

# TOLLÉ MONDIAL DU MONDE SCIENTIFIQUE CONTRE L'ÉTUDE PUBLIÉE PAR "The Lancet" CONTRE L'HYDROXYCHLOROQUINE.



## L'OMS, LA FRANCE ET OLIVIER VÉRAN COMPLICES D'UNE FAKE NEWS ?

Déjà 119 scientifiques, professeurs de médecine et chercheurs de 28 pays du monde entier exigent des précisions et mettent en doute la scientificité de l'étude publiée par The Lancet contre l'hydroxychloroquine.

Open letter to MR Mehra, SS Desai, F Ruschitzka, and AN Patel, authors of "Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis". Lancet. 2020 May 22:S0140-6736(20)31180-6. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31180-6. PMID: 32450107

and to Richard Horton (editor of The Lancet).

**Concerns regarding the statistical analysis and data integrity**



## L'OMS, LA FRANCE ET OLIVIER VÉRAN COMPLICES D'UNE FAKE NEWS ?

Déjà 119 scientifiques, professeurs de médecine et chercheurs de 28 pays du monde entier exigent des précisions et mettent en doute la scientificité de l'étude publiée par The Lancet contre l'hydroxychloroquine.

Open letter to MR Mehra, SS Desai, F Ruschitzka, and AN Patel, authors of "Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis". Lancet. 2020 May 22:S0140-6736(20)31180-6. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31180-6. PMID: 32450107

and to Richard Horton (editor of The Lancet).

**Concerns regarding the statistical analysis and data integrity**

La revue *The Lancet* a publié le 22 mai une étude de 4 médecins (Mehra, Desai, Ruschitzka et Patel) sous le titre, traduit en français, de «Hydroxychloroquine ou chloroquine avec ou sans macrolide pour le traitement de COVID19: une analyse du registre multinational».

## **22 mai 2020 : la revue *The Lancet* publie une "étude rétrospective" de 10 pages qui conclue à la nocivité de l'usage de la chloroquine contre la Covid-19**

Cette étude publiée dans le *Lancet* ne repose pas sur des essais cliniques « **randomisés** » où les traitements évalués sont administrés à des groupes de patients aux caractéristiques comparables, constitués de façon aléatoire. Elle repose encore moins sur les études dites « **en double aveugle** », où ni l'équipe médicale ni le patient ne savent quel traitement reçoit ce dernier.

Les détracteurs du Professeur Raoult lui reprochent de ne pas appliquer ces deux grands principes de toute étude scientifique irréfutable aux études qu'il publie sur ses malades.

**Mais l'étude publiée par le *Lancet* ne les applique pas davantage.**

Elle est même plus contestable encore dans son principe car les études publiées par l'IHU Méditerranée du Pr Raoult ont au moins le mérite de dresser des cas individuels de malades, suivis dans son service, et dont on connaît toutes les caractéristiques de façon certaine (profil médical, stade de l'infection au moment de la prise en charge, facteurs de comorbidité, dages précis administrés, etc.)

L'étude publiée par le *Lancet* est quant à elle dite « rétrospective ». Cela signifie qu'elle se fonde sur une compilation statistique de dizaines de milliers de dossiers médicaux électroniques, que les auteurs assurent provenir de 671 hôpitaux situés sur tous les continents. Ils affirment avoir rassemblé plus de 96 000 dossiers de patients hospitalisés pour Covid-19 entre le 20 décembre 2019 et le 14 avril 2020, parmi lesquels certains recevaient de la chloroquine ou de l'hydroxychloroquine seules, ou associées avec des macrolides (des antibiotiques) dont l'azithromycine.

Comme on le sait, cette étude statistique a conclu que ces molécules seraient inefficaces, voire dangereuses en augmentant le risque d'arythmie cardiaque et de décès (jusqu'à +30% !) chez certains malades hospitalisés.

## **27 mai 2020 : le gouvernement français interdit l'usage de l'hydroxychloroquine contre la Covid-19, les médias français se déchaînent contre le seul Professeur Raoult**

Au lendemain de cette publication, le ministre de la santé, Olivier Véran, a saisi le Haut Conseil de la santé publique « *pour qu'il l'analyse et [lui] propose (...) une révision des règles dérogatoires de prescription* ». Celui-ci a émis [un](#)

Du coup, le gouvernement a pris un décret le 27 mai pour abroger le décret du 26 mars derniers qui autorisait la prescription de la chloroquine ou de l'hydroxychloroquine pour le traitement de la Covid-19 à l'hôpital.

# L'OBS

## L'hydroxychloroquine n'est plus autorisée pour traiter le Covid-19 en France

Le décret d'autorisation a été abrogé ce mercredi par le gouvernement.

Par L'Obs

Publié le 27 mai 2020 à 10h06 · Mis à jour le 27 mai 2020 à 11h54



[Article de l'Obs du 27 mai 2020](#)

Désormais, le recours à ces médicaments est strictement interdit pour tous les malades Covid-19, en ambulatoire comme à l'hôpital, sauf pour les essais thérapeutiques. **Cette interdiction générale - prise sur la seule nouvelle "information" de cette étude publiée par le *Lancet* - fait de la France l'un des pays au monde les plus sévères en la matière.**

De son côté, l'OMS avait annoncé, le 25 mai soit 3 jours après la publication du *Lancet*, la suspension temporaire des essais.

Ces événements ont permis à la quasi-totalité des médias français de tirer aussitôt à boulets rouges contre le Professeur Raoult et son traitement, comme si le Professeur Raoult était le seul médecin au monde à considérer que ce cocktail hydrochloroquine ou chloroquine + azithromycine était efficace pour lutter

En publiant en Une le 27 mai 2020 une photo délibérément inquiétante du Professeur Raoult et un titre dépréciatif, Libération a ainsi résumé le ton de la presse française : c'est lui l'homme à abattre "**après l'article sévère de *The Lancet***"...

**Comme si le Dr Raoult était un énergumène seul au monde**, totalement isolé parmi la communauté scientifique mondiale.

**Et comme si cette étude était irréfutable.** La suite des événements a montré que c'est fort loin d'être le cas.

Autre exemple de la presse française : [la Dépêche du 24 mai 2020](#) titre que **l'enquête de *The Lancet* est "accablante"** et n'use d'aucune formule au conditionnel pour relativiser par souci de prudence minimale la conclusion à tirer de cette étude.

**28 mai 2020 : l'étude publiée par "The Lancet" suscite un tollé mondial du monde scientifique médical**

Seulement voilà.

Contrairement à ce que croient de façon nombriliste, semble-t-il, tous les journalistes de France et de Navarre, l'utilisation de l'hydroxychloroquine ou de la chloroquine, associée à l'azithromycine, n'est nullement l'apanage du seul professeur Didier Raoult travaillant dans la préfecture des Bouches du Rhône, en France !

- qu'il existe depuis 15 ans des études émanant des plus prestigieuses universités et instituts de recherche au monde qui ont montré l'efficacité de la chloroquine dans le traitement *in vitro* de l'infection par le SRAS-CoV1 (dont le SRAS-Cov2, responsable de la Covid-19, reprend plus de 80% du génome)
- que c'est sûrement sur la foi de ces études américaine de mars 2004, belge d'août 2004 et américano-canadienne d'août 2005 que les chercheurs de l'université de Qingdai ont eu l'idée d'avoir recours à la chloroquine dès janvier 2020 pour traiter *in vivo* les malades du SRAS-Cov2, et pour en tirer les premiers résultats positifs dans leur publication du 17 février 2020
- que le Professeur Raoult, qui n'a jamais caché s'être inspiré des résultats de l'étude chinoise du 17 février 2020 mais qui devait aussi connaître la littérature scientifique antérieure de 2004 et 2005, a eu le mérite d'appliquer ce traitement aux malades en France, tout en l'accompagnant d'un antibiotique (azithromycine) ; et qu'il n'est donc ni le "Professeur Nimbus" ou le druide Panoramix décrit avec condescendance dans les médias, ni seul au monde à avoir eu l'idée de tester ces thérapies.

**Lorsque l'on a compris et intégré ces informations, on ne peut donc nullement être étonné de la suite des événements, qui semble pourtant avoir pris de court et le gouvernement et les médias.**

**À savoir que l'étude publiée par *The Lancet* est très loin de n'avoir trouvé sur son chemin que l'opposition du seul Professeur Raoult** (et de toute son équipe de professeurs et de médecins sur lesquels les médias gardent le silence comme s'ils n'existaient pas).

En réalité, **c'est un tollé mondial que suscite cette étude, dont la méthodologie est complètement obscure**. Ce sont par dizaines des médecins du monde entier, dont certains n'ont sans doute même pas entendu parler du Professeur Raoult, qui ont étudié à la loupe cette mince étude qui prétend leur expliquer que les résultats qu'ils voient sur le terrain relèverait de la berluce collective.

**Et ces médecins ont commencé à se mobiliser pour dénoncer les incohérences, les contradictions de chiffres, le manque complet de transparence dans les données, qui permettent, non seulement de douter de la scientificité de l'étude, mais aussi de s'interroger sur les motivations exactes de ceux qui ont permis sa publication dans *The Lancet*.**

Cette mobilisation vient de se traduire, ce 28 mai 2020, par la publication d'une lettre ouverte adressée par 119 scientifiques et professeurs de médecine émanant de 26 pays du monde, qui relèvent 10 problèmes essentiels de méthodologie et d'éthique de cette étude et qui demandent des explications très précises sur ces 10 points.

Je présente ci-dessous cette lettre ouverte, traduite en français avec les réserves d'usage.



**Lettre ouverte à MR Mehra, SS Desai, F Ruschitzka et AN Patel, auteurs de «Hydroxychloroquine ou chloroquine avec ou sans macrolide pour le traitement de COVID19: une analyse du registre multinational». et à Richard Horton (éditeur du Lancet).**

-----  
(l'original en anglais est disponible [ici en ligne](#) et [ici en PDF](#))  
-----

## **PRÉOCCUPATIONS CONCERNANT L'ANALYSE STATISTIQUE ET L'INTEGRITÉ DES DONNÉES**

L'étude rétrospective et observationnelle de 96 032 patients COVID-19 hospitalisés de six continents a signalé une augmentation substantielle de la mortalité (~ 30% de décès en excès) et la survenue d'arythmies cardiaques associées à l'utilisation des médicaments à base de 4-aminoquinoléine, l'hydroxychlorlorine et la chloroquine. Ces résultats ont eu un impact considérable sur la pratique et la recherche en santé publique.

L'OMS a suspendu le teste de l'hydroxychloroquine dans son essai SOLIDARITY. L'organisme de réglementation britannique, MHRA, a demandé la suspension temporaire du recrutement dans tous les essais d'hydroxychloroquine au Royaume-Uni (traitement et prévention), et la France a modifié sa recommandation nationale pour l'utilisation de l'hydroxychloroquine dans le traitement au COVID-19 et a également interrompu les essais.

Les titres des médias qui ont suivi ont suscité une inquiétude considérable chez les participants et les patients inscrits à des essais contrôlés randomisés (ECR) cherchant à caractériser les avantages et les risques potentiels de ces médicaments dans le traitement et la prévention des infections à COVID-19. Il existe un accord uniforme selon lequel des ECR bien menés sont nécessaires pour éclairer les politiques et les pratiques.

Cet impact a conduit de nombreux chercheurs du monde entier à examiner en détail la publication en question. Cet examen a soulevé à la fois des problèmes méthodologiques et d'intégrité des données. Les principales préoccupations sont les suivantes :

- **1. Il n'y a pas eu d'ajustement adéquat pour les facteurs de confusion connus et mesurés** (gravité de la maladie, effets temporels, effets sur le site, dose utilisée).
- **2. Les auteurs n'ont pas adhéré aux pratiques standard de la communauté de l'apprentissage automatique et des statistiques.** Ils n'ont pas publié leur code ou leurs données. Il n'y a pas de partage de données / code et déclaration de disponibilité dans le document. Le Lancet figurait parmi les nombreux signataires de la déclaration Wellcome sur le partage des données pour les études COVID-19.

- **3. Il n'y a pas eu d'examen éthique.**
  
- **4. Aucune mention n'a été faite des pays ou des hôpitaux qui ont contribué à la source des données** et aucune reconnaissance de leurs contributions. Une demande d'information aux auteurs sur les centres contributeurs a été refusée.
  
- **5. Les données de l'Australie ne sont pas compatibles avec les rapports du gouvernement** (trop de cas pour seulement cinq hôpitaux, plus de décès à l'hôpital que dans tout le pays au cours de la période d'étude). **Surgisphere (la société de données) a depuis déclaré qu'il s'agissait d'une erreur de classification d'un hôpital d'Asie. Cela indique la nécessité d'une vérification supplémentaire des erreurs dans toute la base de données.**
  
- **6. Les données en provenance d'Afrique** indiquent que près de 25% de tous les cas de COVID-19 et 40% de tous les décès sur le continent sont survenus dans des hôpitaux associés à Surgisphere qui disposaient d'un enregistrement électronique sophistiqué des données des patients et d'un suivi des patients capable de détecter et d'enregistrer des cas «non soutenus [ au moins 6 secondes] ou une tachycardie ventriculaire soutenue ou une fibrillation ventriculaire ». **Le nombre de cas et de décès, ainsi que la collecte de données détaillées, semblent peu probables.**
- **7. Des écarts inhabituellement faibles ont été signalés dans les variables de base, les interventions et les résultats entre les continents** (tableau S3).
- **8. L'étude se fonde sur des doses quotidiennes moyennes d'hydroxychloroquine supérieures de 100 mg aux recommandations de la Food and Drug Administration, alors que 66% des données proviennent des hôpitaux nord-américains.**
- **9. Il existe des rapports invraisemblables entre la chloroquine et l'hydroxychloroquine sur certains continents.**
- **10. Les intervalles de confiance très étroits de 95% signalés pour les ratios de risque sont peu probables.** Par exemple, pour les données australiennes, il faudrait environ le double du nombre de décès enregistrés comme indiqué dans le document.

Les données des patients ont été obtenues grâce à des dossiers électroniques des patients et sont détenues par la société américaine Surgisphere. En réponse à une demande de données, le professeur Mehra a répondu : «Nos accords de partage de données avec les différents gouvernements, pays et hôpitaux ne nous permettent malheureusement pas de partager des données.»

Compte tenu de l'énorme importance et de l'influence de ces résultats, nous pensons qu'il est impératif que :

- **1. La société Surgisphere fournisse des détails sur la provenance des données. Au minimum, cela signifie partager les données agrégées des patients au niveau de l'hôpital** (pour toutes les covariables et les résultats)
- **2. Une validation indépendante de l'analyse soit effectuée par un groupe constitué par l'Organisation mondiale de la santé, ou au moins par une autre institution respectée.** Cela impliquerait des analyses supplémentaires (par exemple pour déterminer s'il y a un effet de dose) pour évaluer la validité des conclusions
- **3. Il y ait un accès libre à tous les accords de partage de données** cités ci-dessus pour garantir que, dans chaque juridiction, toutes les données extraites étaient légalement respectueuses de l'éthique et du respect de la vie privée des patients.

Dans un souci de transparence, nous demandons également à *The Lancet* de **rendre ouvertement disponibles les commentaires des pairs qui ont conduit à l'acceptation de ce manuscrit pour publication.**



Cette lettre ouverte est signée par des cliniciens, des chercheurs médicaux, des statisticiens et des éthiciens du monde entier. La liste complète des signataires et affiliations se trouve ci-dessous.

### **Cette cinglante lettre ouverte au *Lancet* a déjà été signée par 119 scientifiques, professeurs de médecine, médecins et chercheurs dans 26 pays différents**

Au 29 mai 2020, à 14H00, moins de 24 heures après son lancement, la lettre ouverte au journal *Lancet* compte déjà la signature de 119 scientifiques, professeurs de médecine, médecins et chercheurs (le Dr Raoult ne l'a pas encore signée mais l'a relayée sur son compte Twitter, l'un des professeurs de médecins travaillant avec lui figure cependant dans cette première liste de signataires).

Ces 119 signataires (au 29 mai 2020, 14H00) sont les suivants :

1. Dr James Watson (statisticien, Mahidol Oxford Tropical Medicine Research Unit, Thaïlande)
2. Professeur Amanda Adler (Trialist & Clinician, Director of the Diabetes Trials Unit, Royaume-Uni)
3. Dr Ravi Amaravadi (Researcher, University of Pennsylvania, États-Unis)
4. Dr Ambrose Agweyu (Medical chercheur, KEMRI-Wellcome Trust Research Program, Kenya)
5. Professeur Michael Avidan (Clinicien, Washington University à St Louis, États-Unis)
6. Professeur Nicholas Anstey (Clinicien, Menzies School of Health Research, Australie)
7. Dr Yaseen Arabi (Clinicien, King Saud Bin Abdulaziz University pour les sciences de la santé, Arabie saoudite)
8. Dr Elizabeth Ashley (Clinicienne, Directrice de l'Unité de Recherche Lao-Oxford-Mahosot Hospital-Wellcome Trust, Laos)
9. Professeur Kevin Baird (Chercheur, Chef de l'Unité de Recherche Clinique Eijkman-Oxford, Indonésie)
10. Professeur Francois Balloux (chercheur, directeur de l'Institut de génétique UCL, Royaume-Uni)
11. Dr Clifford George Banda (clinicien, Université du Cap, Afrique du Sud)
12. Dr Edwine Barasa (économiste de la santé, KEMRI -Wellcome Trust Research Program, Kenya)
13. Professor Karen Barnes (Clinical Pharmacology, Université du Cap, Afrique du Sud)
14. Professor David Boulware (Researcher & Trialist, University of Minnesota, États-Unis)
15. Professor Buddha Basnyat (Clinician, Head of the Oxford University Clinical Research Unit - Népal, Népal)
16. Professeur Philip Bejon (Chercheur médical, Directeur du programme de recherche KEMRI-Wellcome Trust, Kenya)
17. Professeur Mohammad Asim Beg (Clinicien / Chercheur, Université Aga Khan, Pakistan)
18. Professeur Emmanuel Bottieau (Clinicien, Institute of Tropical Medicine, Anvers, Belgique)
19. Dr Sabine Braat (Statisticien, Université de Melbourne, Australie)
20. Professeur Frank Brunkhorst (Clinicien, Hôpital universitaire de Jena, Allemagne)
21. Dr Todd Campbell Lee (Chercheur, Université McGill, Canada)
22. Professeur Caroline Buckee (Épidémiologiste, Harvard TH Chan School of Public Health, États-Unis)
23. Dr James Callery (Clinicien, Mahidol Oxford Tropical Medicine Research Unit, Thaïlande)
24. Professor John Carlin (statisticien, University of Melbourne & Murdoch Children's Research Institute, Australie)
25. Dr Nomathemba Chandiwana (chercheur, Université du Witwatersrand, Afrique du Sud)
26. Dr Arjun Chandna (clinicien, Cambodge Oxford Medical Research Unit, Cambodge)
27. Professeur Phaik Yeong Cheah (éthicien) / Pharmacien, Mahidol Oxford Tropical Medicine Research Unit, Thaïlande)
28. Professeur Allen Cheng (Clinicien, Université Monash, Australie)
29. Professeur Leonid Churilov (Statisticien, Université de Melbourne, Australie)

30. Professeur Ben Cooper (Épidémiologiste, Université d'Oxford, Royaume-Uni)
31. Dr Cintia Cruz (Pédiatre Mahidol Oxford Tropical Medicine Research Unit, Thaïlande)
32. Professeur Bart Currie (Directeur, HOT NORTH, Menzies School of Health Research, Australie)
33. Professeur Joshua Davis (Clinicien, Président de l'Australasian Society for Infectious Diseases, Australie)
34. Dr Jeremy Day (Clinicien, Unité de recherche clinique de l'Université d'Oxford, Vietnam)
35. Professeur Nicholas Day (clinicien, directeur de Mahidol Oxford Tropical Medicine Research Unit, Thaïlande)
36. Dr Hakim-Moulay Dehbi (statisticien, University College de Londres, Royaume-Uni)
37. Dr Justin Denholm (clinicien, chercheur, éthicien, Doherty Institute, Australie)
38. Dr Lennie Derde (intensiviste / chercheur, University Medical Center Utrecht, Pays-Bas)
39. Professeur Keertan Dheda (clinicien / chercheur, Université du Cap, et hôpital Groote Schuur, Afrique du Sud)
40. Dr Mehul Dhorda (chercheur clinique, Mahidol Oxford Tropical Medicine Research Unit, Thaïlande)
41. Professeur Annane Djillali (doyenne de l'école de médecine, Université Simone Veil, France)
42. Professeur Arjen Dondorp (Clinicien, Mahidol Oxford Tropical Medicine Research Unit, Thaïlande)
43. Dr Joseph Doyle (Clinicien, Monash University et Burnet Institute, Australie)
44. Dr Anthony Etyang (Chercheur médical, KEMRI-Wellcome Trust Research Programme, Kenya)
45. Dr Caterina Fanello (épidémiologiste, Université d'Oxford, Royaume-Uni)
46. Professeur Neil Ferguson (épidémiologiste, Imperial College London, Royaume-Uni)
47. Professeur Andrew Forbes (statisticien, Université Monash, Melbourne, Australie)
48. Professeur Oumar Gaye (Chercheur clinique, Université Cheikh Anta Diop, Sénégal)
49. Dr Ronald Geskus (Chef des statistiques à l'Unité de recherche clinique de l'Université d'Oxford, Vietnam)
50. Professeur Dave Glidden (Biostatistique, Université de Californie, États-Unis)
51. Professeur Azra Ghani (Épidémiologiste, Imperial College London, Royaume-Uni)
52. Prof Philippe Guerin (Chercheur médical, Université d'Oxford, Royaume-Uni)
53. Dr Raph Hamers (Clinicien / Trialiste, Eijkman-Oxford Clinical Research Unit, Indonésie)
54. Professeur Peter Horby (chercheur clinique, Centre de médecine tropicale et de santé mondiale, Université d'Oxford, Royaume-Uni)
55. Dr Jens-Ulrik Jensen (clinicien / essayiste, Université de Copenhague, Danemark)
56. Dr Hilary Johnstone (médecin chercheur clinique, indépendant)
57. Professeur Kevin Kain (clinique Chercheur, Université de Toronto, Canada)
58. Dr Sharon Kaur (Ethiciste, Université de Malaya, Malaisie)
59. Dr Evelyne Kestelyn (Chef des essais cliniques, Unité de recherche clinique de l'Université d'Oxford, Vietnam)
60. Dr Tan Le Van (Chercheur médical, Unité de recherche clinique de l'Université d'Oxford, Vietnam)
61. Professeur Katherine Lee (Statisticien, Université de Melbourne, Australie)
62. Professeur Laurence Lovat (Clinique Directrice du Wellcome EPSRC Centre for Interventional & Surgical Sciences, UCL, Royaume-Uni)
63. Professeur Kathryn Maitland (Clinicienne, Imperial College London / KEMRI Wellcome Trust Program, Kenya)
64. Dr Julie Marsh (Statisticien, Telethon Kids Institute, Australie)
65. Professeur John Marshall (Clinicien / Chercheur, Université de Toronto, Canada)
66. Dr Gary Maartens (Clinicien, Université du Cap, Afrique du Sud)
67. Professeur Mayfong Mayxay (Clinicien / Chercheur, Unité de recherche du Wello Trust de l'hôpital Lao-Oxford-Mahosot, Laos)
68. Dr John McKinnon (Clinicien / Chercheur, Wayne State University, États-Unis)
69. Dr Laura Merson (Chercheur clinique, Université d'Oxford, Royaume-Uni)
70. Dr Alistair McLean (Chercheur médical, Université d'Oxford, Royaume-Uni)
71. Professeur Ramani Moonesinghe (Chercheur clinicien, University College London, Royaume-Uni)
72. Professeur Bryan McVerry (Chercheur médical, Université de Pittsburgh, États-Unis)
73. Professeur William Meurer (Clinicien / Chercheur médical, Université du Michigan, États-Unis)
74. Dr Kerryn Moore (Épidémiologiste, Londres School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni)
75. Dr Rephaim Mpofo (Clinicien, Université du Cap, Afrique du Sud)
76. Dr Mavuto Mukaka (Statisticien, Mahidol Oxford Tropical Medicine Research Unit, Thaïlande)
77. Dr Srinivas Murthy (Clinical Researcher, University of British Columbia, Canada)
78. Professeur Kim Mulholland (Clinicien, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Royaume-Uni)
79. Professeur Alistair Nichol (Clinicien Chercheur, Université Monash, Australie)

80. Professeur Francois Nosten (Clinicien, Directeur de l'Unité de Recherche sur le Paludisme Shoklo, Thaïlande)
81. Dr Matthew O ' Sullivan (Clinicien, Westmead Hospital & Université de Sydney, Australie)
82. Professeur Piero Olliaro (Chercheur Clinique, Université d'Oxford, Royaume-Uni)
83. Professor Marie Onyamboko (Chercheur clinique, École de santé publique de Kinshasa, République Démocratique du Congo)
84. Dr Marcin Osuchowski (Chercheur médical, Institut Ludwig Boltzmann, Autriche)
85. Professeur Catherine Orrell (Pharmacologue clinicien, Université du Cap, Afrique du Sud)
86. Professeur Jean Bosco Ouedraogo (Chercheur médical , WWARN, Burkina Faso)
87. Dr Elaine Pascoe (Statisticien, Université du Queensland, Australie)
88. Professeur David Paterson (Clinicien, Directeur, UQ Center for Clinical Research, Australie)
89. Dr Kajaal Patel (Pédiatre, Cambodge Oxford Medical Research Unit, Cambodge)
90. Dr Tom Parke (statisticien, Berry Consultants, Royaume-Uni)
91. Professeur Philippe Parola (chercheur, Aix-Marseille University, France)
92. Professeur Paul Newton (clinicien, Université Oxford, Royaume-Uni)
93. Professeur David Price (statisticien, Doherty Institute & University of Melbourne, Australie)
94. Professeur Richard Price (Clinicien, Menzies School of Health Research, Australie)
95. Professeur Sasithon Pukrittayakamee (Clinicien, Mahidol University, Thai Dr Ben Saville (Statisticien, Berry Consultants & Vanderbilt University)
96. Professeur Jason Roberts (Pharmacien / Clinicien, Université du Queensland, Australie)
97. Professeur Stephen Rogerson (Clinicien, Université de Melbourne, Australie)
98. Professeur Kathy Rowan (Chercheuse, Directrice du ICNARC Clinical Trials Unit, Royaume-Uni)
99. Dr William Schilling (Clinicien, Mahidol Oxford Tropical Medicine Research Unit, Thaïlande)
100. Dr Anuraj Shankar (Clinicien / Trialist, Eijkman-Oxford Clinical Research Unit, Indonésie)
101. Professeur Sanjib Kumar Sharma (Clinicien, Koirala Institute of Health Sciences, Népal)
102. Professeur Julie Simpson (statisticien, Université de Melbourne, Australie)
103. Professeur Frank Smithuis (chercheur clinique, directeur de la Myanmar Oxford Tropical Research Unit, Myanmar)
104. Dr Tim Spelman (statisticien, Burnet Institute, Australie)
105. Dr Kasia Stepniewska (statisticien , Université d'Oxford, Royaume-Uni)
106. Dr Nathalie Strub Wourgaft (Clinicienne, Drugs for Neglected Initiative Maladies, Suisse)
107. Dr Aimee Taylor (Statisticien, Harvard T.H. Chan School of Public Health, États-Unis)
108. Dr Walter Taylor (clinicien, Mahidol Oxford Tropical Medicine Research Unit, Thaïlande)
109. Professeur Guy Thwaites (clinicien, directeur de la Oxford University Clinical Research Unit, Vietnam)
110. Professeur Tran Tinh Hien (clinicien, Oxford Clinical Research Unit, Vietnam)
111. Professeur Steven Tong (Clinicien, Université de Melbourne, Australie)
112. Professeur Paul Turner (Clinicien / Chercheur, Directeur de Cambodge Oxford Medical Research Unit, Cambodge)
113. Professeur Ross Upshur (Chef de la Division de la santé publique clinique, Université de Toronto, Canada)
114. Professeur Rogier van Doorn (Microbiologiste Clinique, Université d'Oxford, Royaume-Uni)
115. Professeur Sir Nicholas White (Clinicien, Mahidol Oxford Tropical Medicine Research Unit, Thaïlande)
116. Professeur Thomas Williams (Clinicien, KEMRI-Wellcome Trust Research Program, Kenya)
117. Professeur Chris Woods (Chercheur, Duke University, États-Unis)
118. Dr Sophie Yacoub (Clinicienne, Oxford University Clinical Research Unit, Vietnam)
119. Professor Marcus Zervos (Chercheur, Wayne State University School of Medicine, États-Unis)

**Comme on peut le constater, ces 119 signataires - parmi lesquels ne figure même pas le Dr raoult - émanent de 26 pays ( et ce n'est sans doute qu'un début car la lettre ouverte a été lancée hier seulement ) :**

1. Afrique du Sud
2. Allemagne
3. Arabie saoudite
4. Australie

5. Autriche
6. Belgique
7. Burkina Faso
8. Cambodge
9. Canada
10. Danemark
11. États-Unis
12. France
13. Indonésie
14. Kenya
15. Laos
16. Malaisie
17. Myanmar
18. Népal
19. Pakistan
20. Pays-Bas
21. République Démocratique du Congo
22. Royaume-Uni
23. Sénégal
24. Suisse
25. Thaïlande
26. Vietnam

### **Contrairement à sa réputation de sérieux, *The Lancet* a déjà connu de nombreux scandales éditoriaux et publié des articles falsifiés**

En France et dans le monde, le *Lancet* a généralement une réputation de sérieux, du moins dans le monde politique et dans celui des journalistes. Dans [son article des "Décodeurs" du 26 mai 2020](#), le journal *Le Monde* parle ainsi encore de « **la prestigieuse revue scientifique *The Lancet*** » et tente de discréditer Philippe Douste-Blazy pour avoir voulu dénoncer, en usant bien sûr « d'arguments trompeurs », les biais « **d'une vaste étude** ».

On s'imagine ainsi que *The Lancet* serait une revue médicale scientifique de très haut niveau, avec des comités de lecture procédant à une sélection très rigoureuse des articles publiés, leur donnant ainsi une validation et une consécration mondiale.

Or, si tel a pu être le cas dans le passé, ce n'est plus aussi vrai aujourd'hui.

Cela fait plus de vingt ans que *The Lancet* a connu des scandales éditoriaux à répétition, a été surpris en flagrant délit de publication d'articles aux données falsifiées, ou adoptant un biais outrageusement politique sur des questions médicales et même non-médicales importantes. On peut trouver une liste des différentes controverses suscitées par *The Lancet* [dans la notice wikipedia en anglais](#) (celle en français est muette sur cette question).

### 1) La controverse sur le vaccin ROR (rougeole, oreillons, rubéole ) suite à un article de 1998

Le *Lancet* a été critiqué après avoir publié un article en 1998 dans lequel les auteurs suggéraient l'existence d'un lien entre le vaccin ROR et l'autisme.

En février 2004, le *Lancet* a publié une déclaration de 10 des 13 coauteurs du journal qui réfutaient la possibilité que le vaccin ROR puisse causer l'autisme. Le rédacteur en chef Richard Horton a déclaré publiquement que le journal présentait des « conflits d'intérêts mortels » parce que l'auteur principal de l'étude, Andrew Wakefield, avait un grave conflit d'intérêts qu'il n'avait pas déclaré à la rédaction du journal.

Le journal a complètement rétracté cet article le 2 février 2010, après que Wakefield eut été reconnu comme ayant agi de manière contraire à l'éthique dans la conduite de la recherche.

Les six rédacteurs en chef du *Lancet*, dont le rédacteur en chef, ont également été critiqués en 2011 parce qu'ils avaient « couvert » Wakefield avec une avalanche de démentis en 2004.

### 2. Controverse sur la Lutte antitabac (2003)

Un éditorial de décembre 2003 du journal, intitulé "Comment dormez-vous la nuit, M. Blair?", demandait que la consommation de tabac soit complètement interdite au Royaume-Uni.

Le Collège royal des médecins a rejeté leur argument. John Britton, président du groupe consultatif sur le tabac du collège, tout en félicitant le journal pour avoir discuté du problème de santé, a conclu qu'une "interdiction du tabac serait un cauchemar". Amanda Sandford, porte-parole du groupe anti-tabac Action on Smoking and Health, a déclaré que la criminalisation d'un comportement commis par 26% de la population "est ridicule". Elle a également déclaré : "Nous ne pouvons pas revenir en arrière. Si le tabac était interdit, 13 millions de personnes auraient désespérément envie d'une drogue qu'elles ne pourraient pas obtenir." Le rédacteur en chef adjoint de *The Lancet* a répondu à la critique en faisant valoir qu'aucune autre mesure en dehors d'une interdiction totale ne serait probablement en mesure de réduire la consommation de tabac.

Le groupe de défense des droits des fumeurs FOREST a déclaré que l'éditorial leur a donné "du divertissement et de l'incrédulité". Le directeur Simon Clark a qualifié le journal de "fasciste" et a fait valoir qu'il était hypocrite d'interdire le tabac tout en autorisant la malbouffe malsaine, la consommation d'alcool et la participation à des

Le secrétaire à la Santé, John Reid, a réitéré que son gouvernement était déterminé à aider les gens à arrêter de fumer, tout en ajoutant : « Bien que ce soit un problème grave, il serait un peu extrême pour nous en Grande-Bretagne de commencer à enfermer les gens parce qu'ils ont une once de tabac quelque part. »

### 3) Scandale de la publication d'articles falsifiés en 2006, retirés ensuite

En janvier 2006, il a été révélé que des données avaient été falsifiées dans un article d'un chercheur norvégien sur le cancer, Jon Sudbø, et de 13 co-auteurs publiés dans *The Lancet* en octobre 2005.

Plusieurs articles dans d'autres revues scientifiques ont été retirés suite au retrait opéré par le *Lancet*. Le *New England Journal of Medicine* a fait son mea culpa en publiant ses regrets concernant ses articles de recherche du même auteur, et en novembre 2006, le journal a retiré deux études sur le cancer de la bouche dirigées par ce chercheur norvégien.

### 4) Controverse sur l'impact de l'alcool sur la santé (2010)

Un article publié par *The Lancet* en décembre 2010 a soutenu que l'alcool avait des effets médicaux et sociaux pire que d'autres substances telles que l'héroïne et le crack. Selon cet article, les drogues que sont la marijuana, l'ecstasy et le LSD obtenaient des scores bien inférieurs à celui de l'alcool en termes de méfaits connexes.

Les auteurs de cette étude ne préconisaient pas la prohibition de l'alcool, mais ils suggéraient que le gouvernement augmente le prix de l'alcool jusqu'à ce qu'il devienne hors de portée pour le plus grand nombre. Gavin Partington, porte-parole de la *Wine and Spirit Trade Association*, a répondu au rapport en disant que l'abus d'alcool affecte "une minorité" qui a besoin "d'éducation, de traitement et d'application". Il a également fait remarquer que des millions de citoyens britanniques apprécient l'alcool comme "une boisson sociale régulière et agréable".

### 5) Controverse sur l'étude PACE (2011)

En 2011, *The Lancet* a publié une étude du «*PACE trial management group*», basée au Royaume-Uni, qui concluait à l'efficacité de la thérapie par exercice gradué et de la thérapie cognitivo-comportementale pour le syndrome de fatigue chronique. Une étude de suivi a été publiée dans *Lancet Psychiatry* in 2015.



~~L'union du peuple pour rétablir la démocratie en libérant la France de la prétendue union européenne de l'OTAN et de l'euro~~  
Ces études ont suscité des critiques de la part de certains patients et chercheurs, en particulier en ce qui concerne l'analyse des données qui était différente de celle décrite dans le protocole d'origine.

Cité dans un article de Slate de 2015, le biostatisticien Bruce Levin de l'Université de Columbia résuma la situation : « *Le Lancet doit cesser d'être sur la défensive et être ouvert* », « *l'un des principes de la bonne science est la transparence* » ; tandis que Ronald Davis, de l'Université de Stanford, a déclaré : « *le Lancet devrait assumer ses responsabilités et retirer cet article* ». Le rédacteur en chef du Lancet, Richard Horton, a défendu la publication de sa revue en dénigrant les critiques comme étant « un groupe d'individus assez petit, mais très organisé, très bruyant et très préjudiciable qui, je dirais, a en fait détourné cet agenda et a faussé le débat afin qu'il nuise réellement l'écrasante majorité des patients. »

À partir de 2011, les critiques des études ont déposé des demandes d'accès aux données primaires des auteurs, conformément à la Loi sur l'accès à l'information, afin de connaître quels auraient été les résultats de l'essai selon le protocole d'origine.

En 2016, certaines des données ont été publiées, ce qui a permis le calcul des résultats sur la base du protocole d'origine. Elles ont révélé que la thérapie en question n'avait entraîné aucune amélioration significative des taux de récupération des patients.

### 6) Appel à voter contre Donald Trump en 2020

Le 16 mai 2020, *The Lancet* a publié un article sur les Centers for Disease Control des États-Unis (CDC), article qui reprochait notamment à l'administration Trump d'avoir mis en juillet 2019 à un programme dans le cadre duquel les CDC devaient poster des officiers de renseignement en Chine, apparemment pour servir de système d'alerte précoce éloigné. Les auteurs ont estimé que le directeur du CDC, Robert R. Redfield, avait peur de Trump et n'avait en tout cas pas "la capacité technique de diriger l'effort compliqué d'aujourd'hui".

L'article s'est conclu par un appel au peuple américain à élire quelqu'un d'autre que Trump en novembre 2020...

## CONCLUSION GÉNÉRALE

La conclusion à tirer de toutes ces péripéties est triple

**1°) dans l'immédiat, le gouvernement doit abroger son décret du 27 mai 2020 et autoriser de nouveau l'hydroxychloroquine comme sous le régime qui prévalait avant la publication de cette étude de The**

Du moins tant que les 4 auteurs n'aient pas apporté de réponses satisfaisantes aux questions légitimes que se posent les scientifiques du monde entier et qui donnent à penser que cette étude publiée par *The Lancet* est frelatée.

**2°) à court et moyen terme, il serait bien que le gouvernement et les médias et fassent leur introspection et qu'ils comprennent une fois pour toutes que le traitement de la Covid-19 par l'hydroxychloroquine ne saurait se réduire à être pour ou contre le Professeur Raoult !>**

Les responsables politiques et les médias, s'ils veulent être sérieux, doivent enfin admettre que le débat scientifique n'est nullement clos.

Qu'ils soient pour ou contre, force doit leur être de constater que de très nombreux pays du monde (Russie, Chine, Corée, Brésil, Sénégal, pays du Maghreb, etc.) et que de très nombreux médecins et chercheurs à travers le monde estiment que l'hydroxychloroquine est, pour l'instant, le traitement le plus prometteur qui existe, du moins à un stade précoce de l'infection et avec des posologies suivies par des membres du corps médical.

**3°) à moyen et long terme, les responsables politiques, mais aussi les journalistes d'investigation, les scientifiques, les philosophes, etc., devraient s'interroger sur ce qui reste pour l'instant le plus grand mystère de toute cette affaire depuis 5 mois :**

**Pourquoi donc une telle hystérisation du débat sur l'hydroxychloroquine en France ?**

Pourquoi le recours à un médicament qui est l'un des plus utilisés au monde depuis 70 ans, qui continue à être avalé par des millions de personnes chaque jour en zones impaludées, et dont les effets secondaires sont parfaitement connus et bénins (sous réserve du respect de la posologie, comme pour tout médicament), suscite-t-il tant de haine chez certains commentateurs ?

Pourquoi ceux qui estiment que ce médicament serait très dangereux - à commencer par l'OMS - ne se scandalisent-ils pas qu'il soit prescrit pour des mois, voire à vie, chez toute personne vivant en zone impaludée, ou souffrant d'un lupus ? Pourquoi ne demandent-ils pas son interdiction complète ?

Pourquoi ceux qui voient rouge à la simple évocation de la chloroquine restent-ils muets et indifférents devant les résultats nuls et les effets secondaires redoutables du Remdesivir, qui a été annoncé par le laboratoire Gilead Sciences comme LE médicament miracle contre la Covid-19 ?

Pourquoi ceux qui s'indignent des risques que produirait la prescription de l'hydroxychloroquine aux malades Covid-19 ne s'indignent-ils pas bien plus fort sur les prescriptions proprement scandaleuses de l'OMS depuis le début de la pandémie (qui a déconseillé les masques et la fermeture des frontières jusqu'au mois de mars !) ?

Il serait souhaitable que les responsables politiques et les médias conviennent qu'il est temps de dépassionner tout ce débat et d'aborder de front ces intéressantes questions. Malheureusement, on en est encore fort loin.

---