Mondialisation.ca
Centre de recherche sur la mondialisation

# Fausses données sur le coronavirus, campagne de peur. Propagation de l'infection de la COVID-19

Par Prof Michel Chossudovsky
Mondialisation.ca, 08 avril 2020

Région : États-Unis
Thème: Désinformation médiatique, Nations Unies, Science et médecine
Analyses: COVID-19

**Introduction**

*Ne vous laissez pas induire en erreur par la campagne de peur, qui pointe vers une catastrophe mondiale de coronavirus avec des « prédictions » répétées que des centaines de milliers de personnes vont mourir.*

*Ce sont de grands mensonges. Les évaluations scientifiques des effets de la COVID-19 sur la santé ont été retenues, elles ne font pas les gros titres dans les médias.*

*Alors que la COVID-19 constitue un problème de santé grave, pourquoi est-il l'objet de la peur et de la panique ?*

Selon l'OMS, « les symptômes les plus fréquemment signalés [COV-19] sont la fièvre, la toux sèche et la difficulté à respirer, et **la plupart des patients (80 %) ont souffert de maladies légères**« .

Examinez les titres contradictoires :

**The World Health Organization says those who become infected generally experience mild illness and recover in about two weeks.**

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les personnes infectées souffrent généralement de légers symptômes et guérissent en deux semaines environ.

# Fauci warns coronavirus could kill as many as 200,000 Americans

**Top US infectious disease expert cautions that figure is a 'moving target' that could easily be wrong**

- Coronavirus – live US updates
- Live global updates
- See all our coronavirus coverage

Capture d'écran de The Hill

Fauci estime que le coronavirus pourrait tuer jusqu'à 200 000 Américains

Un grand spécialiste américain des maladies infectieuses met en garde contre le fait de figurer dans une « cible mouvante » qui pourrait facilement se tromper

-coronavirus- mises à jour américaines en direct

-mises à jour globales en direct

– voir toute notre couverture des coronavirus

Santé et science

Selon un haut responsable de la santé américaine, le coronavirus est 10 fois plus « mortel » que la grippe saisonnière.

Selon l'OMS et John Hopkins Medicine (voir ci-dessous), les risques de mourir de la grippe

sont plus élevés que pour la COVID-19.

---

World Health Organization

Health Topics | Countries | Newsroom | Emergencies | About Us

Home / Newsroom / Detail / Up to 650 000 people die of respiratory diseases linked to seasonal flu each year

## Deaths

**COVID-19**: Approximately 65,711 deaths reported worldwide; 8,503 deaths in the U.S., as of Apr. 5, 2020.*

**Flu**: 291,000 to 646,000 deaths worldwide; 12,000 to 61,000 deaths in the U.S. per year.

Source; John Hopkins Medicine

OMS: sujets de santé, pays, salle de presse, urgences, à propos de nous

home/newsroom/detail/ jusqu'à 650 000 personnes meurent chaque année de maladies respiratoires liées à la grippe saisonnière

Décès

COVID-19 : environ 65 711 décès signalés dans le monde entier ; 8 503 décès aux États-Unis, en date du 5 avril 2020

Grippe : 291 000 à 646 000 décès dans le monde ; 12 000 à 61 000 décès par année aux États-Unis

*De plus, les médias ne reconnaissent pas qu'il existe des traitements simples et efficaces pour traiter la COVID-19. En fait, les rapports sur le traitement de la COVID-19 sont supprimés. Et la question de la « récupération » est à peine mentionnée.*

*Des titres et des reportages télévisés persistants. La peur et la panique. Ni l'OMS ni nos gouvernements n'ont pris la peine de nous rassurer.*

Selon le dernier battage médiatique, citant et souvent déformant l'opinion scientifique (CNBC)

# The coronavirus could kill millions of Americans: ‘Do the math,’ CDC advisor says

PUBLISHED THU, MAR 19 2020•9:09 AM EDT

William Feuer
@WILLFOIA

SHARE

> William Feuer @WILLFOIA: Le coronavirus pourrait tuer des millions d’Américains : « Faites le calcul », dit le conseiller du CDC
>
> Publié THU, Mar 19 2020 + 9:09 AM EDT

Les modèles statistiques des groupes de réflexion de Washington prévoient un scénario de dévastation suggérant que « plus d’un million d’Étasuniens pourraient mourir si la nation ne prend pas des mesures rapides pour arrêter sa propagation le plus vite possible ».

> Un modèle des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) suggère qu’entre **160 et 210 millions d’Américains pourraient contracter la maladie en un an.** Sur la base des données de mortalité et de la capacité actuelle des hôpitaux, le nombre de décès selon les scénarios du CDC allait de 200 000 à 1,7 million. (The Hill, 13 mars 2020)

**La vérité cachée: une crise mondiale sans précédent**

*La vérité tacite est que le nouveau coronavirus fournit un prétexte aux puissants intérêts financiers et aux politiciens corrompus pour déclencher dans le monde entier une spirale de chômage de masse, de faillite, d’extrême pauvreté et de désespoir.*

*C’est là le véritable tableau de ce qui se passe. Le « verrouillage de la planète » est un empiètement sur les libertés civiles et le « droit à la vie ». Des économies nationales entières sont en danger. Dans certains pays, la loi martiale a été déclarée.*

*Les petits et moyens capitaux sont censés être éliminés. Le grand capital prévaut. Une concentration massive de la richesse des entreprises est en cours.*

*Un « nouvel ordre mondial » diabolique est en train de se mettre en place, comme le suggère **Henry Kissinger** (avis du WSJ, 3 avril 2020) :*

> *« La pandémie de coronavirus modifiera à jamais l’ordre mondial ».*

*Rappelez-vous la déclaration historique de Kissinger de 1974 : « Le dépeuplement devrait être la plus haute priorité de la politique étrangère américaine envers le Tiers Monde ». (Mémorandum du Conseil national de sécurité de 1974)*

*Cette crise est sans précédent dans l’histoire du monde. Elle déstabilise et détruit la vie des gens dans le monde entier. C’est une « guerre contre l’humanité ».*

*Bien qu'elle soit présentée à l'opinion publique mondiale comme une urgence sanitaire mondiale de l'OMS, ce qui est réellement en jeu, ce sont les mécanismes de la « guerre économique » entretenue par la peur et l'intimidation, avec des conséquences dévastatrices.*

*Les impacts économiques et sociaux dépassent de loin ceux attribués au coronavirus. Voici quelques exemples d'un processus mondial :*

- *Pertes d'emplois et licenciements massifs aux États-Unis, avec plus de 10 millions de travailleurs qui déposent des demandes d'allocations de chômage.*
- *En Inde, un lock-out de 21 jours a déclenché une vague de famine et de désespoir affectant des millions de travailleurs migrants sans abri dans tout le pays. Pas de confinement pour les sans-abri : « trop pauvres pour se payer un repas ».*
- *L'appauvrissement en Amérique latine et en Afrique subsaharienne est indescriptible. Pour de larges secteurs de la population urbaine, les revenus des ménages ont littéralement été anéantis.*
- *En Italie, la déstabilisation de l'industrie du tourisme a entraîné des faillites et une hausse du chômage.*
- *Dans de nombreux pays, les citoyens sont l'objet de violences policières. Au Kenya et en Afrique du Sud, cinq personnes participant à des manifestations contre la fermeture ont été tuées par la police.*

*L'urgence sanitaire mondiale de l'OMS a été déclarée le 30 janvier, alors qu'il y avait 150 cas confirmés en dehors de la Chine. Dès le départ, elle était basée sur un Gros Mensonge.*

*De plus, le moment de l'urgence de l'OMS a coïncidé avec les guerres en cours aux États-Unis ainsi qu'avec l'instabilité financière qui se produisait sur les marchés boursiers du monde entier.*

*Le verrouillage mondial qui engendre la destruction économique mondiale est-il lié de quelque manière que ce soit au programme militaire mondial desÉtats-Unis d'Amérique ?*

> « La pandémie de coronavirus amplifie la brutalité de la politique étrangère américaine »

*Il s'agit d'un processus extrêmement complexe que nous avons examiné en détail au cours des deux derniers mois.* ***Consultez nos archives sur les coronavirus.***

*Pour inverser la tendance, nous devons affronter les mensonges. Et les mensonges sont accablants. Une initiative de contre-propagande est nécessaire.*

*Quand le mensonge devient la vérité, il n'y a pas de retour en arrière.*

**Partie II.**

**La deuxième partie** de cet article se concentrera en grande partie sur les questions suivantes :

- la définition de la COVID-19 et l'évaluation du nombre de « cas confirmés »,
- les risques pour la santé des personnes,

- la façon dont l'épidémie présumée est mesurée et identifiée.

**La propagation de l'infection COVID-19**

*Dans de nombreux pays, dont les États-Unis, il n'existe pas de test de laboratoire précis permettant d'identifier le COVID-19 comme étant la cause d'une infection positive. En attendant, les médias ne se contentent pas de citer des statistiques peu fiables, ils prévoient un scénario catastrophe.*

*Remettons la discussion sur COVID-19 dans son contexte.*

**Qu'est-ce qu'un coronavirus humain** ? « Les coronavirus sont partout ». Ils sont classés comme « la deuxième cause principale de rhume (après les rhinovirus) ». Depuis l'épidémie de SRAS (coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère) de 2003, plusieurs (nouveaux) coronavirus ont été identifiés. Le COVID-19 est classé comme un nouveau ou nouveau coronavirus initialement nommé SARS-CoV-2.

Selon le **Dr Wolfgang Wodarg**, la pneumonie est « régulièrement causée ou accompagnée par des coronavirus ». Et cela a été le cas pendant de nombreuses années avant l'identification du COVID-19 en janvier 2020 :

> **C'est un fait bien connu que dans chaque « vague de grippe », 7 à 15 % des maladies respiratoires aiguës (IRA) sont accompagnées de coronavirus ».**

La COVID-19 appartient à la famille des coronvirus qui déclenchent les rhumes et la grippe saisonnière. Nous aborderons également les tests de laboratoire nécessaires pour estimer les données ainsi que la propagation de la **COVID-19**. L'OMS définit la COVID-19 comme suit :

> « Les symptômes les plus fréquemment signalés [de la COVID-19] comprennent la fièvre, la toux sèche et l'essoufflement, et **la plupart des patients (80 %) ont souffert d'une maladie légère**. Environ 14 % ont souffert d'une maladie grave et 5 % ont été gravement malades. Les premiers rapports suggèrent que la gravité de la maladie est associée à l'âge (>60 ans) et à une maladie co-morbide ». (en se basant largement sur l'évaluation de l'OMS de la COVID-19 en Chine)

Le prestigieux New England Journal of Medicine (NEJM), dans un article intitulé Covid-19 – Navigating the Uncharted, https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2002387 donne la définition suivante :

> **Les conséquences cliniques globales de Covid-19 pourraient finalement s'apparenter davantage à celles d'une grippe saisonnière grave (qui a un taux de létalité d'environ 0,1 %) ou d'une grippe pandémique (semblable à celles de 1957 et 1968)** plutôt qu'à une maladie semblable au SRAS ou au SRASM, qui ont eu des taux de létalité de 9 à 10 % et 36 %, respectivement ».

Ces évaluations confirment que le COVID-19 est apparenté à la grippe saisonnière et à la

pneumonie, classées comme des infections respiratoires contagieuses.

Si les définitions ci-dessus avaient fait la une des journaux, il n'y aurait eu ni crainte ni panique.

**La COVID-19. Tests et collecte de données**

**La pandémie de grippe H1N1 2009. Déjà vu**

Ce n'est pas la première fois qu'une urgence sanitaire mondiale est appelée par l'OMS en liaison étroite avec les grandes entreprises pharmaceutiques.

En 2009, l'OMS a lancé la pandémie de grippe porcine H1N1 en prédisant que « **jusqu'à 2 milliards de personnes pourraient être infectées au cours des deux prochaines années, soit près d'un tiers de la population mondiale**« . (Organisation mondiale de la santé, tel que rapporté par les médias occidentaux, juillet 2009).

Un mois plus tard, le directeur général de l'OMS, **Dr Margaret Chan**, a déclaré que « ***les fabricants de vaccins pourraient produire 4,9 milliards de vaccins contre la grippe pandémique par an*** dans le meilleur des cas »,( Margaret Chan, directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cité par Reuters, 21 juillet 2009)

Tout en créant un climat de peur et d'insécurité, indiquant l'imminence d'une crise mondiale de santé publique, l'OMS a néanmoins reconnu que les symptômes du H1N1 étaient modérés et que « la plupart des gens se remettront de la grippe porcine en une semaine, tout comme ils le feraient des formes de grippe saisonnières » (déclaration de l'OMS, citée dans l'Independent du 22 août 2009).

Et le Conseil des conseillers en science et technologie du président Obama a déclaré avec autorité, « rassurant l'opinion publique » que « la pandémie de H1N1 est une menace sanitaire sérieuse… pour les États-Unis – pas aussi grave que la pandémie de grippe espagnole de 1918 mais pire que l'épidémie de grippe porcine de 1976 ».

**En savoir plus: La peur et la panique se répandent dans tous les États-Unis d'Amérique. Analyse des données COVID-19**

**Fausses données sur le H1N1**

À bien des égards, la pandémie de grippe H1N1 2009 révèle les problèmes de collecte et d'analyse des données auxquels nous sommes actuellement confrontés en ce qui concerne la COVID-19.

Après l'apparition de la grippe porcine H1N1 au Mexique, la collecte de données a été au départ maigre et incomplète, comme le confirment les déclarations officielles. Le Centre de contrôle des maladies (CDC), basé à Atlanta, a reconnu que les données recueillies aux États-Unis étaient des chiffres de **« cas confirmés et probables«** . Il n'y avait cependant pas de répartition entre « confirmé » et « probable ». En fait, seul un faible pourcentage des cas signalés ont été « confirmés » par un test de laboratoire.

Aucune tentative n'a été faite pour améliorer le processus de collecte des données en termes de confirmation en laboratoire. En fait, c'est plutôt le contraire. À la suite de l'annonce d'une pandémie de niveau 6 par le Dr Margaret Chan, l'OMS et les CDC ont décidé

que la collecte de données sur les cas individuels confirmés et probables n'était plus nécessaire pour déterminer la propagation de la grippe porcine. Un mois après l'annonce de la pandémie de niveau 6, l'OMS a interrompu la collecte des « cas confirmés ». Elle n'a pas exigé des pays membres qu'ils envoient les chiffres relatifs aux cas confirmés ou probables. (OMS, Note d'information, 2009)

Sur la base de données incomplètes, maigres et supprimées, l'OMS a néanmoins prédit avec autorité que : « **pas moins de 2 milliards de personnes pourraient être infectées au cours des deux prochaines années, soit près d'un tiers de la population mondiale« .** (Organisation mondiale de la santé, tel que rapporté par les médias occidentaux, juillet 2009).

En 2010, le Dr Margaret Chan et l'OMS ont fait l'objet d'une enquête du Parlement européen :

## PACE to prepare report on the handling of the Swine Flu pandemic

26/01/2010 11:02:52 SOCIAL AFFAIRS, HEALTH AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT

"Are decisions on pandemics taken on the best scientific evidence only?" was the question asked at a January public hearing of PACE's Committee on Social, Health and Family Affairs which looked into the handling of the H1N1 pandemic. The World Health Organisation's flu chief defended his organisation, saying its advice was not improperly influenced by the pharmaceutical industry.

The committee now intends to hold a second public hearing in Paris, with the participation of government officials who dealt with the pandemic. Rapporteur Paul Flynn (United Kingdom, SOC) is also due to visit the WHO's headquarters in Geneva. His report should be available at the end of April, for a possible plenary debate in June.

PACE: L'APCE va préparer un rapport sur la gestion de la pandémie de grippe porcine

26/01/2010 11:02:52 affaires sociales, santé et développement durable

« Les décisions relatives aux pandémies sont-elles prises uniquement sur la base des meilleures preuves scientifiques « , a été la question posée lors d'une audition publique de la commission des affaires sociales, de la santé et de la famille de l'APCE en janvier dernier, qui s'est penchée sur la gestion de la pandémie de H1N1. Le responsable de la grippe de l'Organisation mondiale de la santé a défendu son organisation, affirmant que ses conseils n'avaient pas été influencés de manière inappropriée par l'industrie pharmaceutique.

La commission a maintenant l'intention d'organiser une deuxième audition publique à Paris, avec la participation de responsables gouvernementaux qui ont traité de la pandémie. Le rapporteur Paul Flynn (Royaume-Uni, SOC) doit également se rendre au siège de l'OMS à Genève. Son rapport devrait être

disponible fin avril, pour un éventuel débat en plénière en juin.

**« Cas confirmés » : La méthodologie du CDC (Centre pour le contrôle et la prévention des maladies) aux États-Unis**

La méthodologie des CDC en 2020 est largement similaire (avec des changements mineurs de terminologie) à celle appliquée à la pandémie de grippe H1N1 en 2009. Les « cas probables » ont été remplacés par les « cas présumés ».

**Cas présumés contre cas confirmés**

Selon le CDC, les données présentées pour les États-Unis comprennent les **cas positifs « confirmés » et « présumés »** de COVID-19 signalés au CDC ou testés au CDC depuis le 21 janvier, 2020″.

Les données positives présumées ne confirment pas l'infection par le coronavirus : Les tests présomptifs impliquent « l'analyse chimique d'un **échantillon** qui **établit la possibilité qu'une substance soit présente »** (c'est nous qui soulignons). Mais il ne confirme pas la présence de COVID-19. Le test présumé doit alors être envoyé pour confirmation à un laboratoire de santé publique accrédité. (Pour plus de détails, voir : Michel Chossudovsky, La peur et la panique se propagent à travers les États-Unis. Analyse des données de la COVID-19, Analyse des données COVID-19, 21 mars 2020)

**Comment les données COVID-19 sont-elles comptabilisées?**

Les cas présumés (PC) et confirmés (CC) sont regroupés.  Et le nombre total (PC + CC) constitue la base pour établir les données relatives à l'infection COVID-19. C'est comme si on additionnait des pommes et des oranges. Le chiffre total (PC+CC) classé dans la catégorie « **Total des cas** » n'a aucun sens. Il ne mesure pas une infection COVID-19 positive. Et parmi ces « cas totaux », il y a les « cas guéris ».

Données du CDC pour le 5 avril 2020

CDC Data for April 5, 2020

COVID-19: U.S. at a Glance*†

- Total cases: 304,826
- Total deaths: 7,616
- Jurisdictions reporting cases: 55 (50 states, District of Columbia, Puerto Rico, Guam,  Northern Marianas, and US Virgin Islands)

* Data include both confirmed and presumptive positive cases of COVID-19 reported to CDC or tested at CDC since January 21, 2020, with the exception of testing results for persons repatriated to the United States from Wuhan, China and Japan. State and local public health departments are now testing and publicly reporting their cases. In the event of a discrepancy between CDC cases and cases reported by state and local public health officials, data reported by states should be considered the most up to date.

**COVID-19 : Les États-Unis en un coup d'œil*+.**

-total des cas : 304,826

-total des décès : 7 616

-les juridictions qui signalent des cas :55 (50 États, District de Columbia, Porto Rico, Guam, Mariannes du Nord et îles Vierges américaines

*Les données comprennent les cas positifs confirmés et présumés de COVID-19 signalés aux CDC ou testés aux CDC depuis le 21 janvier 2020, à l'exception des résultats des tests pour les personnes rapatriées aux États-Unis de Wuhan, de Chine et du Japon. Les services de santé publique des États et des collectivités locales effectuent désormais des tests et signalent publiquement leurs cas. En cas de divergence entre les cas du CDC et les cas signalés par les responsables de la santé publique des États et des collectivités locales, les données communiquées par les États doivent être considérées comme les plus récentes.

Mais il y a une autre considération importante : le test de laboratoire requis par le CDC concernant les CC (cas confirmés) est destiné à « confirmer l'infection ». Mais confirme-t-il que l'infection a été causée par la COVID-19 ?

La COVID-19 est un coronavirus qui est associé aux symptômes généraux de la grippe saisonnière et de la pneumonie. Les examens de laboratoire relatifs à la COVID-19 (cas confirmés) sont-ils en mesure d'établir sans équivoque la prévalence d'une infection positive à la COVID-19 ?

Vous trouverez ci-dessous les critères et lignes directrices confirmés par le CDC concernant le « Panel de diagnostic en temps réel par RT-PCR du CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) » (Lire attentivement) :

Les résultats concernent l'identification de l'ARN du 2019-nCoV. **L'ARN du 2019-nCoV** est généralement détectable dans les échantillons des voies respiratoires supérieures et inférieures pendant l'infection. **Des résultats positifs indiquent une infection active par le 2019-nCoV mais n'excluent pas une infection bactérienne ou une co-infection avec d'autres virus. L'agent détecté peut ne pas être la cause précise de la maladie.** Les laboratoires des États-Unis et de ses territoires sont tenus de signaler tous les résultats positifs aux autorités de santé publique compétentes.

**Les résultats négatifs n'excluent pas une infection par le 2019-nCoV et ne doivent pas servir de base unique pour le traitement ou d'autres décisions de prise en charge des patients.** Les résultats négatifs doivent être associés aux observations cliniques, aux antécédents du patient et aux informations épidémiologiques.

Cela suggère qu'une infection positive pourrait être le résultat d'autres virus ainsi que **d'autres coronavirus.** (c'est-à-dire liés à la grippe, influenza, ou à la pneumonie).

En outre, le deuxième paragraphe suggère que les « résultats négatifs » du test de laboratoire n'excluent pas une infection positive par la COVID-19. Mais les « observations cliniques combinées, etc… » ne le font pas non plus.

Ces critères et les lignes directrices du CDC sont contradictoires et inévitablement sujets à erreur. Depuis janvier, ces « résultats positifs » du panel de diagnostic RT-PCR **ne prouvent pas que la COVID-19 est la cause d'une infection positive** pour la COVID-19. (également appelé 2019-nCoV et SARS-CoV-2). (Voir l'annexe ci-dessous).

D’où vient ce biais ?

Divers coronavirus sont présents dans l’échantillon testé. Le test permet-il d’identifier la COVID-19 ?

La COVID-19 a-t-elle été identifiée comme la source d’une infection active, alors que l’infection pourrait être le résultat d’autres virus et/ou bactéries ?

Question importante ?

Les tests effectués aux États-Unis depuis janvier 2020 (portant sur des échantillons des voies respiratoires supérieures et inférieures) **qui confirment une infection due à une ou plusieurs causes ( sans preuve de la COVID-19) sont-ils inscrits dans les banques de données du CDC comme « cas confirmés » de COVID-19 ?**

Comme le souligne le CDC : « L’agent détecté peut ne pas être la cause certaine de la maladie ».

En outre, les « cas présumés » mentionnés plus haut – qui n’impliquent pas l’examen d’un échantillon respiratoire – sont regroupés de manière informelle avec les « cas confirmés » qui sont ensuite classés dans la catégorie « Total des cas ».

Une autre question fondamentale : Qu’est-ce qui est testé ?

Dans la mesure où la COVID-19 et la grippe présentent des symptômes similaires, dans quelle mesure les données relatives à la COVID-19 « recoupent-elles » celles relatives à la grippe virale et à la pneumonie ?

Le test relatif à l’infection active pourrait-il être attribué à la grippe ou à la COVID-19, ou aux deux ?

**Qu’est-ce qui est plus dangereux : la grippe saisonnière ou la COVID-19 ?**

La grippe – qui n’a jamais fait l’objet d’un blocage – apparaît, d’après les données enregistrées sur la mortalité, comme « plus dangereuse » que la COVID-19 ?

Sur la base des chiffres ci-dessous, le taux de mortalité annuel enregistré pour la grippe est sensiblement plus élevé que celui de la COVID-19. (Il s’agit d’une comparaison approximative, étant donné que les données enregistrées concernant la COVID-19 ne sont pas sur une base annuelle).

Les dernières données de l’OMS concernant la COVID-19

(Au niveau mondial, tous pays et territoires confondus) : **40 598 décès (enregistrés jusqu’au 1er avril 2020).**

Les estimations de la mortalité annuelle liée à la **grippe** :

Historiquement de l’ordre de **250 000 à 500 000 par an (au niveau mondial). (OMS).**

Les estimations les plus récentes de l’OMS (2017) :

**290 000 à 650 000 décès dans le monde (par an).**

Article original en anglais :

**COVID-19 Coronavirus "Fake" Pandemic: Timeline and Analysis**

*Traduit par Maya pour Mondialisation.ca.*

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

**ANNEXE (en anglais)**

https://www.fda.gov/media/134922/download

**Note: Two important texts**

**Text of CDC criteria For in Vitro Diagnostic Use**

**Intended Use**

The CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel is a real-time RT-PCR test intended for the qualitative detection of nucleic acid from the 2019-nCoV in upper and lower respiratory specimens (such as nasopharyngeal or oropharyngeal swabs, sputum, lower respiratory tract aspirates, bronchoalveolar lavage, and nasopharyngeal wash/aspirate or nasal aspirate) collected from individuals who meet 2019-nCoV clinical and/or epidemiological criteria (for example, clinical signs and symptoms associated with 2019-nCoV infection, contact with a probable or confirmed 2019-nCoV case, history of travel to geographic locations where 2019-nCoV cases were detected, or other epidemiologic links for which 2019-nCoV testing may be indicated as part of a public health investigation). Testing in the United States is limited to laboratories certified under the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA), 42 U.S.C. § 263a, to perform high complexity tests.

Results are for the identification of 2019-nCoV RNA. The 2019-nCoV RNA is generally detectable in upper and lower respiratory specimens during infection. Positive results are indicative of active infection with 2019-nCoV but do not rule out bacterial infection or co-infection with other viruses. The agent detected may not be the definite cause of disease. Laboratories within the United States and its territories are required to report all positive results to the appropriate public health authorities.

Negative results do not preclude 2019-nCoV infection and should not be used as the sole basis for treatment or other patient management decisions. Negative results must be combined with clinical observations, patient history, and epidemiological information.

Testing with the CDC 2019-nCoV Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel is intended for use by trained laboratory personnel who are proficient in performing real-time RT-PCR assays. The CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel is only for use under a Food and Drug Administration's Emergency Use Authorization.

**Summary and Explanation**

An outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan City, Hubei Province, China was initially reported to WHO on December 31, 2019. Chinese authorities identified a novel coronavirus (2019-nCoV), which has resulted in thousands of confirmed human infections in multiple provinces throughout China and many countries including the United States. Cases of asymptomatic infection, mild illness, severe illness, and some deaths have been reported.

The CDC 2019-nCoV Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel is a molecular in vitro diagnostic test that aids in the detection and diagnosis 2019-nCoV and is based on widely used nucleic acid amplification technology. The product contains oligonucleotide primers and dual-labeled hydrolysis probes (TaqMan®) and control material used in rRT-PCR for the in vitro qualitative detection of 2019-nCoV RNA in respiratory specimens.

The term "qualified laboratories" refers to laboratories in which all users, analysts, and any person reporting results from use of this device should be trained to perform and interpret the results from this procedure by a competent instructor prior to use.

**Principles of the Procedure**

The oligonucleotide primers and probes for detection of 2019-nCoV were selected from regions of the virus nucleocapsid (N) gene. The panel is designed for specific detection of the 2019-nCoV (two primer/probe sets). An additional primer/probe set to detect the human RNase P gene (RP) in control samples and clinical specimens is also included in the panel.

RNA isolated and purified from upper and lower respiratory specimens is reverse transcribed to cDNA and subsequently amplified in the Applied Biosystems 7500 Fast Dx Real-Time PCR Instrument with SDS version 1.4 software. In the process, the probe anneals to a specific target sequence located between the forward and reverse primers. During the extension phase of the PCR cycle, the 5' nuclease activity of Taq polymerase degrades the probe, causing the reporter dye to separate from the quencher dye, generating a fluorescent signal. With each cycle, additional reporter dye molecules are cleaved from their respective probes, increasing the fluorescence intensity. Fluorescence intensity is monitored at each PCR cycle by Applied Biosystems 7500 Fast Dx Real-Time PCR System with SDS version 1.4 software.

Detection of viral RNA not only aids in the diagnosis of illness but also provides epidemiological and surveillance information.

The CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel is a real-time RT-PCR test intended for the qualitative detection of nucleic acid from the 2019-nCoV in upper and lower respiratory specimens (such as nasopharyngeal or oropharyngeal swabs, sputum, lower respiratory tract aspirates, bronchoalveolar lavage, and nasopharyngeal wash/aspirate or nasal aspirate) collected from individuals who meet 2019-nCoV clinical and/or epidemiological criteria (for example, clinical signs and symptoms associated with 2019-nCoV infection, contact with a probable or confirmed 2019-nCoV case, history of travel

to geographic locations where 2019-nCoV cases were detected, or other epidemiologic links for which 2019-nCoV testing may be indicated as part of a public health investigation). Testing in the United States is limited to laboratories certified under the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA), 42 U.S.C. § 263a, to perform high complexity tests.

Results are for the identification of 2019-nCoV RNA. The 2019-nCoV RNA is generally detectable in upper and lower respiratory specimens during infection. Positive results are indicative of active infection with 2019-nCoV but do not rule out bacterial infection or co-infection with other viruses. The agent detected may not be the definite cause of disease. Laboratories within the United States and its territories are required to report all positive results to the appropriate public health authorities.

Negative results do not preclude 2019-nCoV infection and should not be used as the sole basis for treatment or other patient management decisions. Negative results must be combined with clinical observations, patient history, and epidemiological information.

Testing with the CDC 2019-nCoV Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel is intended for use by trained laboratory personnel who are proficient in performing real-time RT-PCR assays. The CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel is only for use under a Food and Drug Administration's Emergency Use Authorization.

**Serology Test for COVID-19**

CDC is working to develop a new laboratory test to assist with efforts to determine how much of the U.S. population has been exposed to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), the virus that causes COVID-19.

The serology test will look for the presence of antibodies, which are specific proteins made in response to infections. Antibodies can be found in the blood and in other tissues of those who are tested after infection. The antibodies detected by this test indicate that a person had an immune response to SARS-CoV-2, whether symptoms developed from infection or the infection was asymptomatic. Antibody test results are important in detecting infections with few or no symptoms.

**Initial work to develop a serology test for SARS-CoV-2 is underway at CDC.** In order to develop the test, CDC needs blood samples from people who had COVID-19 at least 21 days after their symptoms first started. Researchers are currently working to develop the basic parameters for the test, which will be refined as more samples become available. Once the test is developed, CDC will need additional samples to evaluate whether the test works as intended.

La source originale de cet article est Mondialisation.ca
Copyright © Prof Michel Chossudovsky, Mondialisation.ca, 2020

---

*Articles Par :* **Prof Michel**

**Chossudovsky**

## A propos :

Michel Chossudovsky is an award-winning author, Professor of Economics (emeritus) at the University of Ottawa, Founder and Director of the Centre for Research on Globalization (CRG), Montreal, Editor of Global Research. He has taught as visiting professor in Western Europe, Southeast Asia, the Pacific and Latin America. He has served as economic adviser to governments of developing countries and has acted as a consultant for several international organizations. He is the author of eleven books including The Globalization of Poverty and The New World Order (2003), America's "War on Terrorism" (2005), The Global Economic Crisis, The Great Depression of the Twenty-first Century (2009) (Editor), Towards a World War III Scenario: The Dangers of Nuclear War (2011), The Globalization of War, America's Long War against Humanity (2015). He is a contributor to the Encyclopaedia Britannica. His writings have been published in more than twenty languages. In 2014, he was awarded the Gold Medal for Merit of the Republic of Serbia for his writings on NATO's war of aggression against Yugoslavia. He can be reached at crgeditor@yahoo.com Michel Chossudovsky est un auteur primé, professeur d'économie (émérite) à l'Université d'Ottawa, fondateur et directeur du Centre de recherche sur la mondialisation (CRM) de Montréal, rédacteur en chef de Global Research.

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

Le Centre de recherche sur la mondialisation (CRM) accorde la permission de reproduire la version intégrale ou des extraits d'articles du site Mondialisation.ca sur des sites de médias alternatifs. La source de l'article, l'adresse url ainsi qu'un hyperlien vers l'article original du CRM doivent être indiqués. Une note de droit d'auteur (copyright) doit également être indiquée.

Pour publier des articles de Mondialisation.ca en format papier ou autre, y compris les sites Internet commerciaux, contactez: media@globalresearch.ca

Mondialisation.ca contient du matériel protégé par le droit d'auteur, dont le détenteur n'a pas toujours autorisé l'utilisation. Nous mettons ce matériel à la disposition de nos lecteurs en vertu du principe "d'utilisation équitable", dans le but d'améliorer la compréhension des enjeux politiques, économiques et sociaux. Tout le matériel mis en ligne sur ce site est à but non lucratif. Il est mis à la disposition de tous ceux qui s'y intéressent dans le but de faire de la recherche ainsi qu'à des fins éducatives. Si vous désirez utiliser du matériel protégé par le droit d'auteur pour des raisons autres que "l'utilisation équitable", vous devez demander la permission au détenteur du droit d'auteur.

Contact média: media@globalresearch.ca