

Du Covid non soigné au Covid long

Avant le Covid, je menais une vie normale. En bonne santé, j'exerçais un métier qui me plaisait avec de très bonnes perspectives. Je mangeais sainement. Je faisais beaucoup de sport. Je buvais peu d'alcool et rarement. Je n'avais jamais fumé. J'avais la trentaine...

Le Chardon

Durant la semaine qui a précédé le confinement, je ne m'inquiétais pas du Covid. Le nombre de cas était soi-disant très réduit en France suivant nos médias et nos experts. Le taux de mortalité rapporté au sujet de la Chine était faible. Le risque m'apparaissait donc limité et lointain. Le Covid était alors un sujet banal d'actualité parmi d'autres dans le cadre d'une vie bien occupée. Au pire, si je l'attrapais, ça serait probablement une grippe un peu plus forte que les autres, me disais-je sans y penser plus que ça.

À la fin de la semaine qui a précédé le confinement, je me suis mis soudainement à avoir une fatigue physique et des maux de tête diffus. Ces jours-là j'étais en télétravail, et j'arrivais à travailler sans problème. Je me disais alors que ça n'était peut-être pas le Covid puisque je n'avais aucun symptôme pulmonaire et que le nombre de cas rapportés était très bas. Je me disais aussi que si c'était le Covid, il serait bien que j'aie le traitement hydroxychloroquine et azithromycine. Mais sachant que sous la menace de l'Ordre des médecins, les médecins de ma ville ne me l'auraient probablement pas prescrit, il aurait fallu pour cela que je prenne le train pour Marseille pour aller à l'IHU. Cependant, le trajet aurait été beaucoup trop fatigant et si j'avais le Covid, me disais-je, j'aurais risqué de contaminer les autres passagers, malgré des masques rudimentaires que j'avais par chance à la maison. Ou alors j'aurais risqué d'être contaminé si je n'avais pas le Covid. Ce n'est certainement pas mon médecin traitant d'alors par ailleurs fort peu aimable qui m'aurait accordé ces traitements. J'aurais fait un déplacement très fatigant. J'aurais attendu trois heures dans le cabinet pour au final n'obtenir que du Doliprane® avec de surcroît des remarques humiliantes comme il aime tant en faire à ses malades.

Dans la nuit du jeudi 12 mars au vendredi 13 mars, les premiers symptômes apparaissent. Le vendredi 13 mars, je travaille en télétravail du fait de ma fatigue. Dans la nuit du lundi 16 mars au mardi 17 mars, je me mets soudain à avoir de la fièvre et des douleurs à la poitrine. J'essaye de joindre le secrétariat de mon médecin traitant le mardi 17 mars, en vain. À l'époque, je n'avais aucune connaissance de l'existence d'ap-

plications de consultation en ligne comme Qare. J'essaye donc de joindre différents secrétariats de médecin de ma ville, où on me répond à chaque fois qu'on ne prend pas de nouveaux patients. Grâce à une recommandation d'un collègue de travail, j'arrive enfin à obtenir un rendez-vous téléphonique avec un médecin qui me prescrit par téléphone un arrêt maladie, chose la plus urgente. Je lui demande si elle peut me prescrire aussi de l'hydroxychloroquine et de l'azithromycine. Elle me répond que ce n'est pas possible, probablement par peur de l'Ordre des médecins. Elle me dit aussi que même si elle me prescrivait ces médicaments, ils ne pourraient m'être délivrés car ils étaient « contingents », c'est-à-dire réquisitionnés et indisponibles dans les pharmacies de ville. J'ai vérifié plus tard en posant la question à des pharmaciens de ma ville qui m'ont confirmé que c'était vrai. J'ai malgré tout dit que je pouvais essayer dans d'autres villes grâce à des proches. Elle a quand même refusé. Finalement, je suis partagé envers ce médecin. Elle aurait pu refuser de me consulter comme ses collègues, mais elle aurait aussi pu avoir au moins le courage de me prescrire l'azythromycine convenant à une pneumonie.

Elle m'a appelé au téléphone plusieurs fois par semaine pendant quelques semaines pour vérifier mon état et renouveler mes arrêts maladie. Elle était aimable, et me disait (à tort), que tout serait fini en trois semaines. Mon état était alors trop sérieux pour sortir de chez moi. Elle n'était prête à me prescrire que du Doliprane®, seul médicament alors permis par les autorités sanitaires. J'ai refusé (à raison) le Doliprane®, me disant que, quitte à n'avoir aucun soin réel, autant laisser la fièvre faire son travail antiviral. J'avais alors ce qui fut diagnostiqué plus tard comme une pneumonie : dyspnée, fièvre, fatigue intense, céphalées violentes. Le symptôme le plus pénible fut la dyspnée : à certains moments, j'ai été obligé de réfléchir consciemment pour chaque inspiration et chaque expiration. Ceci m'empêchait de dormir et me faisais peur. Je me sentais suffoquer. Lorsque j'ai appelé le SAMU, on m'a répondu que comme j'arrivais à parler au téléphone, c'est que j'allais suffisamment bien pour ne pas avoir besoin de leur intervention. Je suis

intensément et buvais jusqu'à dix litres d'eau par jour, essentiellement de la tisane au gingembre.

Au bout de quatre semaines, je pus enfin me rendre chez mon médecin traitant, au prix de grands efforts. Il me diagnostiqua une pneumonie et me prescrivit de la clarithromycine, un antibiotique de la famille des macrolides. Il semblerait que pour certains médecins traitants, la ruse pour contourner l'Ordre des médecins et le « contingentement » de l'azithromycine ait été de prescrire cet autre antibiotique macrolide. À partir de là, mon état s'améliora quoiqu'étant toujours sévère. À aucun moment, ma saturation d'oxygène n'a été mesurée.

Environ cinq semaines après le début de mes symptômes et, me semble-t-il, peu après l'arrêt de la prescription d'antibiotiques, j'ai ressenti une douleur à la poitrine. J'ai eu de la chance dans la malchance puisque dix ans auparavant, j'avais fait une péricardite. J'ai reconnu immédiatement les symptômes. Je savais que cela se traitait avec des doses massives d'aspirine. Je n'avais pas osé prendre d'anti-inflammatoires jusque-là. On recevait des mises en garde sur le risque que cela aggrave la maladie. Fort heureusement, l'Aspégic® n'étant pas encore interdit à la vente libre, j'en avais dans mon placard. Je pense que cela m'a sauvé. Si je n'avais pas su reconnaître les symptômes et que je ne m'étais pas automédiqué à l'Aspégic®, je serais aujourd'hui soit mort, comme tant de gens qui sont morts chez eux du Covid sans soins à l'époque, soit dans un état pire que la mort. Selon diverses études, l'aspirine aurait de multiples effets bénéfiques contre le Covid : effets anti-inflammatoires, antiviraux, des effets contre la Spike¹ également. Mon état a pu s'améliorer partiellement grâce à l'Aspégic®.

Au bout de sept semaines de ce calvaire, arrivant à peine à marcher, mon médecin traitant me dit que je souffrais d'anxiété et que je devais retravailler à mi-temps. Je pensais alors dans mon état d'épuisement que le 50 % m'était imposé et j'ai alors dû travailler à 50 % avec de grandes difficultés, heureusement en télétravail, sinon cela aurait été impossible. J'ai su plus tard que j'aurais pu demander un temps encore plus partiel à la médecin du travail qui me voyait avec suspicion. Mon médecin m'accusait alors de faire un trouble psychosomatique, j'ai cherché un autre médecin. J'en ai enfin trouvé un de la vieille génération, celle du temps où ils étaient un peu plus empathiques (c'est quand même aussi cette génération de médecins qui a voulu et obtenu la pénurie de médecins par le *numerus clausus*, soit dit en passant).

Un problème assez cruel est que comme beaucoup de Covids longs à l'époque, j'étais négatif aux anticorps, alors que de toute évidence, j'avais eu le Covid. C'est d'ailleurs cela qui a été utilisé plus tard en 2022 par les auteurs d'une étude biaisée dans le journal *JAMA* avec Brigitte Ranque et Cédric Lemogne pour faire croire que la maladie était psychosomatique. Je

remercie ce médecin à l'époque de m'avoir cru quand il disait lui-même que ses collègues ne croyaient pas à la réalité de la maladie. Au cours de la deuxième moitié de l'année 2020, je passais progressivement de l'hypersomnie à l'insomnie totale. J'ai alors réussi à convaincre mon médecin de baisser mon temps de travail puis d'avoir un arrêt complet. Je suis allé à Lyon fin 2020 pour faire, à mes propres frais, de l'oxygénothérapie hyperbare à 1,5 bars pendant une semaine puis, au cours du printemps 2021, pendant 1 mois en Espagne à 2 bars. J'ai pu alors faire passer mon temps de sommeil de 0 à 3 puis à 4-5 heures. J'ai remonté au fil du temps jusqu'à 6, 7 heures de sommeil par nuit. Cela m'a coûté avec les frais d'hôtel environ 7000 euros, mais je pense que cela m'a sauvé la vie. Ne plus dormir du tout est une torture. Les centres d'oxygénothérapie hyperbare publics ne prennent toujours pas en charge les Covids longs en 2026 (sauf une rare exception à Bordeaux, vous imaginez la liste d'attente). Lorsque j'avais appelé un centre d'oxygénothérapie hyperbare à Nice, on m'avait répondu que la maladie était « somatique » (*sic!*).

Les symptômes de dyspnée et de tachycardie ont progressivement disparu au cours de l'année 2020. Sont restés les problèmes de sommeil, les céphalées 24 heures sur 24, la fatigue intense, le manque de repos profond, et le malaise post-effort qui caractérise l'encéphalomyélite myalgique. Les médicaments qui m'ont le plus permis de tenir au cours de ces années sont la cétirizine et l'aspirine.

Le Covid long est une maladie cruelle aussi parce qu'elle passe au travers des examens standards. Par exemple, on ne voit souvent rien à l'IRM, sauf si on utilise des IRM à très forte puissance qu'on ne trouve que dans une poignée de centres de recherche dans le monde. Dans ma malchance, j'ai tout de même eu la chance de pouvoir passer quelques examens qui ont permis de prouver ma maladie. Ainsi, j'ai d'abord passé en 2021 à Uccle un électro-encéphalogramme de concentration qui a montré des anomalies. Les électro-encéphalogrammes standards souvent ne montrent rien chez les Covids longs. Mais les électro-encéphalogrammes de concentration impliquent des exercices de concentration pendant l'électro-encéphalogramme et permettent de prouver des problèmes neurologiques. J'ai ensuite eu la chance plus tard dans l'année 2021 de passer un PET-Scan qui a montré un hypométabolisme du glucose dans le cerveau caractéristique de l'encéphalomyélite myalgique. Ceci permet de prouver l'encephalomyélite myalgique et démontre par ailleurs que celle-ci n'est pas psychosomatique. J'ai enfin passé une épreuve d'effort chez un pneumologue qui a montré une intolérance sévère à l'effort et une hypocapnie à l'effort. Sans ces examens, il y a de fortes chances que je n'aurais pas pu faire reconnaître ma maladie et j'aurais plongé dans une précarité grave, comme c'est le cas pour tant de malades du Covid long, y compris en France.

Aujourd'hui, je vis une vie limitée, ayant renoncé à tous mes projets professionnels et familiaux. Ceci tombe d'autant plus mal que l'IA fait disparaître les emplois à une vitesse accélérée, dont le mien. J'ai donc perdu les années pendant lesquelles j'avais les meilleures opportunités de me construire un patrimoine. J'ai la conviction que j'ai une vie bien différente de celle que j'aurais eue si les médecins que j'ai vus en 2020 avaient accepté de me faire une ordonnance d'azithromycine. Et pourtant, je m'en sors mieux que beaucoup d'autres malades : j'ai réussi à faire reconnaître ma maladie. J'ai pu recourir à ce qu'il nous reste d'une assurance maladie en cours de démolition. Mes moyens financiers et mes capacités physiques m'ont permis d'accéder à des traitements qui ont amélioré partiellement mon état. J'étais en CDI au moment où je suis tombé malade. Pour beaucoup de malades, c'est bien pire. Je subis une descente sociale, mais d'autres subissent un dénuement absolu ou des conditions de vie grabataires pires que la mort. Sans parler des nombreux enfants et adolescents malades depuis 2020 dans l'indifférence générale.

Le Covid long

Le Covid long est le nom donné aux séquelles à long terme engendrées par le Covid-19 chez les personnes infectées, même après la période de convalescence typique. La persistance virale prouvée du SARS-CoV2 dans les tissus, la réactivation d'autres infections persistantes (virus herpétiques, Lyme, etc.), des dégâts organiques sont les causes les plus communément admises pour cette maladie.

Le Covid long touche en grand nombre tous les âges. Sans surprise, il n'y a pas de statistiques en France sur le Covid long. Cependant, l'actuel ministre de la santé américain Robert F. Kennedy a cité le chiffre de 16 millions de malades aux États-Unis en 2025 lors d'une audition, soit 4 % de la population américaine. Des études récentes indiquent un lien potentiel entre l'infection par le Covid-19, notamment chez les personnes souffrant de Covid long, et un risque accru de développer des maladies neurodégénératives. Cette association semble découler d'une inflammation persistante, d'une dysrégulation immunitaire et d'une invasion virale directe du système nerveux central. Un sujet plus inquiétant encore, pour le long terme, est la production d'amyloïdes et le caractère priogénique de la Spike. C'est un sujet sur lequel la biologiste Annelise Bocquet fait un travail d'information important.

Afin de faire croire qu'elles agissent, les autorités sanitaires ont mis en place autour de 2021 des programmes de ré-entraînement physique, totalement contre-productifs, chez la majorité des malades du Covid long qui souffrent d'encéphalomyélite myalgique. Ayant dès 2020 pris connaissance de ce qu'était l'encéphalomyélite myalgique que je me suis auto-

diagnostiquée à raison, j'ai refusé catégoriquement ces offres. Je connais plusieurs cas de personnes qui sont passées d'un état modéré à un état sévère du fait de ces séjours de « réadaptation à l'effort ».

La France a continué ces pratiques même après l'annulation de la « thérapie par exercice gradué » chez les malades de l'encéphalomyélite myalgique en Grande Bretagne (changement des directives PACE). On a affaire avec ces rééducations à un scandale sanitaire dans le scandale sanitaire. Ces programmes qui ont fait tant de dégâts n'auraient jamais dû continuer aussi longtemps. Les médecins et kinésithérapeutes participant à ces programmes ont vu l'état de leurs malades se dégrader sous leurs yeux. Et au lieu de les écouter ou de prendre en compte la littérature de qualité sur l'encéphalomyélite myalgique, ils les ont maltraités et poussés sur une pente mortifère. Mais ces programmes de rééducation arrangent tout le monde. Cela génère du profit pour les cliniques privées. Les autorités sanitaires font semblant d'agir pour se prémunir de poursuites. On est dans un cercle vicieux : des chercheurs malhonnêtes font de la fausse recherche mais ne risquent pas la justice pour ça. Les autorités se disculpent en disant qu'elles se sont appuyées sur cette fausse recherche. Personne n'est tenu responsable. Les fonds pour la recherche sont très faibles. Le scandale de la négligence du Covid long est la continuation du scandale de la négligence des malades de l'encéphalomyélite myalgique documenté par la journaliste Hillary Johnson dans son livre *The Why*. Aujourd'hui encore, des professeurs de médecine propagent au sein de nos institutions le mensonge suivant lequel le Covid long est psychosomatique.

C'est le cas de l'équipe CASPER. Ces gens captent les rares fonds de recherche pour le Covid long empêchant ainsi sa reconnaissance en disant que c'est psychosomatique et que le sport va aider. La non-reconnaissance du Covid long va ainsi arranger les responsables de la gestion de la crise sanitaire en cachant l'étendue du désastre. Les assureurs et les employeurs qui ne veulent pas payer pour les malades vont ainsi faire des économies. Cela va favoriser l'industrie pharmaceutique pour qui un malade chronique guéri est un bon client perdu. Le jour où on aura une institution judiciaire suffisamment fonctionnelle, il faudra faire une enquête sur ces gens-là. D'autres professeurs de médecine et médecins se disant opposés à la gestion de la crise sanitaire proclament partout sur les réseaux sociaux qu'il n'y a pas eu de pandémie, que le Covid est sans gravité.

Leurs interventions sont des armes qui ont pour effet l'abandon et la précarisation des malades. Il est quand même incroyable que Christian Perronne, professeur d'infectiologie spécialiste des infections persistantes telles que le VIH et Lyme, ait proclamé pendant des années que l'épidémie était « fausse », « surtout médiatique et financière », se disant « ras-

suriste » tout en faisant comme si le Covid long n'existait pas. Il ne pouvait pas ne pas connaître le danger posé à long terme par les infections avec un nouveau virus. Son titre de professeur d'infectiologie a décuplé les effets de ses interventions toxiques sur l'opinion publique. Il me paraît improbable que cela ne soit pas délibéré de sa part. Il y en a d'autres tout aussi nocifs, que je ne peux citer...

Il serait temps de mettre fin à ces cours de « psychosomatique » du Covid long dans les universités de médecine, qui sont un problème de santé publique pour tous les malades chroniques.

Comme l'a montré Dana Paris dans son livre *Chronic*, le grand secret de l'industrie pharmaceutique est que les maladies chroniques ont souvent une origine infectieuse qu'il convient de ne pas traiter car ces maladies sont une source de revenu particulièrement grande. D'ailleurs dans un rapport Goldman Sachs encourage à ne pas guérir les maladies chroniques pour cette raison.

Les malades du Covid long ont ainsi été attaqués des deux côtés du spectre politique : Il y avait ceux qui étaient dans la sensibilité *mainstream* et qui soit n'avaient pas connaissance de ce sujet rarement abordé, soit ne retenaient que son imputation à une étiologie psychosomatique, et ceux pris dans une sensibilité « complotiste », persuadés que le Covid n'a jamais été grave.

Avec le Conseil Scientifique Indépendant d'un côté et l'équipe CASPER des AP-HP de l'autre, les malades du Covid long se sont retrouvés entre le marteau et l'enclume. Quelle que soit la sensibilité politique,

ils n'ont été défendus par presque personne. Le problème est global : partout dans le monde, les États et les opinions publiques font le choix de l'oubli pour les malades du Covid long.

Il a fallu attendre le 24 janvier 2022, soit deux ans après le début de la crise en France, pour que soit votée une loi de recensement des Covids longs. Pourtant, à l'heure où j'écris ces lignes en février 2026, cette loi n'a toujours pas été appliquée. La loi sur l'euthanasie est expédiée tandis que la recherche pour aider les malades du Covid long est en quantité très insuffisante.

Conclusion

Notre pays voit des pans de plus en plus grands de sa jeunesse tomber dans l'invalidité mais préfère regarder ailleurs. Dans notre système, la vie humaine perd en valeur sociale pendant que l'intelligence artificielle diminue la valeur économique de la vie humaine. Dire que le corps médical n'a pas été à la hauteur est un euphémisme. Les décisions autoritaires mortifères, les attermolements et prises de position intempestives et erratiques de chercheurs et praticiens comme de décideurs politiques contribuent à saper la confiance des patients envers le système de soin et ceux qui le font vivre.

Notre système de santé a pris une direction inquiétante. **P**

1 La protéine Spike est la clé qui permet au SARS-CoV2 de pénétrer dans les cellules.

