

La Voix de l'Opposition de Gauche

DOCUMENT

Covid-19: traiter les gens rapidement avec la première ligne médicale est la seule sortie cohérente à cette crise

Par La Libre.be

Le 4 février 2021

Une opinion de Martin Zizi, MD-PhD, Biophysicien, Professeur de Physiologie (KULeuven et VUB), ancien Directeur épidémiologique du Département de la Défense, ancien Directeur Scientifique et Président de Comité d'Éthique, ancien Conseiller UN pour le désarmement biologique et bio-inspecteur Unscm.

Depuis le début de l'aventure COVID, il y a eu une série de faits choquants, de décisions qui n'ont pas toujours fait sens, et qui ont parfois causé plus de tort que de bien. Je crois qu'il est temps d'arrêter la folie qui consiste à proposer les mêmes "solutions" et espérer obtenir des résultats différents.

Assez de victimes

Il est grand temps que nos décideurs se rendent compte que la santé mentale d'une société c'est aussi la santé. La santé, ce n'est pas de vivre sans virus, d'autant que ces virus ne sont pas uniquement spécifiques aux hommes. Ceci fut d'emblée l'erreur majeure de communication politico-médiatique. Et il y a de la casse, beaucoup de casse. Cette stratégie qui consiste à vouloir éradiquer un virus à tout prix a causé la mort d'un trop grand nombre de personnes, des victimes directes – les morts évitables – et indirectes, les morts liées à la mise à l'arrêt d'une partie de la médecine. Ce sont les cancers non traités, les maladies graves mortelles non-diagnostiquées, les personnes qui – à cause d'une peur instrumentalisée – n'ont pas osé ou n'osent plus aller à l'hôpital terrorisées à l'idée d'attraper le "virus". Dans le même ordre d'idées, moins de 50% de dépistages de cancers du sein ont pu être effectués en EU. Quelles en seront les conséquences ? Et ceci sans compter l'influence du bien-être économique sur la mortalité. Déjà en juillet 2020, des données pertinentes ont été publiées mais [ignorées](#). [Une étude récente](#) estime entre 900 000 et 1,37 million de décès en excès sur les 15 prochaines années. 10 000 morts par an aux USA suite au choc économique. Et quid de l'Afrique ? Où de nombreux problèmes bien plus dangereux que SARS2, ne sont même plus traités. Est-ce cela se soucier de la santé des citoyens ?

Non seulement, focaliser sur les chiffres du virus au détriment de tout le reste n'a pas porté ses fruits mais, en plus, limiter la circulation d'un virus qui fait du ping-pong entre espèces n'est pas une stratégie viable de santé publique... C'est un désir politique utopique et il est temps de le dire : [un échec annoncé](#). Contre un virus qui peut muter allègrement entre 15 et 30 fois par an, est-il sensé de penser à vacciner 2, 3 voire plus de fois par an ? Suivre les multiples variants du virus avec les meilleurs outils génétiques ne relève-t-il pas plus de la recherche que de la santé publique. Et va-t-

on vacciner la plupart des animaux sur la planète également ? Donc non, il faut sortir de cette politique du chiffre et du pire.

On peut comprendre qu'en début de crise, il y a un peu plus d'un an, une analyse des chiffres fut le premier réflexe logique car nous ne connaissions pas encore le taux de mortalité de SARS2 (IFR – infection fatality rate). Donc nous étions limités à la mesure de la mortalité des cas qui venaient dans les hôpitaux (le fameux CFR – *case fatality rate*, qui représente la mesure de la qualité des soins à danger égal). Ces mesures qui sont toujours liées aux mêmes "cases" (les malades atteints de Covid) permettent de comparer les mises en oeuvre des politiques de santé publique entre pays. Mais si elles restent élevées, ces mesures de CFR ne nous apprennent rien – si ce n'est qu'on peut mieux faire.

L'exemple de Mers

Grâce aux antibiotiques donnés d'emblée, Mers qui tuait 36% au Proche Orient n'a tué que 2% à Paris.

Comment l'expliquer ? Prenons Mers comme comparaison. Mers est un cousin du SARS2 et se comporte de la même manière. Le CFR calculé sur base de cas de MERS vus au Proche-Orient tournait autour de 36% (1), ceci est [confirmé](#) par l'OMS. On peut donc comprendre la panique des cliniciens à Paris lorsque les pèlerins infectés rentrèrent de La Mecque. Mais la mise sous antibiotiques de tout le monde a conduit à une perte humaine de 2 cas sur 93 (6) ! Ce qui pour une maladie infectieuse épidémique n'est RIEN du tout. La maladie était la même, l'approche était différente... c'est tout.

Revenons au COVID-19 maintenant. Le taux de mortalité lié directement au virus a été calculé depuis mars 2020 déjà et depuis lors confirmé près de 60 fois par des épidémiologistes de renom, dans des endroits différents, sur des populations différentes et même avec des méthodes légèrement différentes. A chaque fois le résultat oscille entre 0,2% et même 0,05 % chez les plus jeunes (3). Ceci n'est pas du rassurisme, ni du déni mais de la science pure et simple. Et même le WHO/OMS a rapporté ces chiffres à plusieurs reprises. Vous avez bien lu, c'est au moins 10 à 20 fois moins que les chiffres de la peur instrumentalisée. Est-ce que ce serait juste de dire : autrement dit, plus de 99% de la population survit au Covid 19.

Donc cette différence entre CFR (la gestion des cas) et IFR (la mesure du risque vital) démontre que ce sont nos approches qui tuent.

J'ai récemment publié une carte blanche dans un journal belge dans laquelle j'explicitais que le virus n'était pas mortel par lui-même, mais qu'il était très agressif et donc très dangereux si on ne le traitait pas d'emblée car on lui laissait – à cause de la focalisation maniaque sur les test PCR à faible valeur ajoutée – souvent une semaine d'avance. En ne voyant pas les gens, en ayant mis la médecine générale à l'arrêt, nous avons laissé les gens malades se dégrader inutilement et nous sommes *de facto* revenus en 1918 dans l'ère pré-pénicilline. L'aveuglement de certains et un bloc total dans la presse des voix modérées ont fait le reste...

Le but de cet article n'est pas de critiquer ce qui est le passé, ni les médecins, mais de prévenir des centaines de morts inutiles et de tracer la voie d'un futur plus cohérent et plus rassurant.

Pourquoi il faut que la médecine générale sorte du rôle de guichet de triage et reprenne sa pleine activité

Un exemple clair ? Supposons que je tousse avec de la fièvre et que je souffre de l'estomac ou des articulations.

Je téléphone à mon médecin, qui me donne un ticket pour passer 2 heures dans une file pour avoir un test PCR. Que je sois malade ou non, je me mêle à des centaines de personnes, dont certaines ne sont là que parce qu'elles vont voyager. Cela a-t-il du sens ? Bien sûr que non ! J'attends le résultat de ce test pendant 3, 4 voire 7 jours – ce test, je le répète est inutile si je n'ai pas de symptômes car il ne signifie en rien être contagieux. Donc si je n'ai pas le SARS, cela passe et je me sens bien, fausse alerte. Mais si j'ai le SARS et fais partie des 3 à 7 % des gens qui sont sensibles au virus, je me dégrade, je développe une pneumonie bactérienne par colonisation avec une bactérie et mes bronches se bouchent. Ceci est connu, c'est vrai pour la grippe, c'est vrai pour SARS2. Donc j'atterris aux soins intensifs, j'ai peut-être besoin d'un respirateur et je risque de devenir une statistique innocente, et ma famille explorée contribuera au cercle vicieux de la Peur.

Or, si je suis reçu par mon généraliste, que va-t-il se passer ?

Avec ces petits symptômes habituels, je pourrais avoir une angine rouge, une angine blanche, une laryngite, une trachéite, une pharyngite, une bronchite, voire une bronchopneumonie. Mon médecin me connaît, il sait si je suis une personne allergique ou non, si j'ai de l'asthme ou non, si j'ai une maladie sous-jacente... Une angine rouge, pas d'antibiotiques bien sûr mais des traitements anti-toux, une angine blanche nécessitera sans doute un antibiotique. Laryngites, trachéites pourront bénéficier de traitements locaux légers ou d'antibiotiques locaux si nécessaires. Si on met un stéthoscope sur des poumons et qu'on entend des râles bronchiques, ou qu'on a des obstructions majeures, le médecin pourrait me prescrire des antibiotiques d'emblée voire des broncho-dilatateurs.

Il me semble donc évident, vu que les mêmes symptômes peuvent correspondre à de nombreux tableaux cliniques et cas différents, qu'une approche unique est un non sens médical en plus d'être une politique dangereuse du point de vue de la santé publique. Seuls les médecins de famille peuvent voir leurs patients, poser les actes nécessaires à leur cas précis.

Il faut traiter vite et pour cela ne pas attendre la nouvelle découverte, ou le nouveau communiqué de presse

On a vu récemment dans la presse des rapports sur des molécules miracles – l'ivermectine, la colchicine, même la chloroquine ou la vitamine C...- il est logique d'y penser et de les essayer, et je crois qu'elles vont nous aider non seulement pour SARS, mais contre d'autres virus. Mais ces différentes thérapies ne sont pas encore approuvées pour ces usages par les organes de contrôle. Le jeu des pressions commerciales entre les partisans du tout vaccin et du tout médicament va battre son plein. Il faudra bien sûr tester et valider ces produits. Ce qui va encore coûter un temps précieux et de nombreuses vies humaines. Alors que pour d'autres médicaments (pénicilline et amantadine), les certifications existent, aucun tests additionnels ou données régulatrices nécessaires. A l'instar d'un vieux titre de film, je me dois d'hurler : "Et la pénicilline ? Bordel !"

Le Dr. Fauci lui-même (USA) – qui reste silencieux sur les antibiotiques depuis le début de cette crise – préconisait les antibiotiques d'emblée pour les cas symptomatiques lors des pandémies (4). Les germes n'ont pas changé que l'on sache ! C'est pourquoi il est urgent de traiter les gens et non les chiffres. Cela ramènera ces fameux chiffres CFR au niveau où ils devraient être – ceux de l'IFR, c'est à dire autour de 0,2 %. Cela permettra d'éviter ces tests PCR qui ne signifient pas contagiosité. Cela permettra d'éviter de dépenser des sommes folles dans la logistique et les vaccins – 2 stratégies vouées à l'échec et qui ajoutent chaque jour au nombre des victimes. La société pourra

reprendre un cours plus compatible avec nos pratiques médicales, avec nos valeurs démocratiques, et les divisions insensées qui sont instrumentalisées comme outils de gestion pourront enfin cesser.

Je suis loin d'être le seul à dire tout cela... Serons-nous entendus ? Le temps qui passe se compte en décès et non plus en secondes, j'aimerais un peu plus d'humilité de la part des décideurs et de leurs conseillers. La science ne fonctionne que par le devoir du doute.

S'il vous plaît... pour ma mère de 87 ans, et pour les vôtres, Messieurs les décideurs, arrêtons d'être radicaux. De manière prévisible, le tout vaccin n'est pas une solution ni même une stratégie qui fait sens. De nombreux scientifiques l'ont déjà dit ou écrit. La biologie des virus n'est hélas pas soumise aux aléas des décisions politiques. Les virus ne mentent pas...

Notre plus grand échec a été celui du consensus, avec 80-100 victimes par jour, il est temps d'essayer la médecine. Ce serait peut-être une bonne action de santé publique ! Il est grand temps d'arrêter de diviser la société en bons et mauvais citoyens.

(1) *Le taux de mortalité des patients MERS hospitalisés était de 36%. Ceci était le CFR . Human Coronavirus: Host-Pathogen Interaction. Fung S. et al. Annu. Rev. Microbiol. 2019. 73:529–57*
<https://doi.org/10.1146/annurev-micro-020518-115759>

(2) *Seulement 2 des 93 patients vus en France pour MERS décédèrent. Tous avaient été mis d'emblée sous antibiotiques. Donc 2% vs. 36%. Ceci est connu, publié et devrait interpeller tout les décideurs. Clinical management of respiratory syndrome in patients hospitalized for suspected Middle East respiratory syndrome coronavirus infection in the Paris area from 2013 to 2016. Bleibtreu et al. [BMC Infect Dis.](#) 2018; 18: 331.*

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6048819/>

(3) *John P.A. Ioannidis, “Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data”, Bulletin of the World Health Organization, 14 October 2020: see also*

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.13.20101253v3>

(4) *Fauci et al. J Infect Dis, 2008 October 1, 198 (7), p. 962-970.*