

Le coronavirus 2019 existe-t-il ?

(Officiellement le virus est appelé SRAS-Cov-2 et la maladie qu'il est censé causer COVID-19. Nous nous référerons simplement à coronavirus pour la panique au virus actuelle et à SRAS pour la panique de 2003.)

David Crowe – 12 mars 2020

David.Crowe@theinfectiousmyth.com

<http://theinfectiousmyth.com/book/CoronavirusPanic.pdf>

Introduction

La vague de panique qui a émané de Wuhan, en Chine, en décembre 2019 est une épidémie de tests. Il n'y a aucune preuve qu'un virus soit détecté par le test et il n'y a absolument aucune préoccupation s'il y a un nombre significatif de faux positifs avec ce test. Ce qui est publié dans les journaux médicaux ce n'est pas de la science, chaque article a pour but d'augmenter la panique en interprétant les données uniquement de manière à ce qu'elles bénéficient à la théorie virale, même lorsque les données sont confuses ou contradictoires. En d'autres mots, les journaux médicaux sont de la propagande. C'est également, par définition, une épidémie. La précision, qui suppose la perfection au sujet du test, n'a pas la soupape de sécurité que le SRAS (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère – NdT) avait, donc la vague de panique peut continuer jusqu'à ce que les responsables de la santé publique changent la définition ou réalisent que le test n'est pas fiable.

Ce que j'ai appris en étudiant le SRAS, la grosse vague de panique au coronavirus précédente, après l'épidémie de 2003, c'est que personne n'avait prouvé qu'un coronavirus ait existé, et encore moins soit pathogène. Il y avait des preuves contre la transmission, et ensuite, un bilan négatif des traitements extrêmes auxquels les patients avaient été soumis, le médicament Ribavirine antiviral analogue de nucléoside, les corticostéroïdes à haute dose, une assistance respiratoire invasive et quelques fois l'oseltamivir (Tamiflu). Ceci est documenté dans le brouillon du chapitre de mon livre (pratiquement terminé) que vous pouvez trouver ici : <http://theinfectionmyth.com/book/SARS.pdf>

Résumé analytique

Le Monde souffre d'un fantasme massif basé sur la croyance qu'un test pour de l'ARN est un test pour un nouveau virus mortel, un virus qui est apparu de chauves -souris en Chine, appuyé par la supposition occidentale que les Chinois mangent tout ce qui bouge.

Si le virus existe alors il devrait être possible de purifier des particules virales. De ces particules de l'ARN peut être extrait et doit correspondre avec l'ARN utilisé dans le test. Tant que ceci n'est pas fait il est possible que l'ARN provienne d'une autre source, qui pourraient être des cellules du malade, des bactéries, des moisissures, etc... Il se peut qu'il y ait une association avec des niveaux d'ARN élevés et la maladie, mais cela n'est pas la preuve que l'ARN provient d'un virus. Sans purification et caractérisation de particules de virus, on ne peut pas accepter qu'un test d'ARN soit la preuve qu'un virus est présent.

Les définitions de maladies importantes sont étonnamment vagues, elles sont donc peut-être embarrassantes. Deux ou trois symptômes, peut-être un contact avec un malade antérieur et un test de précision inconnue, c'est souvent tout ce qu'il vous faut. Alors que la définition du SRAS, la panique au coronavirus précédente, était autolimitée, la définition de la nouvelle maladie coronavirus est non limitative, permettant à l'épidémie imaginaire de se développer. En mettant de côté l'existence du virus, si le test coronavirus a un problème avec les faux positifs (comme l'ont tous les tests biologiques) alors tester une population non infectée produira des tests positifs, et la définition de la maladie permettra à l'épidémie de durer éternellement.

Cette étrange nouvelle maladie, appelée officiellement COVID-19, n'a aucun symptôme propre. La fièvre et la toux, dont les virus et bactéries étaient tenues pour responsables tout comme des contaminants environnementaux, sont les plus communes ainsi que les radios des poumons anormales, bien qu'on les trouve également chez des personnes en bonne santé. Néanmoins, malgré le fait que seule une minorité des personnes testées testera positif (souvent moins de 5%), on suppose que cette maladie est aisément reconnue. Si ceci était réellement le cas, la majorité des personnes prévues pour un dépistage par les médecins devraient être positives. Le test coronavirus est basé sur la PCR (Polymerase Chain Reaction – Réaction de Polymérisation en Chaîne, procédé qui permet de dupliquer d'un facteur un milliard une séquence d'ADN ou d'ARN afin que cette séquence devienne détectable – NdT), une technique de fabrication. Lorsqu'on s'en sert en tant que test, elle ne produit pas un résultat positif ou négatif, mais simplement le nombre de cycles nécessaires pour détecter du matériel génétique. La ligne de partage entre les positifs et les négatifs est un nombre arbitraire de cycles qui a été choisi par les testeurs. Si être positif signifie être infecté et négatif signifie non infecté, alors il y a des cas de personnes qui passeront en quelques jours d'infecté à non infecté et à nouveau infecté. Un tas de personnes disent que deux précautions valent mieux qu'une. Il vaut mieux que quelques personnes qui ne sont pas vraiment infectées soient mises en quarantaine plutôt que de prendre le risque d'une épidémie. Mais une fois que les gens testent positif, ils sont susceptibles d'être traités, avec des traitements identiques à ceux du SRAS. Les médecins qui sont face à ce qu'ils croient être un virus mortel font un traitement en vue du futur, pour des symptômes prévus, non pour ce qu'ils voient ce jour-là. Ceci entraîne le recours à une oxygénation invasive, à des corticoïdes à hautes doses et à des médicaments antiviraux. Dans ce cas, des populations de ces diagnostiqués (positif – NdT) (par ex. en Chine) sont plus âgées et plus malades que l'ensemble de la population et sont bien moins aptes à supporter un traitement agressif. Après que la panique du SRAS se soit résorbée, des médecins ont examiné des preuves et on a vu que ces traitements étaient souvent inefficaces et tous avaient de graves effets secondaires tels que des déficiences neurologiques graves, des remplacements d'articulation, des cicatrices, des douleurs et des maladies du foie.

Les scientifiques de l'existence du virus détectent de nouveaux ARN chez de nombreux malades de la grippe ou des pathologies comme la pneumonie, et ils supposent que la détection d'ARN (qui est censé être enveloppé dans des protéines pour former un virus ARN, comme sont censés être les coronavirus) est équivalente à l'isolement du virus. Ça ne l'est pas et un des groupes de scientifiques a été assez honnête pour admettre ceci : « Nous n'avons pas effectué des tests afin de détecter un virus infectieux dans le sang » (2)

Mais, malgré cet aveu, un peu plus haut dans l'article ils se sont référés de manière répétée aux 41 cas (sur 59 cas similaires) qui ont testé positif pour cet ARN comme étant « 41 malades ... confirmés pour être infectés avec le 2019-nCoV ».

Un autre article admettait tranquillement que : « notre étude ne remplit pas les postulats de Koch ». (Réf. 1)

Les postulats de Koch, énoncés en premier par le grand bactériologiste allemand Robert Koch à la fin des années 1800, peuvent être énoncés simplement comme suit :

- Purifier l'agent pathogène (par ex. le virus) à partir de plusieurs cas présentant une maladie particulière.
- Exposer des animaux réceptifs (pas des humains, manifestement) à l'agent pathogène.
- Vérifier que la même maladie est produite.
- Certains rajoutent qu'il faudrait également repurifier l'agent pathogène, juste pour être sûr que c'est lui qui réellement développe la maladie.

Le célèbre virologue Thomas Rivers a énoncé dans un discours de 1936, « Il est évident que les postulats de Koch n'ont pas été remplis dans les maladies virales ». C'était il y a longtemps, mais le même problème se pose toujours. Aucun des documents référencés dans cet article n'a même tenté de purifier le virus. Et le mot 'isolation' a été tellement dégradé par les virologistes qu'il ne signifie plus rien (par ex. ajouter du matériau impur à une culture cellulaire et observer la mort de la cellule est de 'l'isolation'). La référence1 a publié des microphotographies électroniques, mais on peut clairement voir dans la photo moins agrandie, que les particules que l'on croit être du coronavirus n'ont pas été purifiées parce que la quantité de matériel qui est cellulaire est bien plus grande. L'article souligne que les photos sont des photos de « cellules épithéliales humaines ». Considérez également que la photo incluse dans l'article sera certainement la 'meilleure' photo, par exemple celle où il y a le plus grand nombre de particules. Il se peut que les techniciens de laboratoire soient encouragés à passer des heures pour trouver l'image la plus photogénique, celle qui le plus à l'air d'un virus pur. Il est impossible de dire que l'ARN qui a été utilisé dans le nouveau test coronavirus PCR est trouvé dans ces particules vues dans la microphotographie électronique. Il n'y a aucune relation entre le test et les particules, et aucune preuve que les particules soient virales. Une situation similaire concernant le VIH a été révélée en mars 1997 lorsque deux articles publiés dans le même numéro du journal 'Virology' ont révélé que l'immense majorité de ce qui auparavant avait été appelé 'VIH pur' était des impuretés qui clairement n'étaient pas du VIH, et que le mélange comprenait également des microvésicules qui ressemblaient beaucoup, sous microscope électronique, au VIH mais qui sont d'origine cellulaire. [5] [6]

Définition de la maladie

Les maladies infectieuses ont toujours eu une définition, mais elles ne sont habituellement pas trop largement diffusées parce qu'alors elles seraient l'objet de ridicule. Habituellement elles ont une catégorie de 'cas suspect' basé sur des symptômes et une exposition, et une catégorie 'confirmé' qui ajoute une espèce de dépistage.

La référence [13] décrit une définition de cas suspect, basé sur les définitions de l'OMS pour le SRAS et le MERS (pour Middle East Respiratory Syndrome- Syndrome Respiratoire du Moyen-Orient), qui était en vigueur jusqu'au 18 janvier 2020 et requérait tous les quatre critères suivants :

- « De la fièvre, avec ou sans relevés de température ». Remarquez qu'il n'y a pas de définition universelle de la fièvre, donc ceci peut simplement être l'opinion d'un médecin ou d'une infirmière. Avec le SRAS la fièvre était définie à 38°C quand bien même la température normale du corps est considérée être 37°C (98,6°F).
- « Des preuves radiologiques de pneumonie ». Ceci peut arriver sans maladie comme nous l'avons vu dans [3] – un garçon âgé de 10 ans sans symptômes cliniques. Il a été diagnostiqué d'une pneumonie en l'absence de symptômes.
- « Un nombre de globules blancs bas ou normal, ou un nombre de lymphocytes bas ». Ceci n'est pas vraiment un critère puisque chaque personne en bonne santé est incluse (dans ce critère – NdT). Ceci est également étrange parce que les gens qui souffrent d'une infection ont normalement un nombre élevé de globules blancs (bien que ce nombre puisse chuter chez les personnes qui meurent d'une infection).
- Un des trois critères suivants :
 - « Aucune diminution des symptômes après un traitement antimicrobien de 3 jours ». Ceci est une indication standard d'une pneumonie 'virale', par ex. une pneumonie qui ne disparaît pas avec des antibiotiques.
 - « Un lien épidémiologique avec le Marché aux Poissons de Huanan ». Ceci, avec le critère suivant, crée l'illusion d'une maladie infectieuse puisqu'il préfère le diagnostic de cas connexes.
 - « Un contact avec d'autres malades ayant les mêmes symptômes ».

Le 18 janvier les trois dernières catégories ont été changées en :

- Un des critères suivants :
 - « Un historique de déplacement à Wuhan ».
 - « Un contact direct avec des malades de Wuhan qui avaient de la fièvre ou des symptômes respiratoires 2 semaines avant le début de la maladie ».

Le gros problème c'est que, contrairement à la définition du SRAS, à l'origine un 'cas confirmé' ne nécessitait pas le critère de la rencontre avec un cas suspect. Un 'cas confirmé' requérait simplement un test ARN positif, sans aucun symptômes ou possibilité de contact avec des cas antérieurs, illustrant la foi totale en la technologie PCR utilisée. La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé [15] présente le même défaut.

C'était le fait que la définition du SRAS requérait à la fois une possibilité raisonnable de contact avec un cas antérieur et des symptômes, ce qui permettait à l'épidémie de s'éteindre. Une fois que tout le monde était en quarantaine, l'apparition de nouveaux cas était hautement improbable, le dépistage arrêté et les médecins pouvaient crier victoire.

Les Chinois finalement se sont réveillés et, autour du 16 février, demandèrent à ce que les cas confirmés répondent aux exigences du cas suspect mais également un test positif. Il se peut qu'ils aient mis cette nouvelle définition en pratique plus tôt parce qu'après un ajout massif le 12 février de presque 16 000 cas confirmés, le nombre a chuté chaque jour de manière spectaculaire et au 18 février était en-dessous de 500 cas et a continué à rester bas.

Mais d'autres pays n'en ont pas tiré la leçon. La Corée, le Japon et l'Italie (et peut-être d'autres pays) ont commencé à dépister les gens sans aucun lien épidémiologique, encourageant les gens avec des symptômes vagues qui font partie de la définition, à venir à l'hôpital afin d'être vérifiés, et évidemment suivant les personnes asymptomatiques ayant une connexion avec quiconque a testé positif. Par conséquent, dans la deuxième quinzaine de février, les cas dans ces pays ont commencé à exploser.

Une nouvelle maladie ?

Le Covid-19, pour utiliser son nom officiel, est décrit comme étant une nouvelle maladie distincte. Ce qu'elle n'est clairement pas. Pour commencer, il n'y a pas de symptômes distinctifs. La référence [2] a montré que sur les 41 premiers cas, les seuls symptômes trouvés dans plus de la moitié des cas étaient la fièvre (98%) et la toux (76%). 98% des cas avaient des tomodensitogrammes (des radios – NdT) présentant des problèmes aux deux poumons (bien qu'il soit possible d'avoir des taches sur un tomodensitogramme sans présenter de symptômes). Le pourcentage élevé de cas avec fièvre et des taches dans les deux poumons est un artefact de la définition de la maladie, fièvre et « preuve radio de pneumonie » sont deux des critères de diagnostic pour un cas probable. Le faible taux de personnes qui testent positif lors du dépistage coronavirus est une autre preuve qu'il n'y a pas de symptômes évidents. S'il y avait des symptômes reconnaissables, les médecins devraient avoir mieux que les 4% de chance de deviner qui a le virus. Alors que quelques-unes des personnes peuvent avoir été testées, sans présenter de symptômes, parce qu'elles étaient sur un vol ou sur un bateau de croisière, des pays en dehors de la Chine encouragent les gens avec les symptômes vagues qui existent à se faire contrôler dans un hôpital, donc de plus en plus de personnes ont les symptômes de la grippe ou de la pneumonie, et testent toujours négatif en grand nombre.

Par exemple, le 9 mars, la Corée a trouvé 7 382 cas positifs sur 179 160 personnes testées (4,1%) [20]. Dans l'Etat de Washington, où ils semblent être réticents à tester qui que ce soit, au 24 février un seul test sur 27 s'est avéré positif (3,7%) [21]. Peut-être s'ils avaient testé toutes les 438 personnes mises en quarantaine, l'épidémie aurait explosé de 1 cas à 16 cas (3,7% des 438). Le 9 mars 1 246 tests ont été effectués avec 136 cas trouvés positifs (11%). Manifestement dans aucun endroit les médecins ne peuvent reconnaître les cas cliniquement.

Dépistage

En supposant, pour un moment, l'existence d'un nouveau coronavirus, que nous dirait à ce stade un test coronavirus ? Ou plutôt, qu'est-ce qu'il ne nous dirait pas ?

- Sans purification et exposition d'animaux aux particules virales nous ne savons pas si le virus est pathogène (cause la maladie). Il se peut qu'il s'agisse d'une infection opportuniste (envahit des personnes en mauvaise santé avec des systèmes immunitaires affaiblis) ou un virus passager (qui est embarqué par un comportement à risque, tel que manger un animal porteur d'un virus).
- Nous ne savons pas le taux de faux tests positifs du test sans un dépistage généralisé de personnes en bonne santé loin d'endroits où les gens sont diagnostiqués de cette éventuelle nouvelle maladie. Si le test est précis à 99%, dans une ville de 10 millions

d'habitants comme Wuhan, il y aurait environ 100 000 faux positifs (1%). Il est facile de générer une fausse épidémie si vous continuez à simplement tester comme cela. Et c'est encore pire si vous limitez le test aux personnes qui ont des symptômes parce qu'alors les défauts du test ne seront pas révélés avant longtemps.

- Si quelqu'un est malade il n'y a aucune preuve qu'un seul ou la totalité des symptômes soit dû au virus, même lorsqu'il est présent. Certaines personnes peuvent être immunisées, quelques-unes peuvent avoir les symptômes causés par le virus, mais d'autres peuvent être causées par les médicaments qu'on leur donne, par des problèmes de santé préexistants, etc...
- Nous ne savons pas si les personnes qui testent négatif sont infectées ou non, surtout lorsqu'elles présentent des symptômes similaires. Par exemple, dans [2], sur 59 malades, seuls 41 ont testé positif, mais les chercheurs de toute évidence n'étaient pas sûrs si les 18 restants étaient infectés ou non. Si vraiment ils ne sont pas infectés, ils tendent à confirmer que le coronavirus n'est pas la cause de leur maladie puisqu'ils avaient les symptômes qu'on ne peut distinguer de ceux des 41 positifs.

Le dépistage à un stade aussi précoce de la connaissance est incroyablement dangereux. Cela sème la panique et peut mettre les personnes sous des médicaments dangereux, d'autres situations de leur traitement peuvent être physiquement et psychologiquement dommageables (telles que l'intubation et l'isolement, et même de voir tous ces médecins et infirmières en combinaisons spéciales mettant en évidence à quel point vous êtes atteint d'une maladie mortelle).

Faux négatifs – Un gros problème

D'après un article dans le South China Morning Post [23], Li Yan, directeur du centre de diagnostic à l'Hôpital du Peuple de l'Université de Wuhan, a indiqué sur la Télévision d'Etat chinoise qu'à cause du processus à plusieurs étapes une erreur pouvait aboutir à un résultat incorrect, et Wang Chen, président de l'Académie Chinoise des Sciences Médicales également sur CCTV a dit que la précision n'est que de 30 à 50%.

By “over-ruling all the negatives” I mean that if someone was to have 9 negative tests and 1 positive test, the person would be taken as positive.

“overrule” in English refers to when someone of authority contradicts an inferior person. It is often used as an analogy. In this case a positive test is taken as having more authority than any number of negative tests.

Néanmoins ce que Wang Chen veut réellement dire, c'est que le test produit toujours des faux négatifs et jamais de faux positifs. Dans un article parlant d'un groupe de maladies et de tests positifs dans une famille [3], le parti-pris est clair, puisque la plupart des malades avaient plus de tests négatifs que de tests positifs, mais ils ont quand même été considérés comme positifs. Le malade n°1 avait 3 tests positifs sur 11 (27%), le malade n°2 avait 5 tests positifs sur 11

(45%), le malade n°3 avait 18 tests tous négatifs, le malade n°4 avait 4 tests positifs sur 14 (29%), le malade n°5 avait 4 tests positifs sur 17 (24%) et le malade n°6 était le seul à avoir une majorité de tests positifs (64%).

La seule manière de décider logiquement et de manière scientifique est d'avoir une référence absolue pour la présence du virus, qui ne peut être obtenue que par la purification et la caractérisation du virus. Puisque ceci n'a jamais été fait, les médecins prennent des décisions à la volée, penchant toujours vers un traitement des patients comme s'ils étaient infectés.

Faux positifs – meilleure preuve

La tentative majeure de définir le taux de faux positifs se trouvait dans un article décrivant une nouvelle méthodologie de test, mais il était construit sur un conflit d'intérêts [19]. Clairement, si le taux de faux positifs était élevé, le but des auteurs (du test – NdT) de « développer et déployer une méthodologie de diagnostic solide pour l'usage dans les laboratoires de santé publique » aurait échoué.

Ils ont, néanmoins, fait plus que la plupart des autres. Ils ont pris 297 prélèvements de sécrétions nasales et de la gorge de bio banques et les ont testés, ne trouvant qu'une 'réactivité initiale faible' dans quatre échantillons qui, après re testage, disparaissait. Le problème avec ce genre d'analyse c'est que les échantillons de bio banques peuvent ne pas avoir été obtenus de la même manière que des échantillons provenant de personnes vivant dans une panique épidémique. L'échantillonnage n'était pas non plus fait en aveugle, une chose qui est nécessaire pour éliminer la possibilité d'un biais inconscient (un vrai problème en médecine). En plus, de nombreux échantillons chez des personnes que l'on croit être infectées sont négatifs et de nombreux échantillons sont testés, comme décrit dans l'article sur le petit groupe familial.

En résumé, tester 297 échantillons pourrait, au mieux, montrer que le taux de faux positifs était de 1/300 mais, parce que de nombreux échantillons sont souvent pris avec le fait qu'un seul test positif l'emporte sur tous les tests négatifs, le taux de tests positifs pourrait être considérablement élevé, puisque les échantillons de la bio banque n'ont été testés qu'une seule fois.

Et même si ce test avait un taux de faux positifs qui était très bas, il n'est pas certain que ce soit ce test particulier qui est en usage et le taux de faux positifs ne peut pas être extrapolé à aucune autre conception de test.

Même un taux de faux positifs très faible est extrêmement important. Un test précis à 99% produirait 100 000 faux positifs dans une ville de 10 millions d'habitants comme celle de Wuhan. Si le nombre de positifs dans les échantillons est autour de 4% (ce qu'il semble être le cas à partir des premières statistiques), alors 1 test positif sur 4 serait faux.

Finalement le 5 mars 2020, des scientifiques chinois ont lâché une bombe. D'après leurs analyses « le taux de faux résultats positifs était de 80,33% » [26] Comme la traduction anglaise est légèrement guindée : 80% des tests positifs n'indiquaient pas que la personne était infectée.

Positif, Négative, à nouveau positif - Confusion

Quelques personnes ont complètement guéri d'une maladie attribuée au coronavirus, ont commencé à tester négatif, puis à nouveau positif. D'après un bulletin d'information [22] en Chine les malades ne sont pas considérés comme guéris avant qu'ils n'aient plus de symptômes, une radio des poumons claire et deux tests coronavirus négatifs. Malgré cela, 14% des patients sortant de l'hôpital ont ensuite testé positif, mais sans retour des symptômes. Ceci est très difficile à expliquer si le test est pour un virus, bien plus facile à expliquer si l'ARN que le test détecte n'est pas d'origine virale.

Autres rapports (les références sont disponibles sur demande. Les dates sont sur les rapports) :

- 31 janvier : une femme qui est retournée au Canada en venant de Chine a testé négatif alors qu'elle était 'légèrement malade' après être arrivée au Canada, mais par la suite a testé positif.
- 11 février : une femme malade de Wuhan a testé négatif à son premier test, après plusieurs jours de maladie, mais positif au second.
- 16 février : une femme américaine de 83 ans a été dépistée comme étant exempte de maladie après avoir quitté un bateau de croisière mais fut par deux fois testée positive après son arrivée en Malaisie. Ironiquement, son mari avait la pneumonie, mais a testé négatif. Personne n'était malade sur le bateau ou n'avait récemment voyagé en Chine continentale.
- 1^{er} mars : Newsweek a signalé un Américain testé négatif à son retour de Wuhan, sans aucun symptôme. Mais plus tard il était 'légèrement positif' et est retourné en quarantaine.

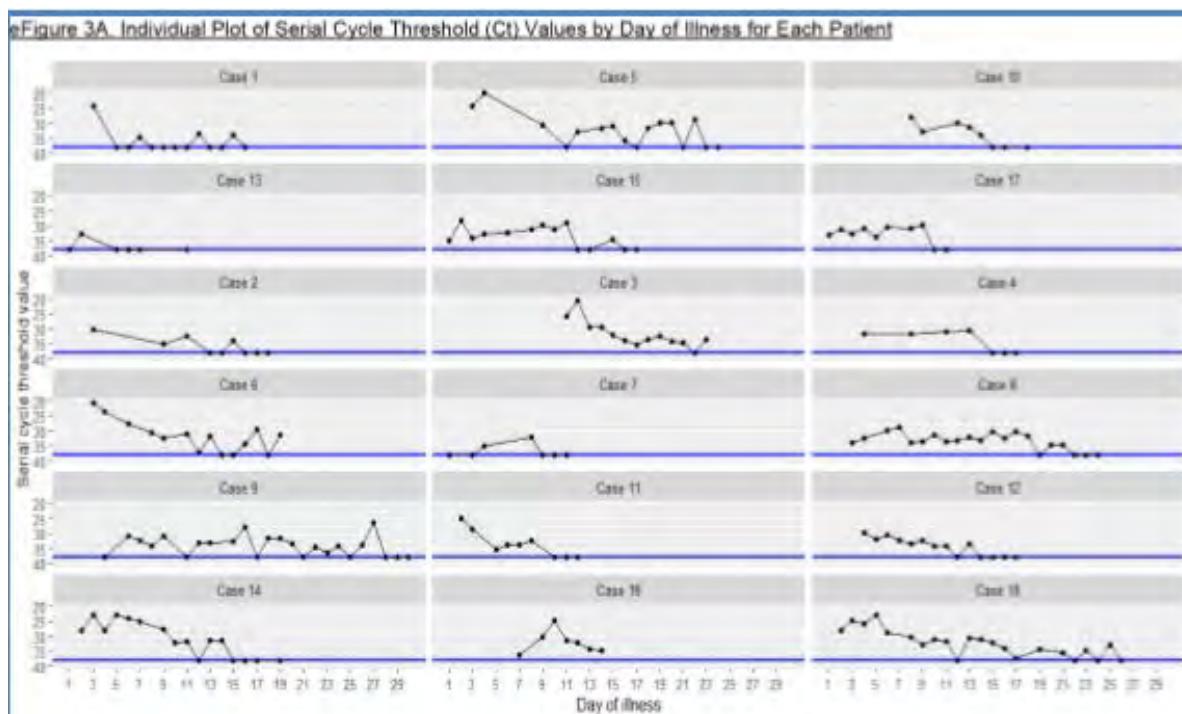
Négatif, négatif, négatif

Un groupe de médecins à Marseille, travaillant dans un laboratoire très expérimenté qui fait régulièrement du dépistage pour les virus respiratoires, a rapporté avoir testé 4 084 échantillons pour le nouveau coronavirus, se servant de plusieurs systèmes dont l'usage est approuvé en Europe, sans un seul test positif [25]. Parmi ceux-ci 337 personnes revenant de Chine qui ont été testées deux fois et 32 personnes visées parce qu'on les suspectait infectées au coronavirus. Il est statistiquement improbable que ce laboratoire avait tout simplement eu de la chance de n'avoir aucun cas, il est plus probable qu'ils ont utilisés des critères plus rigoureux, illustrant par-là que la performance avec ce nouveau test, basée non seulement sur les kits de tests mais aussi sur celle des laboratoires, est totalement inconnue. Néanmoins un test positif reste indéniable dans tous les cas.

Expérience de test

Un article de Singapour rédigé par des médecins et des responsables de santé publique apporte un regard révélateur au plus profond du dépistage du coronavirus. Dissimulé dans les documents supplémentaires de la référence [24], où peu de personnes le verront, il expose quelques problèmes importants avec les tests :

- Le test n'est pas binaire (négatif/positif) et à une limite arbitraire.
- La quantité d'ARN n'est pas corrélée avec la maladie.
- Si négatif signifie non infecté et positif signifie infecté, alors des personnes sont passées d'infectées à non infectées et à nouveau infectées, des fois plusieurs fois.
- Les résultats sous le seuil ne sont pas montrés, sont traités comme étant négatifs, mais si la PCR s'était poursuivie au-delà de la limite et était finalement positive, elle indiquerait de petites quantités d'ARN qui est supposé être unique au coronavirus. Avant de regarder les graphiques ci-dessous, posez-vous la question pour quelle raison les six premiers graphes, montrés délibérément dans le désordre, sont séparés. Quelles sont les différences visuelles entre ces 6graphes et les autres ? Faites ceci afin que mon interprétation ne fausse pas votre opinion.



Le test n'est pas binaire

Les tests pour détecter les infections sont habituellement rapportés comme étant positifs ou négatifs (quelques fois 'réactifs' ou 'non réactifs'). Une des raisons à cela c'est que, dans de nombreux cas, plusieurs tests sont requis, et il est courant de conclure que quelqu'un est infecté avec plusieurs tests négatifs et que quelqu'un n'est pas infecté avec quelques tests positifs. Les résultats d'un algorithme complexe de plusieurs tests sont également habituellement rapportés comme étant positifs ou négatifs mais sont interprétés par les médecins et les malades comme étant infectés ou non infectés. Le premier peut signifier l'isolement, des médications spéciales, des précautions particulières pour le personnel soignant et plus.

Mais en réalité même des tests individuels ne sont pas binaires, ne sont pas positifs ou négatifs, mais un éventail de nombres, qui sont arbitrairement divisés en positifs d'un côté et en négatifs de l'autre. Il est possible qu'il y ait une zone grise qui permet d'autres facteurs, parmi lesquels

les biais du médecin ou du laboratoire, pour rentrer dans l'interprétation, ou qui nécessitera un dépistage de plus.

Compréhension de RT-PCR

Avant que nous poursuivions il est important de comprendre ce qu'est la RT-PCR, la technologie PCR. Elle est basée sur la technologie PCR (Polymerase Chain Reaction – réaction de polymérisation en chaîne). C'est une technique de fabrication inventée par l'iconoclaste Kary Mullis, qui a reçu le Prix Nobel de chimie pour son invention en 1993 (et qui plus tard a rejoint le groupe de réévaluation du SIDA dénonçant même l'utilisation qui avait été faite pour détecter la séropositivité au VIH ! – NdT) . Il se peut que ce soit la technologie la plus importante dans l'industrie de la biotechnologie. Elle débute avec un brin d'ADN, le brin est clivé (scindé en deux) puis les brins complémentaires sont autorisés à croître, le même processus qui se passe dans une cellule lors de la mitose (division cellulaire).

Jusque-là ce n'est pas si impressionnant, mais par la magie du dédoublement, si ce processus est répété 10 fois vous aurez environ 1 000 brins d'ADN identiques, si vous répétez 20 fois vous en aurez un million (2^{20}), 30 fois vous en aurez un milliard (2^{30}) et 40 fois vous en aurez mille milliards (2^{40}). Chaque tour de dédoublement est appelé un cycle.

Une question fondamentale c'est que nous parlons d'une technique de fabrication. La PCR pour fabriquer l'ADN commence normalement avec un ou plusieurs brins (i) et idéalement se termine par i multiplié par 2^n après n cycles. Par exemple si vous avez commencé avec un brin d'ADN, après 32 cycles vous en aurez 4 milliards.

Pour se servir de la PCR en tant que test vous supposez que vous commencez par un nombre inconnu de brins et vous finissez par avoir un nombre multiple exponentiel après n cycles. La quantité initiale peut être estimée à partir de la quantité de matériel présente à la fin. Un problème majeur avec ceci c'est que parce que la PCR est un procédé exponentiel (qui double), les erreurs également augmentent exponentiellement. Le deuxième problème c'est que le coronavirus est considéré comme étant composé d'ARN, mais ceci peut être résolu en transformant tout l'ARN en ADN avec l'enzyme de Transcriptase Inverse au début du processus. La technologie, après ces deux adaptations, est connue sous le nom de RT-PCR (Reverse Transcriptase – PCR).

Maintenant vous avez l'information nécessaire pour comprendre les nombres de 20 à 40 sur l'axe vertical des graphes ci-dessus. Ce sont les nombres de cycles. Cela implique qu'il a toujours fallu au moins 20 cycles PCR avant de ne pouvoir détecter un brin d'ARN, et ils ont arrêté après un maximum de 37 cycles. La ligne bleue se trouve au cycle 38 et les petits points noirs ne veulent pas dire que de l'ARN a pu être détecté après 38 cycles (comme cela a été expliqué dans l'article), mais qu'il n'a pas été détecté après les 37 cycles et donc on a mis fin au processus.

Ce « Seuil de Cycles en Série » (en anglais CT pour 'cycle threshold' – seuil de cycle – NdT) était la définition arbitraire d'un résultat négatif par les auteurs de la référence [24]. Nous pouvons voir que c'était un choix arbitraire, parce que dans un autre article, la référence [13], les auteurs avaient deux points extrêmes : 37 et 40. Tout ce qui était moins de 37 était considéré comme positif (c'est-à dire que si la quantité de matériel détectée était suffisante avec moins de

37 cycles c'est que votre quantité initiale était suffisante pour que vous soyez déclaré positif – NdT) et tout ce qui était égal ou supérieur à 40 était considéré comme négatif (vous n'aviez pas assez de matériel au début pour être considéré comme positif). Les valeurs entre les deux étaient retestées et réinterprétées. Remarquez que cet article considérerait 37 comme étant indéterminé mais l'article de Singapour le considèrerait comme positif.

La quantité d'ARN ne corrèle pas avec la maladie

Théoriquement le nombre de cycles PCR après lequel l'ADN est détectable nous dit la quantité relative d'ARN. Quelle que soit la quantité initiale nécessaire pour être détectée au cycle 20, le cycle 21 serait deux fois plus sensible et pourrait détecter une quantité deux fois moindre et le cycle 30 pourrait détecter le millième du cycle 21. On pourrait donc s'attendre à ce que les personnes les plus malades aient le plus de virus, et ainsi avoir un nombre de cycles de test de dépistage plus bas.

Ceci est la raison pour laquelle les auteurs ont séparé les six premiers graphes des 12 restants. Les six premiers étaient ceux des personnes assez malades pour être mis sous oxygène. Mais on peut le voir clairement sur les graphes que les six personnes les plus malades n'ont pas des quantités d'ARN distinctement plus élevées.

De positif à négatif et à nouveau positif.

La majorité des 18 malades avait un test positif, suivi d'un test négatif, suivi d'un test positif. Quelques-uns avaient cela plusieurs fois.

Si un test négatif signifie non infecté, alors ceci est impossible. Vous ne pouvez vous-même vous débarrasser du virus, et ensuite être réinfecté le lendemain, pour ensuite être à nouveau non infecté. Ou, si une réinfection aussi rapide est possible dans un établissement hospitalier alors ça veut dire que le virus doit être partout et le combattre est totalement inutile.

La réponse la plus simple à cette énigme c'est que les tests négatifs ne signifient pas non infecté. Mais le corolaire c'est que les tests positifs ne signifient pas infecté. Ce qui rendrait le test sans valeur.

Résultats en dessous du seuil

Les auteurs de la référence 24 ont apparemment programmé la machine PCR pour qu'elle s'arrête après 37 cycles si aucun ADN n'était détecté. Ce qui signifie que nous n'avons pas l'information sur quand et si le processus se serait terminé par la détection ou s'il aurait été autorisé à continuer. Plus important qu'est-ce que cela signifierait si de l'ADN était détecté au cycle 38 ou 40 ou 80 ? Si l'ADN est unique au virus il n'y a aucune autre interprétation possible que celle que la personne est infectée. Mais il est possible que tout le monde aurait finalement assez d'ADN de détecté, ce qui pourrait seulement être interprété par le fait que l'ARN correspondant est endogène (par exemple formé à l'intérieur des cellules du corps humain).

Etant donné que plusieurs personnes ont rebondi de négatif à positif à nouveau, on pourrait dire que le seuil devrait être inférieur à 37. Mais vraisemblablement si cela était fait, beaucoup plus de gens testeraient positif, et même avec un seuil de, disons, 40, passer à négatif et retourner à positif pourrait encore arriver.

Transmission

Il y a un tas de preuves que le virus n'est pas aussi transmissible qu'on le suggère.

- 2 janvier : « 27 (66%) des 41 premiers malades avaient une exposition directe au marché aux poissons de Huanan (1/3 ne l'avaient pas).
- 1^{er} au 20 janvier : « Des 99 malades avec une pneumonie 2019-nCov, 49 (49%) avaient un historique d'exposition avec le marché aux poissons de Huanan » [10] (51% ne l'avaient pas)
- 1^{er} au 22 janvier : Une vaste enquête, incluant les 425 premiers cas, a montré que ceux diagnostiqués au 1^{er} janvier ou après, 72% avaient « Aucune exposition ni au marché ni avec des personnes ayant des symptômes respiratoires ». [13]
- « La date du début des symptômes du premier patient identifié est le 1^{er} décembre 2019. Aucun des membres de sa famille n'a eu de la fièvre ou un symptôme respiratoire. Aucun lien épidémiologique n'a été trouvé entre le premier malade et les cas ultérieurs ». [22]
- (du petit groupe familial) « Aucun des membres de la famille n'avait eu de contact avec les marchés de Wuhan ou avec des animaux ... Ils n'avaient aucun historique de contact avec des animaux, de visites à des marchés dont celui du marché de gros aux poissons de Wuhan, ou de consommation de gibier dans un restaurant ». [3]

Transmission 1 – La référence du petit groupe de la famille de Shenzhen

La référence [3] tente de montrer la facilité avec laquelle le virus pouvait être transmis dans une famille qui a voyagé en décembre de Shenzhen, près de Hong-Kong à Wuhan, puis est revenue environ une semaine plus tard.

Deux grands-parents (malades 1 et 2), la fille et le gendre (malades 3 et 4), un petit-fils de 10 ans et une petite-fille de 7 ans (malades 5 et 6) ont pris l'avion pour Wuhan le 29 décembre. Le premier jour, la grand-mère (1) et sa fille (3) ont visité un nourrisson qui avait la pneumonie, connu sous le nom de Parent 1, dans un hôpital de Wuhan (le nom de l'hôpital n'est pas donné, mais cela implique que cet enfant avait cette nouvelle maladie). En dehors de cela ils se sont

mêlés à quatre autres membres de la famille locale, parmi lesquels deux avaient passé beaucoup de temps à l'hôpital. De manière remarquable les symptômes de l'enfant disparurent un ou deux jours après la visite, et il retourna à la maison.

Le quatrième jour de la visite (le 1^{er} janvier), le gendre, qui n'était pas allé à l'hôpital, est tombé malade. Sur cette base, ils ont déclaré que le coronavirus avait une durée d'incubation très courte, et que les gens étaient presqu'immédiatement infectieux. Il n'y a aucune preuve à cela, sauf que rien d'autre peut supporter cette hypothèse que le bébé hospitalisé avait ce nouveau coronavirus, a infecté les Malades 1 (la grand-mère) et 3 (la fille), l'une d'entre elles a alors infecté le gendre (Malade 4). Le tout en 4 jours.

Puis, comme des dominos, les autres visiteurs sont tombés malades, la fille un jour après son mari (le 2 janvier), la grand-mère le lendemain (le 3 janvier) et puis le grand-père et les membres de la famille 2, 3, 4 et 5 (le 4 janvier). La famille semblait avoir un historique de maladies fréquentes. Dans ce cas la plupart des symptômes étaient de la fièvre, de la toux et un état de faiblesse.

Le 4 janvier la famille entière est retournée à Shenzhen. Remarquez que les petits-enfants, les malades 5 et 6, ne présentaient aucun symptôme durant leur séjour à Wuhan, ou après être rentrés chez eux.

Le 9 janvier, les grands-parents et leur fille se sont présentés dans une clinique de Shenzhen, et le jour suivant les grands-parents se sont rendus au grand hôpital universitaire de Hong-Kong Shenzhen pour y faire des tests. La fille a suivi le jour d'après (le 10 janvier). Les grands-parents avaient des problèmes de santé importants préexistants, comme celui d'avoir été traitée pour un cancer du cerveau (la grand-mère) et de l'hypertension (les deux). A Wuhan ils ont tous deux souffert de fièvre, de toux sèche, d'état de faiblesse et plus tard se sont avérés avoir différentes anomalies de leurs analyses de laboratoire. Ils étaient vraiment malades.

La préoccupation qu'ils étaient infectés par le nouveau coronavirus est probablement la raison pour laquelle le restant de la famille a été amené les jours suivants à être dépisté. La fille et le gendre étaient toujours malades (diarrhées, congestion, maux de gorge, douleurs à la poitrine) mais jusqu'à là avaient une température corporelle normale (même inférieure). Ils avaient quelques opacités pulmonaires sur une tomodensitométrie et donc ont été diagnostiqués avec une pneumonie malgré le fait de leur température normale.

Le petit-fils s'était mal comporté (malade 5) et avait refusé de porter un masque à Wuhan, donc les parents ont insisté qu'il fasse une tomodensitométrie thoracique. Malgré l'absence totale de

symptômes il présentait également des opacités pulmonaires et donc a aussi été diagnostiqué de pneumonie, quoiqu'il fut totalement asymptomatique.

La petite-fille était une fille obéissante (malade 6) et avait porté un masque et donc personne n'a été surpris qu'elle soit non seulement asymptomatique mais également qu'elle n'avait pas d'anomalités pulmonaires.

Tous les six malades (apparemment le malade 6 était inclus bien qu'en bonne santé à tout point de vue) ont été testés avec un nouveau test ARN. Sans surprise les grands-parents ont testé positif pour l'écoulement nasal et les échantillons de sérum. Le gendre a testé positif sur les échantillons du nez et de la gorge. Mais la fille, bien qu'ayant fait 18 tests, plus que n'importe qui d'autre, a obstinément testé négatif sur chacun des tests. Mais, faisant preuve de biais choquants, les auteurs ont conclu qu'« elle était toujours considérée comme étant un cas infecté parce qu'elle était d'un point de vue épidémiologique fortement liée à l'exposition de l'hôpital de Wuhan et d'un point de vue radiologique présentait des opacités pulmonaires nodulaires multifocales ».

Le vilain petit-fils (malade 5) a également testé positif sur les échantillons du nez, de la gorge et de crachat, bien que ne présentant aucun symptôme de maladie.

La gentille petite-fille a été testée, d'après l'article, mais les résultats n'ont pas été inclus donc nous ne savons pas si elle a été assujettie aux 18 tests, comme sa mère obstinément négative (que les chercheurs voulaient clairement qu'elle teste positif). Si la petite-fille a été soumise à moins de 18 tests, alors cela montrerait clairement des biais par rapport à ses résultats négatifs.

En plus il y a un parent qui n'a pas fait le voyage à Wuhan (malade 7) qui est tombé malade avec des douleurs dorsales et de la faiblesse quatre jours après que tout le monde fut de retour à Shenzhen et, lorsqu'elle a été testée, elle aussi était positive (nez, gorge, crachat).

Plusieurs des parents qui vivaient à Wuhan sont également tombés malades par la suite, mais aucune information de test coronavirus n'a été fournie dans cet article.

Il n'a pas été tenu compte d'autres causes de maladie, telles que l'exposition à de la nourriture contaminée par des produits chimiques, de la nourriture préparée à l'avance en vue de leur visite qui a été laissée trop longtemps hors du réfrigérateur ou dans des conditions non hygiéniques. Le but de la référence [3] paraît d'avoir été de démontrer que le coronavirus présumé est infectieux, non de prouver le contraire (ce qui est ce que tout bon scientifique devrait faire). Remarquez que les parents ont rendu visite à un tas de gens durant quelques jours, ce qui était en fait le but du voyage, et on peut supposer qu'ils ont mangé plus que d'habitude, plus richement et des aliments plus exotiques (mais pas d'animaux exotiques) et ont peut-être bu plus que d'habitude. Mais rien de tout cela n'a été étudié.

Transmission – La Connexion Allemande

La référence [9] essaye de relier la maladie d'un Allemand qui avait participé à une réunion avec une Chinoise diagnostiquée par la suite positive au test ARN. La suite des événements a débuté du 20 au 22 janvier lorsqu'une femme de Shanghai et un Allemand ont participé à une réunion en Allemagne. Tous deux étaient en bonne santé à ce moment-là. La femme est

retournée en Chine le 22 janvier et a commencé à se sentir malade lors du vol retour. L'Allemand a été malade (mal de gorge, frissons, douleurs musculaires, fièvre, toux) tard dans la soirée du 24 et n'est pas retourné au travail avant le 27. Par coïncidence la femme de Shanghai a informé la société allemande qu'elle avait été malade et avait testé positif à l'ARN (ARN du coronavirus – NdT). A ce moment-là l'Allemand était guéri sans aucun recours à des médicaments spéciaux ou interventions mais il a testé positif comme ont testé positif trois de ses autres collègues qui avaient été en contact avec lui ou avec la femme de Shanghai ou avec les deux. Il est logique que tous ceux qui avaient été en contact avec eux soient testés. L'article ne dit pas combien ont testé négatif et si l'un de ceux-là présentaient des symptômes. L'article montre que tous les quatre Allemands présentaient des symptômes qui ont débuté les 24, 26 et 27 mais quels étaient ces symptômes n'est pas précisé pour les trois autres. En fait l'article précise qu'« aucun des quatre malades confirmés ne présente des maladies cliniques graves ».

Si le but de l'article est de soutenir l'idée que cette maladie est transmissible, il est important d'admettre que les quatre tests positifs des Allemands sont de vrais positifs, malgré le fait qu'aucun d'entre eux n'avait de « maladie clinique grave ». Ceci, néanmoins, remet en question la gravité de la maladie et pour quelle raison des mesures médicales héroïques et dangereuses sont nécessaires. Parce que les Allemands n'ont découvert leurs tests ARN positifs qu'après leur maladie, ils ont subi une quarantaine, on ne leur a pas administré des médicaments antiviraux, des stéroïdes ou mis sous assistance respiratoire invasive ce qui aurait pu se passer s'ils s'étaient présentés aux Urgences avec des symptômes et avaient à ce moment-là été diagnostiqués du coronavirus 2019.

Une explication alternative c'est que le coronavirus est mortel mais que ces quatre Allemands représentent quatre faux tests positifs. Si ceci est le cas, l'intérêt du test doit être remis en question.

Préservation du test

Les résultats du test doivent être interprétés dans le sens de la préservation de la théorie du coronavirus. Aucune interprétation alternative n'est permise.

- Comme mentionné ci-dessus, dans la référence [3] la fille, importante dans la chaîne de transmission, était interprétée comme une fausse négative. Ou alors on aurait pu interpréter que cette femme n'avait pas le coronavirus, mais ceci aurait salement mis à mal l'histoire de la transmission familiale et ouvert la porte à d'autres raisons pour le groupe de maladies (et les anomalies des tomodensitométries thoraciques).
- Également dans la référence [3] le petit-fils teste positif sans présenter aucun symptôme du tout, excepté des anomalies de tomodensitométrie thoracique. Ceci est-il un faux positif ou la preuve que le coronavirus n'est pas terriblement dangereux ?
- Une femme qui est revenue de Chine à son université canadienne a d'abord testé négatif, et ensuite positif. Ceci a été interprété comme indiquant qu'elle n'avait que peu de virus dans son corps et que le test n'était pas assez sensible. Néanmoins le dépistage par PCR (voir plus haut – NdT) est extraordinairement sensible et si elle avait si peu de virus en elle comment se fait-il qu'elle avait des symptômes ? Une explication alternative est qu'elle était devenue positive avec le test au Canada, peut-

être parce que ce virus est en fait assez courant, ou parce que le test n'est pas là pour un virus mais ne fait que mesurer l'ARN créé par le corps humain en réponse aux états pathologiques.[8]

- Les quatre Allemands [9] pourraient être considérés comme prouvant que le test ARN produit de faux positifs ou que la maladie produite par le virus est souvent bénigne. Mais cela ne sera pas interprété ainsi ni pour l'un ni pour l'autre par les promoteurs dogmatiques de la théorie du coronavirus.
- Deux sur trois des 206 Japonais évacués de Wuhan se sont avérés n'avoir « aucun symptôme ». Au lieu de les considérer comme des faux positifs ils sont considérés comme étant infectés et probablement infectieux. [12]

Traitement

Il y a une forte corrélation entre le niveau de panique (et en l'occurrence il y a certainement beaucoup de cela) et la puissance des médicaments qui sont utilisés. Et ceci peut être très dangereux. Comme l'a dit un rapport commandité par l'OMS après que le SRAS fut fini,

« Malgré une abondante documentation sur les traitements du SRAS, il n'était pas possible de déterminer si les traitements bénéficiaient aux malades durant l'épidémie de SRAS. Il se peut que certains aient été nocifs ... Sur les malades traités avec la ribavirine, de 49 sur 138 à 67 sur 110 (respectivement 36 et 61%) ont développé une anémie hémolytique, une complication associée à ce médicament qui est reconnue, bien qu'il ne soit pas possible d'exclure la possibilité que l'infection du SRAS-CoV ait causée l'anémie hémolytique puisqu'il n'y avait pas de groupe de contrôle. Une étude a révélé que plus de 29% des malades du SRAS avaient des degrés de dysfonctionnement hépatiques indiqués par des taux d'ALAT plus élevés que la normale, et le nombre de malades avec complication a augmenté pour dépasser les 75% après le traitement à la ribavirine ... Dans la littérature chinoise nous avons trouvé 14 rapports dans lesquels les stéroïdes ont été utilisés. Douze études étaient peu concluantes et deux ont montré un dommage possible. Une étude a rapporté un déclenchement de diabète associé avec le traitement de méthylprednisolone. Une autre étude (une étude rétrospective non contrôlée de 40 malades du SRAS) a rapporté des nécroses avasculaires et de l'ostéoporose parmi les malades du SRAS traités aux corticostéroïdes (ce qui a entraîné la pose de nombreuses prothèses articulaires, particulièrement à Hong Kong) [7].

Le traitement de ce qui est considéré comme une nouvelle maladie est agressif mais n'apparaît pas être aussi agressif que le SRAS. La ribavirine n'est pas utilisée et les médecins sont plus prudents avec les stéroïdes (bien que les dosages soient similaires lorsqu'ils sont administrés, à 22% des malades en [2] et 19% en [10]. En 2003 il y avait une discussion au sujet de l'utilisation des médicaments du SIDA, le Lopinavir et le Ritonavir, et la référence [2] mentionne qu'un essai clinique a eu lieu en Chine. Un article ultérieur documentant 99 cas confirmés de patients positifs à l'ARN a rapporté que 76% recevaient des antiviraux, comprenant déjà le Lopinavir et le Ritonavir, ainsi que l'Oseltamivir et le Ganciclovir, mais cet article n'indique pas combien de personnes ont reçu chacun des antiviraux. Si on donnait les quatre médicaments à chaque personne ce serait une dose massive qui serait administrée, plus grande que celle administrée aux malades du SIDA.

La référence [3] indique la plus grande prudence avec l'assistance respiratoire, on a donné un masque à oxygène à seulement 13% des patients et seuls 4% ont été soumis à une assistance respiratoire invasive.

A part d'avoir la pneumonie et d'être souvent sous médicaments puissants, la plupart des patients ont d'autres problèmes de santé et sont souvent plus faibles que la moyenne. Par exemple, « 50 (51%) des malades avaient des maladies chroniques parmi lesquelles des maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires, des maladies du système endocrinien, du système digestif, du système respiratoire, des tumeurs malignes et des maladies du système nerveux » [10].

Ils étaient également plus âgés que la moyenne, « L'âge moyen des malades était de 55,5 ans parmi les 67 hommes et 32 femmes » [3]. Il n'y a qu'environ 12% de la population chinoise qui a 55 ans ou plus. [11]

Associez le grand âge, des problèmes de santé préexistants, la pneumonie et des médicaments puissants et vous avez la recette pour un autre désastre iatrogène (terme employé par Ivan Illich dans son livre « La Némésis Médicale », se dit d'une maladie ou d'une aggravation provoquée par les soins médicaux – NdT).

Conclusions

La panique du coronavirus est simplement ceci, une panique irrationnelle, basée sur un test ARN qui n'a pas fait ses preuves, qui n'a jamais été relié à un virus. Et qui ne sera pas relié à un virus tant que le virus ne sera pas purifié. De plus, même si le test peut détecter un nouveau virus, le test ne prouve pas que le virus est la cause des symptômes graves que des personnes qui testent positif ressentent (mais pas tous ceux qui testent positif). Finalement, même si le test est en mesure de détecter un virus, et c'est dangereux, nous ne savons pas quel est le taux des faux positifs. Et rien qu'un taux de 1% de faux positifs pourrait produire 100 000 faux positifs dans une cité de la taille de Wuhan. Le recours à des médicaments puissants, parce que les médecins sont convaincus qu'ils ont affaire à un virus particulièrement dangereux, surtout pour les personnes âgées avec des problèmes de santé préexistants, est susceptible de conduire à de nombreux décès. Tout comme c'était le cas avec le SRAS.

Références

1. Zhu N et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020 Jan 14. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001017>
2. Huang C et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020 Jan 24. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30183-5/fulltext)
3. Chan J F-W et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet.*

2020 Jan 24. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736\(20\)30154-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736(20)30154-9/fulltext)

4. Rivers TM. Viruses and Koch's Postulates. *J Bacteriol*. 1937 Jan; 33(1): 1-12.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC545348/>

5. Gluschanckof P et al. Cell membrane vesicles are a major contaminant of gradientenriched human immunodeficiency virus type-1 preparations. *Virology*. 1997 Mar 31; 230(1): 125-133.
<http://davidcrowe.ca/SciHealthEnv/papers/277Microvesicles-Gluschanckof.pdf>

6. Bess JW et al. Microvesicles Are a Source of Contaminating Cellular Proteins Found in Purified HIV-1 Preparations. *Virology*. 1997 Mar 31; 230(1): 134-44.
<http://davidcrowe.ca/SciHealthEnv/papers/278-Microvesicles-Bess.pdf>

7. Stockman LJ et al. SARS: Systematic Review of Treatment Effects. *PLoS Med*. 2006 Sep 12; 3(9). <http://davidcrowe.ca/SciHealthEnv/papers/5253-SARSTreatment-Effects.pdf>

8. Fourth case of novel coronavirus confirmed in Canada. *Globe & Mail*. 2020 Jan 31.
<https://www.theglobeandmail.com/canada/article-fourth-case-of-novel-coronavirusconfirmed-in-canada/>

9. Rothe C et al. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *N Engl J Med*. 2020 Jan 30.
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2001468>

10. Chen N et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020 Jan 30.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30211-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30211-7/fulltext)

11. Population pyramid for China. <https://www.populationpyramid.net/china/>

12. Kim C-R. Three Japanese evacuees from Wuhan test positive for virus, two had no symptoms. *Reuters*. 2020 Jan 29. <https://www.reuters.com/article/uk-china-healthjapan/three-japanese-returnees-from-wuhan-test-positive-for-coronavirus-nhkidUKKBN1ZT02K>