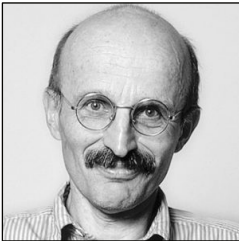


Options de traitement pour les patients atteints de la covid

Contre la covid-19, l'OFSP s'appuie sur les médicaments protégés par des brevets et ignore des solutions moins coûteuses et beaucoup plus efficaces

par Werner Vontobel



Werner Vontobel
(photo infosperber)

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sait comment éviter une infection par le virus Sars-CoV-2. Concernant le traitement de la maladie, il n'a cependant rien appris. Il maintient toujours et encore que le nouveau virus ne peut être combattu que par un tout nouveau médicament...

protégé par un brevet. Parmi les nombreux candidats protégés par des brevets, il ne reste cependant que le *remdesivir* de la société pharmaceutique américaine *Gilead*. Les neuf «autres médicaments importants» énumérés sur la page d'accueil sont des analgésiques et des anesthésiques pour la phase tardive de la maladie.

RKI: «Le remdesivir n'a eu aucune influence»

Et le remdesivir n'est pas efficace non plus. Dans une «Déclaration de consensus scientifique», il n'y a pas un mot sur un effet curatif, on y trouve uniquement qu'il ne doit être administré que lorsque le patient souffre de privation d'oxygène. On apprend également que l'OFSP s'est procuré suffisamment de remdesivir et que celui-ci coûte 390 dollars par injection, ou 2340 dollars par traitement. *Gilead* en a manifestement pour son argent.

Quant à l'utilité de ce médicament coûteux, on peut lire à l'*Institut Robert Koch* (RKI): «Selon les données de l'étude «Solidarity» de l'OMS, l'utilisation du remdesivir n'a aucune influence sur la durée de l'hospitalisation ni sur la nécessité d'une ventilation mécanique». Tout comme l'OFSP, le RKI autorise également un traitement de cinq jours le plus tôt possible après le début de la détresse respiratoire. L'UE a également déjà acheté une réserve de remdesivir pour 1,2 milliard d'euros.

Les solutions de remplacement non brevetées sont meilleures que le remdesivir

Bien entendu, il existe diverses études concernant le remdesivir. La plus optimiste émane – oh

quelle surprise! – du producteur lui-même et fait état d'une réduction relative de la mortalité de 38%. Même si nous prenons ce chiffre optimiste comme référence, les agents actifs suivants ont donné de meilleurs résultats dans les études:

Aspirine: réduction de la mortalité de 47%. Dans cette étude menée à la Faculté de médecine du Maryland, 412 patients atteints de la covid-19 ont été répartis en deux groupes: ceux ayant déjà pris de l'aspirine auparavant et ceux n'en ayant pas pris (*étude ici*).

Hydroxychloroquine à un stade précoce: réduction de la mortalité de 66%. C'est ce qu'a révélé une méta-analyse de 26 études dans lesquelles la HCQ a été utilisée peu après le diagnostic. Dans seulement deux des études, la réduction était inférieure aux 38% signalés par *Gilead* pour le remdesivir. Dans six études, la mortalité a même été réduite de plus de 80%. Le processus d'apprentissage concernant la HCQ n'est probablement pas terminé (*étude ici*).

Cumin noir plus miel: réduction de la mortalité de 78% même dans les cas graves; 100% de réduction, donc pas de mortalité, dans les cas bénins. Trois cent treize patients atteints de la covid dans un hôpital au Pakistan, où le cumin noir et le miel sont des remèdes traditionnels. Pourquoi ne pas le tester contre la covid-19? (*étude ici*).

Azithromycine à un stade précoce: réduction des hospitalisations de 84%, 1 seul décès pour 141 patients contre 13 sur 377 dans le groupe de contrôle. (Bien que ce chiffre ne soit pas significatif en raison du faible nombre de participants.) L'AZT était complétée par du zinc et de petites doses de HCQ (*étude ici*).

Ivermectine à un stade précoce: réduction de la mortalité de 87% par rapport à un traitement normal. 48% de réduction dans les cas graves. Il s'agit d'une méta-analyse de 28 études, principalement dans les pays en développement, où la covid-19 est surtout traitée avec de l'HCQ et de l'azithromycine (*étude ici*).

Vitamine D3: réduction de 96% des admissions aux soins intensifs. Dans cette étude randomisée et en double aveugle menée à Cordoue, la

mortalité a même été réduite de 15,4 à 0%, mais en raison du petit nombre de sujets, cette valeur n'était pas significative. Dans cette étude, les patients atteints de la covid ont été traités avec de fortes doses de la forme active de la vitamine D immédiatement après leur admission à l'hôpital. En outre, de nombreuses études démontrent l'efficacité de la vitamine D3 en tant que mesure préventive ou immédiatement après l'infection (étude *ici*, étude *complémentaire ici*).

La liste est loin d'être complète. De bons résultats sont également obtenus au Brésil et au Vietnam avec des gargarismes au bain de bouche antiseptiques. Pas étonnant, puisque le virus pénètre par la bouche et le nez. Bien sûr, on peut se poser des questions concernant toutes ces études: elles sont toutes moins complètes que celle du remdesivir, qui comptait au total plus de 11 000 patients dans 405 hôpitaux et 30 pays. Plusieurs présentent également des défauts méthodologiques tels que des groupes de contrôle inégaux, une documentation insuffisante, etc. Mais dans l'ensemble, il est difficile d'éviter la conclusion qu'il doit y avoir de meilleures thérapies que le remdesivir.

Les traitements précoces sont indiqués

Cela notamment pour les raisons suivantes: le remdesivir est très cher et, en raison de ses effets secondaires massifs (sur les reins), il ne peut être utilisé qu'après des examens approfondis à l'hôpital (et donc généralement beaucoup trop tard). Les alternatives mentionnées ci-dessus, en revanche, ne coûtent guère plus de 20 francs (40 francs pour l'AZT) par traitement, peuvent être utilisées en ambulatoire (c'est-à-dire de manière précoce et préventive), et les quelques effets secondaires sont bien connus et facilement contrôlables. Le HCQ, par exemple, était encore disponible sans ordonnance en France il y a un an.

Alors, qu'est-ce que le citoyen lambda est censé faire de ces informations? La conclusion la plus importante à tirer de toutes ces études est probablement que la covid-19 est mieux traitée lorsqu'elle l'est le plus tôt possible, c'est-à-dire au niveau des médecins généralistes. On ne peut cependant pas s'attendre à ce qu'ils rassemblent et évaluent toutes ces informations sur Internet. Ce processus d'apprentissage doit être orchestré par l'OFSP et les associations de médecins.

Les devoirs ne sont pas faits

Mais ils n'ont manifestement pas fait leurs devoirs et n'ont rien appris. Sur la page d'accueil de l'OFSP, on peut encore lire: «La covid-19 ne peut être soignée avec des antibiotiques, car ceux-ci n'agissent que contre les bactéries et non contre les virus.» Alors pourquoi les antibiotiques AZT ou ivermectine fonctionnent-ils quand-même? Si l'on pose cette question à l'OFSP, il se déclare pas compétent: «Les recommandations de traitement pour les éventuelles thérapies de la covid-19 énumérées sont établies par les sociétés de médecine et non par l'OFSP.» Veuillez-vous adresser aux organismes professionnels compétents. Ce serait, par exemple, la société zurichoise de médecine, mais elle n'a pas non plus de recommandations pour les médecins généralistes. Sous la rubrique «Recommandations pour la prise en charge des personnes malades», les médecins généralistes apprennent uniquement que «toutes les personnes dont le test est positif doivent s'isoler».

Mais ce n'est pas ainsi qu'un médecin est censé traiter ses patients. La blouse blanche les oblige à donner de l'espoir à ces derniers: «Prenez X, cela a aidé tous les patients». Même si toutes les thérapies mentionnées n'étaient efficaces qu'à moitié, le médecin devrait en prescrire au moins une – ne serait-ce qu'en raison de l'effet placebo.

Davantage de nocebo n'est guère possible

En revanche, un effet nocebo* maximal est obtenu lorsque le médecin généraliste doit dire, sur ordre de l'OFSP: «Je ne peux rien faire pour vous. Isolez-vous et si vous avez des difficultés respiratoires, je vous enverrai à l'hôpital». Cela semble inquiétant: selon l'OFSP, 14 471 patients de la covid ont été hospitalisés depuis début octobre et 5 613 (soit 39%) sont décédés – mais pas tous à l'hôpital. Pourtant, le risque d'hospitalisation est à peu près le même qu'en pressant deux fois la gâchette d'un revolver à six coups à la roulette russe. Davantage de nocebo n'est guère possible.

Source: www.infosperber.ch, du 12/1/2021

(Traduction «Point de vue Suisse»)

* Tout comme le terme *effet placebo* désigne l'effet positif d'un traitement fictif (par exemple, l'administration de comprimés sans principe actif), l'*effet nocebo* désigne ses conséquences négatives (ndlr.).