

La polémique sur le Professeur Raoult : derrière les incohérences de nos institutions sanitaires, une manipulation chinoise ?



Igaal Hanouna

Apr 17 · 34 min read ★

Résumé:

La polémique sur l'hydroxychloroquine révèle le niveau d'incohérence des autorités sanitaires françaises. Elle pose également la question de leurs compétences réelles, de leur indépendance d'esprit, de leur indépendance matérielle et plus largement de leur articulation au sein de l'Etat.

Mais derrière cette polémique franco-française se trame également une double guerre sanitaire et scientifique entre la Chine et le reste du monde. Et cette guerre semble totalement échapper aux autorités sanitaires françaises. Pendant ce temps-là, en cachant des informations essentielles au reste du monde, le régime de Pékin pourrait être le responsable direct de la mort de milliers de personnes.

Introduction:

En France, la polémique fait rage concernant le traitement préconisé par le Professeur Raoult dans le cadre du Corona virus.

Les experts français ne cessent de s'opposer sur cette question. Certains y voient une guerre d'égos, d'autres une dispute scientifique raisonnable fondée sur le principe de précaution.

Force est de constater qu'en France, nos institutions sanitaires ont tranché la question en faveur du camp des experts médicaux sceptiques envers ce traitement.

Si bien qu'à l'heure actuelle, le traitement préconisé par le Professeur Raoult ne peut toujours pas être administré en France par les médecins de ville et ce, dans les conditions optimales préconisées, à savoir le plus précocement possible afin de limiter l'aggravation de la maladie.

Toutefois, cette question n'est pas traitée de façon identique dans le monde. D'autres pays laissent le soin à leurs médecins de ville de prescrire ou non ce traitement en leur âme et conscience.

De facto, la responsabilité des autorités sanitaires françaises est ainsi largement engagée.

Sur quels fondements les autorités sanitaires françaises ont-elles donc pris la décision de mettre de côté le traitement du Professeur Raoult ?

Ont-elles simplement respecté le principe de précaution avec compétence et honnêteté intellectuelle ou ont-elles fait une obstruction infondée sur le plan éthique et scientifique à l'administration du traitement du Professeur Raoult ?

Cette question est fondamentale pour deux raisons :

- Elle pose la question du niveau scientifique des autorités sanitaires françaises et de leur indépendance intellectuelle et matérielle
- Elle pose aussi d'ores et déjà la question de la culpabilité possible de ces instances sanitaires, et donc plus globalement la responsabilité de l'Etat.

Afin de répondre à ces questions, nous allons donc tenter de récapituler le plus synthétiquement possible les argumentations des parties en présence afin d'en juger, non la valeur scientifique de celles-ci, mais tout du moins leur cohérence.

Dans un deuxième temps, nous tenterons de montrer par quels mécanismes, les autorités sanitaires défendent aujourd'hui une position tout à fait incohérente.

Dans un troisième temps, nous essayerons de montrer qu'au-delà des égos et du manque d'indépendance des autorités sanitaires, l'Etat français a peut-être été la victime encore inconsciente d'une manipulation du régime de Pékin.

1. L'argumentation des autorités sanitaires françaises pour refuser le traitement du Professeur Raoult repose sur des incohérences multiples

A. Phase d'argumentation sur l'efficacité du traitement Raoult

De façon logique, la question primordiale à se poser est celle de l'efficacité du traitement Raoult sur le Covid-19.

En l'espèce, les premiers éléments relatifs à une possible efficacité de l'hydroxychloroquine sur le Covid-19 apparaissent dans une étude scientifique en date du 18 février 2020, soit avant que le stade épidémique (stade 3) ne soit déclaré en France.

Ces éléments de référence sont publiés par des scientifiques chinois dans la revue « BioScience Trends ».

https://www.jstage.jst.go.jp/article/bst/advpub/o/advpub_2020.01047/_pdf/-char/en

Voici ce que nous apprend cette publication scientifique :

- La chloroquine a une efficacité démontrée in-vitro.
- 15 essais cliniques réalisés dans 10 hôpitaux de plusieurs régions chinoises (Wuhan, Jingzhou, Guangzhou, Beijing, Shanghai, Chongqing, et Ningbo) ont conclu à l'efficacité et à la sécurité de l'administration de chloroquine ou d'hydroxychloroquine dans le traitement du COVID-19 conduisant à des pneumonies.
- Des résultats provenant de l'étude sur plus de 100 patients ont démontré la supériorité du phosphate de chloroquine dans la limitation des survenues de formes graves de pneumonies par rapport à une population de contrôle.
- Ce traitement a aussi favorisé la négativation du virus et de réduire le cours de la maladie.
- Dans les patients traités, il n'a pas été noté d'effets indésirables sévères.
- Compte tenu de ces essais, les autorités sanitaires et les experts du gouvernement chinois recommandent comme bonne pratique l'administration de cette molécule dans le cadre des recherches et de la lutte contre le Covid-19.

En résumé, dans le cadre du traitement du Covid-19, l'hydroxychloroquine est recommandée dès le 18 février 2020 par les autorités sanitaires chinoises à toute sa population.

Cela semble déjà nous donner un indice de poids sur l'efficacité de ce traitement.

En toute logique, dès le 18 février 2020, les autorités sanitaires françaises mises en veille sanitaire dans le cadre du Covid 19 doivent donc logiquement disposer de ces éléments.

Ont-elles véritablement eu accès ou lu à cette étude ? L'analyse des déroulements ultérieurs semblent laisser cette question encore sans réponse à ce jour.

Cela étant dit, le Professeur Raoult a accès quant à lui accès à cette publication assez tôt puisqu'il en parle déjà dans une vidéo du 28/02/2020 que l'IHU Marseille poste sur You Tube.

Didier Raoult décide alors de tester le traitement à l'hydroxychloroquine début mars à l'IHU de Marseille. En effet, compte tenu du niveau de transparence du régime chinois, le doute est permis et il ne semble pas inutile de vérifier les informations provenant de Chine.

Les premiers résultats sont donc publiés mi-mars et portent sur 26 patients testés positifs au Covid-19.

Dans ces résultats, l'équipe du Professeur Raoult confirme l'efficacité de l'hydroxychloroquine mais constate également que l'association avec un antibiotique pulmonaire (azithromycine) en bithérapie augmente significativement l'efficacité du traitement.

Mais compte tenu du faible nombre de patients pris en compte et compte tenu également de la disparition de certains patients au cours de cette étude (critique qui semble ici tout à fait légitime), l'étude du Professeur Raoult est remise en question.

Il n'en demeure pas moins vrai que mi-mars, nous avons donc une étude chinoise comportant plus de 100 patients sur 10 hôpitaux chinois avec existence d'un groupe de contrôle mais également une étude préliminaire du Professeur Raoult,

les deux convergentes pour conclure à l'efficacité du traitement du Covid-19 par administration d'hydroxychloroquine.

Le 27 mars, le Professeur Raoult publie alors une deuxième étude menée cette fois-ci sur 80 patients suivis pendant 6 à 10 jours à l'IHU de Marseille. A ces patients, on a administré une association d'hydroxychloroquine et d'azithromycine. Cette étude conclue une nouvelle fois à l'efficacité du traitement.

Les résultats de cette étude montrent en effet « une évolution favorable » pour 65 patients (81%), tandis que 12 ont été mis sous oxygénothérapie (soit 15%), 3 sont passés en soins intensifs et 1 autre âgé de 86 ans est décédé (soit 5%).

Mais là encore, une partie de la communauté scientifiques conteste la conclusion de Didier Raoult quant à l'efficacité du traitement en pointant l'absence de groupe témoin, c'est à-dire d'un groupe de patients n'ayant reçu aucun traitement ou un placebo.

Faisant fi de ces 3 études (dont l'une présente pourtant un groupe témoin), les autorités sanitaires en charge d'éclairer les décisions gouvernementales indiquent qu'il n'y a pas de preuves scientifiques valables suffisantes permettant de conclure ni à l'efficacité de l'hydroxychloroquine ni à celle de la bithérapie du Professeur Raoult.

Toutefois, malgré les avis défavorables des autorités sanitaires, certains experts médicaux de renom et une partie de la population se prononcent pour l'administration de ce traitement. Ils prennent parti pour le pari Pascalien : peut-être n'est-il pas efficace, mais qu'avons-nous à perdre ? Au moins sauverons-nous peut-être des malades!

C'est alors qu'une nouvelle résistance fait surface au sein d'une partie des experts médicaux français : il ne suffit pas de savoir si un traitement est efficace, encore faut-il savoir si ce traitement n'est pas pire que le mal.

La publication d'une 3ème étude de l'IHU de Marseille comportant cette fois 1061 malades (soit le plus grand nombre de malades observés pour une étude) et concluant à l'efficacité du traitement à 91% n'y changera rien : en l'espèce, la méthode serait mauvaise car il n'y a pas d'échantillon test pour conclure quant à la dangerosité du traitement.

B. Phase d'argumentation sur la dangerosité du traitement du Professeur Raoult

« Primum non nocere », voilà donc le nouvel argument évoqué pour ne pas administrer le traitement Raoult avant d'avoir la certitude que le remède n'est pas pire que le mal.

Certes il peut être efficace sur certains malades. Mais ce traitement pourrait peut-être en tuer d'autres qui seraient sortis vivants du Covid-19 en l'absence de ce traitement.

Autrement dit, la polémique se déporte sur la question du « bénéfiques / risques » de l'administration de ce traitement.

Afin de justifier les mises en garde faites aux médecins de prescrire ce traitement, les autorités sanitaires avancent que l'hydroxychloroquine provoquerait des effets indésirables et dangereux sur la rétine et sur le rythme cardiaque.

Très vite, les objections sur les effets indéniables de la rétine sont écartées car elles affectent les personnes ayant une posologie de l'hydroxychloroquine au long cours. Comme le traitement Raoult est court, ce genre d'effets désirables est négligeable sur le plan statistique.

Restent donc à évaluer les effets cardiaques indésirables de cette molécule.

Didier Raoult a rappelé sur ce point que la chloroquine, qui possède pourtant plus d'effets indésirables que l'hydroxychloroquine, a été administrée pendant près de 40 ans à des millions de personnes dans le cadre du traitement contre la malaria sans qu'on ait eu affaire à un désastre sanitaire d'envergure.

Par ailleurs, pour ce qui est de mesurer et quantifier les effets secondaires de l'hydroxychloroquine, ce travail a logiquement déjà été fait depuis de nombreuses années par l'Agence Nationale de sécurité du Médicament (ANSM) car elle a bien donné son autorisation de vente sur le marché.

Les conclusions de ce travail apparaissent donc comme pour tout autre médicament dans le Vidal :

<https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-jplaqu01-PLAQUENIL.html>

Que peut-on y lire d'intéressant concernant les effets indésirables possibles du médicament ?

Que les troubles cardiaques ont une « fréquence indéterminée », c'est-à-dire inférieure à 1% des cas.

Pourtant, les autorités sanitaires restent sourdes à ces arguments et s'appuient sur un arrêté du 13 janvier 2020 pour maintenir leurs décisions. Cet arrêté du 13 janvier 2020 classe sur la liste II des substances vénéneuses l'hydroxychloroquine sous toutes ses formes.

Cela signifie que l'hydroxychloroquine est désormais retirée de la vente en pharmacie et ne peut donc plus être prescrite par les médecins de ville. Notons qu'il existe en France 40 000 personnes atteintes de Lupus qui voient donc leur situation sanitaire changer brutalement.

Bien entendu, la chronologie s'avère ici assez troublante puisque que dans le même temps l'épidémie de Covid-19 explose en Chine (nous y reviendrons plus tard).

La question qui émerge ici est de savoir pour quelles raisons l'hydroxychloroquine change subitement de classement.

La réponse nous est donnée dans un avis de l'ANSES du 12 novembre 2019 sous le numéro de Saisine « « 2019-SA-0175 » ».

<https://www.anses.fr/fr/system/files/ANMV2019SA0175.pdf>

Que dit cet avis ?

Il envisage « l'inscription sur la liste II de la substance : hydroxychloroquine. En effet, la chloroquine substance de la même famille présente un potentiel génotoxique qui pourrait être similaire pour la substance hydroxychloroquine. »

Cet avis précise aussi que c'est l'Agence nationale de sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (ANSM) qui a saisi l'ANSES par courrier daté du 8 octobre 2019.

Etudions donc dans les détails la demande initiale de l'ANSM en date du 8 octobre 2019 : « Les données issues de la littérature ont montré un potentiel génotoxique de la chloroquine in vitro et in vivo. Les données disponibles sur la génotoxicité de

l'hydroxychloroquine sont quant à elles limitées. Toutefois, le risque de génotoxicité de l'hydroxychloroquine ne peut être exclu. »

Nous déduisons donc de l'avis même de l'ANSM :

- Qu'il n'y a aucun nouveau risque cardiaque majeur décelé sur l'hydroxychloroquine
- Que les risques de génotoxicité de l'hydroxychloroquine ne procèdent pas d'une observation de cas avérés mais de déduction théorique non vérifiée

En tout état de cause, il semble raisonnable d'affirmer qu'en période d'épidémie de Covid-19, le rapport « bénéfices /risques » pour une femme ou un homme de 50 ans entre d'une part rencontrer un problème théorique de génotoxicité (critère qui entre en compte dans la reproduction) et de l'autre de mourir d'une pneumonie suite à la contraction du Covid-19 penche nettement en faveur de l'utilisation de l'hydroxychloroquine.

Il était donc raisonnable pour les autorités sanitaires de revenir à l'ancien classement sur l'hydroxychloroquine afin de l'administrer dans le cadre de la prise en charge du Covid, à tout le moins pour les patients donc le rapport « bénéfices /risques » est incontestable.

Au final, on comprend donc mal pourquoi les autorités sanitaires ont argumenté sur la dangerosité cardiaque de l'hydroxychloroquine alors qu'aucune nouvelle alerte préalable n'a pointé ce risque.

Mais qu'à cela ne tienne, les autorités sanitaires françaises ne sont visiblement pas à une incohérence près et mettent quand même en garde les médecins de ville contre l'administration de cette molécule.

Par ailleurs, pour ceux qui tenteraient de contester cet avis quelque peu arbitraire des autorités sanitaires, certains experts médicaux viennent conforter cette argumentation en affirmant sans plus de preuve que l'association avec l'azithromycine rajoute un facteur supplémentaire de risques cardiaques.

Là encore, référons-nous au Vidal et aux préconisations-mêmes de l'Agence Nationale de sécurité du Médicament quant aux interactions avec d'autres substances.

Que précise le Vidal sur l'hydroxychloroquine ? :

« Ce médicament ne doit pas être associé avec ceux contenant du citalopram, de l'escitalopram, de l'hydroxyzine, de la dompéridone ou de la pipéraqine : augmentation du risque de troubles du rythme cardiaque.

Il peut interagir avec les autres médicaments susceptibles de provoquer des torsades de pointes.

Informez par ailleurs votre médecin si vous prenez un antiépileptique, un antidiabétique, un médicament contenant des hormones thyroïdiennes, de la ciclosporine ou de la cimétidine. »

Point donc de référence à l'azithromycine . Pourtant il s'agit d'un antibiotique connu et largement prescrit.

Regardons donc maintenant du côté des effets secondaires de l'azithromycine.

<https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp2881-AZITHROMYCINE-TEVA.html>

Qu'indique le Vidal sur l'azithromycine ?

« Ce médicament ne doit pas être associé aux médicaments contenant :

- De la colchicine (COLCHICINE OPOCALCIUM, COLCHIMAX) : augmentation du risque d'effets indésirables graves de la colchicine,
- De l'ergotamine ou de la dihydroergotamine : risque d'ergotisme,
- Du cisapride (qui n'est plus commercialisé en France) : risque de torsades de pointes.

(...)

Informez votre médecin si vous prenez un anticoagulant oral, un médicament susceptible de provoquer des torsades de pointes, un médicament contenant de la digoxine, de la ciclosporine, de l'atorvastatine ou de la simvastatine. »

Il n'y a donc pas d'interaction connue entre l'azithromycine et l'hydroxychloroquine même si un risque théorique de torsades de pointes est

envisagé et qu'il faut donc prévenir son médecin traitant en cas de prise simultanée.

Autrement dit, le Vidal précise que l'association entre l'azithromycine et l'hydroxychloroquine doit faire l'objet d'un suivi médical par son médecin généraliste.

Mais là encore, il apparaît pour certains spécialistes que le suivi médical par son généraliste n'est pas suffisant et que le risque apparaît comme trop élevé.

Sur la base de quelles données scientifiques se basent-ils pour affirmer cela ?

Aucune a priori si ce n'est la supposition théorique de l'effet cumulatif des deux molécules relativement à la torsade de pointes. Supposition séduisante sur le plan logique mais non vérifiée dans les faits.

Nous le voyons donc ici : l'exigence de données scientifiques semble à géométrie variable.

Pour autant que disent les faits sur ce point ? Car des faits, nous en disposons. En l'occurrence, l'échantillon des 40 000 malades de Lupus en France (malades qui prennent de l'hydroxychloroquine avec une posologie certes divergente du traitement du Professeur Raoult) peut sur ce point nous donner des indications fiables quant à la survenue des torsades de pointes s'ils sont traités sous azithromycine. Ces malades étant médicalement plus suivis que la moyenne il paraît donc probable que de tels événements aient échappé à la vigilance de l'ANSM.

D'une façon paradoxale, l'ANSM en vient donc insidieusement à invoquer sa propre turpide pour argumenter en faveur de l'absence de données suffisantes sur la survenue de torsades de points lors de la prise simultanée d'hydroxychloroquine et d'azithromycine.

Ceci est totalement incohérent et il faut donc conclure sur la base des données analysées dans la passé et hors de l'urgence du Covid-19 que le risque de voir apparaître des effets cardiaques délétères dans le cadre de l'administration du traitement Raoult et sous contrôle médical est très faible.

L'analyse « bénéfiques / risques » sur les bases mêmes des recommandations de l'Agence Nationale de sécurité du Médicament (ANSM) antérieures à l'épidémie de Covid est donc objectivement en faveur de l'administration du traitement Raoult.

On se demande donc toujours sur quels faits scientifiques l'Agence Nationale de sécurité du Médicament (ANSM) se déjuge pour argumenter en faveur de l'interdiction de l'administration du traitement Raoult par les médecins de ville.

A tout le moins, en étant extrêmement prudents, on aurait donc dû trouver assez rapidement un moyen terme raisonnable permettant l'administration d'hydroxychloroquine et d'azithromycine sous le contrôle du médecin de ville ou de l'hôpital pour les patients à risques atteints de Covid-19 (plus de 50 ans et présentant des facteurs de comorbidités).

Le simple fait de ne pas avoir trouvé ce point d'équilibre raisonnable montre le dogmatisme coupable des autorités sanitaires.

L'incohérence et le manque d'objectivité de l'Agence Nationale de sécurité du Médicament (ANSM) est donc indubitable sur la question de la toxicité de traitement Raoult. Or la toxicité reste la pierre angulaire de l'argumentation des autorités sanitaires françaises pour maintenir l'interdiction de son administration par les médecins de ville.

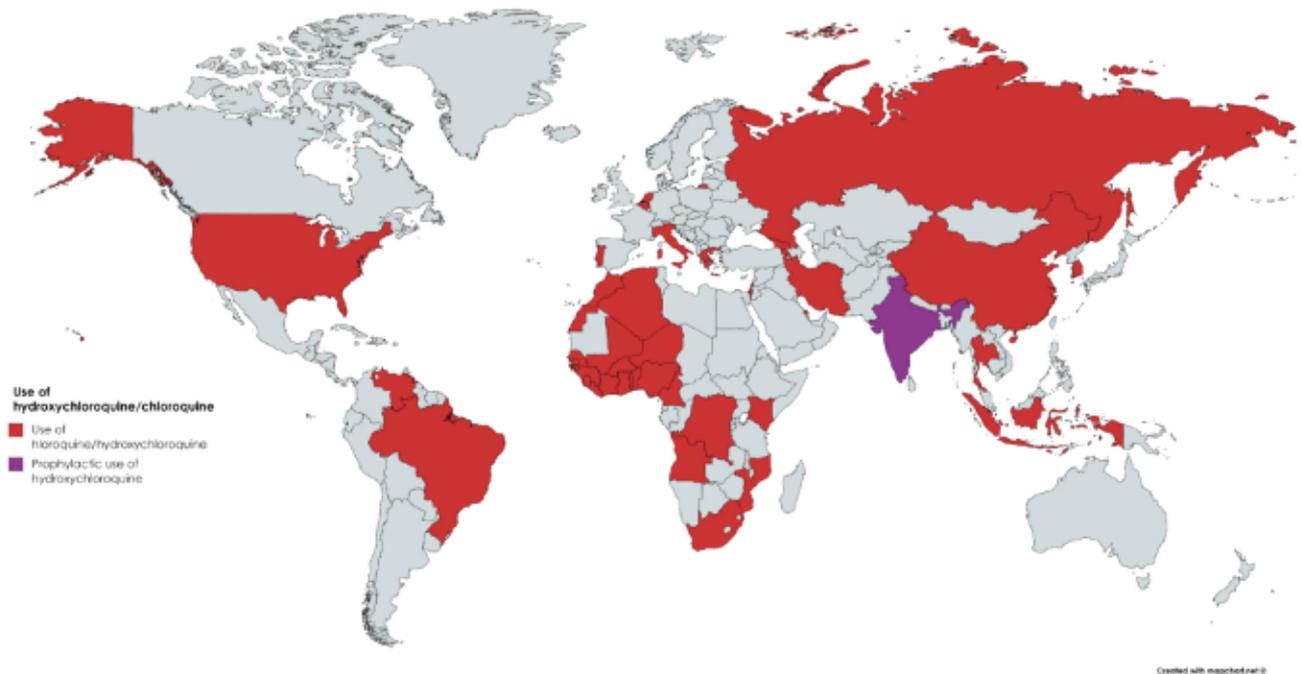
A n'en point douter, les autorités sanitaires devront y répondre.

Si de surcroît le traitement Raoult s'avère fonctionner, les autorités sanitaires seront confrontées à un scandale dont l'ampleur est sans commune mesure avec celui du sang contaminé. Car ils devront faire face à leur incohérence.

2. Des incohérences flagrantes qui interrogent sur les motivations des autorités sanitaires

A. La crispation du débat scientifique met en lumière la lutte d'égos et la mauvaise foi qui traversent ce débat en France

Au-delà des incohérences des autorités sanitaires françaises, il est intéressant de noter que ce traitement est administré sans grande polémique dans de nombreux pays (au 15/04/2020) :



<https://www.mediterranee-infection.com/coronavirus-pays-ou-hydroxychloroquine-est-recommandee/>

Même la Suisse Romande (qui n'est pourtant pas représentée dans cette carte) l'utilise au nom du pragmatisme médical.

<https://www.rts.ch/info/sciences-tech/11238116-la-majorite-des-patients-hospitalises-aux-hug-recoivent-de-la-chloroquine.html>

C'est donc le côté violemment polémique qui nous interpelle dans cette dispute médicale a propos d'un traitement d'urgence.

Comment expliquer une telle levée de bouclier des autorités sanitaires françaises ?

Tout d'abord les luttes d'égos semblent menées à leur paroxysme.

Avant d'entrer dans les mécanismes à l'œuvre dans le cadre de la polémique Raoult, il semble ici utile de rappeler quelques idées générales.

Un scientifique a pour vocation de décrire et d'expliquer le réel. Pour être un bon scientifique, il doit détester l'erreur. Énoncer une erreur ne peut donc être qu'un coup de canif dans l'amour propre d'un scientifique.

Par ailleurs, un expert scientifique vit de son savoir et de sa réputation. Si un expert est mis en échec lors d'une dispute scientifique, c'est son crédit, son prestige

et sa carrière qui sont atteints.

L'amour propre et l'intérêt personnel sont ainsi des passions objectives qui viennent inévitablement troubler le débat scientifique.

Les résistances individuelles pour la manifestation de la vérité, communément désignés comme les mécanismes de « la mauvaise foi », perturbent donc la dispute scientifique.

La lutte entre les partisans du traitement du professeur Raoult d'un côté et ses détracteurs de l'autre est donc une lutte « à la vie, à la mort » sur le plan professionnel.

En conséquence de quoi, personne ne sera enclin à admettre ses erreurs dans ce débat.

Cela étant dit, il convient maintenant de rappeler comment ces mécanismes de mauvaise foi se sont installés dans le débat concernant le traitement de Didier Raoult et de son équipe.

Sur le point, Il faut mettre en exergue la responsabilité même du Professeur Raoult dans la naissance de la polémique.

Non seulement s'est-il trompé dans les grandes lignes sur la gravité à venir de l'épidémie de Coronavirus mais il a de plus critiqué violemment et sans raison apparent le reste des experts médicaux français.

Par ses déclarations, il s'est ainsi mis à dos une grande partie du milieu médical français.

Le 21 janvier 2020, le Professeur Raoult précisait dans une vidéo You Tube que le Covid-19 procédait d'une certaine folie et qu'il ne s'agissait que d'une « grippette qui aurait tué 3 chinois ». Il affirmait que ce qui se passait en Chine était « dérisoire » et que le retentissement qui en découlait était « délirant » quant à la réalité du risque.

<https://www.youtube.com/watch?v=qoBoryHuZ6E>

Le 17 février 2020, le Professeur Raoult précisait dans une vidéo You Tube que le Covid-19 était une épidémie qui faisait « beaucoup de bruit pour pas grand-chose »

et qui provoquerait moins de morts que « des accidents de trottinettes ».

https://www.youtube.com/watch?v=OO_vy-f22nE

Le 25 février, le Professeur Raoult précisait dans une autre vidéo You Tube que le Coronavirus semblait être cantonné en Chine dans le Hubei et que les épidémies étaient avant tout des phénomènes d'écosystème. A cette date, il estime que le Coronavirus chinois n'est pas plus risqué que d'autres infections respiratoires qui circulent actuellement en France.

<https://www.youtube.com/watch?v=ZuE5CA6yB-Y>

Dans ces vidéos, le Professeur Raoult se trompe donc totalement sur l'ampleur de l'épidémie qui va advenir. D'une certaine manière il se déconsidère déjà grandement auprès de ses pairs.

Le 28 février, dans une nouvelle vidéo, le Professeur Raoult se met une nouvelle fois en scène et s'appuie sur le site Expertscape pour montrer qu'il est le premier expert mondial sur les maladies contagieuses tandis que les autres experts français recensés dépendent tous de l'IHU de Marseille à l'exception de Jean-Laurent Casanova. Tous les autres spécialistes français seraient donc invisibles et ne joueraient donc pas dans la même cour que lui: ils ne seraient en somme pas ses pairs.

Or c'est après avoir copieusement délégitimé ses collègues français qu'il évoque, dans la même vidéo, l'efficacité probable de la chloroquine dans le cadre du coronavirus chinois. Il évoque en effet dans cette vidéo les études chinoises faites à ce sujet et les consignes données par le régime chinois (cf. ci-dessous).

<https://www.youtube.com/watch?v=mJl2nPHAo2g>

Pour des questions d'égos, le message sur l'hydroxychloroquine devient donc probablement inaudible.

Encore une fois, la forme provocatrice adoptée par Didier Raoult l'a probablement emportée sur la simple énoncée des faits.

Par ses déclarations incendiaires, Didier Raoult a donc polarisé le débat autour de sa personne et mis en place un conflit larvé sur la légitimité de chacun.

Dès lors le débat est biaisé d'entrée et il deviendra compliqué pour le Professeur Raoult de convaincre.

Pour autant, même si le Professeur Raoult a allumé la mèche, les autorités sanitaires auraient dû faire fi de leur égo et procéder à une analyse méthodique et objective de ses arguments.

N'est-il pas dans la vocation des scientifiques de mettre de côté les affects et de se concentrer uniquement sur les faits ?

C'est pourquoi, bien que le Professeur Raoult soit à l'origine de la polémique, il n'en demeure pas moins que les autorités sanitaires auraient dû se concentrer uniquement sur le débat scientifique.

Autrement dit, les autorités sanitaires ont prêté le flanc à la polémique et se sont ainsi enfermées dans une posture scientifique dont on a vu les nombreuses incohérences.

Pourtant, au fil de la dispute, d'éminents spécialistes et scientifiques français ont fini par se ranger du côté du Professeur Raoult :

- Fabien Calvo professeur émérite de pharmacologie à l'université de Paris-Diderot et ex-directeur scientifique de l'Institut national du cancer,
- Jean-Luc Harousseau ancien professeur d'hématologie à l'université de Nantes et ancien président de la Haute Autorité de santé,
- Dominique Maraninchi professeur émérite de cancérologie à Aix-Marseille et ancien directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,
- Philippe Douste-Blazy, Ancien Ministre de la Santé,
- Christian Perronne, chef du service des maladies infectieuses à l'hôpital de Garches, professeur de maladies infectieuses et tropicales à l'Université de Versailles-Saint-Quentin et membre de l'OMS,
- Etc...

Ces avis éminents auraient pu être envisagés comme autant de mains tendues ou d'avertissements pour que les autorités sanitaires changent de position sur le traitement Raoult.

Mais rien n'y a fait et cela n'a pas fait ciller les autorités sanitaires qui restent sur leurs positions quitte à les endurcir.

Ainsi comme nous l'avons vu, malgré une 3ème étude sur 1061 patients atteints de Covid-19, les autorités sanitaires ont rejeté les conclusions de l'IHU de Marseille d'un revers de la main pour maintenir l'interdiction de la vente d'hydroxychloroquine en pharmacie.

B. De la mauvaise foi au mensonge : il n'y a qu'un pas qui a probablement été franchi

I. Concernant la méthode

Comme nous l'avons évoqué, la 3ème étude du Professeur Raoult est la plus grande série statistique de données recueillies dans le monde sur des patients atteints de Covid-19 à la date de sa sortie.

Ce simple fait aurait dû mériter quelques félicitations de la part des ses collègues français. Mais il n'en fut rien.

Notons parallèlement qu'à part l'IHU du Professeur Raoult, aucun CHU ni aucun autre laboratoire de recherches en France n'était préparé pour cette épidémie.

Tous étaient dépourvus de tests et de réactifs. Cela laisse songeur quant à la compétence de nos épidémiologistes qui furent fort dépourvus quand le Covid fut venu.

La situation en serait presque risible si elle n'était pas dramatique. Voilà des chercheurs payés pour la plupart sur fonds publics et dont le métier est de prévoir et gérer des épidémies. Mais lorsque celles-ci se déclarent, on s'aperçoit qu'ils n'ont pas même préparé leurs matériels.

C'est consternant : les épidémiologistes français sont restés à quai pendant la tempête.

Pourtant le risque d'épidémie majeur était connu depuis 25 ans et ce n'est pas la littérature qui manque sur ce point.

Encore une fois, cela semble devoir faire l'objet d'une enquête parlementaire.

Mais non contents de ne pas avoir préparé leur trousse d'écoliers, les épidémiologistes français semblent aujourd'hui s'acharner sur le Professeur Raoult.

Au lieu de constater leur propre de dénuement, ces épidémiologistes préfèrent critiquer les méthodes employées par la Professeur Raoult. D'un côté nous avons un réalisateur qui fait un film dans la tempête et de l'autre, les experts des Cahier du Cinéma qui en critiquent la méthode.

L'argument de la méthode semble être employé de mauvaise foi. Mais vérifions tout de même s'il est légitime.

Le principal reproche fait aux essais publiés par Didier Raoult est qu'il n'a pas eu recours à la méthode dite « essai randomisé contrôlé en double aveugle ».

Première observation : comme nous l'avons vu, une étude randomisée en double aveugle a déjà été réalisée par une équipe chinoise le 18 février 2020 mais apparemment cette étude est complètement passée sous les radars des autorités sanitaires.

Qu'à cela ne tienne, essayons de voir si l'argument concernant la méthode tient malgré tout.

En sciences expérimentales, il est admis que ce type d'essai est le « Gold Standard », c'est-à-dire la meilleure approche pour évaluer l'efficacité d'une démarche ou d'un traitement.

Dans ce type d'étude, ni le patient ni le prescripteur ne savent si le patient utilise le médicament actif ou le placebo : les deux sont donc « aveugles » quant à la connaissance qu'ils ont du fait de savoir si on leur administre ou non la molécule active.

Notons ici qu'un essai contrôlé randomisé n'est éthiquement acceptable que si les meilleures connaissances actuelles ne permettent pas de dire avec suffisamment de

certitude quelle stratégie thérapeutique est à priori la meilleure afin de ne pas provoquer de pertes de chances pour l'un des patients.

Notons également que le Professeur Raoult, de par la connaissance qu'il a des rapports effectués par les Chinois, a toutes les raisons de croire que l'hydroxychloroquine fonctionne.

Lui demander de faire un échantillon de contrôle test sans hydroxychloroquine revient donc à lui demander de faire une entorse éthique caractérisée.

L'objection éthique évoquée par le Professeur Raoult n'est donc pas simplement théorique. Plus qu'une recommandation méthodologique, c'est même une obligation.

Autrement dit, le respect de l'éthique méthodologique lui impose de ne pas avoir d'échantillon de contrôle.

Les reproches qui sont faits ici à Didier Raoult relèvent donc de la mauvaise foi, du mensonge ou peut-être de l'incompétence.

Par exercice intellectuel, mettons-nous toutefois dans le cas où la personne qui réalise l'essai randomisé contrôlé en double aveugle n'est pas certain des bienfaits de l'hydroxychloroquine (on évacue donc artificiellement la problématique éthique).

Dans ce cas, cette personne peut procéder à la mise en place d'un échantillon de contrôle qui n'aura pas accès à l'hydroxychloroquine tandis qu'un autre échantillon test aura accès au traitement.

Dans le cadre d'un essai contrôlé, la mise en place des ces deux échantillons imposent de neutraliser tous les effets autres que les effets de l'hydroxychloroquine et d'avoir donc deux échantillons de départ identiques.

Dans un monde idéal, on aurait donc des paires d'individus identiques dans chacun des échantillons.

Par approximation, on accepterait des paires d'individus similaires, c'est-à-dire ayant des caractères peu ou prou semblables, en essayant d'exclure les caractères qui viennent interférer sur la mesure du traitement lui-même.

Cela se comprend bien théoriquement et cela s'envisage assez facilement si le nombre de ces caractères est limité.

Mais si le nombre de caractères est quasi infini comme le sont les caractères des individus cela devient théoriquement impossible.

On comprend donc déjà que le fait d'avoir 2 échantillons de départ homogènes est long, compliqué et hasardeux à mettre en place: dans le cas de l'étude du Covid-19, il faut que je dispose sous la main de patients qui se « ressemblent » physiologiquement et qui sont au même stade de la maladie.

On commence donc à toucher du doigt le casse-tête pratique de la mise en œuvre d'un échantillon de contrôle et d'un échantillon test dans le cadre d'une maladie qui dure 3 semaines maximum et dont la plupart des patients s'ignorent (cas des asymptomatiques).

Par souci de simplification, et pour rendre l'expérimentation possible, on définit donc dans un essai randomisé contrôlé un certain nombre de caractères (ou de critères) pour établir artificiellement la ressemblance des échantillons.

Par exemple, on va prendre comme critères l'âge, le poids ou des facteurs de comorbidités classiques (diabète, hypertension, tabagisme etc.) pour faire des échantillons similaires.

Mais remarquez ici que la définition de critères est faite a priori et de façon totalement arbitraire dans le cas d'une maladie comme le Covid-19 qu'on ne connaît pas.

Ainsi a-t-on pris des critères d'âge, de poids ou de facteur de comorbidités. Mais il est tout à fait envisageable sur le plan médical que la masse osseuse (qui est un critère n'ayant pas été choisi dans la mise en place des échantillons) soit un critère important dans les critères de morbidités du Covid-19.

Supposons par exemple que les patients ayant une masse osseuse moindre soient plus susceptibles de mourir du Covid-19. Si tous les patients ayant cette masse osseuse moindre se retrouvent dans l'échantillon de contrôle, ils vont avoir plus de chance de mourir. On en déduira qu'en administrant de l'hydroxychloroquine dans l'échantillon test, on n'a plus de chances de survivre alors qu'en réalité, on a mesuré sans le savoir l'effet délétère d'un manque de masse osseuse.

On comprend donc pourquoi, en l'absence de données suffisantes sur le Covid-19, la mise en place d'échantillons dans le cadre d'un essai randomisé contrôlé est tout à fait aléatoire et inopérante.

La littérature méthodologique précise ainsi qu'en l'absence de critères fiables et éprouvés pour reconstruire une population représentative pour chacun des échantillons, l'essai randomisé contrôlé n'est pas supérieur à l'essai sans contrôle.

De façon plus simpliste, on peut comprendre que lorsque l'on ne sait pas ce qu'il faut vérifier (comme c'est le cas ici avec le Covid-19 puisqu'on ne sait pas encore quels sont exactement les critères de morbidités), il faut :

- Tester largement
- Observer le plus de critères possibles
- Émettre des hypothèses sur la base des observations
- Vérifier les hypothèses en neutralisant les autres effets : c'est à ce moment là qu'intervient l'essai randomisé contrôlé

Ce point méthodologique ne peut être méconnu par des chercheurs qui pratiquent réellement la recherche. Si certains affirment la supériorité de l'essai randomisé contrôlé, c'est qu'ils sont soit incompetents soit menteurs.

Le 6 avril 2020, Xavier Lescure, infectiologue à l'hôpital Bichat-Claude-Bernard (Paris) déclare à propos de la deuxième étude Raoult : « Ce n'est pas un essai thérapeutique randomisé, avec des patients tirés au sort, ils sont sélectionnés sans qualité, certains sont asymptomatiques et n'ont pas à recevoir un traitement, certains évoluent défavorablement vers la réanimation ou la mort et sont exclus de l'étude, etc. C'est une honte scientifique. »

Notons ici que le reproche porte notamment sur « la qualité » des patients. Une fois encore comment peut-on connaître la qualité qui compte en l'absence de toute observation préalable?

II. Concernant le contenu de la 3ème étude du Professeur Raoult

Suite à la 3ème étude de Didier Raoult, les autorités sanitaires ont conclu une nouvelle fois que ce rapport n'apportait rien de nouveau au débat scientifique et

que les taux de guérison avec le traitement préconisé (91%) ce rapprochait peu ou prou des observations effectuées (80% environ).

La première question que l'on se pose, c'est bien entendu de savoir d'où sont tirées les estimations des autorités sanitaires puisqu'elles n'ont pu faire aucune mesure.

Par ailleurs, comment ces autorités sanitaires peuvent-elles prétendre que ces mesures sont plus justes que celle de Didier Raoult puisqu'à la différence des autres études, il a largement testé et qu'entrent donc dans son étude des patients asymptomatiques qui sont par définition pris en compte dans les taux de létalité?

Sur le plan de la méthode seule, les données du Professeur Raoult semblent donc théoriquement les plus crédibles.

Par ailleurs, les détracteurs du Professeur Raoult n'ont pas tiré toutes les conclusions des pré-prints édités le 9 avril 2020 et ce, de façon tout à fait incompréhensible.

Tout d'abord, on y apprend que pour l'immense majorité des patients atteints, la charge virale était négative au bout de 10 jours et pour tous négative au test PCR au bout de 15 jours (excepté une seule personne).

Si les données du Professeur Raoult sont fiables et non trafiquées, il est donc clair que l'administration assez large et sous contrôle médical du traitement préconisé diminue significativement la charge virale et peut modifier donc modifier considérablement le profil de l'épidémie.

Par ailleurs, il apparaît dans cette étude d'autres choses très instructives.

Voilà notamment ce qu'on y apprend concernant les personnes ayant eu un mauvais résultat clinique :

- 7/28 (25%) personnes atteintes de cancer
- 9/78 (11,5%) personnes atteintes de diabète
- 9/46(19,5%) personnes atteintes d'une maladie de l'artère coronarienne
- 23/149 (15,4%) personnes atteintes d'hypertension
- 8/111 (7.2%) personnes atteintes de maladie chronique respiratoire

- 6/45 (6,4%) de personnes atteintes d'obésité

Contrairement à ce que l'on pensait initialement, les patients atteints d'obésité et de maladies respiratoires chroniques semblent moins atteints que des patients présentant d'autres tableaux cliniques.

Le Covid-19 ne serait donc peut-être pas une maladie respiratoire ou de l'obésité et ces facteurs ne seraient pas en eux-mêmes des facteurs particulièrement aggravants.

C'est donc un point très important qui vient contredire le consensus établi précédemment en début d'épidémie.

Cette information est par ailleurs à mettre en regard d'autres observations cliniques réalisées par ailleurs.

Un témoignage vidéo (qui a fait le tour du monde) d'un médecin urgentiste réanimateur new-yorkais, le Docteur Cameron Kyle-Sidell, vient émettre lui aussi l'hypothèse que les effets du Covid-19 ne sont pas comparables à une maladie respiratoire classique. Dans cette vidéo, le réanimateur déclare que les patients atteints de formes sévères de covid-19 ne meurent pas de pneumonie mais d'un syndrome comparable au manque d'oxygénation à haute altitude.

En Allemagne, dans un éditorial de la revue Intensive Care Medicine, Luciano Gattinoni, professeur au sein du service d'anesthésie-réanimation de l'Université de Gottingen et expert renommé en ventilation mécanique, a indiqué que plus de la moitié des patients que ses collègues et lui ont traités dans le nord de l'Italie, présentaient ce symptôme inhabituel. Ils semblaient pouvoir très bien respirer, mais leur niveau d'oxygène était faible.

Cela laisserait donc supposer que les globules rouges ne jouent plus leur rôle d'apport en oxygène ou que plus globalement le Covid-19 est une maladie du sang et non une maladie respiratoire.

Cette hypothèse est par ailleurs étayée par une étude chinoise en date du 10 Avril 2020 qui préciserait certains mécanismes d'inhibitions à l'œuvre :

COVID-19 : Attacks the 1-Beta Chain of Hemoglobin and Captures the Porphyrin to Inhibit Human Heme Metabolism

https://chemrxiv.org/articles/COVID-19_Disease_ORF8_and_Surface_Glycoprotein_Inhibit_Heme_Metabolism_by_Binding_to_Porphyrin/11938173?fbclid=IwAR22SLhu32ArsSZkbAi8Vo7mDPo4sYeOcS2MsRvhoSCPZACqj3joFeFdeFg

Cette étude conclue donc que l'hydroxychloroquine comme le Favipavir peuvent être envisagés comme des molécules efficaces dans le traitement du Covid-19 et qu'il faudrait encore vérifier cette hypothèse au travers de traitements tests.

En Italie, le 11 avril 2020, le Professeur italien Sandro Giannini (orthopédiste de son état mais en première ligne face à la maladie), déclare sans plus de preuves que son observation personnelle le mène à l'hypothèse que la cause principale de mortalité des patients Covid19 est « la formation de multiples micro thromboses dans les vaisseaux pulmonaires » difficile à diagnostiquer et observer.

Ce qui donc tuerait, poursuit le Pr Giannini, « ne serait pas ventilatoire mais circulatoire », lié à une maladie thrombo-embolique pour laquelle existent des traitements efficaces qu'on aurait jusqu'à présent sous-utilisés.

Bref sans entrer plus dans les détails, il apparaît que le travail du Professeur Raoult contribue à alimenter la recherche mondiale et l'hypothèse globale selon laquelle cette maladie ne serait pas une maladie respiratoire mais une maladie du sang dont les symptômes apparents ressembleraient à un syndrome de détresse respiratoire alors qu'il s'agirait en réalité d'un problème d'oxygénation par le sang.

Rejeter d'un revers de la main la 3ème étude du Professeur Raoult relève donc d'une certaine malhonnêteté intellectuelle car la série de données qu'il apporte est une source d'informations précieuse pour la communauté scientifique.

Le bilan de cette polémique est l'existence actuelle de deux camps scientifiques quasi irréconciliables entre les partisans de l'administration sans plus attendre du traitement du Professeur Raoult et ses détracteurs.

Ce schisme scientifique qui traverse le monde médical français en souligne donc la fragilité.

Il est aussi ici le moment de souligner l'immense responsabilité de l'Etat et du Président Macron. C'est lui et personne d'autre qui a choisi de s'entourer de ce

Conseil Scientifique de 11 membres dont les décisions ont été bien souvent malheureuses.

C'est donc la légitimité scientifique même de ce Conseil qu'il faut pointer tout d'abord.

Nous avons déjà préalablement cité les noms prestigieux qui se rangent du côté des partisans de l'administration sans plus attendre du traitement du Professeur Raoult.

Tous ces personnalités scientifiques avaient, au même titre que les autres membres actuels figurant dans ce conseil scientifique, la même légitimité d'y entrer . Il n'est donc pas impossible que le Président Macron ait choisi les uns plutôt que les autres un peu par hasard.

Il apparaît donc in fine que les décisions prises par ce Conseil dépendent aussi de la façon aléatoire dont a été choisi ses membres : ceci n'est pas une méthode satisfaisante (encore moins scientifique) et peut-être que le Comité aurait gagné à être beaucoup plus élargi.

Par ailleurs, il faut aussi pointer l'errance du pouvoir dans le cadre de cette polémique, incapable de trancher sur le fond du problème et laissant de facto à 11 membres tout à fait contestés le soin de prendre en main les destinées de la France.

Il n'est jamais bon qu'en période de gros temps, le gouvernail soit tenu par un équipage divisé ne sachant où aller.

3. Derrière la polémique sur l'hydroxychloroquine, les possibles manipulations du Régime Chinois

A. Des zones d'ombre persiste sur le reclassement de l'hydroxychloroquine en France comme substance vénéneuse

Comme nous l'avons déjà vu, un mois avant que l'épidémie ne touche la France, un arrêté du 13 janvier 2020 classe sur la liste II des substances vénéneuses l'hydroxychloroquine sous toutes ses formes.

Or ce médicament était pourtant distribué dans nos pharmacies depuis de très nombreuses années sans que personne ne s'en alarme.

Cette coïncidence chronologique a longtemps alimenté les rumeurs les plus folles et les plus complotistes :

- Certains y ont vu la main personnelle et vengeresse d'Yves Levy, ancien président-directeur de l'INSERM jusqu'en 2018, qui aurait instrumentalisé son épouse, Agnès Buzyn, ministre de la Santé début janvier 2020 pour faire interdire l'hydroxychloroquine, domaine d'expertise du Professeur Raoult.

- D'autres y ont vu la main des lobbys des grandes industries pharmaceutiques tentant de interdire l'hydroxychloroquine (car le médicament est peu cher et qu'il est moins profitable) au profit de médicaments plus rentables comme le Remdesevir.

Toutes ces hypothèses semblent assez farfelues et ne semblent pas résister non plus à l'analyse chronologique.

En effet, l'hydroxychloroquine a été interdite avant même que l'épidémie de Covid-19 ne touche la France. A priori, début janvier 2020, nul ne pouvait présumer que le Covid-19 la toucherait aussi sévèrement deux mois plus tard.

Mais revenons plus en détails sur les raisons qui ont abouti à l'arrêté du 13 janvier 2020.

Comme nous l'avons vu, la problématique de l'ANSM était alors de s'assurer que l'hydroxychloroquine ne possède pas de facteur de génotoxicité.

Malgré tout, en crise épidémique, on comprend naturellement que ce risque théorique est minime en comparaison des risques réels et urgents du Covid-19.

En toute logique, en ayant une position pragmatique, le bon sens aurait amené à reclasser temporairement l'hydroxychloroquine dans sa catégorie initiale le temps de l'épidémie.

Mais il n'en a rien été et les autoritaires de santé ont persisté dans leur attitude. Y-avait-il d'autres raisons à cet entêtement non raisonnable ?

Sur ce point, nous n'avons point de preuves irréfutables mais nous avons quelques éléments objectivement troubles qui viennent alimenter le débat :

- Le Professeur Perrone lui-même a rapporté sur LCI en date du 20 mars que la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris était en rupture totale de stocks d'hydroxychloroquine et que des vols avaient eu lieu.
- Le Roi du Maroc a très rapidement mis un embargo sur l'exportation de l'hydroxychloroquine produite par Sanofi au Maroc, bloquant de fait cette usine qui la seule à alimenter le marché français.
- Les réseaux sociaux (Groupes Facebook sur le Lupus) pullulent également de témoignages de personnes atteintes de Lupus ayant des difficultés à trouver leur traitement habituel depuis quelques semaines et pas simplement depuis le début de l'épidémie en France · mais aussi dans le monde où la polémique Raoult ne fait pas rage. Il y aurait donc bien eu une pénurie mondiale sur cette molécule.

La question de l'approvisionnement du marché français et même du marché mondial en hydroxychloroquine continue donc de se poser.

On se demande donc légitimement si l'arrêté du 13 janvier n'a pas également été motivé en arrière plan par cette problématique approvisionnement. Il n'est pas question ici d'y voir le sceau de la manipulation volontaire mais d'enquêter pour savoir si cette pénurie éventuelle n'a pas été l'occasion pour les autorités sanitaires française de retirer l'hydroxychloroquine des pharmacies et en profiter pour effectuer des tests.

Nous y reviendrons donc sur la question de l'approvisionnement du marché au regard de ce que nous montrerons plus tard.

B. Les découvertes récentes sur le Covid-19 comme maladie du sang éclaire d'une façon nouvelle les problèmes majeurs d'approvisionnement sur le marché mondial entre décembre 2019 et janvier 2020

Comme nous l'avons vu, les hypothèses qui viennent à considérer le Covid-19 comme un virus entraînant des dysfonctionnements sanguins prennent de plus en plus de crédit au sein de la communauté scientifique.

Il semblerait donc que les anticoagulants puissent servir de traitement d'urgence utile pour diminuer significativement les thromboses et la mortalité globale de ce virus.

Or, de façon tout à fait inattendue, le marché mondial a connu un phénomène de pénurie massif fin décembre 2019 pour perdurer de longues semaines.

Ceci est reporté par des sites américains cardiovasculaires spécialisés dès fin janvier 2020, peut-être plus tôt.

<https://www.cardiovascularbusiness.com/topics/vascular-endovascular/6-things-know-about-potential-heparin-shortage>

Dans cet article, on attribuerait la pénurie d'anticoagulants à une augmentation massive de la demande chinoise, augmentation qui serait due à la recrudescence brutale en Chine d'une fièvre africaine qui aurait affecté les élevages de cochons.

Cette pénurie d'anti-coagulants est également reportée en France dès le 6 décembre 2019 comme le prouve une note du ministère de la Santé.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2019_259to.pdf

Pour pallier la pénurie, le Ministère de la Santé a ainsi pris des mesures temporaires d'autorisation d'importation d'anticoagulants non destinés initialement au marché français .

Au regard de l'utilité probable des anticoagulants dans le traitement des effets les plus graves du Covid (thromboses), la coïncidence ici est plus que troublante.

On serait donc tenté de voir dans cette pénurie d'anticoagulants un lien de cause à effet direct avec la crise du Covid-19.

Pourtant les dates ne collent pas avec le début officiel de l'épidémie de Coronavirus en Chine (Janvier 2020).

Est-ce qu'il s'agit là d'une hypothèse farfelue ? Probablement pas car de nombreux éléments récents viennent confirmer la thèse que l'épidémie de Covid en Chine a commencé bien avant la date officielle donnée par le régime de Pékin.

Citons un article du 19 mars 2020 du magazine « Sciences et Avenir » :

« Pointée du doigt pour être le pays à l'origine de l'émergence du coronavirus Sars-CoV-2, la Chine tente d'imposer la possibilité d'un autre scénario sur l'origine de la pandémie mondiale de Covid-19 dont elle a été l'épicentre. C'est ce à quoi s'est attelé notamment Zhao Lijian, porte-parole de la diplomatie chinoise, jeudi 12 mars 2020, en reprenant à son compte dans deux tweets, les allégations d'un site conspirationniste basé au Canada, comme nous l'évoquions dès le 13 mars 2020, sur le site de Sciences et Avenir. Selon les propos de ce représentant officiel de Pékin connu pour son franc-parler, ce sont des ressortissants américains qui auraient pu apporter le nouveau coronavirus dans la ville de Wuhan, dans la province du Hubei, en octobre 2019, lors des Jeux Mondiaux Militaires qui s'y déroulaient et auquel participait une centaine de pays... Des allégations qui ont immédiatement entraîné la convocation de l'ambassadeur de Chine à Washington (Etats-Unis). »

Comme on le voit, certains hauts dignitaires du régime semblent reconnaître à demi-mots que l'épidémie aurait commencé en octobre 2019 et non en janvier 2020.

Par ailleurs, compte tenu des comparatifs épidémiologiques dont nous disposons aujourd'hui, la diffusion du virus en Chine a dû connaître le même profil qu'en France ou en Italie.

C'est-à-dire qu'il a fallu environ un mois et demi entre les premiers cas décelés et le confinement du Hubei.

Le confinement du Hubei ayant commencé le 23 janvier 2020, cela confirme l'hypothèse que les premiers cas décelés en Chine l'ont probablement été dès début décembre 2019 a minima, peut-être même plus tôt.

Il est donc tout à fait plausible que la chronologie annoncée par le Régime Chinois soit tout à fait fausse.

C. La réécriture de l'histoire d'épidémie de Covid-19 en Chine met en lumière les manipulations du Régime Chinois.

Si l'on part de l'idée justifiée et justifiable que la chronologie fournie par Pékin est fausse, c'est une toute autre histoire que l'on écrit.

En effet, le Régime Chinois aurait donc sciemment menti afin de préserver un accès aux médicaments d'urgence.

Quelles sont les implications de l'hypothèse de réécriture de la chronologie de l'épidémie ?

i. Concernant l'hydroxychloroquine : la Chine a perturbé considérablement la polémique

Si nous partons du principe que l'épidémie de Coronavirus est connue en Chine depuis début décembre 2019, alors les premières études chinoises de février 2020 ont un recul de 2 mois par rapport au début de l'épidémie.

Cela implique donc qu'elles aient été menées avec un recul de un mois de plus que celles du Professeur Raoult réalisées début avril. Leur niveau de certitudes est peut-être un peu plus élevés.

Si l'on part du principe d'un date de départ de l'épidémie début décembre, on explique aussi mieux pourquoi les chinois ont réussi à sortir une étude le 8 février 2020 sur plus de 100 patients disséminés sur plus de 10 régions.

En effet, si on part du principe que l'épidémie a débuté début janvier 2020, cela signifie que les scientifiques chinois ont réussi le tour de force de réaliser une étude randomisée avec contrôle en double aveugle sur plus de 100 patients.

Le comparatif avec les essais européens et français sur le temps nécessaire pour réaliser sur ce genre d'étude laisse perplexe.

Par ailleurs, nous connaissons maintenant le profil de la maladie : entre l'incubation, les premiers symptômes, le développement de la maladie et la fin de la contagiosité, il s'écoule près d'un mois.

La conclusion de cette remarque et que pour que les chinois soient en mesure de publier une étude le 8 février 2020, il devait avoir sous la main tous les patients de l'étude a minima le 8 janvier.

C'est tout simplement impossible. Soit l'étude est fausse, soit la date officielle de l'épidémie est fausse.

Nos observations laissent à penser que c'est plutôt la chronologie qui est fausse.

En conséquence de quoi, il est très probable que la Chine ait procédé à l'achat massif de stocks d'hydroxychloroquine dès décembre 2019.

En coulisse, les autorités françaises ont-elles donc été indirectement manipulées afin qu'elles retirent ce médicament de la vente en pharmacie en janvier 2020 ? Rien n'est certain mais des vérifications semblent nécessaires.

Par ailleurs, outre le fait qu'elle ait volontairement masqué la date réelle de l'épidémie, la Chine a probablement sciemment contribué à perturber le débat.

En effet, le 1er Avril 2020, des chercheurs chinois produisent une étude sur 30 personnes atteintes de Lupus prenant de l'Hydroxychloroquine pour en conclure à son efficacité.

Aussitôt les opposants de Didier Raoult s'en sont servis pour s'opposer à l'administration de son traitement, ce qui a peut-être entraîné la mort d'encre plus de personnes.

ii. Concernant les anticoagulants : la Chine n'a pas révélé des informations cruciales sur le virus afin de protéger son approvisionnement

Si notre hypothèse chronologique est bonne (à savoir l'épidémie a commencé a minima début décembre 2019 en Chine), il apparaît que tout comme les italiens ou les urgentistes new-yorkais, ils ont dû au moins de un mois avant de comprendre que le coronavirus n'entraînait pas de syndrome de détresse respiratoire sévère mais plutôt un phénomène d'asphyxie reposant sur des problématiques sanguines.

C'est pourquoi ils auraient également fait main basse dès début janvier sur les stocks mondiaux d'anticoagulants.

Parallèlement on comprend également mieux pourquoi les Chinois n'ont pas décrété d'embargo sur les respirateurs et qu'ils ont continué à massivement les exporter aux Etats-Unis.

Les américains sont même allés sur place pour les ramener en très grand nombre à New York dans un sorte de diplomatie du respirateur.

Mais il s'agissait en quelque sorte d'une aide médicale empoisonnée.

Les accusations de Donald Trump sur le rôle trouble de la Chine et de son influence sur l'OMS semblent donc fondées.

Une réponse demeure toutefois : cette désinformation a-t-elle procédé d'une volonté de protéger ses sources d'approvisionnement sanitaires pour les soins de premières urgences? Ou plutôt d'une volonté de mettre en difficulté l'Occident ?

Quoiqu'il en soit il est fort probable que le régime de Pékin savait beaucoup plus de choses qu'il a bien voulu dire.

A coup sûr, la transmission de ces informations cruciales aurait évité de nombreux morts dans le reste du monde.

Si tel est le cas, les conséquences géopolitiques vont être similaires à un tremblement de terre sur la carte des relations internationales et amènera de nombreux pays à repenser les concepts de collaboration et de réciprocité avec le régime de Pékin.

Ainsi, l'étude attentive de la polémique concernant le traitement du Professeur Raoult nous amène à des conclusions qui dépassent largement le cadre scientifique. Cela montre aussi l'incapacité de autorités sanitaires françaises à comprendre les enjeux stratégiques qui se jouent sur le terrain de la guerre sanitaire et de la désinformation scientifique et à en alerter l'Etat central.

Coronavirus Raoult Manipulation China Hydroxy Chloroquine