

La Voix de l'Opposition de Gauche

DOCUMENT

Yazdan Yazdanpanah, la tournée de trop d'une équipe de scientifiques en déclin ? et la faute ?

FranceSoir

Le 11 septembre 2020

« **Des chercheurs qui cherchent, on en trouve. Des chercheurs qui trouvent, on en cherche.** » **On connaît la célèbre formule attribuée au général de Gaulle. Nous sommes en 1965, il parle du CNRS. 55 ans plus tard, la crise de la Covid-19 ne nous oblige-t-elle pas à un constat tout aussi cruel pour un pan de la recherche française ? Quel rôle Yazdan Yazdanpanah joue-t-il dans ce qui ressemble à un mauvais film ?**

Le rêve naufragé de l'Inserm

Certains chercheurs de l'Inserm, dont le professeur Yazdan Yazdanpanah fait partie, semblent évoluer dans une autre époque. Comme des « Drogo » du *Désert des tartares*, cela fait longtemps maintenant qu'ils scrutent l'horizon. Qu'attendent-ils ? Le signe de la possibilité d'enfin **trouver « le vaccin »**. Cela n'a pas marché sur le VIH, pas plus que sur Ebola, ni du reste sur le Paludisme. Aujourd'hui leur cible, c'est évidemment la Covid-19.

En 20 ans, il y aura eu peu, pour ne pas dire pas, de découvertes du côté de l'Inserm. Evidemment, ce vide est rempli de publications dont une grande partie sont des rétrospectives sur les **travaux d'autres chercheurs**, comme l'illustre bien [cet article sur Ebola \(Épidémies Ebola : quels enseignements\)](#). On retrouve ainsi toujours un peu les mêmes noms dans les publications des chercheurs de l'Inserm.

Il faut dire que la recherche scientifique a trouvé le moyen de « phagocyter » les Etats. Depuis des années, les chercheurs créent des structures où ils peuvent réciproquement se coopter. Et toutes ces structures, distinctes, mais interdépendantes à de multiples niveaux (humains, sujets, objectifs), sont évidemment les partenaires idéaux d'entreprises à la recherche d'une **caution scientifique**. Avec toutes ses strates et niveaux de recherches, la France excelle en la matière.

Cependant, le financement de ces entités par des entreprises privées ne masque que mal la frustration de **nombreux échecs consécutifs**. Comme dans le roman de Dino Buzzati, le saint vaccin n'a jamais été au rendez-vous. Dans la crise de la Covid-19, son absence sert actuellement de caution à un « traitement annexe », au demeurant très cher et aux **bénéfices incertains** pour les patients, le remdesivir. Sur la base d'[études incomplètes sur ses effets secondaires](#), les autorisations temporaires d'utilisation transfèrent d'ailleurs le risque sur le patient. Il n'est donc pas étonnant de voir les sociétés pharmaceutiques pousser la logique encore plus loin en signant des accords avec les Etats pour **se défaire du risque juridique**. Michèle Rivasi l'explique très bien dans son interview sur [la décision du parlement européen de réduire la complexité des procédures sur les](#)

[vaccins OGM](#) en passant outre certaines étapes fondamentales de la recherche, par exemple l'analyse complète des effets secondaires.

Après des années d'échecs sur le VIH, Ebola, le paludisme et l'hépatite C, ces chercheurs n'ont pas la même **échelle de temps** que celle liée à l'urgence d'une pandémie qui frappe à la porte? Le choix du coûteux remdesivir comme traitement prometteur de la Covid-19 n'est peut-être pas tant lié à de **possibles conflits d'intérêts** ou à l'influence de Gilead. Ne serait-ce pas la tournée de trop d'une équipe de scientifiques enfermée dans son « fort du désert » ? N'auraient-ils pas cru voir un ennemi (l'hydroxychloroquine) qui risquait de les empêcher de revenir sur le **devant de la scène** ? Vu de leur fort perdu, les patients sont loin...

Qui a écrit « pas une seule des 30 molécules de médicaments qui sauvent des millions de vies n'est sortie de la recherche publique française ces 20 dernières années » ? Non, ce n'est pas FranceSoir. C'est Radio France qui rapportait cette triste réalité dans un article publié le 14 mai 2020 sur la lutte contre la Covid-19, en particulier sur la lutte acharnée engagée au niveau mondial.

L'influence et les liens d'intérêts des laboratoires pharmaceutiques avec les médecins chercheurs ou praticiens ont largement été abordés, ainsi que [les potentiels conflits d'intérêts](#) qui en découlent. Le coup de projecteur porté sur la **SPILF** suite à la plainte déposée contre le Pr Raoult aura permis de constater que l'association savante des infectiologues français a des liens si étroits avec **Gilead** que le laboratoire américain sponsorise les badges de leur colloque annuel (qui s'est tenu le 9 septembre).

Rappelons que la SPILF a touché 1.7 millions d'euros des laboratoires entre 2012 et 2020, et ses membres 1.6 million d'euros. Pour la partie visible et déclarée dans [Transparence.gouv](#).

Yazdan Yazdanpanah au centre de l'écosystème et des décisions

Outre ses travaux pour l'**Inserm** et l'**OMS**, le Professeur Yazdanpanah est directeur du consortium **REACTing** et président du **GloPID-R**, « *une alliance mondiale d'organisations internationales* » qui compte parmi ses membres la *Fondation Bill et Melinda Gates*.

Tel l'avion renifleur de pétrole d'ELF dans les années 1970, aurait-il "reniflé" les traitements pour la Covid-19 sur des bases autres que celles demandées par la science ? Le calendrier de certaines déclarations, décisions et actions permet une analyse assez fine.

Le 19 mars, l'Inserm se propose d'être le chef de file en France sur la Covid-19, plus précisément le Dr Yazdanpanah se [propose de tout diriger et de tout coordonner](#). L'objectif est simple : parvenir en même temps à « *soigner, faire circuler l'information et chercher* » en mobilisant toutes les énergies « *dans un esprit collectif* ».

Mais déjà à la mi-mars, le choix des produits potentiellement efficaces est en réalité déjà décidé par M. Yazdanpanah, à savoir le **Kaletra** (traitement à base de lopinavir et de ritonavir, développé pour le VIH et fabriqué par AbbVie) avec ou sans interféron, et le **remdesivir** (traitement développé par Gilead pour Ebola).

Le choix semble même avoir été effectué **bien avant que la pandémie arrive en France**, basé sur sa seule expérience et ses partenaires antérieurs.

- Un [article du Canard Républicain](#) mentionne « *Lors d'une conférence de presse organisée par l'Inserm le 31 janvier, il avait déjà évoqué le remdesivir, ainsi que le Kaletra, médicament à base de lopinavir + ritonavir, et l'interféron bêta. En fait, bien avant le 11 mars, les modalités des futurs essais cliniques avaient déjà été données...* ».
- Pourtant, M. Yazdanpanah déclarait encore le **23 janvier** : « *il n'y aura pas d'épidémie* » en France.
- Encore plus interpellant, le **24 janvier**, il explique que selon « *une équipe de l'Inserm qui a fait une modélisation, c'est entre 5 % à 15 % de risque qu'il y ait un cas en France* ».

Des positions questionnables et questionnées

D'un point de vue scientifique, « *avoir la solution avant de connaître la maladie* » est une position surprenante, pour ne pas dire inquiétante, d'autant plus que l'option Kaletra s'est déjà révélée décevante dans le passé. Elle le sera à nouveau quelques semaines plus tard contre la Covid-19.

« *Il n'y a pour l'instant qu'un seul médicament dont nous pensons qu'il pourrait avoir une réelle efficacité. Et c'est le remdesivir.* » Cette déclaration de Yazdan Yazdanpanah est d'autant plus **questionnable éthiquement** quand on sait que [le directeur du consortium REACTing a des liens d'intérêts personnels](#) avec les 2 laboratoires pharmaceutiques, AbbVie et Gilead, et qu'il a même conduit des études sur le VIH pour le compte d'AbbVie.

Ne pas sélectionner l'hydroxychloroquine, est-ce une hypocrisie mal dissimulée ? « *Mais pour le moment, soigner le coronavirus avec de l'hydroxychloroquine reste un pari : nous n'avons pas la preuve de son efficacité sur la survie, la mortalité et sur la guérison clinique* » expliquait M. Yazdanpanah au micro de RTL. « *Outre le manque de résultats et de recul sur l'hydroxychloroquine, un problème majeur demeure le risque d'effets indésirables graves que ce traitement présente, notamment en cas de surdosage* ».

Au moment du lancement de l'étude Discovery, « *La chloroquine, médicament contre le paludisme, n'a pas été retenue à cause des interactions médicamenteuses et des problèmes d'effets secondaires, notamment sur les patients en réanimation* ».

Dès le début, curieusement, M. Yazdanpanah « *positionne* » l'hydroxychloroquine comme un médicament devant être prescrit pour les **patients en réanimation**. Il est pourtant bien placé pour savoir que les antiviraux sont efficaces le plus tôt possible dans une maladie virale, voire même avant, en prophylaxie.

Et mettre en avant les effets secondaires engendrés par l'hydroxychloroquine, alors que le produit existe depuis 50 ans et a été utilisé par des milliards de gens, est un **mensonge scientifique**.

Pfizer [communique à la même époque](#) sur sa large expérience concernant la sécurité du médicament proposé par le Pr Raoult, et **Glaxo** [confirme son efficacité probable](#) par retro-engineering.

Sera-t-on encore étonné de retrouver dans [le document du ministère de la Santé](#) du 20 février 2020 à la section 6.14, l'Oseltamivir et/ou antibiotique dans les traitements éventuels de la Covid-19 ? L'Oseltamivir est commercialisé sous le nom Tamiflu..

Des déclarations à double tranchant

Lors de son audition devant l'Assemblée nationale le 24 février, notons [deux propos](#) « savoureux » du Docteur Yazdanpanah. « **Le premier obstacle, pendant une épidémie, c'est le temps, que nous essayons de raccourcir par tous les moyens. En période de crise, la recherche vise à apporter des réponses – ce n'est pas de la recherche fondamentale.** »

Mme Valérie Thomas, Présidente de la Commission d'enquête parlementaire, lui demande des précisions alors qu'il ne cite que deux « financiers » dans sa question : « Un peu sur le modèle de ce qui se passe pour les trois pandémies avec l'alliance de GAVI et d'UNITAID ? »

Yazdan Yazdanpanah **répond** « Unitaïd, Gavi et la **fondation Gates** financent les travaux sur l'émergence. Nous nous efforçons du reste de les faire connaître, car ils peuvent financer les chercheurs français ».

Au sein de [Glopid-R](#), dont M. Yazdanpanah est le directeur, la **fondation Gates**, l'**Inserm**, **Oxford University (Recovery)** et l'**OMS** sont effectivement à la fois des membres et des contributeurs.

Cet enjeu de financement a-t-il pu faire oublier l'intérêt des malades ?

Le temps du silence radio

En juin 2020, le Dr Anthony Fauci, spécialiste américain des maladies infectieuses, a déclaré que le coronavirus était son « pire cauchemar ». Selon lui, Ebola était effrayant, mais son taux de transmission était faible, la transmission du VIH dépendait quant à elle du mode de vie d'une personne. Il a ajouté qu'il craignait en permanence l'apparition d'une **nouvelle infection respiratoire** de provenance animale avec un **degré très élevé de transmission interhumaine**. « Le monde a vu des flambées de virus dans le passé qui possèdent certaines de ces caractéristiques, mais **la Covid-19 a toutes ces caractéristiques combinées.** »

Le problème n'était donc pas tant la **mortalité** qu'une **urgence** à double critères : un très fort et rapide taux de transmission, et une transmission généralisée d'humain à humain. Au vu de ces 2 critères, il apparaît clairement que le Dr Fauci a fait **erreur** tant sur les **traitements** que sur l'**utilisation des masques** ou la **politique de tests**. On peut évaluer les choix qui ont été faits à la lumière d'un propos du Pr Raoult : « ceux qui venaient de Ebola ou du VIH avaient de mauvais réflexes ». Le Dr Fauci l'a depuis reconnu. Nous n'avons en revanche toujours pas entendu le Dr Yazdanpanah, ni l'Inserm ou les autres instances françaises sur le sujet.

On notera au passage qu'Anthony Fauci paraît avoir mis [la pédale douce sur le vaccin](#) depuis le mois d'août et se préparer à une [autre option antivirale](#) avec [des anticorps "monoclonaux"](#) (normalement peu chers). Quitte à avoir un vaccin avec seulement 50% d'efficacité, autant faire plus simple et moins cher en poursuivant la **piste d'une « action antivirale »** pour empêcher le virus de se répandre. Cette voie thérapeutique est bien connue, notamment au travers des produits identifiés pour traiter le MERS et le SRARS. Autant dire que la bithérapie hydroxychloroquine et azithromycine du professeur Raoult ferait ici figure « d'anticorps monoclonal » bon marché.

Et pendant que les Anglais découvrent la performance des corticoïdes contre la Covid-19, alors que, rappelons-le si besoin, ceux-ci sont déjà utilisés depuis des décennies en France dans bien des cas d'infections respiratoires sévères, la **science française** brille par son absence de résultat, allant jusqu'à **étaler ses désaccords sur les plateaux télévisés**. En dehors du village gaulois que représente l'IHU de Marseille, c'est le vide.

M. Yazdanpanah qui n'a, lui, ses services ou associés, pas trouvé un seul médicament efficace au cours des 20 dernières années, en particulier contre le VIH, Ebola et l'hépatite C, conserverait-il de son autre [échec contre le paludisme](#) « **une dent contre l'hydroxychloroquine** », historiquement le traitement de la maladie ? Non, ce serait vraiment un mauvais procès d'intention que nous lui ferions là.

Remontons le temps : Ebola ou l'entrée en piste du remdesivir

Le remdesivir a été développé pour lutter contre Ebola, voire même peut-être avant. Face à l'épidémie qui sévit en **2015 en Guinée**, un [vaccin fabriqué par le laboratoire Merck](#) apparaît finalement être efficace.

M. Yazdanpanah [soutient alors les antiviraux en traitement d'Ebola](#), tout en déclarant des liens d'intérêts avec AbbVie et Gilead.

Un [rapport de l'Inserm](#) de 80 pages sur les projets à cette époque se résume à **tester le « favipiravir » en anti-viral** et surtout à créer PREVAC(pages 42 et 51 du rapport).

« Le vaccin VSV-EBOV a été mis au point par l'Agence de la santé publique du Canada. Le vaccin a été donné sous licence à NewLink Genetics, et le 24 novembre 2014, Merck & Co., Inc et NewLink Genetics Corp. ont conclu un accord de licence mondial et exclusif dans lequel Merck assume la responsabilité de la recherche, de la mise au point, de la fabrication et de la distribution du vaccin expérimental. Les gouvernements du Canada et des États-Unis d'Amérique, entre autres, ont apporté un soutien financier. »

D'ailleurs en 2018, lors de l'épidémie d'Ebola au **Congo**, l'OMS [permet l'usage du vaccin](#), apportant ainsi l'opportunité à M. Yazdanpanah de [se prévaloir d'avoir participé à son développement](#).

Mais si l'Organisation Mondiale de la Santé (où le Pr. Yazdanpanah est cité comme expert) déclare alors : « *L'efficacité clinique de ce vaccin, appelé rVSVG-ZEBOV-GP, avait pu être évaluée chez l'homme à large échelle par l'OMS en 2015 pendant l'épidémie d'Ebola en Guinée, comme rapporté dans la revue The Lancet. La tolérance de ce vaccin chez l'adulte et les enfants de plus de 6 ans a été jugée bonne – plus de 16 000 volontaires ont reçu ce vaccin dans le cadre d'essais cliniques à ce jour. Il a été considéré par les responsables de l'étude comme protecteur de la maladie après l'exposition au virus chez l'adulte. »*

La même OMS exprime aussi sa surprise : « *néanmoins, son efficacité clinique dans certains groupes de population comme les enfants en bas âge (moins de 6 ans), les femmes enceintes, les personnes immunodéprimées (par exemple celles vivant avec le VIH) n'est pas encore bien connue. »*

En plus du vaccin, l'OMS a annoncé que « *des traitements expérimentaux contre Ebola pourraient bientôt être administrés à des malades en RDC. Il s'agit de molécules antivirales et d'anticorps monoclonaux (ZMapp, remdesivir GS-5734, REGN3470-3471-3479, Favipiravir et mAb 114) encore non homologués. »*

C'est le monde de la Covid-19 à l'envers ou une version Big Pharma de « *l'Hôpital qui se moque de la Charité* » : alors que le vaccin a marché sur 16 000 patients en 2015, les laboratoires obtiennent **l'utilisation de produits non testés et non homologués** pour lutter contre Ebola en 2018 !

Dans la course du meilleur traitement, le **remdesivir** version 2018 (lors de l'épidémie au Congo) apparaît ironiquement être [le moins bon des 4 produits testés](#).

Pour couronner le tout, toujours en 2018, M. Yves Levy (ancien directeur de l'Inserm) et M. Yazdan Yazdanpanah remettent en cause, de manière surprenante, un [essai clinique randomisé](#), une « preuve scientifique » aux résultats pourtant clairs :

*« Bien que les auteurs aient estimé l'efficacité du vaccin à **100 %** (IC à 95% : 68.9–100, p=0.0045) chez les personnes vaccinées dans le groupe immédiat par rapport à celles admissibles et randomisées au groupe retardé, l'étendue de cette efficacité a été débattue. »*

L'histoire se poursuit avec l'hépatite C : 57 000 dollars le traitement de Gilead

En 2014-2015, Gilead introduit le Sovaldi contre l'hépatite C.

Le prix du traitement en France est initialement proposé à 57 000 euros. M. Yazdanpanah reconnaît alors que ce **prix est élevé**, mais le justifie néanmoins par le fait que, pour au moins une partie des patients, le médicament offre [un rapport bénéfice-coût positif](#).

Mais comment parvient-il à cette évaluation ? Quel est le repère ?

« Nous prenons le repère habituel de ces modèles, en calculant par année de vie gagnée : si le coût d'une année gagnée avec le traitement est plus de trois fois supérieur au PIB par personne - en France, il est de 30 000 euros -, alors on considère que ce n'est pas un bon rapport coût-efficacité. Traiter des gens certes infectés mais non malades, c'est plus de 100 000 euros par année de vie gagnée. C'est beaucoup. Et c'est notre conclusion. Notre étude ne dit pas que ce choix est à suivre obligatoirement, c'est une aide à la décision.

*Certes, mais ces nouveaux traitements sont **beaucoup plus efficaces, beaucoup plus simples** (il n'y a plus d'injections) et **bien tolérés**. Ne peut-on pas réfléchir à l'éradication éventuelle de l'épidémie, ce qui serait un gain économique énorme. »*

Finalement le ministère de la Santé négociera un prix de traitement à **41 000 euros**, qui [baissera ensuite de 20% fin 2018](#).

De son côté, [la Suisse s'est approvisionnée en Inde](#) pour un coût de traitement de **1 500 francs suisse** dès 2017. « *Le procédé est autorisé par Swissmedic, au plus grand soulagement des patients. En effet, le coût du traitement pour un trimestre tombe alors à 1 500 francs, pour les mêmes résultats que le produit original.* »

En **France**, on a préféré l'offre de Gilead, **au détriment des finances publiques**. Depuis 2014, on estime que le Sovaldi a rapporté plus de 25 milliards de dollars de revenus à Gilead dans le monde.

La stratégie de la société pharmaceutique Gilead, et en conséquence des cautions scientifiques utilisées, par Gilead, tel que le Pr. Yazdanpanah, et qui soutiennent cette absence d'éthique médicale, n'est absolument pas le **patient** mais **l'actionnaire**.

Avec un prix si élevé, seulement 1.8 millions de patients atteint d'hépatite C ont pu utiliser le sovaldi/[sofosbuvir](#) alors qu'il y avait 71 millions de personnes atteintes. Avec les profits encaissés sur ces 1.8 millions de traitements, il y a sûrement assez d'argent pour **traiter tous les autres patients**. C'est la stratégie d'approvisionnement mise en place par la Suisse en se fournissant en Inde à 1500 francs suisse la dose. Malheureusement la France n'a pas suivi cette voie bien moins

couteuse pour le système de santé et assurément à l'avantage des patients atteints de la maladie. La stratégie potentielle sur le remdesivir est exactement identique.

Le retour du remdesivir en guest-star lors de la crise du SARS-CoV1 et du MERS CoV,

M. Yazdanpanah et Gilead affirment que le remdesivir a prouvé son efficacité contre le SARS-CoV1 et le MERS-CoV. Sauf que rétrospectivement, il apparaît aujourd'hui que ce sont la chloroquine et l'hydroxychloroquine qui sont à l'époque arrivées en haut de [la liste des médicaments les plus performants](#) parmi les antiviraux.

Le remdesivir [n'était même pas mentionné en 2017](#) comme un antiviral efficace contre le MERS, alors que la chloroquine l'était.

M. Yazdanpanah et Gilead auraient-ils une tendance récurrente à **enjoliver** les performances du remdesivir, contre Ebola, contre le SARS-CoV1 et contre le MERS-CoV, tout en oubliant celles de l'hydroxychloroquine ?

La Covid-19 et l'« évidente » réapparition du remdesivir

En mars 2020, M. Yazdanpanah présente le remdesivir comme un produit « **ayant prouvé quelque chose** » et l'hydroxychloroquine comme « **n'ayant rien prouvé** ». A ce moment là, il présidait aussi un groupe de réflexion sur les traitements Covid-19 à l'OMS.

Plus de [14 projets](#) sont lancés en sus de l'étude phare française **Discovery** (dont on attend du reste toujours début septembre, date à laquelle nous publions cet article, que l'on nous donne un seul résultat) avec des produits inclus sur le choix du seul Dr Yazdanpanah. A la lecture des documents officiels, il apparaît qu'il s'agit de la combinaison **lopinavir / ritonavir** avec ou sans interférons, du **remdesivir** et du **tocilizumab**.

Pour justifier du choix du remdesivir et pas de l'hydroxychloroquine, M. Yazdanpanah affirme avec autorité que le remdesivir a prouvé son **efficacité** in vitro et in vivo, ainsi que sa **sécurité**. Sauf qu'à cette époque, le remdesivir n'avait même pas montré qu'il diminuait la charge virale plus rapidement que le placebo (sauf à prendre des ratios d'évaluation « à des jours bien choisis »). Il avait en revanche montré qu'il entraînait en revanche [des effets secondaires](#) chez plus de patients.

*« Plus de patients du groupe remdesivir ont interrompu le médicament étudié que du groupe placebo, en raison d'événements indésirables ou d'événements **indésirables graves** (18 [12 %] dans le groupe des remdesivir contre quatre [5 %] dans le groupe placebo), parmi lesquels sept (5 %) étaient dus à une insuffisance respiratoire ou à un syndrome de détresse respiratoire aiguë dans le groupe de remdesivir ».*

Quant à la comparaison in vitro entre remdesivir et hydroxychloroquine, la mémoire fait sans doute défaut à M. Yazdanpanah qui « oublie la moitié » de ce qui était connu à ce moment-là sur les traitements et leur efficacité.

- Dans [cet article de Cell Research du 4 février 2020](#) où les auteurs résument : « *Nos résultats révèlent que le remdesivir et la chloroquine sont très efficaces dans le contrôle de l'infection in vitro de 2019-nCoV. Puisque ces composés ont été utilisés sur des patients humains avec un historique de sécurité et se sont avérés efficaces contre divers maux, nous suggérons*

qu'ils devraient être évalués sur des patients humains atteints de la nouvelle maladie de coronavirus ».

- Les études in vivo des **scientifiques chinois** et du **Pr Raoult**, ainsi que les rapports de **Glaxo** et de **Pfizer** ont alors déjà favorablement analysé autant l'efficacité que la sécurité de la bithérapie Raoult.

Après le choix de **produits non testés et non homologués** pour lutter contre Ebola en 2018 alors qu'un vaccin avait fait la preuve de son efficacité et de sa sécurité sur 16 000 volontaires, la pandémie du SarsCov2 met en scène la seconde faute de M. Yazdanpanah.

30 ans d'essais incluant l'hydroxychloroquine

[Cette étude d'experts américains et chinois \(lien\)](#) parue le 8 septembre, reprend les diverses études sur la chloroquine (CQ) et l'hydroxychloroquine (HCQ) des 30 dernières années. Ces deux molécules ont démontré des résultats cliniques plutôt efficaces contre diverses maladies comme la polyarthrite rhumatoïde, le lupus, la malaria mais aussi contre le VIH, le Zika, l'hépatite C et le SARS-CoV. Ces dernières sont en l'occurrence des maladies virales récentes.

Dans les 30 dernières années, à grands frais, l'Inserm a focalisé ses efforts de recherches sur les 5 grands vaccins, VIH, hépatite C, paludisme, Zika et Ebola. Pour quatre de ces maladies, l'hydroxychloroquine a été testée avec des résultats positifs et la cinquième fois ou l'hydroxychloroquine n'est pas là, le remdesivir ne donne "aucun résultat probant".

Entre déclarer que CQ/HCQ ne sont peut-être pas efficaces contre la Covid-19, et dire que l'on n'a pas de données et donc « on ne teste donc pas HCQ » contre la Covid-19 dans Discovery à l'initial, il apparaît être un argument qui manque de fondement scientifique ou même médical.

Ne pas tester l'hydroxychloroquine pour la Covid-19 alors que sur 4 des 5 virus clés des 30 dernières années, elle a montré des résultats positifs, **c'est plus qu'une faute scientifique, c'est une faute grave de la part d'un médecin.**

Visiblement le mot hydroxychloroquine ne doit pas résonner positivement à l'Inserm.

Le tout est illustré par la déclaration du Pr Bruno Lina, membre du Conseil scientifique, devant la commission d'enquête sénatoriale le 10 septembre : « On est dans un contexte de pénurie de traitements..., le remdesivir a un signal d'efficacité qui n'est pas une preuve » « On est contexte de pénurie de traitements, ceci est pour éviter une perte de chance ..., c'est pour cela que l'Agence européenne a donné une autorisation temporaire alors qu'il n'y a pas de données d'efficacité ». « Je suis le virologue de l'essai mais je n'ai pas accès aux données des patients » Ce qui est Ok pour le coûteux remdesivir aux effets secondaires important n'a pas été Ok pour l'hydroxychloroquine, traitement peu cher et dont les risques sont très bien maîtrisés après plusieurs décennies d'utilisation.

En septembre 2020, le constat est malheureux. Comment un homme, et une partie de la recherche scientifique française ont-ils pu entrainer tout un pays dans leur « biais », tout autant scientifique qu'éthique ?

Albert Einstein disait :

« le monde ne sera pas détruit par ceux qui font le mal, mais par ceux qui les regardent sans rien faire ».