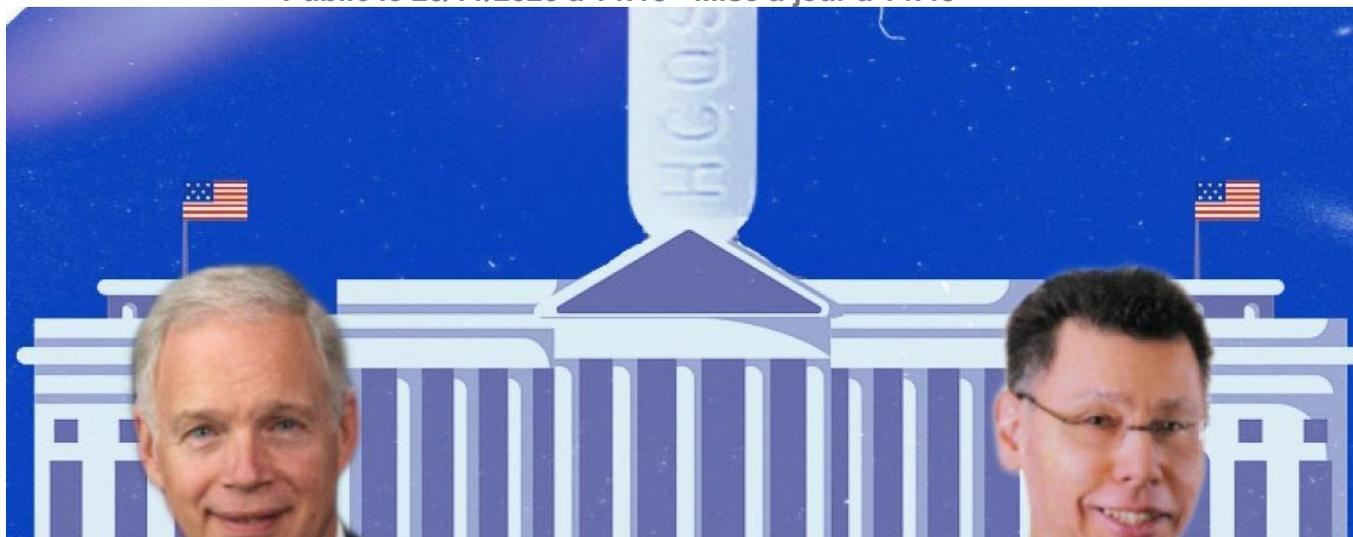


Au Sénat américain, le retour fracassant d'une médecine qui soigne : verbatim

Publié le 20/11/2020 à 14:18 - Mise à jour à 14:48



Sénat américain

FranceSoir

PARTAGER :

Auteur(s): **FranceSoir**

[A+A](#)

Ce 19 novembre 2020 s'est tenue la commission d'enquête sur les traitements ambulatoires contre la Covid-19 sous la présidence du sénateur Johnson, président de la Sécurité Intérieure. Les professionnels de santé : le Dr McCullough, le Dr Harvey Risch, professeur d'épidémiologie à l'Université de Yale, ainsi que le Dr Fareed, ont fait les déclarations suivantes devant la commission d'enquête sur le traitement ambulatoire pour la Covid-19 :

Il eût été plus rapide de faire un simple résumé mais nous avons tenu à vous apporter les éléments de traduction complet. A lire car tout est important

close

volume_off

Avis important : le lait maternel est l'aliment idéal du nourrisson

Découvrez le seul lait infantile avec Lactoferrine, protéine également présente dans le lait maternel.

Inspired by

En résumé

Pour le sénateur Johnson, il y a suffisamment de signaux pour que l'on se pose toutes les questions sur les traitements ambulatoires, le rôle des labo pharmaceutiques, le rôle des autorités de santé et de la communauté médicale qui ont poussé jusqu'à empêcher les médecins de prescrire. Pour lui **"les instances médicales internationales, fédérales et étatiques -- les agences et les institutions nous ont laissés tomber"**.

Le Dr McCulloch a parlé des **quatre piliers de réponse à l'épidémie : les mesures de confinements et distanciation sociale, le traitement ambulatoire, l'hôpital et les vaccins**. Il a après mis l'accent sur le peu de considération que l'on avait eu au traitement ambulatoire comme réponse à la crise.

Le Professeur Harvey Risch, de l'université de Yale, a apporté **un ensemble de preuves qui permettent une évaluation en faveur de l'hydroxychloroquine/bithérapie** démontrant factuellement risque/bénéfice supérieur à celui du remdesivir, les anticorps monoclonaux ou le bamlanivimab difficile à utiliser. Ces derniers traitements ont reçu une autorisation d'urgence de la

FDA (Federal Drug administration) alors que la FDA a refusé l'autorisation d'utilisation d'urgence pour l'hydroxychloroquine. **Ce double standard flagrant pour l'hydroxychloroquine doit être arrêté immédiatement** et sa demande d'autorisation d'utilisation d'urgence approuvée. C'est ainsi que nous nous mettrons sur la voie d'un traitement ambulatoire précoce et de la réduction majeure de la mortalité.

Le Pr Fareed , de l'Université de Harvard, a rapporté son expérience qui est en ligne avec toutes les études concernant l'utilisation précoce de la bithérapie/trithérapie HCQ.

Il est convaincu : **"Ce n'est que de la SCIENCE : la science de la réplication virale, la sciences des étapes de la Covid, et la science du "pourquoi le traitement précoce fonctionne". Et la science nous dit que le traitement précoce serait une stratégie efficace à utiliser au niveau national. "**

C'est ce qui l'a motivé, avec quelques-uns de ses collègues, à écrire une lettre au Président, une lettre à son représentant au Congrès, une lettre au ministère de la Santé de la Californie, une lettre ouverte au Dr Fauci, et un plan national pour la COVID-19.

Il ne s'agit pas d'une opinion d'un « expert » - il s'agit de la science et des données. Comme nous le décrivons dans le Plan national, cette approche serait la solution à la pandémie--- protégez les personnes vulnérables, et si les personnes à risque élevé tombent malades, il y a une solution pour eux avec un traitement précoce avec la bithérapie/trithérapie antivirale. Si un traitement précoce était disponible, les gens seraient beaucoup plus confiants pour retourner au travail et renvoyer leurs enfants à l'école.

Gageons que cet exemple viendra **inspirer la commission d'enquête sénatoriale ou celle de l'Assemblée en France pour rouvrir le débat.** Rappelons qu'en France, le Pr Raoult de l'IHU de Marseille a fait une requête en annulation devant le Conseil d'Etat, contre l'ANSM (agence nationale de sécurité du médicament) qui refuse toujours de donner une recommandation temporaire d'utilisation pour l'hydroxychloroquine. Il y a quelques jours, le ministère de la Santé de Polynésie a ouvert la voie à un

autorisation de l'hydroxychloroquine et l'AIFA italienne (Agence du médicament italien) doit se prononcer ce jour.

*

Allocution du sénateur Johnson qui a inauguré l'audience :

Bonjour. Le comité est prêt. Une chose, je tiens à remercier les témoins pour votre témoignage. Ceux qui sont venus en personne, voyageant à Washington D.C. pour témoigner physiquement, et, aussi, répondre à nos questions. Le titre de cette audience est **l'examen de l'approche américaine aux traitements ambulatoires cCovid-19.**

J'avais initialement comme le titre suivant « traitements précoces pour la covid, une composante essentielle d'une solution à la Covid » c'était inévitable que la pandémie de coronavirus soit politisée, une tragédie. Dès le début, je savais qu'il était **impossible d'avoir une réponse parfaite.** Nous étions confrontés à un nouveau virus. Personne ne voulait sous-réagir, et par conséquent je craignais que la tendance soit excessive. Les défis auxquels nous étions confrontés étaient intimidants. Notre stock stratégique national avait été réduit pendant la pandémie de grippe H1N1. Il a fallu du temps pour développer un test. Le fait qu'un grand pourcentage de personnes infectées ne présentent aucun symptôme a rendu le coronavirus encore plus difficile à détecter et à contenir.

J'ai essayé de ne pas critiquer les élus qui avaient la responsabilité de prendre des décisions très difficiles avec des informations limitées et très imparfaites. D'autres n'ont pas été aussi réticents.

Peut-être que mes antécédents dans l'industrie m'ont appris à mieux comprendre ceux qui sont confrontés à ces situations et qui sont forcés d'affronter ces situations. Les membres du comité avaient un siège au premier rang de la réponse du gouvernement au niveau fédéral et de l'État. Nous avons participé à des dizaines de conférences téléphoniques et à de multiples audiences avec des représentants de l'agence qui ont travaillé 24 h/24 et 7j/7 pour répondre à un événement sans précédent. Il est toujours

facile de critiquer, mais pour ma part, j'ai été sympathique avec les défis qu'ils ont rencontrés et très reconnaissant de leurs efforts.

Comme nous le savons tous, le coronavirus ne disparaît pas. Malgré le fait qu'un vaccin efficace pourrait avoir été développé, les gens continueront à être infectés et malades pendant des mois à venir.

Nous devons encore développer des thérapies efficaces, en particulier dans les tout premiers stades de la maladie. C'est sur ce point que j'ai pu, et que je continuerai à, critiquer vivement **notre abandon collectif**. Nous sommes tous conscients que le Tamiflu n'est efficace que lorsqu'il est prescrit assez tôt pour empêcher le virus de la grippe de se reproduire et avant que le patient ne tombe trop malade.

Pourquoi les organismes fédéraux et la communauté médicale n'ont-ils pas appliqué la même logique et la même approche au coronavirus ? Cette question m'a déconcerté depuis mars et il n'y a probablement pas une unique explication. Nous savons que le coronavirus a été politisé et utilisé comme une arme efficace dans l'élection présidentielle. Nous savons également que certaines thérapies suggérées, incluent des médicaments en vente libre ou des compléments. Le coût de ces thérapies est bien inférieur à 50\$ par rapport à ce nouveau médicament, le remdesivir, qui coûte plus de 3000\$ et ne peut être utilisé qu'à l'hôpital. Il n'empêche donc pas les hospitalisations en premier lieu. **Les grands firmes pharmaceutiques pourraient-elles jouer un rôle dans des alternatives moins ? Je pense que la réponse semble évidente.**

Cette audience ne vise pas à promouvoir une thérapie particulière par-dessus les autres. En lisant le témoignage et en regardant les tweets, cela pourrait être inévitable. Je dois dire que l'absence de toute étude sérieuse du NIH (Institut national de la Santé) ou la considération des effets secondaires seront à évoquer. Il s'agit d'un médicament qui a été utilisé en toute sécurité et efficacement pour prévenir le paludisme, traiter le lupus et la polyarthrite rhumatoïde depuis des décennies. Et les médecins

qui ont eu le courage d'utiliser leur droit de prescription, hors autorisation de mise sur le marché, ont été méprisés. Les Conseils des Ordres des médecins des Etats respectifs ont menacé de retirer leurs licences. Il en est de même pour les pharmaciens qui délivrent les ordonnances pour le médicament dans certains États. **Ceux qui utilisent d'autres médicaments en vente libre vont-ils subir le même sort ?**

Depuis le début de la pandémie, **j'ai publiquement préconisé de permettre aux médecins d'être médecins.** Pour pratiquer la médecine. Explorer différentes thérapies. Partager leurs connaissances au sein de la communauté médicale et avec le public.

Je crois que les instances médicales internationales, fédérales et étatiques - les agences et les institutions nous ont laissé tomber. Je crains que trop de bureaucrates à l'esprit fermé, se soient laissés embarquer par leurs considérations propres.

Malheureusement, **les médias et les réseaux sociaux n'ont pas posé les bonnes questions et ont censuré ce qu'ils ne comprennent pas.** Mon rôle public m'a mis en contact avec des médecins qui s'occupent et qui essaient de venir en aide, de soigner leurs patients en dépit des obstacles bureaucratiques qu'ils ont rencontrés. Au cours du dernier mois, j'ai été inclus dans un groupe de courriel comprenant plus de 250 médecins praticiens de partout dans le monde partageant leurs connaissances et leur expérience. Trois membres du groupe sont ici aujourd'hui.

Pour moi, il est évident que nous devrions explorer tous les traitements possibles pour lutter contre cette pandémie à chaque étape de la maladie.

Pourquoi y a-t-il une telle résistance aux thérapies peu coûteuses et prêtes à l'emploi ?

J'espère que l'audience d'aujourd'hui pourra répondre à cette question et corriger la bourde qui a coûté beaucoup trop de vies. Mon histoire personnelle m'a aidé. Mon premier enfant, ma fille est née avec un grave problème cardiaque congénital. Ses artères étaient inversées. Dans le premier jour de sa vie, un homme merveilleux, le docteur John Thomas, est venu au milieu

de la nuit et a effectué une opération. Il ont fait cette opération pour que son sang son sang puisse s'oxygéner jusqu'à ce qu'elle soit assez vieille pour avoir une opération plus conséquente, huit mois plus tard. Avec un autre chirurgien incroyablement compétent. A l'époque, certaines personnes utilisaient d'autres options. Ce chirurgien avait développé une technique pour utiliser des tissus qui se développeraient au cœur. Ma fille a 37 ans aujourd'hui, mère de deux enfants, et infirmière praticienne en soins intensifs. Nous avons eu un tel résultat parce que j'ai eu accès à des médecins et à des traitements produits par des médecins qui pratiquaient la médecine. Je ne pense pas qu'il y ait un essai contrôlé au hasard sur cette option ou la technique de « rebaffling ». Il s'agissait de médecins qualifiés pratiquant la médecine. Ce que j'ai vu au cours des huit ou neuf derniers mois dans le traitement de la Covid, **nous avons de moins en moins de médecins praticiens et de plus en plus de médecins qui suivent les protocoles**, ce qui est tout à fait approprié. Je suis tout à fait d'accord avec le suivi des protocoles et l'utilisation des essais contrôlés aléatoires, mais il y a des moments en médecine, des moments dans notre histoire où vous devez permettre aux médecins de soigner pour développer ces thérapies. C'est l'histoire, honnêtement, le développement de la médecine.

Mon dernier point est de parler du projet de loi que j'ai défendu devant le Congrès : **le droit d'essayer**. Maintenant, la situation actuelle, par exemple, n'est pas un excellent exemple du « droit d'essayer ». C'est un médicament entièrement approuvé.

Mais cette loi sur le droit d'essayer dit que si un médicament est passé par les deux premières étapes de l'approbation de la FDA, il est donc sûr, sans avoir encore l'approbation finale d'efficacité alors un patient et un médecin ont toujours le droit d'essayer s'il n'y a pas d'autres traitements disponibles. N'est-ce pas la position dans laquelle nous sommes ? **Il n'y a pas d'autre traitement**. Je suis pour permettre aux médecins de pratiquer la médecine pour traiter les patients avec compassion le plus tôt possible afin qu'ils ne progressent pas dans l'hôpital et l'unité de soins intensifs.

*

Témoignage du Dr. McCullough

Merci Monsieur le président Johnson de nous accorder aujourd'hui cet entretien afin de discuter de la nécessité des gouvernements à accorder plus d'attention et à appuyer le traitement précoce de la COVID-19. Nous pouvons voir au moment où nous parlons que l'épidémie COVID-19 a le plus grand nombre de personnes actuellement infectées, le plus haut recensement hospitalier, et que toutes que les courbes épidémiques sont en hausse. Nous sommes confrontés à la panique du public, à des saturations à l'hôpital, et à une mortalité qui sera nettement plus élevée dans les mois à venir. L'infection très contagieuse commence comme un rhume et prend environ deux semaines pour bien se résorber, ou se détériorer en pneumonie grave. Ainsi, la réponse urgente à la pandémie peut être considérée comme ayant quatre piliers comme le montre le premier graphique : **le contrôle de la contagion ; le traitement précoce à domicile ; le traitement à un stade avancé ; et la vaccination.** Jusqu'à présent, nous avons tragiquement ignoré **le deuxième pilier, traitement en phase primaire,** et je suis donc heureux que l'audience d'aujourd'hui se concentre là-dessus.

Les médecins et les chercheurs du monde entier ont beaucoup appris sur le virus à partir de plus de 75 000 rapports scientifiques et 54 millions de cas où le virus se propage en trois phases, comme montré sur le deuxième graphique: la première phase est la réplication virale précoce, suivie par la deuxième phase de la tempête de cytokine et la troisième phase de coagulation du sang. Ils ont innové avec l'utilisation de médicaments établis connus et utilisés dans diverses combinaisons pour réduire l'intensité et la durée des symptômes, réduire les hospitalisations, et éviter la mort. J'ai dirigé une équipe de médecins américains et italiens pour synthétiser ce qui avait été appris de ces progrès et j'ai publié le premier protocole multi-médicamenteux, séquencé pour les premiers COVID-19 à la maison, dans le numéro du 7 août de l'*American Journal of Medicine*.

Ce qui m'a inspiré, moi, et mes collègues médecins, c'est la nécessité d'une **réponse immédiate de compassion.** Les

patients attendent dans la peur à la maison après avoir été testés positifs, pensant logiquement qu'ils seraient confrontés à une hospitalisation terrifiante, l'isolement, et au pire - la mort. Les médecins innovateurs et courageux savaient qu'ils devaient rapidement utiliser le jugement clinique et apprendre de toutes les sources de données probantes pour trouver un plan de traitement pour les patients à domicile. Les protocoles se sont concentrés sur les patients covid-19 nouvellement diagnostiqués à haut risque d'hospitalisation et de décès, et nous avons utilisé les médicaments génériques disponibles en vente libre. La télémédecine est devenue l'épine dorsale de la surveillance, aidant à suivre les symptômes et à ajuster le traitement. Notre article a attiré une attention considérable et est devenu un phare pour plus d'innovation et de recherche rapide qui ont conduit à l'amélioration ultérieure et l'application à la pratique.

Malheureusement, le gouvernement n'a pas toujours été très favorable aux médecins praticiens. Les barrières réglementaires ont bloqué l'accès aux médicaments génériques dans les protocoles de traitement à domicile, et par conséquent, les médecins ont été forcés de créer des solutions de contournement sans fin pour obtenir des médicaments rapidement avant que le virus ne devienne hors de contrôle chez leurs patients vulnérables. Les organismes gouvernementaux et les organisations médicales ont réprimandé les médecins pour avoir vu les patients de COVID-19 à l'extérieur de l'hôpital et ont activement découragé les tentatives de traiter les patients.

Malheureusement, cela a eu comme conséquence que peu de patients ont obtenu le traitement tôt, et donc aucune chance d'éviter une hospitalisation. Étonnamment, le NIH (National Institutes of Health), dans son guide de traitement de la Covid-19 en date du 9 octobre, ordonne aux médecins de laisser même les patients à haut risque malades, à la maison pendant deux semaines ou plus, et quand finalement ils commencent à étouffer, de les placer en isolement à l'hôpital. **Le NIH dit qu'un patient COVID-19 ne peut recevoir son premier traitement médical que si l'oxygène est administré.** Alors que les NIH, les représentants des agences et les académiciens soutiennent ce document comme la « meilleure science », de nombreux

médecins, patients et dirigeants communautaires pratiquants considèrent cela comme **médicalement irresponsable et humainement inadmissible.**

J'ai géré la COVID-19 sur le spectre de la maladie, et je peux vous dire que **je ne laisserais jamais un patient à haut risque COVID-19 s'en aller sans traitement, devenir progressivement paniqué et incapable de respirer, et forcé à rentrer à l'hôpital, pour peut-être ne jamais revoir ses proches à nouveau.** Quand un patient est à ce point malade, les chances de lésions pulmonaires, cardiaques et organiques sont beaucoup trop élevées. Les médicaments administrés par l'hôpital ne peuvent pas sauver tous les patients ou arrêter le torrent de complications hospitalières. L'administration de médicaments par voie intraveineuse à des stades précoces de la COVID expose d'autres personnes au virus et n'est pas quantifiable . **L'utilisation d'un traitement multi-médicaments séquencé par voie orale à la maison comme stratégie nationale a des chances raisonnables de succès avec une sécurité acceptable.** Les médecins et les fournisseurs compétents qui sont appelés par leurs patients devraient être soutenus par tous les intervenants dans leurs efforts pour fournir des soins compatissants, réduire la propagation de l'infection, et éviter l'hospitalisation et la mort. **En résumé, j'exhorte le Comité à demander à tous les organismes gouvernementaux responsables de donner la priorité à une « initiative de traitement précoce ». Je crois que c'est la seule stratégie viable pour éviter des pertes catastrophiques de vies sans que l'immunité naturelle et la vaccination puissent mettre fin à cette crise.**

*

Déclaration de Harvey A. Risch, MD, PhD Professeur d'épidémiologie, Yale School of Public Health.

Je remercie les sénateurs et collègues d'avoir convoqué cette audience. Nous comprenons tous la maladie endémique à laquelle nous sommes confrontés, que nous devons y faire face de front et ne pas nous en cacher en espérant qu'elle disparaîtra.

Je veux vous donner mon point de vue. En mai de cette année, j'ai observé que les résultats des études d'un médicament suggéré pour traiter la Covid, l'hydroxychloroquine, étaient déformés par ce que je pensais à l'époque être un rapport bâclé. Le docteur McCullough nous a dit comment la maladie Covid progresse par phases, de la réplication virale à la pneumonie aiguë en passant par l'attaque multi-organes. La réplication virale est une affection ambulatoire, mais la pneumonie qui remplit les poumons de débris du système immunitaire amène à une hospitalisation et est potentiellement mortelle. Nous avons également entendu comment chaque phase, chaque aspect pathologique de la maladie, doit avoir son propre traitement spécifique qui s'applique à son propre mécanisme biologique. **Ainsi, j'ai été franchement étonné que les études sur les traitements hospitaliers soient présentées comme s'appliquant aux patients en ambulatoire, en violation de ce que j'ai appris à l'école de médecine sur la façon de traiter les patients.**

Nous arrivons enfin à expliquer pourquoi, au cours des six derniers mois, **nos établissements de recherche gouvernementaux ont investi des milliards de dollars dans le développement coûteux de médicaments brevetés et de vaccins, mais presque rien dans le traitement ambulatoire précoce, qui est la première ligne de réponse à la gestion de la pandémie.** Ce n'est pas que nous manquions de médicaments candidats à étudier, nous avons eu un certain nombre qui étaient prometteurs. Mais je crois qu'il y a une **confusion** entre le traitement précoce à l'hôpital avec celui des malades en ambulatoire (ndrl : médecine de ville) a contribué à conclure que le traitement de la maladie en ambulatoire avait été étudiée et trouvée inefficace. Cette **prémisse illogique** m'a motivé à examiner les preuves pour le traitement ambulatoire. Je le répète: nous examinons les preuves d'un traitement précoce des patients à haut risque en ambulatoire afin de prévenir l'hospitalisation et la mortalité. C'est tout. Le traitement commençant dans les cinq premiers jours environ après l'apparition des symptômes. Le traitement des patients plus âgés ou des patients atteints de maladies chroniques telles que le diabète, l'obésité, les maladies

cardiaques, les maladies pulmonaires, les maladies rénales, les maladies du système immunitaire, les survivants du cancer, etc. Ce sont les personnes les plus susceptibles de mourir de la Covid, et ce sont les personnes qui ont le plus besoin de protection. J'ai cherché à obtenir les rapports de chaque étude de chaque médicament relatif au traitement précoce des patients en ambulatoire à haut risque. Je surveille la littérature tous les jours. **Et ce que j'ai trouvé est en fait tout à fait remarquable.**

Ce que j'ai observé, c'est que bien qu'il y ait eu des rapports positifs au sujet d'un certain nombre de médicaments, **toutes les études sur l'utilisation ambulatoire d'un médicament, l'hydroxychloroquine, avec ou sans agents accompagnateurs, ont montré des avantages substantiels dans la réduction des risques d'hospitalisation et de mortalité.** Ces études se décomposent en deux types majeurs. Le premier consiste en des essais contrôlés randomisés en double aveugle, et le second en des essais non randomisés mais toujours contrôlés. Vous avez entendu de diverses personnalités gouvernementales et scientifiques que les essais contrôlés randomisés fournissent la forme la plus solide de preuves. Beaucoup de ces personnes ont également affirmé que les essais randomisés fournissent la seule forme digne de confiance de la preuve. Il y a une certaine vérité dans ces affirmations, mais il y a aussi beaucoup de mensonges. Nous savons par exemple que la grande majorité des médicaments utilisés pour traiter les maladies cardiaques ont été établis dans le cas d'essais non randomisés. Les médicaments visant à baisser le cholestérol étaient largement utilisés avant que des essais randomisés ne soient jamais effectués.

L'azithromycine, l'antibiotique le plus couramment utilisé chez les enfants, n'a pas été établi par des essais randomisés. **L'idée que seuls les essais randomisés fournissent des preuves fiables est une notion simpliste qui peut sembler bonne en théorie, mais la comparaison entre les essais randomisés et non randomisés est quelque chose qui a effectivement fait l'objet d'études approfondies dans la littérature médicale.** Je suis épidémiologiste parce que même si j'aime les théories biologiques, je les développe tout le temps pour étudier comment la nature fonctionne, mais c'est à partir **des données empiriques**

humaines que nous apprenons comment fonctionne en effet la nature. Et nous disposons d'énormes quantités de données empiriques pour montrer que les essais randomisés et leurs essais non randomisés correspondants donnent les mêmes réponses. Le Dr Tom Frieden, précédemment directeur des CDC, a écrit en 2017 un essai détaillé dans le *New England Journal of Medicine*, montrant que les essais non randomisés peuvent fournir des preuves entièrement convaincantes, surtout lorsqu'ils sont faits avec soin pour expliquer les raisons pour lesquelles les patients ont reçu les médicaments, et surtout, lorsque les circonstances sont telles que le coût d'attente pour les essais randomisés implique une maladie majeure et la mortalité comme nous l'avons vécu cette année. Mais l'essai du Dr Frieden, aussi "autoritaire" soit-il, ne fournit que des instantanés des preuves empiriques de ses observations. Les preuves réelles proviennent d'une méta-analyse des méta-analyses effectuées par le Cochrane Library Consortium, une organisation internationale britannique formée pour organiser les résultats de la recherche médicale afin de faciliter les choix fondés sur des données probantes sur les interventions en matière de santé. **Les chercheurs de Cochrane ont examiné des dizaines de milliers de comparaisons entre les essais randomisés et leurs homologues non randomisés et ont constaté que les deux types d'études sont arrivés à des conclusions pratiquement identiques.**

C'est la preuve réelle de la raison pour laquelle de bons essais non randomisés comportent des preuves tout aussi importantes que les essais randomisés. De grandes quantités de données empiriques cohérentes sont des preuves, non pas plausibles, mais des hypothèses simplistes, peu importe qui les dit.

Alors, qu'ai-je trouvé sur l'hydroxychloroquine dans l'utilisation précoce chez les patients en ambulatoire à haut risque? **La première chose est que l'hydroxychloroquine est extrêmement sûre.** Le bon sens nous dit ceci, qu'un médicament utilisé en toute sécurité pendant 65 ans par des centaines de millions de personnes dans des dizaines de milliards de doses dans le monde entier, prescrit sans dépistage de routine

(électrocardiogramme), donné aux adultes, aux enfants, aux femmes enceintes et aux mères allaitantes, doit être sûr lorsqu'il est utilisé dans la phase initiale de réplication virale d'une maladie qui est similaire à ce point au rhume ou à la grippe. En fait, une étude menée par des chercheurs de l'Université d'Oxford a montré que dans 14 grandes bases de données internationales sur les dossiers médicaux des patients âgés atteints de polyarthrite rhumatoïde, aucune différence significative n'a été observée dans la mortalité toutes causes confondues chez les patients qui utilisaient ou n'utilisaient pas d'hydroxychloroquine. Les chercheurs d'Oxford ont également examiné les arythmies cardiaques et n'ont trouvé aucune augmentation pour les utilisateurs d'hydroxychloroquine. C'était étudié chez plus de 900 000 utilisateurs d'hydroxychloroquine. Ceci est examiné en détail dans mon article paru dans l'*American Journal of Epidemiology* en mai. Maintenant, la FDA a publié un avertissement le 1er juillet sur son site web, au sujet de l'hydroxychloroquine utilisé chez les patients en ambulatoire, mais nous pouvons en discuter plus tard ; **la FDA n'a eu aucune preuve systématique chez les patients en ambulatoire et a, à tort, extrapolé des patients hospitalisés aux patients en ambulatoire, ce que j'ai dit plus tôt était invalide.**

Au sujet des études sur l'utilisation précoce de l'hydroxychloroquine chez les patients en ambulatoire à haut risque, chacune d'entre elles, et il y a maintenant sept études, a montré des avantages significatifs : 636 patients en ambulatoire à São Paulo au Brésil; 199 patients de clinique à Marseille en France; 717 patients dans un vaste réseau HMO au Brésil ; 226 patients en maison de retraite à Marseille ; 1 247 patients en ambulatoire dans le New Jersey ; 100 patients d'établissements de soins de longue durée en Andorre (entre la France et l'Espagne) ; et 7 892 patients à travers l'Arabie saoudite. **Toutes ces études portent sur le traitement précoce des patients en ambulatoire à risque élevé et toutes ont montré des réductions d'environ 50% ou plus de l'hospitalisation ou de la mort.** L'étude saoudienne était une étude nationale et a montré une réduction de 5 fois de la mortalité avec l'hydroxychloroquine plus le zinc vs le zinc seul. **Pas une**

seule arythmie cardiaque mortelle n'a été rapportée parmi ces milliers de patients attribuables à l'hydroxychloroquine. Il s'agit d'essais non randomisés mais contrôlés qui ont été publiés. Maintenant, nous savons aussi que tous les essais ambulatoires contrôlés randomisés cette année montrent également des avantages statistiquement significatifs. Ces six études comprenaient généralement des patients beaucoup plus jeunes, dont seulement une fraction étaient à haut risque, de sorte qu'elles avaient individuellement trop peu d'hospitalisations ou de décès pour être statistiquement significatives. Mais elles ont toutes suggéré des risques plus faibles avec l'utilisation de l'hydroxychloroquine, et quand elles ont été analysées ensemble dans la méta-analyse que mes collègues et moi avons trouvé, ce risque plus faible était statistiquement significatif dans les études. Nous avons passé les six derniers mois avec des politiques gouvernementales officielles et des mises en garde contre les traitements ambulatoires précoces, avec d'importants investissements gouvernementaux dans les vaccins et de nouveaux traitements coûteux encore à prouver et presque pas de soutien de médicaments peu coûteux mais utiles, et un quart de million d'Américains sont morts de cette approche mal structurée. **Même avec les vaccins nouvellement prometteurs, nous n'avons presque aucune information sur la façon dont ils se comporteront chez les patients plus âgés et à haut risque, chez lesquels les vaccins contre le virus respiratoire sont connus pour avoir une faible efficacité** ; il faudra un certain nombre de mois avant qu'ils ne deviennent largement disponibles; et nous ne savons pas combien de temps durera l'immunité vaccinale, ni même si les vaccins fonctionneront pour les souches mutantes nouvellement croissantes du virus. Comme je l'ai dit à maintes reprises, les preuves du bénéfice de l'hydroxychloroquine utilisée tôt dans les patients en ambulatoire à risque élevé sont extrêmement solides, et les preuves contre les dommages sont également solides.

Cet ensemble de preuves l'emporte considérablement sur les preuves de risque/bénéfice du remdesivir, des anticorps monoclonaux ou du bamlanivimab difficile à utiliser que la FDA a approuvés pour les autorisations d'utilisation d'urgence, tout en

refusant l'autorisation d'utilisation d'urgence pour l'hydroxychloroquine. **Ce double standard flagrant pour l'hydroxychloroquine doit être arrêté immédiatement et sa demande d'autorisation d'utilisation d'urgence doit être approuvée. C'est ainsi que nous nous mettrons sur la voie d'un traitement ambulatoire précoce et de la réduction majeure de la mortalité. Merci**

Annexe 1 : références utilisées dans le témoignage du Dr Risch

Témoignage du Docteur George Fareed

J'ai une formation en virologie du point de vue de la recherche du travail au NIAID (NIH) et en tant que professeur et chercheur à la Harvard Medical School - après avoir obtenu mon diplôme de la Harvard Medical School en 1970, je suis devenu professeur là-bas, et à l'UCLA School of Medicine. J'ai 30 ans d'expérience clinique, j'ai traité le VIH et d'autres maladies infectieuses, ainsi que la pratique de la médecine de soins primaires. J'ai de l'expérience dans le traitement des patients COVID à la fois au stade de la grippe en tant que patients en ambulatoire, mais aussi en tant qu'hospitalisés, même en soins intensifs. **Comme tout le reste en médecine, le but est de traiter tôt** - les patients COVID sont difficiles à traiter quand ils tombent très malades. L'Imperial Valley où je travaille est devenue l'épicentre COVID pour la Californie en juin et juillet. Depuis le début du mois de mars, à la fois dans ma clinique Brawley et à la clinique de soins d'urgence The All Valley, à El Centro, où je travaille également, plus de 25 000 personnes ont été examinées, plus de 2400 étaient positives à la COVID-19 et nous avons traité avec succès plusieurs centaines de personnes à haut risque et symptomatiques. Nous avons toujours utilisé un cocktail triple HCQ : HCQ (3200 mg sur 5 jours), azithromycine ou doxycycline et surtout **le zinc, qui est souvent laissé de côté dans les études**. Le cocktail est mieux donné tôt dans les 5 à 7 premiers jours pendant que le patient est dans le stade de la grippe - j'ai eu du succès à traiter même aussi tard qu'au 14^{ème} jour lorsque les patients ont été renvoyés à la maison non traités aux urgences. Le moment où il faut utiliser le médicament, c'est lorsque le virus est dans la période de

réplication maximale dans les voies respiratoires supérieures. **Mon but est de prévenir l'hospitalisation**, ce qui a été réalisé en réévaluant les patients à haut risque tous les 2-3 jours. Je mélange à ce cocktail des corticostéroïdes et prolonge le traitement HCQ pour 5 à 30 jours de plus si les symptômes le justifient, mais ils ne le justifient généralement pas. Je l'utilise en particulier chez les personnes à haut risque (plus de 60 ou avec des comorbidités et toute personne ayant des symptômes de grippe modérée à sévère) -ceux en bonne santé n'ont pas besoin du traitement. J'ai utilisé ce régime pour traiter avec succès 31 résidents de maisons de retraite âgés dans une épidémie en juin et 29 ont complètement récupéré.

Le médicament fonctionne mécaniquement à travers de multiples actions : l'ionophore HCQ (le « pistolet ») et le zinc (« la balle »), HCQ bloque le récepteur sigma 1, et a plusieurs autres effets antiviraux directs - l'antibiotique a également un effet antiviral et potentialise l'action du HCQ et du zinc. Si d'autres agents anti-Covid deviennent disponibles, ils peuvent être ajoutés à ce régime pour améliorer son efficacité. **J'associe régulièrement l'Ivermectine dans un cocktail quadruple HCQ/IVM avec d'excellents résultats**, Ivermectine étant sûr et ayant une action anti-Covid différente. Les anticorps monoclonaux de Regeneron et Lilly seront également appropriés lorsqu'ils seront facilement disponibles. Les résultats sont toujours bons, souvent spectaculaires, avec une amélioration dans les 48 heures · J'ai vu très peu d'hospitalisations, et seulement quelques décès chez les patients qui étaient déjà malades et ont reçu le médicament tard pendant qu'ils étaient hospitalisés. **Je n'ai pas vu un seul événement cardiaque négatif et peu d'autres effets secondaires, malgré ce que nous entendons dans les médias.**

Mon expérience est en ligne avec toutes les études concernant l'utilisation précoce du cocktail HCQ je suis très CLAIR : CE N'EST QUE LA SCIENCE----LA SCIENCE DE LA RÉPLICATION VIRALE, LA SCIENCE DES ÉTAPES DE LA COVID, ET LA SCIENCE POURQUOI LE TRAITEMENT PRÉCOCE FONCTIONNE. · ET LA SCIENCE NOUS DIT QUE le traitement précoce serait une stratégie efficace à utiliser au

niveau national, ce qui m'a motivé, moi et quelques-uns de mes collègues, à écrire une lettre au Président, une lettre à mon membre du Congrès, une lettre au ministère de la Santé de la Californie, une lettre ouverte au Dr Fauci, et un plan national pour la COVID-19. **Il ne s'agit pas d'une opinion d'un « expert » - il s'agit de la science et des données.** · Comme nous le décrivons dans le Plan national, **cette approche serait la solution à la pandémie - protégez les personnes vulnérables, et si les personnes à risque élevé tombent malades, il y a une solution pour eux avec un traitement précoce avec le cocktail antiviral. Si un traitement précoce était disponible, les gens seraient beaucoup plus confiants pour retourner au travail et pour renvoyer leurs enfants à l'école.**

ANNEXE I : Références du Pr. Risch

*References Barbosa Esper R, Souza da Silva R, Teiichi Costa Oikawa F, et al. Empirical treatment with hydroxychloroquine and azithromycin for suspected cases of COVID-19 followed-up by telemedicine. April 15, 2020. Accessed April 30, 2020. <https://pgibertie.files.wordpress.com/2020/04/2020.04.15-journal-manuscr...> Heras E, Garibaldi P, Boix M, et al. COVID-19 mortality risk factors in older people in a longterm care center. Preprints September 9, 2020. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-70219/v2> Ip A, Ahn J, Zhou Y, et al. Hydroxychloroquine in the treatment of outpatients with mildly symptomatic COVID-19: A multi-center observational study. Preprints August 25, 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.08.20.20178772> Ladapo JA, McKinnon JE, McCullough PA, Risch HA. Randomized Controlled Trials of Early Ambulatory Hydroxychloroquine in the Prevention of COVID-19 Infection, Hospitalization, and Death: Meta-Analysis. Preprints September 30, 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.09.30.20204693> Lagier JC, Million M, Gautret P, et al. Outcomes of 3,737 COVID-19 patients treated with hydroxychloroquine/azithromycin and other regimens in Marseille, France: A retrospective analysis. *Travel Med Infect Dis* 2020 Jun*

25:101791. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1477893920302817> Ly TDA, Zanini D, Laforge V, Arlotto S, Gentile S, Mendizabal H, Finaud M, Morel D, Quenette O, Malfuson-Clot-Faybesse P, Midejean A, Le-Dinh P, Daher G, Labarriere B, Morel-Roux AM, Coquet A, Augier P, Parola P, Chabriere E, Raoult D, Gautret P. Pattern of SARS-CoV-2 infection among dependant elderly residents living in long-term care facilities in Marseille, France, March-June 2020. *Int J Antimicrob Agents*. 2020 Nov

6:106219. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920304301> Risch HA. Early Outpatient Treatment of Symptomatic, High-Risk COVID-19 Patients That Should Be Ramped Up Immediately as Key to the Pandemic Crisis. *Am J Epidemiol*. 2020 Nov 2;189(11):1218-

1226. <https://academic.oup.com/aje/article/189/11/1218/5847586> Sulaiman T, Mohana A, Alawdah L, et al. The effect of early hydroxychloroquine-based therapy in COVID-19 patients in ambulatory care settings: A nationwide prospective cohort study. *Preprints* September 13,

2020. <https://doi.org/10.1101/2020.09.09.20184143> Szente Fonseca SN, de Queiroz Sousa A, Wolkoff AG, Moreira MS, Pinto BC, Valente Takeda CF, Rebouças E, Vasconcellos Abdon AP, Nascimento ALA, Risch HA. Risk of hospitalization for Covid-19 outpatients treated with various drug regimens in Brazil: Comparative analysis. *Travel Med Infect Dis*. 2020 Oct 31;38:101906. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1477893920304026>

Auteur(s): **FranceSoir**