

- [Vous appréciez FranceSoir, soutenez son indépendance ! \(/soutien\)](#)

Les recommandations de traitement du COVID du NIH et de l'OMS doivent-elles être corrigées ?

🕒 Publié le 20/05/2021 à 17:56



L'OMS et NIH, peur de l'erreur ?
FS

PARTAGER CET ARTICLE :

Facebook

Messenger

Twitter

Telegram

WhatsApp

Plus d'options... 20

Auteur(s): **Steve Kirsch, traduit par Jeanne Traduction**

Article original de [Steve Kirsch](https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/NIH-and-WHO-COVID-treatment-recommendations) (<https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/NIH-and-WHO-COVID-treatment-recommendations>), traduit par [Jeanne Traduction](https://twitter.com/Jeanne18945095) (<https://twitter.com/Jeanne18945095>).

Résumé

Cet article est le premier d'une série d'articles soutenant que l'obéissance aux protocoles de traitement restrictifs de la médecine fondée sur les preuves (EBM) dans une pandémie entraîne la

perte inutile de centaines de milliers de vies.

Si, au lieu de s'en remettre exclusivement à la médecine factuelle pour élaborer des recommandations de traitement, nous prenions des décisions médicales fondées sur l'examen de toutes les données disponibles et 1) faisons des recommandations qui sont les plus cohérentes avec les données disponibles à ce jour, 2) faisons des recommandations qui ont le plus de chances de sauver le plus de vies et 3) tenions compte du coût de l'erreur (mort ou effets secondaires temporaires mineurs), nous arriverions à un ensemble de recommandations complètement différent. Nous n'aurions pas peur de faire des erreurs car nous chercherions à minimiser les pertes de vies.

Il existe de nombreuses preuves que le COVID est mieux traité le plus tôt possible avec un cocktail de médicaments, dont deux des plus efficaces et des plus sûrs sont la fluvoxamine et l'ivermectine. Les médecins rapportent tous que plus le patient est traité tôt, meilleurs sont les résultats. Je n'ai encore jamais entendu parler d'un cas où un patient traité dans les 24 heures suivant l'apparition des premiers symptômes avec ces deux médicaments a dû être hospitalisé ou a développé des symptômes de COVID à long terme.

Je pense que l'une des principales raisons pour lesquelles nous avons tant de patients hospitalisés pour le COVID est que l'on dit aux patients de faire exactement le contraire de ce qu'ils devraient faire : s'ils ne sont pas éligibles pour les anticorps monoclonaux, nous leur disons de rester chez eux et de ne rien faire à moins qu'ils ne soient vraiment malades. Lorsque les patients se présentent tardivement, ils sont beaucoup plus difficiles à traiter et les résultats ne sont jamais aussi bons. Si un incendie se déclare dans la cuisine, attendriez-vous que toute votre maison soit en feu avant d'appeler les pompiers ? Malheureusement, c'est exactement ce que font actuellement de nombreux patients en Inde, qui attendent jusqu'à neuf jours après les premiers symptômes avant de se faire soigner.

Et lorsqu'un patient se présente enfin pour un traitement, les médecins hésitent à prescrire les deux médicaments les plus efficaces, car les recommandations actuelles du NIH et de l'OMS pour ces médicaments sont soit neutres, soit négatives, et ces recommandations influencent fortement leurs directives locales.

Les recommandations du NIH et de l'OMS sont formulées à partir de l'évaluation d'études cliniques, mais elles ne tiennent pas compte du coût de l'erreur. Si un médicament n'a que peu ou pas d'effets secondaires et qu'il est prouvé qu'il permet de sauver des vies, pourquoi ne pas lui accorder le bénéfice du doute, même si la qualité des preuves est faible ? Si nous avons tort, il n'y a pas de préjudice. Si nous avons raison, nous pouvons sauver un nombre énorme de vies.

Cet article examine en détail les preuves relatives à trois médicaments : l'hydroxychloroquine, l'ivermectine et la fluvoxamine. Dans tous les cas où ces médicaments sont utilisés à un stade précoce

de la maladie, toutes les preuves (études et résultats en pratique clinique) sont systématiquement positives, mais les recommandations officielles sont soit NEUTRES, soit CONTRE leur utilisation. Si les médicaments ne sont pas efficaces, comment expliquer toutes les preuves ? Ils ne le font pas. C'est un mystère qu'il appartient au lecteur de résoudre.

La fluvoxamine a montré une taux d'efficacité de 100 % dans deux essais randomisés de très haute qualité (l'un étant un ECR-DB, l'autre un essai quasi-randomisé dans le monde réel), tous deux publiés dans des revues à comité de lecture de haut niveau. Si la fluvoxamine ne fonctionne pas, pourquoi aucun des 77 patients de l'étude Seftel qui ont opté pour le médicament n'a-t-il été hospitalisé (contre 12,5 % dans le groupe sans traitement). Pourquoi aucun des patients traités n'a développé de COVID à long terme, alors que le taux de long terme était de 60 % dans le groupe plus sain qui a refusé le traitement ? Non seulement ces organismes sont incapables de nous dire la véritable cause de ces observations importantes, mais ils semblent n'avoir aucun intérêt à découvrir la cause réelle ; ils supposent simplement qu'il doit s'agir d'un biais expérimental ou d'un ou deux facteurs de confusion. J'ai offert 1 million de dollars à quiconque pourrait expliquer le résultat observé s'il n'était pas dû au médicament et personne n'a pris mon argent. La seule explication qui reste est donc que le médicament fonctionne en fait très bien lorsqu'il est administré suffisamment tôt. À aucun moment je n'ai eu peur de perdre le défi. Pour la fluvoxamine, il n'y a qu'une chance sur $1e14$ que les effets à long terme observés aient pu se produire par hasard (10 ordres de grandeur plus sûrs que pour le vaccin).

Le 22 janvier 2021, un panel de 30 experts du CDC, du NIH et des meilleurs centres universitaires américains s'est réuni pour examiner les preuves et a recommandé, dans un rapport supérieur à 2:1, que les médecins parlent à leurs patients de la fluvoxamine pour le COVID. Cet avis d'expert est le plus souvent ignoré par les médecins ; il est clair que les directives du NIH l'emportent sur l'opinion des experts. Malheureusement, de nombreux médecins n'aiment pas utiliser des médicaments qui font encore l'objet d'essais cliniques, alors ils attendent encore 6 mois à un an ou plus la fin des essais, juste pour être sûrs, même s'il n'y a pas d'autres médicaments disponibles. Les patients vont mourir, mais le médecin ne veut pas prendre une mauvaise décision, même si les inconvénients sont minimes en cas d'erreur.

Il existe 29 études sur l'HCQ (dont six ECR) et toutes sont positives. Pourtant, les deux organisations ont formulé une recommandation CONTRE.

Pour l'ivermectine, il y a maintenant 6 revues systématiques. Les revues systématiques sont le niveau de preuve le plus élevé dans la gestion écosystémique et toutes ces revues recommandent l'ivermectine (5 sont publiées, 1 est en attente de publication). Si 6 examens systématiques positifs sur 6 ne sont pas suffisants, que faudra-t-il pour obtenir une recommandation positive de ces organisations ? Quelle est la hauteur de la barre ? À ce jour, aucun d'entre nous n'en a la moindre idée. Ils ne veulent pas nous le dire. Y a-t-il eu des erreurs dans ces examens systématiques ? Aucune des deux agences n'a signalé de telles erreurs.

Recentement, quinze jours après que l'Inde de Goa ait autorisé l'utilisation de l'ivermectine, le nombre de patients devant être hospitalisés a chuté de 58 %. Si le médicament ne fonctionne pas (ou s'il est aussi nocif que le prétend l'OMS), alors qu'est-ce qui a bien pu causer la chute des cas à cet endroit ? Il existe de nombreux autres exemples.

Idéalement, les recommandations des NIH et de l'OMS devraient dire à chacun de se faire traiter dès que possible après l'infection avec des combinaisons de médicaments et des dosages efficaces connus. S'il existe une meilleure combinaison que l'ivermectine et la fluvoxamine, ces agences devraient la proposer. Si nous faisons ce simple changement dans ce que nous disons aux patients, les hôpitaux du monde entier se videraient.

Les NIH et l'OMS ont refusé de défendre leurs recommandations dans un débat neutre. Les NIH refusent même de révéler s'il y a eu un vote sur leur recommandation concernant l'ivermectine.

Quelqu'un se souvient-il de ce que l'OMS a dit le 13 mars 2020 sur la façon de traiter Ebola ? Leur conseil, donné par le Dr Michael J. Ryan, était parfait:

"Vous devez réagir rapidement. Soyez rapide. N'ayez aucun regret. Vous devez être le premier à agir".

"Le virus vous aura toujours si vous ne bougez pas rapidement."

"SI VOUS DEVEZ AVOIR RAISON AVANT DE BOUGER - VOUS NE GAGNEREZ JAMAIS".

"LA PERFECTION EST L'ENNEMI DU BIEN LORSQU'IL S'AGIT DE LA GESTION DES INTERVENTIONS D'URGENCE."

"LA VITESSE L'EMPORTE SUR LA PERFECTION".

"Tout le monde a peur de faire une erreur. Tout le monde a peur des conséquences d'une erreur, MAIS LA PLUS GRANDE ERREUR EST DE NE PAS BOUGER."

"LA PLUS GRANDE ERREUR EST D'ÊTRE PARALYSÉ PAR LA PEUR DE L'ÉCHEC."

Le fait d'avoir besoin de plus de preuves provenant d'un vaste essai de phase 3 randomisé, en double aveugle et lourd, qui prendra des mois, voire des années, pour être terminé, est en contradiction avec le message initial de l'OMS ci-dessus. Par exemple, un an plus tard, l'HCQ, l'ivermectine et la fluvoxamine attendent toujours leurs essais définitifs de phase 3 et les études cliniques ambulatoires de médicaments prometteurs comme le camostat n'ont toujours pas terminé leur recrutement. Si seulement l'OMS avait tenu compte de ses propres conseils d'il y a un an, nous aurions eu un résultat complètement différent aujourd'hui avec le COVID.

En fin de compte, si les NIH et l'OMS ont un passé louable de bons conseils, ils ne sont pas infallibles.

Le conseil de l'OMS concernant Ebola était tout à fait pertinent et applicable au COVID : nous devons traiter ce virus à un stade précoce et nous ne devons pas avoir peur d'utiliser les médicaments qui présentent aujourd'hui les meilleures preuves.

Plus de trois millions de personnes ont perdu la vie à cause du COVID, mais les médicaments qui auraient pu éviter la plupart de ces décès sont restés sur les étagères pendant tout ce temps. Nous avons eu peur de les utiliser alors que nous attendions de plus en plus de données provenant d'essais, qui se révèlent tous identiques et montrent que ces médicaments sont à la fois extrêmement sûrs et efficaces. Nous avons peur de faire une erreur. Pour éviter de nouvelles pertes de vies humaines, chaque pays devrait immédiatement réexaminer les preuves et faire ses propres recommandations en se fondant sur le principe de toutes les preuves disponibles. C'est la meilleure façon de minimiser le nombre de vies perdues.

L'Inde, le Brésil et la plupart des autres pays s'appuient sur les recommandations de traitement du COVID émises par les deux organisations auxquelles les gens font le plus confiance pour obtenir des conseils médicaux, les National Institutes of Health (l'institut national de la santé) NIH et l'Organisation mondiale de la santé OMS.

Pourtant, suivre les conseils de ces organisations sur le COVID ne permet pas d'éviter la mort inutile de millions de personnes dans le monde.

Les conseils fournis par ces organisations sont-ils corrects ? Ou est-il possible qu'il soit nuisible de suivre leurs conseils ?

Cette question est maintenant d'un intérêt public urgent car l'Inde a récemment adopté l'ivermectine comme norme de soins pour le traitement précoce du COVID, ce qui est exactement à l'opposé de la recommandation de l'OMS.



Clinical Guidance for Management of **Adult COVID-19 Patients**

Treatment for Mild COVID-19 Cases (3/3)

MAY DOs:

Therapies based on low certainty of evidence

- Tab Ivermectin (200 mcg/kg once a day for 3 days).
AVOID in pregnant & lactating women

OR

- Tab HCQ (400 mg twice on the first day followed by 400 mg once in a day for 4 days) unless contraindicated
- Inhalational Budesonide (given via Metered dose inhaler/Dry powder inhaler) at a dose of 800 mcg twice a day for 5 days) to be given if symptoms persist beyond 5 days

L'Inde fait-elle ce qu'il faut ? Ou fait-elle une énorme erreur ? Il est important que les gens du monde entier entendent les experts des deux camps afin qu'ils puissent décider par eux-mêmes.

En Inde, chaque État peut émettre ses propres recommandations. Goa veut que les gens prennent de l'ivermectine, mais le Tamil Nadu vient de décider qu'il ne faut pas l'utiliser. Qui a raison ?

Pour aider à résoudre cette question, TrialSiteNews a demandé à l'OMS et au NIH d'amener leurs experts pour un débat ouvert avec les experts mondiaux de ces médicaments et un modérateur choisi d'un commun accord lors d'une réunion zoom en direct, qui sera enregistrée et publiée sur TrialSiteNews et YouTube, pour que le monde entier puisse s'y référer.

En attendant, dans cet article d'opinion, j'expliquerai pourquoi il est plus probable qu'improbable que les NIH et l'OMS aient raté la cible pour trois médicaments importants : l'hydroxychloroquine, l'ivermectine et la fluvoxamine, et pourquoi les gouvernements du monde entier devraient ignorer leurs conseils et évaluer les preuves de manière indépendante.

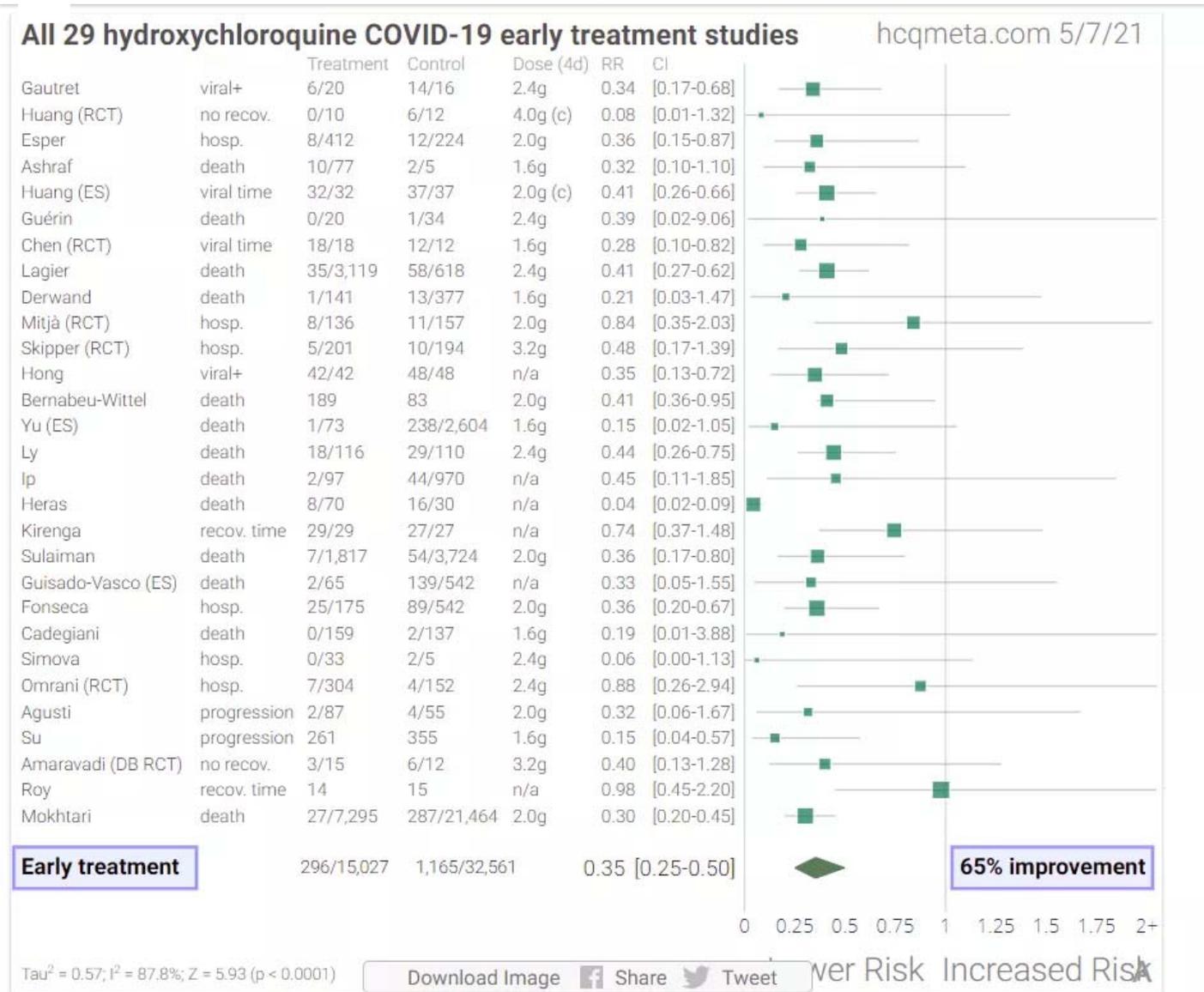
Il s'agit d'un long article. Très long. Mais il s'agit d'un sujet important, car plus de 3 millions de personnes ont perdu la vie à cause du COVID jusqu'à présent, et plus nous n'agissons pas en fonction des preuves évidentes, plus de personnes perdront la vie inutilement. Je vous demande donc d'être patient et de me laisser raconter une histoire importante qui doit être racontée.

Le cas de l'hydroxychloroquine

Commençons par l'hydroxychloroquine (HCQ) utilisée en traitement précoce, c'est-à-dire immédiatement après le diagnostic de COVID. Les deux organisations recommandent de **NE PAS** utiliser l'hydroxychloroquine pour **le traitement précoce de l'infection**, même si aucune étude publiée n'appuie leur recommandation.

Au 7 mai 2021, 29 études sur l'HCQ dans le cadre d'un traitement précoce ont été réalisées - toutes avec **zéro** résultat négatif pour l'issue la plus grave rapportée. La réduction moyenne du risque pour le résultat le plus grave rapporté dans ces essais était de 65%. Voici un graphique de c19hcq.com

(<http://c19hcq.com>) qui le montre :



Les sceptiques pourraient dire que la raison pour laquelle toutes les études sont positives est que les journaux sont plus susceptibles de publier des résultats positifs que des résultats négatifs. Mais en fait, ces arguments ne sont pas valables car les sceptiques ne peuvent pas pointer du doigt un essai négatif de traitement précoce qui n'a pas été publié, donc le débat est sans objet.

Maintenant, parlons sécurité. L'HCQ figure sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS, c'est-à-dire l'un des médicaments les plus sûrs et les plus efficaces dans un système de santé. Les patients atteints de lupus sont mis sous HCQ et restent sous ce médicament à vie. Ce médicament a été approuvé par la FDA il y a plus de 65 ans. En 2016, il était le 135e médicament le plus prescrit aux États-Unis, avec plus de 4 millions d'ordonnances. Des études d'escalade de dose chez des patients atteints de lupus et chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde ont établi que 800 mg par jour à vie et 1 200 mg par jour pendant 6 semaines sont extrêmement bien tolérés.

L'OMS affirme que l'HCQ est sans danger pour les maladies auto-immunes ou le paludisme. Cependant, elle admet qu'il y a peu de preuves à l'appui de son affirmation selon laquelle il n'est pas sûr de prendre de l'HCQ pour le COVID. Mais le problème est que **1)** ils admettent que la certitude des preuves est "faible" à "très faible" et **2)** ils ne les répartissent pas selon la phase de la maladie. Nous nous intéressons au **traitement précoce**, pas au traitement tardif. Vous ne pouvez pas regrouper

toutes les études dans une seule analyse.

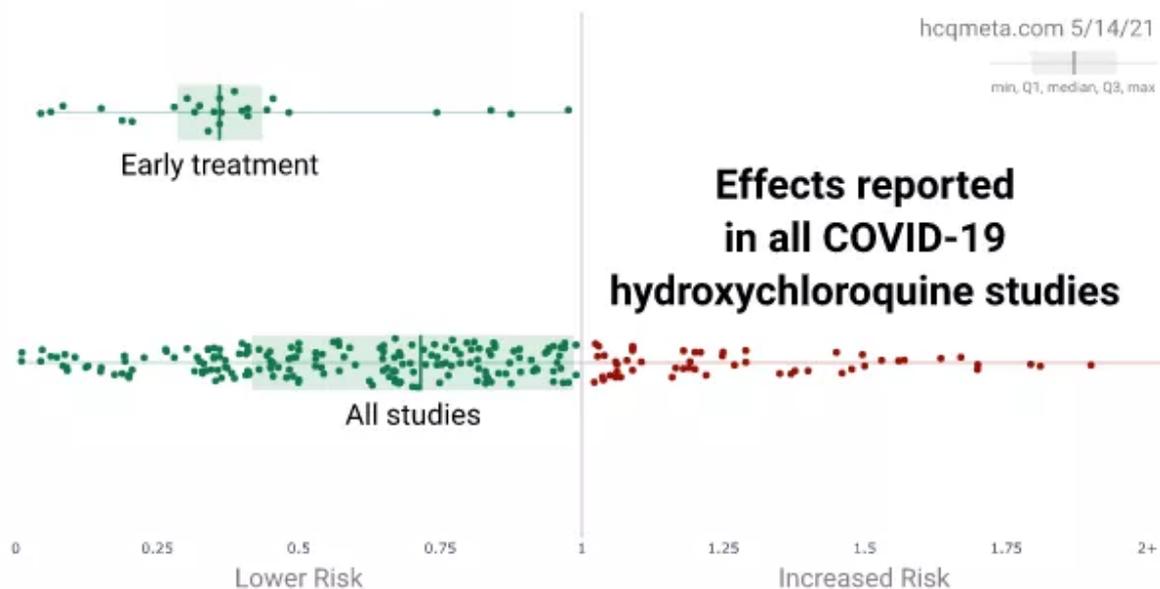
Afin de voir ce qui se passe réellement chez les patients en traitement précoce lorsqu'ils prennent de l'HCQ, j'ai contacté Brian Tyson et George Fareed, dont le cabinet a utilisé l'HCQ pour traiter plus de 6000 personnes de tous âges avec le COVID. Le risque de diarrhée et de nausées/vomissements avancé par l'OMS est à la fois "très rare et très minime". En général, la diarrhée est plus susceptible d'être causée par le COVID que par le médicament. Fareed a déclaré qu'il n'avait eu "aucun problème cardiaque" avec aucun de ses patients. Ils n'ont jamais eu de raison d'abandonner l'HCQ dans leur protocole de traitement et je ne connais pas de médecin aux Etats-Unis qui ait un taux d'hospitalisation pour le COVID inférieur à celui de Tyson et Fareed. **Si l'OMS a raison, alors comment expliquent-ils cette anomalie ?** Tyson et Fareed n'ont certainement pas eu de la chance sur 6 000 patients et l'âge moyen de leurs patients est de 60 ans.

Jusqu'à présent, 29 études, toutes positives, et des milliers de cas concordent avec les études. Notre hypothèse selon laquelle le médicament est efficace est cohérente avec les données. Mais l'OMS et le NIH affirment que nous ne devrions pas utiliser ce médicament, sans pour autant fournir d'explication plausible aux données constamment positives.

Certains scientifiques citeront l'analyse de la HCQ publiée dans Nature qui montre définitivement que l'HCQ est nocif. Mais il s'agissait d'une méta-analyse, qui a sélectionné beaucoup d'études sur l'HCQ administrée à **haute dose à des patients hospitalisés à un stade très avancé. Aucun essai de traitement précoce en consultation externe n'a été inclus.** L'article dit "Les résultats ne sont pas clairement généralisables aux patients **externes**, aux enfants, aux femmes enceintes et aux personnes présentant des comorbidités." Je suis d'accord !

Je ne plaide pas pour de fortes doses d'HCQ chez les patients hospitalisés à un stade avancé. C'est une proposition perdante. Comme vous pouvez le voir clairement, tous les résultats des traitements précoces sont positifs (graphique du haut) alors que si vous regardez tous les stades, c'est là que les résultats négatifs apparaissent, il est donc très important de faire attention à la ségrégation des données lors des méta-analyses.

Details of all 292 studies Meta analysis



Voici une analogie simple qui explique pourquoi le moment où le médicament est administré fait une énorme différence : un petit seau d'eau est très efficace si le feu est petit (stade précoce). Après l'incendie de la maison, le même seau d'eau ne fera rien pour réparer les dégâts, même si nous augmentons la quantité d'eau, et endommagera probablement davantage les restes.

D'autres scientifiques pourraient mentionner le fait que la FDA a révoqué l'EUA (autorisation d'utilisation en cas d'urgence) sur l'HCQ, mais cette révocation était basée sur des études sur des patients hospitalisés, et non sur des patients externes. Cet argument ne tient donc pas la route.

Enfin, certaines personnes peuvent faire référence à l'étude Skipper, un essai de traitement précoce par HCQ sur des patients externes qui a conclu que "l'hydroxychloroquine n'a pas réduit de manière substantielle la gravité des symptômes chez les patients externes atteints de COVID-19 précoce et léger". Je connais un certain nombre de choses sur cette étude particulière car je faisais partie des "donateurs privés" qui l'ont financée. Si vous regardez chaque paramètre qu'ils ont examiné, **ceux qui ont reçu l'HCQ s'en sont toujours mieux sortis**. Voir cette analyse pour plus de détails. Il y a beaucoup plus dans cette étude qui sera publiée plus tard et qui montrera que l'HCQ fonctionne encore mieux que la baisse de 51,7% du taux d'hospitalisation rapportée dans l'article.

En résumé, l'HCQ est à la fois efficace et sûre pour un **traitement précoce** à des doses de 600 mg par jour et plus. Si quelqu'un vous dit le contraire, demandez-lui de vous fournir des études cliniques et des preuves concrètes pour étayer son affirmation. À ce moment-là, ils diront qu'ils n'ont pas le temps de vous parler et s'en iront. Cela m'arrive tout le temps. C'est frustrant.

Le cas de l'ivermectine

Examinons maintenant l'ivermectine pour le traitement précoce du COVID.

Le NIH dit qu'il ne peut pas déterminer si l'ivermectine est efficace ou non, il lui donne donc la note NEUTRE.

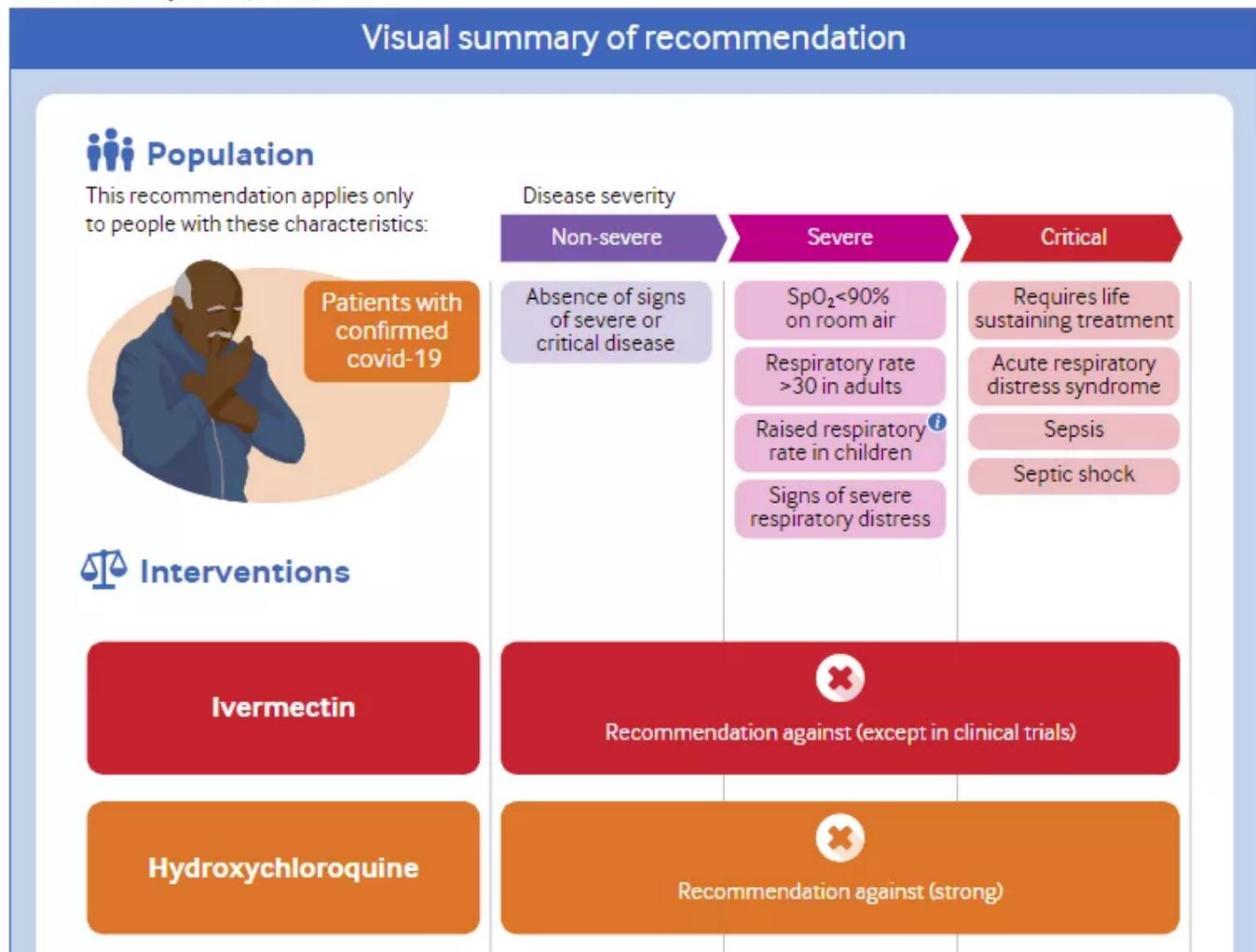
La recommandation de l'OMS et de l'EMA pour l'ivermectine est la suivante : NE PAS UTILISER (sauf dans le cadre d'un essai clinique).

Practice » Rapid Recommendations

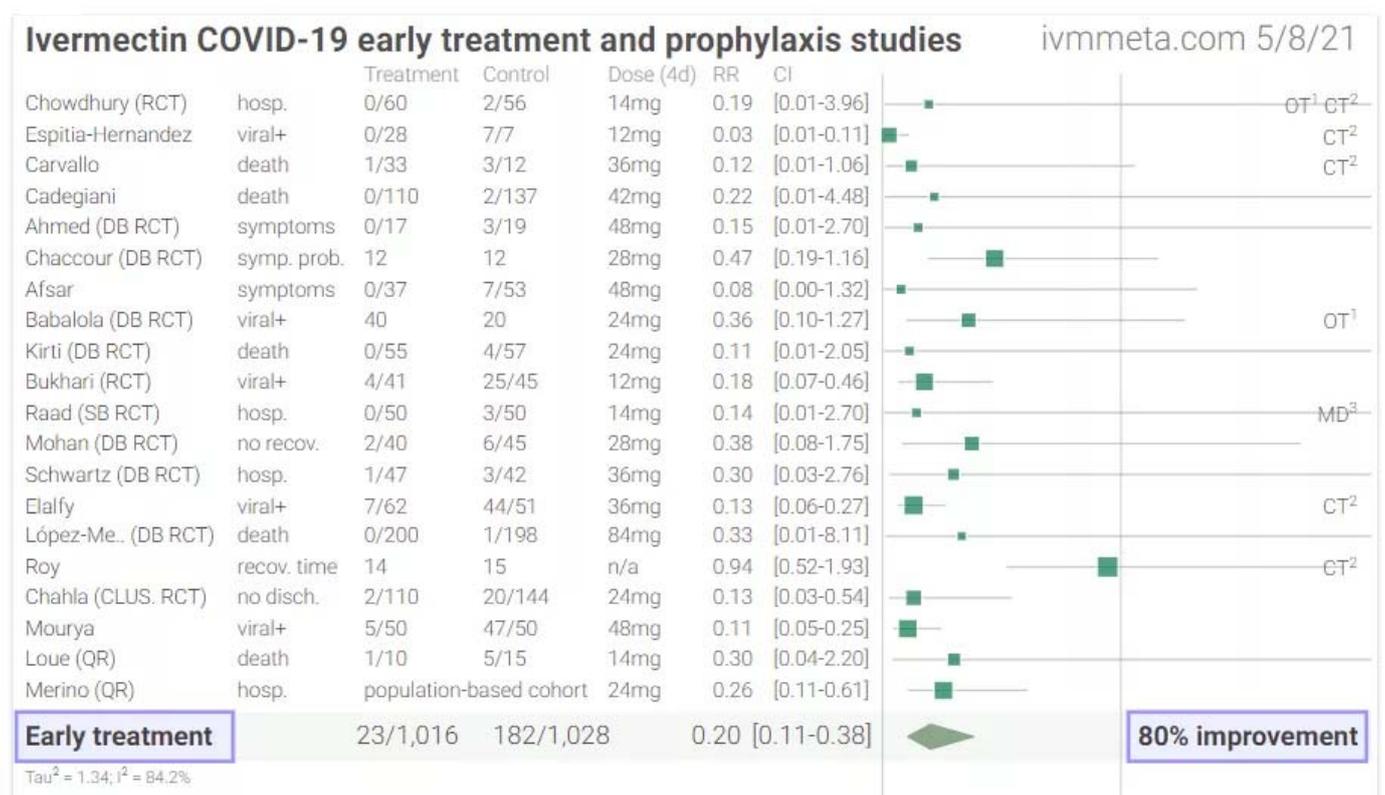
A living WHO guideline on drugs for covid-19

BMJ 2020 ; 370 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3379> (Published 04 September 2020)

Cite this as: BMJ 2020;370:m3379



Voici un résumé des 20 études sur le traitement précoce à l'ivermectine réalisées par 184 auteurs de c19ivermectin.com (<http://c19ivermectin.com>).



Les 20 études sont toutes positives en ce qui concerne l'effet le plus grave rapporté. Je ne prétends pas que toutes les études étaient statistiquement significatives ; elles ne l'étaient pas car il s'agissait de petites études avec relativement peu d'"événements", donc même pour un nombre d'effets importants, il est difficile d'obtenir des statistiques significatives. Cependant, **six d'entre elles étaient statistiquement significatives prises isolément.**

Prenons le cas le plus défavorable, et examinons l'argument en supposant que chaque étude est statistiquement non significative. Certains diront qu'on ne peut rien conclure d'aucune étude : $20 \times 0 = 0$ et il n'y a pas de conclusion. De plus, ils diront que l'on ne peut pas combiner les données puisque chaque étude est différente. Par conséquent, nous ne pouvons rien conclure.

Cela semble logique, mais c'est faux.

L'ivermectine était l'élément commun de chaque étude. Les dosages étaient différents et les groupes de comparaison étaient différents, mais dans les 20 tests, ceux avec l'ivermectine sont sortis victorieux. Il est très peu probable que cela se produise par hasard. C'est comme ce qu'il se passerait si vous ajoutiez Michael Jordan à n'importe quelle équipe de la NBA pour voir s'il ferait la différence. Vous savez exactement ce qui se passerait.

Si le médicament était totalement neutre comme le croit le NIH, alors la probabilité que toutes les études soient positives est de 1 sur 2^{20} , c'est-à-dire une sur un million. En d'autres termes, il est très peu probable que le médicament soit neutre.

Personne ne peut prétendre qu'il y a un "biais de publication", c'est-à-dire que les études positives ont plus de chances d'être publiées que les études négatives, car **PERSONNE n'a été en mesure de trouver des études sur l'ivermectine qui se sont avérées négatives et qui n'ont pas été publiées.**

Voici une analogie : supposons que je donne une seule pièce de monnaie à 20 personnes (une à la fois

et consécutivement) et que chaque personne la lance une seule fois et qu'à chaque fois elle tombe sur face. Chacune de ces 20 études serait statistiquement insignifiante, puisque chaque personne n'a joué qu'une seule fois avec la pièce. Je vous dirai ensuite que la pièce est soit truquée soit équilibrée. Si vous avez la bonne réponse, vous gagnez 1 million de dollars. Je pense que toute personne à qui l'on pose cette question répondra que la pièce est équilibrée, car elle aura raison 999 999 fois sur 1 000 000. Cependant, les NIH et l'OMS considéreraient chacun de ces essais comme insignifiants en soi, et donc dans leur esprit $20 \times 0 = 0$, il n'y a donc rien à conclure et ils seraient tout aussi susceptibles de parier sur pile ou face.

Mais l'OMS ne dit pas que le médicament est neutre. Elle recommande aux gens de NE PAS utiliser l'ivermectine (sauf dans le cadre d'un essai clinique). Elle conclut donc que le bénéfice net est négatif - exactement à l'opposé de ce que les preuves montrent.

Si l'OMS a raison et que l'ivermectine cause de grands dommages, et que le NIH a raison de dire que le médicament ne fait absolument rien, alors comment peuvent-ils expliquer ces observations :

- 1.** Le Mexique encourage l'utilisation généralisée de l'ivermectine et ses hôpitaux sont presque vides. Si ce n'est pas l'ivermectine, comment ce miracle a-t-il pu se produire ? Nous ne parlons pas d'un seul hôpital ici, mais de pratiquement tous les hôpitaux du Mexique.
- 2.** Comment Fareed et Tyson peuvent-ils traiter plus de 6 000 patients du COVID en utilisant l'HCQ et l'ivermectine avec un taux d'hospitalisation proche de zéro ? Les deux médicaments aggravent la situation selon l'OMS.
- 3.** Les pics et les creux des taux de mortalité dans des pays comme le Pérou, le Mexique et le Zimbabwe sont corrélés avec la distribution et la révocation de l'ivermectine. Si ce n'est pas la distribution et la révocation de l'ivermectine qui a provoqué ces effets, alors quelle en est la cause réelle ?
- 4.** Cette étude qui vient d'être publiée au Mexique auprès de plus de 200 000 personnes montre une baisse des hospitalisations de plus de 52 % chez ceux qui ont pris le kit de traitement à l'ivermectine. Si ce n'était pas le kit de traitement, alors qu'est-ce que c'était ?
- 5.** L'étude systématique BIRD, réalisée par un groupe international d'experts, a examiné toutes les données et a conclu que l'ivermectine devait être déployée. Si cette revue est erronée, pourquoi personne n'a dénoncé les erreurs ? Il n'existe aucun article dans la littérature publiée ou sur un serveur de préimpression, où que ce soit dans le monde, soulignant les défauts de l'étude. Comment cela se fait-il ?
- 6.** La revue narrative complète de Kory sur les preuves émergentes en faveur de l'ivermectine a passé l'examen par les pairs dans deux revues différentes (un événement rare) et a conclu que l'ivermectine est efficace à tous les stades du COVID. Si leurs conclusions étaient erronées, comment trois scientifiques gouvernementaux de haut niveau chargés de l'examen par les pairs ont-ils pu accepter l'article ? Remarque : après que la direction de Frontiers ait décidé de censurer l'article de Kory, l'ensemble du groupe de rédacteurs invités nommés par Frontiers a démissionné en masse en invoquant le rejet de l'article de Kory par la revue comme une faute scientifique. Ce point est important car la faute qu'ils dénonçaient n'était pas celle du Dr Kory, mais celle de la direction de la

revue.

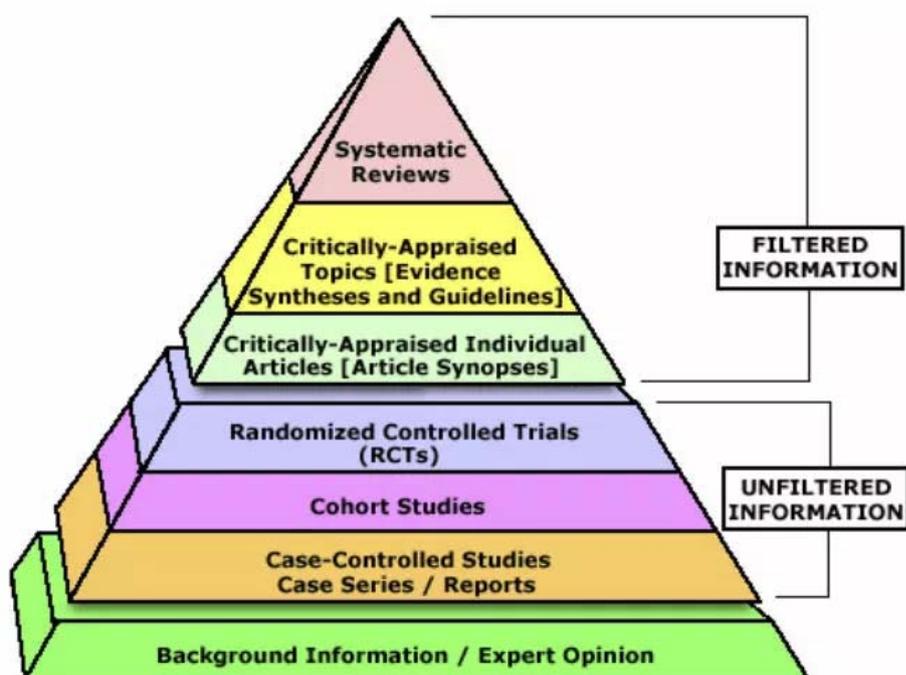
7. Les responsables de la santé de l'Uttar Pradesh s'expriment : L'ivermectine comme traitement prophylactique a fait baisser le taux d'infection et de mortalité du COVID-19. Une déclaration du gouvernement et personne ne la conteste. S'ils se sont trompés, alors quelle est la vraie cause ?

8. Qu'est-il arrivé à Andrew Hill ? Pourquoi a-t-il disparu de la circulation après avoir recommandé l'ivermectine ? Hill a été chargé par l'OMS de réaliser une étude objective sur l'ivermectine. Il a conclu que l'ivermectine était efficace à 75 % en moyenne (l'intervalle de confiance de 95 % indique une amélioration de 48 % à 88 %), puis a accepté que ses conclusions soient réécrites par les commanditaires de l'étude afin de recommander la nécessité de disposer de plus de preuves, et a maintenant disparu de la circulation et ne parle plus à personne. Qu'est-il arrivé au Dr Hill et pourquoi a-t-il disparu de la circulation ?

9. Si le médicament n'est pas efficace, alors comment expliquer la relation dose-réponse hautement significative sur le plan statistique dans au moins un essai contrôlé randomisé en double aveugle ? Par exemple, l'ivermectine montre des avantages cliniques dans les cas de COVID19 léger à modéré : une étude randomisée, contrôlée, en double aveugle, dose-réponse à Lagos qui conclut que "les jours de négativité du COVID [DTN] ont été réduits de manière significative et en relation à la dose d'ivermectine ($p = 0,0066$)". C'est difficile à expliquer car **la valeur p est si faible que personne ne peut prétendre qu'ils ont simplement "eu de la chance"**. Comment pouvez-vous obtenir une valeur p aussi faible si le médicament n'a aucun effet ? En outre, le Dr Hill a indiqué que dans 10 des 13 essais randomisés, un impact statistiquement significatif sur le délai de clairance virale a été constaté, **l'impact étant plus important dans les essais de dosage sur plusieurs jours** que dans ceux sur un seul jour. Encore une fois, il s'agit d'une preuve supplémentaire d'une réponse profonde à la dose. Cela ne peut pas arriver si le médicament ne fonctionne pas.

10. Si le médicament n'est pas efficace, alors pourquoi tous les médecins qui le prescrivent dans le monde réel font-ils état d'une baisse du taux d'hospitalisation ? Existe-t-il un cas de médecin, où que ce soit dans le monde, qui a commencé à prescrire de l'ivermectine puis a cessé de le faire parce que ce médicament ne faisait pas baisser son taux d'hospitalisation ?

11. Des scientifiques de l'AIMS en Inde ont procédé à un examen systématique des données sur l'ivermectine. Comme indiqué dans la figure ci-dessous, les examens systématiques constituent le niveau de preuve le plus élevé de la pyramide de la médecine fondée sur les preuves, le "Gold Standard". Ils ont constaté que "l'ajout d'ivermectine a entraîné **une amélioration clinique significative** par rapport au traitement habituel (OR=1,98, IC 95 % : 1,11 à 3,53, **P=0,02**)". Ils ont noté que la qualité des preuves était "très faible", mais c'est avec cela que nous devons travailler aujourd'hui. **Où sont donc les preuves de haute qualité qui montrent le contraire pour justifier la position de l'OMS ?** Et comment expliquer l'accord statistiquement significatif dans toutes ces études de faible qualité ?



Si vous pensez que l'ivermectine est un danger, vous devez expliquer la véritable cause de ces 11 anomalies. Si vous ne pouvez même pas expliquer l'une d'entre elles, pourquoi devrait-on vous prendre au sérieux ? Après tout, ceux qui ont le point de vue opposé peuvent expliquer chacune d'entre elles. En quelques secondes.

Une étude sur laquelle beaucoup de gens se concentrent pour prouver que l'ivermectine ne fonctionne pas est l'étude de López-Medina publiée dans le JAMA. Elle a déterminé que des patients en bonne santé se rétablissaient **20 % plus vite** en prenant de l'ivermectine. Pourtant, la conclusion était qu'il ne fallait pas l'utiliser car **l'effet n'était pas statistiquement significatif**. Si quelqu'un dit que l'étude de Lopez était une étude bien faite, vous pouvez lui indiquer cette page qui résume les résultats de l'étude. Elle montre que pour chaque paramètre de l'étude, le groupe ivermectine a obtenu de meilleurs résultats. Si le médicament ne fonctionne pas, comment expliquent-ils cette constance ? Bien sûr, aucun de ces effets n'était statistiquement significatif, mais ils étaient tous positifs (tout comme les effets dans les autres études). L'absence de signification statistique signifie simplement que l'étude n'était pas assez puissante car il y avait trop peu d'"événements". C'est ce qui arrive lorsque vous réalisez une petite étude avec des patients plus jeunes. Enfin, indiquez à ces personnes cette analyse et demandez-leur de signaler les défauts de l'article qui a signalé les défauts de l'étude Lopez.

En ce qui concerne la sécurité, l'ivermectine a un profil de sécurité bien établi. Les recherches montrent que le médicament est sûr pour un large éventail de doses et de durées de traitement. Divers documents de l'OMS sur les infections parasitaires font référence au "long bilan de sécurité" de l'ivermectine. Une recherche des profils d'événements indésirables signalés dans les bases de données pharmaceutiques, y compris le VAERS des États-Unis et le Vigibase de l'OMS, montre que l'ivermectine est l'un des médicaments les plus sûrs de l'histoire, et qu'elle a été largement distribuée par l'OMS sur de nombreux continents chez les enfants, les femmes enceintes et les adultes, et figure

donc sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS. Je n'ai pas pu trouver de décès signalé suite à un surdosage d'ivermectine, qu'il soit intentionnel ou accidentel, alors que près de 4 milliards de doses ont été prescrites.

La FDA affirme que l'ivermectine pour les chevaux est dangereuse pour l'homme. Pourtant, personne ne recommande aux gens de prendre de l'ivermectine pour les chevaux. La FDA affirme que les fortes doses ne sont pas sûres et personne ne semble recommander une dose qui dépasse les fourchettes étudiées dans les essais existants.

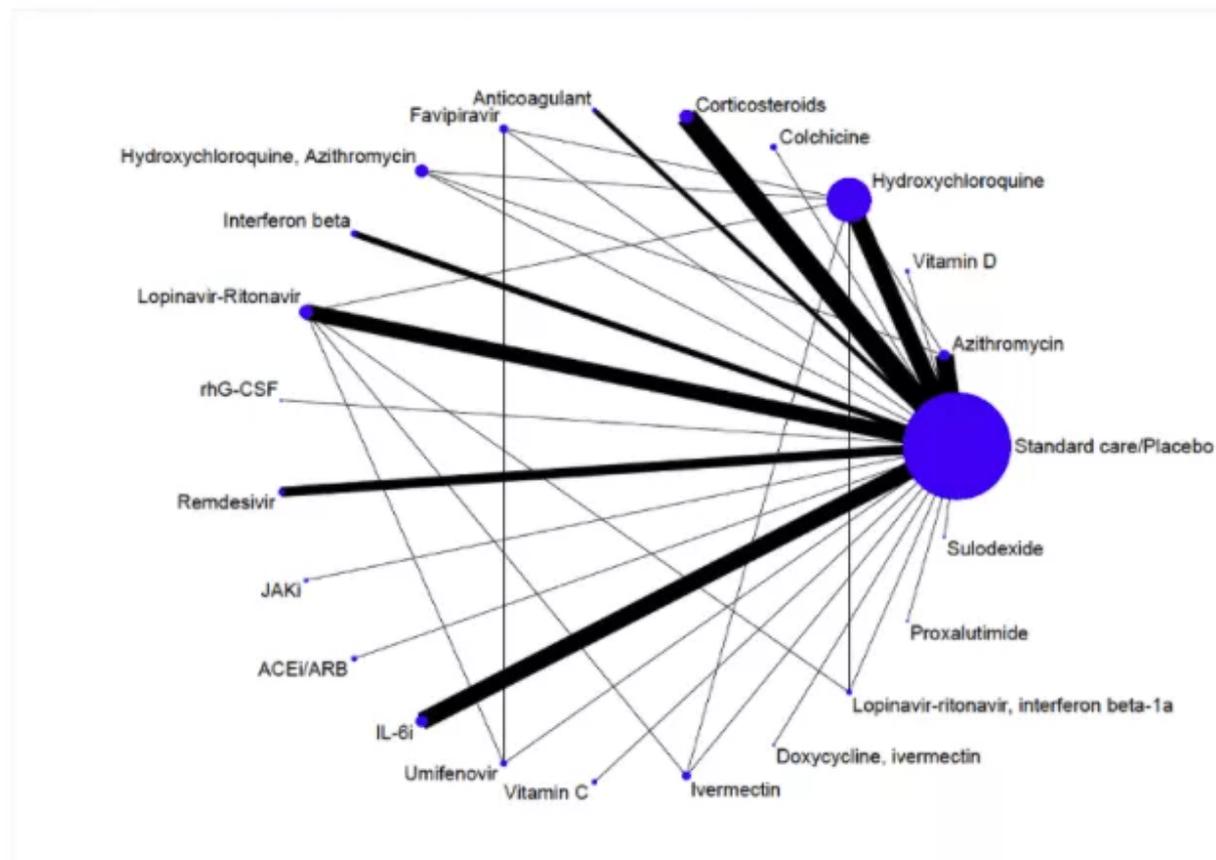
En résumé, toutes les études sur le traitement précoce montrent que le groupe recevant l'ivermectine s'en sort mieux que le groupe sans ivermectine, toutes les données anecdotiques sont positives et il n'existe aucune nouvelle preuve que l'ivermectine est soudainement dangereuse pour la consommation.

Par conséquent, la position selon laquelle l'ivermectine devrait être utilisée pour un traitement précoce est susceptible de sauver plus de vies que la position consistant à éviter l'utilisation du médicament. Ce n'est pas une question de justesse. Vous ne pouvez en aucun cas justifier la position de l'OMS ou des NIH.

Le cas de la fluvoxamine

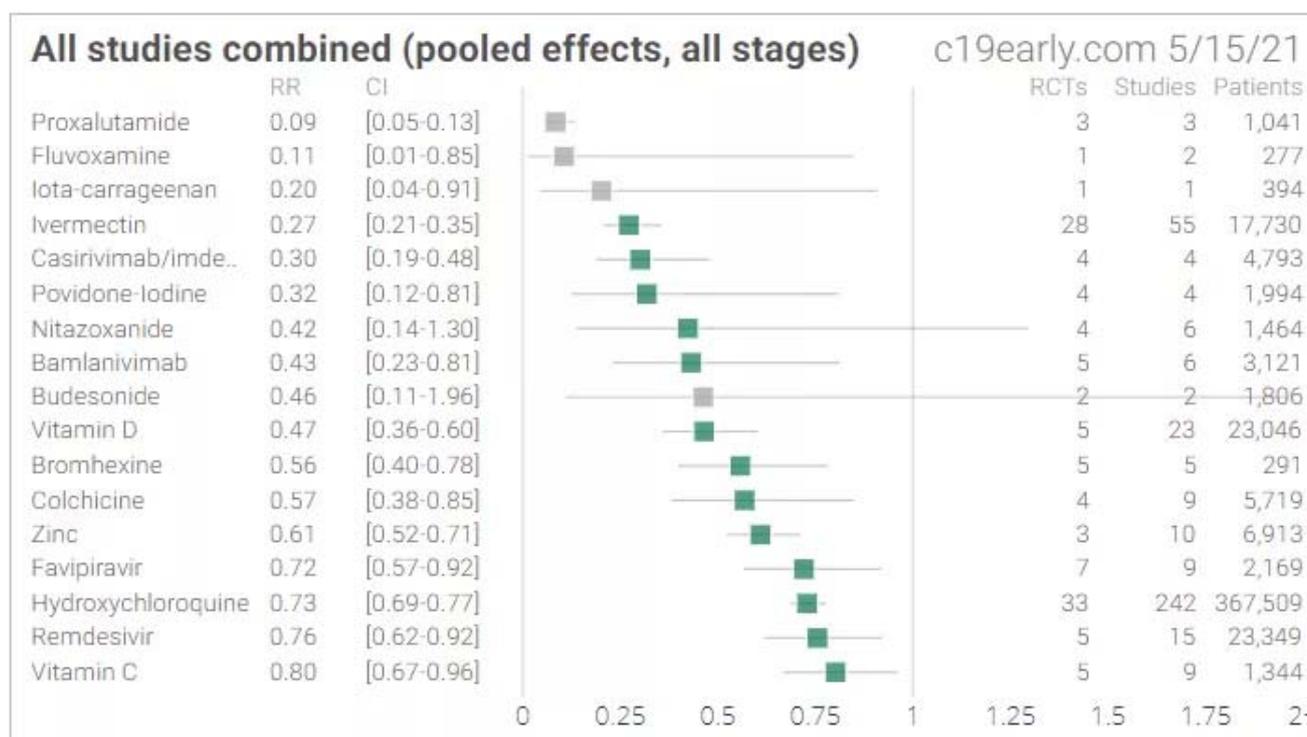
L'OMS est tellement déconnectée des dernières recherches que la fluvoxamine ne figure même pas sur sa liste de médicaments potentiels pour traiter le COVID :

Fig. 1. Network map from the living network meta-analysis informing this guideline



Allez sur c19early.com (<http://c19early.com>) et regardez le tableau. La fluvoxamine est le premier

meicament approuvé de la liste. Il est bon marché, sûr, largement disponible et efficace. Mais il ne mérite même pas de figurer sur la liste de l'OMS. J'ai essayé d'attirer leur attention sur cette omission, mais ils m'ont demandé de cesser de les importuner.



Le NIH est meilleur ; il figure sur la liste des directives de traitement COVID du NIH, et le NIH sait que **deux essais randomisés de qualité ont été réalisés par des chercheurs américains de haut niveau** (un essai était un essai contrôlé randomisé en double aveugle, l'autre était quasi-randomisé, que le NIH qualifie d'"observationnel", mais c'est un débat pour un autre article d'opinion), les deux **ont été publiés dans des revues évaluées par des pairs, et les deux articles ont reçu la prestigieuse désignation "Editor's Choice"** (choix de l'éditeur).

En d'autres termes, **la fluvoxamine a quelque chose que l'ivermectine et l'HCQ n'ont pas** : deux études de qualité, réalisées par des chercheurs très respectés associés à des institutions de premier ordre, publiées dans des revues à comité de lecture de premier ordre, les deux études ont donné des résultats statistiquement significatifs sur un critère clinique critique (l'hospitalisation), les deux études étaient des essais interventionnels, les deux étaient randomisées et les deux études ont été mises en évidence par les éditeurs. C'est pour ces raisons que la communauté scientifique dominante estime que les arguments en faveur de la fluvoxamine sont supérieurs à ceux de l'ivermectine et de l'HCQ.

Parmi les scientifiques les plus respectés que je connais, 100% d'entre eux choisiraient la fluvoxamine en un clin d'œil plutôt que les deux autres médicaments s'ils avaient le COVID et devaient choisir un traitement sur la base des preuves disponibles aujourd'hui. Une école de médecine de premier plan a examiné la fluvoxamine et les autres options et le consensus était que les arguments en faveur de la fluvoxamine étaient clairement les plus solides. Je suis également au courant d'une étude d'essai contrôlé randomisé en double aveugle, non encore publiée, qui a comparé l'efficacité de la fluvoxamine à celle de l'ivermectine et la fluvoxamine était de loin la plus efficace.

La supériorité constante des experts scientifiques est importante car **si un pays ajoute l'ivermectine**

et/ou l'HCQ à ses recommandations de traitement, l'ajout de la fluvoxamine devrait être une évidence. Malheureusement, ce n'est pas le cas aujourd'hui, où que ce soit dans le monde. Cependant, le FLCCC a ajouté la fluvoxamine à ses recommandations de traitement ambulatoire précoce sur la base des preuves et de l'expérience des médecins du monde entier avec cette association.

La première étude sur la fluvoxamine (Lenze), publiée dans le JAMA, présentait une taille d'effet de 100 % dans la protection contre les critères d'hospitalisation définis comme la détresse respiratoire (puisque c'est pour cela que la plupart des gens sont hospitalisés et qu'ils ne voulaient pas compter le fait d'être renversé par un camion et d'être hospitalisé). **Aucun** des 80 patients sous fluvoxamine n'a atteint le critère d'évaluation clinique contre 8,3 % des 72 patients sous placebo. Cela représente une taille d'effet de 100 %, c'est-à-dire impossible à battre.

Mais les chiffres étaient faibles et l'étude a été considérée comme "génératrice d'hypothèses".

Un professeur a noté que "les auteurs de cette étude ont conclu que leurs résultats étaient plus générateurs d'hypothèses qu'un appel clair à l'efficacité du traitement." Bien sûr ! Si vous ne dites pas cela dans votre article, vous ne pouvez pas le faire publier dans le JAMA. Les auteurs le croient-ils vraiment ? Bien sûr que non. Mais vous devrez me croire sur parole, car si vous leur demandez publiquement, ils suivront la ligne du parti et diront exactement ce qu'on attend d'eux.

L'article du JAMA n'a pas généré une hypothèse selon laquelle la fluvoxamine pourrait fonctionner pour le COVID. Les hypothèses ont été générées par de nombreux chercheurs indépendants qui ont examiné les données sur les ISRS et ont remarqué que ces personnes avaient un taux d'hospitalisation et de décès remarquablement plus faible que leurs homologues. L'étude de l'Université de Washington était elle-même basée sur une étude de l'Université de Virginie démontrant que la fluvoxamine réduit l'inflammation dans la septicémie. Le Dr Reiersen a supposé que cela pourrait fonctionner dans le cas de COVID. Elle a émis l'hypothèse et a créé l'étude qui a confirmé son hypothèse. Nous n'avons donc pas eu que de la chance ici... l'étude du JAMA a confirmé des hypothèses émises par d'autres personnes de trois pays différents utilisant des études différentes.

Ce qui est encore plus remarquable, c'est que, dans l'étude de confirmation de la fluvoxamine menée par le Dr Seftel au Golden Gate Fields, qui a débuté le lendemain de la publication de l'article du JAMA, les patients ont pu choisir d'être traités ou non avec le médicament et les patients les plus malades ont opté pour le médicament. De plus, huit patients qui avaient initialement refusé le traitement, ont développé des symptômes, puis ont demandé à être placés dans le groupe de traitement. Cet essai n'était donc pas aléatoire : il était PIRE qu'aléatoire ; nous aurions dû nous attendre à ce que le groupe de traitement ait de très mauvais résultats en raison de ce biais.

Mais c'est le contraire qui s'est produit : 100 % des 77 patients qui ont reçu le médicament ont retrouvé leur état normal en 3 jours en moyenne et ont demandé à reprendre le travail, contre un taux d'hospitalisation de 12,5 % chez les patients qui ont refusé le traitement. Cela représente une valeur p de 0,0026.

Par conséquent, toute personne qui rejette cette étude en disant "elle n'était pas randomisée" passe à côté de l'essentiel. Les résultats de cet essai sont plus solides que ceux du JAMA : la valeur p

est plus forte, la randomisation était plus "difficile" et le médecin avait un accès direct à chaque patient. En outre, **le médicament a été administré rapidement après que le test PCR soit revenu positif**, un facteur clé dans la réussite à 100% de l'essai.

Donc maintenant nous avons deux études avec une taille d'effet de 100%, chacune avec une valeur $p < .01$. Selon vous, quelles sont les chances que cela ne soit pas confirmé dans un essai de phase 3 ? Je dirais qu'il n'y a que deux chances qu'elle ne soit pas confirmée : mince et nulle.

Mais voici l'observation la plus impressionnante qui a été notée dans l'article de Seftel et que PERSONNE n'a examinée : aucun des 77 patients traités par la fluvoxamine n'a développé de symptômes de COVID à long terme, contre 60 % des patients du groupe non traité. **Personne n'a encore réussi à expliquer, si le médicament n'est pas efficace, comment cela a pu se produire.** Il est certain que cela n'était pas susceptible de se produire par hasard. La probabilité que cela se produise par hasard est de 1 sur 10^{14} , c'est-à-dire quasiment impossible. Il n'y a pas de fragilité statistique ici. C'est un résultat impossible si le médicament ne fonctionne pas.

Enfin, le Dr Seftel a utilisé un dosage du médicament, 50 mg BID x 14 j, **soit un tiers de la dose autorisée par la FDA** (et la dose maximale utilisée dans l'étude de Lenze). Même avec une dose aussi faible, les patients se sont uniformément sentis mieux en 24 heures et la plupart ont retrouvé leur état normal en 3 jours. La **dose plus faible a été extrêmement bien tolérée et aucun effet secondaire du médicament n'a été signalé.** Zéro.

Donc, pour résumer jusqu'à présent, nous avons un médicament peu coûteux avec un dossier de sécurité de 37 ans, administré à un tiers de la dose autorisée par la FDA qui n'a pas d'effets secondaires (pour la grande majorité des patients), qui a été efficace à 100% pour prévenir l'hospitalisation, la mort et tout symptôme de COVID à long terme. **Comment ne pas aimer ça ?** S'il existe un médicament approuvé qui a fait l'objet de plusieurs études de haute qualité, toutes statistiquement significatives, avec de meilleurs résultats, nous devrions l'utiliser. Sinon, pourquoi ne devrions-nous pas donner de la fluvoxamine aux gens maintenant ?

Et puis il y a les données des médecins qui l'ont prescrite. Ils disent tous que ça marche comme par magie. Pas un seul médecin qui commence à le prescrire n'arrête (et j'ai vu des médecins arrêter d'autres médicaments qu'ils ont essayés et qui n'ont pas fonctionné, donc je sais qu'ils sont difficiles à persuader). Par exemple, le Dr Amol Kothalkar, un médecin du district de Buldhana dans le Maharashtra, en Inde, utilise la fluvoxamine dans son cabinet depuis des mois. Il ne jure que par elle et m'a dit à plusieurs reprises qu'il était contraire à l'éthique pour les médecins de ne pas prescrire ce médicament pour le COVID. Le Dr Kothalkar est inhabituel car il fait régulièrement des analyses de sang sur ses patients atteints de COVID, ce qui lui permet de voir la relation de cause à effet entre le début du traitement à la fluvoxamine et la normalisation rapide de la CRP ([Protéine C-réactive](https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-anatomie-et-examens/2506230-proteine-c-reactive-crp-definition-taux-basse-elevee-quand-s-inquieter/) (<https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-anatomie-et-examens/2506230-proteine-c-reactive-crp-definition-taux-basse-elevee-quand-s-inquieter/>)). Il sait que si l'on peut traiter les patients suffisamment tôt dans la maladie, tous se rétablissent rapidement, aucun n'est hospitalisé ou ne se retrouve avec un COVID à long terme.

Il n'y a **pas du tout de preuve que la fluvoxamine aggrave le COVID**, et aucun médecin n'a signalé qu'elle ne fonctionnait pas. Il n'y a pas d'anecdotes neutres ou négatives. Il n'y a aucune donnée

inquiétant que vous obtenez de meilleurs résultats en attendant. Il n'y a pas de données indiquant que le rapport bénéfice/risque du médicament est <1 pour les jeunes patients. En fait, toutes les données dont nous disposons jusqu'à présent montrent que le médicament aide les enfants à se débarrasser très rapidement du virus ; les médecins sont stupéfaits par cet effet.

Mon histoire préférée concerne les employés d'un circuit automobile qui, au début, n'ont pas opté pour la fluvoxamine... seuls 40 % d'entre eux environ ont suivi le conseil du médecin de prendre le médicament. Mais deux semaines plus tard, lorsque les employés ont pu constater le contraste frappant entre les deux groupes, 100 % de ceux qui sont tombés malades ont demandé à prendre le médicament. **Même les responsables des pistes, qui n'étaient pas malades, ont demandé des ordonnances de fluvoxamine** afin de pouvoir commencer immédiatement le traitement au cas où ils tomberaient malades. L'effet était donc si important que ces non-experts savaient parfaitement si le médicament était efficace ou non. Ils n'ont pas été influencés par une analyse ou une étude particulière indiquant l'absence de biais ou de valeurs-p. La raison pour laquelle cela est significatif est qu'il était clair pour tout le monde, même pour ceux qui n'étaient pas du tout impliqués dans l'étude (la direction des pistes), que le médicament fonctionnait, **ce qui signifie qu'il n'y avait pas de parti pris de la part du médecin.**

Ma question est donc la suivante : comment se peut-il que 100 % des employés du circuit automobile sachent que le médicament fonctionne, alors que les experts des NIH - qui ont accès à toutes les données - ne peuvent tout simplement pas déterminer si le médicament est susceptible de fonctionner ou non ?

Bien sûr, les NIH diront qu'ils sont prudents car ces résultats pourraient être le fruit du hasard.

Bien sûr, tous ces résultats positifs pourraient être le fruit du hasard... Je reconnais qu'il y a une chance sur 10^{14} que ce résultat soit le fruit du hasard, mais à toutes fins utiles, il est impossible que cela se produise "par hasard".

Ce que je veux dire, c'est que la certitude statistique que le médicament fonctionne est bien au-delà de ce que les scientifiques exigent dans des conditions normales. Nous disposons effectivement de deux études randomisées avec $p < .01$, ce qui est plus que suffisant pour une recommandation positive, et nous avons un cadeau supplémentaire : les données sur les symptômes avec $p < 10^{-14}$.

J'ai discuté de ces résultats avec des spécialistes des données qui m'ont dit "il est IMPOSSIBLE que le médicament ne fonctionne pas" (puis ils ont rapidement précisé que "impossible" signifie que la probabilité qu'il ne fonctionne pas est extrêmement faible). Pour moi, il est donc plus que ridicule que la fluvoxamine ait une recommandation NEUTRE du NIH (et ne soit même pas mentionnée par l'OMS).

Je me rétracterai volontiers en affirmant que le NIH s'est trompé si quelqu'un au NIH peut trouver un biais ou un facteur de confusion pouvant expliquer les résultats observés par Seftel si ce n'est pas le médicament. Ce n'était pas un biais d'observateur puisque tout le monde a vu la même différence miraculeuse et a réagi de la même manière. Et ce n'était pas parce que le médicament est anxiolytique car, lorsque vous retirez l'anxiété de la liste des symptômes, cela ne change pas les chiffres. Et les patients ne pouvaient pas savoir qui n'allait pas être malade car **s'ils le savaient, ces patients n'auraient choisi aucun traitement !** Et ce n'était pas un effet placebo parce qu'il n'y en a pas pour le

COVID qui puisse éliminer tout risque d'hospitalisation et les symptômes de longue durée (pensez-y : s'il y en avait un, alors tous ceux qui se sont inscrits dans n'importe quel bras d'un essai contrôlé randomisé en double aveugle se rétabliraient en 3 jours et personne n'aurait de symptômes de longue durée). Enfin, il ne peut s'agir d'une réduction des symptômes par le médicament lui-même pendant l'étude, car 4 mois après l'arrêt du traitement, les patients traités n'avaient toujours pas de COVID à long terme et le groupe qui avait refusé le médicament souffrait toujours. **Tout cela est vérifiable mais personne n'a voulu le vérifier**, même après que j'ai offert 1 million de dollars à quiconque pourrait prouver que l'effet était causé par autre chose que le médicament.

Lorsque le Covid Early Treatment Fund a fait une demande d'autorisation d'urgence de mise sur le marché, la FDA a rejeté notre demande en déclarant que nos preuves étaient insuffisantes pour obtenir une autorisation d'urgence de mise sur le marché (ce qui est un critère très faible, car il suffit que la FDA estime qu'il existe des preuves que les avantages l'emportent sur les risques). Alors comment expliquent-ils comment l'étude de Seftel a obtenu un résultat aussi étonnant ? Ils ne le font pas. Ils l'ont juste totalement rejetée avec un argument de circonstance selon lequel il pourrait y avoir un biais de l'observateur ou des problèmes de randomisation. Ce n'est tout simplement pas plausible, mais vous ne pouvez pas discuter avec eux.

Puisque le monde cherche désespérément une pilule magique pour traiter les infections au COVID, on pourrait penser que le monde entier (en particulier l'Inde et le Brésil) s'attacherait à vérifier si l'étude de Seftel est valide ou non, car si elle l'était, nous aurions déjà la réponse : une pilule bon marché, sûre et remarquablement efficace. Alors, lorsque ce "miracle sur le circuit automobile" s'est produit, pourquoi les gouvernements du monde entier et la presse grand public ne se sont-ils pas penchés sur la question pour la confirmer ou la réfuter ? **S'ils l'avaient confirmé, cela aurait été l'histoire de la décennie.** À part *60 Minutes*, personne dans les grands médias n'a pris la peine de se pencher sur la question (et nous avons même demandé l'aide de plusieurs experts en relations publiques et en médias, y compris un journaliste récompensé par un Emmy Award, pour sensibiliser la presse). Je note que *60 Minutes* n'a rien découvert d'anormal, sinon l'histoire aurait été très différente. Le journalisme d'investigation est-il mort ? La réponse que nous avons obtenue est que les gens étaient trop occupés pour se pencher sur la question et qu'ils préféreraient attendre l'essai de phase 3, dont le recrutement prendra probablement encore six mois. Pour une enquête qui pourrait être réalisée en quelques jours, attendre six mois semble être un mauvais compromis. Des vies sont perdues parce qu'on ne dispose pas d'un jour ou deux pour vérifier la légitimité de l'histoire ?

Il ne nous reste donc aucune autre explication rationnelle qui puisse correspondre aux faits, si ce n'est que le médicament fonctionne vraiment. Dire qu'il est NEUTRE est totalement injustifiable ; cela ne correspond pas aux faits. Si c'était NEUTRE, quelqu'un frapperait à ma porte pour réclamer son prix d'un million de dollars pour expliquer comment nous avons tous été trompés en pensant que le médicament fonctionne. Il serait en mesure d'expliquer non seulement l'essai Seftel, mais aussi l'essai Lenze, les deux études d'observation en France, l'étude en Allemagne et les deux études aux États-Unis (à TriNetX et à Stanford/UCSF), ainsi que d'expliquer comment les médecins de plusieurs pays utilisant le médicament sur des centaines de patients ont été trompés en pensant que le médicament fonctionnait alors qu'il ne faisait rien. Nous devrions croire que tous ceux qui ont utilisé le

meicament ont juste eu de la "chance".

Enfin, je ne suis pas le seul à penser que les preuves sont irréfutables. Tout médecin qui a déjà prescrit de la fluvoxamine pour le COVID est un croyant. Un groupe d'experts composé de 30 spécialistes des maladies infectieuses du NIH, du CDC et du milieu universitaire s'est réuni par zoom le 22 janvier 2021 pour examiner les données sur la fluvoxamine. Ils ont voté par une marge de plus de 2 contre 1 que les médecins devraient parler à leurs patients de l'utilisation de la fluvoxamine pour le COVID.

Enfin, Vikas Sukhatme, doyen de la faculté de médecine de l'université Emory et expert mondial en matière de médicaments réattribués, a également appelé publiquement à l'utilisation de la fluvoxamine, tout récemment dans une tribune qu'il a cosignée avec sa femme Vidula dans le Times of India.

Question clé : Devons-nous vraiment attendre l'étude parfaite, définitive et de haute qualité ? Je ne le pense pas.

Je dirais qu'il est inapproprié d'attendre des études définitives de haute qualité avant de faire des recommandations en cas de pandémie. D'autres médecins que je connais disent que c'est "contraire à l'éthique" ou "criminel".

Dans le cas de l'HCQ, par exemple, la communauté médicale a adopté une étude publiée dans The Lancet sur l'hydroxychloroquine qui concluait que l'HCQ causait plus de dommages que de bénéfices. Le premier auteur est un professeur de la Harvard Medical School et l'étude a été publiée dans une revue de premier plan. Et le résultat a confirmé ce que tout le monde pensait : que l'HCQ ne fonctionnait pas. Comment pouvez-vous faire mieux que ça ?

Il y avait juste un problème. Cette étude, que tout le monde considérait comme définitive, a été rapidement attaquée par les scientifiques et ensuite rétractée par la revue. C'est ce qui arrive à la vraie science de pacotille : elle est rétractée.

À l'inverse, aucune des études dites de faible qualité montrant que ces médicaments sont efficaces n'a été attaquée comme étant frauduleuse ou inexacte et aucune n'a été rétractée. Alors pourquoi ne devrions-nous pas les croire ?

Il est ironique que l'étude de haute qualité à laquelle tous les scientifiques ont cru, plutôt que les études de "faible qualité", soit le seul article qui ait été rétracté.

De nombreuses études de qualité faible à moyenne peuvent-elles nous conduire à la bonne réponse ? Oui !

Le NIH et l'OMS soutiendraient qu'un grand nombre d'études de faible qualité ne donnent aucune indication sur l'efficacité d'un médicament, car 100×0 reste 0 ou, autrement dit, "garbage in, garbage out" (mauvais à l'intérieur, mauvais à l'extérieur). Ils diront que le pluriel d'"anecdote" est "anecdotes" et non pas données. Ils prétendront qu'ils pratiquent une "bonne science" et adhèrent aux principes de la médecine fondée sur les preuves en ne laissant que des données de haute qualité influencer leurs recommandations.

Je suis respectueusement en désaccord avec leur approche. En tant qu'ingénieur formé au MIT, on m'a appris à combiner les preuves et à prendre des décisions qui auront la plus **grande probabilité**

statistique d'optimiser les résultats.

Il est manifestement faux de dire que les données de moindre qualité ne nous donnent absolument aucun indice sur ce qui se passe. Toutes les études ont des défauts, mais lorsqu'il y a un tel accord entre toutes ces études indépendantes impliquant des centaines de chercheurs, il est irresponsable d'ignorer ce que ces études tentent de nous dire. La plupart des essais sur l'ivermectine, l'HCQ et les deux essais sur la fluvoxamine sont des études de grande qualité sans aucun conflit d'intérêts. Personne n'a suggéré qu'il y avait une quelconque collusion entre ces chercheurs ou qu'ils avaient un "pistolet sur la tempe". Ainsi, au lieu d'ignorer complètement ces études imparfaites, nous pouvons comprendre leurs limites et évaluer leur probabilité d'être exactes.

Par exemple, si j'ai une étude réalisée par un chercheur qui, dans ses 100 dernières études, a toujours obtenu la bonne réponse, si tous les autres facteurs sont neutres, il y a beaucoup plus de chances que ce dernier document de recherche soit également exact. Normalement, personne ne prend le temps de faire cette analyse parce que cela prend beaucoup de temps, mais ici la situation est différente aujourd'hui : au 14 mai, plus de 585 000 Américains sont morts du COVID, et les études de phase 3 que tout le monde attend pourraient encore être dans six mois, voire plus.

Je ne vais pas prétendre qu'aucune de ces études pour aucun de ces médicaments n'est ou n'était parfaite. Elles ne l'étaient pas. Elles sont toutes imparfaites.

Mais je soutiendrai que lorsque la taille de l'effet est suffisamment importante, même les études de faible qualité montrent l'effet.

Le moyen le plus simple de comprendre comment cela peut se produire est de prendre un exemple simple. Supposons que je demande à un groupe d'enfants de 12 ans armés de glucomètres de faire une étude pour savoir si l'injection d'insuline fait baisser la glycémie, je parie que 100 % de leurs études seront positives. À l'inverse, si ces mêmes enfants testaient l'injection d'une solution saline, je m'attendrais à ce qu'aucun d'entre eux ne trouve d'effet. Donc, à moins de croire que chacun des centaines de chercheurs et des dizaines de revues qui ont publié ces études est moins compétent que notre enfant moyen de 12 ans, nous devrions croire que les résultats qu'ils ont publiés ont beaucoup plus de chances d'être corrects dans l'ensemble que d'être faux.

En d'autres termes, à quand remonte la dernière fois que nous avons eu 20 études indépendantes ou plus de phase 2, toutes cohérentes à 100 % pour montrer un effet positif, et qu'un essai ultérieur de phase 3 a montré que les 20 études de phase 2 étaient fausses et qu'il n'y avait aucun effet ou un résultat négatif ? Pour autant que je sache, cela n'est jamais arrivé dans l'histoire de la médecine.

Il serait bon de pouvoir éviter de passer en revue les études de faible qualité et d'attendre simplement que les études de meilleure qualité soient terminées. Cela demanderait moins d'efforts et serait plus fiable.

Mais pour l'instant, nous n'avons plus le temps.

Plus de 3 000 personnes meurent chaque jour rien qu'en Inde et il est impératif que nous utilisions les meilleures preuves scientifiques dont nous disposons et que nous recommandions un plan d'action qui a le plus de **chances de sauver le plus grand nombre de vies sur la base des preuves dont nous**

disposons actuellement.

Il ne nous reste donc plus qu'à évaluer chacune de ces études en profondeur. Mais si nous partons du principe qu'au moins une des études doit être correcte, notre problème est maintenant grandement simplifié puisque toutes les études étaient positives. Ainsi, tant que nous sommes à l'aise avec l'idée qu'au moins une étude sur 20 était bien faite et donnait la bonne réponse, aucune analyse n'est nécessaire puisqu'elles étaient toutes positives.

Si nous nous trompons, nous pouvons très rapidement corriger notre erreur.

“Dans plusieurs mois, si des essais de phase 3 de haute qualité se terminent et montrent que nous avons tort, nous pourrions corriger nos erreurs à ce moment-là. Cela s'est déjà produit auparavant ; les gens sont connus pour faire des erreurs. Mais de manière réaliste, nous n'aurons pas à attendre les essais de phase 3, car si nous déployons largement une solution et qu'elle s'avère erronée, nous nous en rendrons compte très rapidement car les statistiques ne changeront pas et nous corrigerons alors notre erreur. Il y a donc très peu d'inconvénients à agir maintenant et à agir sur la base des preuves limitées dont nous disposons.

En fait, étant donné que ces trois médicaments sont sûrs et qu'il n'y a aucune preuve que, lorsqu'ils sont administrés tôt, ils aggravent la maladie, le **pire inconvénient est l'embarras d'avoir tort**. D'un autre côté, si nous nous en tenons à ne pas recommander de traitement, le **pire inconvénient est la perte inutile de la vie de centaines de milliers de personnes.**”

Il ne s'agit donc pas d'un choix difficile. Plus tôt nous commencerons à ignorer ces recommandations injustifiables du NIH et de l'OMS, plus tôt nous commencerons à sauver des vies dans le monde entier.

Une recommandation NEUTRE est interprétée par le monde entier comme "NE PAS UTILISER" dans la pratique.

Le NIH et l'OMS pourraient faire valoir que leurs directives de traitement sont des directives de pratique et qu'à ce titre, la barre est et doit être très haute pour obtenir une recommandation. Si un traitement dont les preuves ne sont pas optimales est inscrit dans les lignes directrices, et qu'il s'avère par la suite incorrect, cela ternirait la réputation du NIH et de l'OMS en tant que références fiables pour les thérapies dont l'efficacité est absolument prouvée.

Ils rappelleraient également que leurs directives ne sont pas des mandats et que les médecins sont libres de prescrire de l'ivermectine et de la fluvoxamine pour le COVID.

Ils rappelleraient également que leur travail ne consiste pas à maximiser le nombre de vies sauvées. Il consiste à faire des recommandations si et seulement si, à leur avis, il existe des preuves suffisantes pour justifier la recommandation.

Tous ces arguments sont justes et vrais. **Mais c'est ignorer la réalité de la façon dont leurs recommandations sont interprétées** par les gouvernements et les responsables de la santé publique dans le monde entier.

Dans le monde réel, les médecins, les responsables de la santé publique, les médias et le public n'ont pas le temps de faire les recherches détaillées qui sont résumées dans ce document. Ils se fient plutôt aux lignes directrices et interprètent tous une position neutre comme signifiant que le médicament ne

doit pas être utilisé. Et une évaluation NÉGATIVE est encore pire. En fin de compte, (presque) tous les médecins du monde disent que si le médicament n'est pas recommandé par le NIH ou l'OMS, nous ne devons PAS l'utiliser (sauf dans le cadre d'un essai clinique s'il est indiqué).

Les exemples d'interprétation d'un classement NEUTRE/NÉGATIF sont assez stupéfiants : La Hollande va imposer aux médecins une amende de 150 000 euros pour avoir prescrit de l'ivermectine. L'Australie mettra les médecins en prison pour avoir prescrit de l'ivermectine. Les pharmacies américaines refuseront d'exécuter votre ordonnance d'ivermectine en disant qu'elle n'est pas disponible. Si vous parlez de l'ivermectine ou de l'HCQ comme traitement du COVID sur YouTube, cela constitue une violation des directives de YouTube et des médecins ont vu leurs vidéos supprimées, leurs chaînes gelées et leurs vidéos existantes démonétisées. Si vous mentionnez que ces médicaments agissent contre le COVID, Medium révoquera votre compte à vie et supprimera tout votre contenu. Si vous essayez de dire à vos amis sur Facebook que vous allez passer à l'émission 60 Minutes pour parler de la fluvoxamine, Facebook supprimera la publication et vous dira que votre compte sera suspendu si vous refaites une telle chose. Si vous essayez d'envoyer un e-mail privé à vos contacts pour les informer des résultats provisoires de l'essai Together, SendGrid supprimera votre compte, supprimera les liens dans votre message, supprimera tous vos contacts et vos liens de désabonnement, tout cela avant même de vous contacter pour vous donner une chance de faire appel.

Les hauts responsables médicaux indiens s'appuient sur les directives neutres/négatives du NIH pour justifier leur position selon laquelle il n'existe pas de traitement précoce utile pour le COVID (autre que les monoclonaux). Les grands médias brésiliens utilisent les positions NEUTRE/NÉGATIF sur ces médicaments pour apprendre au public brésilien à éviter les traitements précoces parce qu'il n'existe aucun traitement dont l'efficacité est prouvée et que le traitement précoce est dangereux. Ces notes NEUTRES et NÉGATIVES du NIH et de l'OMS ont donc des conséquences.

Imaginez que vous alliez chez votre médecin et lui demandiez des informations sur le HCQ, l'ivermectine et la fluvoxamine et qu'il vous dise : "Ces médicaments ne sont pas recommandés par l'OMS, le NIH ou la FDA pour traiter le COVID et je ne les prescrirai donc pas." C'est essentiellement ce que le NIH et l'OMS disent au monde.

Une recommandation NEUTRE ne serait appropriée que si la moitié des études montraient un bénéfice et l'autre moitié un préjudice. Dans ce cas, il faudrait avoir une position NEUTRE et être parfaitement justifié. J'écrirais même un court article d'opinion sur la façon dont ils ont eu raison.

“Mais ce n'est pas la situation dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui. Nous n'avons pas un bilan de 15/15 victoires/pertes. Nous avons un record de 29/0 pour le HCQ et un record de 20/0 pour l'ivermectine pour le traitement précoce et l'OMS dit aux médecins "ne l'utilisez pas".

Vraiment ?

Si un rapport victoire/perte de 29/0 signifie "ne pas utiliser", alors que faudra-t-il faire pour obtenir une recommandation positive ?”

Chaque recommandation a une note sous forme de lettre et une note numérique :

1. Classement des recommandations : A = Fort ; B = Modéré ; C = Facultatif

2. Évaluation des preuves : I = Un ou plusieurs essais randomisés sans limitations majeures ; IIa = Autres essais randomisés ou analyses de sous-groupes d'essais randomisés ; IIb = Essais non randomisés ou études de cohortes d'observation ; III = Avis d'expert.

Si le NIH changeait sa recommandation sur ces trois médicaments en RECOMMANDANT POUR et qu'il lui donnait une cote de recommandation B ou C avec une cote de preuve IIa, cela serait suffisant.

Cela communiquerait efficacement au monde que "nous n'avons pas encore les études de phase 3 que nous aimerions normalement voir, mais il est clair que prendre ces trois médicaments conduit à de meilleurs résultats que de ne pas prendre le médicament. Nous nous réservons le droit de modifier nos recommandations à l'avenir, au fur et à mesure que nous en apprendrons davantage."

Le point de vue alternatif

Une scientifique/médecin pour laquelle j'ai le plus grand respect m'a écrit ceci :

Je pense très probablement que l'ivermectine et la fluvoxamine ont des avantages, mais il y a certaines limites des études existantes. Je suis d'accord pour dire que d'autres études sont nécessaires et qu'il est important de les faire. Je ne pense pas que ce soit contraire à l'éthique, car nous devons encore confirmer les effets du traitement et aussi parce que même pour les personnes sous placebo, il peut y avoir des avantages pour la personne qui participe à l'étude. Par exemple, nous surveillons étroitement les personnes et leur conseillons de se rendre à l'hôpital lorsque cela est nécessaire. En soi, cela peut sauver des vies, même si les personnes prennent un placebo. Ceux qui ne veulent pas prendre le risque d'être sous placebo et veulent voir si un médecin leur prescrira un médicament, c'est leur choix. Mais pour moi, l'idéal serait de participer à un essai pour que les connaissances acquises puissent profiter à d'autres. Si nous arrêtons toutes les études avant que les effets du traitement ne soient pleinement prouvés, nous nous priverions de la possibilité de clarifier les effets des traitements, et nous ne laisserions pas aux gens le choix potentiel de recevoir leur traitement d'une manière qui pourrait profiter au monde entier grâce aux connaissances acquises.

Je respecte ce point de vue, mais mon argument est que la quasi-impossibilité que ces médicaments ne fonctionnent pas, combinée à l'incapacité de **quiconque** à trouver une quelconque **explication alternative plausible** pour les études d'observation, les études randomisées et les rapports anecdotiques, plaide en faveur de leur utilisation immédiate pour sauver des vies et observer la réduction des décès après le déploiement de ces médicaments. Bien que cette approche prive la communauté médicale des "données propres" qu'elle souhaite pour connaître l'ampleur exacte de l'effet du médicament, je soutiens que sauver des vies maintenant est plus important et que ces essais de phase 3 prennent environ un an pour obtenir des résultats. La "balance des inconvénients" pèse donc clairement en faveur du déploiement du médicament dès maintenant. C'est pourquoi l'ICMR a pris la bonne décision d'inclure l'ivermectine et le budésônide inhalé dans ses recommandations.

Si des vies n'étaient pas en jeu, la position de mon ami pourrait être raisonnable. Mais ce n'est pas le cas ici. **Notez que son argument ne dit jamais que son approche minimisera le nombre de vies perdues.** Il y a une raison pour laquelle elle ne l'a pas dit : ce n'est pas le cas.

Bien qu'elle puisse soutenir qu'attendre plus de données pourrait minimiser le nombre de vies perdues à long terme parce que les médecins seront convaincus à un taux plus élevé à ce moment-là dans le futur, c'est un argument spéculatif ; je pourrais facilement soutenir que lorsque les gens l'essaient maintenant et voient des résultats, d'autres suivront rapidement.

Soit le médicament fonctionne, soit il ne fonctionne pas, soit il est nocif. Sur la base des données observées, il n'y a absolument aucun doute que l'hypothèse qui correspond le mieux aux données est celle de l'efficacité du médicament. Même elle admet **qu'il y a plus de 90% de chances que l'effet soit réel**. Par conséquent, l'utiliser jusqu'à preuve du contraire est la ligne de conduite la plus susceptible de maximiser le nombre de vies sauvées aujourd'hui.

En bref, si je vous proposais de choisir entre deux enveloppes, l'une contenant un billet de loterie et l'autre contenant au moins un billet mais possiblement 10, vous choisiriez laquelle ?

Techniques d'adaptation à la dissonance cognitive

Les arguments présentés dans cet article mettront de nombreuses personnes mal à l'aise, en particulier celles qui croient que le NIH et l'OMS ne peuvent rien faire de mal.

Si on vous demande ce que vous pensez de cet article, voici quelques façons de répondre :

- 1.** Dites-leur que vous avez lu l'article, et que vous êtes d'accord pour dire que oui, tous les effets étaient positifs, mais que puisque chaque étude peut être discréditée d'une manière ou d'une autre, cela signifie qu'il n'y a pas de données. 20 mauvaises études, c'est 20 x 0. C'est la technique la plus populaire parce qu'une fois que vous pouvez ignorer les preuves, vous avez terminé... il n'y a donc pas d'effet et le médicament ne devrait pas être utilisé puisque tous les médicaments comportent des risques.
- 2.** Faites remarquer que parce que l'auteur n'est pas médecin, cela ne vaut même pas la peine d'en discuter. Les attaques ad hominem sont utiles car elles vous évitent d'avoir à argumenter sur le fond.
- 3.** Faites remarquer que le site sur lequel vous vous appuyez, c19early.com (<http://c19early.com>), a été fondé par quelqu'un qui ne veut pas révéler son identité (par crainte de représailles) et que, comme le site est dynamique, il ne peut pas être évalué par des pairs, et qu'on ne peut donc pas lui faire confiance. Vous espérez ensuite qu'ils ne vérifient pas le site et ne découvrent pas que tout ce qu'il contient est en fait exact.
- 4.** Faites remarquer que l'article du Lancet qui prouvait l'efficacité de l'hydroxychloroquine a été rétracté. C'est bien sûr complètement à l'envers, mais cela va tromper la plupart des gens et leur faire croire que vous avez raison, car la plupart des gens vous font confiance (et certains médecins le croient vraiment).
- 5.** Dites-leur que la raison pour laquelle l'HCQ n'a pas été recommandée n'est pas parce qu'elle n'a pas fonctionné, mais parce qu'il existe des traitements précoces plus efficaces approuvés par l'OMS, et que l'OMS ne voulait pas que les gens utilisent les traitements les moins efficaces.
- 6.** Dites-leur que l'article était trop long et que vous n'avez pas encore eu le temps de le lire, mais que vous leur répondrez plus tard, lorsque vous serez moins occupé. Assurez-vous alors de rester occupé.

- 7.** Faites remarquer que l'OMS et le NIH ne font que donner leur avis et que chacun a droit à son opinion. Ces opinions sont censées être basées sur l'évaluation de preuves de première qualité, donc lorsqu'aucune preuve n'est disponible, ils doivent donner une note neutre, même si cela signifie que des vies sont perdues. Malheureusement, cet argument n'est pas très bon car il n'est pas cohérent. En effet, si les études sont toutes défectueuses, cela plaiderait pour une évaluation NEUTRE jusqu'à ce qu'il y ait des études de haute qualité.
- 8.** Faites remarquer que Merck a déclaré que l'ivermectine ne devait pas être utilisée pour le COVID et qu'ils sont dignes de confiance car ils ont tout à perdre puisqu'ils fabriquent le médicament. Espérer que personne ne découvre que Merck cherche des médicaments plus rentables qui ne sont pas des génériques et qu'un générique efficace aurait un impact négatif sur leur potentiel de revenus.
- 9.** Faites remarquer que les pharmacies refuseront d'honorer les ordonnances et que les sociétés pharmaceutiques interrompront l'approvisionnement en ivermectine. Ainsi, même si tout dans l'article est correct, cela ne changera rien.
- 10.** Refusez simplement de le lire. C'est ce qu'ont fait les principaux experts en maladies infectieuses lorsque je leur ai demandé de le lire et de me dire s'ils avaient trouvé des erreurs. Ils ne peuvent pas aller à l'encontre de la ligne du parti, sinon leurs futures recherches ne seront pas financées. Les institutions ont la mémoire longue.
- 11.** Dites-leur : "Écoutez, il arrive tout le temps que des études de phase 2 soient inversées en études de phase 3. Nous devons être prudents." S'ils demandent ensuite "Vraiment ? À quand remonte la dernière fois que vous avez eu 29 études positives d'affilée et que l'étude de phase 3 les a annulées ?", répondez simplement : "Je n'ai pas le temps de retrouver toutes les études" et partez.

Résumé

Si nous voulons minimiser les décès, nous devons prendre des décisions fondées sur les meilleures preuves disponibles aujourd'hui et choisir l'option la plus susceptible de minimiser les décès.

Il ne s'agit pas du tout d'un choix difficile. Les preuves sur la table sont à la fois cohérentes et convaincantes pour les trois drogues. La cohérence des données que nous avons en main, et la confirmation dans les rapports anecdotiques de centaines de médecins et de milliers de patients, rendent beaucoup plus probable que le médicament fonctionne comme prévu. Personne n'a proposé d'explication alternative qui puisse correspondre ne serait-ce qu'à un petit sous-ensemble des preuves.

Si nous avons tort de recommander le médicament, il n'y a pas de mal. Mais si nous avons tort de ne pas recommander le médicament, nous avons inutilement coûté la vie à des millions de personnes.

Ces trois médicaments ne sont pas NEUTRES ou NÉGATIFS. Ils sont POSITIFS. Ces médicaments peuvent et vont sauver des vies si nous permettons expressément aux médecins de les utiliser maintenant.

Aujourd'hui, la confiance du public dans le NIH se dirige vers un niveau historiquement bas. Cet article a mis en évidence certaines des raisons pour lesquelles c'est le cas. Leurs positions sur ces trois

médicaments ne sont pas défendables. Même s'il s'agit d'une question de grand intérêt public, je m'attends à ce que les deux organisations refusent un débat public avec les experts mondiaux sur chacun de ces médicaments.

La raison pour laquelle elles refuseront est qu'elles savent qu'elles perdraient un tel débat. Grossièrement. Mais elles inventeront une excuse pour expliquer que, malgré les milliers de personnes qui meurent chaque jour rien qu'en Inde, elles sont tout simplement trop occupées pour défendre leurs recommandations dans un forum ouvert et neutre.

Je sais, pour avoir parlé aux médecins qui utilisent ces médicaments aujourd'hui, que nous pouvons réduire considérablement les hospitalisations, les décès et le COVID à long terme en traitant chaque patient infecté (**indépendamment de l'âge, des facteurs de risque et des symptômes**) **le plus rapidement possible** avec seulement deux médicaments : l'ivermectine et la fluvoxamine. À ma connaissance, aucune personne ayant reçu l'association de ces deux médicaments à un stade **précoce** (dans les 24 heures suivant les premiers symptômes du COVID) n'a été hospitalisée, n'est décédée ou n'a développé un COVID à long terme. Ces résultats sont basés sur des données d'efficacité non publiées provenant de plus de 600 patients externes traités par plusieurs médecins dans plusieurs pays et indiquent un signal d'efficacité de l'association sans toxicité fâcheuse (il n'y a pas d'interactions médicamenteuses entre les médicaments). Après l'ajout de l'association aux protocoles du FLCCC, il n'y a eu aucun rapport d'effets indésirables de l'association.

Je demande instamment aux médecins : si une personne est testée positive, **n'attendez pas les symptômes avant de la traiter** ; c'est comme si vous attendiez que toute votre maison soit en feu avant d'appeler les pompiers. **Le COVID doit être traité de la même manière que David Ho a dit que nous devons traiter le VIH : rapidement et durement.** Et tout comme il a fallu de nombreuses années pour apprendre cette leçon pour le VIH, il faudra malheureusement le même temps avec le COVID pour que les médecins réalisent que ce virus doit être traité de la même manière que ce dernier. Dans l'histoire de l'humanité, il n'y a jamais eu de virus pour lequel on obtient de meilleurs résultats en le traitant tardivement. Les vieilles habitudes ont la vie dure.

Tout comme les médecins doivent traiter le COVID sans attendre les symptômes, **le NIH et l'OMS ne doivent pas attendre de nouvelles données.** Le monde est en feu et il faut agir maintenant. Un capitaine de pompier ne demande jamais de grands essais randomisés avant de prendre une décision sur la meilleure stratégie de lutte contre un incendie ; il prend les meilleures décisions pour minimiser les décès et les handicaps en se basant sur les preuves dont il dispose, même si ces preuves ne sont pas parfaites. L'OMS et le NIH devraient faire de même. Plus vite ils ajusteront leurs recommandations de manière à maximiser le nombre de vies sauvées, mieux ce sera.

Steve Kirsch est un serial entrepreneur dans le domaine de la haute technologie basé dans la Silicon Valley. Il est un philanthrope médical depuis plus de 20 ans. Lorsque la pandémie a commencé, il a quitté son emploi de jour chez M10 et a créé le COVID-19 Early Treatment Fund (CETF) (financement des traitements précoces du covid-19), qui finance des chercheurs du monde entier menant des essais cliniques en ambulatoire sur des médicaments réattribués. Le CETF a financé les essais de David

Bouware sur l'hydroxychloroquine et les essais de phase 2 et de phase 3 sur la fluvoxamine, parmi de nombreux autres projets de recherche. Il a récemment fait l'objet d'un reportage dans l'émission 60 Minutes, qui a mis en lumière ses travaux sur la fluvoxamine. Il n'a aucun conflit d'intérêts ; son objectif est d'aider à sauver des vies. En 2003, Hillary Clinton lui a décerné le National Caring Award. Il a écrit cet article pour partager une partie de ce qu'il a appris au cours de l'année écoulée sur l'échec de la médecine fondée sur des preuves lors d'une pandémie, dans l'espoir que les gens se rendent compte de leurs erreurs et changent d'avis.

Auteur(s): **Steve Kirsch, traduit par Jeanne Traduction**

PARTAGER CET ARTICLE :

Facebook

Messenger

Twitter

Telegram

WhatsApp

Plus d'options... 20

Chère lectrice, cher lecteur,

Vous avez lu et apprécié notre article et nous vous en remercions. Pour que nous puissions poursuivre notre travail d'enquête et d'investigation, nous avons besoin de votre aide. FranceSoir est différent de la plupart des medias Français :

- Nous sommes un **média indépendant**, nous n'appartenons ni à un grand groupe ni à de grands chefs d'entreprises, de ce fait, les sujets que nous traitons et la manière dont nous le faisons sont exempts de préjugés ou d'intérêts particuliers, les analyses que nous publions sont réalisées sans crainte des éventuelles pressions de ceux qui ont le pouvoir.
- Nos journalistes et contributeurs travaillent en collectif, au dessus des motivations individuelles, dans l'objectif d'aller à la **recherche du bon sens**, à la **recherche de la vérité** dans l'**intérêt général**.
- Nous avons choisi de rester gratuit pour tout le monde, afin que chacun ait la possibilité de pouvoir accéder à **une information libre et de qualité** indépendamment des ressources financières de chacun.

C'est la raison pour laquelle nous sollicitons votre soutien. Vous êtes de plus en plus nombreux à nous lire et nous donner des marques de confiance, ce soutien est précieux, il nous permet d'asseoir notre légitimité de media libre et indépendant et plus vous nous lirez plus nous aurons un impact dans le bruit médiatique ambiant.

Alors **si vous souhaitez nous aider, c'est maintenant**. Vous avez le pouvoir de participer au développement de FranceSoir et surtout faire en sorte que nous poursuivions notre mission d'information. **Chaque contribution, petite ou grande, est importante pour nous, elle nous permet d'investir sur le long terme. Toute l'équipe vous remercie.**

[Soutenez FranceSoir dès 1€ > \(/soutien#don\)](#)

[Voir les 9 commentaires / analyses](#)

A lire aussi :