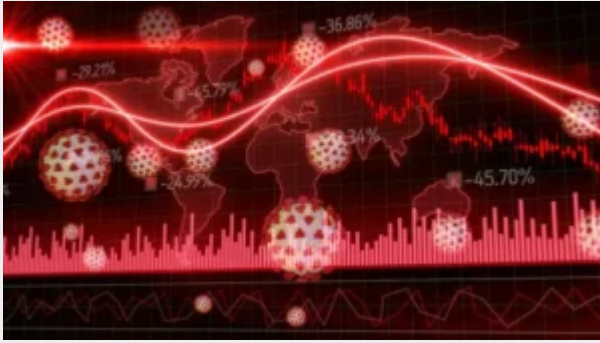


Il n'y a pas eu de pandémie



[Source : denisrancourt.ca via santeglobale.world]

Par Denis G. Rancourt, PhD

C'est radical.

L'essai est basé sur mon témoignage du 17 mai 2023 pour la National Citizens Inquiry (NCI) à Ottawa, Canada, mon livre de 894 pages d'expositions à l'appui de ce témoignage, et nos recherches continues.

Je suis un scientifique et physicien interdisciplinaire accompli, et un ancien professeur titulaire titulaire de physique et chercheur principal, à l'origine à l'Université d'Ottawa.

J'ai rédigé plus de 30 rapports scientifiques pertinents à la COVID, à compter du 18 avril 2020 pour l'Association des libertés civiles de l'Ontario (ocla.ca/covid) et récemment pour une nouvelle société à but non lucratif (correlation-canada.org/research). Présentement, tous mes travaux et entrevues au sujet de la COVID sont documentés sur mon site Web créé pour contourner le barrage de la censure (denisrancourt.ca).

Outre les revues critiques de la science publiée, la principale donnée que mes collaborateurs et moi analysons est la mortalité toutes causes confondues.

La mortalité toutes causes confondues par période (jour, semaine, mois, année, période), par juridiction (pays, état, province, comté) et par caractéristiques individuelles des personnes décédées (âge, sexe, race, logement) est la donnée la plus fiable pour détecter et caractériser épidémiologiquement les événements à l'origine des décès, et pour évaluer l'impact au niveau de la population d'une augmentation ou d'un effondrement des décès, quelle qu'en soit la cause.

Ces données ne sont pas susceptibles d'être biaisées par la déclaration ou par l'attribution des causes de décès. Nous les avons utilisées pour détecter et caractériser la saisonnalité, les vagues de chaleur, les tremblements de terre, les effondrements économiques, les guerres, le vieillissement de la population, le développement sociétal à long terme et les agressions sociétales telles que celles qui se sont produites au cours de la période

COVID, dans de nombreux pays du monde et au cours de l'histoire récente, de 1900 à aujourd'hui.

Fait intéressant, aucune des pandémies de maladies respiratoires virales promues par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) après la Seconde Guerre mondiale (1957-58, « H2N2 » ; 1968, « H3N2 » ; 2009, « H1N1 à nouveau ») peut être détectée dans la mortalité toutes causes confondues de n'importe quel pays. Contrairement à toutes les autres causes de décès dont on sait qu'elles affectent la mortalité, ces soi-disant pandémies n'ont provoqué aucune augmentation détectable de la mortalité, où que ce soit.

Le grand événement de mortalité de 1918, dont on a été convaincu qu'il s'agissait d'une pandémie de maladie respiratoire virale (« H1N1 »), s'est produit avant l'invention des antibiotiques et du microscope électronique, dans des conditions horribles d'assainissement public et de stress économique après la guerre. Les décès de 1918 ont été prouvés par histopathologie du tissu pulmonaire préservé comme ayant été causés par une pneumonie bactérienne. Ceci est démontré dans plusieurs études publiées indépendantes et non contestées.

Mon premier rapport analysant la mortalité toutes causes confondues a été publié le 2 juin 2020, sur Research Gate, sujet à la censure, et s'intitulait « Mortalité toutes causes pendant la COVID-19 – Pas de peste et une signature probable d'homicide de masse par la réponse du gouvernement ». Il a montré que des points chauds de poussées soudaines de la mortalité toutes causes confondues ne se produisaient que dans des endroits spécifiques du monde occidental de l'hémisphère Nord, qui étaient synchrones avec la déclaration de pandémie du 11 mars 2020. Une telle synchronicité est impossible dans le cadre présumé d'une maladie respiratoire virale en propagation, avec ou sans avions, car le temps calculé entre l'ensemencement et la flambée de mortalité dépend fortement des circonstances sociétales locales, de plusieurs mois à plusieurs années. J'ai attribué les décès en excès à des mesures agressives et à des protocoles de traitement hospitalier connus pour avoir été appliqués soudainement à cette époque dans ces localités.

Le travail a été approfondi avec des collaborateurs pendant plusieurs années et se poursuit. Nous avons montré à maintes reprises que la surmortalité refusait le plus souvent de franchir les frontières nationales et les frontières interétatiques. Le virus invisible cible les pauvres et les handicapés et porte un passeport. Il ne tue jamais non plus jusqu'à ce que les gouvernements imposent des transformations socio-économiques et de la structure des soins aux groupes vulnérables au sein de la population nationale.

Voici mes conclusions, à partir de nos études détaillées sur la mortalité toutes causes confondues pendant la période COVID, en combinaison avec des données socio-économiques et de déploiement de vaccins :

1. S'il n'y avait pas eu de propagande ou de coercition pandémique, et que

- les gouvernements et l'establishment médical avaient simplement continué comme si de rien n'était, il n'y aurait pas eu de surmortalité ;
2. Il n'y a pas eu de pandémie causant une surmortalité ;
 3. Les mesures ont provoqué une surmortalité ;
 4. La vaccination contre le COVID-19 a causé une surmortalité.

En ce qui concerne les vaccins, nous avons quantifié de nombreux cas dans lesquels un déploiement rapide d'une dose dans le calendrier de vaccination imposé était synchrone avec un pic par ailleurs inattendu de la mortalité toutes causes confondues, parfois dans le cycle saisonnier et d'une ampleur jamais vue auparavant dans l'enregistrement historique de mortalité.

Nous avons ainsi montré que la campagne de vaccination en Inde a causé la mort de 3,7 millions de résidents fragiles. Dans les pays occidentaux, nous avons quantifié le taux moyen de mortalité tous âges confondus à 1 décès pour 2000 injections, à augmenter de façon exponentielle avec l'âge (doublement tous les 5 ans supplémentaires), jusqu'à atteindre 1 décès pour 100 injections chez les 80 ans et plus. Nous avons estimé que les vaccins avaient tué 13 millions de personnes dans le monde.

Si l'on accepte mes conclusions numérotées ci-dessus et les analyses que nous avons effectuées, alors il y a plusieurs implications sur la façon dont on perçoit la réalité concernant ce qui s'est réellement produit et ne s'est pas produit.

Premièrement, alors que les épidémies d'infections mortelles sont bien réelles dans les maisons de soins, les hôpitaux et les conditions de vie dégradées, le risque de pandémie respiratoire virale promu par l'industrie de la « réponse à la pandémie » dirigée par les États-Unis n'existe pas. Il est très probablement fabriqué et entretenu pour des motifs cachés, autres que le sauvetage de l'humanité.

Deuxièmement, en plus des événements naturels (vagues de chaleur, tremblements de terre, sécheresses prolongées à grande échelle), les événements importants qui affectent négativement la mortalité sont des agressions importantes contre les populations domestiques, affectant les résidents vulnérables, tels que :

- détérioration économique soudaine et dévastatrice (la Grande Dépression, le bol de poussière, la dissolution de l'Union soviétique),
- la guerre (y compris la restructuration des classes sociales),
- l'occupation et l'exploitation impériales ou économiques (y compris l'exploitation à grande échelle des terres), et
- les mesures bien documentées et la destruction appliquées pendant la période COVID.

Sinon, dans une société stable, la mortalité est extrêmement robuste et n'est pas sujette à de grands changements rapides. Il n'y a aucune preuve empirique que des changements importants dans la mortalité peuvent être induits par des apparitions soudaines de nouveaux agents pathogènes. À l'ère contemporaine de l'espèce humaine dominante, l'humanité est son pire ennemi, pas la nature.

Troisièmement, les mesures coercitives imposées pour réduire le risque de transmission (telles que la distanciation, les flèches directionnelles, le confinement, l'isolement, la quarantaine, les barrières en plexiglas, les écrans faciaux et les masques faciaux, les coups de coude, etc.) sont manifestement non scientifiques ; et la préoccupation sous-jacente elle-même concernant la « propagation » n'a jamais été justifiée et est irrationnelle, car il n'y a aucune preuve dans les données fiables sur la mortalité qu'il y ait jamais eu un agent pathogène particulièrement virulent.

En fait, la notion même de « propagation » pendant la période COVID est rigoureusement démentie par les variations temporelles et spatiales de la surmortalité toutes causes confondues, partout où elle est suffisamment quantifiée, dans le monde. Par exemple, le virus présumé qui a tué 1,3 million de résidents pauvres et handicapés des États-Unis n'a pas franchi la frontière terrestre de plus de mille kilomètres avec le Canada, malgré des échanges économiques continus et intenses. De même, le virus présumé qui a causé des points chauds de mortalité synchrones en mars-avril-mai 2020 (comme à New York, dans la région de Madrid, à Londres, à Stockholm et dans le nord de l'Italie) ne s'est pas propagé au-delà de ces points chauds.

Fait intéressant, à cet égard, les variations saisonnières historiques (période de 12 mois) de la mortalité toutes causes confondues, connues depuis plus de 100 ans, sont inversées dans les hémisphères nord et sud du globe et ne montrent aucune preuve de « propagation ». Au lieu de cela, ces modèles, dans un hémisphère donné, montrent des augmentations et des diminutions synchrones de la mortalité dans tout l'hémisphère. Est-ce que le ou les agents causals « en propagation » prendraient toujours exactement 6 mois pour passer dans l'autre hémisphère, où ils provoqueraient à nouveau des changements de mortalité synchrones dans tout l'hémisphère ? De nombreux épidémiologistes ont conclu depuis longtemps que la propagation des maladies respiratoires par « contact » de personne à personne ne peut pas expliquer et est réfutée par les tendances saisonnières de la mortalité toutes causes confondues. Pourquoi le CDC et compagnie ne sont pas systématiquement ridiculisés à cet égard dépasse l'entendement de ce scientifique.

Au lieu de cela, en dehors des conditions de vie extrêmement pauvres, nous devrions nous tourner vers l'ensemble des travaux du professeur Sheldon Cohen et de ses co-auteurs (États-Unis) qui ont établi que deux facteurs dominants contrôlent l'infection des étudiants intentionnellement handicapés et la gravité de la maladie respiratoire quand ils sont infectés :

- le degré de stress psychologique ressenti ;
- le degré d'isolement social.

L'impact négatif du stress psychologique ressenti sur le système immunitaire est un vaste domaine d'étude scientifique actuel et établi, consciencieusement ignoré par les intérêts des vaccins, et nous savons maintenant que ledit impact est considérablement plus important chez les personnes âgées, où la nutrition (écologie du microbiome intestinal) est un cofacteur important.

Bien sûr, je ne veux pas dire qu'il n'existe pas d'agents causals, tels que des bactéries, qui peuvent provoquer une pneumonie ; ni qu'il n'existe pas de concentrations environnementales dangereuses de tels agents causals à proximité d'individus fragiles, comme dans les hôpitaux et sur les mains des cliniciens, notoirement.

Quatrièmement, puisque notre conclusion est qu'il n'y a aucune preuve qu'il y ait eu un agent pathogène particulièrement virulent causant une mortalité excessive, **le débat sur la recherche sur le gain de fonction et une arme biologique échappée n'est pas pertinent.**

Je ne veux pas dire que le ministère de la Défense (DoD) ne finance pas la recherche sur le gain de fonction et les armes biologiques (à l'étranger, en particulier), je ne veux pas dire qu'il n'y a pas beaucoup de brevets américains pour des organismes microbiens génétiquement modifiés ayant des applications militaires potentielles, et je ne veux pas dire qu'il n'y a pas eu auparavant d'évasion ou de libération de vecteurs et d'agents pathogènes d'armes biologiques. Par exemple, la controverse sur la maladie de Lyme aux États-Unis peut être un exemple de fuite d'arme biologique (voir le livre de Kris Newby de 2019 « Bitten: The Secret History of Lyme Disease and Biological Weapons »).

Généralement, pour des raisons évidentes, tout agent pathogène extrêmement virulent ne sera pas également extrêmement contagieux. Il y a des milliards d'années de pressions évolutives cumulatives contre l'existence d'un tel agent pathogène, et ce résultat sera profondément encodé dans toutes les formes de vie.

De plus, il serait suicidaire pour n'importe quel régime de chercher avec véhémence à créer un tel agent pathogène. Les armes biologiques sont destinées à être livrées dans des zones cibles spécifiques, sauf dans la science-fiction où l'immunité contre une arme biologique à la fois extrêmement virulente et extrêmement contagieuse peut être délivrée de manière fiable à sa propre population et à ses soldats.

À mon avis, si la COVID est proche d'être une arme biologique, c'est par sa capacité militaire à déployer massivement et de manière répétée des injections individuelles, qui sont les vecteurs physiques des substances que le régime souhaite injecter de manière sélective dans des populations choisies, tout en imposant une conformité totale jusqu'à son propre corps, sous le couvert de la protection de la santé publique.

C'est le même régime qui pratique des guerres de destruction complète de la

nation et d'anéantissement de la société, sous couvert de répandre la démocratie et les droits des femmes. Et je ne parle pas de la Chine.

Cinquièmement, puisque notre conclusion est qu'il n'y a aucune preuve qu'un agent pathogène particulièrement virulent soit à l'origine de la surmortalité, il n'est pas nécessaire de mettre en place des protocoles de traitement particuliers, au-delà des diagnostics habituels, réfléchis, au cas par cas, suivis de la meilleure approche choisie par le clinicien.

Au lieu de cela, de nouveaux protocoles vicieux ont tué des patients dans des points chauds qui appliquaient ces protocoles au cours des premiers mois de la pandémie déclarée.

Cela a été suivi dans de nombreux États par des mesures sociétales coercitives imposées, qui étaient contraires à la santé individuelle : peur, panique, paranoïa, stress psychologique induit, isolement social, autovictimisation, perte de travail et d'activité bénévole, perte de statut social, perte d'emploi, faillite d'entreprise, perte d'utilité, perte de gardiens, perte de lieux et de mobilité, suppression de la liberté d'expression, etc.

Seule la classe professionnelle a fait mieux, travaillant confortablement à domicile, près de sa famille, tout en étant prise en charge par une armée de services de livraison à domicile spécialisés.

Malheureusement, l'establishment médical ne s'est pas limité à agresser et isoler les patients vulnérables dans les hôpitaux et les établissements de soins. Il a aussi systématiquement retiré les soins normaux et attaqué les médecins qui refusaient de le faire.

Dans pratiquement tout le monde occidental, les prescriptions d'antibiotiques ont été réduites et maintenues à environ 50 % des taux pré-COVID. Cela aurait eu des effets dévastateurs aux USA, notamment, où :

- les propres statistiques du CDC, basées sur les certificats de décès, comptent environ 50 % du million de décès associés au COVID ayant une pneumonie bactérienne comme comorbidité répertoriée (il y a eu une épidémie massive de pneumonie bactérienne aux États-Unis, dont personne n'a parlé) ;
- les États pauvres du Sud ont historiquement des taux de prescription d'antibiotiques beaucoup plus élevés (cela implique une forte sensibilité à la pneumonie bactérienne) ;
- la surmortalité pendant la période COVID est très fortement corrélée ($r = +0,86$) – en fait proportionnelle à – la pauvreté par état.

Sixièmement, puisque notre conclusion est qu'il n'y a aucune preuve qu'il y

avait un agent pathogène particulièrement virulent causant une surmortalité, il n'y avait aucune raison de santé publique de développer et de déployer des vaccins ; pas même si l'on acceptait la proposition tenue selon laquelle n'importe quel vaccin a déjà été efficace contre une maladie respiratoire virale présumée.

Ajoutez à cela que tous les vaccins sont intrinsèquement dangereux et nos quantifications du taux de mortalité par dose de vaccin décrites ci-dessus, et nous devons reconnaître que les vaccins ont contribué de manière significative à la surmortalité partout où ils ont été imposés.

En conclusion, **la surmortalité n'a été causée par aucun nouveau pathogène particulièrement virulent.** La soi-disant réponse COVID était en effet une attaque étatique et iatrogène massive à plusieurs volets contre les populations et contre les structures de soutien de la société, qui a causé toute la surmortalité, dans toutes les juridictions.

Il est maintenant naturel de se demander « qu'est-ce qui a motivé cela ? », « qui en a profité ? » et « quels groupes subissaient des désavantages structurels permanents ? »

À mon avis, l'assaut COVID ne peut être compris que dans les contextes symbiotiques de la géopolitique et des transformations à grande échelle des classes sociales. La domination et l'exploitation en sont les moteurs. L'hégémonie mondiale défaillante centrée sur les États-Unis et ses machinations créent des conditions dangereuses pour pratiquement tout le monde.