



MAI 2020

CINQ FAITS CLÉS QUI MILITENT CONTRE LA POURSUITE DU CONFINEMENT*

Par Dr Scott W. Atlas

*Article d'abord publié le 22 avril 2020 dans *The Hill*.

Les faits soulignés par cet auteur prestigieux n'ont pas été entendus assez largement dans le contexte canadien. Pourtant, le débat sur les confinements généralisés et obligatoires devrait continuer d'alimenter les conversations pour quelque temps. Qui plus est, si le Dr Atlas a rédigé cet article dans un contexte américain et les données ont depuis évoluées, ses observations sont fondées sur la science et le bon sens et s'appliquent amplement à la situation vécue au Canada ou n'importe où, par ailleurs.

– Michel Kelly-Gagnon, président et directeur général de l'IEDM

On semble commencer à endiguer graduellement la tragique pandémie de COVID-19. Des dizaines de milliers d'Américains sont décédés¹ et nos concitoyens ont besoin de décideurs politiques raisonnables qui auront le courage d'ignorer la panique et de s'appuyer sur les faits. Les leaders doivent examiner les données accumulées pour voir ce qui est réellement arrivé – plutôt que des projections hypothétiques –, combiner ces preuves empiriques avec les principes fondamentaux de la biologie établis depuis des décennies et, ensuite, remettre judicieusement le pays en marche.

Cinq faits clés sont actuellement ignorés par ceux qui réclament le maintien d'un confinement quasi total.

Fait 1 : Une écrasante majorité de la population ne court aucun risque important de mourir de la COVID-19.

Selon la récente étude sur les anticorps qu'a menée l'université Stanford², on estime actuellement que le taux de létalité en cas d'infection est probablement de 0,1 à 0,2 pour cent, un risque nettement plus bas que les estimations antérieures de l'Organisation mondiale de la Santé qui étaient 20 à 30 fois plus élevées et avaient motivé les politiques d'isolement.

À New York, un épice de la pandémie qui dénombre plus du tiers de tous les décès aux États-Unis, le taux de mortalité chez les gens âgés de 18 à 45 ans est de 0,01 pour cent³ ou de 10 par 100 000 personnes. Par contre, les gens âgés de 75 ans ou plus présentent un taux de mortalité 80 fois plus élevé. Pour les moins de 18 ans, ce taux est de 0 par 100 000 personnes.

Parmi toutes les personnes décédées dans l'État de New York, les deux tiers étaient des patients de plus de 70 ans; plus de 95 pour cent avaient plus de 50 ans et environ 90 pour cent de tous les défunts souffraient d'une maladie sous-jacente⁴. Parmi les 6570 cas confirmés de décès lié à la COVID-19 sur lesquels on a mené jusqu'à ce jour une enquête complète visant les maladies sous-jacentes, 6520, soit 99,2 pour cent, présentaient une telle maladie⁵. Si vous ne souffrez pas déjà d'une maladie chronique sous-jacente, vous courez un faible risque de mourir, peu importe votre âge. De plus, les jeunes adultes et enfants jouissant d'une santé normale ne courent presque aucun risque de contracter quelque maladie grave en raison de la COVID-19.

Fait 2 : Protéger les gens plus âgés, vulnérables, évite le surpeuplement des hôpitaux.

Nous pouvons tirer des enseignements sur l'utilisation des hôpitaux en examinant les données de la ville de New York⁶, le point chaud de la COVID-19, où plus de 34 600 personnes ont été hospitalisées jusqu'à maintenant. Chez les moins de 18 ans, le taux d'hospitalisation lié au virus est de 0,01 pour cent, soit 11 par 100 000 personnes; chez les 18 à 44 ans, il est de 0,1 pour cent. Même chez les gens âgés de 65 à 74 ans, il y a eu hospitalisation dans seulement 1,7 pour cent des cas. Au sujet des 4103 patients qui ont reçu un diagnostic confirmé de COVID-19 et présentaient des symptômes suffisamment sérieux pour demander des soins médicaux⁷, la Dre Leora Horwitz, du Centre médical de NYU, a conclu que « l'âge est de loin le plus fort facteur de risque en matière d'hospitalisation »⁸. Même les premiers rapports de l'OMS signalaient que 80 pour cent de tous les cas étaient bénins, et des études plus récentes indiquent un taux d'infection nettement plus généralisé et un plus faible taux de maladie grave⁹. La moitié des personnes ayant subi un test d'infection qui s'est révélé positif n'éprouvent pas le moindre symptôme. En grande majorité, les personnes plus jeunes et autrement en bonne santé ne nécessitent pas de soins médicaux substantiels.

Fait 3 : Les politiques d'isolement total empêchent le développement d'une immunité collective – un facteur crucial –, ce qui prolonge le problème.

Des décennies de science médicale nous ont appris qu'une infection permet aux gens de développer une réponse immunitaire, de sorte que l'infection est contrôlée dans l'ensemble de la population par une « immunité de groupe »¹⁰. L'immunisation de la population est le véritable objectif pour les autres infections virales. Dans le cas présent nous savons que les soins médicaux ne sont même pas requis pour la vaste majorité des personnes infectées¹¹. Le virus est si faible que la moitié des personnes infectées sont asymptomatiques, comme l'ont démontré les données initiales du navire Diamond Princess et, ensuite, celles d'Islande et d'Italie¹². On a faussement décrit ce virus comme un problème nécessitant un isolement collectif. Concrètement, les personnes infectées exemptes de maladie grave sont les vecteurs immédiatement disponibles pour l'établissement d'une immunité généralisée. En transmettant le virus à d'autres membres du groupe à faible risque qui développeront des anticorps, ces personnes bloquent les voies d'accès menant aux gens les plus vulnérables, ce qui, en définitive, mettra fin à la menace. En étendant l'isolement de la population générale, on empêcherait le développement de cette immunité de masse.

Fait 4 : Des gens meurent parce que d'autres soins médicaux ne sont pas prodigués

Des soins de santé essentiels destinés à des millions d'Américains sont actuellement mis de côté et des gens meurent afin d'aider des patients « potentiels » et d'endiguer la propagation. La plupart des États et de nombreux hôpitaux ont suspendu des actes médicaux et chirurgies « non essentiels »¹³. Cela empêche le diagnostic de maladies mortelles, comme les cancers, des biopsies de tumeurs non découvertes et des anévrismes cérébraux. Des traitements, notamment des soins d'urgence, pour les maladies les plus graves ont aussi été annulés. Des patients atteints du cancer ont retardé leur chimiothérapie¹⁴. On estime que 80 pour cent des chirurgies du cerveau ont été laissées en plan. Des patients ayant subi un accident vasculaire cérébral ou une crise cardiaque aigus ont perdu la chance d'être traités, certains en meurent et beaucoup risquent une invalidité permanente.

Fait 5 : Nous sommes en présence d'une population à risque clairement définie qui peut être protégée par des mesures ciblées.

Des preuves accablantes provenant du monde entier démontrent uniformément qu'un groupe clairement défini — les gens plus âgés et ceux souffrant de maladies sous-jacentes — court un plus grand risque d'être hospitalisé et de mourir de la COVID-19. Un objectif atteignable consiste à cibler ce groupe par une politique d'isolement et à contrôler les personnes qui interagissent avec lui. Les résidents des centres d'hébergement, les plus à risque, devraient être les plus simples à protéger systématiquement contre les personnes infectées, puisqu'ils vivent déjà dans des espaces confinés.

Les fondements de la biologie et les preuves dont nous disposons déjà militent pour une stratégie plus ciblée : protéger les gens qu'on sait vulnérables, demander aux personnes légèrement malades de s'isoler et ouvrir la plupart des lieux de travail et des petites entreprises en prenant certaines précautions pour les groupes plus nombreux¹⁵. On permettrait ainsi les relations sociales essentielles au développement d'une immunité chez ceux qui courent un risque minimal de conséquences graves tout en sauvant des vies, en évitant le surpeuplement des hôpitaux et en limitant les dommages qui s'accumulent lors d'un isolement total. Cessons d'occulter les preuves empiriques pour tout miser sur des modèles hypothétiques. Les faits ont toute leur importance.

RÉFÉRENCES

1. Worldometer, Coronavirus, United States.
2. Eran Bendavid et al., « COVID-19 Antibody Seroprevalence in Santa Clara County, California », medRxiv.org, 11 avril 2020.
3. Government of New York City, COVID-19: Data, Rates by Age.
4. Government of New York State, Department of Health, covid19tracker, Fatalities.
5. Government of New York City, « Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), Daily Data Summary », 18 avril 2020.
6. Government of New York City, op. cit., note 3.
7. Christopher M. Petrilli et al., « Factors associated with hospitalization and critical illness among 4,103 patients with Covid-19 disease in New York City », medRxiv.org, 11 avril 2020.
8. Tiernan Ray, « NYU scientists: Largest US study of COVID-19 finds obesity the single biggest "chronic" factor in New York City's hospitalizations », ZDNet, 12 avril 2020.
9. Organisation mondiale de la Santé, « Coronavirus disease 2019 (COVID-19) », Situation Report – 41, 1^{er} mars 2020.
10. C.J.E. Metcalf et al., « Understanding Herd Immunity », *Trends in Immunology*, vol. 36, no 12, décembre 2015, p. 753-755.
11. Clive Cookson, « Coronavirus may have infected half of UK population — Oxford study », *Financial Times*, 24 mars 2020.
12. Kenji Mizumoto et al., « Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020 », *Eurosurveillance*, vol. 25, no 10, 12 mars 2020; Government of Iceland, « Large scale testing of general population in Iceland underway », communiqué de presse, 15 mars 2020; *La Repubblica*, « Coronavirus: 'Il 50-75% dei casi a Vo' sono asintomatici. Una formidabile fonte di contagion' », 16 mars 2020.
13. Ambulatory Surgery Center Association, State Guidance on Elective Surgeries, 20 avril 2020; Ambulatory Surgery Center Association, COVID-19: Guidance for ASCs on Necessary Surgeries.
14. Miriam Falco, « Common Questions About the New Coronavirus Outbreak », American Cancer Society, 27 avril 2020.
15. David L. Katz, « Is Our Fight Against Coronavirus Worse Than the Disease? », *The New York Times*, 20 mars 2020.



Scott W. Atlas, médecin, est chercheur principal David and Joan Traitel à l'Institution Hoover de l'Université Stanford et ex-neuroradiologiste en chef au Centre médical de l'Université Stanford. La **Collection Réglementation** de l'IEDM vise à examiner les conséquences souvent imprévues pour les individus et les entreprises de divers lois et règlements qui s'écartent de leurs objectifs déclarés.

L'IEDM est un think tank indépendant sur les politiques publiques basé à Montréal. Par ses publications, ses apparitions dans les médias et ses services consultatifs aux décideurs politiques, l'IEDM stimule les débats et les réformes des politiques publiques en se basant sur les principes établis de l'économie de marché et sur l'entrepreneuriat. Il ne sollicite ni n'accepte aucun financement gouvernemental.