

Le passionnant débat sur l'Ivermectine pour le traitement contre la Covid-19

Par Martin Hoegger – www.hoegger.org

4 sept. 2021

Résumé de l'étude.

L'usage de l'Ivermectine pour le traitement contre la Covid-19 fait actuellement l'objet d'un immense débat, même d'une « guerre souterraine ». Encouragés par des études scientifiques et des expériences de terrain, certains la recommandent avec passion. D'autres la refusent avec non moins de passion.

Ce débat entre dans celui, plus large, du traitement précoce contre ce virus. Pour des raisons étranges, les médecins de première ligne ont été contraints par les autorités de santé publique à refuser d'offrir ces traitements.

L'Ivermectine est un des médicaments repositionnés, parmi d'autres, qui ont montré leur efficacité pour traiter le Sars-Cov-2. Mais les opposants aux traitements précoces pointent leurs flèches contre elle. Parfois avec férocité !

La grande question débattue est en celle du repositionnement des médicaments (« drug repurposing »), une approche qui consiste à espérer que des médicaments connus dans d'autres indications soient par chance efficaces sur la Covid-19. Cette question est l'un des défis les plus difficiles à relever pour la communauté scientifique à l'heure actuelle.

Je me demande comment la médecine fonctionne. De l'empirique vers la généralisation, ou l'inverse ? Être médecin n'est-ce pas soigner, empiriquement si nécessaire, par des remèdes repositionnés dont on découvre l'efficacité ? N'est-ce pas soigner des malades maintenant au lieu d'attendre des études parfaites ?

Puis je passe en revue quelques méta-analyses récentes sur l'usage de l'Ivermectine contre le Sars-Cov-2. Il est remarquable que plusieurs aient été récemment publiées, en l'espace de quelques mois, avec des conclusions soit positives (Hill, Bryant-Lawrie, Kory), soit négatives (Roman, Wainstein-Samer, OMS).

Quelle leçon tirer des conclusions opposées auxquelles parviennent ces diverses méta-analyses ? Visiblement il y a plusieurs « écoles » en ce qui concerne ce médicament. Toutes se réclament de la méthode scientifique. Les unes seraient-elles davantage scientifiques que les autres ?

Je me demande, en particulier, pourquoi la méta-analyse de Hill, commandée par l'OMS, à partir de 18 essais randomisés, laquelle constate une réduction de 75% de mortalité grâce à l'Ivermectine, n'a pas conduit à une recommandation.

Ensuite, sur la base de données sur la remarquable efficacité prophylactique de l'Ivermectine, je discute des arguments pour considérer l'Ivermectine comme un complément au vaccin.

La dernière partie pose des questions méthodologiques : « Médecine basée sur les preuves ou médecine basée sur l'expérience » ? Dans l'exemple de l'Ivermectine on constate une tension entre le terrain et la recherche scientifique. Certes, dans l'idéal, il ne faudrait pas opposer une médecine basée sur des preuves à une médecine basée sur l'expérience. Pour arriver à un discernement pour le bien des patients, elles devraient se compléter, voire s'interpeler. Cependant, dans les faits, l'expérience des médecins de première ligne utilisant l'Ivermectine est dénigrée.

Je conclus par quelques considérations éthiques et spirituelles en notant que le débat sur l'Ivermectine nous conduit à réfléchir à une éthique de la vie, de la solidarité et de l'honnêteté.

Combien de vies auraient pu être sauvées si l'Ivermectine avait été recommandée par l'OMS dès le début de la pandémie qui a fait à ce jour plus de 4,5 millions de morts ? Nul ne le sait mais le calcul serait étourdissant si les données moyennes concernant l'Ivermectine s'avéraient exactes !

Si les autorités politiques reconnaissent l'efficacité de l'Ivermectine ou d'autres médicaments repositionnés, efficacité que tant d'études scientifiques et d'observations de terrain révèlent, alors la réponse à la pandémie serait probablement bien différente.

Introduction

L'Ivermectine est un médicament antiparasitaire dont la découverte a été récompensée par le prix Nobel en 2015 pour avoir contribué à éliminer certaines maladies parasitaires grâce à la distribution de plus de 3,7 milliards de doses, dans le cadre de campagnes de santé publique depuis 1987...et ceci sans effets indésirables graves.

Depuis 2012, de nombreuses études in-vitro et in-vivo ont commencé à rapporter de puissants effets antiviraux de l'Ivermectine contre un large éventail de virus, dont le Sars-CoV-2. En outre, des effets anti-inflammatoires et immunomodulateurs ont été identifiés.

Son usage pour le traitement contre la Covid-19 fait actuellement l'objet d'un immense débat, et même d'une « guerre ». ¹ Encouragés par des études scientifiques et des expériences de terrain, certains la recommandent avec passion. D'autres la refusent avec non moins de passion. Ce débat entre dans celui, plus large, du traitement précoce contre ce virus.

Pour les uns le refus d'envisager un traitement précoce de la Covid-19 conduirait aux confinements, avec leurs catastrophiques conséquences économiques, sociales et psychologiques. A l'inverse, par une campagne avec l'Ivermectine, les formes graves deviendraient peu nombreuses, par conséquent pas de problèmes de surcharges des soins intensifs dans les hôpitaux, pas besoin de restrictions plus ou moins drastiques, encore moins de confinements ! « *Ivermectine is the solution* », annonce le groupe « BIRD », un collectif de médecins la promouvant. ²

Cependant d'autres estiment cette vision simpliste et s'opposent vigoureusement à l'Ivermectine. Le journal vaudois 24 Heures titrait : « *De l'Ivermectine contre le Covid ? Le CHUV dit non, d'autres oui* ». Le Centre Hospitalier universitaire vaudois dit non « *par manque d'évidence scientifique* » : « *Aujourd'hui, l'idée est plutôt d'utiliser un médicament seulement si nous avons la bonne évidence qu'il va marcher. On préfère attendre* », dit le Dr Oriol Manuel. Alors que les permanences médicales dépendantes de l'Hôpital Riviera-Chablais prescrivent, discrètement il est vrai, l'Ivermectine comme traitement précoce. ³

Le Journal français Le Monde, quant à lui, descend en flèche l'Ivermectine. Il y voit un « *mirage thérapeutique* », non un « *traitement miracle* ». ⁴ Mais récemment, le Nouvel Observateur en fait l'éloge... en titrant « *L'ivermectine, un traitement prometteur contre le Covid ?* » ⁵ Quatre mois plus tard, le vent commencerait-il à tourner dans la presse « *mainstream* » ?

À la suite de témoignages de médecins de première ligne et d'amis qui ont été guéris par un traitement à l'Ivermectine, j'ai effectué quelques recherches où j'ai découvert un passionnant débat qui pose de nombreuses questions fondamentales, dans un contexte déroutant, en constante évolution, où j'avoue être dépassé.

Mon espoir est que ce regard d'un non spécialiste, d'un « *tiers* », soit utile, d'autant que le débat sur l'Ivermectine implique aussi, à mon sens, des considérations éthiques. Pour un problème aussi complexe qu'une pandémie, je pense que plusieurs approches sont nécessaires et qu'aucune ne doit se cantonner dans une tour d'ivoire.

I. Le dramatique refus du traitement précoce

Le débat actuel sur l'Ivermectine entre dans la question du traitement précoce des personnes atteintes par le Sars-Cov-2. Pour des raisons étranges, les médecins de première ligne ont été contraints par les autorités de santé publique à refuser d'offrir ces traitements. Et s'ils le faisaient, ils pouvaient même être dénoncés ! Par exemple, une ancienne conseillère nationale s'insurge contre le fait qu'un médecin cantonal rabroue un collègue pour avoir utilisé tel médicament contre la Covid-19.⁶

Ce dramatique refus de traiter de la part des médecins est orchestré par les autorités sanitaires. Des médecins cantonaux ont interdit à leurs collègues de les prescrire et aux pharmaciens de les vendre...Et cela continue à ce jour : le médecin cantonal genevois vient de proscrire des médicaments repositionnés pour le traitement précoce contre le Sars-Cov-2.⁷

Ce dramatique refus de traiter restera dans les annales de la médecine et sans doute l'erreur la plus funeste de toute la gestion de la pandémie. J'ai tant d'amis et de connaissances à qui l'on a refusé un traitement précoce et qui ont dû être hospitalisés. Certains sont décédés, alors qu'on aurait pu les garder en vie ! Cela produit en moi une grande tristesse, mais aussi une forte indignation. Faut-il attendre qu'une bouée de sauvetage soit homologuée pour la jeter à qui se noie ?

Les médecins n'ont-ils pas le devoir solennel de soigner leurs patients ? Sinon à quoi bon avoir un médecin, s'il refuse de m'accueillir dans son cabinet ou de me visiter ! Le serment d'Hippocrate garde toute son actualité : « *Dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible* ». ⁸

J'ai commencé à m'intéresser à l'Ivermectine après que deux amis aient été guéris du Sars-Cov-2 en quelques jours grâce à ce médicament alors qu'ils avaient plusieurs comorbidités. J'ai ensuite entendu le témoignage sur l'efficacité de l'Ivermectine du Dr. Pierre Kory devant une commission du Sénat américain.⁹ J'ai alors écrit à une trentaine de médecins de Suisse romande pour leur demander leur avis sur la question du traitement précoce.

Cela m'a permis d'avoir des entretiens personnels avec une dizaine de médecins et des échanges de correspondance avec six autres. Quelques-uns m'ont dit qu'ils utilisaient avec satisfaction l'Ivermectine ou l'Hydroxychloroquine. Pour eux, le traitement précoce est un élément essentiel de la lutte contre la Covid-19.

L'Ivermectine est un des médicaments, parmi d'autres, qui ont montré leur efficacité pour traiter le Sars-Cov-2. Parmi ces médicaments, on peut mentionner l'Hydroxychloroquine qui a fait l'objet d'un immense débat mais dont plus de 200 études montrent un effet positif ¹⁰, la Fluvoxamine¹¹, l'Azitromycine¹², la Proxalutamide,¹³ la Bromhexine,¹⁴ la Metformine¹⁵, l'Iota-Carraghénane,¹⁶ la Budesonide,¹⁷ l'Aspirine,¹⁸ l'Indométhacine, ¹⁹ la Plitidepsine,²⁰ la Mélatonine²¹ et bien d'autres.²² Régulièrement des chercheurs indiquent qu'ils ont découvert des propriétés anti-Covid-19 chez des médicaments existants. Même la grande presse s'en fait l'écho.²³

En revanche le Paracétamol, tant recommandé aux malades, est « *un possible ennemi* » au lieu d'un ami pour les personnes âgées selon une récente étude. Le virus craint en effet la fièvre ; il est faux de vouloir la baisser !²⁴

Les divers protocoles pour le traitement précoce ne proposent jamais l'Ivermectine seule, mais toujours en combinaison avec d'autres médicaments, comme l'indiquent les protocoles édités par la FLCCC-Alliance ou par RéinfoCovid.²⁵ C'est un point essentiel ; les médicaments fonctionnent le mieux ainsi selon l'expérience des médecins sur le terrain.

Les opposants aux traitements précoces pointent leurs flèches sur ces protocoles. « *Plusieurs médecins alertent contre un protocole anti-Covid-19 « criminel » inventé par un collectif médical* », titre un article signé par les « *décodeurs* » du journal Le Monde.²⁶ « *Traitement précoce : les covidoseptiques veulent faire avaler leurs pilules* », annonce Libération en mettant en garde contre tout protocole.²⁷ Pourtant,

rétorquent leurs défenseurs, ces protocoles ont été adoptés par plusieurs états, de l'Inde au Mexique, et ont sauvé la vie de milliers de personnes !²⁸

Le repositionnement des médicaments

La grande question débattue est celle du repositionnement des médicaments - le « *drug repurposing* ». Est-il « *un rêve qui confine à la croyance au Père Noël* », comme me l'a écrit un médecin. Le Prof. Pascal Meylan, de l'université de Lausanne, voit même dans cette approche qui consiste à espérer que des médicaments connus dans d'autres indications soient par chance efficaces sur la Covid-19, une caractéristique des covido-sceptiques se mouvant dans la « *composphère* ». ²⁹

Je me demande comment la médecine fonctionne. De l'empirique vers la généralisation, ou l'inverse ? Être médecin n'est-ce pas soigner, empiriquement si nécessaire, par des remèdes repositionnés dont on découvre l'efficacité ? N'est-ce pas soigner des malades maintenant au lieu d'attendre des études parfaites ? D'ailleurs, plus généralement, 21 % de toutes les prescriptions de médicaments aux États-Unis sont des prescriptions « *off label* ». ³⁰

« *Les scientifiques se mobilisent depuis près d'un an, mais aucun traitement préventif ou curatif efficace n'est encore disponible. La prise en charge de la Covid-19 est dite "symptomatique" (elle vise à soulager les symptômes) à l'aide de médicaments contre la fièvre (paracétamol)* », écrit Santé Magazine. ³¹

Mais après plus d'une année d'expériences de terrain, le rapport risque/bénéfice ne commence-t-il pas à être connu ? En tout cas pour certains médicaments. Pourquoi les autorités sanitaires en Suisse ne parlent-elles jamais de ces médicaments repositionnés dans la lutte contre la Covid-19 ? De même les médias « *mainstream* » qui sont devenus un relais des puissances politiques et financières, plutôt qu'une instance critique. ³² On nous répondra qu'ils ne le font pas parce que ces médicaments – « *ces poudres de perlimpinpin* » comme certains les ont appelés - n'ont justement pas l'efficacité qu'on leur attribue !

Je ne pense pas qu'on viendra à bout de cette pandémie sans intégrer ces médicaments repositionnés qui sont peu coûteux et dont l'innocuité et l'efficacité ont été indiquées par plus de 800 études scientifiques. ³³ L'OMS en reconnaît certains comme « *médicaments essentiels* ». Pourquoi ne les recommande-t-elle pas pour les traitements de la Covid-19 ? C'est tragiquement incompréhensible.

Pourtant la nécessité d'identifier des traitements peu coûteux et efficaces pour la prévention et la prise en charge des malades de la COVID-19 reste plus que jamais d'actualité, surtout dans les pays de l'hémisphère sud qui ne se gênent pas, d'ailleurs, de transgresser allégrement les recommandations de l'OMS en ce domaine... mais pas que les pays du sud !

Cette nécessité de médicaments repositionnés est due à plusieurs facteurs : inégalité persistante de la distribution des vaccins dans le monde, poussées régionales de la pandémie, constat récent de la couverture réduite qu'offrent les vaccins contre le variant Delta, refus d'une partie importante de la population de recevoir les vaccins actuels contre la Covid-19, coûts pharamineux pour élaborer de nouveaux médicaments et inefficacité ou dangerosité de certains. ³⁴

C'est en tout cas, la conviction de Mark Siedner, pour qui il est obligatoire de prendre en compte les données – même incomplètes – des traitements repositionnés. « *Le seuil, écrit-il, à partir duquel les médicaments peuvent être utilisés par le public ne doit pas être fixé à un niveau tel que les demandes de données inattaquables entraînent des décès évitables. La question de savoir où ce seuil doit être fixé est l'un des défis les plus difficiles à relever pour la communauté scientifique à l'heure actuelle* ». ³⁵

II. Des méta-analyses récentes sur l'Ivermectine

Il est remarquable que plusieurs méta-analyses sur l'usage de l'Ivermectine contre le Sars-Cov-2 aient été récemment publiées, en l'espace de quelques mois. Une méta-analyse est une méthode scientifique systématique combinant les résultats d'une série d'études indépendantes sur un problème donné. Elle permet une analyse plus précise des données par l'augmentation du nombre de cas étudiés et de tirer une conclusion globale.³⁶

Cette multiplication d'études montre bien que ce médicament est au cœur d'une « *guerre souterraine* » dont peu de gens perçoivent l'intensité.³⁷ Les quatre premières (point 1 et 2) mettent en évidence l'efficacité de l'Ivermectine. Les suivantes (points 3 et 4) prennent le contre-pied des résultats des premières.

1. Peut-être du point de vue des autorités sanitaires mondiales, la méta-analyse la plus autorisée sur l'Ivermectine est celle rédigée par **Andrew Hill** et un groupe de chercheurs. Dans sa première étude il a examiné 18 essais contrôlés randomisés et a constaté que l'Ivermectine était associée à une réduction de 75 % de la mortalité sur 2282 patients.³⁸

Mais, curieusement, cette méta-analyse, élaborée sous les auspices d'Unitaid, a constaté que les données positives existantes, bien que convaincantes, n'étaient pas suffisantes pour une recommandation de l'Ivermectine. Selon la Dr. T. Lawrie, on aurait forcé la main au Dr Hill pour écrire cette conclusion !³⁹

Une récente méta-analyse (6.7.2021) de cette même équipe portant sur 24 autres essais cliniques randomisés (3328 patients) a constaté une réduction de 56% de la mortalité chez des sujets traités à l'Ivermectine, avec une récupération clinique favorable et une hospitalisation réduite.⁴⁰ Ces deux méta-analyses concluent donc à une efficacité significative de l'Ivermectine. Cependant, le 9 août dernier, la deuxième a été rétractée, dans l'attente d'une nouvelle évaluation à la suite de la découverte de l'inexactitude des données d'un des essais sous la direction du médecin égyptien Elgazzar.⁴¹ Le retrait de cet essai va-t-il remettre en cause la totalité de la méta-analyse ?

2. La méta-analyse d'**Andrew Bryant et Theresa Lawrie** évalue 24 essais contrôlés et randomisés impliquant 3'406 participants.⁴² Celle de **Pierre Kory** et al. est basée sur 18 essais également contrôlés et randomisés.⁴³

Ces deux études ont révélé des réductions importantes et statistiquement significatives de la mortalité et du délai de guérison clinique grâce à l'usage de l'Ivermectine. Les auteurs de la première étude ont ainsi conclu que l'Ivermectine réduisait effectivement en moyenne de 62% le risque de décès par rapport à l'absence d'Ivermectine.

La méta-analyse de Kory et al. montre que l'Ivermectine possède de puissantes propriétés anti-inflammatoires, diminue de manière significative la charge virale, prévient la transmission et le développement de la maladie COVID-19, accélère le rétablissement, évite l'admission en soins intensifs et réduit la mortalité. L'innocuité, la disponibilité et le coût de l'Ivermectine sont presque inégalés

En outre, ces méta-analyses indiquent que les résultats de nombreux essais contrôlés de prophylaxie font état d'une réduction significative des risques de contracter le COVID-19 avec l'utilisation régulière de l'ivermectine, d'une moyenne de 86 % dans la première étude.

Enfin, Kory et al. remarquent que « *les nombreux exemples de campagnes de distribution d'Ivermectine ayant entraîné une diminution rapide de la morbidité et de la mortalité à l'échelle de la population indiquent qu'un agent oral efficace dans toutes les phases de la COVID-19 a été identifié* ». Il analyse en particulier les campagnes dans certains états du Brésil, du Pérou et au Paraguay.

Comme illustration de la « guerre souterraine » sur l'ivermectine, la méta-analyse de Bryant/Lawrie a été réfutée par un récent article (Popp/Stegemann) lequel indique que les études sur lesquelles elle se base sont de petite taille et de basse qualité. Elle conclue par la phrase quasi rituelle : « *les preuves fiables disponibles ne soutiennent pas l'utilisation de l'ivermectine pour le traitement ou la prévention du COVID-19 en dehors d'essais randomisés bien conçus* ». ⁴⁴

Bryant/Lawrie leur répondent qu'ils ont utilisé les directives de l'OMS pour réaliser leur méta-analyse et travaillé avec des spécialistes expérimentés. Leurs contradicteurs n'ont pas tenu compte des prépublications alors que l'OMS a déclaré que le partage d'informations avant publication devrait être la norme dans les futures urgences sanitaires. Ils maintiennent leurs résultats et concluent que « *dans un contexte de pandémie, les avantages de l'ivermectine l'emportent certainement sur les risques, étant donné son excellent profil de sécurité, son coût de base négligeable et l'ensemble des preuves existantes montrant que l'ivermectine fournit des avantages pour la santé publique* ». ⁴⁵

3. A l'inverse des méta-analyse précédentes, celle de **Yuani M Roman et al**, publiée le 28 juin, couvre 1173 patients sur 10 études et conclut que par rapport au placebo, l'ivermectine n'a pas réduit la mortalité, toutes causes confondues, ni la durée de séjour en hôpital, ni la clairance virale chez des patients de la COVID-19. L'ivermectine n'a pas non plus eu d'effet sur les événements indésirables, graves ou non. « *Elle n'est donc pas une option viable pour traiter les patients atteints de la maladie COVID-19* », conclut cette étude.

Cette étude va plus loin que la non-recommandation de l'ivermectine par l'OMS. Alors que cette dernière recommandait davantage d'essais cliniques, Roman et al concluent qu'en raison de la qualité incertaine des preuves, non seulement ils ne trouvent aucune preuve d'une quelconque efficacité, mais ils ne recommandent même pas des essais plus importants !

Roman et al. s'écartent complètement des analyses d'Andrew Hill et déclarent qu'il n'est pas nécessaire de s'emberlificoter avec d'autres études car les preuves ne sont tout simplement pas là. ⁴⁶

Une vigoureuse réfutation des méthodes et des conclusions de cette étude a été faite par T. Lawrie et une équipe de 40 chercheurs : « *En raison de la présentation erronée des données sources, de l'inclusion d'études très sélectives, de la sélection des données dans les études et des conclusions qui ne découlent pas des preuves, cet article relève de la désinformation* ». ⁴⁷

Des biais semblables se trouvent dans l'étude des Hôpitaux universitaires de Genève publiée par **Laura Wainstein et Caroline Samer**, datée du 9 décembre 2020. ⁴⁸

Elles constatent que « *les études observationnelles, quasi-randomisés, et des petits essais cliniques randomisés publiés sont de faible niveau de preuve et montrent des résultats contrastés... la qualité de l'évidence concernant l'ivermectine globalement très basse et les preuves cliniques restent insuffisantes à ce jour* ». Et elles concluent : « *l'ivermectine n'est donc à l'heure actuelle pas recommandée pour le traitement ou la prévention de la COVID-19 en dehors du cadre d'un essai clinique* ».

On y trouve une présentation orientée de l'information, de manière qu'elle soit perçue négativement. ⁴⁹ Certaines données sont globalement similaires à celles prises en considération par d'autres méta-analyses, mais les auteurs produisent une recommandation opposée.

Elles ont surtout choisi des études randomisées qui concluaient à une faible efficacité de l'ivermectine au détriment des autres. Même les études qui indiquent une amélioration de l'état du malade sont finalement dévaluées. De plus elles ont mis en avant les informations les plus défavorables au traitement, en occultant la forte efficacité de l'ivermectine sur la mortalité, point évidemment fondamental ! ⁵⁰

D'autre part, la version du 19 mars 2021 ne tient pas du tout compte d'autres études plus récentes, en particulier la méta-analyse de Hill qui concluait à réduction importante de la mortalité grâce à l'Ivermectine (voir supra)

4. Mentionnons encore la brève méta-analyse donnée par l'**Organisation Mondiale de la Santé** dans la mise à jour de ses recommandations de traitement de la Covid-19 du 30 mars 2021.⁵¹ Sa conclusion est que « *les effets de l'Ivermectine sur la mortalité...l'admission à l'hôpital, la durée de l'hospitalisation et la clairance virale restent incertains en raison de la très faible certitude des preuves concernant chacun de ces résultats* ». Par conséquent elle « *déconseille d'utiliser l'Ivermectine pour traiter la COVID-19 en dehors des essais cliniques* ».

Cette prise de position si attendue a créé une immense déception chez les promoteurs de l'Ivermectine pour le traitement du Sars-Cov-2...mais n'a pas été une surprise au lendemain des positions critiques de l'Agence européenne des médicaments, une semaine auparavant.⁵²

La FLCCC relève plusieurs biais dans l'étude de l'OMS⁵³ : sur les 60 études (dont 30 études randomisées), l'OMS n'en a inclus que 16. Elle a exclu les 13 études sur son efficacité dans la prophylaxie et les 7 études (portant sur 1419 patients) qui démontrent que l'Ivermectine réduit la mortalité.

L'étude positive de Hill sous les auspices d'UNITAID a curieusement été exclue. L'OMS a aussi exclu tous les indices épidémiologiques. Elle n'a pas tenu compte des études sur le traitement précoce lequel montre clairement une efficacité. Elle privilégie certaines études controversées (comme celle de Lopez-Medina en Colombie⁵⁴) et décline des études de meilleure qualité comme présentant un risque élevé de biais.

Quelle leçon tirer des conclusions opposées auxquelles parviennent ces diverses méta-analyses ? Visiblement il y a plusieurs « écoles » en ce qui concerne ce médicament. Toutes se réclament de la méthode scientifique. Les unes seraient-elles davantage scientifiques que les autres ?

Pourquoi les conclusions de plusieurs méta-analyses, notamment la première méta-analyse de Hill, commandée par l'OMS, à partir de 18 essais randomisés, laquelle constate une réduction de 75% de mortalité grâce à l'Ivermectine, n'a-t-elle pas conduit à une recommandation par l'OMS ? Cela reste un des grands mystères de ce temps de pandémie ! Est-ce uniquement pour des raisons scientifiques, ou bien y aurait-il d'autres motifs derrière ce refus ?

III. L'Ivermectine comme complément au vaccin ?

Les deux méta-analyses de Bryant/Lawrie et Kory soulignent l'impressionnante efficacité prophylactique de l'Ivermectine : une réduction de l'infection par Sars-Cov-2 en moyenne de 86% !

Dans les recherches récentes, plusieurs molécules, prises en combinaison, ont montré une remarquable efficacité prophylactique.⁵⁵ Celle de l'Ivermectine a été mise en évidence par une quantité d'études et d'expériences de terrain, dont en particulier celles de l'argentin Hector Carvallo qui a montré des résultats impressionnants de l'Ivermectine associée à l'Iota-Carraghénane (100%) dans la prophylaxie contre la COVID-19 chez le personnel de santé.⁵⁶

La plus spectaculaire observation de terrain a été le programme pour quelques 12 000 employés d'une entreprise alimentaire brésilienne. Pour combattre les nombreux cas de personnes infectées au Sars-Cov-2, l'Ivermectine a été distribuée de manière prophylactique. À la quatrième semaine, il n'y avait que six travailleurs en quarantaine, et seulement deux travailleurs la cinquième semaine, ceci sans le moindre nouveau cas positif.⁵⁷

Une autre observation remarquable est le rôle protecteur qu'a eu la prise de l'Ivermectine dans une maison de repos (EHPAD) en France. En effet lors d'une épidémie de gale en EHPAD où les résidents

ont reçu de l'Ivermectine avant le début de la pandémie, on n'a compté aucun cas d'infection à la Covid-19 parmi ceux-ci, contrairement aux résidents des EHPAD des environs.⁵⁸

L'Ivermectine peut-elle donc être un complément réel au vaccin ? Pourquoi ne pas permettre à côté des vaccins l'usage de l'Ivermectine qui a très peu d'effets secondaires. En effet « *les effets secondaires sont liés à la densité parasitaire et sont dans la plupart des cas légers et transitoires* », résume la Base française des données publiques des médicaments, au sujet de l'Ivermectine.⁵⁹

Sur son site Internet francophone, l'OMS écrivait : « *l'Ivermectine est sans danger et peut être utilisée à grande échelle* ». Elle la considère comme « *un médicament très efficace qui, à lui seul, a transformé la vie de millions de personnes souffrant de l'onchocercose (cécité des rivières) depuis son introduction en 1987* ».

Sur plus de 3,5 milliards de doses distribuées, on ne compte qu'une dizaine de décès. Curieusement ces données écrites avant la pandémie de la Covid-19 ont été retirées du site de cette agence de l'ONU ! Est-ce pour occulter la sûreté de ce médicament ? Elles sont pourtant intéressantes quand on veut comparer l'innocuité de l'Ivermectine par rapport aux vaccins actuels contre la Covid-19.⁶⁰

La quantité des effets indésirables graves associés à ces vaccins est en effet inédite quand on les compare, par exemple, avec ceux contre la grippe.⁶¹

Les autorités sanitaires pourraient-elles envisager qu'à côté des vaccins, il y ait d'autres sortes de prophylaxies, en particulier pour ceux qui ne peuvent pas ou ne veulent pas recevoir les vaccins proposés actuellement en Europe avec la technique ARNm, encore en phase d'observation ?

Face aux impressionnantes campagnes de vaccination mises en œuvre par les gouvernements et aux immenses intérêts financiers en jeu, qu'est-ce que cette pilule, dont la production ne coûte que quelques centimes ? Un combat du frêle David contre le géant Goliath armé jusqu'aux dents ! Mais on connaît le dénouement du récit biblique. Et cela ne m'étonnerait pas que la fronde de la petite Ivermectine provoque un jour une surprise !

IV. Médecine basée sur les preuves ou médecine basée sur l'expérience ?

Les questions controversées des traitements précoces et du repositionnement des médicaments posent une autre question : celle de la méthodologie. Après en avoir discuté avec plusieurs médecins, je me risque à écrire ces quelques lignes. D'ailleurs je retrouve un questionnement analogue dans le champ de compétence qui est le mien, en particulier le lien entre la théologie universitaire et le terrain ecclésial.

D'après ce que j'ai compris en méthodologie, si l'on veut faire une bonne synthèse, il faut, au préalable, des bonnes analyses. Les *essais contrôlés randomisés par placebo en double aveugle* fournissent des informations précieuses. Mais leurs résultats peuvent aussi être biaisés.

D'autre part on ne peut tirer des conclusions générales à partir d'un seul essai. Il faut les confronter à d'autres essais et les intégrer dans des méta-analyses, lesquelles peuvent aussi être orientées comme je l'ai constaté précédemment.⁶²

Un médecin de première ligne avec une longue expérience de terrain m'a écrit ceci après un entretien que nous avons eu au sujet du débat sur l'Ivermectine : « *En fait tu as mis le doigt sur un problème de fond qui sépare les communautés médicales en deux camps retranchés depuis des années ; les académiques et ceux sur le terrain. Ce problème a un nom : EBM, Evidence based medicine.*

Pour les scientifiques purs et durs, seul ce qui a été prouvé peut être utilisé, avec tout le temps des études qui sortent et qui disent tout et son contraire. Pour les médecins sur le terrain, qui utilisent parfois des médicaments en indication « off label », c'est une limitation ridicule et nous avons opposé à cette idée un autre EBM : Experience based medicine.

C'est irréconciliable malheureusement, du moins pour le moment et nous en sommes encore à l'âge de pierre qui prétend que tout ce qui n'a pas encore été prouvé n'est pas vrai ou utilisable. Inutile de dire que les vieux généralistes ont de la peine avec les limitations d'EBM, mais que les jeunes y sont souvent formatés, du moins au début ».

Deux approches difficilement réconciliables pour ce médecin qui n'a pas mis des gants pour affirmer cette tension entre le terrain et l'université ! Et il semble bien que le débat sur l'ivermectine lui donne raison. Certes, dans l'idéal, il ne faudrait pas opposer une médecine basée sur des preuves à une médecine basée sur l'expérience. Pour arriver à un discernement pour le bien des patients, elles devraient se compléter, voire s'interpeler.

Il paraît évident qu'il faut tenir compte à la fois des études scientifiques et des observations de terrain, du bon sens et des études statistiques, etc... Tout est relié et tous doivent absolument coopérer, quels que soit leurs champs de compétences.⁶³ Cependant, dans les faits je constate du mépris chez ceux qui dénigrent l'expérience des médecins de première ligne utilisant des médicaments repositionnés.

Un autre médecin avec lequel je corresponds ajoute une autre dimension : la médecine académique est devenue « défensive » : « *le problème, m'écrit-il, n'est pas de rechercher ce qui peut être le plus bénéfique au patient, mais de « se couvrir », pour que personne ne puisse rien vous reprocher. Et pour se couvrir, il faut avoir son regard tourné vers le rétroviseur, puisque l'« Evidence based medicine » ne peut que s'appuyer sur ce qui est dans le passé ».*

Cette médecine défensive écarte complètement l'attitude empirique qui consiste, face à une situation nouvelle, à tenter de nouvelles approches, lesquelles, par définition, ne peuvent être basées sur des preuves. Dans ce sens, des cadres du CHUV (Lausanne) et des HUG (Genève) ont déclaré au journal *L'Illustré* qu'on introduirait des médicaments repositionnés lorsque leur efficacité aurait été démontrée (sous-entendu, par d'autres...).

Alors que plus de 800 études scientifiques indiquent une action positive de ces médicaments contre le coronavirus⁶⁴ et que des milliers de médecins les utilisent, le journaliste de *L'Illustré* conclut de manière péremptoire et sur la base d'interviews de seulement quatre médecins : « *Un enseignement majeur se dégage : toutes les pistes suscitant un espoir de traitement ou d'amélioration, même les plus ténues, sont explorées avec le plus grand intérêt et la plus grande rigueur scientifique avant, malheureusement, d'être abandonnées ».*⁶⁵

Comme je le relevais dans un autre article, le mépris des traitements précoces et le rejet des médicaments repositionnés fait partie du « *narratif* » officiel de la gestion de la pandémie. Il s'oppose à un autre *narratif* lequel provoque une dissonance cognitive. Entre les deux il y a un langage de sourds : il est difficile d'en débattre avec écoute et respect réciproques.⁶⁶

« L'Evidence Based Medicine oublie l'essentiel : la médecine n'est pas une science, c'est un Art. L'être humain ne peut être réduit à une simple équation et c'est l'expérience de l'examineur qui fera la juste prescription. Comme disait Hippocrate, le médecin voit la maladie à travers son patient et le patient ne peut être isolé du monde environnant. Bien sûr que le médecin doit tenir compte des études scientifiques mais pas seulement, il doit tenir compte avant tout de son expérience et du patient en tant qu'individu et être vivant dans un environnement qui lui ai propre », m'a écrit le Dr Arturo Perez qui s'insurge contre la position unilatérale de l'OMS.

Dans sa prise de position au sujet de l'Ivermectine l'OMS ne tient, en effet, aucunement compte des observations de terrain, mais se fonde uniquement sur l'« Evidence based medicine ». Elle donne une interprétation sélective de certaines études randomisées pour « déconseiller d'utiliser l'Ivermectine

pour traiter la COVID-19 en dehors des essais cliniques»⁶⁷, au détriment d'autres études et de méta-analyses qui concluent à une efficacité de l'Ivermectine.

L'efficacité de l'Ivermectine doit en effet être indiquée à partir d'un large éventail de données et de sources scientifiques, au-delà des seules preuves issues d'essais contrôlés randomisés, comme l'illustre le diagramme ci-contre. La recommandation de son usage se base donc sur la totalité de ces données, pas seulement sur une seule comme le voudraient ceux qui ne jurent que par l'EBM !⁶⁸



Quelques observations basées sur l'expérience

Voici quelques observations basées sur l'expérience qui pourraient être multipliées. En Suisse romande, le Dr. Arturo Perez a écrit : « *Après avoir traité plus de 300 patients avec l'IVM, AZT, Z, Vit C et D, je déplore une hospitalisation...Face à mes patients, les études scientifiques, mon expérience et mon patient guident mon ordo* ». ⁶⁹

Question posée au Professeur Nagao, du Japon : « *Vous avez soigné plus de 500 patients atteints du Covid. Est-ce que vous avez eu des cas de patients qui ont pris de l'Ivermectine, se sont sentis mieux, mais dont l'état s'est dégradé après* » ? Réponse de Nagao : « *Non, aucun* ». ⁷⁰

Aux USA le Dr. David Chesler a soigné plus de 250 résidents de sept maisons de retraite avec de l'Ivermectine. A l'heure du bilan, le taux de mortalité des patients traités par son collègue qui n'avait pas utilisé l'Ivermectine était d'environ 22% alors que le sien était de 3%. Une émouvante vidéo en témoigne. ⁷¹

Et que dire de cette étude observationnelle géante (233'849 patients) sur l'impact de l'Ivermectine dans la ville de Mexico ? « *Le résultat est très significatif puisqu'il est montré qu'il y a entre 62% et 76% de probabilités en moins d'être hospitalisé si vous avez accès au traitement* », déclare la responsable de la santé de la municipalité de cette immense ville lors d'une conférence presse. ⁷²

Et comment expliquer que l'état brésilien d'Amazonas a présenté une mortalité cumulée plus de cinq fois supérieure à celle de l'état voisin de Pará ? Sinon par le soutien explicite du gouvernement de l'état de Para au traitement ambulatoire précoce, dont l'Ivermectine qui peut être achetée sans ordonnance. ⁷³

En Inde, face au variant Delta la meilleure arme n'a pas été la vaccination (moins de 2% de la population l'avait reçue) mais les traitements précoces. Ce sont eux qui ont arrêté l'épisode épidémique, particulièrement dans les états qui ont utilisé l'Ivermectine. ⁷⁴ Même l'OMS a dû reconnaître l'efficacité de ces traitements, tout en passant sous silence l'usage de l'Ivermectine, ce qui a conduit un groupe d'avocats indiens à porter plainte contre la directrice scientifique de l'OMS pour cette omission. ⁷⁵

Enfin, une quarantaine de témoignages de médecins de première ligne, venant de cinq continents, sont donnés sur le site de la « *Journée mondiale de l'Ivermectine* » (le 24 juillet 2021). Avec

enthousiasme ils disent comment leur découverte de l'Ivermectine leur a permis de soigner des milliers de patients et a révolutionné leur perception de la pandémie. Si, à ce stade de mon étude, vous doutez encore de son efficacité, prenez le temps de visionner ces vidéos !⁷⁶

V. L'Ivermectine, un cadeau de la terre ou un don du ciel ?

Satoshi Omura, l'inventeur de l'Ivermectine, a écrit un article sur sa découverte dans la lutte contre la Covid-19.⁷⁷ Il connaît sans doute son sujet. Son allocution de réception du Prix Nobel de Médecine en 2015 pour cette découverte était intitulée « *L'Ivermectine, un merveilleux cadeau de la Terre* ». ⁷⁸

Ce titre m'a tout de suite fait penser au passage du livre du Siracide, un « *apocryphe* » qui ne se trouve pas dans les bibles protestantes (mais que les éditions catholiques et œcuméniques ont inclus).

Ce beau texte est en quelque sorte un « *serment d'Hippocrate biblique* » qui appelle le médecin à exercer droitement son art et le malade à l'honorer. A mon sens, chaque étudiant en médecine devrait l'apprendre par cœur !⁷⁹

Au sujet des médicaments, Le Siracide dit qu'ils sont « *tirés du monde créé ; ils viennent donc du Seigneur. Un homme de bon sens ne les méprise pas* » (Siracide 38,4).

L'Ivermectine est-elle un cadeau de la terre ou un don du ciel pour le traitement de la Covid-19 ? Évidemment il ne faut jamais opposer les choses. Le croyant sait que Dieu agit à travers l'art du médecin et les médicaments tirés de la terre, comme l'affirme le Siracide dans ce texte. Par conséquent le refus de traiter (ou de se laisser traiter) à travers de bons médicaments est une sorte de transgression de l'ordre de la création.

Un médecin de bon sens ne néglige pas un remède éprouvé ! C'est l'évidence apportée par tant de données scientifiques et par l'expérience de milliers de médecins de première ligne qui, en utilisant l'Ivermectine, ont sauvé la vie de milliers de personnes.⁸⁰

L'homme est un être de raison, mais il est tout autant un être de conviction et l'une et l'autre participent de la guérison faisant dire, en écho au Siracide, au célèbre chirurgien Ambroise Paré : « *Je le pensai, Dieu le guérit* ». ⁸¹

Albert Schweitzer qui n'a jamais dissocié la science médicale ni du terrain, ni de spiritualité, a écrit : « *Le respect de la vie me fournit le principe fondamental de la morale qui dit que le bien consiste à conserver, à soutenir et à exalter la vie et que détruire la vie, la léser ou lui faire obstacle est mauvais* ». ⁸² A mon sens, son éthique de la vie est d'une telle évidence qu'elle devrait animer chaque médecin.

Combien de vies auraient pu être sauvées si l'Ivermectine avait été recommandée par l'OMS dès le début de la pandémie qui a fait à ce jour plus de 4,55 millions de morts ?⁸³ Nul ne le saura jamais, mais le calcul est étourdissant si les données moyennes concernant l'Ivermectine s'avéraient exactes !

Dois-je encore rappeler les 63 études scientifiques répertoriées par la méta-analyse du site <https://ivmmeta.com> indiquant une amélioration de 72 % pour le traitement précoce et de 86% pour la prophylaxie. « *La probabilité qu'un traitement inefficace génère des résultats aussi positifs que les 63 études est estimée à 1 sur 1 trillion* », risque ce site.

D'autre part, si l'Ivermectine ou d'autres médicaments repositionnés ont l'efficacité que tant d'études scientifiques et d'observations de terrain révèlent, alors la réponse à la pandémie serait bien différente. Tous les moyens pratiques, efficaces et sûrs doivent être utilisés.

Dans la lutte contre la Covid-19 et ses variants présents et futurs, aucun traitement ou vaccin n'est efficace à 100%. Cependant rejeter l'efficacité des traitements précoces accroît le risque que la pandémie devienne endémique et augmente la morbidité et la mortalité. L'Office fédéral de la Santé publique ferait bien d'y réfléchir !

Quelle éthique ?

La campagne lancée par l'OFSP - « *Un geste du cœur pour tous* » - nous invite à une éthique de la solidarité.⁸⁴ A mon sens la vaccination n'est pas le seul moyen de manifester cette solidarité. Je le répète : l'Ivermectine (et d'autres médicaments) a de nombreuses vertus dans le traitement et la prophylaxie de la Covid-19 ; j'espère que les autorités sanitaires auront le bon sens de l'autoriser.

Si la vaccination doit être volontaire et non obligatoire, il y a cependant une double obligation morale laquelle est universelle. Celle de prendre soin de sa propre santé et celle de ne pas mettre la vie d'autrui en danger, en particulier celle des plus faibles. Ceux qui choisissent la vaccination sont à respecter, comme ceux qui, pour une raison ou une autre, ne peuvent pas ou ne veulent pas être vaccinés.

Ces derniers, cependant doivent prendre des mesures appropriées pour éviter, par d'autres moyens prophylactiques et un comportement approprié, de transmettre le nouveau coronavirus.⁸⁵ Au fur et à mesure que la couverture vaccinale diminue en fonction des nouveaux variants de la Covid-19 ces mesures de prudence s'appliquent d'ailleurs aussi aux personnes vaccinées !

La leçon que je tire aussi de ce médicament si controversé, est qu'il nous appelle surtout à une éthique de l'honnêteté ! Honnêteté des autorités politiques et sanitaires, ainsi que des médias qui ne doivent pas occulter des informations essentielles. Honnêteté des entreprises et des investisseurs qui ne doivent pas chercher d'abord leurs profits. Honnêteté de la recherche scientifique qui doit toujours rester ouverte à d'autres informations.

Dans *La Peste*, cette éthique est en effet pour Albert Camus, la pierre angulaire de toute gestion de pandémie, lui qui a mis ces paroles surprenantes dans la bouche du Dr Rieux : « *Il ne s'agit pas d'héroïsme dans tout cela. Il s'agit d'honnêteté. C'est une idée qui peut faire rire, mais la seule façon de lutter contre la peste, c'est l'honnêteté* ».⁸⁶

¹ Medical Associations Citing Merck et al. Declare War on Ivermectin Use Targeting COVID-19 in America, https://trialsitenews.com/medical-associations-citing-merck-et-al-declare-war-on-ivermectin-use-targeting-covid-19-in-america/?utm_source=Contextly&utm_medium=ChannelEmail&utm_campaign=Ivermectin&utm_content=Notification

² <https://bird-group.org/>

³ 24 Heures, 4.2.2021. <https://www.24heures.ch/de-livermectine-contre-le-covid-le-chuv-dit-non-dautres-oui-383244911801>

⁴ Le Monde, 13.4.2021. https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2021/04/13/l-ivermectine-traitement-miracle-contre-le-covid-19-ou-mirage-therapeutique_6076630_4355770.html Lire une critique de cet article sur le blog d'Enzo Lolo, très engagé dans la promotion des traitements précoces. <https://blogs.mediapart.fr/enzo-lolo/blog/150421/covid-19-les-decodeurs-du-monde-sur-livermectine-decryptage>

⁵ Le Nouvel Observateur, 13.7.2021. <https://www.nouvelobs.com/societe/20210713.OBS46503/l-ivermectine-un-traitement-prometteur-contre-le-covid.html>

⁶ « Cette fois, trop c'est trop ». *Le Temps*, 9 mai 2021. <https://blogs.letemps.ch/suzette-sandoz/2021/05/09/cette-fois-cest-trop/>

⁷ <https://www.ge.ch/document/25794/telecharger>

⁸ Selon le texte publié par la Société vaudoise de médecine. Cf <https://www.svmed.ch/serment-dhippocrate/>

⁹ Cf. <https://www.youtube.com/watch?v=riHu78sEzcg>

-
- ¹⁰ Au 8.7.2021, le site <https://c19hcq.com/a> répertorié 261 études sur l'HCQ.
- ¹¹ Lenze EJ, Mattar C, Zorumski CF, et al. Fluvoxamine vs Placebo and Clinical Deterioration in Outpatients With Symptomatic COVID-19: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2020;324(22):2292–2300. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2773108> . Cette étude publiée par JAMA indique l'efficacité de la fluvoxamine.
- ¹² Matthieu MILLION et al. Early Treatment with Hydroxychloroquine and Azithromycin in 10,429 COVID-19. Outpatients: A Monocentric Retrospective Cohort Study <https://www.mediterranee-infection.com/wp-content/uploads/2020/04/MS-IHU-Preprint.pdf>
- ¹³ Flávio Adsuara Cadegiani, Ricardo Ariel Zimmerman et al. Proxalutamide (GT0918) Reduces the Rate of Hospitalization in mild-to-moderate COVID-19 Female Patients: A Randomized Double-Blinded Placebo-Controlled Two-Arm Parallel Trial. medRxiv 2021.07.06.21260086; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.07.06.21260086> Cette étude montre que le traitement avec la Proxalutamide a permis de réduire le taux d'hospitalisation de 86% sans problème de sécurité.
- ¹⁴ Cf. Laura Wainstein, "Evaluation pharmacologique de la BROMHEXINE dans la prise en charge de l'infection à COVID-19 ». HUG, 20.11.2020. <https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/coronavirus/documents/bromhexine-et-covid-19.pdf>
- ¹⁵ Andrew B. Crouse, Tiffany Grimes et al., Metformin Use Is Associated With Reduced Mortality in a Diverse Population With COVID-19 and Diabetes. *Front. Endocrinol.*, 13 January 2021 | <https://doi.org/10.3389/fendo.2020.600439>
- ¹⁶ Juan M. Figueroa et al. Efficacy of a nasal spray containing Iota-Carrageenan in the prophylaxis of COVID-19 in hospital personnel dedicated to patients care with COVID-19 disease A pragmatic multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial (CARR-COV-02) medRxiv 2021.04.13.21255409; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.04.13.21255409>
- ¹⁷ Dan V Nicolau et al. Inhaled budesonide in the treatment of early COVID-19 (STOIC): a phase 2, open-label, randomised controlled trial, Sanjay Ramakrishnan, *The Lancet*, Publ. April 09, 2021 DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00160-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00160-0)
- ¹⁸ Pramod Savarapu, Nischit Baral et al. Aspirin Use is Associated with Decreased Mortality in Patients with COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis. medRxiv, 10.7.2021. <https://doi.org/10.1101/2021.07.08.21260236>
- ¹⁹ "Use of Indomethacin for mild and moderate Covid -19 patients. A Randomized Control Trial", Ravichandran Rajan et al. medRxiv, 25.07.2021. <https://doi.org/10.1101/2021.07.24.21261007>
- ²⁰ "Plitidepsin has potent preclinical efficacy against SARS-CoV-2 by targeting the host protein", Kris M White et al, NIH. PubMed.gov. 2021 Feb 26;371(6532):926-931. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33495306/>
- ²¹ "Therapeutic Algorithm for Use of Melatonin in Patients With COVID-19", Russel J. Reiter, Pedro Abreu-Gonzalez, Paul E. Marik and Alberto Dominguez-Rodriguez. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2020.00226/full>
- ²² Pour une liste des médicaments utilisés pour le traitement du Covid-19, cf. Julia Robinson, Everything you need to know about the COVID-19 therapy trials. *The Pharmaceutical Journal*, 13.7.2021. <https://pharmaceutical-journal.com/article/feature/everything-you-need-to-know-about-the-covid-19-therapy-trials> Voir aussi le site constamment mis à jour <https://c19early.com/>
- ²³ Par exemple le Darapladib, qui traite actuellement l'athérosclérose et le Flumatinib, un médicament contre le cancer. Cf. « Jérusalem : Trois médicaments existants battent presque à 100% le corona dans un labo ». *Times of Israël*. 21.7.2021. <https://fr.timesofisrael.com/jerusalem-3-medicaments-existants-battent-presque-a-100-le-corona-dans-un-labo/>
- ²⁴ "Paracetamol in the home treatment of early COVID-19 symptoms: A possible foe rather than a friend for elderly patients?" Sergio Pandolfi, Vincenzo Simonetti, Giovanni Ricevuti, Salvatore Chirumbolo. *Journal of Medical Virology*, 25 June 2021 <https://doi.org/10.1002/jmv.27158>

²⁵ Cf. <https://covid19criticalcare.com/covid-19-protocols/> et https://reinfocovid.fr/wp-content/uploads/2021/06/TAP_image_mode_emploi.pdf

²⁶ Le Monde 5.2.2021. https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2021/02/05/plusieurs-medecins-alertent-contre-un-protocole-anti-covid-19-criminel_6068945_4355770.html

²⁷ Libération du 4.2.2021. https://www.liberation.fr/checknews/covid-19-que-sait-on-du-traitement-precoce-promu-par-des-collectifs-covidoseptiques-20210204_TDILGQIQZGT3HDZNFBC2AYHA/

²⁸ cf. p. 10 de cette étude.

²⁹ « Inefficacité de l'ivermectine sur les symptômes de Covid-19 léger ». Revue médicale suisse, No 739. 19.5.2021. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2021/revue-medicale-suisse-739/inefficacite-de-l-ivermectine-sur-les-symptomes-de-covid-19-leger>

³⁰ Radley DC, Finkelstein SN, Stafford RS. Off-label prescribing among office-based physicians. *Arch Intern Med.* 2006;166(9):1021-1026; Stafford RS. Regulating Off-Label Drug Use — Rethinking the Role of the FDA. *N Engl J Med.* 2008;358(14):1427-1429.

Sur les prescriptions off labels, voir aussi <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-165/la-prescription-off-label>

³¹ <https://www.santemagazine.fr/traitement/medicaments/ou-en-est-la-recherche-de-traitements-contre-la-covid-19-879025>

³² Pour une analyse d'une tendance du journalisme actuel, lire l'étude fouillée de Laurent Mucchielli, « La crise sanitaire a révélé l'inquiétant déclin du journalisme ». 5.7.2021. <https://blogs.mediapart.fr/laurent-mucchielli/blog/150721/la-crise-sanitaire-revele-l-inquietant-declin-du-journalisme>

³³ Cf. <https://c19early.com/>

³⁴ Comme par exemple le Remdesivir. Dans une étude portant sur 2344 vétérans américains hospitalisés pour le COVID-19, le traitement par Remdesivir a provoqué une sortie plus tardive de l'hôpital. Michael E. Ohl, Donald R. Miller, Brian C. Lund et al, "Association of Remdesivir Treatment With Survival and Length of Hospital Stay Among US Veterans Hospitalized With COVID-19". *JAMA*, 15.7.2021. https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2781959?utm_source=silverchair&utm_medium=email&utm_campaign=article_alert-jamanetworkopen&utm_content=wklyforyou&utm_term=071621

³⁵ Mark J Siedner, Ivermectin for the treatment of COVID-19 disease: Too good to pass up or too good to be true?, *Open Forum Infectious Diseases*, 2021;, ofab318, <https://doi.org/10.1093/ofid/ofab318>

³⁶ Cf. <https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9ta-analyse>

³⁷ Un article d'E. Lolo, qui fait le point sur le débat sur l'ivermectine, utilise cette expression au sujet de ce médicament : <https://blogs.mediapart.fr/enzo-lolo/blog/310321/covid-19-ivermectine-la-guerre-souterraine>

³⁸ Andrew Hill, Ahmed Abdulmir, Sabeena Ahmed, Asma Asghar, Olufemi Emmanuel Babalola, Rabia Basri, et al. Meta-analysis of randomized trials of ivermectin to treat SARS-CoV-2 infection, 19 January 2021, PREPRINT (Version 1). Research Square January 19, 2021. <https://www.researchsquare.com/article/rs-148845/v1>

³⁹ Tess Lawrie déclare à la suite d'une conversation avec le Dr Hill : « Il m'a dit qu'en fait, les conclusions n'étaient pas les siennes ! ». Cf. <https://twitter.com/GabinJean3/status/1371760541673402370>

⁴⁰ Andrew Hill, Anna Garratt, Jacob Levi, Jonathan Falconer, Leah Ellis, Kaitlyn McCann, Victoria Pilkington, Ambar Qavi, Junzheng Wang, Hannah Wentzel, Meta-analysis of randomized trials of Ivermectin to treat SARS-CoV-2 infection, *Open Forum Infectious Diseases*, 2021, ofab358, <https://doi.org/10.1093/ofid/ofab358>

-
- ⁴¹ Expression of Concern: “Meta-analysis of Randomized Trials of Ivermectin to Treat SARS-CoV-2 Infection”, Andrew Hill et al, *Open Forum Infectious Diseases*, Volume 8, Issue 8, August 2021, ofab394, <https://doi.org/10.1093/ofid/ofab394>
- ⁴² Bryant, Andrew MSc1,*; Lawrie, Theresa A. MBBCh, PhD2; Dowsell, Therese PhD2; Fordham, Edmund J. PhD2; Mitchell, Scott MBChB, MRCS3; Hill, Sarah R. PhD1; Tham, Tony C. MD, FRCP4 Ivermectin for Prevention and Treatment of COVID-19 Infection, *American Journal of Therapeutics*: June 17, 2021 https://journals.lww.com/americantherapeutics/abstract/9000/ivermectin_for_prevention_and_treatment_of.98040.aspx
- ⁴³ Kory, Pierre ; Meduri, Gianfranco Umberto ; Varon, Joseph; Iglesias, Jose DO4; Marik, Paul E, Review of the Emerging Evidence Demonstrating the Efficacy of Ivermectin in the Prophylaxis and Treatment of COVID-19, *American Journal of Therapeutics*: May/June 2021 - Volume 28 - Issue 3 - p e299-e318 https://journals.lww.com/americantherapeutics/Fulltext/2021/06000/Review_of_the_Emerging_Evidence_Demonstrating_the.4.aspx?WT.mc_id=HPxADx20100319xMP
- ⁴⁴ Popp M, Stegemann M, Metzendorf M-I, et al. Ivermectin for preventing and treating COVID-19. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;7:CD015017. doi:10.1002/14651858.CD015017.pub2pmid: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34318930>
- ⁴⁵ Bryant, A., Lawrie, T. A., & Fordham, E. (2021, September 3). Efficacy of ivermectin in Covid-19. <https://doi.org/10.31219/osf.io/peqcj>
- ⁴⁶ Yuani M Roman, MD, MPH, Paula Alejandra Burela, BSc, Vinay Pasupuleti, MD, PhD, Alejandro Piscocoy, MD, Jose E Vidal, MD, PhD, Adrian V Hernandez, MD, PhD, Ivermectin for the treatment of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *Clinical Infectious Diseases*, 2021;, ciab591, <https://doi.org/10.1093/cid/ciab591>
- ⁴⁷ <https://trialsitenews.com/what-a-difference-a-point-of-view-can-make-a-review-of-roman-et-al-the-case-for-ivermectin-as-a-covid-19-therapeutic-option/>
- ⁴⁸ « Place de l’ivermectine dans la prise en charge des patients atteints d’une infection à SARS-CoV-2 » <https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/coronavirus/documents/ivermectine-et-covid-19.pdf>
- ⁴⁹ Dans la conférence de L. Wainstein du 26 février 2021 cela apparaît clairement. Après la présentation de plusieurs études, elle constate l’efficacité, plus ou moins grande de l’ivermectine, mais conclut qu’elle n’est pas suffisante: « Ivermectine, colchicine et COVID-19 : Espoirs et réalités », <https://www.hug.ch/maladies-infectieuses/colloque-medical-covid-19>
- ⁵⁰ Cf la critique de cette méta-analyse dans l’article sur le site ivermectine-covid.ch : « Qu’attend-on pour utiliser l’ivermectine en Suisse romande »? <https://ivermectine-covid.ch/quattend-on-pour-utiliser-ivermectine-en-suisse-romande>
- ⁵¹ Cf World Health Organization, *Therapeutics and Covid-19*. 31.3.2021, p. 15ss <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340374/WHO-2019-nCoV-therapeutics-2021.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ⁵² <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-advises-against-use-ivermectin-prevention-treatment-covid-19-outside-randomised-clinical-trials>
- ⁵³ <https://covid19criticalcare.com/wp-content/uploads/2021/05/CLEAN-FLCCC-STATEMENT-AGAINST-THE-GLOBAL-IVERMECTIN-DISINFORMATION-CAMPAIGN-5.11.2021.pdf>
- ⁵⁴ López-Medina E, López P, Hurtado IC, et al. Effect of Ivermectin on Time to Resolution of Symptoms Among Adults With Mild COVID-19: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021;325(14):1426–1435. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2777389>
- ⁵⁵ Par exemple ce protocole avec du Zinc ; Zinc Ionophore; Vitamines C, D3, E et L-Lysine. Cf. “20-Week Study of Clinical Outcomes of Over-the-Counter COVID-19 Prophylaxis and Treatment”. Leon Margolin, Jeremy Luchins, Daniel Margolin. *Sage Journals*, 6 July <https://doi.org/10.1177/2515690X211026193>

-
- ⁵⁶ https://medicalpressopenaccess.com/upload/1605709669_1007.pdf Cf aussi cette autre étude de ce chercheur : <https://medwinpublishers.com/JIDTM/covid-19-and-ivermectin-prevention-and-treatment-update.pdf> . La méta-analyse de Kory et al. mentionne huit études contrôlées sur la prophylaxie par l'ivermectine, *Art.cit.* Notes 40-48. Celle de Bryant/Lawrie discute trois études. Cf. *Art.cit*
- ⁵⁷ <https://covexit.com/prevention-du-covid-19-sur-le-lieu-de-travail-lexperience-de-gtfoods-au-bresil/>
- ⁵⁸ Bernigaud C, Guillemot D, Ahmed-Belkacem A, et al. Bénéfice de l'ivermectine : de la gale à la COVID-19, un exemple de sérendipité. *Ann Dermatol Venerol.* 2020;147(12), 2020.09.23 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7688272/>
- ⁵⁹ <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=65078623&typedoc=R>
- ⁶⁰ <https://www.who.int/apoc/cdti/ivermectin/fr/> , consulté le 1.3.2021 mais retiré du site par la suite.
- ⁶¹ Cf. « Les vaccins ARNm contre la Covid-19 comparés à ceux contre la grippe en Suisse ». <https://martin.hoegger.org/index.php/2-uncategorised/614-grippe-covid>
- ⁶² Cf p. 5-7. Lire aussi à ce sujet les réflexions de l'équipe de TrialSites : https://trialsitenews.com/ivermectin-study-appears-fraudulent-but-not-a-surgisphere-moment/?utm_source=Contextly&utm_medium=ChannelEmail&utm_campaign=Ivermectin&utm_content=Notification
- ⁶³ Telle est l'approche de deux collectifs de médecins qui veulent promouvoir l'Ivermectine : le « Front Line COVID-19 Critical Care Alliance » (FLCCC - aux USA). <https://covid19criticalcare.com/> et le « British Ivermectin Recommendation Development Group » (BIRD - en Grande Bretagne). <https://bird-group.org/>.
- ⁶⁴ <https://c19early.com/>
- ⁶⁵ « Covid-19: les soupçons qui font polémique ». <https://www.illustre.ch/magazine/covid-19-les-soupcons-qui-font-polemique>
- ⁶⁶ «Le narrative de la gestion de la pandémie ». <https://martin.hoegger.org/index.php/2-uncategorised/616-narratif-pandemie>
- ⁶⁷ Cf World Health Organization, *Therapeutics and Covid-19.* 31.3.2021, p. 15ss <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340374/WHO-2019-nCoV-therapeutics-2021.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ⁶⁸ Le tableau ci-dessous se trouve en : FLCCC Alliance, Summary of the Evidence for Ivermectin in COVID-19. August 2021 <https://covid19criticalcare.com/wp-content/uploads/2021/08/SUMMARY-OF-THE-EVIDENCE-BASE-FINAL.pdf>
- ⁶⁹ Tweet du 10 mai 2021, sur le compte Twitter @PerezArturo3, supprimé à son insu ! Son Tweet du 24 août 2021 reprend ces données.
- ⁷⁰ Cf. <https://twitter.com/GabinJean3/status/1426910867799646208>
- ⁷¹ <https://odysee.com/@ivermectine-covid.ch:5/Le-Dr-David-Chesler-raconte-comment-il-a-soigné-des-résidents-de-maisons-de-retraite-avec-l'ivermectine:2?>
- ⁷² Cf <https://twitter.com/GabinJean3/status/1393466173858189315?s=20> Cf. *Ivermectin and the likelihood of hospitalization due to COVID-19: results of a quasi-experimental analysis based on a public intervention in Mexico City.* <https://osf.io/preprints/socarxiv/r93g4/?s=09>
- ⁷³ Emmerich FG. Comparisons between the Neighboring States of Amazonas and Pará in Brazil in the Second Wave of COVID-19 Outbreak and a Possible Role of Early Ambulatory Treatment. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Mar 24;18(7):3371. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/7/3371>
- ⁷⁴ Cf. <https://blog-gerard.maudrux.fr/2021/05/28/inde-covid-et-ivermectine-suite/>
- ⁷⁵ Health Policy watch, 181.6.2021. *Indian Bar Association Rebukes WHO Chief Scientist Over Ivermectin Guidelines for COVID Treatment.* <https://healthpolicy-watch.news/indian-bar-association-rebukes-who-chief-scientist-over-whos-ivermectin-guidelines-for-covid-treatment/>

⁷⁶ Cf. <https://worldivermectinday.org/>

⁷⁷ Morimasa Yagisawa, Patrick J. Foster, Hideaki Hanaki, and Satoshi Ōmura. "Global trends in clinical studies of Ivermectin in COVID-19", *The Japanese Journal of Antibiotics*, March 2021. http://jja-contents.wdc-jp.com/pdf/JJA74/74-1-open/74-1_44-95.pdf

⁷⁸ Ōmura S. *A Splendid Gift from the Earth: The Origins and Impact of the Ivermectin (Nobel Lecture)*. *Angew Chem Int Ed Engl*. 2016 Aug 22;55(35):10190-209. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27435664/>

⁷⁹ Cf. https://lire.la-bible.net/lecture/siracide/38/1/?_open=true

⁸⁰ Le recours du Dr Maudrux auprès du ministre de la santé français O. Véran pour obtenir une « Recommandation Temporaire d'Utilisation » pour l'Ivermectine a été soutenu par plus de 1500 médecins. Cf. <https://blog-gerard.maudrux.fr/2021/05/12/ivermectine-recours-gracieux-aupres-du-ministre/>

⁸¹ Cf. Bernard Woestelandt, *Je le pensai, Dieu le guérit. De l'art de guérir*. Favre, Lausanne, 2010.

⁸² Albert Schweitzer, *Ma vie et ma pensée*, Albin Michel, Paris, 1960, p. 90. Cf. O.F. Bollnow, Le respect de la vie considéré comme principe fondamental de l'éthique. *Études théologiques et religieuses*, 1976/56.1-2 https://www.persee.fr/doc/rhpr_0035-2403_1976_num_56_1_4314

⁸³ Les statistiques indiquent qu'on a passé le cap des 4,5 millions de morts dus au Sars-Cov2, le 1^{er} septembre 2021. <https://fr.statista.com/statistiques/1101324/morts-coronavirus-monde/>

⁸⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-83547.html>

⁸⁵ Cf. la déclaration de la Congrégation de la Doctrine de la foi sur cette question de la responsabilité morale, <https://www.vaticannews.va/fr/vatican/news/2020-12/doctrine-foi-vaccin-anticovid-vatican-pandemie-pape-francois.html>

⁸⁶ Cf. Duclert Vincent, « Faire son métier d'homme ». L'engagement d'Albert Camus », *Cités*, 2021/1 (N° 85), p. 101-106. <https://www.cairn.info/revue-cites-2021-1-page-101.htm>