

Grippe A, une immunité naturelle plutôt qu'artificielle

LE VACCIN CONTRE LA GRIPPE A (S'IL FONCTIONNE) PEUT EMPECHER L'IMMUNITÉ NATURELLE QUI DURE PLUS DE 50 ANS

Lettre ouverte que vous pouvez distribuer sans demander la permission, à condition que ce soit dans son intégralité et sans modifications. Merci simplement d'en avvertir les auteurs.

Par Juan Gérvas (*) et Jim Wright (**)

22 octobre 2009

<http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2009/09/swine-flu-vaccines-gervas-and-wright-sep-2009.doc>

http://www.bmj.com/cgi/eletters/339/oct21_2/b4335#223220

Les vaccins approuvés par le FDA [NdT. et l'EMEA] contre la grippe A (H1N1) [1] permettent au gouvernement d'envisager des programmes de vaccination de masse pour la grippe H1N1 à la fin de cette année. De tels plans sont irrationnels et basés sur la peur et non sur une politique « de bon sens et de sang-froid » (comme proposé par les médecins espagnols et d'autres professionnels de la santé) [2].

Nous désapprouvons vivement la vaccination de masse qui est fondée sur plusieurs hypothèses erronées.

La première hypothèse est que la pandémie H1N1 sera analogue à celle de la grippe espagnole de 1919. C'est fort improbable étant donné que la grippe espagnole était une grippe mondiale dans un contexte de grande pauvreté, sans systèmes de santé publique, sans eau courante et sans antibiotiques pour traiter les complications. À l'appui de ceci, la grippe espagnole a tué principalement des gens pauvres ; en Inde par exemple, elle a tué des soldats (dans des casernes, avec de la nourriture de mauvaise qualité, de mauvaises conditions d'hygiène) mais non des officiers (bonne nourriture, maisons de style britannique, etc.).

La deuxième hypothèse est que la grippe H1N1 est grave et mortelle. Il y a des évidences substantielles que ce n'est pas le cas et qu'en réalité le taux de mortalité de la grippe H1N1 est bien moindre que celui de la grippe saisonnière [3, 4].

La troisième hypothèse est que le vaccin fonctionnera. La réponse immunologique ne constitue pas une garantie que le vaccin peut réduire les infections graves et la mortalité. La démonstration de cet avantage exige de grands essais cliniques RCT (Essais Contrôlés Randomisés), qui manquent singulièrement aussi bien pour les vaccins H1N1 bien que pour les vaccins de la grippe saisonnière.

La quatrième hypothèse est que le vaccin H1N1 fournira une immunité analogue à celle d'une infection naturelle. L'immunité contre la grippe virale a cette particularité très intéressante, connue comme le "pêché antigénique originel" [5]. Ce concept signifie que le premier virus de grippe auquel nous sommes exposés produit la réponse immunitaire la plus forte et que cette immunité dure plus de 50 ans. Cela explique le fait que les gens de plus de 50 ans semblent avoir une certaine immunité face au virus H1N1 parce qu'un virus semblable de la grippe A a circulé à l'échelle mondiale de 1918 à 1957. Il s'avère ainsi que l'infection naturelle crée une immunité pendant 50 ans pour un coût nul alors que les vaccins de la grippe exigent une (ou deux) injection(s) annuelle(s) pour arriver à un degré d'immunité moindre.

Nous recommandons donc que la plupart sinon tous les vaccins H1N1 soient utilisés dans le cadre d'une étude en double aveugle randomisée avec contrôle placebo pour établir

si les avantages sont supérieurs aux nuisances. Sans une telle approche, en septembre 2010 nous serons de nouveau en position de ne pas savoir qui vacciner. Des études en double aveugle randomisées semblables sont également nécessaires pour le vaccin de la grippe saisonnière étant donné que les effets à long terme de la vaccination annuelle contre la grippe sont inconnus. Et il y a de fortes chances que les nuisances d'une vaccination annuelle contre la grippe, en comparaison avec une absence de vaccination, soient supérieures aux avantages.

(*) Juan Gérvas jgervasc@meditex.es
www.equipocesca.org

Médecin généraliste, Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid), Espagne. Professeur invité Premiers Soins, Dépt. de Santé Internationale, Ecole Nationale de Santé Publique, Madrid, Espagne. Professeur honoraire de Santé Publique, Dépt. de Santé Publique, Université Autonome, Madrid, Espagne. Equipo CESCA, Travesía de la Playa 3, 28730 Buitrago del Lozoya, Madrid, Espagne.

() James (Jim) M Wright.** Professeur, Dépt. d'Anesthésiologie, de Pharmacologie & de Thérapeutiques, 2176 Health Sciences Mall, Vancouver, B.C. V6T 1Z3, Canada

Références

1. Influenza A (H1N1) 2009 monovalent.
<http://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/ucm181950.htm>
2. Villanueva T, Gérvas A. Spain and swine flu. CMAJ. 2009. <http://www.cmaj.ca/cgi/eletters/181/6-7/E102>
3. Assessment of the influenza A (H1N1) pandemic on selected countries in the southern hemisphere: Argentina, Australia, Chile, New Zealand and Uruguay. Department of Health and Human Services and other USG Departments for the White House National Security Council. 26th August 2009.
<http://flu.gov/professional/global/final.pdf>
4. Collignon PJ. Mass vaccination against swine flu: could it cause more harm than good?
http://www.bmj.com/cgi/eletters/339/sep03_2/b3471#219801
5. Couch RB, Kasel JA. Immunity to influenza in man. Ann Rev Microbiol. 1983;37:529-49.

Conflits d'intérêts : aucun

Traduction : www.asanat.org , 26.10.09