

Print

COVID-19: RT-PCR ou comment enfumer toute l'humanité.

Par [Dr Pascal Sacré](#)

Mondialisation.ca, 14 octobre 2020

Url de l'article:

<https://www.mondialisation.ca/covid-19-rt-pcr-ou-comment-enfumer-toute-lhumanite/5650143>



Introduction : utilisation d'une technique pour verrouiller la société

Toute la propagande actuelle sur la pandémie COVID-19 repose sur un postulat considéré comme évident, vrai et qui n'est plus remis en question :

Test RT-PCR positif veut dire être malade du COVID. Ce postulat est trompeur.

Très peu de gens, y compris chez les médecins, comprennent comment un test PCR fonctionne.

RT-PCR signifie **Real Time-Polymerase Chain Reaction**.

En français, cela veut dire : Réaction de Polymérisation en Chaîne en Temps Réel.

En médecine, nous utilisons cet outil principalement pour faire le diagnostic d'une infection virale.

En partant d'une situation clinique avec présence ou non de symptômes particuliers chez un patient, nous envisageons différents diagnostics en nous basant sur des tests.

Dans le cas de certaines infections, notamment virales, nous utilisons la technique RT-PCR pour confirmer une hypothèse diagnostique suggérée par un tableau clinique.

Nous ne faisons pas d'office une RT-PCR à tout patient qui chauffe, qui tousse ou qui présente un syndrome inflammatoire !

C'est une technique de laboratoire, de biologie moléculaire d'amplification génique car elle recherche des traces géniques (ADN ou ARN) en les amplifiant.

En plus de la médecine, les autres champs d'applications sont la génétique, la recherche, l'industrie et l'expertise judiciaire.

La technique est réalisée dans un **laboratoire spécialisé**, elle ne peut pas être faite dans n'importe quel laboratoire, même hospitalier. Cela entraîne un certain coût, et un délai parfois de plusieurs jours entre le prélèvement et le résultat.

Aujourd'hui, depuis l'émergence de la nouvelle maladie appelée **COVID-19 (CO**rona **V**irus **D**isease-2019), la technique de diagnostic RT-PCR est utilisée pour définir des cas positifs, confirmés au SRAS-CoV-2 (coronavirus responsable du nouveau syndrome de détresse respiratoire aigu appelé COVID-19).

Ces cas positifs sont assimilés à des cas COVID-19, à des **malades** dont certains sont hospitalisés, voire admis en réanimation.

Postulat officiel de nos dirigeants : cas RT-PCR positifs = malades COVID-19. [1]

C'est le postulat de départ, la prémisse de toute la propagande officielle qui justifie toutes les mesures gouvernementales contraignantes : isolement, confinement, quarantaine, port du masque obligatoire, codes couleurs par pays et interdictions de voyager, tracking [traçage], distances sociales dans les entreprises, les magasins et même, voire surtout, dans les écoles [2].

Cette utilisation abusive de la technique RT-PCR est employée comme une **stratégie implacable et intentionnelle par certains gouvernements**, appuyés par des conseils scientifiques de sécurité et par les médias dominants, **pour justifier des mesures excessives** comme la violation d'un grand nombre de droits constitutionnels, la destruction de l'économie avec la mise en faillite de pans entiers des secteurs actifs de la société, la dégradation des conditions de vie pour un grand nombre de citoyens ordinaires, sous prétexte d'une pandémie **qui se base sur un nombre de tests RT-PCR positifs, et non sur un nombre de malades réels**.

Aspects techniques : pour mieux comprendre et ne pas se laisser manipuler

La technique PCR a été mise au point par le chimiste Kary B. Mullis, en 1986. Kary Mullis a reçu le prix Nobel de chimie en 1993.

Bien que cela soit contesté [3], Kary Mullis lui-même aurait critiqué l'intérêt de **la PCR comme outil de diagnostic pour une infection, notamment virale**.

Il a affirmé que si la PCR était un bon outil pour la recherche, c'était un très mauvais outil en médecine, en clinique [4].

Mullis faisait référence au virus du SIDA (rétrovirus VIH ou HIV) [5], avant la pandémie COVID-19, mais cette opinion sur la limite de la technique dans les infections virales [6], par son créateur, ne peut être balayée d'un revers de main ; elle doit être prise en compte !

La PCR a été perfectionnée en 1992.

L'analyse pouvant être réalisée en temps réel, en continu, elle devient la **RT (Real-Time) – PCR**, encore plus performante.

Elle peut se faire à partir de n'importe quelle molécule, dont celles du vivant, les acides nucléiques qui composent les gènes :

- ADN (acide désoxyribonucléique)
- ARN (Acide ribonucléique)

Les virus ne sont pas considérés comme des êtres « vivants », ce sont des paquets d'informations (ADN ou ARN) formant un génome.

C'est par une technique d'amplification (multiplication) que la molécule recherchée est mise en évidence et ce point est très

important.

La RT-PCR est une technique d'amplification [7].

S'il y a de l'ADN ou de l'ARN de l'élément recherché dans un prélèvement, il n'est pas identifiable comme cela.

Il faut amplifier (multiplier) cet ADN ou cet ARN un certain nombre de fois, parfois un très grand nombre de fois, avant de le mettre en évidence. On peut, à partir d'une trace infime, obtenir jusqu'à des milliards de copies d'un échantillon spécifique mais cela ne veut pas dire qu'il y a toute cette quantité dans l'organisme testé.

Dans le cas du COVID-19, l'élément recherché par la RT-PCR est le SRAS-CoV-2, un virus ARN [8].

Il y a des **virus ADN** comme les virus de l'Herpès et de la Varicelle.

Les **virus ARN** les plus connus, en plus des coronavirus, sont les virus de la Grippe, de la Rougeole, de l'EBOLA, du ZIKA.

Dans le cas du SRAS-CoV-2, virus ARN, il faut une étape supplémentaire spécifique, une transcription de l'ARN en ADN au moyen d'une enzyme, la transcriptase inverse ou Reverse Transcriptase.

Cette étape précède la phase d'amplification.

Ce n'est pas **TOUT** le virus qui est identifié, mais des séquences de son génome viral.

Cela ne veut pas dire que cette séquence génique, fragment du virus, n'est pas spécifique du virus recherché, mais c'est une nuance importante quand même :

La RT-PCR ne met pas en évidence de virus, mais seulement des parties, des séquences géniques spécifiques du virus.

En début d'année, le génome du SRAS-CoV-2 a pu être séquencé.

Il comporte environ 30 000 paires de bases. L'acide nucléique (ADN-ARN), le composant des gènes, est une suite de bases. Par comparaison, le génome humain comporte plus de 3 milliards de paires de bases.

Des équipes suivent en continu l'évolution du génome viral du SRAS-CoV-2 au fur et à mesure de son évolution [9-10-11], au travers des mutations qu'il subit. Aujourd'hui, il existe de nombreux variants [12].

En prenant quelques gènes spécifiques du génome du SRAS-CoV-2, il est possible d'amorcer la RT-PCR sur un prélèvement dans les voies respiratoires.

Pour la maladie COVID-19, dont le point d'entrée est nasopharyngé (nez) et oropharyngé (bouche), le prélèvement doit être effectué dans les voies respiratoires supérieures le plus profondément possible afin d'éviter une contamination par la salive notamment.

Tous les gens testés disent que c'est très douloureux [13].

Le Gold Standard (site de prédilection de prélèvement) est l'**abord nasopharyngé** (par le nez), la voie d'abord la plus douloureuse.

En cas de contre-indication à l'abord nasal, ou de préférence de l'individu testé, selon les organes officiels, l'abord oropharyngé (par la bouche) est acceptable également. Le test peut déclencher un réflexe de nausée/vomissement chez l'individu testé.

Normalement, pour que le résultat d'un test RT-PCR soit considéré comme fiable, il faut **faire l'amplification au départ de 3 gènes différents (amorces) du virus étudié.**

« Les amorces sont des séquences d'ADN simple brin spécifiques du virus. Ce sont elles qui garantissent la spécificité de la réaction d'amplification. » [14]

*« Le premier test développé à La Charité à Berlin par le Dr Victor Corman et ses associés en janvier 2020 permet de mettre en évidence les séquences d'ARN présentes **^p***

çè^bvn appelés E, RdRp et N. Pour savoir si les séquences de ces gènes sont présentes dans les échantillons d'ARN prélevés, il est nécessaire d'amplifier les séquences de ces 3 gènes afin d'obtenir un signal suffisant à leur détection et à leur quantification. » [15].

La notion essentielle du Cycle Time ou Cycle Threshold ou seuil de positivité Ct [16]

Un test RT-PCR est négatif (pas de traces de l'élément recherché) ou positif (présence de traces de l'élément recherché).

Toutefois, même si l'élément recherché est présent en quantité infime, négligeable, le principe même de la RT-PCR est de pouvoir finalement le mettre en évidence en poursuivant les cycles d'amplification autant que nécessaire.

La RT-PCR peut pousser jusqu'à 60 cycles d'amplification, voire plus !

Voici comment cela se passe :

Cycle 1 : cible x 2 (2 copies)

Cycle 2 : cible x 4 (4 copies)

Cycle 3 : cible x 8 (8 copies)

Cycle 4 : cible x 16 (16 copies)

Cycle 5 ; cible x 32 (32 copies)

Etc de manière exponentielle jusque 40 à 60 cycles !

Quand on dit que le Ct (Cycle Time ou Cycle Threshold ou seuil de positivité du RT-PCR) est égal à 40, cela veut dire que le laboratoire a utilisé **40 cycles d'amplification**, soit obtenu **2⁴⁰ copies**.

C'est cela qui sous-tend la **sensibilité** du test RT-PCR.

S'il est vrai qu'en médecine, on aime que la spécificité et la sensibilité des tests soient élevées afin d'éviter faux positifs et faux

négatifs, dans le cas de la maladie COVID-19, cette hypersensibilité du test RT-PCR causée par le nombre de cycles d'amplifications utilisé se retourne contre nous.

Cette trop grande sensibilité du test RT-PCR est délétère et nous induit en erreur !

Elle nous détache de la réalité médicale qui doit rester basée sur l'état clinique réel de la personne : la personne est-elle malade, a-t-elle des symptômes ?

C'est cela le plus important !

Comme je l'ai précisé en début d'article, en médecine, nous partons toujours de la personne : nous l'examinons, nous collectons ses symptômes (plaintes-anamnèse) et ses signes cliniques objectifs (examen) et sur base d'une réflexion clinique dans laquelle interviennent les connaissances scientifiques et l'expérience, nous posons des hypothèses diagnostiques.

Ce n'est qu'ensuite que nous prescrivons les tests les plus appropriés, en fonction de cette réflexion clinique.

Nous comparons en permanence les résultats des tests à l'**état clinique** (symptômes et signes) du patient qui **prime sur tout le reste** quant à nos décisions et nos traitements.

Aujourd'hui, nos gouvernements appuyés par leurs conseils scientifiques de sécurité nous font faire le contraire et mettent le test en premier, suivi d'une réflexion clinique forcément influencée par ce test préalable dont nous venons de voir les faiblesses, notamment son hypersensibilité.

Aucun de mes collègues médecins cliniciens ne peut me contredire.

En-dehors de cas très particulier comme le dépistage génétique pour certaines catégories de populations (tranches d'âge, sexe) et certains cancers ou maladies génétiques familiales, nous travaillons toujours dans ce sens : de la personne (symptômes, signes) vers les tests appropriés, jamais dans l'autre sens.

C'est la conclusion de l'article de la Revue Médicale Suisse (RMS) paru en 2007, écrit par les docteurs Katia Jatton et Gilbert Greub microbiologistes de l'Université de Lausanne :

[PCR en microbiologie : de l'amplification de l'ADN à l'interprétation du résultat](#) :

« Pour interpréter le résultat d'une PCR, il est essentiel que les cliniciens et les microbiologistes partagent leurs expériences, afin que les niveaux analytiques et cliniques d'interprétation puissent être combinés. »

Il serait indéfendable de faire un électrocardiogramme à tout le monde pour dépister toutes les personnes qui pourraient faire un infarctus un jour.

Par contre, dans certains contextes cliniques ou sur la base de symptômes précis évocateurs, là, oui, un électrocardiogramme peut devenir bénéfique.

Revenons à la **RT-PCR** et au **Ct** (Cycle Time ou Cycle Threshold).

Dans le cas d'une maladie infectieuse surtout virale, la notion de **contagiosité** est un autre élément important.

Étant donné que dans certains cercles scientifiques, on considère qu'une personne asymptomatique peut transmettre le virus, il est selon eux important de dépister la présence de virus, même si la personne est asymptomatique, donc d'élargir l'indication de la RT-PCR à tout le monde.

Les tests RT-PCR sont-ils de bons tests de contagiosité ? [17]

Cette question nous ramène à la notion de charge virale et donc de **Ct**.

La relation entre contagiosité et charge virale est contestée par certaines personnes [18] et aucune preuve formelle, à ce jour, ne permet de trancher.

Toutefois, le bon sens donne un crédit évident à la notion que plus la personne a de virus en lui, surtout dans la partie supérieure de ses voies aériennes (oropharynx et nasopharynx), avec des symptômes tels que toux, éternuements, **plus cette personne présente un risque de contagiosité élevé**, proportionnel à sa charge virale et à l'importance de ses symptômes.

Cela s'appelle **du bon sens** et même si la médecine moderne a bénéficié largement de l'apport des sciences au travers des statistiques et de l'Evidence-Based Medicine (EBM-médecine factuelle basée sur les preuves), elle reste avant tout basée sur le bon sens, l'expérience et l'empirisme.

La médecine est **l'art de guérir**.

Aucun test ne mesure la quantité de virus dans le prélèvement !

La **RT-PCR** est **qualitative** : positif (présence du virus) ou négatif (absence du virus).

Cette notion de quantité, donc de charge virale, peut être estimée indirectement par le nombre de cycles d'amplifications (Ct) utilisés pour mettre en évidence le virus recherché.

Plus le Ct utilisé pour mettre en évidence le fragment de virus est bas, plus la charge virale est considérée comme élevée (haute).

Plus le Ct utilisé pour mettre en évidence le fragment de virus est haut, plus la charge virale est considérée comme faible (basse).

Ainsi, le Centre National de Référence français (CNR), en phase aigüe de la pandémie, a estimé que le pic de l'excrétion virale se produisait au début des symptômes, avec une quantité de virus correspondant à environ **10⁸ (100 millions) copies d'ARN viral** du SRAS-CoV-2 en moyenne (donnée cohorte French COVID-19) avec une durée d'excrétion dans les voies aériennes supérieures variable (de 5 jours à plus de 5 semaines) [19].

Ce nombre de 10⁸ (100 millions) de copies/µl correspond à un Ct très bas.

Un Ct de 32 correspond à 10-15 copies/µl.

Un Ct de 35 correspond à environ 1 copie/µl.

Au-dessus de Ct 35, il devient impossible d'isoler une séquence complète du virus et de la mettre en culture !

En France et dans la plupart des pays, on continue d'utiliser, même aujourd'hui, des Ct supérieurs à 35, voire 40 !

La Société Française de Microbiologie (SFM) a émis un avis le 25 septembre 2020 dans lequel elle ne recommande pas de rendre les résultats en quantitatif, et elle recommande de rendre positif jusqu'à un Ct de 37 pour un seul gène [20] !

Avec 1 copie/µl de prélèvement (Ct 35), sans toux, sans symptômes, on peut comprendre pourquoi tous ces médecins et scientifiques disent qu'un test RT-PCR positif ne veut plus rien dire, rien du tout en termes de médecine et de clinique !

Les tests RT-PCR positifs, sans mention du Ct ou de sa relation avec la présence ou non de symptômes, sont utilisés tels quels par nos gouvernements comme l'argument exclusif pour appliquer et justifier leur politique de sévérité, d'austérité, d'isolement et d'agression de nos libertés, avec impossibilités de voyager, de se réunir, de revivre normalement !

Il n'y a aucune justification médicale à ces décisions, à ces choix gouvernementaux !

Dans un article publié sur le site du New York Times (NYT) du samedi 29 août, des experts américains de l'Université de Harvard s'étonnent que les tests RT-PCR tels qu'ils sont pratiqués puissent servir de tests de contagiosité, encore plus comme preuves de progression pandémique, dans le cas de l'infection par le SRAS-CoV-2 [21].

Selon eux, le seuil (Ct) considéré aboutit à des diagnostics positifs chez des personnes qui ne représentent aucun risque de transmettre le virus !

La réponse binaire « oui/non » ne suffit pas, selon cet épidémiologiste de l'école de santé publique de l'Université de Harvard.

« *C'est la **quantité de virus** qui devrait dicter la démarche à suivre pour chaque patient testé.* »

La quantité de virus (charge virale) ; mais aussi et surtout l'état clinique, symptomatique ou non de la personne !

Cela remet en question l'utilisation du résultat binaire de ce test RT-PCR pour **déterminer si une personne est contagieuse et doit suivre des mesures strictes d'isolement.**

Ces remises en question sont posées par de nombreux médecins de par le monde, pas seulement aux États-Unis mais aussi en France, en Belgique ([Belgium Health Experts Demand Investigation Of WHO For Faking Coronavirus Pandemic](#)), en Allemagne, en Espagne...

Selon eux : « *Nous allons mettre des dizaines de milliers de personnes en confinement, en isolement, pour rien.* » [22]. Et infliger des souffrances, des angoisses, des drames économiques et psychologiques par milliers !

La plupart des tests RT-PCR fixent le Ct à 40, selon le NYT. Certains à 37.

« *Des tests avec des seuils (Ct) aussi élevés peuvent ne pas détecter uniquement du virus vivant mais aussi des fragments géniques, restes d'une infection ancienne qui ne représentent aucun danger particulier* », précisent les experts interrogés.

Une virologue à l'Université de Californie admet qu'un test RT-PCR avec un Ct supérieur à 35 est trop sensible. « *Un seuil plus raisonnable serait entre 30 et 35* », ajoute-t-elle.

Presque aucun laboratoire ne précise le Ct (nombre de cycles d'amplification effectués) ou le nombre de copies d'ARN viral par µl de prélèvement.

Voici un exemple de résultat de laboratoire (agréé par Sciensano, centre belge national de référence) chez un patient RT-PCR négatif :

Analyse	Résultat
Biologie moléculaire	
Résultats - Anémie non-thrombotique	
RT-PCR SARS-CoV-2	Négatif
La méthode utilisée est celle de [2020]0000	
Remarque	<p>PRÉSENCE DU SARS-COV-2 PAR AMPLIFICATION DIRECTE</p> <p>1. NON DÉTECTÉ</p> <p>2. PRÉSENCE DU VIRUS SARS-COV-2 DÉTECTÉE DANS LE PRÉLÈVEMENT PRÉSENT POTENTIELLEMENT CONTAGIEUX.</p> <p>3. NON DÉTECTÉ/ÉLIMINÉ DE VOTRE DONNÉE DE PRÉLÈVEMENT.</p> <p>4. TOUTES LES ÉVALUATIONS DE VOTRE DONNÉE DE PRÉLÈVEMENT SONT EN COURS DE RÉVISION.</p> <p>5. LE VIRUS PEUT ÊTRE DÉTECTÉ PAR LA MÉTHODE DE VOTRE PRÉLÈVEMENT EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES.</p> <p>6. LE VIRUS PEUT ÊTRE DÉTECTÉ PAR LA MÉTHODE DE VOTRE PRÉLÈVEMENT EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES.</p> <p>7. LE VIRUS PEUT ÊTRE DÉTECTÉ PAR LA MÉTHODE DE VOTRE PRÉLÈVEMENT EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES.</p> <p>8. L'INTERPRÉTATION DE VOTRE DONNÉE DE PRÉLÈVEMENT DOIT ÊTRE CONSULTÉE AVEC VOTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE.</p> <p>LABORATOIRE NÉCESSAIRE PAR SCHEMATA STATISTIS DE SANITÀ PUBBLICA FEDERALI PER LA VERIFICA DELL'ANALISI PER SARS COV-2.</p>

Pas de mention du Ct.

Dans le NYT, les experts ont compilé avec des officiels des états du Massachusetts, de New-York et du Nevada, trois jeux de données qui les mentionnent.

Conclusion ?

« **Jusqu'à 90% des personnes testées positives ne portaient pas de virus.** »

Le Centre Wadsworth, laboratoire de l'état de New-York, a analysé les résultats de ses tests de juillet à la demande du NYT : 794 tests positifs avec un Ct de 40.

« *Avec un seuil **Ct de 35**, environ **la moitié** de ces tests PCR ne seraient plus considérés comme positifs* », indique le NYT.

« *Et environ **70%** ne le seraient plus avec un **Ct de 30** !* »

Dans le Massachusetts, **entre 85 et 90%** des personnes testées positives en juillet avec un Ct de 40 auraient été considérées comme **négatives avec un Ct de 30**, ajoute le NYT. **Pourtant, toutes ces personnes ont dû s'isoler, avec toutes les conséquences psychologiques et économiques dramatiques, alors qu'ils n'étaient pas malades et probablement plus du tout contagieux.**

En France, Le Centre National de Référence (CNR), la Société Française de Microbiologie (SFM) continuent de pousser les Ct à 37 et ne recommandent aux laboratoires de ne plus utiliser qu'un seul gène du virus comme amorce.

Je rappelle qu'à partir de Ct 32, il devient très difficile de cultiver le virus ou d'en extraire une séquence complète, ce qui témoigne du caractère tout à fait artificiel de cette positivité du test, avec des Ct aussi élevés, au-delà de 30.

Des résultats similaires ont été rapportés par des chercheurs de l'Agence de santé publique anglaise dans un article paru le 13 août

dans [Eurosurveillance](#) : « La probabilité de cultiver du virus chute à 8 % dans des échantillons pour lesquels le Ct est supérieur à 35. » [23]

De plus, actuellement, le Centre National de Référence en France n'évalue que la sensibilité des kits réactifs mis sur le marché, non la spécificité : des doutes sérieux persistent sur la possibilité de réactivité croisée avec d'autres virus que le SRAS-CoV-2, comme les autres coronavirus bénins du rhume. [20]

C'est potentiellement la même situation dans d'autres pays, dont la Belgique.

De même, les mutations du virus pourraient avoir invalidé certaines amorces (gènes) utilisées pour repérer le SRAS-CoV-2 : les fabricants ne donnent aucune garantie là-dessus et si les journalistes du fast-checking de l'AFP vous disent le contraire, testez leur bonne foi en demandant ces garanties, ces preuves.

S'ils n'ont rien à cacher et si ce que je dis est faux, cette garantie vous sera fournie et prouvera leur bonne foi.

1. Nous devons exiger que les résultats RT-PCR soient rendus en mentionnant **le Ct utilisé** car au-delà de Ct 30, le test RT-PCR positif ne veut rien dire.
2. Nous devons écouter les scientifiques et médecins, spécialistes, virologues qui préconisent d'utiliser des **Ct adaptés, plus bas, à 30**. Une alternative est d'obtenir le nombre de copies d'ARN viral/µl ou /ml de prélèvement. [23]
3. Nous devons **revenir au patient, à la personne, à son état clinique (présence ou non de symptômes) et partir de là** pour juger de la pertinence de faire un test et de la meilleure façon d'interpréter son résultat.
Tant qu'on ne raisonne pas mieux le dépistage PCR, avec un seuil Ct connu et adapté, une personne asymptomatique ne devrait en aucune façon se faire tester.

Même une personne symptomatique ne devrait pas automatiquement se faire tester, pour autant qu'elle puisse se mettre d'elle-même en isolement 7 jours.

Arrêtons cette débauche de tests RT-PCR aux Ct trop élevés, et revenons à une médecine clinique, de qualité.

Une fois que nous avons compris comment le test RT-PCR fonctionne, il devient impossible de laisser se poursuivre la stratégie de dépistage systématique gouvernementale actuelle, pourtant appuyée, de manière inexplicable, par les virologues des conseils de sécurité.

Mon espoir est, qu'**enfin correctement informés, de plus en plus de gens exigent l'arrêt de cette stratégie**, car c'est nous tous, éclairés, guidés par la bienveillance réelle et le bon sens, qui devons décider de nos destins collectifs et individuels.

Personne d'autre ne doit le faire à notre place, surtout lorsque nous constatons que ceux qui décident ne sont plus ni raisonnables, ni rationnels.

Synthèse des points importants :

- Le test RT-PCR est une technique diagnostique de laboratoire peu adaptée à la médecine clinique.
- C'est une technique diagnostique binaire, qualitative, qui confirme (test positif) ou non (test négatif) la présence d'un élément dans le milieu analysé. Dans le cas du SRAS-CoV-2, l'élément est un fragment du génome viral, pas le virus lui-même.
- En médecine, même en situation épidémique ou pandémique, il est dangereux de placer les tests, examens, techniques au-dessus de l'évaluation clinique (symptômes, signes). C'est le contraire qui garantit une médecine de qualité.
- La limite (faiblesse) principale du test RT-PCR, dans la situation pandémique actuelle, est son extrême sensibilité (faux positif) si on ne choisit pas un seuil de positivité (Ct) adapté. Aujourd'hui, des experts préconisent d'utiliser un seuil **Ct maximal à 30**.
- Ce seuil Ct doit être renseigné avec le résultat RT-PCR positif afin que le médecin sache comment interpréter ce résultat positif, surtout chez une personne asymptomatique, afin d'éviter des isolements, quarantaines, traumatismes psychologiques inutiles.
- Outre la mention du Ct utilisé, les laboratoires doivent continuer de garantir la spécificité de leurs kits de détection au SRAS-CoV-2, en tenant compte de ses mutations les plus récentes, et doivent continuer d'utiliser trois gènes du génome viral étudié comme amorces ou, sinon, le mentionner.

Conclusion générale

L'obstination des gouvernants à utiliser la stratégie désastreuse actuelle, dépistage systématique par RT-PCR, est-elle due à l'ignorance ?

À la stupidité ?

À une espèce de piège cognitif emprisonnant leur égo ?

Il faudrait en tout cas pouvoir les interpeler et si dans les lecteurs de cet article se trouvent des journalistes encore honnêtes, ou des politiciens naïfs, ou des personnes qui ont la possibilité de questionner nos gouvernants, alors, faites-le, en usant de ces arguments clairs et scientifiques.

C'est d'autant plus incompréhensible que nos gouvernants se sont entourés des personnes parmi les spécialistes les plus chevronnés de ces questions.

Si j'ai pu réunir moi-même ces informations, partagées, je le rappelle, par des personnes compétentes et au-dessus de tout soupçon complotiste telles qu'Hélène Banoun, Pierre Sonigo, Jean-François Toussaint, Christophe De Brouwer, dont l'intelligence, l'honnêteté intellectuelle, la légitimité ne peuvent être mises en doute, alors, les conseillers scientifiques belges, français, québécois, etc, savent tout cela également.

Alors ?

Que se passe-t-il ?

Pourquoi continuer dans cette direction faussée, s'obstiner dans l'erreur ?

Ce n'est quand même pas rien de réimposer des confinements, des couvre-feux, des quarantaines, des bulles sociales réduites, de secouer à nouveau nos économies chancelantes, de plonger des familles entières dans la précarité, de semer autant de peur et d'anxiété génératrices d'un véritable état de stress post-traumatique à l'échelle mondiale, de diminuer l'accès aux soins pour les autres pathologies qui pourtant réduisent l'espérance de vie bien plus que le COVID-19 ! [24]

Y a-t-il une intention de nuire ?

Une intention d'utiliser l'alibi d'une pandémie pour faire évoluer l'humanité vers une issue qu'elle n'aurait jamais accepté autrement ? En tout cas, pas comme cela !

Cette hypothèse, que les censeurs modernes s'empresseront d'étiqueter « complotiste », serait-elle l'explication la plus valable à tout cela ?

En effet, si on trace une droite à partir des événements présents, dans le cas où ils sont maintenus, on pourrait se retrouver à nouveau confinés avec des centaines, des milliers d'êtres humains obligés de rester inactifs, ce qui, pour les métiers de la restauration, du spectacle, de la vente, pour les forains, itinérants, démarcheurs, risque d'être catastrophique avec faillites, chômages, dépressions, suicides par centaines de milliers. [25-26-27-28]

L'impact sur l'éducation, sur nos enfants, sur l'enseignement, sur la médecine avec des soins, des opérations, des prises en charge prévues de longue date devant être annulées, postposées, sera profond et destructeur.

« *Nous risquons une crise alimentaire imminente si des mesures ne sont pas prises rapidement.* » [29].

Il serait temps que tout le monde sorte de cette transe négative, cette hystérie collective, car la famine, la pauvreté, le chômage massif vont tuer, faucher bien plus de gens que le SRAS-CoV-2 !

Tout cela a-t-il un sens, face à une maladie qui décroît, qui est surdiagnostiquée et mal interprétée par ce mésusage de tests PCR calibrés de manière trop sensible ?

Le port continu du masque semble devenu, pour beaucoup, une nouvelle normalité.

Même si c'est constamment minimisé par certains professionnels de la santé et les journalistes vérificateurs de faits, d'autres médecins alertent sur les conséquences néfastes, médicales et psychologiques, de cette obsession hygiénique qui, maintenue en permanence, est en réalité une anormalité !

Quel frein aux relations sociales, qui sont le véritable socle d'une humanité en bonne santé physique et psychologique !

Certains osent trouver tout cela normal, ou un moindre prix à payer face à la pandémie de tests PCR positifs.

L'isolement, la distanciation, le masquage du visage, l'appauvrissement de la communication émotionnelle, la peur de se toucher, de s'embrasser même au sein de familles, de communautés, entre proches...

Des gestes spontanés de la vie quotidienne entravés et remplacés par des gestes mécaniques et contrôlés...

Des enfants terrorisés, maintenus dans la peur et la culpabilité permanentes...

Tout cela va impacter profondément, durablement et négativement les organismes humains, dans leur physique, leur mental, leurs émotions et leur représentation du monde et de la société.

Ce n'est pas normal !

Nous ne pouvons pas laisser nos gouvernants, quelle qu'en soit la raison, organiser plus longtemps notre suicide collectif.

Dr Pascal Sacré

Professionnels dont les références et commentaires sont à la base de cet article dans son aspect scientifique (notamment et principalement sur la RT-PCR) :

1) Hélène Banoun

https://www.researchgate.net/profile/Helene_Banoun

PhD, Pharmacien biologiste

Ancien Chargé de Recherches INSERM

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

2) Pierre Sonigo

Virologiste

Directeur de recherche INSERM, a travaillé à l'Institut Pasteur

Dirige le Laboratoire « Génétique des Virus », à Cochin, Paris

A participé en 1985 au séquençage du virus du SIDA

3) Christophe De Brouwer

Docteur PhD en Science de la Santé Publique

Professeur honoraire à l'École de Santé Publique à l'ULB, Belgique

4) Jean-François Toussaint

Médecin, Professeur de physiologie à l'Université Paris-Descartes

Directeur de l'IRMES, Institut de Recherche bioMédicale et d'Épidémiologie du Sport

Ancien membre du Haut Conseil de la Santé Publique

Notes (Sources) :

[1] ["Une nette augmentation du nombre de cas dans toutes les provinces et toutes les tranches d'âge"](#), 7sur7 ACTU Belgique, 5-10-2020

[2] [Le gouvernement belge renforce des mesures anti-Covid](#), VRT.be ; 6 octobre 2020.

- [3] [Non, l'inventeur du test PCR n'a pas dit que sa méthode était inefficace pour détecter les virus](#), dans Le Monde, 7 octobre 2020
- [4] [Kary Mullis : « Le test PCR ne permet pas de savoir si vous êtes malade »](#), vidéo accessible sur YouTube, 9 octobre 2020.
- [5] <https://www.webylf.com/2020/05/coronavirus-the-truth-about-pcr-test-kit-from-the-inventor-and-other-experts/>
- [6] « [The Truth about PCR Test Kit from the Inventor and Other Experts](#) »
- [7] [PCR en microbiologie : de l'amplification de l'ADN à l'interprétation du résultat](#)
- [8] [COVID : La PCR nasale peut-elle mentir ?](#), Dr Pascal Sacré, AIMSIB, 30 août 2020.
- [9] <https://www.youtube.com/watch?v=CaAcSJI0oMs&feature=youtu.be>, 8 octobre 2020. Évolution génomique des virus ARN à l'**Institut Pasteur**, environ la moitié des nucléotides sont susceptibles d'avoir muté sur les 30 000 nucléotides de l'ARN viral. « *Pour l'instant aucune mutation ou délétion n'a été associée à une perte de sévérité de la maladie sur une grande échelle géographique mais de nombreuses publications devraient bientôt préciser ces points.* »
- [10] https://www.mediterranee-infection.com/wp-content/uploads/2020/04/FD_Raoult_SARS-CoV-2_EID_Sep2020_vL2.pdf, Article **IHU-Méditerranée**, Professeur D. Raoult, Dramatic increase in the SARS-CoV-2 mutation rate and low mortality rate during the second epidemic in summer in Marseille, 7 septembre 2020

Conclusions :

Dans l'ensemble, comme l'ont récemment souligné Tomaszewski et al. (7) qui ont décrit pour les génomes viraux disponibles jusqu'en mai 2020 un déplacement mutationnel sur la spike et le complexe de réplication vers des gènes codant pour d'autres protéines non structurales qui interagissent avec les voies de défense de l'hôte, il semble que le taux de mutation du SARS-CoV-2 s'accélère depuis mai, impliquant principalement des mutations C vers U. L'augmentation du taux de mutation du SRAS-CoV-2 génère des génotypes viraux plus éloignés de la souche Wuhan initiale que ceux observés de mars à avril. Cela semble entraîner des épidémies de durée limitée, du moins pour le premier nouveau génotype que nous avons identifié, et est associé à une gravité globalement moindre à ce stade du développement de cette nouvelle épidémie.

Mutations observed in these seven different viral genotypes are located in most SARS- CoV-2 genes including structural and non-structural genes among which nsp2, nsp3 (predicted phosphoesterase), nsp5 (membrane glycoprotein), nsp12 (RNA-dependent RNA polymerase), S (Spike glycoprotein), ORF3a, E (membrane glycoprotein), M (membrane glycoprotein), ORF8 and N (Nucleocapsid phosphoprotein).

- [11] https://www.researchgate.net/profile/Helene_Banoun Evolution of SARS-CoV-2: Review of mutations, role of the host immune system, octobre 2020, mise à jour par Hélène Banoun,

PhD, Pharmacien biologiste, ancien Chargé de Recherches INSERM, ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

- [12] <https://nextstrain.org/>, We are incorporating SARS-CoV-2 genomes as soon as they are shared and providing analyses and situation reports. In addition we have developed a number of resources and tools, and are facilitating independent groups to run their own analysis. Please see [the main SARS-CoV-2 page](#) for more.

- [13] [Tutoriel prélèvement nasopharyngé : Un geste technique, essentiel à la fiabilité du test COVID-19](#)

- [14] [Covid-19 : comment fonctionnent les tests et quelles sont leurs utilités ?](#)

- [15] [COMMENT FONCTIONNENT LES TESTS DE DÉPISTAGE DU COVID-19 ?](#) 7 avril 2020, Laboratoire de biologie et pharmacologie appliquée (LBPA), **Clémence Richetta**, maître de conférences au département biologie de l'ENS Paris-Saclay et chercheuse en virologie au LBPA : <https://www.youtube.com/watch?v=hNVdHcF8bGA>

Independent researcher, PhD 9

Former research fellow at INSERM (French Institute for Health and Medical Research)

- [16] Par Pierre Sonigo, virologue (un des découvreurs du VIH), MD PhD, CSO at Sebia, clinical diagnostics

<https://www.linkedin.com/pulse/diagnostic-du-covid19-comprendre-les-tests-pcr-leur-et-pierre-sonigo/?trackingId=pTYxDkpvRzKHWZwCzxSlag%3D%3D>

Diagnostic du COVID19 : comprendre les tests PCR, leur interprétation et leurs limites, publié le 16 septembre 2020

La PCR utilise un principe très particulier : la cible du test, un fragment d'ARN viral, est massivement amplifiée afin de permettre sa détection. Au cours de l'analyse, une réaction enzymatique associée à des « cycles » de variation de température permet une série de « réplifications » successives de l'acide nucléique cible. Chaque cycle correspond à une multiplication théorique de la cible par 2. On multiplie donc par 2 en un cycle, par 4 en 2 cycles, par 8 en 3 cycles, par 16 en 4 cycles, et ainsi de suite de manière exponentielle. A l'heure actuelle, l'amplification est généralement pratiquée sur 40 cycles, soit une amplification théorique de 2⁴⁰, environ mille milliards de fois ! En réalité, la réplication n'est pas efficace à 100%, mais la cible est amplifiée environ un million de fois, ce qui permet de détecter moins d'une dizaine de fragments d'ARN dans le volume analysé.

Lorsque l'acide nucléique viral est détectable après un petit nombre de cycles, cela signifie que la quantité de virus dans l'échantillon de départ est grande. Au contraire, lorsqu'il faut un grand nombre de cycles de réplication pour détecter l'ARN viral, cela signifie que l'échantillon de départ contient une quantité de virus très faible. On parle alors en nombre de cycles, ou Ct, qui signifie « cycle time », pour définir, au moins de façon semi quantitative, la quantité d'ARN présent dans l'échantillon de départ. Ainsi, un petit Ct correspond à un grand nombre de copies, un grand Ct à un petit nombre de copies.

Cette spectaculaire sensibilité n'est pas sans inconvénient et nécessite des précautions particulières. En effet, un échantillon positif amplifié un million de fois contient une très haute concentration de cible et le risque qu'il contamine (carry over) d'autres échantillons est particulièrement élevé. La saturation des laboratoires peut encore accroître ce risque et générer des faux positifs accidentels. Dans ces conditions, il est important que les résultats positifs soient confirmés par un second test, à plus forte raison lorsqu'un test positif présente des conséquences significatives, qu'elles soient médicales, professionnelles ou liées à l'obligation d'isolement.

La deuxième question importante concernant la PCR, une fois encore conséquence de sa spectaculaire sensibilité, est celle de sa signification clinique. Un sujet parfaitement asymptomatique présentant une PCR positive ne peut être qualifié de « malade », comme on le lit dans les médias qui rapportent la progression de l'épidémie ! Peut-on même parler de « cas » ? C'est pourtant le terme utilisé dans les dénombrements officiels. Ne sommes-nous pas en train d'oublier le patient pour se focaliser sur la technologie ? Est-ce une épidémie d'ARN

dans des tubes que nous surveillons ou une maladie grave et potentiellement mortelle ?

Des publications récentes soulignent que la dose détectable par PCR est inférieure à la dose infectieuse ou contagieuse : aucun virus infectieux n'a pu être retrouvé chez les patients asymptomatiques présentant des tests PCR positifs avec un Ct élevé. Suite à ces résultats, la question du seuil de Ct qui permet de déclarer un échantillon positif est débattue. Peut-on rendre un résultat négatif chez un sujet asymptomatique dont la positivité apparaît au-delà de 35 cycles ? A défaut, est-il utile de retester ces échantillons ? Comme souvent en matière de diagnostic médical, lorsqu'un seuil de positivité est déterminé, faut-il privilégier la sensibilité ou la spécificité du test ?

De plus, un échantillon confirmé positif d'un point de vue analytique reste un faux positif du point de vue de la clinique, si la personne testée est en parfaite santé, parfois même prêt à affronter une compétition de tennis ou de football professionnels ! La question devient uniquement celle de sa potentielle contagiosité. C'est la question de la transmission éventuelle par des sujets asymptomatiques, qui sans être eux-mêmes en danger, pourraient en représenter un pour les autres.

Par rapport à cette question, il est important de raisonner quantitativement. La virologie, ce n'est pas du tout ou rien. De manière générale, au cours des infections virales aiguës, le risque de contagion et la gravité de l'infection varient en fonction de la quantité de virus présents dans l'organisme et de leur excrétion dans le milieu extérieur. Quelques copies de virus tapis dans les sinus n'ont pas la dangerosité d'un million projetés par la toux. Un sujet asymptomatique produit moins de virus qu'un sujet symptomatique et les sécrète moins vers l'extérieur. La quantité de virus produite et donc le risque de contagion sont corrélés à la gravité des symptômes. Même si elle n'est pas de zéro, le risque de transmission est donc vraisemblablement faible pour un sujet asymptomatique. Malheureusement, répéter sans cesse que la contagion venant d'un sujet parfaitement asymptomatique est possible sans aucune précision sur le niveau de risque pousse à prendre des mesures disproportionnées avec le risque.

De même, la stratégie « dépister-isoler » n'est pas réaliste lorsque le dépistage n'est pas suffisamment fiable et surtout lorsque le virus est déjà largement répandu dans la population. Il est bien trop tard pour appliquer une méthode conçue pour bloquer une épidémie à sa naissance. Comme pour une invasion de coccinelles ou de frelons, on ne peut stopper un virus qui est déjà partout avec une passoire trouée à 25% et bouchée par endroits. L'échec de la stratégie actuelle est plutôt lié à sa conception naïve et inapplicable qu'aux mauvais comportements des citoyens.

Si, comme on l'observe en ce moment, la diffusion virale reprend, faut-il dépister plus massivement ou revoir la stratégie de protection de la population ?

Cette question ne relève pas de la science. Elle dépend des risques acceptables par un individu ou par un groupe. Si on est dans la recherche du risque minimal, proche de zéro, parce que le risque n'a pas été quantifié, ou pour des raisons de responsabilité juridique, on doit prendre les précautions maximales. Si on accepte un risque même faible, on peut reprendre certaines libertés et protéger ceux qui en ont réellement besoin.

Le scientifique doit mesurer la grandeur des risques et ne pas se contenter d'affirmer qu'un événement adverse est « possible ». Mais ce n'est pas son rôle de décider si ces risques peuvent être pris par autrui.

Les tests PCR permettent une détection extrêmement sensible de l'ARN viral. Ils sont indispensables mais ne sont pas la solution ultime et unique qui permettra de contrôler l'épidémie et de gérer efficacement les risques de contagion. Appliquée lorsque le virus est largement disséminé dans la population, la stratégie « dépister isoler » est vouée à l'échec. Du fait de la sensibilité très élevée et des limites de leur spécificité, les tests PCR doivent être pratiqués et interprétés avec précaution, et comme toujours en lien avec le contexte clinique et épidémiologique. N'oublions pas qu'un sujet asymptomatique doit plutôt être considéré comme immunisé que comme malade.

[17] [Les tests RT-PCR du Covid-19 se révèlent être de très mauvais tests de contagiosité](#), Xavier Boisinnet, mis à jour le 3/9/2020.

[18] [De nombreuses publications partagées des milliers de fois sur les réseaux sociaux en quelques jours affirment que « 90% » des personnes déclarées positives au Covid-19 ont en fait des charges virales trop basses pour être « malades » ou « contagieuses ». C'est faux.](#)

[19] [Mise au point du CNR sur la réalisation des prélèvements et la sensibilité des tests RT-PCR pour la détection du SARS-CoV-2](#), 9 mai 2020

[20] Avis du 25 septembre 2020 de la Société Française de Microbiologie (SFM) relatif à l'interprétation de la valeur de Ct (estimation de la charge virale) obtenue en cas de RT-PCR SARS-CoV-2 positive sur les prélèvements cliniques réalisés à des fins diagnostiques ou de dépistage, 25 septembre 2020

[21] [Coronavirus – Les tests PCR inadaptés contre l'épidémie? « Jusqu'à 90% de personnes testées ne seraient pas contagieuses »](#), basé sur une étude d'une équipe de Harvard ([Harvard TH Chan School of Public Health](#)) de Michael Mina, département d'épidémiologie, je vous mets en fichier joint le PDF correspondant, une étude, reprise par le [NY Times](#) :

« Pour eux, la limite du test PCR (prélèvement par voie nasale ou salivaire) réside dans la brutalité et la simplicité du résultat qu'il donne. La personne est soit positive, soit négative. Pas plus de renseignement, notamment sur la contagiosité du malade.

Or, les scientifiques d'Harvard soulèvent le problème de la quantité de virus que ce test PCR ne donne pas et qui pourrait, selon eux, permettre de donner des clés supplémentaires pour contrer l'épidémie.

« Les tests standards diagnostiquent un grand nombre de personnes qui peuvent être porteuses de quantités relativement insignifiantes du virus », explique ainsi le Dr. Michael Mina, épidémiologiste à la Harvard TH Chan School of Public Health. »

[22] « [Au rythme actuel avec nos tests RT-PCR, nous allons confiner des dizaines de milliers de gens pour rien](#) », alerte le Dr. Yvon Le Flohic, manuel Moragues, 3 septembre 2020.

[23] [Tests de diagnostic ultra sensibles, les tests RT-PCR sortent positifs même pour des individus qui portent trop peu de virus pour être encore contagieux. Pour en faire de meilleurs tests de contagiosité, certains appellent à baisser leur seuil de détection. Est-ce une bonne idée ? Quelles sont les limites de cette solution ? Décryptage.](#) Xavier Boinivet, 15 septembre 2020

[24] [Jean-Luc Gala \(UCL\) estime que les futures mesures de la Ceval, tel le lockdown, vont tuer l'économie, provoquer des suicides et déstabiliser l'État.](#) Le Ceval, ou Cellule d'évaluation, est le groupe d'experts qui conseillent le gouvernement belge dans la gestion du COVID.

[25] [L'OMS plaide pour éviter à tout prix les confinements : 'Cela ne rend que les pauvres plus pauvres'](#)

[26] [Voici comment la pandémie risque de faire exploser la pauvreté mondiale, une première en 22 ans](#)

[27] ['Le coronavirus menace 500 millions de personnes de pauvreté', prévient l'Oxfam.](#) Ce n'est pas le coronavirus, la menace, mais l'attitude de nos gouvernants face au coronavirus !

[28] [Le chômage de masse est désormais mondial](#)

[29] ['Nous risquons une crise alimentaire imminente si des mesures ne sont pas prises rapidement'](#). Encore une fois, ce n'est pas à cause du coronavirus, mais à cause de notre attitude face à cette crise.

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 inexacts.

Copyright © Dr Pascal Sacré, Mondialisation.ca, 2020