

13.08.2009

Vaccin et Tamiflu sont inutiles dans une grippe A H1N1 bien moins grave que la grippe saisonnière. Juan Gérvas nous rappelle à la raison

Avec des modifications ajoutées le 21 août

L'hystérie médiatique, des autorités sanitaires et des laboratoires pharmaceutiques semble illimitée quant à la grippe porcine (grippe A, H1N1). En réponse, on assiste à des réactions paranoïaques des milieux conspirationnistes-antivaccinalistes, qui voient dans la vaccination une menace de... bioterrorisme... Les deux extrêmes s'entretiennent mutuellement.



En attendant que cette bulle explose en vol – d'elle-même, bien entendu -, autant se rappeler que nous sommes des êtres doués de raison. A voir tout ce qui circule sur internet et dans les autres media, on ne le dirait pas. Voici une critique raisonnée et rationnelle de l'objet même de cet emballement. La grippe A, qu'est-ce que c'est ? Quels sont les chiffres ? Y a-t-il des dangers dignes de ce nom ? Une prévention, un traitement médical ? Les vaccins, le Tamiflu, le Relenza sont-ils efficaces ? Ont-ils un rapport bénéfices/risques favorable ?

Pharmacritique vous propose une traduction du texte explicatif, synthétique, référencé et très clair que le médecin espagnol **Juan Gérvas** distribue à ses patients. Chapeau bas ! Dommage que nos médecins ne se donnent pas la peine ! Cela contribuerait certainement à faire retomber les peurs irrationnelles entretenues par les deux extrêmes qui ont des intérêts dans cette affaire.

(On peut toujours regarder [la vidéo](#) dans laquelle le député et animateur canadien **André Arthur** dénonce l'hystérie médiatique et des autorités sanitaires quant à la fameuse grippe porcine, de même que notre crédulité. Nous méritons amplement ce coup de gueule...)

L'image est tirée de [CovWeb](#). La meilleure prévention, ce n'est pas un vaccin, et elle n'est pas non plus nouvelle...

Dans un tout autre genre, voici une **traduction intégrale** du texte de Juan Gérvas, avec l'aimable autorisation de son auteur, que je remercie. (Il n'y a pas de lien, puisque l'original n'a pas encore été posté). Juan Gérvas est souvent cité dans les pages de Pharmacritique, notamment pour ses critiques raisonnées et rationnelles du Gardasil. Nos échanges ont été facilités par l'association [Healthy Skepticism](#), dont le scepticisme est lui aussi fondé en raison. C'est pour cela qu'il est sain.

Mise à jour le 21 août: quelques modifications ont été faites aujourd'hui par l'auteur, et je les ai intégrées. Il y a plusieurs versions en circulation, et ceux qui veulent faire des comparaisons devraient en tenir compte... D'autant plus que je n'intégrerai plus d'autres actualisations éventuelles, que l'auteur est bien sûr libre de faire. Je prends comme original le texte envoyé aujourd'hui par Juan Gérvas.

« **Quoi faire en cas de grippe A? Patience et sérénité sont de mise** »

Par **Juan Gérvas**

"Médecin à Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes et El Cuadrón (Communauté autonome de Madrid). Professeur honoraire de santé publique à la faculté de médecine de l'Université autonome de Madrid et professeur invité de médecine générale et santé internationale à la Escuela Nacional de Sanidad (Ecole Nationale de Santé de Madrid).

Résumé

1. La grippe A est très contagieuse, mais aussi très légère, plus légère que la grippe annuelle (grippe saisonnière).
2. Face à la grippe A, nous devons nous comporter avec prudence et sérénité, comme nous le faisons en cas de grippe saisonnière. Le recours au médecin ne s'impose que dans les cas d'atteinte grave (toux sanguinolente, altération importante des capacités respiratoires).
3. Les médicaments antiviraux tels que Tamiflu et Relenza ne protègent pas de la grippe A et ont des effets secondaires importants. Ils ne sont pas non plus utiles dans le traitement de la grippe contractée par des patients par ailleurs en bonne santé, et leur emploi doit être réservé aux cas graves.
4. Le vaccin contre la grippe A est expérimental, et actuellement, nous ne savons rien ni de son profil de sécurité ni de son efficacité.

5. La mortalité a été relativement peu importante lors des pandémies grippales survenues après la généralisation des antibiotiques, puisque ceux-ci ont pu être utilisés pour traiter les pneumonies qui compliquent la grippe. Lors des pandémies précédentes, il n'y a pas eu de deuxième "vague" avec un virus qui serait devenu plus agressif.
6. En plus de la grippe A, les structures de soin doivent pouvoir continuer à prendre en charge tous les malades aigus et chroniques habituels, et il est important que des patients souffrant d'une grippe A légère ne saturant pas les capacités des cabinets médicaux et des établissements de soins.

De quoi s'agit-il ?

La grippe est une affection virale qui survient habituellement pendant l'hiver, sous forme d'épidémie - épidémie saisonnière - qui peut toucher une partie importante de la population. Comme le dit très bien cet adage, "la grippe dure sept jours avec un traitement, et une semaine sans lui." Cette affection bénigne s'accompagne de fièvre et de symptômes variés tels que maux de tête, douleurs musculaires, nausée, diarrhée et inconfort général, ce qui nécessite un repos de quelques jours. Un éventuel traitement viserait à soulager les douleurs et l'inconfort, et non pas à baisser la fièvre, car il n'y a pas de raison de le faire, même chez les enfants.

Malgré la nature bénigne de la grippe, il a été démontré que la mortalité augmente chez les malades, et cette augmentation connaît deux pics annuels : l'un pendant l'été, surtout pendant les jours de canicule, et l'autre pendant l'épidémie saisonnière de grippe hivernale. C'est ce qui justifie les recommandations de vaccination contre la grippe ; cela dit, l'utilité des vaccins est controversée.

L'épidémie de grippe A qui a commencé au Mexique en 2009 est moins grave que l'épidémie saisonnière habituelle. Cette grippe A se propage facilement, et c'est pourquoi on parle de "pandémie", puisqu'elle pourrait affecter jusqu'à la moitié de la population. Mais ce potentiel élevé de contagion de la grippe A ne veut rien dire sur sa gravité, et, de fait, elle est moins grave que toutes les précédentes épidémies de grippe.

Elle touche certes beaucoup de monde, mais provoque bien moins de décès que la grippe annuelle. Les chiffres varient selon les sources de données, mais, au Royaume-Uni, par exemple, il y a eu seulement 30 décès sur les centaines de milliers de cas [*confirmés ou supposés, NdT*]; aux Etats-Unis, 302 personnes sont mortes alors qu'il y a eu un million de

cas. Pendant l'hiver austral, qui correspond à l'été en Espagne, la grippe A a fait environ 350 morts en Argentine, 128 en Australie, 105 au Chili et 15 en Nouvelle-Zélande. L'hiver austral étant quasiment fini, on peut parler en tout de 2.396 décès de par le monde. Pour mieux comprendre les chiffres, il faut les situer dans le contexte: ainsi, rappelons qu'en Espagne, la grippe saisonnière "normale" fait entre 1.500 et 3.000 victimes chaque hiver.

Nous avons connu plusieurs pandémies. La plus mortelle d'entre elles, celle de grippe dite "espagnole" de 1918, a fait des victimes surtout à cause des pneumonies bactériennes [surajoutées] survenues chez les pauvres, chez les personnes mal nourries, vivant dans des habitations surpeuplées, insalubres et mal protégées du froid. Les deux pandémies suivantes, qui ont eu lieu en 1957 et en 1968, ont fait moins de morts, entre autres grâce à l'existence des antibiotiques pour traiter les pneumonies bactériennes.

A regarder de près les pandémies grippales des siècles précédents, de 1510 à nos jours, on constate qu'il n'y a jamais eu de contamination simultanée et complète de toute la population - c'est-à-dire à 100% -, et que, dans les cas de pandémies peu virulentes qui ont connu une deuxième "vague", celle-ci n'a jamais été plus agressive que la première.

Quoi faire face à la grippe A ?

En 2005, les prévisions de l'OMS [organisation mondiale de la santé] disant que la grippe aviaire pourrait tuer jusqu'à 7 millions de personnes ont déclenché une vague de panique à travers le monde entier. Et pourtant, on n'a enregistré que 262 morts, ce qui montre à quel point l'erreur de prévision était gravissime. Il ne faudrait pas répéter la même erreur en 2009, face à la grippe A, et il est donc essentiel d'éviter la panique. Par ailleurs, la réaction de panique devant la grippe A est proprement absurde, puisque même si jamais elle en vient à affecter beaucoup de monde, elle n'aura qu'un impact faible dans la grande majorité des cas.

La conduite qu'il convient d'adopter devant la grippe A est celle que nous avons devant n'importe quelle grippe : prudence et sérénité. Avec une bonne hydratation, une bonne alimentation et une hygiène correcte. Il ne faut s'adresser aux médecins qu'en cas de symptômes sévères tels les troubles respiratoires graves ou une toux sanguinolente. Il faut bien entendu éviter d'en "faire cadeau" à l'entourage en lui toussant en plein visage, éviter de se tapoter le nez et d'éternuer la bouche ouverte. Et il faut, bien sûr, se laver soigneusement les mains après s'être mouché, comme avant de manger ou après un passage aux toilettes.

Le virus s'élimine par les mucosités nasales, habituellement pendant les cinq premiers jours de la maladie. Le port de masques ne semble pas être utile pour prévenir la propagation, donc l'épidémie. Cependant, il vaut mieux limiter les contacts avec l'entourage pendant ces premiers jours, comme pour n'importe quelle grippe. Quant à la grossesse, il n'y a rien de spécial à dire, puisque la grippe A ne pose pas plus de problèmes et que ses formes ne sont pas plus graves chez les femmes enceintes.

Il n'existe aucun traitement préventif, et les médicaments prescrits contre la grippe A – qu'il s'agisse de l'oseltamivir [*Tamiflu*] ou du zanamivir [*Relenza*] n'ont aucun effet de prévention de la maladie. Chez les malades non plus, ces mêmes médicaments n'ont quasiment pas d'utilité, puisqu'ils ne feraient que réduire d'une demi-journée la durée de la maladie. De plus, il n'y a pas d'études démontrant leur efficacité contre la grippe A en particulier. Sans parler du fait qu'ils ne sont pas dénués d'effets secondaires. Ainsi, la moitié des enfants traités à Londres par oseltamivir [*Tamiflu*] ont subi des effets indésirables : il s'agissait pour la plupart de vomissements. Des réactions adverses neuropsychiatriques ont été constatées dans 18% des cas.

Un traitement antiviral pourrait peut-être avoir une utilité chez les personnes gravement atteintes ou alors souffrant de maladies chroniques sévères, mais il n'est pas utile de façon générale chez les adultes ou chez les enfants en bonne santé.

Le vaccin contre la grippe n'a que peu d'utilité chez les enfants et les adolescents, puisque son efficacité ne dépasse pas les 33%. Il est complètement inutile chez les enfants de moins de deux ans. Par ailleurs, son efficacité est controversée chez les adultes et les personnes âgées.

Quant au vaccin contre la grippe A, nous n'en savons rien. Un vaccin de ce genre a été fabriqué en 1976 aux Etats-Unis, dans des conditions semblables de précipitation et de panique, dans la peur d'une éventuelle pandémie. Et le résultat a été une épidémie d'effets secondaires sévères - notamment de syndromes de Guillain-Barré, qui est une maladie neurologique grave -, obligeant à l'arrêt de la vaccination. La précipitation n'est jamais une bonne chose, et encore moins s'agissant de prévenir une grippe telle la grippe A, dont le taux de mortalité n'est que très faible.

Il ne faut pas répéter l'erreur de 1976. Dans tous les cas, il faut exiger la signature d'un "consentement éclairé" dans lequel seraient clairement expliqués les bénéfices et les risques, ainsi que la façon de procéder en cas de demandes de réparation pour effets secondaires.

Compte tenu de l'empressement à produire le vaccin, et pour éviter les conséquences légales des problèmes de sécurité qui résultent de cette précipitation, la responsabilité en cas de dommages et de réclamation sera assumée par les Etats, et non pas par l'industrie pharmaceutique.

D'autres détails à prendre en compte ?

Les tests de diagnostic rapide de la grippe A ont une sensibilité faible, de l'ordre de 10% à maximum 60%, ce qui veut dire que cela n'a aucun sens de chercher à savoir si telle personne est effectivement atteinte d'une grippe A, ou alors s'il s'agit d'un autre type de grippe. Cela n'a pas d'importance, puisque la conduite à tenir est la même, quel que soit le type de grippe, et que même le test diagnostic rapide n'est pas une preuve fiable.

A noter qu'aussi bien le virus de la grippe A que celui de la grippe saisonnière peuvent muter, ce qui rend les vaccins complètement inutiles.

Le vaccin contre la grippe saisonnière ne protège pas contre le virus de la grippe A.

Et puis, à tellement parler de la grippe A, on risque d'oublier de vérifier si les enfants et les adultes malades ne souffrent pas (aussi) d'autre chose. En Grande-Bretagne, il y a eu des cas d'enfants faussement diagnostiqués comme souffrant de la grippe A, qui sont morts de méningite.

Une pandémie de grippe A ne ferait pas disparaître les crises cardiaques, l'appendicite, l'insuffisance cardiaque, le diabète, l'asthme, les tentatives de suicide, les fractures du col du fémur, les dépressions, la schizophrénie, ainsi que les milliers d'autres maladies nécessitant des soins médicaux [*qui, eux, seraient indispensables, contrairement à la mobilisation des professionnels de santé pour une grippe bénigne, NdT*]. La sérénité, la patience et la tranquillité d'esprit des patients souffrant de grippe A sont essentielles pour que les services de soins puissent continuer à fonctionner dans de bonnes conditions - et pour permettre aux médecins de consacrer leurs efforts à soigner les malades qui en ont réellement besoin, qu'ils soient ou non touchés par la grippe A, d'ailleurs.

Nota bene

Ce texte est purement informatif. Le seul intérêt de l'auteur est de clarifier certaines choses en rappelant l'état de connaissances quant à la grippe A au moment où ce texte est écrit, au moyen d'une revue de la littérature médicale internationale à ce sujet.

L'auteur ne peut que déplorer le fait que les autorités sanitaires, les sociétés scientifiques et médicales et les media font passer un tout autre message à la population. Ils doivent avoir leurs raisons."

Le 12 août 2009 à Buitrago de Lozoya (Communauté de Madrid)

Références utilisées (sélection)

- Burch J, Corbett M, Stock C et al. Prescription of anti-influenza drugs for healthy adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2009;doi:10.1016/S1473-3099(09)70199-9.
- Ellis C, McEven R. Who should receive Tamiflu for swine flu? *BMJ.* 2009;339:b2698.
- Evans D, Cauchemez S, Hayden FG. "Prepandemic" immunization for novel influenza viruses, "swine flu" vaccine, Guillain-Barré syndrome and the detection of rare severe adverse affects. *J Infect Dis.* 2009;200:321-8.
- Kitching A, Roche A, Balasegaran S et al. Oseltamivir adherence and side effects among children in three London schools affected by influenza A (H1N1), May 2009. An Internet based cross sectional survey. *Eurosurveillance* 2009;29:1-4.
- Jefferson TO, Demicheli V, Di Pietrantonj C et al. Inhibidores de neuraminidase para la prevención y el tratamiento de la influenza en adultos sanos. www.cochrane.es/gripe/revisiones/CD001265.pdf
- Mateo M, Larraux A, Mesonero C. La vigilancia de la gripe. Nuevas soluciones a un viejo problema. *Gac Sanit.* 2006;20:67-73.
- Moreno DM, Taubenberger JK. Understanding influenza backward. *JAMA.* 2009;302:679-80.
- Sheridan C. Flu vaccine makers upgrade technology and pray for it. *Nature Biotechnology.* 2009;27:489-91.

- Shun-Shin M, Thompson M, Heneghan C et al. Neuraminidase inhibitors for treatment and prophylaxis of influenza in children: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ*. 2009;339;b3172.
- Simonsen L, Taylor RJ, Vibournd C et al. Mortality benefits of influenza vaccine in elderly people: an ongoing controversy. *Lancet Infect Dis*. 2007;7:658-66.
- Smith S, Demicheli V, Di Pietrantonj C, Harden AR et al. Vaccines for preventing influenza in healthy children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(2):CD004879.

White N, Webster R, Govorkovs E et al. What is the optimal therapy for patients with H5N1 infection? *PLoS Med*. 2009;6:e1000091.