

# Il n'y a qu'en France qu'un tel coup tordu contre le Pr Raoult est possible !



Une excellente interview du Pr Raoult sur Sud Radio, par le sympathique journaliste André Bercoff.

<https://youtu.be/1toAVH8A01U>

À écouter tranquillement. Nous reviendrons rapidement sur la scandaleuse publication du Lancet que nous avons dénoncée le 22 mai 2020 et qui a depuis beaucoup fait parler d'elle, tant elle est instrumentalisée par notre ministre malgré ses biais évidents et sa méthodologie suspecte.

<https://www.agoravox.fr/tribune-libre/article/lynchage-organise-de-la-224633>

Comment s'étonner qu'il existe en France une polémique chloroquine qu'on ne rencontre guère ailleurs ! Cette polémique est née d'une interdiction incompréhensible de nos ministres et est entretenue par leur attitude constamment partielle sur le sujet.

Ce parti pris s'exprime actuellement par l'importance donnée à un article très discutable, sous prétexte qu'il a été publié dans le Lancet, revue jadis réputée mais qui se comporte depuis quelques années comme le porte-parole des entreprises du médicament qui la financent.

Olivier Véran, actuel ministre de la Santé, neurologue et politique engagé, fut le rapporteur de la loi santé de Marisol Touraine dont l'article fondamental – article 1 – a modifié le rapport de l'État à la médecine. Auparavant l'État contrôlait a posteriori la médecine, maintenant il la décide. Les médecins ont perdu leur liberté de soigner et sont devenus auxiliaires de l'État par cette loi passée en catimini lors des commémorations des attentats de novembre 2015 (passée au JO en janvier 2016).

La saga « chloroquine » illustre parfaitement aux yeux du grand public cette dérive autoritaire du ministère de la Santé par rapport à la liberté de soigner des médecins et du choix de leurs traitements par des malades.

Présentons les signataires de cet article trompeur du Lancet. Le Dr Mandeep Mehra travaille dans le service de cardiologie du Brigham and Women's Hospital Heart and Vascular Center de Boston. Son activité consiste depuis longtemps à d'aider les entreprises du médicament à vendre leurs produits et il a reçu pour cela des émoluments personnels des laboratoires Abbott, Medtronic, Janssen, Mesoblast, Portola, Bayer, Baim Institute for Clinical Research, NupulseCV, FineHeart, Leviticus, Roivant, and Triple Gene. Sapan S Desa SSD est un chirurgien vasculaire fondateur de Surgisphere Corporation, firme privée, qui développe des programmes d'acquisition automatique de données, société qu'il espère promouvoir par cette étude.

Frank Ruschitzk est cardiologue à Zurich, payé comme conseiller de laboratoires, responsable d'essais thérapeutiques, et rémunéré aussi par Big Pharma pour des conférences (parfois sur son compte universitaire).

Aucun des auteurs n'est infectiologue, aucun n'a traité un malade atteint de Covid-19 et aucun médecin au sens propre clinique n'a vu un malade de cette série. Les données primaires de cette étude ne sont d'ailleurs pas accessibles pour vérification, car les auteurs s'y opposent très officiellement.

De nombreuses autres tribunes décrivent les défauts rédhibitoires de cette publication internationale qui déshonore le Lancet.

Par exemple :  
<https://www.agoravox.fr/tribune-libre/article/hydroxychloroquine-le-grand-224648>

La polémique chloroquine est un raté spécifiquement français.

Dans tous les pays démocratiques du monde, le médecin choisit le traitement qu'il propose à son malade. Il a été longuement formé pour cela et il en assume la responsabilité médico-légale. Le malade mécontent peut saisir les tribunaux et le litige éventuel sera jugé selon la loi, en respectant le contradictoire des débats.

Mais pas en France. Ici un ministre a interdit, sans motiver sa décision, la vente libre d'un médicament utilisé sans ordonnance depuis 70 ans, quelques jours après que les Chinois ont signalé sa possible efficacité contre le Covid-19.

Et deux mois plus tard, un autre ministre interdit sa prescription par les médecins traitants, sous prétexte qu'il serait devenu toxique (décret du 26 mars autorisant euthanasie active par Rivotril chez les aînés traités par Doliprane et interdits d'antibiotiques et/ou chloroquine. L'ex-président de l'agence du médicament (ANSM) le professeur Maraninchi a témoigné publiquement de l'innocuité de la chloroquine, ainsi que l'ex-président de la HAS, le professeur Harousseau, tous deux cancérologues et grands spécialistes des médicaments et de leur mise sur le marché, mais leurs expertises sont

méprisées quand elles n'arrangent pas le gouvernement.

Sur ce qui devrait être le fond, le ministre a critiqué l'absence de randomisation de l'étude pilote du professeur Raoult, mais trouve excellente une étude rétrospective, non randomisée, utilisant des données non publiées et non vérifiables, et que les auteurs refusent de partager afin de vérification indépendante. Ces derniers ont utilisé des techniques mathématiques non validées, afin de constituer, a posteriori, un prétendu groupe témoin. Ce groupe tente d'évaluer l'intérêt global du traitement par chloroquine en se basant seulement sur le devenir des malades en échec de ce traitement : les malades hospitalisés après un traitement Raoult représentent des échecs au moins partiels, puisque l'objectif affiché pour l'association chloroquine-azithromycine donné dans les 48 premières heures des premiers signes cliniques est d'éviter l'aggravation et de prévenir toute hospitalisation.

C'est comme si on étudiait l'efficacité d'une technique de prévention des incendies en ne s'intéressant qu'aux maisons qui ont brûlé sans chercher à dénombrer toutes celles qui ont résisté au feu.

Pour évaluer la balance avantages/risques d'un traitement, il faut prendre en compte la totalité d'un groupe de malades traités de la même manière et suivre leurs évolutions depuis le début, afin de quantifier leurs chances de guérison. Un tel article n'honore donc ni le Lancet ni ses auteurs, ni ses laudateurs. D'autant que l'auteur principal, très lié aux entreprises du médicament, a oublié de préciser que son hôpital participe à deux essais en cours visant à promouvoir l'effet du Remdesivir, très coûteux concurrent du traitement Raoult.

Comment le ministre a-t-il accepté les conclusions d'un article à la méthodologie médiocre et partielle, à l'opacité des données et aux conflits d'intérêt majeurs des trois auteurs ?

Et pourquoi demander une fois de plus l'avis du Haut Conseil de la Santé publique qui a précédemment déclaré qu'il s'opposait à l'utilisation de la chloroquine comme traitement du Covid-19 ? Quelle compétence a ce Haut conseil dans un débat qui devrait être purement médical ?

Nul n'est prophète en son pays, et surtout pas un Français en France.

Cette opposition farouche à la chloroquine est spécifiquement française. Le roi du Maroc s'est félicité publiquement d'avoir protégé son pays par ce traitement ; les autorités algériennes également. Le Conseil indien de la recherche médicale a validé, après parution de l'article de Mehra, l'emploi de l'hydroxychloroquine comme traitement préventif du virus et a même recommandé d'en augmenter l'utilisation et de l'administrer à tout le personnel soignant ainsi qu'aux forces de police. En Espagne, comme en Italie, l'extension exponentielle de l'épidémie après des confinements stricts, a été stoppée par l'emploi de l'hydroxychloroquine et l'Espagne confirme ce jour sa position clairement pro-chloroquine malgré la partielle position de l'OMS. La Russie utilise aussi un antipaludéen contre le Covid-19. La plupart des pays africains qui utilisent majoritairement leur remède antipaludéen local, l'artémisine, contre le Covid-19 ont d'ailleurs stigmatisé l'action de l'OMS lors de cette crise en expulsant même certains de ses représentants.

Alors pourquoi tant de haine contre un virologue reconnu nobélisable, qui dirige un institut hospitalo-universitaire de 800 personnes et dont l'épreuve de titres fait pâlir la grande majorité des chercheurs du monde entier et certainement la plupart des membres du conseil scientifique et du Haut Conseil en santé publique ?

Malheureusement l'explication n'est pas très difficile à trouver. Les conflits d'intérêt majeurs qui marquent toutes les étapes de la crise du Covid en sont témoins.

Que faut-il retenir de cette interview ?

Le Pr Raoult décrit parfaitement la différence fondamentale entre un médecin qui soigne ses patients et souhaite être fidèle au serment d'Hippocrate (donner les meilleurs soins en fonction des données acquises de la science) et les chercheurs qui privilégient souvent l'avancée des connaissances sur l'intérêt des malades. Dans le cas du Covid-19, maladie nouvelle, le médecin ne pouvait se baser que sur les grippe saisonnières (maladie proche mais différente) pour lesquelles on donne des antibiotiques aux personnes fragiles. Antibiotiques qui furent refusés aux aînés et aux malades de Covid-19 pour lesquels le ministre conseilla seulement le Doliprane. De quel droit et sur quels fondements médicaux furent-elles décidées ces injonctions qui coûtèrent la vie à tant de citoyens abandonnés ?

On pouvait aussi se baser sur l'expérience des pays touchés avant nous par le Covid-19 (Japon, Taïwan, Corée), et des autres Coronavirus. La chloroquine en particulier a été démontrée efficace en 2003 contre un autre Coronavirus (publié dans le Lancet) et dans le Covid-19 en Chine. Il paraissait donc logique qu'un médecin se saisisse de vieux médicaments dont on connaissait parfaitement la toxicité (en l'occurrence l'absence quasi-totale de toxicité aux doses choisies par le Pr Raoult et son équipe).

Il a également insisté sur l'absence de nécessité d'essais cliniques randomisés (tirés au sort avec un groupe sans traitement) dans le cadre d'une virose comme celle-ci car le médecin clinicien voit rapidement l'efficacité. Rappelons que, bien avant le monopole des essais avec tirage au sort imposé par Big Pharma depuis les années 90 -2000, l'essentiel des progrès en médecine ont été obtenus par l'observation clinique, la méthode expérimentale de Claude Bernard, les études dites « pilote ». Comme dit le Pr Raoult, quand tous les malades meurent et que brutalement un malade vit après administration d'une molécule, on n'a pas besoin de milliers

de patients pour savoir ce qui marche. Cette évidence est la même en cancérologie quand, sous l'effet d'un schéma de traitement, 80 % des malades meurent dans les deux ans et qu'en adoptant un autre schéma proposé dans la littérature internationale, la proportion s'inverse entre guéris (80 %) et morts, une dizaine de patients suffit pour voir clair et refuser de tirer au sort ceux qui auront le droit de vivre et les autres de mourir pour la science. C'est lorsqu'on prend ce genre de décisions éthiques et normales tout simplement qu'on devient mouton noir en médecine depuis 60 ans environ (notre expérience en matière de tumeurs osseuses malignes de l'enfant).

Nous avons pu commenter ce point sur Sud Radio et attirer l'attention sur la dérive en cancérologie sur les nouveaux médicaments mal testés avant commercialisation et moins efficaces que les vieux médicaments rejetés comme ringards et de prix bas.

Il faut préciser que les grands essais randomisés n'ont d'intérêt que pour trouver de petites différences entre deux médicaments et pas un grand effet visible comme ceux dont nous avons parlé plus haut. C'est la course à la nouvelle drogue « pas inférieure à la précédente » (mais malheureusement pas supérieure) qui pousse à cette méthodologie imposée par les entreprises du médicament pour permettre la mise sur le marché de médicaments peu efficaces, souvent toxiques et toujours hors de prix. Méthodologie devenue malheureusement le Graal pour certains médecins déformés lors de leurs études. Le Pr Raoult a précisé que son institut refuse les essais de « non-infériorité », non éthiques qui mettent en péril des patients qui auraient pu être améliorés par le médicament connu qu'on veut comparer à un autre par tirage au sort, sans bénéfice pour le cobaye.

Bref, la chloroquine marche, la polémique est purement politique et financière, éventuellement pour tenter de se

prémunir des plaintes pour mise en danger de la vie d'autrui. Le refus de soigner autrement que par Doliprane, et ensuite la prescription de Rivotril chez les aînés en détresse respiratoire, euthanasie sans consentement du patient, et interdits de transferts en réanimation vont sûrement aboutir à des plaintes de familles, quand la sidération sera terminée. Mettre une confusion dans la tête des citoyens par l'attaque pluriquotidienne des travaux de Marseille, du Pr Raoult et ses 800 collaborateurs ne suffira pas à éteindre l'incendie. Car à la fin de l'épidémie, les résultats des autres pays permettront de clore définitivement cette polémique française.

Heureusement, l'épidémie se termine et cette interdiction de la chloroquine perd de son importance pratique. Néanmoins en cas de besoin, vous pourrez attraper un TGV pour Marseille dès les premiers signes ou aller vous faire traiter dans les hôpitaux militaires qui eux ont, semble-t-il, le droit de prescrire la chloroquine. Nos militaires semblent plus soucieux des leurs que le ministre de la population civile.

Pour l'analyse plus complète de cette épidémie, visionnez le diaporama :

<http://docteur.nicoledelepine.fr/covid19-genese-et-consequences-dune-hysterie-mondiale/>

**Nicole et Gérard Delépine**