

"Vous souvenez-vous d'un hiver sans rhume ?"

Quelques réflexions sur la crise du corona et sur la manière d'aller de l'avant par la suite

Publié par www.off-guardian.org le 22 septembre 2020

Introduction

Dans le contexte actuel de l'écrasante vague de panique mondiale due à la COVID-19, ce texte a pour but de fournir, sur une base scientifique différenciée, une vision de la crise du corona différente de celle qui est encore présentée de manière dominante dans les médias grand public et utilisée par de nombreux gouvernements et leurs experts pour maintenir les mesures de protection imposées à des populations entières. Des données scientifiques ainsi que des propositions basées sur celles-ci seront présentées, rassemblant ce que de nombreux scientifiques, médecins, économistes et juristes ont déjà affirmé au cours des derniers mois. La vague de panique et l'alarmisme qui a suivi n'ont pas permis jusqu'à aujourd'hui que ces voix soient suffisamment entendues. La présente contribution spécifique portera sur le rôle potentiellement délétère, voire fatal, des émotions dans le contexte de la pandémie COVID-19.

Le Dr Joel Kettner¹, professeur de sciences de santé communautaire à l'université du Manitoba et directeur médical du Centre international des maladies infectieuses, a déclaré en mars 2020: "Je n'ai jamais rien vu de tel... Je ne parle pas de la pandémie, car j'en ai vu 30, une chaque année... Mais je n'ai jamais vu cette réaction, et j'essaie de comprendre pourquoi..." Le Dr David Jones² a récemment déclaré, à propos de la crise du corona, dans le *New England Journal of Medicine*: "L'histoire suggère que nous sommes en fait beaucoup plus exposés à des craintes exagérées et à des priorités mal placées".

Les virus du rhume envahissent la planète chaque année, provoquant de multiples "pandémies" annuelles, principalement bénignes (en utilisant, comme le Dr Kettner, le terme "pandémie" pour définir une distribution virale mondiale, sans tenir compte de sa dangerosité). Ils produisent en effet, dans une grande majorité (jusqu'à 99,5 %³) de leurs infections, pas de symptômes ou des symptômes bénins comme le mal de gorge, l'écoulement ou le blocage nasal, la toux, l'éternuement ou le mal de tête. Ils représentent la maladie infectieuse humaine la plus courante, les adultes ayant généralement deux à trois infections par an, et les enfants encore plus. Plus de 200 types de virus sont impliqués, les principaux étant les rhino-, corona-, adéno- et entérovirus ainsi que la grippe, le

parainfluenza, le virus syncytial respiratoire humain et le métapneumovirus. Ils peuvent devenir dangereux principalement pour les personnes fragiles, malades et âgées, et leur létalité peut aller jusqu'à 8 % dans les maisons de retraite (Ioannidis⁴). Comme le virus de la grippe, ils mutent régulièrement pour contrecarrer la protection acquise par la population humaine grâce à son immunisation. Les virus du rhume et de la grippe provoquent des infections des voies respiratoires, qui sont mortelles pour 2,6 millions d'êtres humains par an dans le monde (Roussel⁵).

La pandémie de COVID-19

Certaines épidémies/pandémies de rhume (et de grippe) sont plus fortes que les autres. Elles durent au moins deux mois, avec une montée, un plateau et un recul spontanés. L'épisode pandémique COVID-19 a pour source le virus SARS-CoV-2, la dernière mutation corona. Sur de nombreux points, il obéit aux caractéristiques typiques des virus courants du rhume. En Italie, par exemple, 95 % des décès sont survenus chez des patients souffrant d'une à trois morbidités préexistantes ou plus, et l'âge moyen des patients décédés était de 82 ans⁶. Un tel âge moyen de décès est très proche de l'espérance de vie moyenne des pays développés, par exemple européens (83,6 ans pour la Suisse). De nombreuses études ont récemment indiqué qu'au moins 80 % des infections COVID-19 sont effectivement asymptomatiques^{7,8}, ce qui conduit à un taux de mortalité infectieuse (Infection Fatality Rate ou IFR) final corrigé compris entre 0,1 et 0,2 % (Ioannidis⁹, Mizumoto¹⁰). Ce taux est comparable à celui d'une pandémie de grippe.

L'immunité et la "deuxième vague"

Récemment, il est apparu que la réponse immunologique de l'organisme humain suit au moins 4 mécanismes, trois utilisant des anticorps et un quatrième un type de lymphocyte, la cellule T. Boyman et ses collaborateurs¹¹ estiment que les pourcentages publiés sur la présence d'anticorps dans diverses populations peuvent être multipliés par 5 (par exemple, un résultat de 15 % équivaldrait alors à une infection et donc une possible immunisation de 75 % de la population). Cela va de pair avec les preuves présentées ci-dessus d'un grand nombre d'infections sans ou avec peu de symptômes, et représente un pourcentage capable de fournir une "immunité de groupe". D'autres preuves s'accumulent également pour montrer que les immunisations croisées entre différentes souches de corona sont fréquentes^{12,13,14,15}, de sorte que les êtres humains déjà infectés plus tôt par une autre souche de corona seront protégés contre le risque de contracter une forme grave et pourraient même rester asymptomatiques. Cela peut expliquer la grande quantité de formes bénignes, voire asymptomatiques, chez les enfants, qui

partagent leur charge virale fréquemment et efficacement grâce à leurs comportements de jeu et d'interaction étroits.

Le fait qu'une immunité collective suffisante et efficace puisse se développer dans la population humaine actuelle est en accord avec la présence de courbes de mortalité journalière (nombre de décès par jour) complétées de l'épisode épidémique COVID-19 dans un grand nombre de pays. Les courbes du nombre de décès quotidiens ont en effet commencé à régresser depuis le début du mois d'avril dans de nombreux pays du monde entier. Ces courbes manifestent la dynamique typique des systèmes biologiques auto-organisés en non-équilibre, développés dans ce cas entre la population humaine et un virus (Smolin¹⁶): la population humaine réagit par l'immunisation contre le virus, qui pour sa prochaine invasion développe une mutation lui permettant de coloniser à nouveau les organismes humains. Pour continuer à avoir de nouveaux hôtes humains, il est logique que le virus ne soit mortel que pour une petite partie d'entre eux et qu'il subisse une mutation pour contrer l'immunisation des populations humaines. Comme mentionné dans l'introduction, les virus du rhume sont continuellement présents parmi nous, avec des fluctuations saisonnières, et les tests positifs collectés aujourd'hui pourraient bien représenter la quantité habituelle de présence virale saisonnière (voir ci-dessous). Les mutations et les propagations virales ainsi que l'immunisation des populations humaines font partie de notre réalité biologique planétaire depuis aussi longtemps que nous le savons. L'immunité actuellement obtenue permet de vérifier que la mutation corona du SARS-CoV-2 est désormais bien connue de la population humaine, ce qui élimine le risque d'une "deuxième vague" grave, risque qui est répété à maintes reprises de nos jours. La crainte d'une "seconde vague" sévère repose sur l'histoire de la grippe espagnole: il n'existe aucune base de comparaison adéquate entre l'époque et aujourd'hui; à cette époque, il n'y avait pas d'antibiotiques, et la grippe, plus que les virus du rhume, tue les cellules des muqueuses, ouvrant les tissus pulmonaires à l'agression des bactéries, avec des estimations allant jusqu'à 97% de décès en 1918 causés par des surinfections bactériennes (Raoult¹⁷). Pour remettre en question cette crainte de la "seconde vague", il existe des évidences parlant pour la présence d'une autre épidémie virale entre les deux guerres mondiales, provoquant une infection cérébrale (encéphalite de von Economo¹⁸) et fournissant une explication supplémentaire à la présence de plus d'un pic.

Tests positifs

Le décompte des tests PCR positifs, régulièrement présenté dans les médias et utilisé actuellement par les politiciens pour réinstaller des mesures antivirales, n'est pas un marqueur approprié à cette fin. Il ne devrait être utilisé que dans le contexte du diagnostic et du traitement des patients. Comme décrit ci-dessus, les virus du rhume sont présents chaque année dans la population humaine, avec des maxima hivernaux. Comme ils n'ont pas reçu beaucoup d'attention de la part des virologistes et des épidémiologistes jusqu'à récemment, nous n'avons aucune idée de la façon dont ils se répartissent et fluctuent tout au long de l'année. Nous n'avons donc pas de données dites de référence, ou de norme sur la situation habituelle, à comparer avec les tests positifs enregistrés actuellement: il n'y a donc aucun moyen de prétendre à la normalité ou à l'anormalité pour les données actuelles. La base scientifique fait donc défaut pour introduire par exemple une obligation de port de masque dans les différentes activités à l'intérieur et à l'extérieur, en particulier à un moment où de nombreux pays présentent une courbe de mortalité quotidienne achevée.

Le nombre de tests positifs, qui dépend directement du nombre de tests effectués, ne devrait jamais être utilisé, mais seulement le pourcentage de tests positifs. Actuellement, par exemple, le pourcentage de tests positifs en Suisse est de 3,1%¹⁹. Ce faible pourcentage comprendra, outre les infections actives, un certain nombre de tests PCR faussement positifs, dont des tests positifs par réaction à des fragments viraux résiduels non infectieux, et d'autres encore dus à une réaction croisée avec d'autres souches de corona.

Comme le professeur Gupta l'a récemment mentionné²⁰, seul le taux de mortalité (tel qu'il ressort des chiffres quotidiens de décès et de la surmortalité de la population) est effectivement pertinent pour surveiller une situation de pandémie. L'utilisation de tests positifs pour ce faire représente une approche scientifiquement erronée. Une approche qui maintient une activation continue de menace et de peur dans la population.

Stress, panique et surmortalité

Comme pour d'autres virus, dont le virus de la grippe, l'infection par le corona peut activer, dans un petit pourcentage de personnes infectées, une surréaction inflammatoire et immunologique (auto-immune), appelée "tempête de cytokines". Celle-ci peut entraîner des lésions tissulaires, de légères et transitoires jusqu'à graves et potentiellement mortelles, dans les poumons²¹. Il s'agit du mécanisme à l'origine de différentes maladies auto-immunes.

Dans le cadre d'expérimentations animales, il a été démontré que le stress active la mort cellulaire dans le cerveau limbique

(comportemental/émotionnel)^{22,23,24}. Chez l'homme, il existe des preuves solides que le stress est en corrélation avec l'apparition de nombreuses maladies^{25,26,27,28}, y compris les maladies auto-immunes^{29,30}. Un cerveau humain émotionnel (paralimbique) stressé peut devenir hyperactif^{31,32}, perturber les tissus corporels et provoquer la mort cellulaire à travers de nombreuses voies de sortie vers le corps. Celles-ci peuvent activer des mécanismes excitotoxiques, oxydatifs, auto-immuns, inflammatoires, endocriniens et végétatifs. Ainsi, les émotions négatives humaines comme la peur, la tristesse et la colère sont en mesure de mettre en danger la santé, au pire de manière fatale³³. Ce phénomène a été décrit dans le domaine de l'anthropologie par la description de l'évolution potentiellement fatale due à la pratique chamanique des hommes kurdaïtcha appelée "pointage de l'os"³⁴. Elle consiste à pointer sur une victime un os rituel qui active une "lance de la pensée" induisant la mort, sans grande souffrance, sur une durée de jours ou de semaines. Ce rituel a pu servir aux hommes kurdaïtcha au cours des millénaires, lorsqu'un membre de leur communauté devenait dangereux. La puissance d'une idée et l'émotion qui lui est associée, c'est-à-dire la peur et la conviction de la nécessité de mourir, sont illustrées ici de manière impressionnante.

On peut également citer, parmi de nombreuses autres maladies liées au stress, la cardiomyopathie de stress de Takotsubo, ou syndrome du "cœur brisé".

L'intégration du facteur psycho-émotionnel, si important dans la médecine humaine en général, devient immensément pertinente dans le contexte de la crise du corona: des évolutions dramatiques, voire fatales (voir ci-dessous), peuvent être causées par l'isolement social et les mesures de confinement conduisant à la réduction/suppression des libertés démocratiques et des droits et activités de base de l'être humain. Trois facteurs sont proposés ici qui influent directement sur le nombre de cas critiques et de décès : 1) le niveau d'anxiété de base dans une population humaine donnée, 2) la suppression de la liberté par limitation des droits démocratiques et 3) la suppression des interactions humaines fondamentales par l'isolement et le confinement. La perturbation des liens sociaux est un problème grave pour toutes les sociétés de primates, et chez les primates non humains, l'isolement en soi peut conduire à la mort.

L'analyse de la mortalité d'une population dans le but de vérifier s'il existe une surmortalité permet de documenter si une épidémie donnée est particulièrement dangereuse et provoque ainsi un taux de mortalité inhabituel. Dans certains pays ou régions, des pics de surmortalité ont en effet été enregistrés, qui se sont complètement résorbés depuis la mi-mai³⁵. Il faut intégrer qu'un pourcentage de la surmortalité de la pandémie actuelle sera dû 1) au stress, principalement la peur et la panique, associé à la menace de mort, mais aussi 2) aux conséquences des mesures générales de confinement et d'isolement appliquées. Pour n'en citer que quelques-unes: déstabilisation psychosociale et économique avec augmentation de la violence, états anxio-dépressifs et suicides,

décompensation d'états de santé fragiles due à l'isolement social, déstabilisation des personnes psychiatriques et démentes, réduction des soins médicaux à l'ensemble de la population (principalement dans les domaines des soins du cancer et des troubles cardiovasculaires), et réduction de la qualité des soins dans les foyers et les hôpitaux. Après avoir surchargé les hôpitaux et les cabinets médicaux, les gens se sont éloignés d'eux et sont devenus réticents à les visiter, restant chez eux et risquant des évolutions dangereuses et la mort loin des interventions thérapeutiques appropriées. En outre, les gouvernements ont bloqué les traitements et les interventions non urgents dans les hôpitaux, avec le risque d'accroître la morbidité et la mortalité. Des études récentes indiquent une mortalité plus élevée de la technique d'intubation, qui a été initialement largement promulguée par les médecins chinois, par rapport à l'administration beaucoup moins drastique d'oxygène par masque ou tube nasal³⁶. Le verrouillage général a également empêché une optimisation de la protection des maisons de retraite, où, comme prévu, la plupart des décès sont survenus. On peut s'attendre à ce que la surmortalité résultant des mesures de confinement général soit, dès aujourd'hui, de l'ordre de centaines de milliers^{37,38,39,40,41} dans le monde (par exemple, parmi beaucoup d'autres, 10 000 décès supplémentaires non-COVID de patients déments au Royaume-Uni⁴²).

Deux derniers commentaires doivent être faits concernant la létalité/surmortalité de la COVID-19 : 1) différentes méthodes de certification de décès discutables jusqu'à totalement inadéquates (par ex. certificats de décès COVID-19 basés sur la suspicion, sans tests ni autopsies) ont été mises en œuvre dans de nombreux pays, conduisant à des valeurs de létalité anormalement élevées, et 2) une analyse italienne a montré que 88 % de tous les décès attribués au virus du SARS-CoV-2 se sont en fait produits en présence du virus, mais pas à cause de lui, d'où les expressions "mourir de" ou "mourir avec" le virus^{43,44}. Il faut ici intégrer un contexte multicausal conduisant à un problème fatal, le virus étant la goutte d'eau qui fait déborder le vase⁴⁵ pour les personnes fragiles, malades et âgées, en raison de conditions prémorbides, de combinaisons virales⁴⁶ et de surinfections bactériennes¹⁷.

Confinement, distanciation et isolement

Les mesures générales de confinement et d'isolement ont conduit à la diffusion mondiale par les médias d'images et de situations effrayantes, par exemple de familles chinoises enfermées (avec vis et boulons!) dans leurs appartements, de rues mortes à Wuhan arrosées de désinfectants, de patients entourés de médecins et d'infirmières entièrement masqués et habillés d'aspect surnaturel, de contrôles de police maintenant la fermeture complète de villages du nord de l'Italie, etc. Tout être humain amené aux soins intensifs et réalisant qu'il n'est plus libre de quitter tout ce cauchemar, de rentrer chez lui auprès de sa

famille, a sans aucun doute vécu le pire stress émotionnel imaginable: être pris au piège et impuissant dans une situation qui met sa vie en danger. La peur de ne pas survivre, une solitude désespérée et la panique envahissent le cerveau émotionnel, les mécanismes de défense s'effondrent et peuvent ouvrir la voie à une infection virale de pleine intensité, potentiellement mortelle⁴⁷. Le confinement peut en outre accroître la vulnérabilité de l'organisme humain aux nouveaux agents pathogènes, comme cela a pu être le cas avec le confinement de guerre à la fin de la première guerre mondiale lors du développement de la pandémie de grippe de 1918²⁰.

L'évidence de l'efficacité très partielle des mesures générales de confinement est fournie par l'absence d'un nombre de décès plus élevé en Suède, qui a en fait un taux de mortalité plus faible que des pays comme le Royaume-Uni et l'Espagne, où ces mesures ont été largement appliquées.

L'application de mesures générales d'éloignement et de confinement conduit inévitablement à une quantité énorme de décisions douteuses, voire ingérables. L'objet de l'adoption de mesures plus ou moins strictes crée inévitablement des fractures au sein des groupes sociaux. Pire encore, différentes mesures, qui n'ont que peu ou pas de sens, ont été imposées par les États et poussées par des individus et des groupes craintifs, empiétant sur la liberté démocratique et les droits fondamentaux humains. Il semble bien évidemment peu souhaitable que la population soit limitée, contrôlée ou menacée par le gouvernement qu'elle a elle-même choisi.

Un exemple de mesure de confinement douteux est la fermeture des écoles. Cette mesure n'est pas fondée sur des preuves, c'est-à-dire qu'il n'existe aucune étude scientifique démontrant son efficacité, elle a été introduite de pays en pays parce qu'un autre pays l'avait déjà fait auparavant. Laisser les enfants interagir à l'école et dans la cour de récréation (et laisser les adultes actifs travailler et aussi interagir) peut être considéré comme le meilleur moyen de faire progresser l'immunité collective, qui doit se développer aussi vite que possible pour réduire le temps d'exposition des personnes fragiles, malades et âgées. Par chance, les enfants et les adultes actifs en bonne santé ont un risque absolument minime d'être mis en danger par le SARS-CoV-2⁴⁸. Il y a donc de bonnes raisons de douter de l'utilité de l'introduction de cette mesure et même de la considérer comme contre-productive.

Enfermer les personnes et fermer les espaces publics et naturels, en particulier les parcs dans les villes, sont des mesures dénuées de sens : le contact avec la nature, l'air frais et les mouvements sont aussi essentiels que le fait d'aller travailler, ils sont de la plus haute importance pour la santé de tous, en optimisant les défenses du corps contre les agressions. On a exigé des gens qu'ils gardent leurs distances dans les rues, mais on ne leur a pas fait confiance pour qu'ils fassent de même dans les parcs ou sur les plages, où il y avait plus de place pour

garder ses distances. Enfermer les gens à l'intérieur a été une mesure insensée et délétère, et on peut se demander comment les habitants des grandes villes ont pu y faire face. On a décrit l'expérience de personnes âgées enfermées dans leur chambre dans leur maison de retraite, recevant leur nourriture devant leur porte fermée, sans voir la personne qui les fournit, et des visites de familles ressemblant à une visite en prison...

La suppression/limitation de l'accès aux domaines médical et spirituel a été particulièrement inappropriée, délétère et inhumaine. Elle ne respecte pas les droits fondamentaux de l'homme en matière de soins du corps, de l'esprit et de l'âme. Non seulement les patients COVID-19 mais aussi tous les autres patients hospitalisés pour d'autres raisons ne pouvaient pas recevoir leurs visites. En général, mais particulièrement en pleine crise, le soutien des proches répond à des besoins sociaux et spirituels qui ne doivent jamais être touchés ou retirés, prenant le risque d'aliéner l'être humain de son environnement psychosocial et spirituel vital. Pourquoi un proche ne pourrait-il pas appliquer les mêmes mesures de sécurité à l'hôpital que le personnel médical? Et les services religieux auraient pu être effectués avec les mêmes recommandations de distance que pour les autres séances civiles, qui ont été maintenues parce qu'elles étaient jugées indispensables.

Les mesures générales de confinement, en raison de leur dangerosité psychosociale, ne devraient être maintenues que dans le contexte d'une létalité épidémique exceptionnellement élevée. Maintenant qu'il est clair, au contraire de ce qui a été propagé par l'OMS, que nous ne sommes pas confrontés à un "killer" virus avec un taux de mortalité de 3,4% et donc 30 fois plus meurtrier que la grippe, toutes les mesures imposées devraient être complètement abandonnées. Il est évident que l'isolement des personnes malades et les mesures habituelles de précaution visant à réduire la transmission virale autour des personnes malades, fragiles et âgées restent d'actualité comme toujours.

Sur le plan éthique, la crise du corona rappelle le fait que toute limitation envisagée du droit à l'autodétermination, à la liberté et aux droits fondamentaux de l'homme doit se fonder sur une analyse multidisciplinaire solide, profonde, ouverte et équilibrée, avec un rapport risques/bénéfices clairement positif. Elle devrait être présentée au peuple et faire l'objet d'un vote. Dans cette crise, nous avons cumulé, en l'absence d'une telle analyse, de graves dommages collatéraux, avec des mesures appliquées contre une menace qui ne les justifiait pas.

Recherche des contacts

Le suivi des personnes infectées peut être remis en question tant du point de vue de l'éthique que de l'efficacité. Premièrement, le contrôle de la population représente en soi une atteinte inacceptable à la sphère privée des citoyens, et tout groupe humain devrait se défendre contre toute tentative de limiter sa liberté démocratique. Deuxièmement, la rapidité avec laquelle les pays européens, par exemple, ont perdu la trace de la chaîne à partir des "patients 1" souligne une propagation virale extrêmement rapide et efficace, mettant en doute la possibilité de l'arrêter en traquant le virus et les porteurs humains. Cela s'est produit dans le nord de l'Italie en l'espace d'un jour ou deux et malgré des mesures de confinement très rapides et étendues. De nombreux autres exemples ont été mentionnés⁹ où aucune explication de la transmission virale n'a pu être trouvée. Comme pour les mesures de confinement (voir ci-dessus), un tel traçage ne devrait être envisagé que dans le cas d'une dangerosité élevée, absente pour la COVID-19. Enfin, l'OMS ne recommande pas la recherche des contacts dans la gestion des épidémies de grippe⁴⁹.

Science, politique et médias

Dans le domaine intense et étendu de la crise du corona, il est fondamental de mener une étude ouverte, profonde, minutieuse, multidimensionnelle et donc impartiale de l'ensemble de la situation, avec présentation des avantages et des inconvénients et analyse du rapport risques/bénéfices. Cela n'a pas été fourni, et aucun dialogue ouvert entre les différents points de vue sur la situation n'a été offert. Ce sont les experts scientifiques et médicaux, principalement microbiologistes et épidémiologistes, qui doivent fournir les informations pertinentes aux responsables politiques. Ils doivent se rendre compte qu'ils ont eu entre les mains le pouvoir de moduler l'état d'esprit de toute la planète humaine, en activant une puissante réaction en chaîne de peur et de panique à l'échelle mondiale. Les médias ont relayé et relaient encore une quantité fortement dominante d'informations qui déclenchent la panique et entretiennent la peur dans l'ensemble de la population. Les faits sur le SARS-CoV-2 sont continuellement déformés, les chiffres sortis du contexte épidémiologique général pour induire la peur.

La menace a été maintenue jusqu'à aujourd'hui sur la possibilité imminente de réinstallations imposées de mesures de protection, d'isolement et de confinement et relayée en profondeur par les médias grand public, consolidant un état d'attente craintif envers une menace et un désastre sans fin. Le peuple devrait maintenant être laissé en paix et retrouver son autodétermination. Il y a eu beaucoup trop rarement de discussions sur le thème de l'éthique concernant les limites de la liberté, de l'autodétermination et des droits fondamentaux de l'être

humain. Récemment, par exemple en Allemagne et dans notre pays, des mouvements populaires et politiques ont commencé à s'élever contre le risque insidieux pour la démocratie d'une dictature de la santé imposée par l'État.

Certains épidémiologistes occupant des postes de pouvoir en tant que conseillers de l'État ont à plusieurs reprises établi des pronostics de décès catastrophiques, en se basant sur des modèles numériques et en dépassant heureusement largement la réalité biologique. Dans notre pays, des pronostics ont en effet été établis avec des nombres de décès compris entre 22'000 et 60'000⁵⁰ avec un pic en juin ou juillet, alors que jusqu'à aujourd'hui le nombre de décès en Suisse se situe entre 1'700 et 1'800. Il est évident que des modèles avec postulats douteux, voire erronés, ont été établis, mais les experts à leur source ne semblent pas prêts à reconnaître leurs erreurs, avec leurs conséquences dévastatrices.

Un épisode inquiétant s'est développé dans différents pays concernant le traitement de la COVID-19 par le médicament hydroxychloroquine (HCQ), bien connu depuis des années dans le traitement de la malaria. Il est très intéressant et probablement directement pertinent que cette molécule ait été reconnue depuis des années comme efficace également contre les maladies auto-immunes (voir ci-dessus). Depuis le début, des collègues chinois⁵¹, français^{52,53}, allemands⁵⁴ et américains^{55,56} ont traité des patients COVID positifs avec de l'HCQ, et ont publié leurs résultats. Les preuves que le traitement par l'HCQ peut réduire le taux de mortalité hospitalière ne cessent en effet d'augmenter⁵⁷, ce qui pose une question centrale sur la résistance, voire l'interdiction, d'utiliser cette option thérapeutique dans certains pays. Par exemple, un gouvernement européen et ses experts, insistant sur la nécessité d'attendre des études solides basées sur l'évidence mais ne considérant pas l'urgence de la situation, ont interdit la prescription de l'HCQ par les médecins. Ceci a été induit par une étude publiée dans le Lancet, affirmant non seulement l'absence de bénéfice avec la prise d'HCQ mais aussi l'apparition de complications cardiaques et une mortalité accrue⁵⁸. Rapidement, la preuve a été apportée que cette publication était frauduleuse, et elle a dû être retirée. Deux observations des plus inquiétantes sont à faire ici: 1) l'éthique de la publication par des groupes médicaux et scientifiques revendiquant le plus haut niveau de qualité est remise en question, et 2) les gouvernements, en interdisant la prescription de l'HCQ, ont bloqué la relation patient-médecin qui est éthiquement fondamentale et intouchable. La politique et les experts médicaux se sont présentés ici sous leur pire jour. Il faut également souligner que la disponibilité actuelle d'un médicament peu coûteux contre le SARS-CoV-2 permet de voir toute la question de la vaccination sous un autre angle, laissant le temps de mener des recherches appropriées en vue d'une vaccination sûre et efficace pour les personnes fragiles, malades et âgées, tout comme pour la grippe. En effet, la létalité de la COVID-19 n'implique aucune exigence de vaccination à grande échelle.

Ce n'est pas une folie de s'interroger sur une éventuelle épidémie de SARS-CoV-2 en dehors d'un laboratoire, car des manipulations de laboratoire ou des fuites ont été considérées comme possibles pour la grippe porcine⁵⁹ ou même affirmées pour la grippe aviaire et la première mutation SARS⁶⁰ du corona. Il appartient aux experts scientifiques et aux responsables politiques de découvrir et de supprimer toute recherche sur les virus susceptibles de donner naissance à de nouvelles souches potentiellement dangereuses, et l'OMS devrait appliquer ce contrôle dans le monde entier. En outre, les réflexions sur les soins et l'entretien des animaux à l'échelle mondiale sont des plus pertinentes.

Propositions pour aujourd'hui et demain

La peur et la panique à propos de la COVID-19, alimentées par des communications scientifiques inexactes, se sont répandues sur toute la planète comme un feu de brousse, provoquant le chaos que nous observons chaque jour aux actualités. La crise du corona a mis en lumière le fait que la planète humaine a actuellement un niveau d'anxiété élevé et doit être traitée avec douceur, comme une patiente humaine dans une phase sensible de sa vie !

Sur la base des données mentionnées ci-dessus, on peut affirmer que la pandémie COVID-19 aurait dû être traitée dès le départ comme une pandémie de grippe habituelle, avec une protection axée sur les personnes fragiles, malades et âgées, qui auraient exigé et reçu des mesures de protection appropriées pour elles-mêmes, mais sans obligations contre-productives et sans limitation de leurs activités et de leur liberté. Les personnes affaiblies et âgées peuvent à tout moment exiger des mesures d'isolement vis-à-vis de leur environnement familial, social et infirmier. Les maisons de retraite doivent mettre à la disposition du personnel et des familles des masques et des désinfectants pour les mains, si les résidents souhaitent être protégés. Les membres du personnel ne doivent pas travailler dans plus d'une maison. Les résidents doivent être incités à sortir et à marcher (par exemple dans les parcs de la ville restés ouverts!). La restriction de la liberté et l'isolement imposés sont inhumains, contre-productifs, voire mortels pour les résidents âgés et affaiblis. En Allemagne, une pétition⁶¹ a été adressée par des citoyens allemands âgés de 64 à 78 ans à Mme Merkel, demandant l'autodétermination et le choix en matière de fin de vie, et revendiquant leur préférence pour une mort digne au milieu de leurs êtres chers plutôt qu'un décès isolé et sans cœur imposé par l'État.

Il ne s'agit pas ici de faire des reproches sur les mesures prises brusquement et sous une énorme pression par les gouvernements au cours des deux ou trois premiers mois de développement de la pandémie. Avec les données disponibles et concluantes depuis mai, il faut cependant réaliser que les mesures générales de confinement, d'isolement, d'éloignement et de traçage peuvent et doivent être

arrêtées dans tous les pays où le pic quotidien de mortalité a été dépassé. Les mesures générales de confinement contre COVID-19 ont déjà contribué à la surmortalité constatée dans différents pays et dont il a été question plus haut. Leur maintien serait inutile et délétère. Les enfants et les adultes qui travaillent doivent interagir afin que la population humaine obtienne le plus tôt possible une immunité collective suffisante, protégeant ainsi les personnes âgées et fragiles. La sortie progressive du confinement est un piège émotionnel: à la joie que les choses redeviennent normales s'oppose constamment l'attente anxieuse que le déconfinement aille trop vite, en dépit des preuves scientifiques rassurantes mentionnées ci-dessus.

Les médias doivent relayer les informations provenant de tous les environnements et tendances possibles. Ils ont cependant fourni à la population mondiale une avalanche d'informations homogènes et biaisées, maintenant le message dominant de panique sur la dangerosité prétendument élevée de la COVID-19. Il faut espérer qu'ils intégreront bientôt le message de ne plus exercer de pressions sur les politiciens à l'avenir, et d'être profondément conscients qu'ils peuvent contribuer à l'activation mondiale de puissants mécanismes anxiogènes, s'ils ne fournissent pas des informations équilibrées provenant de sources contrôlées.

Une "nouvelle normalité" pour notre avenir ne peut avoir de sens que si elle est centrée sur une compréhension plus profonde de la dynamique d'intégration entre nous et les virus. Comme les virus ont besoin de nous pour exister, et comme les processus de la vie semblent toujours avoir un sens, nous pouvons considérer que le cauchemar du virus tueur planétaire restera le sujet d'intérêt des producteurs de films et des amateurs d'émotions fortes. Il n'est en effet pas possible pour nous de concevoir la vie sans virus. Ils sont partout, environ 50% de notre propre génome est d'origine virale, et ils pourraient bien être "plus amis qu'ennemis"⁶⁰. Notre principal ennemi est la peur activée par une science biaisée et sans cœur, par des médias propagandistes et par des politiciens craintifs. Les pandémies plus anciennes comme la peste, qui sont à l'origine de profonds souvenirs ataviques, étaient dans la plupart des cas dues à des bactéries et étroitement liées à des conditions de vie humaine précaires. La seule pandémie virale catastrophique a été la grippe H1N1 de 1918, qui a tué des millions de personnes, mais qui s'est développée dans le chaos et les conséquences malsaines de la première guerre mondiale. La panique n'est pas un moyen approprié d'intégrer notre vie avec les virus. Elle entraînerait un avenir rempli de crainte pour la prochaine pandémie et la déstabilisation de l'environnement psychologique et économique mondial. Un changement d'attitude profond et définitif doit maintenant être amorcé dans des contextes scientifiques et sociopolitiques appropriés, afin d'éviter un avenir aussi sombre qu'indésirable.

Messages à emporter chez soi

1) Le corona virus est l'un des agents viraux du rhume, qui, tout comme la grippe, envahit chaque année la planète entière. Ils provoquent chaque année des pandémies d'infections des voies respiratoires largement répandues et le plus souvent bénignes.

2) COVID-19, l'infection causée par le SARS-CoV-2, la mutation corona actuelle, n'est pas plus mortelle que la grippe, avec un taux de mortalité infectieuse de 0,1 à 0,2 %.

3) L'immense majorité (95 %) des évolutions fatales surviennent chez des personnes âgées et frêles présentant des prémorbidités, avec un âge moyen de décès égal ou supérieur à 80 ans.

4) Les études sur les anticorps, l'immunisation croisée avec d'autres souches de corona et l'achèvement de la courbe de mortalité dans de nombreux pays sont des preuves solides que la population humaine développe une immunité collective contre le SARS-CoV-2. Dans ce contexte, une "deuxième vague" sévère est improbable. On peut plutôt s'attendre à un nouvel épisode de rhume comme chaque année, mais d'une intensité régulière, voire faible, grâce à l'immunité collective acquise.

5) Le test PCR du SARS-CoV-2 ne fournit aucune preuve pronostique fiable sur son pouvoir infectieux ou sa létalité. La surveillance de l'état et de l'évolution de la pandémie n'est donnée que par l'évolution quotidienne des décès. En Suisse comme dans de nombreux autres pays, il n'y a plus de surmortalité attribuable à la pandémie COVID-19. Le taux de tests positifs est faible (environ 3%), et les tests ont comme toujours un taux de faux positifs techniques et réagissent à des fragments viraux inactifs ou à d'autres souches de corona.

6) Seulement chez un faible pourcentage de patients atteints de la COVID-19, le virus SARS-CoV-2 peut, comme le virus de la grippe, activer une surréaction immunologique et inflammatoire, provoquant au pire une défaillance fatale du tissu pulmonaire.

Le stress et les émotions comme la peur, la colère et la tristesse peuvent 1) stimuler cette surréaction, 2) provoquer une mort cellulaire dans le cerveau émotionnel et 3) y déclencher des suractivités délétères, avec pour conséquence des dommages cellulaires dans les tissus corporels.

Les mesures générales d'isolement, de distanciation et de confinement, en limitant les contacts sociaux, la liberté et les droits fondamentaux de l'être humain, ajoutent au bilan des décès par une recrudescence de la déstabilisation psychosociale et économique, une aggravation de la situation des personnes psychiatriques et démentes et une réduction des soins médicaux à l'ensemble de la population. Il existe donc une causalité combinée pour une surmortalité de la

COVID-19, une partie importante de celle-ci n'étant pas due au virus SARS-CoV-2 lui-même mais à la vague de panique mondiale provoquée et à l'introduction imposée de mesures drastiques et inhumaines.

7) Nous ne sommes pas confrontés au redouté virus tueur planétaire, malgré le message initial inapproprié de l'OMS et de différents experts. Les données présentées parlent en faveur d'un arrêt urgent de toutes les mesures générales de confinement, de distanciation et d'isolement. Le monde devrait revenir à l'approche appropriée, appliquée de façon routinière, aux virus respiratoires: conserver des mesures de protection optimales pour les personnes âgées, fragiles et malades, comme nous avons tous appris à le faire année après année contre la grippe.

8) Les virus du rhume (et de la grippe) sont omniprésents dans l'espace (sur toute la planète) et dans le temps (année après année). Ils sont donc inévitables, mais provoquent heureusement des infections le plus souvent bénignes. Il suffit de protéger spécifiquement les populations à risque lorsqu'une vague virale devient plus forte que d'habitude.

Daniel Jeanmonod, docteur en médecine, professeur émérite de neurochirurgie à l'université de Zurich et de physiologie et neurosciences à l'université de New York

Texte actualisé et enrichi à partir de la contribution “Think deep, do good science and don't panic!” Quelques considérations sur la crise du corona, par D. Jeanmonod, R. Jeanmonod et F. Neiryck, publié par www.off-guardian.org le 7 avril 2020.

Références

1 Dr Joel Kettner sur CBC Radio - Cross Country Checkup, 15 mars 2020.

2 Jones D. Histoire en crise - Leçons pour Covid-19. New England Journal of Medicine (2020).

3 Bhakdi S. Corona-Krise : Sucharit Bhakdi erklärt warum die Maßnahmen sinnlos und selbstzerstörerisch sind. Vidéo YouTube. 24 mars 2020.
<https://www.youtube.com/watch>

4 Dr. Ioannidis J.P.A. Un fiasco en perspective ? Alors que la pandémie de coronavirus s'installe, nous prenons des décisions sans disposer de données fiables. www.statnews.com, 17 mars 2020.

5 Roussel Y. et al. SARS-CoV-2 : fear versus data, *International Journal of Antimicrobial Agents* (2020).

6 Caractéristiques des patients atteints du SRAS-CoV-2 qui meurent en Italie, rapport basé sur les données disponibles le 22 juillet 2020. Istituto Superiore di Sanità.

7 Jour M. Covid-19 : quatre cinquièmes des cas sont asymptomatiques, selon les chiffres de la Chine. *BMJ* (2020).

8 Li R. et al. Une infection substantielle non documentée facilite la diffusion rapide du nouveau coronavirus (SARS-CoV2). *Science* (2020).

9 Ioannidis J.P.A. The infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data. *medRxiv Preprint* (2020).

10 Mizumoto K. et al, Early epidemiological assessment of the transmission potential and virulence of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan City, China, January-February, 2020. *BMC Medicine* (2020).

11 Cervia C. et al. Systemic and mucosal antibody secretion specific to SARS-CoV-2 during mild versus severe COVID-19. *bioRxiv Preprint* (2020).

12 Grifoni A. et al. Targets of T cell responses to SARS-CoV-2 coronavirus in humans with COVID-19 disease and unexposed individuals. *Cellule* (2020).

13 Patrick D.M. et al. Une flambée d'infection par le coronavirus humain OC43 et une réactivité croisée sérologique avec le coronavirus du SRAS. *Can J Infect Dis Med Microbiol* (2020).

14 Le Bert N. et al. Immunité des cellules T spécifiques du CoV-2 contre le SRAS dans les cas de COVID-19 et de SRAS, et témoins non infectés. *Nature* (2020).

15 Braun J. et al. SARS-CoV-2-reactive T cells in healthy donors and patients with COVID-19. *Nature* (2020).

16 Smolin L. *The Life of the Cosmos (La vie du cosmos)*. Oxford University Press (1997).

17 Raoult D. *Épidémies, vrais dangers et fausses alertes. De la grippe aviaire au COVID-19*. Michel Lafon (2020).

18 Dourmashkin R.R. et al. Evidence for an enterovirus as the cause of encephalitis lethargica. *BMC Infectious Diseases* (2012).

19 *Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)*. Département fédéral de l'intérieur (DFI), Office fédéral de la santé publique, Unité de direction Santé publique.

Rapport sur la situation épidémiologique en Suisse et dans la Principauté de Liechtenstein - semaine 36.

20 Gupta S. COVID-19 est en route. Interview de UnHerd sur la poste, 21 mai 2020.

21 Walsh K.B. et al. La suppression de la tempête de cytokines à l'aide d'un analogue de la sphingosine offre une protection contre le virus influenza pathogène. *PNAS* (2011).

22 Fabricius K. et al. The impact of maternal separation on adult mouse behavior and on the total neuron number in the mouse hippocampus. *Structure du cerveau. Fonct.* (2008).

23 McDonald R.J. et al. Enhanced cell death in hippocampus and emergence of cognitive impairments following a localized mini-stroke in hippocampus if preceded by a previous episode of acute stress. *Journal européen des neurosciences* (2008).

24 Lucassen P.J. et al. Le stress psychosocial chronique affecte de manière différenciée l'apoptose dans les sous-régions de l'hippocampe et le cortex de la musaraigne arboricole adulte. *Journal européen des neurosciences* (2001).

25 Pelletier K.R. *Médecine holistique, du stress à la santé optimale.* Delacorte Press (1979).

26 Pelletier K.R. *Mind as Healer, Mind as Slayer.* Allen et Unwin (1979).

27 Simonton O.C. et al. *Getting Well Again.* Bantam Books (1978).

28 Vissoci E.M. et al. Stress, dépression, système immunitaire et cancer. *Lancet Oncol* (2004).

29 Song H. et al. Association of stress-related disorders with subsequent autoimmune disease. *JAMA* (2018).

30 Wheway J. et al. Un rôle bimodal fondamental pour le récepteur du neuropeptide Y1 dans le système immunitaire. *Journal of Experimental Medicine* (2005).

³¹ Aufenberg C. et al. A revival of Spiegel's campotomy: long term results of the stereotactic pallidothalamic tractotomy against the parkinsonian thalamocortical dysrhythmia. *Thalamus and Related Systems* (2005).

³² Jeanmonod D. et al. Thalamocortical dysrhythmia II. Clinical and surgical aspects. *Thalamus and Related Systems* (2001).

³³ Russ T.C. et al. Association between psychological distress and mortality: individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies. *BMJ* (2012).

³⁴ Cannon W.B. „Voodoo“ Death. *American Anthropologist* (1942).

³⁵ European Monitoring of Excess Mortality for Public Health Action <https://www.euromomo.eu>.

³⁶ Ferreyro B.L. et al. Association of noninvasive oxygenation strategies with all-cause mortality in adults with acute hypoxemic respiratory failure. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* (2020).

³⁷ Office for National Statistics. Analysis of death registrations not involving coronavirus (COVID-19), England and Wales: 28 December 2019 to 1 May 2020.

³⁸ Atlas S. W. et al. The COVID-19 shutdown will cost Americans millions of years of life. *The Hill*, May 25th, 2020.

³⁹ Griffin S. Covid-19: “Staggering number” of extra deaths in community is not explained by covid-19. *BMJ* (2020).

⁴⁰ Glen A. and Agresti J.D. Anxiety from reactions to Covid-19 will destroy at least seven times more years of life than can be saved by lockdowns. *Just Facts*, May 4th, 2020.

⁴¹ Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine* (2020).

⁴² Extra 10,000 dementia deaths in England and Wales in April. Devlin H, The Guardian, June 5th, 2020.

⁴³ Newey S. Why have so many coronavirus patients died in Italy? The Telegraph, March 23rd, 2020.

⁴⁴ Borrelli A. Dipartimento Protezione Civile. Conferenza stampa 20 marzo 2020 ore 18.00 – Coronavirus. YouTube Video (at 3.30 minutes), March 20, 2020. <https://www.youtube.com/watch>.

⁴⁵ Reiss K. and Bhakdi S. Corona Fehlalarm? Zahlen, Daten und Hintergründe. Goldegg Verlag (2020).

⁴⁶ Kim D. et al. Rates of Co-infection Between SARS-CoV-2 and Other Respiratory Pathogens. JAMA (2020).

⁴⁷ Cohen S. et al. Psychological stress and susceptibility to the common cold. New England Journal of Medicine (1991).

⁴⁸ Ioannidis J.P.A et al. Population-level COVID-19 mortality risk for non-elderly individuals overall and for non elderly individuals without underlying diseases in pandemic epicenters. medRxiv Preprint (2020).

⁴⁹ Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza. Global Influenza Programme, World Health Organization (2019).

⁵⁰ Bringt uns Koch zurück. Baur A., Weltwoche Nr. 28, July 9th, 2020.

⁵¹ Chen Z. et al. Efficacy of hydroxychloroquine in patients with COVID-19: results of a randomized clinical trial. medRxiv Preprint (2020).

⁵² Million M. et al. Early treatment of COVID-19 patients with hydroxychloroquine and azithromycin: A retrospective analysis of 1061 cases in Marseille, France. Travel Medicine and Infectious Disease (2020).

⁵³ Lagier J.C. et al. Outcomes of 3,737 COVID-19 patients treated with hydroxychloroquine/ azithromycin and other regimens in Marseille, France: A retrospective analysis. *Travel Medicine and Infectious Disease* (2020).

⁵⁴ Derwand R. et al. COVID-19 Outpatients – Early Risk-Stratified Treatment with Zinc Plus Low Dose Hydroxychloroquine and Azithromycin: A Retrospective Case Series Study. www.preprints.org (2020).

⁵⁵ Arshad S. et al. Treatment with hydroxychloroquine, azithromycin, and combination in patients hospitalized with COVID-19. *International Journal of Infectious Diseases* (2020).

⁵⁶ Risch H.A. Opinion: Early outpatient treatment of symptomatic, high-risk Covid-19 patients that should be ramped-Up immediately as key to the pandemic crisis. *American Journal of Epidemiology* (2020).

⁵⁷ Gold S. White Paper on Hydroxychloroquine. www.americasfrontlinedoctors.com (2020)

⁵⁸ Mehra M.R. et al. Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis. *The Lancet* (2020).

⁵⁹ Gibbs A. J. et al. From where did the 2009 “swine-origin” influenza A virus (H1N1) emerge? *Virology Journal* (2009).

⁶⁰ Moelling K. *Viruses, more friends than foes*. World Scientific Publishing (2017).

⁶¹ Corona: Schützen Sie uns Ältere nicht um diesen Preis! Selbstbestimmt altern und sterben! Marieluse Stiefel et al., open petition at change.org