

Les failles des tests RT-PCR

Le protocole du test PCR spécifique au virus Sars-CoV-2 a été développé puis publié le 17 janvier 2020 par le virologue allemand Christian Drosten, avant même le début de l'épidémie.

Il ne s'agit pas véritablement d'un test, mais plutôt d'une technique pour multiplier le matériel génétique (ADN ou ARN) en une quantité qui peut être utilisée pour des recherches ultérieures

Cette technique est utilisée pour préparer les recherches de suivi, par exemple sur les cellules cancéreuses ou les anomalies sanguines. L'utilisation comme outil de diagnostic pour détecter la maladie dépasse le cadre de cette technique.

L' inventeur de cette technique s'est explicitement éloigné de l' utilisation abusive de la technique de PCR pour faire des diagnostics cliniques: «Avec la PCR, vous pouvez trouver presque tout chez n'importe qui».

Avant de pouvoir travailler avec le test PCR, la cible doit être établie. Pour cela, la constitution génétique exacte du virus ou d'un autre agent pathogène doit être déterminée. Cela ne s'est jamais produit avec le protocole de test PCR développé pour le virus SARS-CoV-2.

Or, à ce jour, aucun scientifique ni aucun institut de recherche au monde n'est parvenu à « isoler » et à « purifier » le virus SARS-CoV-2.

“no quantified virus isolates are currently available”
“without virus material available”

Le test a été réalisé en quelques heures au cours de la première semaine de janvier 2020 par, entre autres, Christian Drosten (Charité Berlin notamment financé par la Fondation Bill et Melinda Gates) et Marion Koopmans (Université Erasmus), membre de l'OMT (équipe de gestion de l'épidémie), en sélectionnant un certain nombre de gènes dans une base de données de «virus liés au SRAS. ». Cela a été fait sur la base de soupçons et d'hypothèses avec lesquels ils ont produit un «croquis» numérique du virus. Les échantillons cliniques (patients) n'étaient pas disponibles pour eux. La première version du protocole Corman a été soumise à l'OMS le 13 janvier 2020. Le virus SARS-CoV2 n'a jusqu'à présent pas été isolé pur, sous forme complète et intacte (pas d'étalon-or).

D'après de nombreux scientifiques, ce test n'est donc pas adapté au dépistage des infections Covid-19 actives.

La direction de l'OMS l'a pourtant recommandé immédiatement, comme étant l'étalon-or mondial pour la détection de la maladie Covid-19 deux jours après la publication Drosten et Corman le 23 janvier 2020¹.

- **Le 27 septembre 2020 (mise à jour 27 novembre 2020), vingt-deux scientifiques** (Pieter Borger (Allemagne), Bobby Rajesh Malhotra (Autriche), Michael Yeadon (Royaume Uni), Clare Craig (Royaume Uni), Kevin McKernan (Etats Unis), Klaus Steger (Allemagne), Paul McSheehy (Allemagne), Lidiya Angelova (Etats Unis), Fabio Franchi (Italie), Thomas Binder (Suisse), Henrik Ullrich (Allemagne), Makoto Ohashi (Japon), Stefano Scoglio (Italie), Marjolein Doesburg-van Kleffens (Pays Bas), Dorothea Gilbert (Norvège), Rainer Klement (Allemagne), Ruth Schrufer (Allemagne), Berber W. Pieksma (Pays Bas), Jan Bonte (Pays Bas), Bruno H. Dalle Carbonare (Suisse), Kevin P. Corbett (Royaume Uni), Ulrike Kämmerer (Allemagne)) **font une analyse indépendante « par les pairs » de l'article original de Drosten et Corman et démontrent que ces travaux présentent dix erreurs majeures qui rendent les tests invalides pour le diagnostic d'infection par Sars-CoV-2² :**

« 1. Il n'existe aucune raison précise d'utiliser ces concentrations extrêmement élevées d'amorces dans ce protocole. Les concentrations décrites entraînent une augmentation des liaisons non spécifiques et des amplifications des produits de la PCR, ce qui rend le test inadapté en tant qu'outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus du SRAS-CoV-2.

2. Six positions d'oscillation non spécifiées introduiront une énorme variabilité dans la mise en oeuvre de ce test en laboratoire dans le monde réel ; la description non spécifique déroutante du document de Corman-Drosten ne convient pas comme protocole opérationnel standard, ce qui rend le test inapproprié comme outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus du SRAS-CoV-2.

3. Le test ne peut pas faire la distinction entre le virus entier et les fragments viraux. Par conséquent, le test ne peut pas être utilisé pour diagnostiquer des virus intacts (infectieux), ce qui le rend inadapté comme outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus du CoV-2 du SRAS et faire des déductions sur la présence d'une infection.

4. Une différence de 10° C par rapport à la température de recuit Tm pour la paire d'amorces¹ (RdRp_SARSr_F et RdRp_SARSr_R) rend également le test inapte à servir d'outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus du SARS-CoV-2.

¹ Corman Victor M, Landt Olfert, Kaiser Marco, Molenkamp Richard, Meijer Adam, Chu Daniel KW, Bleicker Tobias, Brünink Sebastian, Schneider Julia, Schmidt Marie Luisa, Mulders Daphne GJC, Haagmans Bart L, van der Veer Bas, van den Brink Sharon, Wijsman Lisa, Goderski Gabriel, Romette Jean-Louis, Ellis Joanna, Zambon Maria, Peiris Malik, Goossens Herman, Reusken Chantal, Koopmans Marion PG, Drosten Christian. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. Euro Surveill. 2020;25(3):pii=2000045. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045>
<https://www.eurosurveillance.org/docserver/fulltext/eurosurveillance/25/3/eurosurv-25-3-5.pdf?expires=1612279441&id=id&acname=guest&checksum=F7899B657F250B726AA85B5D85728CF6>

² Review Report by an International Consortium of Scientists in Life Sciences (ICSLS) - Corman-Drosten et al., Eurosurveillance 2020:
<https://cormandrostenreview.com/report/>

5. Une erreur grave est l'omission d'une valeur de Ct à laquelle un échantillon est considéré comme positif et négatif. Cette valeur Ct n'est pas non plus présente dans les soumissions de suivi, ce qui rend le test inapte à servir d'outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus du SARS-CoV-2.

6. Les produits de la PCR n'ont pas été validés au niveau moléculaire. Ce fait rend le protocole inutile en tant qu'outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus du SARS-CoV-2.

7. Le test PCR ne contient ni un témoin positif unique pour évaluer sa spécificité pour le CoV-2-SARS, ni un témoin négatif pour exclure la présence d'autres coronavirus, ce qui le rend inutilisable comme outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus du SARS-CoV-2.

8. La conception du test dans le document de Corman-Drosten est si vague et si imparfaite que l'on peut aller dans des dizaines de directions différentes ; rien n'est normalisé et il n'existe pas de procédure opératoire normalisée. Cela remet fortement en question la validité scientifique du test et le rend inadapté en tant qu'outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus du SARS-CoV-2.

9. Il est fort probable que l'article de Corman-Drosten n'ait pas fait l'objet d'un examen par des pairs, ce qui rend le test inapproprié en tant qu'outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus du SARS-CoV-2.

10. Nous constatons de graves conflits d'intérêts pour au moins quatre auteurs, outre le fait que deux des auteurs de l'article de Corman-Drosten (Christian Drosten et Chantal Reusken) sont membres du comité de rédaction d'Eurosurveillance. Un conflit d'intérêt a été ajouté le 29 juillet 2020 (Olfert Landt est PDG de TIB-Molbiol ; Marco Kaiser est chercheur senior au GenExpress et est conseiller scientifique de TIB-Molbiol), qui n'avait pas été déclaré dans la version originale (et qui manque toujours dans la version PubMed) ; TIB-Molbiol est la société qui a été "la première" à produire des kits PCR (Light Mix) basés sur le protocole publié dans le manuscrit de Corman-Drosten, et selon leurs propres termes, ils ont distribué ces kits de test PCR avant même que la publication ne soit soumise [20] ; de plus, Victor Corman & Christian Drosten ont omis de mentionner leur deuxième affiliation : le laboratoire de test commercial "Labor Berlin". Tous deux sont responsables du diagnostic des virus dans ce laboratoire [21] et la société opère dans le domaine des tests PCR en temps réel.

À la lumière de notre réexamen du protocole de test pour identifier le SARS-CoV-2 décrit dans le document de Corman-Drosten, nous avons identifié des erreurs et des failles inhérentes qui rendent le test PCR du SARS-CoV-2 inutile. » (...)

L'utilisation des tests PCR en tant que méthode de mesure des infections, n'est pas seulement un non-sens scientifique, mais a apparemment été délibérément conçue pour créer autant de faux positifs que possible (et paniquer ainsi le monde). »

• **D'après un médecin biologiste français manipulant régulièrement les tests en laboratoire et d'après une généticienne réputée, voici les failles complémentaires liées à l'utilisation des tests RT-PCR:**

- Il y a un problème de plateforme: il y a une variabilité d'une machine à l'autre alors qu'il faudrait s'assurer d'une reproductibilité normale.
- Un protocole (Standard Operating Procedures) aurait dû être déterminé, ce qui n'a pas été effectué. Il existe des dizaines de fabricants qui proposent ces tests, chacun avec ses propres SOP (Standard Operating Procedures) avec notamment le nombre de cycles. Il n'existe pas de processus de travail uniforme et standardisé, ce qui rend difficile la comparaison des résultats des tests .
- Le pharynx humain est l'un des plus contaminés du règne animal, il est très difficile d'isoler un échantillon viral purifié.
- L'écouvillon pharyngé réalisé pour les diagnostics de coronavirus est généralement contaminé par un matériel génétique abondant ce qui, lors de son amplification, peut facilement fausser les résultats.

Par conséquent, les tests PCR utilisés principalement en Europe, dans l'ensemble des pays du Commonwealth et aux Etats-Unis sont inadaptés pour diagnostiquer seul la maladie Covid-19.

• **Le créateur du test PCR, le Dr Kary Mullis, lauréat du prix Nobel de chimie, a déclaré dans une interview:**

« Un test PCR positif ne peut pas vous dire que vous êtes malade, car avec ce test, vous pouvez trouver presque n'importe quoi chez n'importe qui». De plus, le diagnostic en médecine est de manière classique la conséquence d'un exercice logico-rationnel entre les signes et symptômes cliniques et les tests de laboratoire qui permettent d'orienter le diagnostic. La présence de symptômes cliniques a toujours été nécessaire pour établir un diagnostic ; un test analytique ne suffit pas.

Nous sommes constamment confrontés à différents micro-organismes pathogènes et la simple présence de ceux-ci ne suffit pas pour déterminer que nous sommes malades ou infectés. Cela sera déterminé par notre vulnérabilité immunologique. Il est courant de trouver des fragments de virus et de bactéries non infectieux dans les voies respiratoires, et ces fragments pourraient être positifs dans les tests PCR. Il ne viendrait à l'esprit d'aucun médecin de diagnostiquer une "pneumonie asymptomatique" après avoir trouvé le pneumocoque dans la gorge (où il se trouve généralement sans provoquer de maladie chez les patients sains). »³

³ <https://drive.google.com/file/d/1IloLat3eAb8GNf1rXBwZO93xTVT5iLS2/view>

https://www.youtube.com/watch?v=57YQjM5_30E

Ce test manque de spécificité, en particulier lorsqu'il ne recherche qu'un marqueur (un seul fragment du virus). Et ce seul marqueur peut éventuellement se retrouver dans le génome d'autres virus tels que d'autres coronavirus sources d'infection saisonnière banale.

Pour pallier cette spécificité trop faible, les scientifiques chinois en recherchent plusieurs.

• **Nous reprenons ici l'extrait d'un article fort intéressant en la matière:**

« L'inventeur de la PCR, Karys Mullis (décédé en aout 2019) lui-même avait d'emblée averti que ce n'était pas un test permettant seul un diagnostic. Ce test manque souvent de spécificité, en particulier lorsqu'il ne recherche qu'un marqueur (un seul fragment du virus). Et ce seul marqueur peut éventuellement se retrouver dans le génome d'autres virus tels que d'autres coronavirus source d'infection saisonnière banale. Pour pallier cette spécificité trop faible, les chinois en recherchent plusieurs. La sensibilité et la spécificité dépendent beaucoup du nombre de cycles d'amplification réalisé ; lorsque ce nombre est faible, le test est spécifique mais peu sensible ; mais lorsque le nombre de cycles d'amplification augmente et dépasse les 30, le test est très sensible mais la spécificité diminue fortement. En France, comme dans beaucoup d'autres pays, le nombre d'amplification dépasse les 40 entraînant un nombre considérable de faux positifs (NDLR: faux infectés/faux malades).

Et même lorsque le test est juste, il ne signifie pas que la personne est malade, mais seulement qu'elle a rencontré le virus (...)

La taille du marché mondial du diagnostic COVID-19 est évaluée à 19,8 milliards de dollars en 2020 et devrait croître chaque année de 3,1% d'ici 2027, si le monde ne met pas fin rapidement à cette supercherie.

En France, la généralisation des tests PCR, sa réalisation sans ordonnance et sa prise en charge à 100% ont couté plus d'un milliard d'euros à la sécurité sociale, sans aucun bénéfice sanitaire appréciable, bien au contraire (angoisse généralisée, arrêt de travail, fermetures de classe, dépression, peur panique du sujet déclaré positif et de sa famille et amis). Une hystérie collective peu maitrisable. Ce milliard n'aurait-t-il pas été plus utile s'il avait été consacré à la remise en état de notre système de santé ?

Ses coûts indirects sont beaucoup plus lourds:

Coût sanitaire (les victimes collatérales des tests) : les malades urgents ne présentant aucun signe évoquant le Covid19 voient leurs soins retardés par l'attente des résultats d'un test qu'on leur a imposé à l'entrée dans le service adapté à leur pathologie, sans raison médicale valable (les tests ne devraient n'être indiqués médicalement qu'en cas de suspicion clinique de Covid19).»⁴

⁴ http://www.economiamatin.fr/amp/news-espoir-pour-les-restaurateurs-le-judiciaire-international?_twitter_impression=true

- **Dans le cadre de l'étude scientifique argentine intitulée « Non-spécificité du test RT-PCR en temps réel pour détecter la COVID-19 »⁵, les auteurs concluent:**

«Nous déconseillons l'utilisation de ce test pour des tests de masse dans la population saine et asymptomatique et nous recommandons de restreindre son utilisation exclusivement à la population avec un diagnostic clinique de pneumonie atypique d'étiologie incertaine, en raison des conséquences épidémiologiques, sanitaires, économiques et sociales dérivées de la non-spécificité du test RT-PCR en temps réel pour détecter le SARS-Cov-2 et diagnostiquer la nouvelle maladie "COVID-19" avec certitude. »

- **Une étude chinoise publiée le 20 novembre 2020, faite à Wuhan sur la base de 10 millions de personnes (représentant 94,1% de la population de Wuhan, il s'agit d'une méta-analyse), a démontré que les personnes asymptomatiques ne sont pas contaminantes: la pratique généralisée des tests PCR au sein d'une population est donc parfaitement inutile.⁶**

Par conséquent, **dans la mesure où seuls les malades symptomatiques sont contagieux**, comme le prouve cette très large étude portant sur 10 millions de chinois, **il n'existe AUCUNE RAISON de confiner la population saine. Il suffit d'isoler vraiment les malades.**

- **L'éminent Professeur Sucharit Bhakdi, microbiologiste très réputé en Allemagne et au niveau international, auteur de nombreux articles scientifiques ainsi que de l'ouvrage « Corona, false alarm? » s'est exprimé dernièrement concernant le test RT-PCR⁷:**

"Le test PCR devrait être immédiatement détruit, dans le monde entier, et il devrait être considéré comme un acte criminel d'envoyer quelqu'un en quarantaine sur la base d'un test positif".

⁵ BRUNO, Roxana et SCHINDER, Edgardo : « Inespecificidad del test RT-PCR en Tiempo Rear para detectar COVID-19 » ; Argentine, 2020

⁶ Shiyi Cao, Yong Gan, Chao Wang, Max Bachmann, Shanbo Wei, Jie Gong, Yuchai Huang, Tiantian Wang, Liqing Li, Kai Lu, Heng Jiang, Yanhong Gong, Hongbin Xu, Xin Shen, Qingfeng Tian, Chuanzhu Lv, Chanson de Fujian, Xiaoxv Yin & Zuxun Lu Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China Nature Communications volume 11, Article number: 5917 (2020): <https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w>

⁷ https://www.youtube.com/watch?v=DVq_Eufr9fw&feature=youtu.be
<https://www.planetlockdownfilm.com/>

- **Le Directeur du laboratoire de diagnostic moléculaire de Milford, dans le Connecticut, aux Etats-Unis, Sin HANG LEE avait avisé dès le 22 mars 2020, le conseiller Covid-19 de la Maison blanche:**⁸

« Anthony Fauci, conseiller en coronavirus de la Maison Blanche et expert fédéral de longue date en maladies infectieuses, a été averti dès mars 2020 que les tests largement utilisés pour diagnostiquer le COVID-19 pourraient souffrir de niveaux élevés de résultats faussement positifs, un problème qui a été confirmé par l'Organisation mondiale de la santé au début de cette année.

L'avertissement a été donné dans un courriel du 22 mars 2020 à Fauci par Sin Hang Lee, le directeur du laboratoire de diagnostic moléculaire de Milford, dans le Connecticut. Le message faisait partie d'un grand lot de courriels et autres documents récemment obtenus par Judicial Watch et la Daily Caller News Foundation.

Dans son message, Lee met en garde Fauci et plusieurs autres médecins : "Il a été largement rapporté dans les médias sociaux que les kits de test RT-qPCR utilisés pour détecter l'ARN du SRAS-CoV-2 dans les échantillons humains génèrent de nombreux faux positifs et ne sont pas assez sensibles pour détecter certains cas réellement positifs, en particulier pendant la convalescence".

"Sans un test de diagnostic de laboratoire fiable, nous volons à l'aveuglette", a-t-il écrit.

Dans ce message, Lee résume une proposition contenue dans une "lettre jointe" qui n'a pas été incluse dans le lot de courriels. Le résumé lui-même, cependant, a été expurgé du courriel publié.

Contacté pour un commentaire, Lee a fourni à Just the News une copie de l'e-mail original. Dans la partie censurée, le scientifique propose "d'adopter ou de développer un protocole RT-qPCR imbriqué de routine pour générer un amplicon de 398 bp comme modèle pour le séquençage Sanger afin d'augmenter la sensibilité et la spécificité des tests".

Lee a également partagé la lettre qu'il a jointe à Fauci et aux autres médecins, dans laquelle - en plus de proposer le protocole RT-qPCR imbriqué - il soutient que la technologie RT-qPCR "est connue pour générer des résultats faussement positifs lorsqu'elle est utilisée pour détecter le virus de la grippe A et le MERS-CoV, un autre Coronavirus".

Il a précisé à Just the News jeudi que l'augmentation de la sensibilité d'un test PCR éliminerait la détection de matériel génétique non pertinent qui risquerait d'apparaître comme un résultat positif : "L'actuel RT-qPCR ne vérifie pas ce qui est détecté", a-t-il affirmé, "c'est la cause des faux positifs".

Lee a déclaré à Just the News qu'il "n'a jamais reçu de reconnaissance de la part du Dr Fauci" à propos de la lettre.

"La PCR est comme un photocopieur Xerox qui peut faire de nombreuses copies d'un segment spécifique de l'ADN pour l'analyse", a-t-il déclaré à Just the News, "la PCR n'a pas été inventée comme outil de diagnostic".

⁸ <https://justthenews.com/politics-policy/coronavirus/we-are-flying-blind-fauci-was-warned-march-2020-potential-false>

"Les tests RT-qPCR actuellement utilisés pour le SARS-CoV-2", a-t-il ajouté, "ne sont pas des PCR, au sens scientifique strict du terme. Tout comme une camisole de force n'est pas une veste".

Ni Fauci ni son personnel n'ont répondu aux questions concernant ce courriel.

La grande entreprise de fournitures médicales Thermo Fisher Scientific a qualifié les tests RT-qPCR de "référence pour les tests COVID-19", mais des questions importantes ont été soulevées l'année dernière sur la précision et la fiabilité de ces tests.

En juillet de l'année dernière, par exemple, M. Fauci lui-même a admis que de tels tests pouvaient donner un résultat positif alors qu'en fait l'échantillon se compose simplement de "nucléotides morts" au lieu de virus vivants

Entre-temps, en janvier, l'Organisation mondiale de la santé a publié une directive à l'intention des prestataires de soins médicaux les avertissant de la possibilité de faux positifs dans les tests PCR en raison de la méthode par laquelle les tests amplifient et détectent les échantillons viraux. »

- **En effet, dans un communiqué en date du 7 décembre 2020 publié le 15 décembre 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé valide les analyses précédentes.** Le document intitulé "Nucleic acid testing (NAT) technologies that use real-time polymerase chain reaction (RT-PCR) for detection of SARS-CoV-2" (« Test virologique à acide nucléique qui utilise la « réaction en chaîne par polymérase » en temps réel (RT-PCR) pour la détection du SARS-CoV-2 »).

L'OMS déclare:

« **Description du problème:** L'OMS a reçu des commentaires d'utilisateurs sur un risque élevé de faux résultats du SARS-CoV-2 lors du test d'échantillons à l'aide de réactifs RT-PCR sur des systèmes ouverts. »⁹

« Comme pour toute procédure de diagnostic, les valeurs prédictives positives et négatives du produit dans une population testée sont importantes à noter. Lorsque le taux de positivité pour le SARS-CoV-2 diminue, la valeur prédictive positive diminue également.

Cela signifie que la probabilité qu'une personne ayant un résultat positif (SARS-CoV-2 détecté) soit réellement infectée par le SARS-CoV-2, diminue à mesure que le taux de positivité diminue, quelle que soit la spécificité du test. Par conséquent, les prestataires de soins de santé sont encouragés à prendre en considération les résultats des tests ainsi que les signes et symptômes cliniques, le statut confirmé de tout contact, etc. »

« Les utilisateurs de réactifs RT-PCR doivent lire attentivement la notice d'utilisation pour déterminer **si un ajustement manuel du seuil de positivité de la PCR est nécessaire pour tenir compte de tout bruit de fond pouvant conduire à ce qu'un échantillon avec une valeur de seuil de cycle élevé (Ct) soit interprété comme un résultat positif.** Le principe de conception de la RT-PCR signifie que pour les patients présentant des taux élevés de virus en circulation (charge virale), relativement peu de cycles seront nécessaires pour détecter le

⁹ WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO/OMS) : « Nucleic acid testing (NAT) technologies that use real-time polymerase chain reaction (RT-PCR) for detection of SARS-CoV-2 » ; Information Notice for IVD Users, WHO-identifier: 2020/5 version 1, 7 décembre 2020, date de publication 15 décembre 2020. <https://www.who.int/news/item/14-12-2020-who-information-notice-for-ivd-users>

virus et donc la valeur Ct sera faible. »

[...] « Dans les premières phases de la pandémie du COVID-19, les diagnostics in vitro (DIV) ont été rapidement développés, validés et vérifiés, puis déployés. Par conséquent, il n'est pas surprenant que les diagnostics nécessitent un affinement basé sur les commentaires des utilisateurs après leur introduction à grande échelle » [...].

- **Un article du Collectif EVOLUTION rappelle précisément les différentes études et notamment la dernière publiée par la revue THE LANCET le 17 février 2021:**^{10 11}

« Le test PCR (test d'amplification en chaîne par polymérase) est sous le feu de nombreux médecins, scientifiques, politiciens et journalistes depuis le début de cette pandémie. Cependant, tout le monde ne le saurait pas si sa seule source d'information était les médias grand public, car ils ont choisi de ne pas couvrir la controverse qui l'entoure. Cela ne veut pas dire que le test PCR n'a pas été salué comme un outil utile pour déterminer une infection à coronavirus, mais là encore, il existe de grandes sources d'inquiétude qui ne sont pas vraiment prises en compte.

Dès 2007, Gina Kolata a publié un article dans le New York Times sur la façon dont la déclaration de **pandémies basée sur le test PCR peut aboutir à une catastrophe**. L'article était intitulé Faith in Quick Test Leads to Epidemic That Wasn't.¹²

En juillet, le **professeur Carl Heneghan, directeur du centre de médecine de l'université d'Oxford, qui critique ouvertement la réponse actuelle du Royaume-Uni à la pandémie, a écrit un article intitulé "Combien de diagnostics Covid sont des faux positifs ?"** Il a fait valoir que la **proportion de tests positifs faux au Royaume-Uni pourrait également atteindre 50 %**.

Le Dr Barbara Yaffe, médecin adjoint de l'Ontario (Canada), a récemment déclaré que le test COVID-19 pouvait donner au moins 50 % de faux positifs. Cela signifie que les personnes dont le test COVID est positif peuvent ne pas l'avoir réellement.

L'ancien conseiller scientifique de Pfizer, le Dr Mike Yeadon, a affirmé que la proportion de tests positifs qui sont faux peut en fait atteindre 90 %.

En outre, 22 chercheurs ont publié un document expliquant pourquoi, selon eux, il est clair que le test PCR n'est pas efficace pour identifier les cas COVID-19, et qu'en conséquence, nous pourrions voir un nombre important de faux positifs.

¹⁰ « Un nouvel article du Lancet suggère que 50 à 75% des cas de tests PCR "positifs" ne sont pas infectieux », par Arjun Walia - Collectif EVOLUTION:
<https://www.collective-evolution.com/2021/03/03/new-lancet-article-suggests-50-75-of-positive-pcr-tests-are-not-infectious-people/>

¹¹ Clarifying the evidence on SARS-CoV-2 antigen rapid tests in public health responses to COVID-19
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2900425-6>

¹² <https://www.nytimes.com/2007/01/22/health/22whoop.html>

Ce ne sont là que quelques exemples parmi tant d'autres du passé récent, et c'est inquiétant car les verrouillages et autres mesures sont basés sur des "cas" supposés positifs. "

Une autre préoccupation récemment soulevée provient d'un article publié dans la revue médicale The Lancet intitulé "Clarifier les preuves des tests rapides de l'antigène du SRAS-CoC-2 dans les réponses de santé publique à la COVID-19".

Les auteurs y expliquent que la plupart des personnes infectées par le COVID sont contagieuses pendant environ une semaine, et que "les échantillons ne contiennent généralement pas de virus de culture (potentiellement contagieux) au-delà du neuvième jour après l'apparition des symptômes, la plupart des transmissions se produisant avant le cinquième jour". Ils poursuivent en expliquant :

*Ce délai correspond aux modes de transmission du virus observés (généralement 2 jours avant à 5 jours après l'apparition des symptômes), ce qui a conduit les organismes de santé publique à recommander une période d'isolement de 10 jours. Cette fenêtre de transmission contraste avec une médiane de 22-33 jours de positivité PCR (plus longue pour les infections graves et plus courte pour les personnes asymptomatiques). Cela suggère que dans **50 à 75 % des cas où un individu est positif à la PCR, il est probable qu'il soit post-infectieux.***

Une fois que la réplication du CoV-2 du SRAS a été contrôlée par le système immunitaire, les niveaux d'ARN détectables par PCR sur les sécrétions respiratoires tombent à des niveaux très bas lorsque les individus sont beaucoup moins susceptibles d'infecter d'autres personnes. Les copies d'ARN restantes peuvent prendre des semaines, voire des mois, pour s'éliminer, période pendant laquelle la PCR reste positive.

Ils expliquent :

Toutefois, pour les mesures de santé publique, une autre approche est nécessaire. Les tests destinés à ralentir la propagation du CoV-2 du SRAS ne demandent pas si une personne a de l'ARN dans le nez à la suite d'une infection antérieure, mais si elle est infectieuse aujourd'hui. Si les personnes post-infectieuses sont testées positives et isolées pendant 10 jours, c'est une perte nette pour la santé et le bien-être social et économique des communautés. À notre avis, le test PCR actuel n'est donc pas la référence appropriée pour évaluer un test de santé publique pour le SRAS-CoV-2.

Un article publié dans le British Medical Journal l'explique :

*On ne sait pas non plus dans quelle mesure les personnes ne présentant aucun symptôme transmettent le SRAS-CoV-2. Le seul test de dépistage du virus vivant est la culture virale. **La PCR et les tests de flux latéral ne permettent pas de distinguer le virus vivant. Aucun test d'infection ou d'infectiosité n'est actuellement disponible pour un usage de routine. Dans l'état actuel des choses, une personne dont le test est positif, quel que soit le type de test, peut ou non avoir une infection active par un virus vivant, et peut ou non être infectieuse.***

Les relations entre la charge virale, l'excrétion virale, l'infection, l'infectiosité et la durée de l'infectiosité ne sont pas bien comprises. Dans une revue systématique récente, aucune étude n'a pu mettre en culture des virus vivants provenant de participants symptomatiques après le neuvième jour de la maladie, malgré des charges virales constamment élevées dans les tests de diagnostic quantitatifs par PCR. Cependant, les valeurs de seuil de cycle (Ct) des tests PCR ne sont pas des mesures directes de la charge virale et sont sujettes à erreur.

Rechercher des personnes asymptomatiques mais infectieuses, c'est comme chercher des aiguilles qui apparaissent et réapparaissent de façon transitoire dans les meules de foin, en particulier lorsque les taux sont en baisse. Les tests de masse risquent de détourner de façon néfaste des ressources limitées. Une autre préoccupation est l'utilisation de tests insuffisamment évalués comme outils de dépistage dans les populations saines.

La stratégie de dépistage du Royaume-Uni doit être remise à jour conformément à la recommandation du groupe scientifique consultatif pour les situations d'urgence selon laquelle "la priorité accordée au dépistage rapide des personnes symptomatiques est susceptible d'avoir un impact plus important sur l'identification des cas positifs et la réduction de la transmission que le dépistage fréquent des personnes asymptomatiques dans une zone d'épidémie.

Les universitaires qui ont publié ce document sont parmi ceux qui expliquent comment une autre approche est nécessaire, étant donné que les tests PCR sont à la base des mesures de verrouillage qui ont peut-être déjà tué, et vont tuer, plus de gens que le COVID lui-même, pour les personnes de moins de 70 ans. Nombreux sont ceux qui demandent en fait la fin des tests pour les personnes asymptomatiques.

Michael Levitt, professeur de médecine à l'université de Stanford et lauréat du prix Nobel de chimie, est l'un de ceux qui ont insisté sur ce point :

"Il est essentiel de bien se faire tester pour éviter de commettre d'autres erreurs à l'avenir. "Il écrit : "Il est très inquiétant de constater que le test PCR peut être positif jusqu'à CINQ fois plus longtemps que la durée pendant laquelle une personne infectée est réellement contagieuse. Les implications sont nombreuses. "

Rosamond A K Jones, pédiatre consultante à la retraite et membre de la Health Advisory & Recovery Team (HART) à Slough, au Royaume-Uni, écrit au sujet des tests dans les écoles britanniques :

Si l'on testait 5 millions d'élèves du secondaire deux fois par semaine, ces 10 millions de tests devraient générer 30 000 faux positifs. Ces enfants seraient vraisemblablement tous renvoyés chez eux après l'école, avec leurs 30 camarades de classe, ce qui conduirait à près d'un million d'enfants non scolarisés par erreur chaque semaine.

Selon un article écrit par Robert Hagen MD, qui a récemment pris sa retraite de la clinique orthopédique Lafayette dans l'Indiana :

Par le paradoxe faux positif/faux positif du taux de base, si la spécificité d'un test est de 95%, lorsqu'il est utilisé dans une population ayant une incidence de maladie de 2% - comme les étudiants et le personnel des universités en bonne santé - il y aura 5 faux positifs pour 2 vrais positifs. (L'incidence réelle de la COVID-19 active chez les étudiants en âge d'aller à l'université n'est pas connue, mais elle est estimée à moins de 0,6 % par les données de l'Indiana University/Fairbanks. Même en utilisant un test d'une spécificité de 99 % avec une incidence de 1 % dans la population, on obtient 10 faux positifs pour 9 vrais positifs.

En utilisant le même test sur les patients présentant des symptômes de COVID-19, parce que leur incidence de la maladie est de 50% ou plus, le test n'a pas besoin d'être parfait. Même en utilisant un test dont la spécificité n'est que de 90 %, le nombre de faux positifs sera beaucoup moins important.

Un autre problème lié aux tests PCR est le seuil de cycle. La PCR recherche le code génétique du virus à partir d'écouvillons de nez ou de gorge et l'amplifie sur 30 à 40 cycles, en doublant chaque cycle, ce qui permet de détecter des copies même minuscules, potentiellement uniques.

J'ai appris cela pour la première fois lorsque Elon Musk a révélé qu'il avait effectué quatre cycles de tests COVID-19, en tweetant que quelque chose de "bidon" se passait parce que deux des tests étaient faux, et les deux autres étaient positifs.

Il a également mentionné qu'il "effectuait des tests dans plusieurs laboratoires différents, à la même heure de la journée, administrés par RN & am en demandant le seuil du cycle PCR du gène N1. Il n'existe pas de norme officielle pour les tests PCR. Je ne suis pas sûr que les gens s'en rendent compte. "

Et c'est là que réside le problème, que l'Organisation mondiale de la santé a finalement abordé récemment. Le 13 janvier, l'OMS a publié un mémo concernant le problème des cas asymptomatiques découverts par les tests PCR, et suggérant que tout test positif asymptomatique soit répété. Cette note fait suite à la précédente, qui demandait aux laboratoires du monde entier d'utiliser des seuils de cycle inférieurs (valeurs CT) pour les tests PCR. Plus le seuil de cycle est élevé, plus le risque de taux de faux positifs est grand.

Est-ce pour cela que les taux de cas dans le monde ont commencé à diminuer ? Cela semble plausible puisque, au moment même où les cas ont diminué, l'OMS a demandé aux laboratoires de surveiller les seuils du cycle, ce qui signifie que les faux positifs diminueraient.

Un tribunal portugais a déterminé que les tests PCR utilisés pour détecter COVID-19 ne sont pas en mesure de prouver une infection au-delà de tout doute raisonnable, et a donc déterminé que la détention de quatre personnes était illégale et illicite. Lors de l'audience d'appel portugaise, Jaafar et al. (2020) a été cité, expliquant comment un CT élevé est corrélé avec une faible charge virale.

"Si une personne est testée positive par PCR lorsqu'un seuil de 35 cycles ou plus est utilisé (comme c'est la règle dans la plupart des laboratoires en Europe et aux États-Unis), la probabilité que ladite personne soit infectée est <3%, et la probabilité que ledit résultat soit un faux positif est de 97%. "(source)

La Cour a également noté que le seuil de cycle utilisé pour les tests PCR actuellement effectués au Portugal est inconnu. Vous pouvez en savoir plus sur cette histoire ici.

Les "cas" sont à la base des confinements:

Les informations ci-dessus sont en effet révélatrices, car les tests PCR sont utilisés pour justifier des mesures de verrouillage et pourtant ils sont très controversés et imprécis.

Le professeur Anna-Mia Ekström et le professeur Stefan Swartling Peterson ont examiné les données de l'UNICEF et de l'ONUSIDA et sont arrivés à la conclusion que le nombre de personnes décédées des suites des restrictions imposées à la lutte contre la Covid est au moins aussi élevé que celui des décès dus à la covid.

Une étude publiée par quatre professeurs de médecine de l'université de Stanford n'a pas réussi à trouver de preuves de l'utilisation de ce qu'ils appellent les "interventions non pharmaceutiques" (NPI), comme le confinement, la distanciation sociale, la fermeture

d'entreprises et les ordres de rester chez soi. Selon l'étude, ces mesures n'ont pas été suffisantes et ne suffisent pas à arrêter la propagation du COVID et ne sont donc pas nécessaires pour combattre la propagation du virus.

Un groupe de médecins et de scientifiques a publié un essai pour l'Institut américain de recherche économique, expliquant et présentant les données sur les raisons pour lesquelles ils pensent que les confinements sont non seulement nuisibles, mais aussi inutiles pour lutter contre le COVID. Dans l'essai, ils présentent une multitude d'études appuyant les mêmes conclusions que celles de l'étude de Stanford citée plus haut. Vous pouvez le lire [ici](#).

Les méfaits du confinement ont été pris en compte dès le début de la pandémie, un rapport publié dans le British Medical Journal sous le titre Covid-19 : Le "nombre stupéfiant" de décès supplémentaires dans la communauté n'est pas expliqué par covid-19" a suggéré que les mesures de quarantaine au Royaume-Uni à la suite du nouveau coronavirus pourraient déjà avoir tué plus de personnes âgées au Royaume-Uni que le coronavirus ne l'a fait au cours des mois d'avril et de mai .

Bhattacharya, MD, PhD a écrit un article pour The Hill intitulé "Les faits, et non la peur, arrêteront la pandémie". "Dans cet article, il souligne un certain nombre de faits concernant les implications des mesures de confinement, dont le fait que:

Au niveau international, les mesures de confinement ont placé 130 millions de personnes au bord de la famine, 80 millions d'enfants exposés à la diphtérie, à la rougeole et à la polio, et 1,8 million de patients risquant de mourir de la tuberculose. Les confins des pays développés ont dévasté les pauvres dans les pays pauvres. Le Forum économique mondial estime que ces fermetures feront tomber 150 millions de personnes supplémentaires dans l'extrême pauvreté, soit 125 fois plus que le nombre de personnes qui sont mortes à cause du COVID.

(...)

A retenir:

La seule chose qui fait que beaucoup plus de gens remettent en question leur gouvernement en ce qui concerne COVID semble être le fait qu'un nombre incalculable de scientifiques, de médecins, de journalistes et d'autres encore sont fortement censurés pour avoir partagé leurs informations, leurs données, leurs recherches et leurs opinions sur COVID alors qu'ils ne s'inscrivent pas dans le cadre accepté de la culture dominante.

Par exemple, le gouvernement suédois a déclaré qu'il renforcerait les lois sur la liberté académique après qu'un éminent universitaire suédois ait annoncé qu'il abandonnait son travail sur COVID-19 en raison d'une avalanche de commentaires intimidants de la part de personnes qui n'étaient pas d'accord ou n'aimaient pas les résultats de ses recherches. ([source](#)) C'est un des nombreux exemples, vous pouvez en voir plus [ici](#).

Dr Kamran Abbasi, ancien (récent) rédacteur en chef du prestigieux British Medical Journal, rédacteur en chef du Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, et rédacteur en chef consultant pour PLOS Medicine. Il est rédacteur en chef du Journal of the Royal Society of Medicine et JRSM Open a récemment publié un article dans le BMJ, intitulé "Covid-19 : politisation, "corruption" et suppression de la science. « (...)

La science est supprimée pour des raisons politiques et financières. Covid-19 a déclenché la corruption de l'État à grande échelle, et elle est nuisible à la santé publique. Les politiciens et l'industrie sont responsables de ce détournement opportuniste. Les scientifiques et les experts de la santé le sont également. La pandémie a révélé comment le complexe politico-médical peut être manipulé en cas d'urgence, à un moment où il est encore plus important de sauvegarder la science. (...) »

- **La nécessité impérative d'un diagnostic réalisé par un médecin habilité est rappelé dans le cadre de l'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, rendu sur saisine de la Direction Générale de la Santé en date du 11 septembre 2020:

« Comme tout résultat biologique, l'interprétation qui doit en être faite pour estimer le risque infectieux doit prendre en compte divers paramètres tels que :

- **La symptomatologie présentée par le patient** puisque la toux et les éternuements sont les symptômes majoritairement associés à un risque d'aérosolisation dans l'environnement ;
- **La date de début des signes cliniques** pour les patients symptomatiques ;
- **Le statut immunitaire individuel et la présence de comorbidités** ;
- **Les conditions environnementales de l'individu** (entourage familial, vie en collectivité, situation d'hospitalisation, prise en charge en EHPAD ...)."

- **Les paramètres d'interprétation ont finalement été rappelés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans un avis d'information du 13 janvier 2021 mis à jour le 20 janvier 2021 concernant les tests RT-PCR**¹³:

« Le seuil de cycle (Ct) nécessaire pour détecter le virus est inversement proportionnel à la charge virale du patient. Lorsque les résultats des tests ne correspondent pas à la présentation clinique, un nouvel échantillon doit être prélevé et testé à nouveau en utilisant la même technologie TAN ou une technologie différente.

*L'OMS rappelle aux utilisateurs de DIV que la prévalence de la maladie modifie la valeur prédictive des résultats des tests ; lorsque la prévalence de la maladie diminue, le **risque de faux positifs augmente** (2). Cela signifie que la probabilité qu'une personne qui a un résultat positif (détection du CoV-2 du SRAS) soit réellement infectée par le CoV-2 du SRAS diminue à mesure que la prévalence diminue, quelle que soit la spécificité revendiquée.*

¹³ Avis d'information de l'OMS pour les utilisateurs de DIV 2020/05

Technologies de test des acides nucléiques (NAT) qui utilisent l'amplification en chaîne par polymérase (PCR) pour la détection du SARS-CoV-2:

<https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05?s=03>

La plupart des tests PCR sont indiqués comme aide au diagnostic, par conséquent, les prestataires de soins de santé doivent prendre en compte tout résultat en combinaison avec le moment du prélèvement, le type d'échantillon, les spécificités du test, les observations cliniques, les antécédents du patient, le statut confirmé de tout contact et les informations épidémiologiques. »

Par cet avis l'OMS reconnaît l'existence d'un grand nombre de faux résultats positifs liés notamment au seuil de cycle et par là même la non fiabilité des tests RT-PCR. Elle reconnaît qu'il s'agit d'une aide au diagnostic, pas d'un diagnostic en tant que tel.

- **Par un communiqué publié le 15 septembre 2021 conjointement par la Fondation Université de Paris, European University Alliance et l'Udice Universités de Recherche Françaises**, les chercheurs français le reconnaissent enfin publiquement :

« Aujourd'hui, le test PCR détecte bien le matériel génétique viral mais ne permet pas de définir si le virus est actif (vivant) ou inactif (mort) au moment du prélèvement. »

- Une décision très éclairante, a été rendue par la **troisième chambre criminelle de la Cour d'appel de Lisbonne (Portugal) le 11 novembre 2020¹⁴ (1783/20.7T8PDL.L1-3, Margarida Ramos de Almeida - Testes RT-PCR Privação da liberdade - Detenção ilegal - IRL)**, à l'encontre de l'Autorité régionale de la santé des Açores.

En l'espèce, quatre touristes allemands ont été isolés sous contrainte dans un hôtel portugais au seul prétexte que l'un d'entre eux présentait un test RT-PCR positif à son arrivée à l'aéroport (alors qu'il était négatif au départ de son voyage).

Saisie de cette affaire, ladite Cour se prononce de la manière suivante:

Un diagnostic médical est un acte médical que seul un médecin est légalement qualifié à entreprendre et dont ce médecin sera seul et entièrement responsable. Aucune autre personne ou institution, y compris les agences gouvernementales ou les tribunaux, n'a une telle autorité. Il n'appartient pas à l'Autorité régionale de la santé des Açores de déclarer une personne malade ou un danger pour la santé. Seul un médecin peut le faire. Nul ne peut être déclaré malade ou dangereux pour la santé par décret ou loi, ni comme conséquence administrative automatique liée au résultat d'un test de laboratoire.

¹⁴ <http://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/79d6ba338dcbe5e28025861f003e7b30?OpenDocument>

S'il est effectué sans observation médicale préalable du patient, sans la participation d'un médecin agréé par l'Ordre des Médecins, qui aurait évalué les symptômes et demandé des examens jugés nécessaires, tout acte de diagnostic ou tout acte de vigilance de santé publique enfreindra un certain nombre de lois et de règlements (dont le Code pénal) et pourra être qualifié de crime d'exercice illégal de la médecine dans l'hypothèse où lesdits actes sont effectués ou dictés par une personne dépourvue de la capacité de le faire, c'est-à-dire par une personne qui n'est pas un médecin agréé.

Aucune preuve ni même d'indication que les quatre personnes en question avaient été vues par un médecin n'a été apportée, que ce soit avant ou après le test.

La Cour a jugé nécessaire d'ajouter les considérants suivants:

Sur la base des preuves scientifiques actuellement disponibles, ce test RT-PCR est en soi incapable de déterminer au-delà de tout doute raisonnable que la positivité correspond en fait à une infection par le virus SARS-CoV-2, pour plusieurs raisons, parmi lesquelles deux sont primordiales: la fiabilité du test dépend du nombre de cycles utilisés; la fiabilité du test dépend de la charge virale présente.

Les magistrats ont cité un article publié le 29 septembre 2020 dans la revue The Lancet par Elena Surkova, Vladyslav Nikolayevskyy et Francis Drobniowski¹⁵, selon lequel:

"Tout résultat de test de diagnostic doit être interprété dans le contexte de la probabilité de maladie avant le test. Pour le Covid-19, l'évaluation de la probabilité pré-test inclut les symptômes, les antécédents médicaux de COVID-19 ou la présence d'anticorps, toute exposition potentielle à COVID-19 et la probabilité d'un autre diagnostic. Lorsque la probabilité de pré-test est faible, les résultats positifs doivent être interprétés avec prudence et un second échantillon doit être testé pour confirmation. (...)

L'excrétion prolongée de l'ARN viral, dont on sait qu'elle dure des semaines après la guérison, peut être une raison potentielle de tests positifs par écouvillonnage chez les personnes précédemment exposées au CoV-2 du SRAS. Cependant, et c'est important, aucune donnée ne suggère que la détection de faibles niveaux d'ARN viral par RT-PCR équivaut à une infectiosité, à moins que la présence de particules virales infectieuses n'ait été confirmée par des méthodes de culture en laboratoire.

"Pour résumer, des résultats faussement positifs au test COVID-19 par écouvillonnage pourraient être de plus en plus probables dans le climat épidémiologique actuel au Royaume-Uni, avec des conséquences substantielles au niveau personnel, du système de santé et de la société."

La Cour conclut que «si une personne est testée par PCR comme étant positive lorsqu'un seuil de 35 cycles ou plus est utilisé (comme c'est la règle dans la plupart des laboratoires en Europe et aux États-Unis), la probabilité que ladite personne soit infectée est inférieure à 3% et la probabilité que ledit résultat soit un faux positif est de 97%. »

¹⁵ [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30453-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30453-7/fulltext)

En effet, la fiabilité éventuelle des tests PCR réalisés dépend, d'emblée, du seuil de cycles d'amplification qu'ils contiennent, de telle sorte que:

- jusqu'à la 25 cycles, la fiabilité du test est d'environ 70%;
- jusqu'à 30 cycles, le degré de fiabilité est de 20%;
- lorsque 35 cycles sont atteints, le degré de fiabilité est de 3%.

En résumé:

Compte tenu du doute scientifique exprimé par les experts sur la fiabilité des tests PCR, compte tenu du manque d'information sur les paramètres analytiques des tests et en l'absence de diagnostic du médecin justifiant l'existence d'infection ou de risque, il n'y a aucun moyen de déterminer si les citoyens mis en quarantaine étaient effectivement porteurs du virus SRAS-CoV-2.

La Cour a donc considéré que la quarantaine forcée des quatre personnes était manifestement illégale.

- **Par un arrêt n°VGW-103/048/3227/2021-2 en date du 24 mars 2021, la Cour administrative d'appel de Vienne** rejette également le critère du nombre de cas positifs au test PCR afin de démontrer l'existence d'une épidémie¹⁶ :

"Le test PCR ne convient pas pour le diagnostic ».

Il est explicitement indiqué que, même selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), "un test PCR n'est pas un diagnostic et n'indique donc pas en soi qu'une personne est malade ou infectée". Cependant, le ministre de la santé utilise une définition de cas complètement différente et beaucoup plus large pour les maladies du Covid 19, qui ne peut pas être utilisée pour justifier l'interdiction d'une réunion, car :

Si la Commission Corona a utilisé la définition de cas du Ministre de la Santé, et non celle de l'OMS, alors toute détermination du nombre de "malades/infectés" est incorrecte.

Le tribunal conclut que dans les "informations" du service de santé de la ville de Vienne, sur lesquelles se fonde l'interdiction de la direction de la police provinciale de Vienne, "il n'y a pas de déclarations et de constatations valables et fondées sur des preuves concernant la situation épidémique. (...)

C'est d'autant plus vrai pour un droit fondamental et une liberté fondamentale, la liberté de se réunir. Comme la Cour constitutionnelle l'a constamment jugé (cf. Cour constitutionnelle du 30 juin 2004, B491/03 ; du 30 août 2008, B663/08, à partir de la Cour suprême du 23 janvier 1905, 691/1904), de simples craintes générales ne sont pas suffisantes pour interdire

¹⁶ https://wp.tagesstimme.com/wp-content/uploads/2021/03/Verwaltungsgericht_FPOe-Versammlung.pdf

<https://www.info-direkt.eu/2021/03/31/oesterreichisches-gericht-kippt-urteil-pcr-test-nicht-zur-diagnostik-geeignet/>

une réunion.».

- **Enfin, depuis le mois de novembre 2020, des tests rapides antigéniques sont utilisés en France afin de tester la population au virus SARS-CoV2 de manière encore plus massive.**
Il s'avère que ces tests produisent de très nombreux faux positifs (personnes non malades), lesquels sont bien entendu inclus dans la base de données des testés positifs Covid-19.

De nombreuses alertes ont eu lieu depuis le début de leur utilisation et des dysfonctionnements commencent à être identifiés par l'ANSM, vu le communiqué du 30 décembre 2020, émanant du Directeur Général de la Santé intitulé DGS-URGENT, qui informe les praticiens du rappel de certains tests rapides antigéniques en raison de faux positifs COVID-19.

Les produits ont été rappelés mais les personnes testées positives à tort restent néanmoins incluses dans la base de données et sont donc comptabilisées. Le nombre de positifs pourra donc augmenter artificiellement par ce nouveau biais.

Une violation des règles d'utilisation prévues dans le cadre de la Certification CE

L'utilisation du test PCR en tant que diagnostic entre en contradiction avec les modalités d'utilisation autorisées selon la certification CE provisoire. **L'utilisation autorisée est limitée aux travaux de recherche.**

Sans certification CE, les fabricants ne sont pas autorisés à mettre sur le marché des kits de test PCR. Le 15 avril 2020, la Commission européenne a publié un communiqué intitulé «Lignes directrices relatives aux tests de diagnostic in vitro de la COVID-19 et à leurs performances ». (2020 / C 122 I / 01)¹⁷.

D'après ce document, la directive 98/79/CE¹⁸ relative aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DIV) s'applique aux tests Covid-19 (remplacée par le Règlement (UE) 2017/746¹⁹ du Parlement européen et du Conseil à compter du 26 mai 2022).

La directive 98/79/CE stipule que les dispositifs médicaux in vitro (= les kits de test) peuvent être légalement mis sur le «marché» conformément aux utilisations prévues fixées par les fabricants, ce que l'on appelle l'utilisation prévue.

La description qualitative du produit et de l'utilisation (utilisation prévue) des différents fabricants, qu'ils doivent rédiger conformément à la directive 98/79 / CE et qui constitue la base de la certification CE applicable, montre que **tous les kits de test commercialisés sont uniquement autorisés et destinés à la recherche en laboratoire sur des échantillons des voies respiratoires humaines pour la détection (du matériel génétique) d'un éventuel pathogène, en l'occurrence le virus SARS-CoV-2.**

Cette utilisation prévue ne concerne donc que la détection instrumentale du (matériel génétique) du virus SRAS-CoV-2 et non la détermination médicale diagnostique du COVID-19 en tant que tableau clinique (présumé).

¹⁷ [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020XC0415\(04\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020XC0415(04)&from=EN)

¹⁸ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:31998L0079&from=EN>

¹⁹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017R0746&from=en>