

COVID-19, un simple changement de méthode et c'est fini

par Dr Pascal Sacré.

Face à la maladie COVID-19 apparue en Europe en mars 2020, nos gouvernements ont tenu des discours contradictoires et pris des mesures opposées dans le temps : Masques présentés comme inutiles en phase épidémique aiguë, puis masques devenus obligatoires lorsque l'épidémie a disparu. Malgré les pétitions de médecins et de professionnels de la santé, les gouvernements des 194 pays obéissant à l'OMS ont conservé des mesures de contrôle de leurs populations avec des confinements pour tous, l'arrêt de la vie sociale, des propos autoritaires culpabilisants, l'obligation de porter un masque facial en toutes circonstances, l'imposition de tests PCR dont la fiabilité est depuis largement remise en cause*. Enfin, il est commencé la diffusion d'un traitement générique expérimental appelé « vaccination » au sein des populations. Nous vivons dans cette ambiance de peur accentuée de mois en mois, ce climat d'angoisse, de menaces et d'effondrement économique organisé avec une paupérisation extrême de la population comme résultat inéluctable. Y a-t-il autre chose à faire ? 2021 fois oui, alors bonne lecture.



Introduction

Dès le mois de mars 2020, un collectif de médecins experts en soins intensifs (réanimations) a mis en place aux USA un réseau médical de surveillance de la maladie COVID-19. Ce collectif se compose de leaders d'opinion et d'experts reconnus mondialement dans le domaine des soins intensifs.

Il porte le nom de FLCCC Alliance, Front Line COVID-19 Critical Care Alliance, dirigé par l'éminent professeur de médecine Paul E Marik.

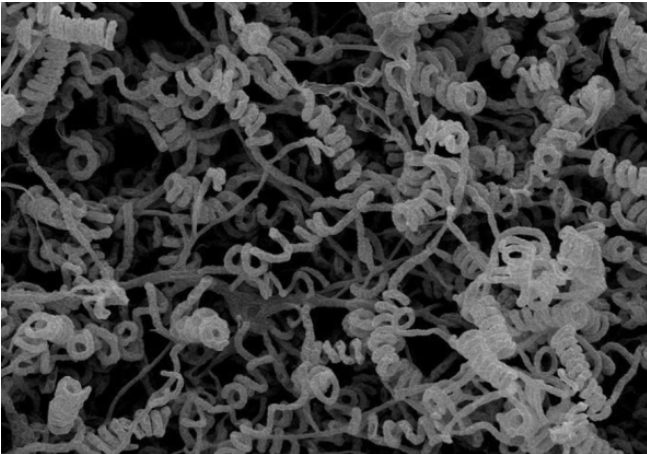
Très vite, **ce collectif a dégagé des protocoles thérapeutiques susceptibles d'améliorer la prise en charge médicale de cette maladie avant et à l'hôpital.** Ces protocoles, dénommés **I-MASK+** (*Prophylaxis & Early Outpatient Treatment Protocol for COVID-19*) et **MATH+** (*Hospital Treatment Protocol for Covid-19*), reposent sur des stratégies synergiques ayant fait leurs preuves au travers de résultats empiriques, d'observations, d'opinions d'experts et d'études de plus en plus nombreuses, dont certaines répondent aux exigences de l'Evidence-Based Medicine (EBM).

Dans deux grands hôpitaux américains ayant appliqué le protocole de traitement MATH+, le taux de mortalité fut de 6,1%, à comparer au taux de mortalité moyen dû au COVID-19 dans les autres hôpitaux n'ayant pas appliqué ce protocole (base de données de 165 000 patients) : mortalité de 23,9%.

Parmi les traitements appliqués dans le protocole MATH+, outre les corticoïdes et la vitamine C, une molécule sort particulièrement du lot par son efficacité sur la maladie COVID-19 à tous ses stades : **L'ivermectine**.

Histoire de l'Ivermectine

« [William C. Campbell](#) et [Satoshi Ōmura](#) ont obtenu le prix Nobel de physiologie et de médecine en 2015 pour leurs travaux sur l'ivermectine permettant un traitement de [l'onchocercose](#) (cécité des rivières) qui est un problème de santé publique, majoritairement en Afrique, ainsi que de [la filariose lymphatique](#) ». ¹



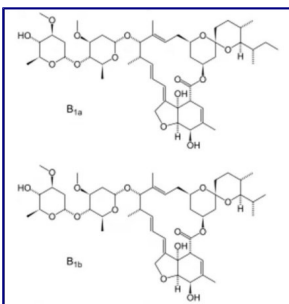
La bactérie, *Streptomyces avermitilis* produit des **avermectines**, molécules utilisées comme insecticides à usage domestique. L'ivermectine est l'une de ces molécules.

Comment agit l'ivermectine

L'ivermectine agit sur les systèmes nerveux et musculaire de l'invertébré et produit une altération de la transmission des messages nerveux (entraînant de la paralysie) par une action sur les canaux chlorures glutamate-dépendants spécifiques de ces espèces. ²

Cette spécificité pour les canaux chlorures des invertébrés explique **l'absence de toxicité chez les espèces vertébrées comme les mammifères qui ne disposent pas ou peu de ces canaux spécifiques**.

Le récepteur périphérique principal du système neuro-musculaire humain, **le récepteur nicotinique à l'acétylcholine, est peu sensible à l'ivermectine, ce qui explique l'innocuité de celle-ci (absence de toxicité) chez l'Homme**. Cette molécule est utilisée au départ comme insecticide et parasiticide, principalement dans le monde vétérinaire. À ce titre, l'ivermectine fait partie des lactones macrocycliques. Formule chimique brute : C₉₅H₁₄₆O₂₈ :



Ivermectine, Formule des 2D

Sa neurotoxicité est spécifique des espèces invertébrées. Aux doses préconisées pour l'Homme, elle n'est pas observée dans l'espèce humaine ni chez les mammifères en général. **Pour une personne d'un poids de 80kg, la dose létale 50 ou DL50 (***) est de 52g.** Un surdosage grave d'ivermectine est nécessaire pour que se produisent des effets toxiques.³

Caractéristiques pharmacocinétiques

L'ivermectine peut être administrée par voie orale. Dans cet article, nous discutons de la forme orale, bien absorbée au niveau digestif avec un pic dans le sang 4 heures après l'absorption.

La demi-vie plasmatique est de 12 heures.

L'ivermectine en médecine humaine

L'ivermectine fait partie de la liste des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la Santé.⁴

Selon l'OMS : « À la différence des médicaments antérieurs qui avaient des effets secondaires graves – parfois mortels – l'ivermectine est sans danger et peut être utilisée à grande échelle. C'est également un médicament très efficace qui à lui tout seul, a transformé la vie de millions de personnes souffrant de l'onchocercose depuis son introduction en 1987 ».

En médecine humaine, **on considère l'ivermectine comme un antiparasitaire à large spectre** qui s'avère très efficace pour le traitement oral de **la gale**, maladie cutanée prurigineuse (lésions de grattage) autrement principalement traitée par des crèmes et pommades.

L'étude⁵ *Macotela-Ruiz* (1996) décrit 273 cas de gale dans une communauté rurale au Mexique traités par ivermectine orale 250 µg/kg, 1 dose (n=152) versus 3 doses à J1, J3, J10 (n=121). **Le pourcentage de guérison est de 100% dans les deux groupes à 6 semaines.**

À l'occasion de l'utilisation large de l'ivermectine par voie orale au sein de plusieurs communautés humaines, il ressort que la toxicité du produit oral est minime⁶. Dans les études comparatives, peu d'effets indésirables ont été notifiés sous ivermectine. Dans des études non comparatives publiées également, très peu d'effets secondaires, tous mineurs.

Hormis un antécédent de réaction allergique comme c'est le cas pour tout médicament, **il n'y a pas de contre-indication à ce médicament ni de précautions particulières d'utilisation, sinon le respect des posologies prescrites.**

Formes commerciales

Ce médicament est commercialisé sous différents noms selon le laboratoire qui le produit (en France sous le nom de Stromectol®), ou vendue sous son nom générique d'Ivermectine.



Ivermectine et COVID-19

Pour rappel, COVID-19 est une maladie causée par une infection due au virus ARN appelé SARS-CoV-2, un coronavirus plus virulent que ses congénères habituellement responsables de rhumes.

L'ivermectine est un antiparasitaire également connu en médecine humaine pour son usage contre la gale, sous forme orale, sans effets secondaires sérieux. L'intérêt de l'ivermectine dans le COVID-19 est apparu rapidement et repose sur des propriétés antivirales et anti-inflammatoires puissantes. De nombreuses études ont mis en évidence son efficacité générale, aussi bien pour prévenir l'infection que pour la traiter ou en diminuer les séquelles pulmonaires.

Autrement dit, l'ivermectine s'avère utile :

1. **Avant la maladie, pour ne pas tomber malade** en période épidémique aigüe, avec un intérêt protecteur particulier pour les personnes fragiles (âge > 65 ans, facteurs de risque tels qu'obésité, diabète, maladie chronique, immunodépression) et pour les soignants amenés à s'occuper de cas suspects ou avérés de COVID.
2. **Pendant la maladie, à n'importe quel stade, précoce ou tardif**, afin d'en réduire la durée, l'intensité, et la contagiosité (charge virale).
3. **Après la maladie, afin de réduire les séquelles pulmonaires** (capacités et fonction respiratoires) et les autres symptômes invalidants.

*

1. Recommandation d'un panel d'experts en soins intensifs (réanimations)

Le **FLCCC**, ou *Front Line COVID-19 Critical Care Alliance*, est un groupe d'experts médicaux, créé et dirigé par le professeur *Paul E Marik*⁷, professeur de médecine et chef de la division de médecine pulmonaire et de soins intensifs de l'*Eastern Virginia Medical School* aux USA.

Ce groupe réunit des médecins intensivistes reconnus et respectés tel que les docteurs *Pierre Kory*, *Umberto Meduri*, *Joseph Varon*, issus d'universités américaines rattachées à de grands hôpitaux. **Ce groupe a été créé en mars 2020 pour examiner en permanence les données scientifiques fondamentales**, dans les domaines de la recherche et de la clinique, dans le but de mieux comprendre la maladie COVID-19, et de réagir rapidement pour stopper la pandémie en utilisant les agents thérapeutiques les plus prometteurs, au bon stade de la maladie.

Certains traitements se sont avérés décevants :

- Soit en raison de la mauvaise méthodologie des essais,
- Soit en raison d'efficacité in vitro (sur cellules ou sur animaux) sans bénéfice réel in vivo chez l'individu infecté,
- Soit en raison d'une administration à un mauvais stade de la maladie.

Ce fut le cas de l'hydroxychloroquine (HCQ-Plaquenil©) dont on a constaté le peu d'efficacité lorsqu'elle est administrée à un stade tardif comme dans l'essai *Recovery*⁸ (administration trop tardive en intra-hospitalier).

L'administration d'hydroxychloroquine est préconisée en pré-hospitalier, le plus tôt possible, à l'apparition des premiers symptômes, associée à un antibiotique (type macrolide – azithromycine).

Ce collectif de médecins, **FLCCC Alliance**⁹, après 9 mois de veille et de travail, a élaboré des protocoles de traitements applicables sur le COVID-19 repris sous les vocables **I-MASK+** (pré-hospitalier) et **MATH+** (intra-hospitalier).

Ces protocoles ont été acceptés pour publication dans des revues médicales avec revue par des pairs.^{10,11}

Vous pouvez retrouver tous ces traitements dans l'annexe, à la fin de l'article, et dans l'article initial en anglais et en français ¹²

Le protocole de traitement hospitalier **MATH+** contre le COVID-19 (intra-hospitalier) comporte de nombreuses lignes thérapeutiques efficaces, dont :

1. **La corticothérapie** aux doses adaptées à la gravité de la maladie inflammatoire,
2. **La vitamine C** (acide ascorbique), également adaptée à la gravité de la maladie,
3. **La thiamine ou vitamine B1,**
4. **Une anticoagulation efficace** (héparine non fractionnée ou de bas poids moléculaire),
5. **L'ivermectine,**
6. **La vitamine D3** (essentielle avec des études qui montrent une relation entre carence en vitamine D et survenue de formes graves du COVID-19),
7. **La mélatonine,**
8. **Le zinc,**
9. **La quercétine.**

Malgré l'énorme renommée mondiale de ces leaders d'opinion en médecine et en soins intensifs à l'origine des protocoles I-MASK+ en pré-hospitalier et MATH+ en intra-hospitalier, et la pléthore de preuves à l'appui de son efficacité, ces protocoles thérapeutiques ne sont toujours pas généralisés dans tous les pays, dans tous les soins intensifs et dans tous les hôpitaux du monde.

La seule famille de médicaments universellement acceptée est celle des corticoïdes, dans les formes modérées à sévères du COVID-19¹³, avec une efficacité très modérée. Pourquoi ? **Pour de nombreux médecins, c'est injustifiable et incompréhensible !**

Comment justifier de ne pas utiliser plus largement ces protocoles thérapeutiques élaborés par un tel panel d'experts, traitements dénués d'effets secondaires sérieux, surtout dans une situation de crise pandémique qui devrait justifier d'inclure toutes les mesures existantes possibles !

Pour les points suivants, toutes les sources et références peuvent être obtenues ici :

- [I-MASK+ Protocol Downloads & Translations | FLCCC | Frontline COVID-19 Critical Care Alliance](#)
- 2. Études « in vitro » et animales

Le caractère « in vitro » d'une étude est souvent considéré comme un élément insuffisant. Je rappelle toutefois que si nous appliquions la règle des ERC (études randomisées contrôlées revues par des pairs) à l'ensemble de nos thérapeutiques en réanimation, nous n'appliquerions qu'un dixième de nos traitements.

Les études « in vitro » permettent de comprendre les mécanismes d'action de l'ivermectine sur le SARS-CoV-2, comme cela a été montré avec d'autres virus ARN tels que le virus de la grippe (influenza), le Zika, le VIH et celui de la dengue.

L'ivermectine interfère avec l'entrée du virus SARS-CoV-2 dans les cellules ET avec sa réplication (multiplication) dans les cellules humaines. La molécule se lie avec la protéine Spike qui se trouve dans la couronne du coronavirus, ce qui limite la liaison au récepteur ACE-2. Ainsi, le virus ne peut plus rentrer dans la cellule. La molécule d'ivermectine bloque également des protéines structurales du virus dont il a besoin pour se répliquer.

Enfin, l'ivermectine se lie à l'ARN polymérase ARN-dépendante du SARS-CoV-2 (RdRp), autre façon d'inhiber la réplication virale. Tout cela a été mieux compris grâce aux études in vitro et sur les animaux.

3. Études de prophylaxie : l'ivermectine peut empêcher la transmission du COVID-19 chez les humains asymptomatiques

Trois essais contrôlés randomisés (ECR) et une étude observationnelle rétrospective (EOR) ont montré **des diminutions statistiquement significatives de la transmission du SARS-CoV-2 chez les sujets humains** étudiés.

Le plus grand essai contrôlé randomisé (ECR) a été publié sur le serveur de pré-impression **ResearchSquare** le 13 novembre 2020 et les deux autres ont été soumis à **Clinicaltrials.gov** qui a effectué un contrôle de qualité et publié les résultats.

Dire que ces niveaux de publication sont de qualité insuffisante pour être pris en compte en pratique clinique est une tromperie.

L'étude observationnelle rétrospective a été publiée sur le serveur de pré-impression **medRxiv** le 3 novembre 2020.

Dans l'étude de *Carvalho & al*, en Argentine, 229 citoyens en bonne santé, en période épidémique COVID, sont répartis en deux bras, **131 sont randomisés pour recevoir l'ivermectine par voie orale, les 98 autres n'en reçoivent pas. Après 28 jours, aucun (0%) de ceux ayant reçu la prophylaxie ivermectine n'a été testé positif pour le SARS-CoV-2, contre 11,2% dans le groupe témoin.**

Dans un essai contrôlé randomisé (ECR) comprenant 1195 professionnels de la santé, sur une période de trois mois, **aucune infection SARS-CoV-2 n'a été enregistrée parmi les 788 travailleurs ayant bénéficié de la prophylaxie ivermectine (0%) alors que 58% des 407 travailleurs témoins (pas d'administration d'ivermectine) sont tombés malades du COVID-19.**

Cette étude montre qu'une protection parfaite contre la transmission et la survenue de la maladie COVID-19 peut être obtenue pour tous les travailleurs de la santé, à haut risque de contamination, en prenant 12 mg d'ivermectine en une fois par semaine.

- (Référence 90: [I-MASK+ Protocol Downloads & Translations | FLCCC | Frontline COVID-19 Critical Care Alliance](#)).

Cela a été confirmé et reproduit en Inde, en Amérique du Sud et en Égypte. Le *All India Institute of Medical School Sciences* a inclus dans sa prise en charge de la crise **une déclaration de consensus recommandant aux travailleurs de santé (médecins, infirmiers...) de prendre deux doses de 0,3 mg/kg d'ivermectine à 72 heures d'intervalle et de répéter la dose tous les mois.**

- (<https://www.aiims.edu/en.html>)

L'Inde distribue à sa population pour un prix dérisoire une quadrithérapie contre le covid-19 : ivermectine, doxycycline, zinc, vitamine D3.

- (<https://www.rxindia.com/medicines/medicines-by-therapeutic-class/covid-19/ziverdo-kit/>)

Une étude anecdotique mais sidérante a révélé le rôle extraordinaire de l'ivermectine chez des résidents de maison de repos en France, au travers d'une épidémie de gale traitée par l'ivermectine. Les 69 résidents et les 52 membres du personnel soignant ont pris l'ivermectine pour contrer les effets de la gale. Pendant cette période contemporaine de l'épidémie de COVID-19, **7 sur 69 des résidents traités par ivermectine sont tombés malades du COVID soit 10,1%. Dans ce groupe d'âge moyen de 90 ans, un seul des résidents a eu besoin d'un apport d'oxygène et aucun résident n'est décédé (0%)**. Dans un groupe témoin apparié de résidents des établissements environnants non traités par ivermectine, on a constaté que 22,6% des résidents sont tombés malades et 4,9% sont décédés.

Les preuves d'efficacité les plus convaincantes

Dans la revue *International Journal of Antimicrobial Agents*, un groupe de chercheurs a analysé la banque de données concernant les thérapies prophylactiques administrées par l'OMS dans le monde pour prévenir les maladies parasitaires endémiques, et le nombre de cas de COVID-19 obtenus dans ces pays via le site Worldometer

- (<https://www.worldometers.info/coronavirus/>, site public de collecte des données dans le monde sur l'épidémie de SARS-CoV-2).

Les chercheurs ont comparé les données de ces pays dotés de programmes actifs d'administration en masse d'ivermectine aux populations dans le cadre de la protection contre les maladies parasitaires aux autres pays non concernés par de tels programmes.

Ils ont découvert que **le nombre de cas COVID-19 dans ces pays était significativement plus bas que dans les autres pays où l'ivermectine n'était pas utilisée**, avec une différence statistique très significative ($p < 0,001$).

De même, en Amérique du Sud, dès le mois de mai 2020, divers ministères régionaux de la santé au Pérou, au Brésil, au Mexique (Chiapas) et au Paraguay ont lancé des campagnes de distribution massive d'ivermectine à leurs populations. Au Brésil notamment, dans les villes d'Itajai, Macapa et Natal, les autorités ont distribué des quantités massives d'ivermectine. **Dans le cas de la ville de Natal, 1 million de doses ont été distribuées.**

En comparant les villes brésiliennes ayant bénéficié de cette distribution large d'ivermectine, aux villes n'en ayant pas bénéficié, on peut constater l'énorme différence du nombre de cas positifs au COVID-19 entre elles, avec un effet bénéfique significatif pour les populations traitées par ivermectine.

Tableau 2. Comparaison de la diminution du nombre de cas dans les villes brésiliennes avec et sans campagnes de distribution d'ivermectine (les villes en gras ont distribué de l'ivermectine, la ville régionale voisine ci-dessous ne l'a pas fait)

Region	Confirmed new cases/month	June	July	August	Population 2020 (1000)	% Cases in August vs. June/July
South	Itajaí	2123	2854	998	223	40%
	Chapecó	1760	1754	1405	224	80%
North	Macapá	7966	2481	2370	503	45%
	Ananindeua	1520	1521	1014	535	67%
North East	Natal	9009	7554	1590	890	19%
	João Pessoa	9437	7963	5384	817	62%

- Issu de [I-MASK+ Protocol Downloads & Translations | FLCCC | Frontline COVID-19 Critical Care Alliance](#) référence : P. Behera et al., <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.29.20222661v1.full> (2020).

*

Études d'efficacité thérapeutique

A. formes légères à modérées, prise en charge ambulatoire (pré-hospitalière)

Plusieurs études ont également été réalisées pour vérifier l'efficacité de l'ivermectine dans le traitement de la COVID-19, une fois celle-ci contractée par la personne. Six études ont été réalisées sur plus de 3000 patients.

Ces études ont incorporé au protocole un antibiotique, en général azithromycine ou doxycycline comme rapporté dans la plupart des articles sur le sujet.

L'intérêt des antibiotiques a déjà été fortement suggéré^{14, 15} dans le COVID-19 bien que ce soit une infection virale. La survenue d'une co-infection bactérienne est très fréquente et souvent la cause de la dégradation vitale.

Un antibiotique est systématiquement repris dans le protocole de l'IHU-Méditerranée à Marseille et dans l'*American Journal of Medicine*¹⁶, revue publiée par plusieurs médecins renommés dirigés par le professeur *Harvey Risch* de l'université de *Yale*. **Taux accru d'amélioration précoce et taux réduits de détérioration clinique ont caractérisé tous les groupes sous ivermectine, par comparaison aux groupes sans ivermectine.**

B. Patients hospitalisés, formes sévères (soins intensifs)

Les études publiées sur l'ivermectine chez les patients hospitalisés en état plus sévère comprennent **4 études randomisées contrôlées (ERC) et 4 études observationnelles (EOC), avec publication dans des revues médicales importantes.**

Pour seul exemple, la plus grande étude observationnelle réalisée chez les patients hospitalisés, en Floride (Rajter & al, Broward health) a été publiée dans la revue médicale *CHEST* !

- [I-MASK+ Protocol Downloads & Translations | FLCCC | Frontline COVID-19 Critical Care Alliance](#) référence : J. C. Rajter, M. S. Sherman, N. Fatteh, F. Vogel, J. Sacks, J. J. Rajter.

Use of ivermectin is associated with lower mortality in hospitalized patients with COVID-19 (ICON study). *Chest*. 10.1016/j.chest.2020.10.009 (2020).

L'étude est rétrospective sur 280 patients, 173 ont été traités avec l'ivermectine et 107, non. Résultat : **mortalité plus faible dans le groupe traité par ivermectine : 15% contre une mortalité de 25,2% dans le groupe non traité** ($p = 0,03$).

Dans le sous-groupe présentant une atteinte pulmonaire sévère, la mortalité était profondément réduite avec l'ivermectine (38,8% contre 80,7%, $p = 0,001$).

Cela a été confirmé au Bangladesh (*Khan & al*) et au Brésil (*Portman-Baracco & al*).

Dans cette dernière étude, sur 704 patients hospitalisés traités avec une dose unique d'ivermectine, comparés à 704 patients-témoins (pas d'ivermectine), **la mortalité fut considérablement réduite** (1,4% contre 8,5%, $p < 0,0001$). De même, sous ventilation mécanique, la mortalité fut réduite (1,3% contre 7,3%).

Résumé des effets positifs de l'ivermectine à l'hôpital (formes sévères) :

- **Réduction de mortalité** même sous ventilation mécanique,
- **Réduction de la durée** de la maladie,
- **Réduction de la fréquence et de l'intensité des séquelles pulmonaires,**
- **Réduction de la durée de contagiosité.**

C. Efficacité à la phase tardive de la maladie

Même à ce stade, l'ivermectine semble produire des effets bénéfiques. Cette molécule possède de **puissantes propriétés inflammatoires** particulièrement bienvenues une fois la cascade cytokinique et l'avalanche de médiateurs inflammatoires activées par les fragments géniques du virus mort.

Peu de réplication virale se produit dans les phases ultérieures de la maladie COVID-19. À ce moment de l'évolution, le virus ne peut plus être cultivé.

Étant donné cette disparition du virus à la fin de l'évolution de la maladie, cela confirme cette notion que ce sont les fragments d'ARN non viables du SARS-CoV-2 qui conduisent à la mortalité et à la morbidité sévère observées, via le déclenchement d'une réaction immunitaire inflammatoire incontrôlable.¹⁷

L'ivermectine possède des propriétés anti-inflammatoires très puissantes cliniquement qui vont aider le patient à ce stade également. Ainsi que plusieurs études plus anciennes l'ont montré, l'ivermectine est capable d'inhiber la production de cytokines après une exposition à des lipopolysaccharides, de réguler à la baisse la transcription du NF- κ B et de limiter la production d'oxyde nitrique et de prostaglandines, médiateurs bien connus de l'hyper-inflammation.^{18, 19, 20}

D. Ivermectine dans le syndrome post-COVID 19

Après la « guérison » du COVID-19, un nombre croissant de personnes signale la persistance de symptômes parfois invalidants. Pour le moment, cela représente environ 10% des cas.

Ce syndrome post-viral inclut de la fatigue, de l'essoufflement, des douleurs articulaires et des douleurs thoraciques persistantes. Certaines personnes signalent également des troubles neurocognitifs comme une perte de mémoire, des troubles de la concentration, une fatigue extrême

et un « brouillard cérébral », assez évocateurs de l'encéphalomyélite myalgique ou syndrome de fatigue chronique, déjà décrite après une infection par le virus d'Epstein-Barr.

À l'Université Nationale de San Marcos au Pérou, **ils ont traité 33 patients avec l'ivermectine, entre 4 et 12 semaines après le début de la maladie.** Ils ont utilisé des doses croissantes d'ivermectine :

- 0,2mg/kg/j pendant 2 jours si syndrome léger,
- 0,4mg/kg/j pendant 2 jours si syndrome modéré,
- Des doses encore plus importantes en cas de syndrome prolongé.

Ils ont observé la disparition des symptômes chez 87,9% des patients. C'est la première fois que cet aspect de la maladie COVID-19 est traité et l'ivermectine semble jouer un rôle prometteur ici aussi, à confirmer par la suite.

*

Conclusions générales

Sur la base de l'ensemble des preuves précédentes qui continuent de s'accumuler, il est clairement recommandé d'utiliser l'ivermectine à tous les stades de la maladie COVID-19. Ce traitement est peu coûteux, facile d'emploi, largement disponible, non toxique aux doses recommandées.

Comme pour tous les médicaments quels qu'ils soient, **un antécédent allergique doit être recherché** et pris en compte avant toute administration.

Issues d'éminents professeurs de médecine dont le renommé *Paul E Marik*, avec l'appui de nombreux médecins et de facultés de médecine réparties dans le monde (Inde, Amérique du Sud, Afrique- Moyen-Orient), ces sources sont fiables. L'OMS le dit elle-même, « *l'ivermectine est sans danger et peut être utilisée à grande échelle* ». **Depuis 1987, plus de trente millions de personnes reçoivent chaque année un traitement par ivermectine à la posologie de 200 µg/kg**, dans le cadre du programme de lutte contre l'onchocercose de l'OMS.

Il n'y a pas de résistances à l'ivermectine chez l'humain comme c'est le cas avec les antibiotiques ou les antipaludéens.

Le jury du **prix Nobel de médecine a attribué le prix en 2015 à Campbell et Omura** pour leur découverte de l'Ivermectine qui a déjà sauvé la vie de millions de personnes de par le monde.

L'association de l'ivermectine à un antibiotique est recommandée, sans oublier non plus les autres éléments essentiels pour un bon fonctionnement du système immunitaire :

- Zinc,
- Vitamine D3,
- Sélénium,
- Mélatonine,
- Quercétine.

Tels que préconisés dans **les protocoles I-MASK+** (préhospitalier) **MATH+** (intra-hospitalier) : prévenir, guérir et accélérer la convalescence.

Étant donné les points suivants :

- **Non toxicité,**

- **Facilité de prise orale,**
- **Efficacité générale, à tous les stades de la maladie,**

Toute personne à risque en cette période épidémique de COVID-19 devrait prendre l'ivermectine, à la fois pour :

- **Se protéger,**
- **Éviter d'aller à l'hôpital,**
- **Éviter de saturer les services d'hospitalisation,**
- **Diminuer la contagiosité globale.**

En réalité, il est possible de voir plus loin :

Tout le monde au-dessus de 18 ans devrait prendre l'ivermectine, ce qui permettrait de rouvrir les écoles comme avant la crise, de rendre aux enfants, aux adolescents, aux personnes en stages, l'enseignement de qualité théorique et pratique auxquels ils ont droit.

Comme le dit cet internaute éclairé²¹ : « *Entre une « vaccination » générale avec des produits expérimentaux dont on ne connaît pas l'efficacité et surtout les conséquences à long terme, et un traitement général moins cher, bénin, aux effets à long terme connus depuis longtemps, le choix logique devrait être vite fait* ».

L'OMS et nos gouvernements feront-ils un choix logique et sain dans cette crise qui dure depuis des mois ? L'Inde nous indique la voie : **L'Inde vient même de commercialiser un « kit » Ivermectine, macrolides, Zinc, à 2 euros** : (NB : la dose d'ivermectine peut être divisée par 3 (3mg/15 Kg une seule fois et non 3 jours de suite), comme cela a été fait dans une des études, et augmenter en fonction de la gravité au moment du traitement).

Ma conclusion-opinion personnelle

Vous lisez bien. **Nous pourrions mettre un point final, dans des délais courts, à toute cette crise sanitaire, mais également sociale, économique, humaine, mondiale et durable.**

Nous vivons depuis des mois dans une prison sanitaire, avec des confinements partiels et complets à répétition, des masques qui nous empêchent de nous voir et de respirer.

Par l'introduction d'une campagne mondiale, à grande échelle, de distribution d'ivermectine à toute la population adulte, comme l'ont fait l'Inde et certaines régions d'Amérique du Sud et d'Afrique, **nous pouvons stopper tout cela : masques en permanence, vie sociale à l'arrêt, désastres économiques, sociaux et familiaux.**

Nous pouvons le faire avec un degré d'innocuité et d'efficacité en termes prophylactique et de contrôle de la contagion exceptionnels par rapport aux autres solutions expérimentales proposées jusqu'ici, nettement plus contraignantes, apparemment moins efficaces sur le plan du contrôle de la contagion, et aux risques encore très mal cernés.

Je vous renvoie à la vidéo très éducative et non partisane du Dr *Christian Vélot*, généticien moléculaire à l'université *Paris-Saclay* et *Président du Conseil Scientifique du CRIIGEN (Comité de Recherche et d'Information Indépendantes sur le Génie Génétique)* : [Covid-19 : Les Technologies Vaccinales à la loupe \(Vidéo\)](#), à propos **des vaccins en général et des « vaccins » ARN en particulier.**

La communauté scientifique dispose déjà de suffisamment de données valables à l'échelle mondiale pour engager un tel programme et **promouvoir l'usage généralisé d'ivermectine auprès de l'OMS et donc, de nos gouvernements.**

Je remercie chaleureusement *Jean-Luc Guilmot* pour sa collaboration et son travail de relecture.

Dr Pascal Sacré

NDLR : L'ivermectine ne bénéficie pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) à ce jour concernant le traitement préventif, curatif ou post-infectieux de la Covid-19, ni d'Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) : Les prescripteurs français de cette molécule doivent donc impérativement porter la mention NR sur leurs ordonnances, ce qui induit un non-remboursement du produit et une responsabilité entière laissée à ceux-ci, qui dans l'esprit du serment d'Hippocrate s'imposent la recherche constante du meilleur rapport bénéfice/risque pouvant être envisagé pour leurs patients.

Sites récapitulatifs :

- <https://covexit.com/essentiel-a-savoir-sur-le-covid-19-en-particulier-sa-prevention-et-ses-therapies/>
- <https://covid19criticalcare.com/>
- <https://c19ivermectin.com/>
- [https://www.evms.edu/media/evms_public/departments/internal_medicine/EVMS Critical Care COVID-19 Protocol.pdf](https://www.evms.edu/media/evms_public/departments/internal_medicine/EVMS_Critical_Care_COVID-19_Protocol.pdf)
- <https://www.evms.edu/covid-19/>
- Préhospitalier : [I-MASK+ Prophylaxis & Early Outpatient Treatment Protocol | FLCCC | Frontline COVID-19 Critical Care Alliance](#)
- Intrahospitalier : [MATH+ Protocol & Translations | FLCCC | Frontline COVID-19 Critical Care Alliance](#)

Notes et Sources :

(*) https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/12/18/controverse-autour-de-la-sensibilite-des-tests-pcr_6063849_3244.html

<https://www.aimsib.org/2020/08/30/covid-le-pcr-nasal-peut-il-mentir/>

(**) DL50 : La dose létale médiane (DL50), ou concentration létale médiane (CL50), est un indicateur quantitatif de la toxicité d'une substance. Cette notion s'applique également aux irradiations.

Cet indicateur mesure la dose de substance causant la mort de 50% d'une population animale donnée (souvent des souris ou des rats) dans des conditions d'expérimentation précises. C'est la masse de substance nécessaire pour tuer 50% des animaux dans un lot. Elle s'exprime en milligrammes de matière active par kilogramme d'animal. https://fr.wikipedia.org/wiki/Dose_1%C3%A9tale_m%C3%A9diane