

Mme V. De Marval de l'AFP, les tests PCR faux positifs sont légion !



Par Dr Gérard Delépine

Dans une tribune trompeuse de l'AFP<sup>1</sup> Mme V. De Marval prétend que « *la spécificité des tests PCR rendrait rarissimes les résultats faux positifs* ».

Certes on ne peut pas reprocher à cette personne, probablement non-médecin, de ne pas savoir ce qu'est un faux positif, mais il est dommage que cette « fast checkeuse » embauchée par l'AFP claironne de manière si péremptoire une telle désinformation. Si elle avait effectué un travail de journaliste et consulté la littérature internationale au lieu de répéter de simples avis de fabricants de tests ou de virologues liés à l'industrie des vaccins, elle aurait certainement été plus prudente.

Car la littérature internationale (consultable par tous et gratuitement sur Pubmed) et les avis récents de l'OMS confirment que **les tests PCR faux positifs sont très fréquents**.

## Qu'entend-on par « test PCR faux positif » ?

On définit comme faux positif un test positif alors que **la personne testée ne porte pas le virus**, et ne peut donc ni donner des cultures virales actives ni excréter le virus, donc ni contaminer personne ni devenir malade dans les jours qui suivent.

Dans le cas où le résultat est utilisé pour avertir du danger de contamination (détection des personnes contaminantes), **un faux positif est une fausse alarme**<sup>2</sup> dont les conséquences sont lourdes tant pour la personne testée (mise en quarantaine ou en arrêt de travail) que pour le fonctionnement de la société (privée inutilement d'une personne active) et les proches inutilement inquiétés.

Or de nombreux articles signalent la fréquence des faux positifs :

« Jusqu'à 54 % des patients COVID-19 peuvent avoir une RT-PCR initiale faussement négative »<sup>3</sup> dès 2020.

## Un trop grand nombre de séquences d'amplification crée des faux positifs

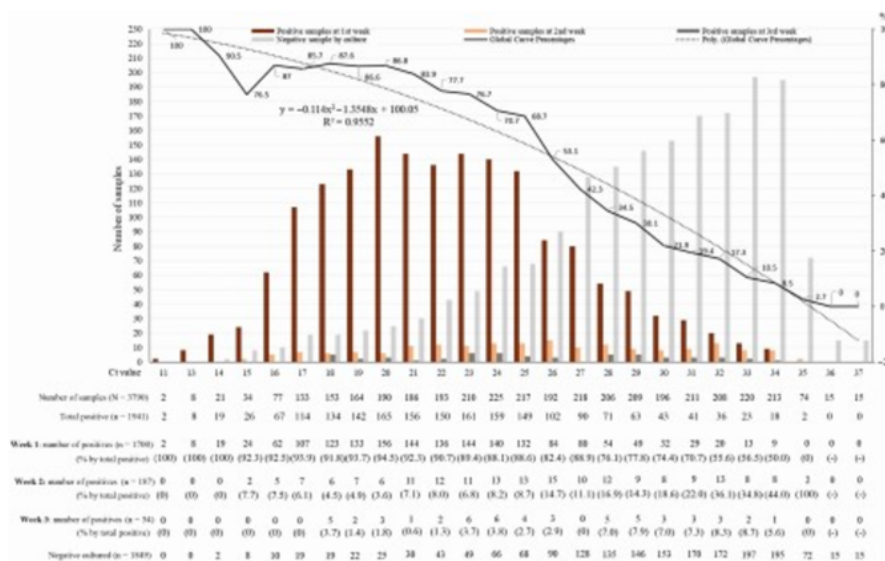
Une étude parue en 2020<sup>4</sup> a montré que la prédiction de l'infectiosité, affirmée par la capacité à récupérer le virus en culture selon le postulat de Koch, est considérablement altérée lorsque les valeurs du seuil de cycle (Ct) sont supérieures à 24.

### AVIS DE L'OMS

« L'OMS rappelle d'ailleurs<sup>5</sup> dans son document d'orientation sur les tests diagnostiques pour le dépistage du SARS-CoV-2 que « **les résultats faiblement positifs doivent être interprétés avec prudence. La valeur de cycle seuil (Ct) nécessaire pour détecter le virus est inversement proportionnelle à la charge virale du patient. Lorsque les résultats du test ne correspondent pas au tableau clinique, il convient de prélever un nouvel échantillon et de répéter le test en utilisant une méthode d'amplification des acides nucléiques identique ou différente...** »

L'étude de 3790 tests positifs chez des asymptomatiques<sup>6</sup> a montré **qu'un test positif obtenu avec le nombre trop élevé de cycles d'amplification, supérieur à 30 (comme cela est habituellement pratiqué en France) est faux dans 97 % des cas.** Cette étude de Jafar and co de juin 2021 aurait dû clore le débat...

**Figure 1.** Percentage of positive viral cultures of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 polymerase chain ...



## ÉTUDE DE WUHAN SUR DIX MILLIONS DE TESTÉS

Le dépistage réalisé autour de Wuhan (10 millions de testés)<sup>7</sup> a démontré que les tests de dépistage chez les asymptomatiques étaient médicalement inutiles : 300 personnes asymptomatiques ont été testées PCR positives. Leurs cultures de virus, systématiques, ont toutes été négatives ; aucun de ces cas n'a été malade et aucun n'a contaminé quiconque. La Chine n'inclut d'ailleurs pas les cas asymptomatiques dans son décompte des infections confirmées. Tous ces articles ont été largement diffusés de par le monde et la France n'en tient toujours aucun compte. Pourquoi ?

## LA FDA VIA LES CDC ORGANISMES OFFICIELS DES USA DEMANDE DE RENONCER AUX TESTS À PARTIR DE DÉCEMBRE 2021

Nous sommes fin 2022 !

**Le CDC lui-même a déclaré en juillet 2021 que les tests PCR classiques ne devaient plus être utilisés au-delà du 31/12/2021.**

« Après le 31 décembre 2021, le CDC retirera la demande d'Autorisation d'Utilisation d'Urgence (EUA) auprès de la Food and Drug Administration (FDA) du kit de diagnostic RT-PCR en temps réel du nouveau coronavirus

(2019-nCoV), le test introduit pour la première fois en février 2020 pour la détection du SRAS-CoV-2 uniquement. Le CDC fournit cet avis préalable afin que les laboratoires cliniques disposent de suffisamment de temps pour sélectionner et mettre en œuvre l'une des nombreuses alternatives autorisées par la FDA ». <sup>89</sup>

## 07/21/2021: Lab Alert: Changes to CDC RT-PCR for SARS-CoV-2 Testing



**Audience:** Individuals Performing COVID-19 Testing

**Level:** Laboratory Alert

After December 31, 2021, CDC will withdraw the request to the U.S. Food and Drug Administration (FDA) for Emergency Use Authorization (EUA) of the CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel, the assay first introduced in February 2020 for detection of SARS-CoV-2 only. CDC is providing this advance notice for clinical laboratories to have adequate time to select and implement one of the many FDA-authorized alternatives.

**La cour d'appel de Lisbonne** avait d'ailleurs rappelé dès 2020 dans un jugement<sup>10</sup> qui fait jurisprudence dans ce pays que « le *diagnostic de Covid ne pouvait en aucun cas être affirmé sur la positivité d'un test PCR, mais devait être établi par un médecin après examen clinique éventuellement complété par des examens complémentaires* » ordonnant la libération immédiate de touristes allemands mis en quarantaine sur un la foi d'un test PCR faussement positif.<sup>11</sup>

En l'absence de symptômes les tests PCR sont trompeurs et rendent donc les dépistages généralisés inefficaces, trompeurs, voire nuisibles. Ils ne servent qu'à créer et à entretenir la peur d'une épidémie fantôme dans la population et leur instrumentalisation a causé d'énormes dommages à la société (tant économiques que psychologiques en particulier).

### Quand la maladie est rare, les faux positifs sont légion

Or quand ce que l'on recherche est rare, et que le test utilisé n'est pas parfaitement spécifique, il est généralement beaucoup plus probable qu'un cas déclaré positif soit en réalité un faux positif.

En médecine, plus une maladie est rare, plus le risque de surdiagnostic est élevé. Ainsi, si l'on teste 1000 personnes au hasard avec un test produisant 5 % de faux positifs, on annonce à 50 personnes que le test est positif. Si la maladie ne touche que 1 personne sur 1 000 dans la population générale, on peut montrer par le théorème de Bayes que la personne n'a en moyenne que 2 % de chances d'être effectivement atteinte (donc **on l'annonce à 51 personnes dont une seule est atteinte**).

Dans l'avis précédemment cité, **l'OMS a attiré l'attention sur la fréquence des faux positifs lorsque la prévalence de la maladie est faible.**

*« L'OMS rappelle aux utilisateurs de DIV que la prévalence d'une maladie altère la valeur prédictive des résultats de test ; à mesure que la prévalence diminue, le risque de faux positifs augmente<sup>12</sup>. Cela signifie que la probabilité qu'une personne ayant obtenu un résultat positif (SARS-CoV-2 détecté) soit réellement infectée par le SARS-CoV-2 diminue à mesure que la prévalence diminue, quelle que soit la spécificité déclarée du test. »*

Cet appel à la prudence est rappelé dans beaucoup des 783 articles référencés par Pubmed le 3/12/2022 en réponse à la recherche « **false positive covid test** » dont nous citerons quelques conclusions :

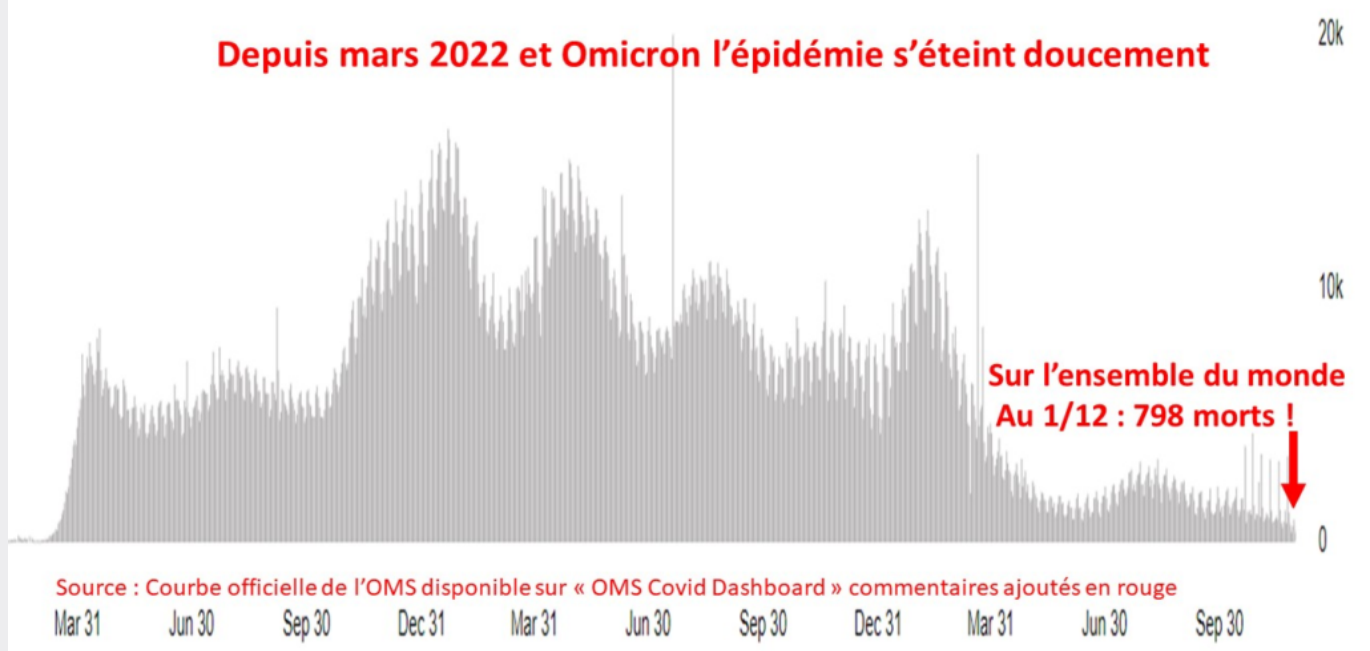
*« Les tests disponibles doivent être interprétés à la lumière de l'incidence de fond de l'infection par le SRAS-CoV-2 dans les communautés dans lesquelles ils sont utilisés, afin de minimiser le nombre de faux cas positifs. »<sup>13</sup>*

*« On ne sait pas s'ils sont contagieux, car un test positif de transcriptase inverse – réaction en chaîne par polymérase (RT-PCR) n'indique pas nécessairement la présence de virus répliquatif et transmissible »<sup>14</sup>.*

*« La validité incertaine des tests de réaction en chaîne par polymérase de transcription inverse combinée à une population à faible prévalence prédispose à des résultats faussement positifs »<sup>15</sup>.*

Or dans le monde l'épidémie s'éteint, représentant au 1/12/22 moins de 0,05 % de la mortalité globale (800 morts de covid sur les 1,8 million de décès mondiaux quotidiens).

# Evolution de la mortalité covid quotidienne mondiale



Fin novembre 2022, l'incidence du Covid19 en France était faible : le réseau sentinelle officiel l'estimait la semaine dernière (2022s47) à 57 cas pour 100 000 habitants. Pour une spécificité de 97 % dépister par tests PCR 100 000 habitants aboutirait à annoncer à 3057 personnes qu'elles sont positives (3000 tests faussement positifs et 57 malades) avec des conséquences directes pour 88 % des testés et indirectes pour le reste de la population à laquelle la propagande annoncerait une incidence de 3057 pour 100 000.

## Les faux positifs sont responsables de dommages individuels et sociétaux importants<sup>16</sup>

### Pour l'individu

**Complications sanitaires** lors de tests effectués avant des procédures ou des chirurgies électorives : annulation ou report inutile du traitement ou lors d'admissions urgentes à l'hôpital<sup>17</sup> : exposition potentielle à une infection suivant une mauvaise voie en milieu hospitalier en tant que patient hospitalisé. Mais aussi : **pertes financières** liées à la mise autoritaire en quarantaine ou à l'auto-isolément, aux pertes de revenus et aux voyages annulés, ou **dommages psychologiques** dus à un diagnostic erroné ou à la peur d'infecter les autres, à l'isolement ou à la stigmatisation.

### Pour la société

**Gaspillage de l'argent public** et des ressources humaines employées pour les tests et la traçabilité, coût des remplacements en milieu de travail, pertes commerciales diverses,  
**Mauvaise performance épidémiologique** : *surestimation de l'incidence* de la



COVID-19 et de l'étendue de l'infection asymptomatique ainsi que le souligne Kumleben <sup>18</sup>

*« Donner de fausses assurances sur lesquelles des décisions personnelles ou sociétales pourraient être fondées pourrait être préjudiciable pour les individus, saper la confiance du public et favoriser de nouvelles épidémies. »* <sup>19</sup> *« Nous démontrons la valeur de la déclaration de la probabilité de résultats faux positifs, de la probabilité de résultats faux négatifs et des coûts pour les patients et les soins de santé. »*

**Performances de diagnostic trompeuses**, pouvant conduire à des décisions d'achat ou d'investissement erronées si un nouveau test montre des performances élevées en identifiant des échantillons de référence négatifs comme positifs (c'est-à-dire, s'agit-il d'un faux positif ou le test montre-t-il une sensibilité plus élevée que les autres tests de comparaison utilisés pour établir la négativité de l'échantillon d'essai ?)

**Mauvaise orientation des politiques** concernant les confinements, les diverses restrictions d'activité et les fermetures d'écoles avec leurs conséquences délétères.

**Augmentation de la dépression et de la violence domestique** (par exemple, en raison du confinement, de l'isolement et de la perte de revenus après un test positif).

Non Mme de Marval, et l'AFP, **les résultats faux positifs ne sont pas rarissimes, mais au contraire de plus en plus nombreux et ont causé des dommages sanitaires et économiques considérables** aux individus et à la société.

Avant d'affirmer une telle contre-vérité, vous auriez dû faire un travail de journaliste défini par Charte mondiale d'éthique des journalistes<sup>20</sup> : enquêter à charge et à décharge, consulter la littérature internationale et interroger ceux qui ont publié des articles démentant vos croyances dans des revues à comité de lecture.

À quelles fins de tels mensonges ?

---

1 Publié le jeudi 3 février 2022 à 16:44

2 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2540558/>

3 Arevalo-Rodriguez I, Buitrago-Garcia D, Simancas-Racines D, Zambrano-Achig P, Del Campo R, Ciapponi A, Sued O, Martinez-García L, Rutjes AW, Low N,

Bossuyt PM, Perez-Molina JA, Zamora J. False-negative results of initial RT-PCR assays for COVID-19: **A systematic review**. *PLoS One*. 2020 Dec 10;15(12):e0242958. doi : 10.1371/journal.pone.0242958. PMID : 33 301 459 ; PMID : PMC7728293.

4 Bullard J, Dust K, Funk D, Strong JE, Alexander D, Garnett L, Boodman C, Bello A, Hedley A, Schiffman Z, Doan K, Bastien N, Li Y, Van Caesele PG, Poliquin G. Predicting Infectious Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 From Diagnostic Samples. *Clin Infect Dis*. 2020 Dec 17;71(10):2663-2666..

5  
<https://www.who.int/fr/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05>

6 Jaafar R, Aherfi S, Wurtz N, Grimaldier C, Van Hoang T, Colson P, Raoult D, La Scola B. Correlation Between 3790 Quantitative Polymerase Chain Reaction-Positives Samples and Positive Cell Cultures, Including 1941 Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Isolates. *Clin Infect Dis*. 2021 Jun 1;72(11):e921. doi : 10.1093/cid/ciaa1491. Erratum in : *Clin Infect Dis*. 2021 Nov 2;73(9):1745. PMID : 32 986 798 ; PMID: PMC7543373.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32986798/>

7 Cao S, Gan Y, Wang C, Bachmann M, Wei S, Gong J, Huang Y, Wang T, Li L, Lu K, Jiang H, Gong Y, Xu H, Shen X, Tian Q, Lv C, Song F, Yin X, Lu Z. Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China. *Nat Commun*. 2020 Nov 20;11(1):5917.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33219229/>

8  
<https://www.globalresearch.ca/fake-science-invalid-data-there-is-no-such-thing-as-a-confirmed-covid-19-case-there-is-no-pandemic/5761960>

9 CDC 2019 Novel Coronavirus (nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel—Instructions for Use (fda.gov)

10 <https://crlisboa.org/wp/juris/processo-n-o1783-20-7t8pdl-l1-3/>

11 Vers le faire-part de décès des tests PCR | FranceSoir

12 Altman DG, Bland JM. Diagnostic tests 2: Predictive values. *BMJ*. 1994 Jul 9;309(6947):102. doi: 10.1136/bmj.309.6947.102. PMID: 8038641; PMID: PMC2540558.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8038641/>

13 Mouliou DS, Gourgoulanis KI. False-positive and false-negative COVID-19 cases: respiratory prevention and management strategies, vaccination, and further perspectives. *Expert Rev Respir Med*. 2021 Aug;15(8):993-1002. doi: 10.1080/17476348.2021.1917389. Epub 2021 Apr 25. PMID: 33896332; PMID: PMC8074645.



14 Han Z, Battaglia F, Terlecky SR. Discharged COVID-19 patients testing positive again for SARS-CoV-2 RNA: A minireview of published studies from China. *J Med Virol*. 2021 Jan;93(1):262-274. doi: 10.1002/jmv.26250. Epub 2020 Oct 7. PMID: 32609390; PMCID: PMC7361580.

15 Hill CJ, Meyer CD, Elrod MG, Capra GG. COVID-19 Preprocedural Testing: What About the False Positives? *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2021 Jul;165(1):3-4. doi: 10.1177/0194599821995109. Epub 2021 Feb 9. PMID: 33560178.

16 Elena Surkova, Vladyslav Nikolayevskyy, Francis Drobniwski False-positive COVID-19 results: hidden problems and costs [www.thelancet.com/respiratory](http://www.thelancet.com/respiratory) Vol 8 December 2020  
<https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600%2820%2930453-7/fulltext>

17 Hill CJ, Meyer CD, Elrod MG, Capra GG. COVID-19 Preprocedural Testing: What About the False Positives? *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2021 Jul;165(1):3-4. doi: 10.1177/0194599821995109. Epub 2021 Feb 9. PMID: 33560178.

18 Kumleben N, Bhopal R, Czepionka T, Gruer L, Kock R, Stebbing J, Stigler FL. Test, test, test for COVID-19 antibodies: the importance of sensitivity, specificity and predictive powers. *Public Health*. 2020 Aug;185:88-90. doi: 10.1016/j.puhe.2020.06.006. Epub 2020 Jun 11. PMID: 32590234; PMCID: PMC7287442.

19 Brooks ZC, Das S. COVID-19 Testing. *Am J Clin Pathol*. 2020 Oct 13;154(5):575-584. doi: 10.1093/ajcp/aqaa141. PMID: 32857119; PMCID: PMC7499482.

20  
<https://www.ifj.org/fr/qui/regles-et-politique/charte-mondiale-dethique-des-journalistes.html>