

Print

## Le jeu des tests: une brique de plus dans la désinformation COVID-19

Par [Dr Pascal Sacré](#)

Mondialisation.ca, 25 juin 2020

Url de l'article:

<https://www.mondialisation.ca/le-jeu-des-tests-une-brique-de-plus-dans-la-desinformation-covid-19/5646879>



Dans la maladie COVID-19, les tests tentent de répondre aux questions fondamentales suivantes :  
Êtes-vous infecté? Êtes-vous contagieux? Avez-vous été infecté? Êtes-vous immunisé (protégé) contre le coronavirus SRAS-CoV-2, et pendant combien de temps?

Vous voulez la réponse vraie, ou bien la réponse donnée par la propagande, les versions officielles gouvernementales et les médias dominants ?

Je vais vous donner la réponse vraie, médicale : les tests ne répondent à aucune de ces questions, ils ne sont pas fiables, donnent des réponses exagérément simplistes qui pourront être utilisées par les gouvernements pour faire croire aux gens ce qu'ils veulent qu'ils croient.

Il y a deux grands types de tests :

1. Les tests moléculaires : RT-PCR
2. Les tests sérologiques : recherche d'**anticorps** dans le sang  
RT-PCR [1]

Dans des cellules prélevées au fond du nez, le RT-PCR recherche des fragments d'ARN viral du SRAS-CoV-2, forme de l'ADN correspondant grâce à l'enzyme Reverse Transcriptase (RT) et amplifie (multiplie) les fragments ARN-ADN trouvés grâce à la technique de polymérase chain reaction (PCR). Par une technique compliquée, donc sujette à de nombreux faux pas, on nous dit que ce test pourrait quantifier la charge virale.

Ce test dont le résultat peut prendre 2 à 7 jours est censé prouver que vous êtes infecté (RT-PCR +) ou non (RT-PCR -) par le coronavirus SRAS-CoV-2 et que vous êtes contagieux ou non.

### Ce n'est pas la vérité.

Pourtant, c'est ce qui a guidé toutes les décisions médicales de par le monde pour catégoriser les patients en COVID et NON-COVID, pour isoler les premiers et les confirmer comme COVID-19.

La présence d'un tableau clinique composé de signes majeurs (dont la toux, la fièvre) et de signes mineurs, avec dans certains cas un scanner thoracique, a fait classer les malades symptomatiques en cas suspects (en attente du résultat RT-PCR) ou confirmés (RT-PCR positif et/ou scanner thoracique évocateur), avec des formes mineures, modérées et sévères.

Cette théorie basée sur des sables mouvants prouve que l'être humain préfère toujours un mensonge logique et rassurant, simpliste, à la vérité plus complexe et plus effrayante.

Beaucoup d'études et d'articles d'experts reconnus dans leur domaine, dont certains issus d'universités prestigieuses, ont montré le manque de fiabilité de la RT-PCR qui peut donner des résultats faussement positifs, faussement négatifs ou être perturbée pas un tas d'éléments à toutes les étapes de sa technique [2].

Quant aux tableaux cliniques et aux images des scanners thoraciques, ils n'ont rien de spécifique et peuvent se rencontrer dans n'importe quelle affection virale ou infectieuse large [3].

Le SRAS-CoV-2 fait partie d'une famille de nombreux virus similaires dont la plupart sont bénins : virus des rhumes.

Il est plus que probable que ce virus spécifique a eu le temps de circuler au sein d'une grande partie de la population avant la fin du mois de mars et les mesures de confinement.

Ces mesures d'isolement strict n'ont pas détruit le virus ou éteint la pandémie. Par contre, elles ont détruit l'économie de nombreux pays ainsi que de nombreuses vies (chômage, solitude, pauvreté, dépression, maladies non prises en charge, anxiété, famine).



« Kerry Pollard, microbiologiste du Commonwealth de Pennsylvanie, effectue une extraction manuelle du coronavirus dans le laboratoire d'extraction du Bureau des laboratoires du ministère de la santé de Pennsylvanie, le vendredi 6 mars 2020. » Source : [flickr.com](#)

### Les tests sérologiques au secours de la propagande COVID-19 ? [4]

Les tests sérologiques sont faits à partir du sang, 8 ml prélevés dans un tube sec ou bien une simple goutte dans le cas des tests rapides.

Le biologiste y cherche la présence d'anticorps (Ac) ou immunoglobulines (Ig) spécifiques du coronavirus SRAS-CoV-2.

On distingue deux grands types d'anticorps :

1. IgM : infection récente ou en cours, phase de contagion
  2. IgG : infection plus ancienne, guérison, plus de contagion
- Certains tests sérologiques dépendent uniquement des IgG. Des études ont montré que pratiquement tous les sujets qui ont présenté un **COVID-19 symptomatique** ont produit des anticorps IgG détectables pour autant que le prélèvement sanguin ait été réalisé **au minimum 3 semaines après les premiers symptômes** [5].

Il existe plusieurs types d'IgG.

Les IgG S1/S2 sont des anticorps neutralisants, protégeant contre le virus.

Attention, tous les anticorps IgG identifiés ne sont pas protecteurs ou neutralisants, c'est même l'inverse avec le phénomène de facilitation de l'infection via les anticorps (*ADE Antibody Dependent Enhancement*, comme dans la dengue). Dans ce cas, plutôt que de bloquer la clé (protéine Spike de l'enveloppe virale) qui permet au virus d'entrer dans les cellules cibles (anticorps neutralisants), ces anticorps facilitateurs favorisent la pénétration du virus dans les cellules cibles ! [6-7]

Des tests rapides, comme celui du laboratoire BioLab Sciences [8] basé à Scottsdale en Arizona (USA), permettent une détection d'anticorps rapide, en 10 minutes, avec une spécificité de 98%. Ce sont les dires du laboratoire. Une goutte de sang suffit, comme dans les tests de glucose sanguin avec piqûre au bout du doigt.

Il existe plusieurs types de tests rapides, 12 tests autorisés par la FDA rien qu'aux USA (au 1<sup>er</sup> juin), mais aussi d'autres en Malaisie, en Chine ou en Europe.

Un laboratoire comme celui de Scottsdale en Arizona prétend pouvoir fournir jusqu'à 9 millions de tests par semaine.

Interprétation des résultats du quick-test :

1. IgM positifs seuls : infection/contact récent (jours), au **maximum dans les 4 semaines précédentes**
  2. IgM et IgG positifs : infection/contact ayant eu lieu **entre 4 et 8 semaines avant**
  3. IgG positifs seuls : infection/contact ayant eu lieu **il y a plus de 8 semaines**
- Oui, et alors ?**

**Que pouvons-nous vraiment conclure à partir de cela ?**

Petit retour théorique sur l'immunité humaine pour mieux comprendre [9] :

La défense immunitaire humaine est composée de deux grandes lignes.

1. Immunité innée ou naturelle
2. Immunité acquise ou adaptative

**A. L'immunité innée** n'est pas spécifique, elle est très rapide, intervient en premier en cas d'agression et **elle est souvent suffisante**. Elle ne repose pas sur la production d'anticorps. Cela veut dire que les anticorps ne sont absolument pas indispensables pour éliminer une infection. Cela veut également dire que l'absence d'anticorps ou qu'un taux faible d'anticorps dans le sang n'exclut pas une infection virale qui aura été prise en charge par l'immunité innée exclusive. **Cela est même un signe de bonne santé immunitaire !**

**B. L'immunité adaptative** est spécifique, elle est plus lente, seulement activée dans le cas où l'immunité innée est débordée ou insuffisante et elle est **basée, mais pas seulement, sur la production d'anticorps**.

Donc, résumer la défense immunitaire d'un individu à sa production d'anticorps est aussi faux et simpliste que de résumer la défense d'un pays à ses forces spéciales. Pourtant, cette pirouette est le dogme principal de l'immunologie, la base sacrée de la vaccinologie.

Que dit la théorie immunitaire orthodoxe ?

#### Test positif

Elle dit qu'un test sérologique positif (présence d'un taux suffisant d'anticorps spécifiques du coronavirus SRAS-CoV-2 dans le sang) traduit l'existence d'une infection, récente (IgM-jours/semaines) ou ancienne (IgG-semaines/mois).

Elle dit aussi qu'un test positif à IgG (taux suffisant dans le sang) veut dire que la personne est protégée contre une nouvelle infection.

**Ce n'est pourtant pas aussi simple.**

Souvenez-vous du SIDA (infection par le VIH ou HIV). Avant le SIDA, toute séroconversion était considérée comme un bon signe, traduisant la réaction adaptée du système immunitaire adaptatif à une infection.

Après le SIDA, la séroconversion (présence d'anticorps anti-HIV) est devenue mauvais signe, posant le diagnostic d'une maladie active : malade séropositif [10].

#### Test négatif

La théorie orthodoxe dit qu'un test négatif (peu ou pas d'IgG dans le sang) veut dire que la personne n'a pas fait d'infection et n'est pas protégée.

**Pourtant, ce n'est pas tout à fait vrai.**

L'absence d'anticorps IgG (ou un taux sérique faible) ne veut pas dire qu'une personne n'a pas été infectée car elle a pu recourir uniquement à son immunité innée (immunité sans anticorps) ou elle a pu recourir à d'autres types d'anticorps comme les Immunoglobulines A (IgA) sécrétées localement dans les muqueuses infectées (muqueuse nasopharyngée).

Les anticorps sont sécrétés par des lymphocytes B activés lors de la réaction immunitaire tardive, adaptative et spécifique. Mais cette immunité adaptative repose également sur d'autres cellules qui ne produisent pas d'anticorps, telles que les **lymphocytes T** qui constituent également une ligne de défense antivirale et antimicrobienne très importante, non prise en compte par les sérologies sanguines qui ne dosent que les anticorps sériques.

De plus, il y a un concept immunologique important, celui d'immunité croisée [11]. Oui les médecins devraient relire leurs cours d'immunologie !

La famille des coronavirus est une famille nombreuse !

Pour la plupart, ces virus sont bénins et engendrent des rhumes chaque année. À force, depuis la petite enfance, une véritable immunité anti-coronavirus s'est développée, facilitant la réaction immunitaire innée contre le SRAS-CoV-2 de sorte que celle-ci, chez un grand nombre de personnes, a pu suffire pour raccourcir la multiplication virale.

La réaction immunitaire adaptative (médiée par anticorps) n'a donc pas eu le temps, chez toutes ces personnes, d'entrer en jeu, donc pas d'anticorps.

Ce n'est pas mauvais du tout et veut dire, au contraire, que les rhumes précédents ont préparé la personne à bien réagir au SRAS-CoV-2 (immunité croisée efficace).

En résumé, une sérologie négative (taux insuffisant d'anticorps anti-SRAS-CoV-2) N'EXCLUT PAS d'avoir été infecté et N'EXCLUT PAS l'existence d'une immunité protectrice contre une forme grave de COVID-19.

Les seules sérologies à IgG **sous-estimeront** le véritable taux d'infections guéries et la véritable immunité de la population contre le SRAS-CoV-2 !

Il serait plus intéressant de doser l'ensemble des anticorps anti-coronavirus, et non seulement ceux spécifiques du SRAS-CoV-2.

### Hypothèse immunologique pour expliquer des formes graves de COVID-19 :

Des formes sévères (soins intensifs, décès) ont surtout été observées chez les patients âgés (voire très âgés, >= 80 ans) et/ou avec une maladie chronique ou plus (obésité, diabète, HTA, maladie cardio-vasculaire...).

Ces pathologies chroniques occidentales (de plus en plus mondiales et liées principalement aux régimes alimentaires sucrés associés à une sédentarité excessive) sont devenues tellement habituelles qu'aujourd'hui, dans les hôpitaux, on les banalise à outrance. C'est presque devenu « normal » d'être gros, hypertendu, vite essoufflé, diabétique ou inactif.

Pourtant, il s'agit **DU** fléau des temps modernes, beaucoup plus que le manque de vaccination !

Toutes ces maladies et habitudes de vie dépriment fortement le système immunitaire [12].

a) l'immunité innée, naturelle, a été incapable chez ces personnes d'éliminer le virus ou de ralentir sa multiplication.

b) l'immunité adaptative, spécifique, productrice entre autres d'anticorps de plusieurs types, a pu entraîner la sécrétion d'anticorps ADE, facilitant l'invasion virale au niveau de tissus présentant des récepteurs spécifiques à ces anticorps, engendrant une réaction inflammatoire excessive, exagérée (réponse immunologique Th2) et plus de destruction que de guérison [13] notamment dans les poumons.

Dans ce cas de figure, les taux très élevés d'anticorps contre le SRAS-CoV-2 ont plutôt traduit une situation mauvaise, synonyme d'infection sévère et de réactions immunitaires délétères !

### CONCLUSIONS

Les tests, aussi bien moléculaires de type RT-PCR (diagnostic, contagiosité), que sérologiques avec anticorps IgM-IgG (diagnostic, immunité) sont **peu fiables**.

Ils ne tiennent pas compte de l'immunité croisée aux autres coronavirus (très similaires au SRAS-CoV-2 mais plus nombreux et bénins) qui a pu, certainement, jouer un grand rôle dans la protection de tout un pan de la population, surtout les jeunes et les individus en relative bonne santé (60 à 85% des gens sont capables d'éliminer les coronavirus en n'utilisant que leur système immunitaire inné, sans développer d'anticorps pour cela).

Beaucoup de gens sont et seront protégés par cette immunité croisée, assurée par tous les coronavirus ambiants que nous respirons sans aucun souci ou à peine (rhume banal) depuis des décennies et sans passer par la case **anticorps spécifiques**.

De plus, ce n'est pas parce que les anticorps en question disparaissent rapidement [14] ou diminuent très fort dans le sang que l'individu n'a plus de protection immunitaire.

Il existe un grand nombre de lignes de protection (cellules T auxiliaires, cytotoxiques, régulatrices, autres molécules fabriquées par les cellules B, immunité innée...) et tout réduire aux seuls anticorps pour dire que vous êtes protégés ou non est profondément malhonnête, ou stupide.

L'immunité ne repose pas que sur les anticorps, loin de là [15] !

Des patients avec un COVID-19 modéré ont montré des taux faibles d'IgA et d'IgG sériques spécifiques de la protéine Spike du SRAS-CoV-2.

Des patients avec un COVID sévères ont montré des taux élevés d'IgA et d'IgG sériques spécifiques, d'autant plus élevés que la maladie a été sévère [16].

Alors que la théorie immunologique orthodoxe dirait que plus on est malade, plus on fabrique d'Ac pour se protéger, en réalité, le taux élevé d'Ac est en partie responsable de la gravité de la maladie (phénomène ADE).

Le taux élevé d'anticorps, bien loin de traduire une protection, traduit une réaction immunitaire inadéquate (dérégulée) conduisant à une réponse immunitaire Th2 (humorale et inflammatoire) plutôt que Th1 (cellulaire). Et ce n'est pas bon.

Pourquoi ?

En raison du mauvais état de santé global des patients atteints de COVID sévère (une ou plusieurs comorbidités sévères, âge élevé) !

Le plus important est une bonne coordination entre les systèmes immunitaires inné et adaptatif et cela repose sur une bonne santé (alimentaire, physique, mentale).

Un taux bas d'anticorps peut simplement signifier que votre système immunitaire inné a été efficace, et a suffi à vous protéger. C'est

bien !

On peut faire dire n'importe quoi aux tests, y compris les tests sérologiques (anticorps) et tout dépendra de l'intention, bienveillante et honnête OU malveillante et malhonnête, de ceux qui vous diront ce qu'ils veulent que vous croyez.

**P.S. mes conseils de médecin :**

Renforcez votre immunité par une alimentation saine (équilibrée), une activité physique modérée, variée et régulière et une hygiène mentale quotidienne (méditation, autohypnose, sophrologie, respiration, promenade dans la nature sans masques).

Et si vous et vos enfants ont des rhumes, c'est très bien.

**Dr Pascal Sacré**

Image en vedette : pixabay.com

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

**Notes :**

- [1] [Tutoriel prélèvement nasopharyngé : Un geste technique, essentiel à la fiabilité du test COVID-19](#)
- [2] [Les tests: talon d'Achille du château de cartes COVID-19](#), mondialisation.ca, 28 mai 2020
- [3] [Utilité du CT-scan thoracique pour le diagnostic et le triage des patients suspects de COVID-19](#), revue Médicale Suisse RMS 2020, Vol. 16, 955-957. Le rôle du CT dans la prise en charge des malades COVID-19 suspects ou confirmés reste incertain.
- [4] [Place des tests sérologiques dans la stratégie de prise en charge de la maladie COVID-19](#)
- [5] Le Journal du Médecin, 4 juin 2020, n° 2632
- [6] [Anticorps facilitants et pathogénèse du COVID 19](#), Revue Médicale Suisse 25 avril 2020. Cet article permet de mettre en avant la complexité de la réponse immune. Complexité qui nous incite à réfléchir sur la signification de la présence d'anticorps : une sérologie positive dans le temps peut-elle dire qu'il existe une immunité ? De plus, comme on peut le suspecter dans certains cas sévères la réponse immune pourrait jouer un rôle dans la pathogénèse de l'affection.
- [7] [Molecular Mechanism for Antibody-Dependent Enhancement of Coronavirus Entry](#)
- [8] Tests sérologiques rapides : [RAPID RESULT COVID-19 TEST KITS](#)
- [9] Immunologie approfondie
- [10] [LE DIAGNOSTIC DE L'INFECTION PAR LE VIH](#), Le diagnostic est fait grâce à une analyse de sang qui permet de détecter la présence d'anticorps anti-HIV, dès trois semaines après la contamination.
- [11] [Immunité croisée entre les coronavirus des rhumes et SARS-CoV-2](#)
- [12] [SARS-CoV-2 specific antibody responses in COVID-19 patients](#)
- [13] [Antibodies to coronaviruses are higher in older compared with younger adults and binding antibodies are more sensitive than neutralizing antibodies in identifying coronavirus-associated illnesses](#)
- [14] [Coronavirus : les anticorps ne resteraient que deux à trois mois dans le sang](#)
- [15] [Les anticorps ne sont PAS nécessaires pour la protection contre certains virus](#), article source en anglais : [Antibodies are not required for immunity against some viruses](#)
- [16] [Systemic and mucosal antibody secretion specific to SARS-CoV-2 during mild versus severe COVID-19](#)

**Pascal Sacré** est diplômé en médecine, en Belgique, depuis 1995. Il a entamé une spécialité en anesthésie-réanimation en 1997, terminée en 2002 et complétée par une spécialisation en soins intensifs (critical care) en 2003. Il travaille en milieu hospitalier depuis cette date, en soins intensifs, avec un passage de 2,5 ans dans un centre pour grands brûlés (l'hôpital militaire Reine Astrid HMRA à Bruxelles) entre 2009 et 2011. Depuis 2011, il travaille dans un centre de soins intensifs médico-chirurgical à Charleroi, Belgique. Il est formé en hypnothérapie en milieu médical depuis 2014 et à ce titre, il est responsable de formations en gestion du stress pour le personnel de son hôpital. Il collabore pour le [Centre de recherche sur la Mondialisation](#) depuis 2009.

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

Copyright © Dr Pascal Sacré, Mondialisation.ca, 2020