



Lancet-Gate: « Mensonges scientifiques sur le coronavirus » et corruption des grandes sociétés pharmaceutiques. Hydroxychloroquine contre le Remdesivir de Gilead

Par [Prof Michel Chossudovsky](#)

Mondialisation.ca, 15 juillet 2020

Thème: [Science et médecine](#)

Analyses: [COVID-19](#)

Introduction

*Une bataille est en cours pour supprimer l'**hydroxychloroquine** (HCQ), un médicament bon marché et efficace pour le traitement de la Covid-19. La campagne contre l'HCQ est menée par le biais de déclarations politiques diffamatoires, de diffamations dans les médias, sans parler d'une « évaluation » faisant autorité et revue par des pairs, publiée le 22 mai par **The Lancet**, qui était basée sur de faux chiffres et des essais.*

*L'étude aurait été basée sur l'analyse des données de **96 032 patients** hospitalisés avec COVID-19 entre le 20 décembre 2019 et le 14 avril 2020 dans **671 hôpitaux** du monde entier. La base de données avait été fabriquée. L'objectif était de supprimer le remède à l'**hydroxychloroquine** (HCQ) pour le compte de Big Pharma (les grandes compagnies pharmaceutiques).*

Bien que [l'article du Lancet ait été rétracté](#), les médias ont accusé avec désinvolture « une petite entreprise étasunienne » nommée Surgisphere dont les employés incluaient « un auteur de science-fiction et un contenu adulte (*adult content model*) » de diffuser des « données erronées » ([Guardian](#)). Cette entreprise basée à Chicago a été accusée d'avoir induit en erreur l'OMS et les gouvernements nationaux, les incitant à interdire la HCQ. Aucun de ces essais n'a eu lieu.

Background

Hydroxychloroquine or chloroquine, often in combination with a second-generation macrolide, are being widely used for treatment of COVID-19, despite no conclusive evidence of their benefit. Although generally safe when used for approved indications such as autoimmune disease or malaria, the safety and benefit of these treatment regimens are poorly evaluated in COVID-19.

Methods

We did a multinational registry analysis of the use of hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19. The registry comprised data from 671 hospitals in six continents. We included patients hospitalised between Dec 20, 2019, and April 14, 2020, with a positive laboratory finding for SARS-CoV-2. Patients who received one of the treatments of interest within 48 h of diagnosis were included in one of four treatment groups (chloroquine alone, chloroquine with a macrolide, hydroxychloroquine alone, or hydroxychloroquine with a macrolide), and patients who received none of these treatments formed the control group. Patients for whom one of the treatments of interest was initiated more than 48 h after diagnosis or while they were on mechanical ventilation, as well as patients who received remdesivir, were excluded. The main outcomes of interest were in-hospital mortality and the occurrence of de-novo ventricular arrhythmias (non-sustained or sustained ventricular tachycardia or ventricular fibrillation).

Si la faute a été attribuée à Surgisphere, la vérité tacite (que ni la communauté scientifique ni les médias n'ont reconnue) est que l'étude a été coordonnée par [le professeur Mandeep Mehra de Harvard](#) sous les auspices du Brigham and Women's Hospital (BWH) qui est un partenaire de la Harvard Medical School.

Lorsque l'escroquerie a été révélée, le **Dr Mandeep Mehra**, titulaire de la chaire de médecine de Harvey au Brigham and Women's Hospital, s'est excusé :

J'ai toujours effectué mes recherches conformément aux plus hautes directives éthiques et professionnelles. Cependant, nous ne pouvons jamais oublier la responsabilité qui nous incombe en tant que chercheurs de veiller scrupuleusement à ce que nous nous appuyions sur des sources de données qui respectent nos normes élevées.

Il est maintenant clair pour moi que, dans mon espoir de contribuer à cette recherche à une époque où les besoins sont grands, je n'ai pas fait assez pour m'assurer que la source de données était appropriée pour cet usage. Pour cela, et pour toutes les perturbations - directes et indirectes - **je suis vraiment désolé.** (c'est moi qui souligne)

Mandeep R. Mehra, MD, MSC ([déclaration officielle sur le site web de BWH](#))

Mais cette note « vraiment désolée » n'était que la pointe de l'iceberg. Pourquoi ?

Les études sur le Remdesivir et l'Hydroxychloroquine (HCQ) de Gilead Science ont été menées simultanément par le Brigham and Women's Hospital (BWH)

Alors que le rapport de **The Lancet** (22 mai 2020) coordonné par le Dr Mandeep Mehra visait à « détruire » la légitimité de l'HCQ comme remède contre le Covid-19, une autre étude importante (connexe) était menée (simultanément) à BWH concernant le Remdesivir pour le compte de Gilead Sciences Inc. Le **Dr Francisco Marty**, spécialiste des maladies infectieuses et professeur associé à la Harvard Medical School, a été chargé de [coordonner les essais cliniques du médicament antiviral Remdesivir dans le cadre du contrat de Brigham avec Gilead Sciences Inc](#) :

Le Brigham and Women's Hospital a commencé à recruter des patients pour deux essais cliniques du médicament antiviral de Gilead, le Remdesivir. Le Brigham est l'un des multiples sites d'essais cliniques pour une étude du médicament à l'initiative de Gilead sur 600 participants atteints d'une maladie coronavirale modérée (COVID-19) et une étude à l'initiative de Gilead sur 400 participants atteints d'une COVID-19 grave.

... Si les résultats sont prometteurs, cela pourrait conduire à l'approbation de la FDA, et s'ils ne le sont pas, cela nous donne des informations essentielles dans la lutte contre la COVID-19 et nous permet de passer à d'autres thérapies ».

Bien que le Dr Mandeep Mehra n'ait pas été directement impliqué dans l'étude BWH de Gilead Remdesivir sous la supervision de son collègue le Dr Francisco Marty, il a néanmoins eu des contacts avec Gilead Sciences Inc : « Il a participé à une conférence parrainée par Gilead début avril 2020 dans le cadre du débat Covid-19 » (France Soir, 23 mai 2020)

Quel était le but de son étude (ratée) ? Saper la légitimité de l'hydroxychloroquine ?

Selon France Soir, dans un rapport publié après The Lancet Retraction :

Les réponses souvent évasives du Dr Mandeep R. Mehra, ... professeur à la Harvard Medical School, n'ont pas suscité la confiance, alimentant plutôt le doute sur **l'intégrité de cette étude rétrospective et de ses résultats.** (France Soir, 5 juin 2020)

Le Dr Mandeep Mehra était-elle en conflit d'intérêts ? (C'est à BWH et à la Harvard Medical School de décider de cette question).

Qui sont les principaux acteurs ?

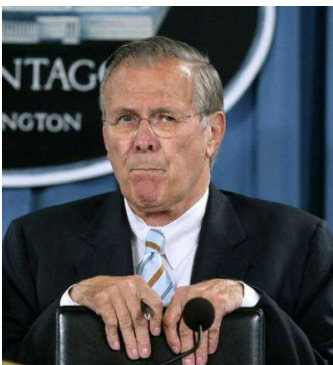
Le **Dr Anthony Fauci**, conseiller de Donald Trump, présenté comme « le meilleur expert américain en maladies infectieuses », a joué un rôle clé dans le salissage du remède HCQ qui avait été approuvé des années plus tôt par le CDC, ainsi que dans la légitimation du Remdesivir de Gilead.

Le Dr Fauci est à la tête de l'Institut national des allergies et des maladies infectieuses (NIAID) depuis l'administration Reagan. Il est connu pour être le porte-parole des grandes entreprises pharmaceutiques.

Le Dr Fauci a lancé le Remdesivir fin juin (voir détails ci-dessous). Selon le Dr Fauci, le Remdesivir est le « médicament miracle de la corona » développé par **Gilead Science Inc.** C'est une aubaine de 1,6 milliard de dollars.

Gilead Sciences Inc : Histoire

[Gilead Sciences Inc](#) est une société bio-pharmaceutique de plusieurs milliards de dollars qui est maintenant impliquée dans le développement et la commercialisation du Remdesivir. Gilead a une longue histoire. Elle bénéficie du soutien de grands conglomérats d'investissement, dont le groupe Vanguard et Capital Research & Management Co, entre autres. Elle a développé des liens avec le gouvernement étasunien.



En [1999](#), [Gilead Sciences Inc.](#) a développé le [Tamiflu](#) (utilisé comme traitement contre la grippe saisonnière et la grippe aviaire). À l'époque, Gilead Sciences Inc était dirigée par **Donald Rumsfeld** (1997-2001), qui a ensuite rejoint l'administration George W. Bush en tant que secrétaire à la défense (2001-2006). Rumsfeld était responsable de la coordination des guerres illégales et criminelles contre l'Afghanistan (2001) et l'Irak (2003).

Rumsfeld a maintenu ses liens avec Gilead Sciences Inc pendant toute la durée de son mandat de secrétaire à la Défense (2001-2006). Selon [CNN Money](#) (2005) :

« La perspective d'une épidémie de grippe aviaire ... était une très bonne nouvelle pour le secrétaire à la défense Donald Rumsfeld [qui possédait encore des actions de Gilead] et d'autres investisseurs politiquement liés à Gilead Sciences ».

Anthony Fauci est en charge du NIAID depuis 1984, utilisant sa position comme « intermédiaire » entre le gouvernement étasunien et *Big Pharma*. Pendant le mandat de M. Rumsfeld en tant que secrétaire à la Défense, le budget alloué au bioterrorisme a augmenté de manière substantielle, impliquant des contrats avec *Big Pharma*, dont Gilead Sciences Inc. Anthony Fauci a estimé que [l'argent alloué au bio-terrorisme au début de 2002](#) :

« nous permettrait de mieux comprendre la biologie et la pathogénèse des microbes qui peuvent être utilisés dans des attaques, ainsi que de la biologie des hôtes des microbes - les êtres humains et leur système immunitaire. Il devrait en résulter des vaccins plus efficaces et moins toxiques ». (rapport du WPO)

En 2008, le Dr Anthony Fauci s'est vu décerner la Médaille présidentielle de la liberté par le président George W. Bush « pour ses efforts déterminants et dynamiques visant à aider les autres à vivre plus longtemps et en meilleure santé ».



Le projet Remdesivir de 2020 Gilead Sciences Inc

Nous nous concentrerons sur les documents (et événements) clés

Chronologie

21 février : Publication initiale relative à l'essai du NIH-NIAID sur le placebo du Remdesivir

10 avril : L'étude de Gilead Sciences Inc. publiée dans le NEJM sur l'«usage compassionnel du remdesivir».

29 avril : Publication du NIH : Etude sur le Remdesivir (Rapport publié le 22 mai dans le NEJM)

22 mai, L'étude BWH-Harvard sur l'hydroxychloroquine coordonnée par le Dr Mandeep Mehra publiée dans The Lancet

22 mai, Remdesivir pour le traitement de Covid-19 – Rapport préliminaire Institut national des allergies et des maladies infectieuses, National Institutes of Health, New England Journal of Medicine, (NEJM)

Le 5 juin : Le (faux) rapport du Lancet (22 mai) sur la HCQ est rétracté.

29 juin : annonce de Fauci. L'accord de 1,6 milliard de dollars avec Gilead Sciences Inc

10 avril : L'étude de Gilead Sciences Inc. publiée dans le NEJM sur l'usage compassionnel du remdesivir ».

Un rapport commandité par Gilead a été publié dans le [New England Journal of Medicine](#) dans un article intitulé « [Compassionate Use of Remdesivir for Patients with Severe Covid-19](#) ». Il a été coécrit par une liste impressionnante de 56 médecins et scientifiques de renom, dont beaucoup ont bénéficié d'honoraires de consultation de la part de Gilead Sciences Inc.

Gilead Sciences Inc. a financé l'étude, dont plusieurs membres du personnel sont les coauteurs.

Compassionate Use of Remdesivir for Patients with Severe Covid-19

Jonathan Grein, M.D., Norio Ohmagari, M.D., Ph.D., Daniel Shin, M.D., George Diaz, M.D., Erika Asperges, M.D., Antonella Castagna, M.D., Torsten Feldt, M.D., Gary Green, M.D., Margaret L. Green, M.D., M.P.H., François-Xavier Lescure, M.D., Ph.D., Emanuele Nicastri, M.D., Rentaro Oda, M.D., [et al.](#)

The testing included a total of 61 patients [who] received at least one dose of remdesivir on or before March 7, 2020; 8 of these patients were excluded because of missing postbaseline information (7 patients) and an erroneous remdesivir start date (1 patient) ... Of the **53 remaining patients included in this analysis**, 40 (75%) received the full 10-day course of remdesivir, 10 (19%) received 5 to 9 days of treatment, and 3 (6%) fewer than 5 days of treatment.

Les tests ont porté sur un total de 61 patients [qui] ont reçu au moins une dose de remdesivir au plus tard le 7 mars 2020 ; 8 de ces patients ont été exclus en raison d'informations manquantes après la ligne de base (7 patients) et d'une date de début de traitement erronée (1 patient) ... Sur les **53 autres patients inclus dans cette analyse**, 40 (75%) ont reçu le traitement complet de 10 jours de remdesivir, 10 (19%) ont reçu 5 à 9 jours de traitement, et 3 (6%) moins de 5 jours de traitement.

L'article du NEJM indique que « Gilead Sciences Inc. a commencé à accepter les demandes de cliniciens pour un usage compassionnel du remdesivir le 25 janvier 2020 ». De qui, d'où ? Selon l'OMS (30 janvier 2020), il y a eu 82 cas dans 18 pays en dehors de la Chine, dont 5 aux États-Unis, 5 en France et 3 au Canada.

Plusieurs éminents médecins et scientifiques [ont exprimé des doutes quant à l'étude de Gilead sur l'usage compassionnel du remdesivirs](#), en se concentrant sur la petite taille de l'échantillon. Ironiquement, le nombre de patients dans l'étude est inférieur au nombre de co-auteurs : « 53 patients » contre « 56 co-auteurs »

Nous présentons ci-dessous des extraits de déclarations scientifiques sur le projet Gilead NEJM (c'est le [Centre des médias scientifiques](#) qui souligne) publiées immédiatement après la publication de l'article du NEJM :

« **'L'usage à des fins thérapeutiques' est mieux décrit comme l'utilisation d'une thérapie non autorisée pour traiter un patient parce qu'il n'y a pas d'autres traitements disponibles.** Les recherches basées sur ce type d'utilisation doivent être traitées avec une extrême prudence car il n'y a pas de groupe de contrôle ou de randomisation, qui sont quelques-unes des caractéristiques des bonnes pratiques dans les essais cliniques. **Prof. Duncan Richard**, Thérapeutiques clinique, Université d'Oxford.

« Il est essentiel de ne pas sur-interpréter cette étude. Plus important encore, il est impossible de connaître le résultat pour ce groupe relativement restreint de patients s'ils n'avaient pas reçu de remdesivir. **Dr Stephen Griffin**, professeur associé, École de médecine, Université de Leeds.

« La recherche est intéressante **mais ne prouve rien pour l'instant** : les données proviennent d'une petite étude non contrôlée. **Simon Maxwell**, professeur de pharmacologie clinique et de prescription, Université d'Édimbourg.

« **Les données de cet article sont presque ininterprétables. Il est très surprenant, peut-être même contraire à l'éthique, que le New England Journal of Medicine l'ait publié.** Il serait plus approprié de publier les données sur le site internet de la société pharmaceutique qui a sponsorisé et rédigé l'étude. **Au moins, Gilead a clairement indiqué que cela n'a pas été fait de la même manière qu'un article scientifique de haute qualité serait rédigé.** **Prof Stephen Evans**, professeur de pharmacologie-épidémiologie, London School of Hygiene & Tropical Medicine.

« Il est très difficile de tirer des conclusions valables d'études non contrôlées comme celle-ci, en particulier avec une nouvelle maladie pour laquelle nous ne savons pas vraiment à quoi nous attendre et dont les résultats varient considérablement d'un endroit à l'autre et dans le temps. Il faut vraiment s'interroger sur l'éthique de ne pas procéder à une randomisation - **cette étude représente vraiment plus que tout autre chose, une occasion manquée** ». **Prof Adam Finn**, professeur de pédiatrie, Université de Bristol.

Pour consulter [le document complet du Science Media Centre concernant les évaluations d'experts, cliquez ici](#)

29 avril : Étude des National Institutes of Health (NIH) sur la rémédication.

Le 29 avril, suite à la publication de l'étude de Gilead Sciences Inc. dans le NEJM le 10 avril, [un communiqué de presse des National Institutes of Health \(NIH\) sur la rémédication a été publié](#). Le document complet a été publié le **22 mai** par le NEJM sous le titre « Remdesivir » :

[Remdesivir for the Treatment of Covid-19 – Preliminary Report \(NEJM\)](#)

L'étude avait été lancée le 21 février 2020. Le titre du communiqué de presse du 29 avril était :

« Des données révisées par des pairs montrent que le remdesivir pour COVID-19 améliore le temps de récupération »

Il s'agit d'un rapport financé par le gouvernement qui comprend les données préliminaires d'un **essai aléatoire impliquant 1063 patients hospitalisés**. Les résultats de l'essai intitulé [Adaptive COVID-19 Treatment Trial](#) (ACTT) sont préliminaires, mené sous la direction du Dr. Fauci à [l'Institut national des allergies et des maladies infectieuses \(NIAID\)](#) :

Un conseil indépendant de contrôle des données et de la sécurité (DSMB) supervisant l'essai s'est réuni le 27 avril pour examiner les données et a partagé son analyse provisoire avec l'équipe de l'étude. Sur la base de leur examen des données, ils **ont noté que le remdesivir était meilleur que le placebo** du point de vue du paramètre principal, le temps de récupération, une mesure souvent utilisée dans les essais sur la grippe. Dans cette étude, la récupération a été définie comme étant suffisante pour la sortie de l'hôpital ou le retour à un niveau d'activité normal.

Les résultats préliminaires indiquent que les patients qui ont reçu le remdesivir ont eu un temps de récupération 31% plus rapide que ceux qui ont reçu le placebo ($p < 0,001$). Plus précisément, **le temps médian de récupération était de 11 jours pour les patients traités par le remdesivir contre 15 jours** pour ceux qui ont reçu le placebo. Les résultats suggèrent également un bénéfice de survie, avec un taux de mortalité de 8,0 % pour le groupe recevant le remdesivir contre 11,6 % pour le groupe placebo ($p = 0,059$). (c'est nous qui soulignons)

Dans le rapport du NIH du 21 février 2020 (publié au début de l'étude), la méthodologie était décrite comme suit :

... Un essai clinique contrôlé et randomisé pour évaluer la sécurité et l'efficacité de l'antiviral expérimental remdesivir chez des adultes hospitalisés diagnostiqués avec le coronavirus 2019 (COVID-19) ...

Des chiffres. Où ? Quand ?

Le rapport du 21 février a confirmé que le premier participant au procès était « un Américain qui a été rapatrié après avoir été mis en quarantaine sur le bateau de croisière Diamond Princess » qui a accosté à Yokohama (eaux territoriales japonaises). « Treize personnes rapatriées par le Département d'État américain du navire de croisière Diamond Princess » ont été sélectionnées comme patients pour le test de l'essai placebo. Ironiquement, au début de l'étude, 58,7 % des « cas confirmés » dans le monde (542 cas sur 924) (hors Chine), se trouvaient sur le Diamond Cruise Princess à partir duquel les patients du premier essai placebo ont été sélectionnés.

Où et quand : L'essai dans les 68 sites sélectionnés ? Cela s'est fait plus tard car le 19 février (données de l'OMS), les États-Unis n'avaient enregistré que 15 cas positifs (voir tableau ci-dessous).

« Au total, 68 sites **ont finalement rejoint l'étude** - 47 aux États-Unis et 21 dans des

pays d'Europe et d'Asie ». (c'est nous qui soulignons)

Dans le rapport final du NEJM du 22 mai intitulé [Remdesivir for the Treatment of Covid-19 – Preliminary Report](#) :

Il y avait 60 sites d'essai et 13 sous-sites aux États-Unis (45 sites), au Danemark (8), au Royaume-Uni (5), en Grèce (4), en Allemagne (3), en Corée (2), au Mexique (2), en Espagne (2), au Japon (1) et à Singapour (1). Les patients éligibles ont été répartis au hasard dans un rapport de 1:1 pour recevoir soit le remdesivir soit le placebo. La randomisation a été stratifiée par site d'étude et par gravité de la maladie au moment de l'inscription

[Le Washington Post](#) a applaudi l'annonce d'Anthony Fauci (29 avril) :

« Les résultats préliminaires, divulgués à la Maison Blanche par Anthony S. Fauci, ... ne sont pas la solution miracle ou le remède... Mais **en l'absence de traitements approuvés pour la Covid-19**, [Mensonge] dit Fauci, il deviendra la norme de soins pour les patients hospitalisés ... Les données montrent que le remdesivir a un effet net, significatif et positif en diminuant le temps de récupération », a déclaré Fauci

Gilead's remdesivir improves recovery time of coronavirus patients in NIH trial

April 29, 2020 at 7:50 am | Updated April 29, 2020 at 3:48 pm

By [Laurie McGinley](#) and [Christopher Rowland](#)

The Washington Post

The government's first rigorous clinical trial of the experimental drug remdesivir as a coronavirus treatment delivered mixed results to the medical community Wednesday — but rallied stock markets and raised hopes that an early weapon to help some patients was at hand.

Le premier essai clinique rigoureux du gouvernement sur le médicament expérimental remdesivir en tant que traitement contre les coronavirus a donné des résultats mitigés à la communauté médicale mercredi – mais a permis de rallier les marchés boursiers et de faire naître l'espoir qu'une première phase de traitements pour aider certains patients était à notre disposition.

Les résultats préliminaires, divulgués à la Maison Blanche par Anthony Fauci, chef de l'Institut national des allergies et des maladies infectieuses, **qui a dirigé l'essai contrôlé par placebo**, ont montré que le médicament accélérerait la guérison des patients hospitalisés mais n'avait qu'un bénéfice marginal sur le taux de mortalité.

... Les remarques de Fauci ont stimulé les spéculations selon lesquelles la Food and Drug Administration demanderait une autorisation d'utilisation d'urgence qui permettrait aux médecins de prescrire le médicament.

En plus des essais cliniques, le remdesivir a été administré à plus de 1000 patients dans le cadre d'un usage compassionnel. [fait également référence à

l'étude de Gilead publiée le 10 avril dans le NEJM]

L'étude, à laquelle participent [plus de] **1 000 patients dans 68 sites aux États-Unis et dans le monde entier (??)**, offre les premières preuves (??) d'une vaste étude clinique (??), randomisée (??), sur l'efficacité du remdesivir contre la COVID-19.

L'étude du test placebo du NIH a fourni des « résultats préliminaires ». Alors que le test placebo a été « randomisé », la sélection globale des patients dans les 68 sites n'a pas été entièrement randomisée. Voir le rapport complet.

22 mai : Le rapport du Fake Lancet sur l'hydroxychloroquine (HCQ)

Il est à noter que [le rapport complet du NIH-NIAID](#)) intitulé [Remdesivir for the Treatment of Covid-19 - Preliminary Report](#) a été publié le 22 mai 2020 dans le NEJM, le même jour que le rapport controversé du Lancet sur l'hydroxychloroquine.

Immédiatement après sa publication, les médias sont passés à la vitesse supérieure, saluant le remède HCQ, tout en applaudissant le rapport du NIH-NIAID publié le même jour.

[Le Remdesivir, le seul médicament autorisé pour traiter le Covid-19, a accéléré le temps de guérison des patients atteints de la maladie](#), ... « C'est un médicament très sûr et efficace », a déclaré Eric Topol, fondateur et directeur du Scripps Research Translational Institute. « Nous avons maintenant un premier médicament efficace pour la Covid-19, ce qui est un grand pas en avant et qui sera utilisé avec d'autres médicaments et combinaisons de médicaments ».

Lorsque l'article du Lancet HCQ de Bingham-Harvard a été rétracté le 5 juin, il était trop tard, il a reçu une couverture médiatique minimale. Malgré la rétractation, le remède HCQ « avait été supprimé ».

Le 29 juin : Feu vert de Fauci. Le contrat de 1,6 milliard de dollars pour le Remdesivir avec Gilead Sciences Inc

Le Dr Anthony Fauci a accordé le « feu vert » à Gilead Sciences Inc. le 29 juin 2020.

Le rapport semi-officiel du gouvernement étasunien sponsorisé par le NIH-NIAID (22 mai) intitulé [Remdesivir for the Treatment of Covid-19 - Preliminary Report](#) (NEJM) a été utilisé pour justifier un accord majeur avec Gilead Sciences Inc.

Le rapport a été largement financé par l'Institut national des allergies et des maladies infectieuses (NIAID) dirigé par le Dr Anthony Fauci et les National Institutes of Health (NIH).

Le 29 juin, sur la base des conclusions du rapport du NIH-NIAID publié dans le NEJM, le ministère de la Santé et des services sociaux (HHS) a annoncé, au nom de l'administration Trump, [un accord visant à obtenir de Gilead Sciences Inc. un important approvisionnement en remdesivir](#) pour le traitement de la Covid-19 dans les hôpitaux et cliniques privés américains.

L'étude antérieure de Gilead, basée sur de maigres résultats de tests publiés dans le NEJM (10 avril), sur 53 cas (et 56 co-auteurs) n'a pas été mise en évidence. Les résultats de cette étude avaient été remis en question par plusieurs médecins et scientifiques éminents.

Qui pourra s'offrir le Remdisivir ? 500 000 doses de Remdesivir sont envisagées à 3 200 dollars par patient, soit **1,6 milliard de dollars** (voir [l'étude d'Elizabeth Woodworth](#))

Le médicament a également été approuvé [pour la commercialisation dans l'Union européenne](#) sous la marque Veklury.

Si ce contrat est mis en œuvre comme prévu, il représente pour Gilead Science Inc. et les hôpitaux et cliniques privés étasuniens bénéficiaires une somme colossale.

Gilead's COVID-19 Treatment Remdesivir Will Cost \$3,120 for Typical U.S Patient With Private Insurance

[erreur dans le titre ci-dessus selon le HHS : \$3200]

Selon **Alex Azar**, secrétaire du HHS de l'administration Trump (29 juin 2020) :

« Dans la mesure du possible, nous voulons faire en sorte que **tout patient étasunien qui a besoin de remdesivir puisse l'obtenir**. L'administration Trump fait tout ce qui est en son pouvoir pour en savoir plus sur les permettant de sauver des vies de la COVID-19 et pour garantir l'accès à ces options au peuple étasunien ».

Remdesivir contre Hydroxychloroquine (HCQ)

Attention au *timing* (moment choisi):

[L'étude du Lancet](#) (publiée le 22 mai) visait à saper la légitimité de l'hydroxychloroquine comme remède efficace contre la Covid-19, en vue de maintenir l'accord de 1,6 milliard de dollars conclu entre le HHS et Gilead Sciences Inc. le 29 juin. La légitimité de cet accord reposait sur l'étude du NIH-NIAID du 22 mai dans le NEJM **qui a été considérée comme « préliminaire »** .

Ce que le Dr Fauci n'a pas reconnu, c'est que la chloroquine avait été « étudiée » et testée il y a quinze ans par le CDC comme médicament à utiliser contre les infections à coronavirus. Et que l'hydroxychloroquine a été utilisée récemment dans le traitement de la Covid-19 dans plusieurs pays.

Selon le Virology Journal (2005), « **la chloroquine est un puissant inhibiteur de l'infection par le coronavirus du SRAS et de sa propagation** » . Elle a été utilisée lors de l'épidémie de SRAS-1 en 2002. Elle a été approuvée par le CDC.

CDC.

Chloroquine is a potent inhibitor of SARS coronavirus infection and spread

[Martin J Vincent](#), [Eric Bergeron](#), [Suzanne Benjannet](#), [Bobbie R Erickson](#), [Pierre E Rollin](#), [Thomas G Ksiazek](#), [Nabil G Seidah](#) & [Stuart T Nichol](#) 

[Virology Journal](#) **2**, Article number: 69 (2005) | [Cite this article](#)

279k Accesses | **248** Citations | **28322** Altmetric | [Metrics](#)

Non seulement la HCQ est efficace, mais elle est « peu coûteuse » par rapport au Remdesivir, dont le coût est estimé à « 3 120 dollars pour un patient étasunien ayant une assurance privée ».

Vous trouverez ci-dessous des extraits d'une entrevue du professeur Mehra de Harvard (qui a entrepris l'étude du Lancet du 22 mai) avec France Soir, publiée immédiatement après la publication du rapport du Lancet (avant sa rétraction).

Dr. Mandeep Mehra : Dans notre étude, il est assez évident que **le manque de bénéfice et le risque de toxicité observés pour l'hydroxychloroquine sont assez fiables**. [en référence à l'étude du Lancet du 22 mai]

FranceSoir : Vous avez recueilli des données sur des études sur l'hydroxychloroquine datant du 20 décembre 2019. Quelles étaient les motivations de cette étude ?

MM : Nous avons été étonnés de l'utilisation généralisée de l'hydroxychloroquine et de la chloroquine de par le monde et en particulier de la façon dont les organismes gouvernementaux poussaient dans ce sens sans beaucoup de preuves. Il nous est vite apparu qu'en l'absence **d'essais randomisés**, les données disponibles pour assister à la décision étaient assez faibles.

Nous voulions donc obtenir des données réelles pour définir s'il y avait des avantages ou non dans l'utilisation de ces médicaments. C'est ce qui nous a poussé à faire cette étude.

FS : Vous avez commencé à collecter des données le 20 décembre 2019. L'hydroxychloroquine ou dérivées étaient-elles déjà utilisées à ce moment ?

MM : La base de données comprend 96000 patients et nous avons effectivement recueilli des données à partir de cette date. Nous avons commencé à regarder l'historique des patients et cela a vraiment commencé à Wuhan. Les premiers patients étaient tous de Chine et un grand nombre avaient été hospitalisés fin décembre 2019. Cependant tous les patients n'avaient pas été traités avec l'hydroxychloroquine. Environ 15 000 patients ont reçu de l'hydroxychloroquine ou de la chloroquine en combinaison ou non d'antibiotiques. Pour finir, l'étude s'est focalisée sur les patients qui avaient terminé un traitement vers mi-avril.

FS : Vous avez collecté 671 jeux de données de différents pays. Comment avez-vous harmonisé les données et corrigé des biais ?

MM : En fait, il s'agissait donc d'une base de données **existante conçue pour l'évaluation des procédures cardiovasculaires** et des pharmacothérapies. Cette base de données existe et est utilisée depuis un certain temps. Lorsque la crise du Covid-19 est apparue, nous avons redirigé et recentré l'ensemble de la collecte de données sur le Covid-19 afin de poser les questions critiques.

Au début, nous avons étudié la question des risques cardiovasculaires, que nous avons publié dans notre premier article le 1er mai dans le NEJM (New England Journal of Medicine). Dans cette étude, nous avons observé environ 9000 patients qui étaient affectés au début de la pandémie. Avec la vitesse d'évolution et propagation du virus dans le monde, il est apparu évident que nous allions vite passer de 10 000 patients à 100 000 en quelques semaines, ce qui nous permettrait d'étudier d'autres phénomènes. De plus j'étais personnellement très intrigué en tant que cardiologue par les médicaments comme l'hydroxychloroquine et la chloroquine car **ils sont connus pour causer de l'arythmie cardiaque**. Voilà d'où vient la véritable impulsion pour examiner ces phénomènes.

FS : Donc, en substance, ce sont les conséquences et les effets secondaires qui vous ont mis sur la voie ?

MM : C'est exact. Les gens commençaient à signaler que ces médicaments causaient de l'arythmie cardiaque, que nous devions être prudents, et qu'il y avait des effets secondaires importants voire graves.

Alors je me suis dit avec 100 000 patients dans cet ensemble de données, s'il y a un quelconque signal nous devrions être en mesure de l'observer et le quantifier.

FS : Vous mentionnez dans l'étude qu'il existe des biais potentiels, par exemple sur le fait de mener l'analyse sur des patients qui n'ont pas été dépistés rapidement, mais plus tard dans l'évolution de la maladie. Quels sont les biais?

MM : Le biais vient du fait que dans un essai clinique randomisé tout est validé dès le départ. Lorsque vous enrôlez des patients, après avoir vérifié les critères d'inclusion et d'exclusion qui sont étroitement contrôlés, on vérifie qu'il y a égalité d'équilibre entre l'âge, le sexe, la race, les comorbidités et la maladie à **l'avance**. Dans une étude d'observation comme la nôtre, nous devons ajuster pour tous ces facteurs après coup et **vous ne savez jamais s'il y a des facteurs non mesurés ou non inclus dans l'analyse**.

FS : Pouvez-vous déduire de votre étude qu'il n'y aurait pas eu de différence dans les résultats si les patients avaient été dépistés plus tôt ou traités plus rapidement ?

MM : En fait, nous avons enrôlé des patients qui ont été traités dans les 48 heures après qu'un hôpital ait confirmé le diagnostic du Covid 19. Il s'agissait donc **de patients traités relativement tôt**. De plus nous avons exclu un certain nombre de patients qui étaient dépistés ou traités tardivement. Par exemple les patients qui avaient été traités avec le médicament observé et qui étaient en assistance respiratoire ont été exclus de l'étude.

L'ensemble des patients représente une population assez homogène et pour être tout à fait honnête avec vous, nous avons appliqué tous les principes de recherche scientifique pour conduire une étude qui se rapproche le plus d'un essai clinique randomisé.

Mais il serait encore très peu scientifique de ma part d'affirmer qu'il s'agit d'une étude clinique randomisée car ce ne l'est pas. Et nous ne saurons jamais si nous avons manqué certains facteurs ou effets. Les

analyses effectuées sont ajustées pour plus de 35 facteurs différents. Dans l'annexe de l'étude, nous expliquons que nous avons effectué des analyses très sophistiquées où nous avons simulé la randomisation à l'aide d'une technique statistique qui [simule un échantillonnage aléatoire](#). Cela permet de sélectionner les patients un à un pour qu'ils correspondent aux facteurs d'inclusions ou d'exclusion et d'échantillonnage. Cela a été fait pour chacun des médicaments. Aucune différence significative n'a pu être observée dans chacune de ces analyses sophistiquées. Nous sommes donc assez convaincus qu'en raison de la grande taille de l'échantillon issu de six continents et ce même s'il pouvait subsister des biais importants, que les résultats étaient fiables, Une autre manière de voir les choses, si on **omet un instant la nature toxique de l'hydroxychloroquine et que l'on se pose la question : y a-t-il des avantages à ce traitement ? Nous avons conclu au moins qu'il n'y a pas d'avantages à faire usage de ce médicament dans la situation observée.**

On pourra soutenir que ces patients sont plus malades ou peut-être le signal de toxicité n'est pas bon, mais à la fin, même s'il n'y a pas de mal, et il n'y a aucun avantage alors pourquoi utiliseriez-vous ce traitement ?

FS : Vous êtes arrivé à cette étude sous l'angle cardiovasculaire alors qu'il y a d'autres médicaments qui sont examinés dans le traitement de Covid 19. Pourquoi ne les avez-vous pas inclus dans votre étude ? Par exemple, pourquoi Remdesivir n'a-t-il pas été inclus ?

MM : Nous avons exclu Remdesivir après avoir observé que nous n'avions que 276 patients avec ce médicament et nous avons pensé **que cela apporterait un biais à l'analyse** car ce médicament n'était donné que de **manière sélective et compassionnelle** à ce moment-là. De plus l'étude initiée par le NIAID sur Remdesivir était en cours. Les résultats de cette étude publiée aujourd'hui **montrent un impact faible sur la mortalité et un temps plus court de récupération**, ce qui avait été annoncé par Tony Fauci depuis plusieurs semaines. En conséquence, nous avons enlevé Remdesivir. En observant les résultats de l'étude 40% des patients ont été traités avec d'autres agents antiviraux, tels que le Keletra qui est un médicament utilisé dans le VIH ou Ebola. Nous avons constaté qu'un certain nombre de médecins prescrivaient des agents antiviraux habituels comme ceux utilisés pour traiter la grippe ou Ribonavir pour l'hépatite. D'une certaine façon, on peut considérer que nous avons **un moyen de contrôle interne à l'étude avec ces autres antiviraux**. Nous avons donc vérifié et conclu que ces traitements-là n'étaient pas nocifs. Dans notre étude, il est assez évident que l'absence d'avantage et le risque de toxicité observés pour l'hydroxychloroquine sont assez fiables.

FS : Avez-vous les données pour Remdesivir ?

MM : Oui, nous avons les données, mais le nombre de patients est trop faible pour que nous puissions conclure d'une manière ou d'une autre.

FS : Comme vous le savez, en France, il y a une bataille de pro et contre sur l'hydroxychloroquine qui s'est transformé en question de santé publique mettant même en cause le lobbying financier des laboratoires pharmaceutiques. Pourquoi ne pas mesurer l'effet de l'un contre l'autre pour mettre fin à toute spéculation ?

MM : Avec 276 patients sur Remdesivir, cela est trop faible pour permettre de tester tous les facteurs et critères. **Mais cela dit, oui, nous pourrions regarder.**

Et, en fait, vous m'avez donné une bonne idée et peut-être que nous pourrions le faire !

FS : Il n'y a jamais eu de test d'un des traitements contre l'autre, ne pensez-vous pas que la confrontation des thérapies dans une étude serait utile ? Il y a aussi un débat sérieux sur le coût d'une thérapie par rapport à l'autre ? N'y a-t-il pas un problème éthique ?

MM : En fait, il n'y a pas de base rationnelle pour tester Remdesivir contre l'hydroxychloroquine. D'une part, Remdesivir a montré qu'il n'y a pas de risques de mortalité et qu'il y a une réduction du temps de récupération. D'autre part, pour l'hydroxychloroquine c'est le contraire : il n'a jamais été démontré un quelconque avantage et la plupart des études sont de petites tailles ou non conclusives. En outre, notre étude montre qu'il y a des effets nocifs.

Il serait donc difficile et probablement non éthique de comparer **un médicament au caractère nocif démontré à un médicament avec au moins une certaine lueur d'espoir.**

FS : Est-ce que les dosages utilisés pour l'hydroxychloroquine est un problème ?

MM : Non, je ne pense pas. Peut-être qu'un patient stable, n'ayant pas développé les symptômes du covid, peut prendre de l'hydroxychloroquine comme un médicament ambulatoire sans que cela n'ait de conséquences adverses ou d'avantages. Cependant une fois diagnostiqué et hospitalisé pour le Covid, cette maladie est si terrible, incertaine et au développement très rapide qu'un tiers des patients développent une nouvelle forme de problèmes cardiovasculaires.

L'hydroxychloroquine entraîne des problèmes d'arythmie cardiaque et c'est **l'observation** principale de l'étude, en conséquence, ma conclusion est que la combinaison de maladies cardiaques sous-jacentes, la gravité et l'effet de Covid 19 sur le cœur et l'utilisation de ce médicament **conduit à une situation instable et doit être évitée.**

FS : Vous avez déclaré qu'il n'y a pas de base pour tester ou comparer Remdesivir à l'hydroxychloroquine, croyez-vous avoir tout fait pour conclure à la dangerosité l'hydroxychloroquine ?

MM : Exactement.

Pour être précis, je ne parle que dans un milieu hospitalier, pas pour une utilisation en dehors de l'hospitalisation.

FS : Pouvez-vous clarifier ce que vous voulez dire en milieu hospitalier?

MM : Je veux dire par là, un patient ayant reçu un diagnostic de Covid 19, qui a besoin d'une hospitalisation pour traitement. Ce sont des patients qui sont plus malades que les patients qui peuvent rester à la maison en attendant de développer la maladie, ou sont relativement asymptomatiques et peuvent faire une utilisation prophylactique de ce médicament.

FS : Un malade sérieux est celui qui a besoin d'être hospitalisé et dans le même temps vous dites que le Covid 19 se développe extrêmement rapidement. Votre étude a examiné les patients qui avaient reçu un traitement 48 heures après avoir atteint l'hôpital. Au moment où le patient arrive à l'hôpital, il aura donc développé les maladies pendant plusieurs jours, n'est-ce pas trop tard ?

MM: Tout ce que nous disons, c'est qu'une fois que vous avez été infecté (5 à 7

jours après) au point de devoir être hospitalisé avec une charge virale grave, l'utilisation de l'hydroxychloroquine et dérivé n'est pas efficace.

Les dommages causés par le virus sont déjà là et la situation devient irrécupérable. Avec ce traitement cela peut générer plus de complications.

Remarques finales

Mensonges et corruption au nième degré impliquant le Dr Anthony Fauci, « The Boston Connection » et Gilead Sciences Inc.

La société Gilead Sciences Inc. Remdesivir (plus de 50 auteurs) a été publiée dans le New England Journal of Medicine (10 avril 2020).

Elle a été suivie par le NIH-NIAID [Remdesivir for the Treatment of Covid-19 - Preliminary Report](#) le 22 mai 2020 dans le NEJM. Et le même jour, le 22 mai, le « [faux rapport](#) » sur [l'hydroxychloroquine](#) de BWH-Harvard Dr. Mehra a été publié par The Lancet.

La Harvard Medical School et le BWH portent la responsabilité d'avoir accueilli et financé le faux rapport de Lancet sur l'HCQ coordonné par le Dr. Mandeep Mehra.

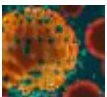
Y a-t-il un conflit d'intérêt ? BWH était simultanément impliqué dans une étude sur le Remdesivir en contrat avec Gilead Sciences, Inc.

Bien que le rapport Lancet coordonné par le Dr Mehra de Harvard ait été rétracté, il a néanmoins servi les intérêts de Gilead Sciences Inc.

Il est important qu'une évaluation scientifique et médicale indépendante soit entreprise, respectivement de l'étude de Gilead Sciences Inc New England Journal of Medicine (NEMJ) revue par des pairs (10 avril 2020) ainsi que de l'étude du NIH-NIAID également publiée dans le NEJM (22 mai 2020).

Michel Chossudovsky

Article original en anglais :



[LancetGate: “Scientific Corona Lies” and Big Pharma Corruption. Hydroxychloroquine versus Gilead’s Remdesivir](#), publié le 5 juillet 2020

Mises à jour et ajouts mineurs le 6 juillet 2020

Traduction par Maya pour Mondialisation

Note aux lecteurs : veuillez cliquer sur les boutons de partage ci-dessus ou ci-dessous. Faites suivre cet article à vos listes de diffusion. Publiez cet article sur votre site de blog, vos forums Internet, etc.

Articles Par : **[Prof Michel Chossudovsky](#)**

A propos :

Michel Chossudovsky is an award-winning author, Professor of Economics (emeritus) at the University of Ottawa, Founder and Director of the Centre for Research on Globalization (CRG), Montreal, Editor of Global Research. He has taught as visiting professor in Western Europe, Southeast Asia, the Pacific and Latin America. He has served as economic adviser to governments of developing countries and has acted as a consultant for several international organizations. He is the author of eleven books including *The Globalization of Poverty and The New World Order* (2003), *America's "War on Terrorism"* (2005), *The Global Economic Crisis, The Great Depression of the Twenty-first Century* (2009) (Editor), *Towards a World War III Scenario: The Dangers of Nuclear War* (2011), *The Globalization of War, America's Long War against Humanity* (2015). He is a contributor to the *Encyclopaedia Britannica*. His writings have been published in more than twenty languages. In 2014, he was awarded the Gold Medal for Merit of the Republic of Serbia for his writings on NATO's war of aggression against Yugoslavia. He can be reached at crgeditor@yahoo.com

Michel Chossudovsky est un auteur primé, professeur d'économie (émérite) à l'Université d'Ottawa, fondateur et directeur du Centre de recherche sur la mondialisation (CRM) de Montréal, rédacteur en chef de Global Research.

Avis de non-responsabilité : Les opinions exprimées dans cet article n'engagent que le ou les auteurs. Le Centre de recherche sur la mondialisation se dégage de toute responsabilité concernant le contenu de cet article et ne sera pas tenu responsable pour des erreurs ou informations incorrectes ou inexactes.

Le Centre de recherche sur la mondialisation (CRM) accorde la permission de reproduire la version intégrale ou des extraits d'articles du site [Mondialisation.ca](#) sur des sites de médias alternatifs. La source de l'article, l'adresse url ainsi qu'un hyperlien vers l'article original du CRM doivent être indiqués. Une note de droit d'auteur (copyright) doit également être indiquée.

Pour publier des articles de [Mondialisation.ca](#) en format papier ou autre, y compris les sites Internet commerciaux, contactez: media@globalresearch.ca

[Mondialisation.ca](#) contient du matériel protégé par le droit d'auteur, dont le détenteur n'a pas toujours autorisé l'utilisation. Nous mettons ce matériel à la disposition de nos lecteurs en vertu du principe "d'utilisation équitable", dans le but d'améliorer la compréhension des enjeux politiques, économiques et sociaux. Tout le matériel mis en ligne sur ce site est à but non lucratif.

Il est mis à la disposition de tous ceux qui s'y intéressent dans le but de faire de la recherche ainsi qu'à des fins éducatives. Si vous désirez utiliser du matériel protégé par le droit d'auteur pour des raisons autres que "l'utilisation équitable", vous devez demander la permission au détenteur du droit d'auteur.

Contact média: media@globalresearch.ca