur reconnaissance s'adresse enfin aux sociétés GSK, PFIZER, ROCHE et SANOFI PASTEUR qui, par leur soutien, ont permis l'organisation de cette journée d'études.

Partenaires



Soutien

ROCHE

Soutien institutionnel

Ministère de la Santé et des Sports
Direction Générale de la Santé

LES DERNIÈRES PUBLICATIONS D'AGORA EUROPE

Réformer la prison - Acte I (février 2010)

- Jean-René LECERF, sénateur du nord, rapporteur du projet de loi pénitentiaire
- Jean-Paul GARRAUD, député de la Gironde, rapporteur du projet de loi pénitentiaire

Loger : quand l'État se fixe une obligation de résultat

L'an 2 du dalo - État des lieux (décembre 2009)

- Etienne PINTE, député des Yvelines, coprésident du groupe d'études " Pauvreté, précarité et sans-abri "

Grand âge : Maintenir et restaurer l'autonomie (octobre 2009)

- Denis JACQUAT, député du Loiret, co-président du groupe d'études de l'Assemblée Nationale sur la longévité
- Bérengère POLETTI, députée des Ardennes, présidente du groupe d'études de l'Assemblée Nationale sur la dépendance et la maladie d'Alzheimer

Sécurité sociale et Complémentaires santé : quels impacts des dernières dispositions ? (octobre 2009)

- Jean-Pierre DOOR, député du Loiret, rapporteur pour du PLFSS 2010 pour l'assurance-maladie
- Alain VASSELLE, sénateur de l'Oise, président de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, rapporteur de la commission des Affaires Sociales du Sénat

Les conséquences de l'ouverture à la concurrence (octobre 2009)

- Yanick PATERNOTTE, député du Val-d'Oise, rapporteur du projet de loi relatif à l'organisation et à la régulation des transports ferroviaires et guidés et portant diverses dispositions relatives aux transports

Grippe A : état d'alerte ! Sommes-nous prêts ? (juillet 2009)

- Jean-Pierre DOOR, député du Loiret, rapporteur du PLFSS pour l'assurance-maladie

Infrastructures et fonctionnement : quel financement du sport ? (juin 2009)

- Jean FAURE, sénateur de l'Isère, président du groupe d'études sur les problèmes du sport et des activités physiques
- Pierre MARTIN, sénateur de la Somme, rapporteur pour avis du budget " sport "

Quelles bonnes pratiques pour l'emploi des seniors ? (juin 2009)

- Jacques KOSSOWSKI, député-maire de Courbevoie, secrétaire national de l'UMP à l'emploi des seniors
- Patrick OLLIER, député-maire de Rueil-Malmaison, président de la commission des affaires économiques

Les vaccins : une excellence française à préserver (mars 2009)

- Paul BLANC, sénateur des Pyrénées-Orientales, auteur du rapport d'information " Vaccins : convaincre et innover pour mieux protéger "
- Yves BUR, député du Bas-Rhin, rapporteur du PLFSS (recettes et équilibre général)

Un an après, quel bilan du droit au logement opposable ? (décembre 2008)

- Etienne PINTE, député des Yvelines, co-président du groupe d'études " Pauvreté, précarité et sans-abris "

Les conditions d'ouverture du marché des jeux de hasard et d'argent en France (octobre 2008)

- François TRUCY, sénateur du Var, auteur du rapport d'information sur l'évolution des jeux de hasard et d'argent

Pour toute commande ou information :

Agora Europe - 3, rue des Caves du roi 92310 Sèvres

Tél : 01 41 14 99 00 / Fax : 01 41 14 99 01

<http://www.agoraeurope.com>