

Belgique — Lettre ouverte à la ministre de la Santé publique : « Coronavirus, il faut savoir écouter la peur »

samedi 29 février 2020, par [WATHELET Marc](#) (Date de rédaction antérieure : 28 février 2020).

Chère Madame la Ministre,

Vous assurez le pays que nous sommes prêts à faire face au nouveau coronavirus, et pourtant certains acteurs clés de première ligne, infirmiers et médecins, ne sont pas rassurés, et moi non plus.

Je suis docteur en science et j'ai dirigé aux États-Unis un groupe de chercheurs étudiant les coronavirus humains en général, et celui responsable de l'épidémie de SRAS, SARS-CoV, en particulier. J'ai effectué ce travail dans deux institutions, comme membre de la faculté du collège de médecine de l'Université de Cincinnati et comme investigateur au seul institut au monde consacré exclusivement à la recherche sur les maladies respiratoires, à Albuquerque, où j'ai eu l'occasion d'étudier tous les aspects de la production d'aérosol et de la transmission par aérosol. Dans ces deux institutions, j'étais un des officiers responsables pour assurer que toutes les expériences impliquant des agents infectieux ou recombinants respectent toutes les règles et ne posent pas un danger au grand public.

Je vous ai déjà transmis un dossier via le site SPF Santé le 12 février qui indique que si la proportion de cas symptomatiques dû au nouveau coronavirus atteint 1% de la population, nous serions au seuil d'une crise hospitalière par manque de lits (votre référence : CCAL0331485). Il est resté sans suite et c'est pourquoi je vous écris directement.

Vos déclarations publiques suggèrent que vous n'appréhendez pas complètement la nature du danger auquel la Belgique et le reste du monde font face. Je voudrais attirer votre attention sur deux points essentiels à propos du nouveau coronavirus qui semblent ne pas avoir été suffisamment considérés.

Dans une interview publiée mercredi 26, vous répondez à la question « Mais de combien de lits exactement disposons-nous ? » : « Vous savez qu'en Belgique on a bien assez de lits et une capacité de traitement suffisante. C'est un avantage. Quand on compare avec une grippe hivernale et le nombre de patients âgés qui sont généralement hospitalisés, la situation est identique ».

Dans mon dossier, je citais l'OMS qui, le 10 février, estimait que 16% des patients symptomatiques était dans un état suffisamment sérieux que pour nécessiter une hospitalisation. La grippe ? 0,2% des cas ! Le rapport entre les deux ? Un facteur de 80, ce n'est donc pas une situation identique, premier point essentiel qui est négligé.

La mission d'information de l'OMS en Chine a rendu son rapport hier, il vaut la peine d'être

consulté. Nous avons maintenant des chiffres plus précis pour les patients symptomatiques : 80% de cas légers (peuvent rester chez eux), 13% de cas sévères (hospitalisation), 6% de cas critiques (soins intensifs).

Auriez-vous l'obligeance, Madame la Ministre, vous qui avez accès à toute l'information sur le réseau hospitalier belge, de calculer pour notre édification à tous : à partir de combien de cas symptomatiques le système hospitalier belge viendrait-il à court de lits d'hôpitaux pour les cas sévères et les cas critiques ?

Il y a une cacophonie d'informations incorrectes qui circulent non seulement dans la presse écrite et audiovisuelle à propos du nouveau coronavirus, mais aussi sur les sites SPF Santé et Sciensano. La position officielle semble être que COVID-19 est un SRAS-2.0 et que donc les mesures qui seraient appropriées pour SRAS-1.0 conviendront pour COVID-19.

C'est malheureusement une fausse équivalence et il est urgent de comprendre la différence essentielle entre la propagation du virus responsable de SRAS-1.0 et celle du nouveau coronavirus. SARS-CoV se transmettait surtout par contamination de surface et par postillons, qui ne voyagent pas beaucoup plus qu'un mètre, mais rarement par aérosol. Tout indique qu'une proportion significative de transmission du nouveau coronavirus se fait par aérosol, ce qui change complètement la donne pour les mesures d'isolation.

Les premiers cas de SRAS en novembre 2002 ont été détectés dans la ville de Shenzhen, 7 millions d'habitants à l'époque, et ont infecté 5327 citoyens sur le territoire chinois en fin de compte. Les premiers cas de COVID-19 ont été détectés en décembre 2019 dans la ville de Wuhan, 11 millions d'habitants, et ont infecté 78.497 individus en Chine à ce jour (d'après le gouvernement chinois ; près d'un million d'après certains épidémiologistes), premier indice de la différence entre les deux virus.

Le nombre de reproduction de base du nouveau coronavirus est entre 4,7 et 7 d'après les calculs de différents épidémiologistes, qui est différent du nombre de reproduction effectif calculé par l'OMS (2,5), la différence étant que le nombre de base correspond à la situation sans mesures d'isolation, et le nombre effectif change en fonction de l'implémentation de différentes mesures d'isolation.

Prenons la situation de l'Italie. Les deux premiers cas sont confirmés à Milan le 31 janvier et nous sommes 28 jours plus tard à 655 cas. L'épidémiologie nous indique de prendre le logarithme en base 2 de 655 cas divisés par les deux cas initiaux, à savoir à peu près 8,3, et donc le nombre de cas a doublé tous les 3,3 jours, proche du doublement tous les 2,4 jours en absence d'isolation, et alors que des mesures d'isolation sont en place depuis quelques jours. Ces chiffres sont consistants avec un nombre de reproductions élevé.

Donc, nous avons une épidémie au moins 10 fois plus importante que SRAS-1.0 à la même époque en Chine, un nouveau coronavirus d'une grande contagiosité intrinsèque, des épidémiologistes qui calculent qu'une infection sur deux pourrait être causée par une personne encore asymptomatique, et nous avons également de multiples épisodes de super-contagion. Que conclure ? Vous ne trouverez pas beaucoup d'experts en transmission qui vous diront autre chose que ce nouveau virus peut se transmettre par aérosol, deuxième point essentiel qui est négligé jusqu'à présent.

Vous reconnaissez que le virus est plus contagieux, mais quelle en est l'implication ? Si le virus de la grippe infecte 2 à 8% de la population, bon an mal an, et que ce virus est plus contagieux que la grippe, qu'est-ce qui va l'empêcher de se propager au moins comme la grippe dans une population immunologiquement naïve ?

Avec l'absence à l'heure actuelle d'un vaccin ou d'un traitement efficace contre ce nouveau coronavirus, la question de disponibilité de lits d'hôpitaux prend toute sa signification et son urgence, vu le taux beaucoup plus important de complications avec ce coronavirus.

Il n'est pas nécessaire d'avoir un débat parmi les experts, quoiqu'en situation de crise il soit toujours bon de confronter les vues divergentes des experts, parce que la fonction de la Santé publique lui demande de se préparer pour le pire scénario, pas le plus rose. Les experts et les officiels dans d'autres pays occidentaux reconnaissent eux aussi la gravité du risque auquel nous faisons tous face.

Vous nous avez dit que l'objectif est de « maintenir le virus hors du pays le plus longtemps possible grâce à une surveillance adéquate du territoire », mais nous apprenons par une infirmière courageuse qui revient de Vénétie, une région d'Italie avec quelques cas de COVID-19, que non seulement on ne lui demande pas de s'isoler, et on lui demande de retourner immédiatement au travail, mais en plus on refuse de la tester !

Non seulement elle n'est pas testée, mais elle nous révèle aussi qu'il y a en fait une omerta contre le dépistage du nouveau coronavirus pour les cas de symptômes grippaux non liés à une connexion chinoise. Expliquez-nous, Madame la Ministre, exactement comment vous surveillez adéquatement le territoire quand le dépistage le plus élémentaire n'est pas fait ?

On s'interroge aussi sur l'absence de recommandation, de dépistage, de quarantaine et d'encadrement pour les personnes qui reviennent en Belgique d'une zone contaminée, sachant aussi que la période d'incubation peut excéder deux semaines et qu'il y a des patients guéris qui ont été réinfectés.

Les médecins généralistes s'inquiètent de l'absence de communication sérieuse du ministère de la Santé, un courriel ne suffit pas dans cette situation. Ils contrastent la réponse actuelle à celle lors de l'épidémie de H1N1 en 2009 où ils avaient reçu des informations claires et des masques. Et il ne faut pas non plus ignorer leur demande d'avoir un système en place pour supporter les individus qui devraient rester isolés.

Pourquoi attendre de protéger le personnel médical alors le gouvernement chinois admet que plus de 3000 membres du personnel médical ont été infectés à Wuhan ? Serions-nous à tel point en pénurie du matériel nécessaire ? Quelle est la situation du point de vue logistique ? Vous dites que nous sommes prêts, mais nous n'aurions même pas de masques pour les médecins généralistes ?

Que dire aux familles du personnel médical infecté ou même décédé, si on devait déplorer des victimes dont l'infection aurait pu être évitée par l'implémentation plus précoce de mesures de protections personnelles ?

Zhong Nanshan, qui dirige l'équipe d'experts chargée de la lutte contre la maladie COVID-19 au ministère de la Santé chinois, a déclaré que l'épidémie avait été « une dure leçon » pour le pays : « Si nous avions pris des mesures strictes de prévention début décembre ou même début janvier, nous aurions grandement réduit le nombre de malades », a-t-il estimé lors d'une conférence de presse.

Les autorités chinoises ont commis la même erreur initiale avec SRAS et avec COVID-19, mais ils se sont mobilisés depuis pour combattre ce virus avec les mesures extrêmement strictes qui sont nécessaires lorsqu'un virus se transmet par aérosol et de manière asymptomatique. Nous sommes en train de commettre la même erreur initiale que les Chinois !

Et il faut dès maintenant tirer les leçons de la première phase de cette épidémie, comment les Chinois sont passés d'un modèle de quarantaine très large, 400 millions d'habitants, à une approche

flexible et ciblée. Il reste à voir le nombre de cas qui émergeront alors que la population retourne à ses activités habituelles, mais le système de surveillance très avancé suggère qu'ils seront capables de contenir ces nouveaux cas.

Ne faudrait-il pas suivre les leçons de la Chine, et aussi suivre l'adage qu'il vaut mieux prévenir que guérir ? Aujourd'hui, face à ce coronavirus, nous n'avons aucun vaccin ou traitement disponible, ce qui, logiquement, devrait nous pousser à mettre en place toute une série d'actions de prévention vu cette absence de solutions de guérison. Il est impératif de mobiliser la population et tout le personnel soignant pour permettre à la prévention de jouer son rôle par une campagne d'information à l'échelle du défi auquel la Belgique est confrontée.

La peur peut être rationnelle, comme la peur peut être irrationnelle. La peur est une émotion indispensable à notre survie, et il faut pouvoir l'écouter. Je veux bien croiser les doigts avec vous que la Belgique soit épargnée et que la propagation du virus se ralentisse avec la fin de l'hiver, mais je pense que le gouvernement, dont la fonction fondamentale est de protéger le public, pourrait faire plus dans cette situation et je reste à votre disposition si mon expertise peut être utile.

Marc Wathelet, docteur en science, spécialiste des maladies respiratoires

P.-S.

- RTBF, Publié le vendredi 28 février 2020 - Mis à jour à 08h57 :
https://www.rtbf.be/info/opinions/detail_coronavirus-lettre-ouverte-a-la-ministre-de-la-sante-publique
- Marc Wathelet est docteur en science. Il a étudié la chimie à l'Université libre de Bruxelles et est titulaire d'un doctorat en biologie moléculaire. Partis aux États-Unis durant 25 ans, il est passé par Harvard, l'Université de Cincinnati et dans un institut consacré à la recherche sur les maladies respiratoires à Albuquerque.