

## **Audition de M. Philippe de Chazournes, médecin généraliste**

Enfin, la commission d'enquête a **entendu M. Philippe de Chazournes, médecin généraliste.**

**M. Philippe de Chazournes** a tout d'abord souligné n'avoir aucun lien d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique.

Se présentant comme un « simple médecin de terrain », il a souhaité pouvoir être, auprès de la commission d'enquête, le relai d'un certain nombre de confrères réunionnais et métropolitains, et lui faire part de leur « expertise libérale ». Il a indiqué que son expérience de médecin à la Réunion depuis plus de vingt ans l'avait conduit à côtoyer à de nombreuses reprises le monde de la recherche :

- en 2006 pour le chikungunya, comme coinvestigateur principal de l'étude Curachik ;

- il y a quelques mois avec l'Institut de veille sanitaire (InVS), comme coresponsable d'une étude (Chikarticulaire 36) sur les douleurs articulaires trente-six mois après l'infection au chikungunya ;

- avec Méd'Océan, association de recherche clinique en médecine de ville à la Réunion et dans l'Océan indien, qu'il préside et dont l'indépendance vis-à-vis de l'industrie est spécifiée dans ses statuts. Cette association a conduit des études sur le chikungunya, l'insuffisance rénale chronique et le diabète, véritables fléaux de santé publique à la Réunion, ainsi qu'une étude sur « l'impact de la visite de pairs dans le changement de pratique des médecins » qui a obtenu en 2005 le premier prix de recherche de médecine générale en France ;

- dans le cadre de la Délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) : il a déploré à ce propos que l'industrie pharmaceutique et les entreprises du médicament apparaissent seules en mesure de financer la recherche, alors qu'il suffirait d'un peu de financement public pour mener une recherche indépendante, objective et fiable.

**M. Philippe de Chazournes** a indiqué avoir eu l'occasion de coopérer avec les acteurs institutionnels dans le cadre des épidémies de chikungunya puis de grippe A(H1N1) : l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH), la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), le Comité des maladies infectieuses (CMI) et, désormais, la nouvelle Agence régionale de santé (ARS) de l'Océan indien.

Il a pu ainsi acquérir une certaine expérience de la gestion décentralisée des décisions et des éventuels retours d'expériences, sujets qui étaient au centre du déplacement effectué à la Réunion par Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, le 29 août 2009, au maximum du pic épidémique. Il a regretté que ce voyage n'ait pas été évoqué par la ministre lors de son audition par la commission d'enquête, **M. Francois Autain, président**, indiquant que la question n'avait alors pas été posée.

**M. Philippe de Chazournes** a estimé, pour le regretter, qu'il n'y avait pas eu de retour d'expérience sur la gestion de la grippe à la Réunion, se demandant si cela était imputable à une absence de transmission par les responsables locaux, ou à la non-prise en compte de ces retours d'expériences par les responsables nationaux.

Il a indiqué que l'on avait localement, début juin, le sentiment que les autorités sanitaires locales n'avaient aucune marge de manoeuvre dans leur prise de décision et devaient s'en tenir au respect des circulaires ministérielles.

On s'est ainsi privé de l'expertise des médecins généralistes et de l'expertise réunionnaise, trois mois avant l'arrivée de l'épidémie en métropole, où sa chronologie a été un véritable « copié-collé » de ce qui s'était passé à la Réunion.

Cette situation est regrettable, car on aurait pu éviter des fermetures de classes en métropole, des mesures de prévention inadéquates comme l'annulation de rencontres sportives, et éviter aussi de créer un vent de panique dans l'esprit des patients, dans les services d'accueil des urgences, dans la réception des appels des centres d'urgence du 15 et, enfin, dans les cabinets de médecine libérale.

Le bon sens aurait été de dire aux patients grippés de rester chez eux pour ne pas contaminer des malades fragiles et pour ne pas se contaminer eux-mêmes.

**M. Philippe de Chazournes** s'est, par ailleurs, demandé comment on pouvait dire, à l'époque de l'achat des vaccins, que cette grippe pouvait être grave. En effet, sa létalité a été peu importante au Mexique, où elle était apparue, de même qu'à la Réunion, en Nouvelle-Zélande, en Nouvelle-Calédonie et en Australie.

Il aurait fallu extrapoler à la métropole ce qui s'était passé à la Réunion : la grippe H1N1 a très rapidement pris le pas sur la grippe saisonnière, et l'épidémie s'est ensuite très rapidement éteinte.

Fin août, lors du pic épidémique à la Réunion, on savait que cette grippe n'était pas grave :

- le premier cas de grippe A(H1N1) à la Réunion a été confirmé le 5 juillet ;
- le premier cas autochtone a été identifié le 23 juillet ;
- la durée de l'épidémie a été estimée à neuf semaines ;
- il y a eu six décès à la Réunion, dont quatre cas où des comorbidités ont été identifiées, et deux décès sans autre cause apparente que la grippe A(H1N1), celui d'un homme de trente-trois ans et d'une femme de trente-huit ans ;
- il n'y a pas eu de surmortalité : 611 décès ont été observés, alors qu'il en était attendu 669 sur la période ;
- aucune école n'a été fermée, mais l'éviction scolaire des enfants symptomatiques a été recommandée ; il n'y a pas eu d'augmentation de la tendance épidémique après la rentrée scolaire le 21 août 2009. Alors que M. Didier Houssin, directeur général de la santé, a indiqué à la commission d'enquête que la fermeture des classes en Ile-de-France avait ralenti la propagation du virus, cette affirmation ne s'est pas vérifiée à la Réunion.

En 2009, sur l'île de la Réunion, le virus pandémique a ainsi provoqué une épidémie de grippe modérée, d'intensité légèrement supérieure à celle observée dans le passé pour la grippe saisonnière, mais d'une gravité comparable, voire inférieure, selon l'InVS.

A partir de ce constat, **M. Philippe de Chazournes** a soulevé un certain nombre d'interrogations :

- était-il raisonnable de continuer sur une voie manifestement inappropriée ?
- disposait-on d'éléments suffisants pour commander des vaccins, et en de telles quantités ?
- pourquoi avoir semé la panique pour inciter à tout prix la population à se faire vacciner, alors qu'on connaissait l'absence de gravité de cette grippe ?
- était-il raisonnable de vouloir vacciner tout le monde, de « harceler » les professionnels de santé, notamment les élèves infirmiers, à qui l'on a dit que leurs stages et examens ne seraient pas validés s'ils refusaient de se rendre dans les « vaccinodromes » ?
- ne pouvait-on pas partager les risques avec l'industrie pharmaceutique, dont les profits auraient dû être fonction des besoins ?
- pourquoi avoir octroyé aussi vite l'immunité juridique aux producteurs de vaccins, créant un climat de suspicion dans la population ?

**M. Philippe de Chazournes** a estimé qu'il aurait été plus crédible de reconnaître que l'on s'était trompé et que chacun assume ses responsabilités et en tire les conséquences, plutôt que de vacciner à tout prix pour écouler les vaccins déjà achetés. Pourtant, a-t-il relevé, pour la grippe saisonnière, un congrès Cochrane à Rome en 2006 avait déjà montré que l'efficacité du vaccin n'avait jamais été prouvée, à partir d'études portant sur 260 000 enfants et 60 000 adultes depuis trente-sept ans. La vaccination réduirait le risque de grippe d'à peine 6 % pour les personnes en bonne santé ; aucune étude ne permet de constater l'efficacité du vaccin chez les personnes âgées ; il n'y a pas eu de diminution des décès dus à la grippe aux Etats-Unis entre 1980 et aujourd'hui, alors que la couverture vaccinale a augmenté de 15 % à 65 %. La meilleure protection contre la grippe est sans doute le port de masques ou le lavage des mains.

En ce qui concerne la grippe A(H1N1)v, il s'est demandé si le « délire collectif » pouvait s'expliquer autrement que par des conflits d'intérêts chez les décideurs, ou leurs conseillers, les experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou les experts français.

Il a rappelé qu'il avait ainsi « poussé un coup de gueule » dans un article de presse paru le jour de la visite de la ministre de la santé à la Réunion, article dont il a affirmé revendiquer l'intégralité du contenu, qui s'était révélé exact.

Cet article s'interrogeait en effet sur :

- l'efficacité de l'oseltamivir et sur celle du vaccin ;
- la surcharge des services d'urgence, au détriment des nécessités vitales ;
- la surcharge des cabinets médicaux, qui multipliait les risques d'auto-infections et d'erreurs diagnostiques, et pesait sur la qualité de la prise en charge des autres patients, notamment les malades chroniques ;

- la production de certificats attestant qu'un patient n'était pas grippé, et les arrêts de travail des parents gardant leurs enfants exclus des classes ;

- la demande d'une meilleure organisation et anticipation, en l'absence d'initiative laissée aux directeurs de la DRASS et de l'ARH.

L'Union régionale des médecins libéraux (URML) de la Réunion, dont il est secrétaire général, a écrit au préfet en septembre et organisé une conférence de presse sur le thème « Non à la vaccination de masse contre la grippe H1N1 » le 29 octobre 2009.

Un sondage a permis de recueillir l'opinion des Réunionnais.

A une première question, les deux tiers des personnes interrogées répondaient qu'elles n'étaient pas disposées à se faire vacciner dans les centres de vaccination de masse spécialement ouverts dans les gymnases ou les salles communales.

Les raisons de ce refus étaient diverses : 11 % des personnes interrogées estimaient la vaccination inutile, pensant avoir déjà eu la grippe ; 52 % n'avaient pas complètement confiance dans les vaccins ; d'autres refusaient le dispositif de vaccination de masse (7 %) ou préféraient attendre (21 %). Enfin, 47 % souhaitaient demander conseil à leur médecin traitant, entraînant un afflux d'appels téléphoniques et de rendez-vous.

La dernière question du sondage portait sur la vaccination par des équipes mobiles des enfants des écoles. La majorité des personnes interrogées n'étaient « certainement pas d'accord » (36 %) ou « plutôt pas d'accord » (27 %) pour faire vacciner leurs enfants dans ces conditions. Comme il était prévu de vacciner les enfants sauf refus explicite des parents, l'URML de la Réunion avait rédigé une lettre-type aux directeurs d'école, à l'intention des parents qui ne souhaitaient pas que leurs enfants soient vaccinés.

En conclusion de ce sondage, **M. Philippe de Chazournes** a déploré la médiatisation de la peur et la mise en cause des autorités sanitaires par les parents. Il a estimé impossible de vacciner une population contre son avis.

**M. François Autain, président**, a demandé si la vaccination était présentée comme obligatoire.

**M. Philippe de Chazournes** a répondu que la population était en tout cas fortement incitée à se faire vacciner.

Certes, l'industrie pharmaceutique française permet de créer des emplois, mais son souci, en tant que médecin de terrain, est que les décisions soient prises sur des critères purement médicaux, ceux de l'Evidence Based Medicine (EBM).

Après avoir rappelé que Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, lors de son audition par la commission d'enquête, avait souligné son attachement aux principes de justice, d'éthique et de responsabilité, il a affirmé n'être, pour sa part, missionné par aucun organisme ni institution. Médecin généraliste et de terrain, il est impliqué dans une recherche pragmatique et éthique, ayant le patient pour unique bénéficiaire.

Tous les patients atteints de chikungunya ont été vus par les médecins généralistes à la Réunion. Il aurait dû en être de même pour la grippe H1N1 - à la Réunion et en métropole -, et il a déploré que n'aient pas été davantage associés les 50 000 généralistes français, experts de terrain qui étaient cependant en première ligne et devaient répondre à toutes les interrogations de leurs patients.

Revendiquant son absence de tout lien d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique, il a rappelé être correspondant de la Haute Autorité de santé (HAS) depuis plus de dix ans, membre de plusieurs groupes de lectures de recommandations (notamment la charte de la visite médicale en 2005), ainsi que d'un groupe de travail sur une prochaine recommandation de la HAS concernant « un autre scandale », le vaccin anti-papillomavirus (anti-HPV) contre le cancer du col de l'utérus.

**M. Francois Autain, président**, a rappelé que les investigations de commission d'enquête se limitaient à la grippe A (H1N1)v.

En conclusion de son exposé liminaire, **M. Philippe de Chazournes** a souligné l'importance des recommandations des autorités sanitaires, qui « se déclinent » à tous les niveaux : elles sont reprises dans les formations médicales internes et continues des médecins, par les experts, par les médecins, qui ont confiance dans les autorités sanitaires, par les associations de patients et, enfin, par la presse grand public.

Alors qu'une recommandation nécessite parfois plus d'un an pour être élaborée et peut ne pas être remise en cause pendant plus de cinq ans, ses modalités doivent être bien définies dès le départ. S'il y a au départ un défaut d'appréciation, un « bug », il va être répercuté jusqu'à la base.

Il est incompréhensible, dans le cas de la grippe A(H1N1)v, qu'on ait pu être aussi aveugle vis-à-vis d'une situation qui était loin d'être dramatique.

**M. Alain Milon, rapporteur**, a demandé à M. Philippe de Chazournes si la réponse vaccinale lui paraissait adaptée à la lutte contre une pandémie grippale, pour faire barrage à la pandémie et assurer une protection individuelle ?

Il a également voulu savoir si une campagne de vaccination était prévue à la Réunion pour l'hiver austral.

Il a enfin demandé quelle comparaison on pouvait faire entre la gestion du chikungunya et celle de la grippe H1N1.

**M. Philippe de Chazournes** a jugé la réponse vaccinale bien évidemment adaptée à une pandémie s'il s'agit de lutter contre une affection grave.

**M. Alain Milon, rapporteur**, a relevé que le critère de gravité n'était pas retenu actuellement dans la définition d'une pandémie.

**M. Philippe de Chazournes** a estimé que la réponse vaccinale doit répondre à un besoin de santé publique, en faisant la balance des bénéfices et des risques, pour protéger contre des maladies graves.

En ce qui concerne une campagne vaccinale à la Réunion pour l'hiver austral, le virus H1N1 est l'une des souches retenues dans le vaccin contre la grippe saisonnière. Des afflux de personnes souhaitant se faire vacciner sont improbables, et les médecins examineront les situations au cas par cas. La différence de discours avec l'année passée met toutefois les généralistes en porte-à-faux avec leurs patients.

A propos du chikungunya, dans la lutte contre lequel il s'est beaucoup impliqué, sur lequel il a rédigé plusieurs articles parus dans *Le Praticien* en 2006, il a regretté le manque de suites données aux retours d'expériences, à l'exception de l'important travail réalisé par les agents du service de lutte anti-vectorielle. En effet, le manque de propreté dû aux décharges, la présence de réserves d'eau pour les moustiques, ont compliqué la tâche des autorités sanitaires.

Dans une étude publiée en 2006 sur les critères cliniques et thérapeutiques du chikungunya, il a montré l'intérêt de disposer d'une liste des symptômes permettant de diagnostiquer le chikungunya, sans avoir besoin de procéder à une prise de sang. Des signes comme le prurit de la plante des pieds permettent d'identifier le chikungunya.

**M. Alain Milon, rapporteur**, a observé qu'il s'agit de signes d'appel.

**M. Philippe de Chazournes** a remarqué que dix signes d'appel, dans une période épidémique, peuvent être considérés comme un signe de certitude. De la même façon, au plus fort du pic épidémique de grippe H1N1 à la Réunion, une combinaison de symptômes permettait d'identifier la pathologie sans faire d'études sérologiques.

Une fois la pathologie identifiée, se pose la question de la réponse à apporter. Pour le chikungunya, la prescription de paracétamol a coïncidé avec une augmentation du nombre d'hépatites, ce qui donnait matière à la réalisation d'études randomisées par la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) de la Réunion et de Mayotte. En l'absence de telles études, malgré les moyens structurels dont on dispose, il s'est adressé à Mme Chantal de Singly, directrice générale de l'ARS mise en place le 1<sup>er</sup> avril 2010.

En tout état de cause, la petite reprise des cas de chikungunya à la Réunion - une cinquantaine - a été exagérée dans les médias. Elle n'a pas remis en cause la préparation de l'équipe de France de football à la Réunion. L'hypermédiatisation ne doit pas conduire à des réactions telles que la limitation des déplacements à la Réunion. La cinquantaine de cas de chikungunya est mineure et complètement localisée. Elle pourrait cependant permettre de procéder à des études utiles pour l'avenir.

**M. Philippe de Chazournes** a insisté sur son souhait d'améliorer la recherche basée sur la médecine de terrain, ayant été mandaté par la conférence nationale des présidents des unions de médecins libéraux pour le projet « Horizon santé » de la direction générale de la santé (DGS). Dans ce cadre, un dialogue transversal doit associer tous les acteurs - médecins, patients, industriels...

Dans la conduite de ces travaux, il a indiqué qu'il ne dérogerait pas à la règle de l'absence de conflits d'intérêts. Il a évoqué à ce sujet la position prise par la Haute Autorité de santé (HAS) qui a déclaré : « les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations d'intérêt à la HAS. Elles ont été analysées et prises en compte ». Il a estimé que c'était insuffisant et que la HAS devrait s'inspirer, notamment, de l'exemple de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) : en cas de conflits d'intérêts sur une question, quelle

que soit leur autorité en la matière, les experts devraient ne pas participer aux discussions et quitter la salle.

**M. Alain Milon, rapporteur**, a demandé si des études avaient fait apparaître des hépatites toxiques dues à la prescription de paracétamol.

**M. Philippe de Chazournes** a cité l'exemple de Saint-Benoît, dans l'ouest de l'île, où le chikungunya était important. Il a été constaté une consommation excessive de paracétamol, jusqu'à 4 ou 5 grammes par jour, ayant provoqué des hépatites toxiques.

**M. Alain Milon, rapporteur**, a estimé que les hépatites toxiques n'étaient sans doute pas causées par la seule prise de paracétamol.

Il a rappelé qu'il avait été fait état, devant la commission d'enquête, d'une étude réalisée en mai 2009 qui envisage l'éventualité d'une nouvelle vague pandémique dans l'hémisphère sud en mai-juin 2010. Les éléments aujourd'hui disponibles font-ils apparaître la possibilité d'une nouvelle vague à la Réunion ?

**M. Philippe de Chazournes** a déclaré qu'il n'y aurait pas de deuxième vague de grippe H1N1, pas plus qu'il n'y avait eu de deuxième vague de chikungunya, pourtant attendue depuis 2006. Les modèles mathématiques présentent des limites, comme tout travail humain. Les auteurs des études sur les prévisions de létalité de la grippe H1N1 ont d'ailleurs reconnu s'être trompés.

**M. Alain Milon, rapporteur**, a demandé à M. Philippe de Chazournes quels enseignements il tirait de la gestion de la grippe pandémique en matière de liens d'intérêts et du rôle de l'expertise. Pense-t-il qu'il faudrait diversifier les « profils » des experts et, notamment, inclure systématiquement des généralistes dans les comités d'experts ?

**M. Philippe de Chazournes** a estimé qu'il aurait été souhaitable de se poser la question avant l'épidémie de grippe A(H1N1). En 2006, pour le chikungunya, il n'y avait déjà pas eu de retour d'expérience, alors qu'on avait déjà affirmé la volonté de mettre le médecin traitant au centre du système.

De même, Mme Roselyne Bachelot a déclaré, le 2 juillet 2009, que les médecins traitants étaient au centre du dispositif de lutte contre le virus grippal. Or, le message médiatique aurait dû consister à dire que les patients grippés devaient rester chez eux, et non submerger les services d'urgence.

Dans ce contexte, il est frustrant que les bulletins épidémiologiques de l'InVS sur la grippe A (H1N1) 2009 et la grippe saisonnière n'aient fait état ni des critiques des médecins libéraux sur la gestion de l'épidémie, ni des positions de leurs représentants, les unions régionales des médecins libéraux.

**M. François Autain, président**, a observé que la gestion gouvernementale de la pandémie n'avait laissé qu'une place restreinte aux médecins généralistes. Les bulletins épidémiologiques de l'InVS ne font qu'illustrer ce fait, que l'on peut effectivement déplorer.

**M. Marc Laménie** a noté que le sondage cité avait donné des informations claires sur la réaction des populations. Compte tenu de son expérience de médecin à la Réunion, et de la

gestion de la pandémie dans la métropole, quelles seraient les recommandations de M. Philippe de Chazournes pour essayer d'être plus efficace si une telle situation se reproduisait ?

**M. Philippe de Chazournes** a jugé indispensable de s'adresser aux bons interlocuteurs, à savoir ceux qui ont travaillé sur un sujet.

Pour sa part, il vient d'être auditionné dans le cadre d'un projet mis en place avec la DGS sur les techniques de l'insecte stérile à la Réunion, portant sur l'importation d'insectes stériles pour éviter la propagation de chikungunya.

**Mme Marie-Christine Blandin** a indiqué que, dans le cadre des travaux de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST) sur la mutation des virus et la gestion des pandémies, à partir de l'exemple du virus A (H1N1), elle a fait partie d'une délégation de parlementaires qui a rencontré une dizaine de médecins généralistes de l'Union régionale des médecins libéraux de la Réunion. Leurs observations figureront dans le rapport de l'OPECST.

Elle a indiqué qu'en Guyane, à Saint-Laurent-du-Maroni, les jeunes personnes recrutées pour participer aux opérations de vaccination étaient toutes exclusivement francophones et avaient donc rencontré des problèmes pour se faire comprendre des Guyanais qui parlaient les langues locales et ne pouvaient répondre à des questions posées en français, ce qui est un bon exemple de « parachutage » d'un dispositif inadéquat et inadapté à la réalité de l'Outre-mer.

**M. François Autain, président**, a considéré que les recommandations de l'OMS sur les opérations de lavage des mains n'étaient pas non plus toujours adaptées à la situation de l'Outre-mer.

**M. Philippe de Chazournes** a rappelé que, dès le 8 juin, le point épidémiologique fait avec la CIRE montrait une létalité de la grippe H1N1 inférieure à celle de la grippe saisonnière. Le 29 juin, parmi les 239 cas confirmés en France, il n'y avait ni forme sévère, ni décès. Malgré ces constats, la direction régionale des affaires sociales (DRAS) s'en remettait aux schémas nationaux de lutte contre l'épidémie, sans volonté d'anticiper.

Le manque de remontée d'informations peut s'expliquer par des défauts d'organisation, en l'absence de compte rendu et d'ordre du jour. Il faudrait que la mise en place des ARS soit une occasion de relancer la pratique des comptes rendus et qu'elles s'attachent à favoriser la remontée des informations, ce qui aurait peut être permis d'éviter que la population de la Réunion, au pic de l'épidémie, ait été opposée à la vaccination.

**M. Alain Milon, rapporteur**, a rappelé que, dès juin 2009, l'OMS avait reconnu que l'épidémie était modérément grave.

Par ailleurs, en tant qu'ancien rapporteur du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), il a rappelé que c'est le médecin généraliste qui est placé au centre du système de santé.