

Média alternatif

## Denis Rancourt



## Il n'y a pas eu de pandémie

23 juillet 2023

C'est radical.

Cet essai est basé sur mon témoignage du 17 mai 2023 devant la National Citizens Inquiry (NCI) à Ottawa, au Canada, sur mon livre de 894 pages de pièces à conviction à l'appui de ce témoignage, et sur nos recherches continues.

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

J'ai rédigé plus de 30 rapports scientifiques relatifs à COVID, à partir du 18 avril 2020 pour l'Association des libertés civiles de l'Ontario ([ocla.ca/covid](https://ocla.ca/covid)), et récemment pour une nouvelle société à but non lucratif ([correlation-canada.org/research](https://correlation-canada.org/research)).

Actuellement, tous mes travaux et interviews sur COVID sont documentés sur mon site web créé pour contourner le barrage de la censure ([denisrancourt.ca](https://denisrancourt.ca)).

Outre les examens critiques des publications scientifiques, les principales données que mes collaborateurs et moi-même analysons sont 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 sujettes à des biais de déclaration ou à des biais dans 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.

Il est intéressant de noter qu'aucune des pandémies de maladies respiratoires virales (1957-58, « H2N2 » ; 1968, « H3N2 » ; 2009, « H1N1 à nouveau ») survenues après la Seconde Guerre mondiale et promues par les Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) ne peut être détectée dans la mortalité toutes causes confondues de quelque pays que ce soit.

Contrairement à toutes les autres causes de décès dont on sait qu'elles influencent la mortalité, ces soi-disant pandémies n'ont provoqué aucune augmentation détectable de la mortalité, où que ce soit.



Le grand épisode de mortalité de 1918, qui a été recruté pour être une pandémie de maladie respiratoire virale classique (« H1N1 »), s'est produit avant l'invention des antibiotiques et du microscope électronique, dans des conditions horribles d'hygiène publique et de stress économique de l'après-guerre.

L'histopathologie des tissus pulmonaires conservés a prouvé que les décès de 1918 étaient dus à une pneumonie bactérienne. C'est ce que montrent plusieurs études publiées indépendantes et non contestées.

Mon premier rapport analysant la mortalité toutes causes confondues a été publié le 2 juin 2020 sur le site Research Gate, sujet à la censure, et était intitulé « All-cause mortality during COVID-19 – No plague and a likely signature of mass homicide by government response » (Mortalité toutes causes confondues pendant COVID-19 – Pas de peste et signature probable d'un homicide de masse par réaction du gouvernement).

Il montrait que les points chauds de l'augmentation soudaine de la mortalité toutes causes confondues ne se produisaient que dans des endroits spécifiques de l'hémisphère nord du monde occidental, qui étaient synchronisés avec la déclaration de pandémie du 11 mars 2020.

Une telle synchronisation est impossible dans le cadre présumé d'une maladie respiratoire virale qui se propage, avec ou sans avion, car le temps calculé entre l'ensemencement et la poussée de mortalité dépend fortement des circonstances sociétales locales, de plusieurs mois à plusieurs années.

J'ai attribué la surmortalité aux mesures agressives et aux protocoles de traitement hospitalier dont on sait qu'ils ont été appliqués soudainement à ce moment-là dans ces localités.

Ce travail a été approfondi avec des collaborateurs pendant plusieurs années et se poursuit.

Nous avons montré à plusieurs reprises que la surmortalité refusait le plus souvent de franchir les frontières nationales et interétatiques.

Le virus invisible cible les pauvres et les handicapés et possède un passeport.

Il ne tue pas non plus tant que les gouvernements n'imposent pas de transformations socio-économiques et de structures de soins aux groupes vulnérables de la population nationale.

Voici mes conclusions, tirées de nos études détaillées de la mortalité toutes causes confondues au cours de la période COVID, en combinaison avec les données socio-économiques et les données relatives au déploiement des vaccins :

S'il n'y avait pas eu de propagande ou de coercition sur la pandémie, et si les gouvernements et le corps médical avaient simplement continué à travailler comme d'habitude, il n'y aurait pas eu de surmortalité.

Il n'y a pas eu de pandémie entraînant une surmortalité

Les mesures ont entraîné une surmortalité

La vaccination COVID-19 a entraîné une surmortalité

En ce qui concerne les vaccins, nous avons quantifié de nombreux cas dans lesquels le déploiement rapide d'une dose du calendrier vaccinal imposé était synchrone avec un pic de mortalité toutes causes confondues par ailleurs inattendu, à des moments du cycle saisonnier et d'une ampleur qui n'avaient jamais été observés auparavant dans l'historique de la 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 2 000 injections, qui augmente de manière exponentielle avec l'âge (doublant tous les 5 ans supplémentaires) et atteint 1 décès pour 100 injections chez les personnes âgées de 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 susmentionnées et les analyses que nous avons effectuées, il y a alors plusieurs implications sur la façon dont on perçoit la réalité concernant ce qui s'est réellement passé.



**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 ultérieurs, autres que le sauvetage de l'humanité.

**Deuxièmement**, outre les événements naturels (vagues de chaleur, tremblements de terre, sécheresses prolongées à grande échelle), les événements importants qui ont une incidence négative sur la mortalité sont les attaques de grande envergure contre les populations nationales, qui touchent les résidents vulnérables, comme par exemple :

- une détérioration économique soudaine et dévastatrice (la Grande Dépression, le « dust bowl », la dissolution de l'Union soviétique)
- la guerre (y compris la restructuration des classes sociales).
- l'occupation et l'exploitation impériale ou économique (y compris l'exploitation à grande échelle des terres).
- les mesures et destructions bien documentées appliquées pendant la période COVID.

Par ailleurs, dans une société stable, la mortalité est extrêmement robuste et n'est pas sujette à des changements rapides et importants.

Il n'existe aucune preuve empirique que de grands changements dans la mortalité peuvent être induits par l'apparition soudaine de nouveaux agents pathogènes.

Dans l'ère contemporaine de l'espèce humaine dominante, c'est l'humanité qui est son pire ennemi, et non la nature.

**Troisièmement**, les mesures coercitives imposées pour réduire le risque de transmission (telles que l'éloignement, les flèches de direction, le confinement, l'isolement, la quarantaine, les barrières en plexiglas, les écrans faciaux et les masques, 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, puisqu'il n'y a aucune preuve dans les données de mortalité fiables qu'il y ait jamais eu un agent pathogène particulièrement virulent.

En fait, la notion même de « propagation » au cours de la période COVID est rigoureusement réfutée par les variations temporelles et spatiales de la surmortalité toutes causes confondues, partout où elle est suffisamment quantifiée, dans le monde entier.

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 provoqué des points chauds de mortalité synchronisés 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.

Il est intéressant de noter à cet égard que 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 de la planète et ne montrent aucun signe de « propagation ».

Au contraire, ces modèles, dans un hémisphère donné, montrent des augmentations et des diminutions synchrones de la mortalité dans l'ensemble de l'hémisphère.

Le ou les agents responsables de la « propagation » mettraient-ils toujours exactement six mois pour passer dans l'autre hémisphère, où ils provoqueraient à nouveau des changements de mortalité synchrones dans l'ensemble de l'hémisphère ?

De nombreux épidémiologistes ont conclu depuis longtemps que la propagation des maladies respiratoires par « contact » de personne à personne ne peut expliquer et est réfutée par les schémas saisonniers de la mortalité toutes causes confondues.

La raison pour laquelle les CDC et autres ne sont pas systématiquement ridiculisés à cet égard dépasse l'entendement de ce scientifique.

En dehors des conditions de vie extrêmement médiocres, nous devrions plutôt nous tourner vers l'ensemble des travaux réalisés par le professeur Sheldon Cohen et ses coauteurs (États-Unis), qui ont établi que deux facteurs dominants déterminent l'infection ou non d'étudiants universitaires intentionnellement mis au défi et la gravité de la maladie respiratoire lorsqu'ils sont infectés :

- le degré de stress psychologique subi.
- le degré d'isolement social.

L'impact négatif du stress psychologique subi 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 cet impact est considérablement plus important chez les personnes âgées, pour lesquelles la nutrition (écologie du biome intestinal) est un cofacteur important.

Bien entendu, je ne veux pas dire qu'il n'existe pas d'agents causaux, tels que les bactéries, qui peuvent provoquer une pneumonie, ni qu'il n'y a pas de concentrations environnementales dangereuses de ces agents causaux à proximité des personnes fragiles, comme dans les hôpitaux et sur les mains des cliniciens, de manière notoire.

**Quatrièmement**, puisque notre conclusion est que rien ne prouve qu'un agent pathogène particulièrement virulent ait été à l'origine d'une surmortalité, le débat sur la recherche de gain de fonction et sur une arme biologique échappée n'a pas lieu d'être.



Je ne veux pas dire que le ministère de la défense ne finance pas la recherche sur les gains de fonction et les armes biologiques (notamment à l'étranger), je ne veux pas dire qu'il n'existe pas de nombreux brevets américains sur des organismes microbiens génétiquement modifiés susceptibles d'avoir des applications militaires, et je ne veux pas dire qu'il n'y a pas eu par le passé des fuites ou des disséminations de vecteurs et d'agents pathogènes d'armes biologiques qui ont eu un impact important.

Par exemple, la controverse sur la maladie de Lyme aux États-Unis pourrait être un exemple de fuite d'arme biologique (voir le livre de Kris Newby « Bitten : The Secret History of Lyme Disease and Biological Weapons »).

En règle générale, pour des raisons évidentes, un agent pathogène extrêmement virulent ne sera pas également extrêmement contagieux. Des milliards d'années de pressions évolutives cumulées s'opposent à l'existence d'un tel agent pathogène, et ce résultat sera profondément encodé dans toutes les formes de vie.

En outre, il serait suicidaire pour tout régime de chercher avec véhémence à créer un tel agent pathogène.

Les armes biologiques sont destinées à 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 propres soldats.

À mon avis, si 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 des vecteurs physiques pour toutes les substances que le régime souhaite injecter de manière sélective à 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 ce même régime qui pratique des guerres de destruction totale des nations et d'anéantissement des sociétés, sous couvert de diffusion de la démocratie et des droits de la femme.

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 les points chauds qui ont appliqué ces protocoles au cours des premiers mois de la pandémie déclarée.

Dans de nombreux États, des mesures sociétales coercitives ont ensuite été imposées, contraires à la santé individuelle : peur, panique, paranoïa, stress psychologique induit, isolement social, auto-victimisation, perte de travail et d'activité bénévole, perte de statut social, perte d'emploi, faillite d'entreprise, perte d'utilité, perte de soignants, perte de lieux de rencontre et de mobilité, suppression de la liberté d'expression, etc.

Seule la classe professionnelle s'en sortait mieux, travaillant confortablement à domicile, près de sa famille, tout en bénéficiant d'une armée de services spécialisés de livraison à domicile.

Malheureusement, le corps médical ne s'est pas contenté d'agresser et d'isoler les patients vulnérables dans les hôpitaux et les centres de soins. Il a également retiré systématiquement les soins normaux et attaqué les médecins qui refusaient de le faire.

Dans la quasi-totalité du monde occidental, les prescriptions d'antibiotiques ont été réduites et maintenues à un niveau inférieur d'environ 50 % à ce qu'elles étaient avant la mise en place du COVID. Cela aurait eu des effets dévastateurs aux États-Unis, en particulier, où.. :

- les statistiques du CDC, basées sur les certificats de décès, indiquent qu'environ 50 % du million de décès associés au COVID présentaient une pneumonie bactérienne comme comorbidité (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 (ce qui implique une forte susceptibilité à la pneumonie bactérienne).
- la surmortalité au cours de la période COVID est très fortement corrélée ( $r = +0,86$ ) – en fait proportionnelle – à la pauvreté au niveau de l'État.

**Sixièmement**, 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'y avait aucune raison de santé publique de développer et de déployer des vaccins ; pas même si l'on acceptait la proposition ténue qu'un vaccin ait jamais été efficace contre une maladie respiratoire virale présumée.



Si l'on ajoute à cela le fait que tous les vaccins sont intrinsèquement dangereux et les quantifications des taux de mortalité par dose vaccinale décrites ci-dessus, force est de constater que les vaccins ont contribué de manière significative à la surmortalité partout où ils ont été imposés.

En conclusion, la surmortalité n'a pas été causée par un nouvel agent pathogène particulièrement virulent.

La soi-disant réponse du COVID a été une attaque iatrogène massive et sur plusieurs fronts contre les populations et contre les structures de soutien de la société, qui a causé toute la surmortalité, dans toutes les juridictions.

Il est tout à fait naturel de se demander ce qui a conduit à cette situation, qui en a bénéficié et quels groupes ont subi des désavantages structurels permanents.

À mon avis, l'assaut du 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.

**Denis Rancourt PhD.**

Sur cette chronique, vous pourrez en savoir plus sur moi et trouver mes principaux articles et interviews sur la science, les politiques publiques et la théorie sociale.

J'écris actuellement sur la médecine, COVID-19, la santé individuelle, le changement climatique, la géopolitique, les droits civils, la théorie politique, la sociologie ... et j'ai également écrit plus de 100 articles de revues à comité de lecture dans des domaines techniques de la science et de la technologie.

J'ai obtenu une licence, une maîtrise et un doctorat en physique. J'ai occupé des postes de recherche post-doctorale dans des institutions prestigieuses en France et aux Pays-Bas, avant d'être professeur de physique et scientifique principal à l'Université d'Ottawa pendant 23 ans.

Je suis un plaideur autoreprésenté expérimenté à plusieurs niveaux de juridiction et dans de nombreux tribunaux administratifs, tant en Ontario qu'au Québec.

Je suis chercheur bénévole auprès de l'Association des libertés civiles de l'Ontario (ocla.ca) depuis 2014.

J'espère que vous appréciez le contenu, qui sera publié ici au fil des prochains jours.

–Denis Rancourt PhD.

**PROPULSÉ PAR WORDPRESS.COM.**

