

Hypothèse médicale : Épidémies respiratoires et pandémies sans transmission virale

Denis G. Rancourt*¹ Doctorat

¹Recherche de corrélation dans l'intérêt public ([corrélation-canada.org](https://correlation-canada.org))

* denis.rancourt@gmail.com

Ce rapport de corrélation est publié simultanément sur plusieurs sites Web, notamment :

<https://correlation-canada.org/research/> <https://denisrancourt.ca/> <https://denisrancourt.substack.com/> https://archive.org/details/@dgr_legal_docs

Tous les rapports de corrélation sont ici : <https://correlation-canada.org/research/>

Citation : Rancourt, DG. Hypothèse médicale : Épidémies et pandémies respiratoires sans transmission virale. CORRELATION Research in the Public Interest, Rapport, 02 décembre 2024. <https://correlation-canada.org/respiratory-epidemics-without-viral-transmission/>

Résumé

La mortalité toutes causes confondues spatiotemporelle (résolution temporelle hebdomadaire, >100 juridictions) pendant la période Covid (la période de pandémie déclarée, 2020-2023) réfute l'hypothèse selon laquelle les décès excédentaires auraient pu être causés par la propagation de la contagion d'un nouveau virus ou de ses variantes postulées (Rancourt et al., 2024).

Quelle est donc la cause des 31 millions de décès excédentaires estimés dans le monde (Rancourt et al., 2024) ?

Dans cet article, je présente systématiquement de nombreuses facettes (sur la base de la littérature scientifique existante) de mon hypothèse globale selon laquelle la pandémie de mortalité de la période Covid était une pandémie de pneumonies bactériennes auto-infectées sans transmission induites par le stress biologique (au sens du chercheur médical Hans Selye, qui inclut le stress psychologique) découlant des mandats, mesures, soi-disant réponses et agressions médicales coordonnés et à grande échelle, y compris les tests, les biais diagnostiques, l'isolement, le refus de traitement (en particulier les antibiotiques pour la pneumonie), la ventilation mécanique, la sédation, les traitements expérimentaux et inappropriés et la vaccination.

Les pneumonies bactériennes auto-infectées sans transmission sont généralement fréquentes dans le contexte gériatrique, où elles sont connues sous le nom de pneumonie par aspiration. Les pneumonies sans transmission ne reposent pas sur une transmission interhumaine ou une contagion, mais sont plutôt associées au microbiome des voies respiratoires stressé ou agressé.

Ma contribution est de montrer que la probabilité de pneumonies mortelles sans transmission chez les personnes âgées et les personnes atteintes de comorbidités augmente considérablement avec les changements environnementaux ou les agressions qui provoquent un stress biologique, et de décrire plusieurs mécanismes. Mon hypothèse est que ce phénomène proposé est largement suffisant pour provoquer des épidémies, des pandémies et une mortalité saisonnière, ciblant toujours les personnes fragiles et malades, et que le Covid était exactement un cas de ce type, entièrement causé par les institutions et les gouvernements.

Table des matières

Résumé.....	1
1 Présentation.....	3
2 Un phénomène épidémiologique à expliquer.....	6
3 Quelles sont les causes possibles et quelles sont les causes qui peuvent être exclues ?	7
3.1 Cause principale de décès par rapport aux maladies ou affections associées	8

3.2 Affections respiratoires inférées dans les décès contribuant à la surmortalité toutes causes confondues pendant la période Covid	10
3.3 Principales causes de décès dans la surmortalité toutes causes confondues pendant la période Covid15	
3.3.1 Exclusion : le SRAS-CoV-2 comme cause principale de décès	15
3.3.2 Hypothèse : Stress soudain et extraordinaire dû aux mandats et mesures.....	16
3.3.3 Hypothèse : Stress biologique individuel amplifié collectivement	20
3.3.4 Hypothèse : Agressions causées par des interventions médicales extraordinaires autres que la vaccination contre la COVID-19	21
3.3.5 Hypothèse : Agressions par la vaccination contre la COVID-19	22
3.3.6 Hypothèse : Agressions causées par les campagnes et les mesures associées dans le temps et dans l'espace aux déploiements du vaccin contre la COVID-19.....	30
3.3.7 Discerner les principales causes des agressions liées à la vaccination contre la COVID-19 et à son déploiement	32
3.3.8 Hypothèse : L'augmentation des facteurs de stress entraîne une augmentation des infections respiratoires microbiennes spontanées (pneumonie par aspiration)	33
3.3.9 Hypothèse : Auto-infection respiratoire microbienne spontanée (pneumonie spontanée) sans aspiration.....	38
3.4 Une pandémie de pneumonie bactérienne sans transmission est-elle possible ?	38
3.5 Un agent pathogène viral respiratoire provoquant une pandémie a-t-il déjà existé ?	41
4 Conclusion.....	44
Remerciements	46
Références.....	46

1 Introduction

Le paradigme dominant (promu par l'industrie) d'une pandémie est celui d'un nouvel agent pathogène virulent qui apparaît de manière aléatoire ou intentionnelle et se propage d'une personne à une autre dans de nombreux endroits, provoquant la mort. Le dernier rebondissement est que ledit nouvel agent pathogène engendre immédiatement des variantes génétiques de lui-même, provoquant des pandémies en cascade successives sur les mêmes territoires visités par l'agent pathogène parent.

La solution à long terme avancée par l'industrie et les gouvernements consiste à vacciner constamment des populations entières, de manière répétée, pour renforcer l'immunité et faire face aux nouveaux variants.

Le résultat final de la dépendance permanente des États-Unis à l'égard des campagnes de vaccination contre le Covid-19 ressemble à un racket de protection. Le coût annuel de ces vaccinations continues sur fonds publics pendant la période du Covid (2020-2023) était comparable aux ventes d'armes des États-Unis à ses soi-disant alliés.

En fait, la théorie de la propagation du nouveau virus à l'origine de la pandémie déclarée de Covid est réfutée par une grande quantité de données spatiotemporelles sur la mortalité toutes causes confondues, avec une résolution hebdomadaire dans des centaines de juridictions (3.3.1).

Quelles sont alors les causes de l'important excès de mortalité toutes causes confondues dans le monde pendant la période Covid (31 millions de décès excédentaires dans le monde, Rancourt et al., 2024), et quelles sont généralement les causes des pandémies ?

Je montre ici que les connaissances scientifiques actuelles et croissantes publiées dans les revues de premier plan reconnaissent le phénomène répandu de la pneumonie bactérienne spontanée sans transmission. La pneumonie bactérienne auto-infectée ne repose pas sur une transmission interhumaine, mais est plutôt associée au microbiome des voies respiratoires stressé ou agressé. Cela est lié au domaine de la médecine connu sous le nom de pneumonie par aspiration, et une telle auto-infection est cohérente avec l'épidémiologie de la tuberculose.

Le phénomène de pneumonie par aspiration prévalente, quelque peu cloisonné à la médecine gériatrique, est confirmé par des méthodes microbiennes classiques et est renforcé par des études génomiques du microbiome des voies respiratoires. Il en ressort un tableau dans lequel le stress et les agressions peuvent provoquer un déséquilibre rapide et délétère du microbiome des voies respiratoires, qui est mortel chez les personnes âgées ou chez les personnes présentant des comorbidités.

Cela ne signifie pas que la transmission de la pneumonie bactérienne n'est pas un phénomène réel ; seulement qu'elle n'est pas nécessaire pour produire des épidémies ou des pandémies survenant en réponse à un stress biologique imposé et à des agressions environnementales ou médicales généralisées.

Mon hypothèse dans cet article est de développer de nombreuses facettes par lesquelles il est raisonnable de conclure que la pandémie de mortalité de la période Covid 2020-2023 a été mal diagnostiquée et qu'il s'agissait d'une pandémie de pneumonies bactériennes sans transmission induite par le stress biologique (qui comprend le stress psychologique) des mandats, mesures, soi-disant réponses et agressions médicales coordonnés et à grande échelle, y compris les tests, les biais diagnostiques, l'isolement, le refus de traitement (en particulier les antibiotiques pour la pneumonie), la ventilation mécanique, la sédation, les traitements expérimentaux et inappropriés et la vaccination. Des arguments convaincants dans ce sens ont déjà été avancés par Rancourt et al. (2021a) sur la base de données américaines.

Je soutiens que ce même cadre est cohérent avec ce que l'on sait de toutes les pandémies de l'histoire, qui ont toujours été accompagnées d'épisodes de grande ampleur, d'agressions environnementales et sociétales, généralisées aux microbiomes et aux parasites de la peau et du tube digestif. Le cœur de mon hypothèse explique également les schémas saisonniers synchrones de forte mortalité hivernale, observés quantitativement depuis plus d'un siècle.

L'idée selon laquelle les épidémies, les pandémies et la mortalité saisonnière sont dues à des facteurs environnementaux et sanitaires (souvent évoqués en termes de théorie du terrain versus théorie des germes) plutôt qu'à la contagion n'est pas nouvelle. En fait, elle est aussi ancienne que l'épidémiologie elle-même (« constitutions épidémiques de l'atmosphère », Sydenham, 1676). Ma contribution ici consiste à postuler les mécanismes de production de maladies à l'interface entre l'environnement total de l'individu (ou champ total, au sens de la psychologie comportementale, Lewin, 1951) et le corps, mécanismes qui impliquent les microbiomes et les parasites d'une personne.

La section 2 décrit les données empiriques qui contraignent les interprétations et les hypothèses. La section 3 présente les nombreuses facettes de mon hypothèse. La section 4 est une conclusion.

Les chercheurs de CORRELATION et moi-même ainsi que nos collaborateurs continuons à participer à un vaste programme de recherche sur la mortalité toutes causes confondues et ses associations avec divers facteurs :

<https://correlation-canada.org/research/>

2 Un phénomène épidémiologique à expliquer

Voici une description d'un phénomène particulier qui me motive à avancer des hypothèses sur une ou plusieurs de ses causes contributives et à éliminer d'autres causes potentielles :

- I. Un pic de surmortalité toutes causes confondues survient en même temps que la déclaration de pandémie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) le 11 mars 2020, dans de nombreuses juridictions nationales et infranationales (en particulier dans l'hémisphère nord).
- II. Le pic de surmortalité toutes causes confondues (nominalement de mars à mai 2020) ne se produit pas dans de nombreuses juridictions (la plupart), y compris dans l'hémisphère nord.
- III. Aucun pic similaire n'a été observé avant le 11 mars 2020 et il n'y a pratiquement pas de surmortalité toutes causes confondues détectée avant le 11 mars 2020 environ (sur de nombreuses années de données, dans > 100 pays).
- IV. L'ampleur du pic de surmortalité toutes causes confondues, normalisée en fonction de la population juridictionnelle, est très hétérogène selon les juridictions dans lesquelles elle se produit, et elle est souvent nulle (c'est-à-dire non détectée).
- V. Il existe des preuves contraires de la propagation spatiotemporelle de la surmortalité dans ces pics. Tous ces pics se produisent essentiellement au même moment, indépendamment de leur ampleur différente (normalisée par la population juridictionnelle). Ces pics de surmortalité toutes causes confondues ne traversent pas les frontières juridictionnelles, ne s'étendent pas à de nouvelles régions géographiques et ne présentent pas systématiquement de fronts ascendants décalés dans le temps à mesure que l'on s'éloigne des centres les plus forts de ces pics de grande ampleur.

- VI. Une forte hétérogénéité entre les juridictions quant à l'ampleur du pic en question se produit également lorsque ce pic est normalisé par la mortalité de base attendue ou historique sous le pic (c'est-à-dire lorsqu'il est exprimé sous forme de score P), au lieu de par population territoriale. Étant donné que la surmortalité selon le score P est mesurée par rapport au taux de mortalité de base intrinsèque (par période) dans la juridiction, les pics exprimés sous forme de scores P incluent tous les facteurs affectant normalement la mortalité, tels que la structure par âge et l'état de santé antérieur. La mortalité selon le score P est ainsi ajustée en fonction de l'âge et de l'état de santé.
- VII. Les taux de mortalité normaux sont généralement exponentiels avec l'âge. De même, la mortalité au cours de ce pic concerne principalement la population âgée.
- VIII. Les pics les plus intenses, lorsqu'ils se produisent, se produisent dans les régions urbaines à forte pauvreté et à forte densité de population. Cependant, par exemple, ce pic est pratiquement absent des pays d'Europe de l'Est.
- IX. La surmortalité toutes causes confondues dans le pic susmentionné, dans les cas bien documentés, est quantitativement égale ou étroitement liée au nombre de décès respiratoires comptabilisés, attribués comme décès dus à la COVID-19, au cours de la même période, dans la juridiction donnée.

Le phénomène décrit ci-dessus est bien documenté dans de nombreux rapports scientifiques, comme dans les travaux approfondis réalisés par moi-même et mes collaborateurs (Hickey et al., en préparation ; Johnson et Rancourt, 2022 ; Rancourt, 2020, 2022 ; Rancourt et al., 2020, 2021a, 2021b, 2022a, 2022b, 2022c, 2023a, 2023b, 2024 ; Rancourt et Hickey, 2023) (et dans les références qui y figurent).

3 Quelles sont les causes possibles et quelles sont les causes qui peuvent être exclues ?

Dans cette section, je décris ma compréhension actuelle des causes de décès pour expliquer la surmortalité pendant la période Covid, en présentant des hypothèses qui sont soit réfutées (3.3.1) soit cohérentes (3.3.2, 3.3.3, 3.3.4, 3.3.5, 3.3.6, 3.3.8, 3.3.9) avec la surmortalité toutes causes confondues observée (telle que celle décrite dans la section 2).

Ce faisant, j'adopte, j'adapte et j'augmente la discussion de 18 pages sur la mortalité toutes causes confondues en période de Covid-19 de la section 5.12 de Rancourt et al. (2024). Une grande partie du texte est tirée directement de Rancourt et al. (2024), et répétée en raison de sa pertinence et de son importance, et pour créer une image cohérente.

En particulier, suivant Rancourt et al. (2024), je fais une distinction importante (section 3.1) entre :

- une cause principale de décès, et
- une cause associée ou proximale de décès.

Sans cette distinction fondamentale entre les causes primaires et proximales de décès, le sujet est, à mon avis, trop imprécis pour produire des informations utiles.

3.1 Cause principale de décès par rapport aux maladies associées ou conditions

« Certaines maladies ont des causes spécifiques, qui sont l'action directe de certains agents pathogènes particuliers, comme les microbes, les poisons ou les blessures physiques. De nombreuses autres maladies ne sont pas causées par un facteur particulier, mais par la réaction de l'organisme à une situation inhabituelle. »

- Hans Selye (Selye, 1956 ; p. 179)

Compte tenu de la difficulté identifiée par Selye, dans notre analyse, je fais (avec Rancourt et al., 2024) une distinction entre une « cause principale de décès » (circonstances ou facteurs de stress ou agressions de haut niveau hiérarchique qui entraînent une mort précoce ou accélérée, quel que soit le mécanisme) et les « maladies ou affections associées signalées au décès », par exemple, sur un certificat de décès clinique (causes proximales ou cliniques de décès dans les derniers instants, impliquant des défaillances ou des arrêts d'organes et de systèmes d'organes).

Par exemple, hypothétiquement, l'infection par un agent pathogène mortel spécifique pourrait être une cause principale de décès, où les décès, chez différents individus, pourraient être associés de manière concomitante à des conditions génériques telles que « infection respiratoire » et « insuffisance cardiaque », et à des sous-catégories de ces conditions.

Dans d'autres exemples :

- Un poison provoque une insuffisance cardiaque. La cause principale du décès est alors le poison.
- Un poison affaiblit les défenses de l'organisme, ce qui entraîne une infection intestinale massive et d'éventuelles défaillances respiratoires et cardiaques. La cause principale de la mort est alors le poison.
- Le stress biologique chronique provoque un effondrement de la résistance de l'organisme au stress biologique en phase d'épuisement, et la mort s'ensuit (Selye, 1956). La cause principale du décès est alors celle qui a provoqué le stress biologique chronique en question, qui peut être spécifique.
- Le stress psychologique chronique provoque une immunosuppression, ce qui favorise une infection respiratoire grave due aux microbes ambiants et à la pollution de l'air, suivie de la mort. La cause principale du décès est alors celle qui a provoqué ledit stress psychologique chronique, qui peut être spécifique.
- Une personne est gravement malade pour une raison quelconque, voire en train de mourir. Une intervention médicale accélère la mort et la personne décède prématurément. La cause principale du décès est alors l'intervention médicale.

Cette distinction entre les causes primaires et proximales de décès correspond parfaitement à la conclusion importante de Link et Phelan (1995) qui affirment :

« Nous soutenons que les facteurs sociaux tels que le statut socioéconomique et le soutien social sont probablement des « causes fondamentales » de la maladie qui, parce qu'ils incarnent l'accès à des ressources importantes, affectent de multiples résultats de la maladie par le biais de multiples mécanismes et maintiennent par conséquent une association avec la maladie même lorsque les mécanismes intermédiaires changent. »

3.2 Affections respiratoires présumées dans les décès

contribuant à la surmortalité toutes causes confondues pendant la période de la Covid

Avant de suggérer des causes principales probables ou possibles des décès contribuant à la surmortalité toutes causes confondues, il est pertinent de considérer si un syndrome, une maladie ou une affection dominante, sur la base des symptômes et affections signalés avant le décès, peut être déduit comme étant associé à la totalité ou à la majeure partie de la surmortalité toutes causes confondues pendant la période Covid.

Dans les bases de données de haute qualité des États-Unis, il existe une correspondance étroite entre la mortalité hebdomadaire déclarée par COVID-19 et la mortalité excédentaire hebdomadaire toutes causes confondues, au cours de la période Covid (2020-2022), y compris avant et pendant le déploiement des vaccins (CDC, 2023).

Dans la mesure où l'attribution du décès par COVID-19 représente une affection respiratoire grave au moment du décès, et compte tenu de la correspondance temporelle hebdomadaire complexe de la mortalité par COVID-19 signalée et de la mortalité excédentaire toutes causes confondues sur une période allant jusqu'à 3 ans dans les données américaines, cela constitue une preuve solide que les infections respiratoires étaient principalement (pratiquement entièrement) associées à la mortalité excédentaire toutes causes confondues.

Rancourt et al. (2021a) ont montré cela en détail, jusqu'en 2021 (leurs figures 34a à 34i). Ils ont également souligné que plus de la moitié des décès attribués à la COVID-19 pourraient inclure une pneumonie bactérienne concomitante potentiellement mortelle, selon les tableaux des certificats de décès des CDC, et que les prescriptions d'antibiotiques ont été considérablement réduites au cours de la même période. Rancourt et al. (2021a) ont conclu :

« Enfin, notre examen des mécanismes plausibles de la mortalité exceptionnellement élevée de l'ère COVID aux États-Unis, compte tenu de toutes nos observations empiriques, nous amène à postuler que la COVID-19 peut être en grande partie une pneumonie bactérienne mal diagnostiquée (en utilisant un test PCR défectueux : Borger et al., 2021 ; et voir Ginsburg et Klugman, 2020), que la pneumonie bactérienne correctement attribuée elle-même n'est en grande partie pas traitée, tandis que les antibiotiques (et l'ivermectine) sont retirés, dans des circonstances où de grandes populations de personnes vulnérables et

« Les résidents vulnérables ont un système immunitaire affaibli par le stress psychologique chronique induit par les perturbations socio-économiques à grande échelle (« réponse COVID »), et les États-Unis ont ainsi, à l'ère du COVID, recréé les conditions qui ont produit la terrible épidémie de pneumonie bactérienne de 1918 (Morens et al., 2008) (Chien et al., 2009) (Sheng et al., 2011). »

Aux fins de la présente étude, ces résultats (CDC, 2023 ; Rancourt et al., 2021a) impliquent que la quasi-totalité de la mortalité excédentaire toutes causes confondues pendant la période de la Covid est associée à des infections ou affections respiratoires potentiellement mortelles, plutôt qu'à d'autres affections telles que le cancer, le suicide, les surdoses de drogue, l'homicide, les interventions médicales retardées et les accidents.

Comme souligné ci-dessus (section 3.1), une association dominante à une maladie ou à un état est distincte de la question de la « cause principale de décès ».

Il convient de noter que la maladie ou affection respiratoire dominante proposée et apparente pendant la période de la Covid est liée à une surmortalité toutes causes confondues et n'exclut pas les causes primaires spécifiques de décès chez les individus conduisant à des affections principales associées au décès autres que des infections ou affections respiratoires. De tels cas pourraient produire une mortalité importante, trop faible pour être détectée comme une contribution discernable à la mortalité toutes causes confondues. Un exemple pourrait être l'insuffisance cardiaque due à une myocardite induite par le vaccin COVID-19, dans laquelle la cause principale est le vaccin. Un autre exemple pourrait être l'immunodéficience induite permettant le cancer. Dans les deux exemples, les associations accrues au moment du décès pourraient être confirmées par observation clinique ou autopsie, tout en étant trop faibles pour être reconnues comme des caractéristiques dans les données sur la mortalité toutes causes confondues.

La proposition selon laquelle les infections ou affections respiratoires constituent l'association dominante (ou une cause dominante) avec (et non la cause principale de) la mortalité excessive toutes causes confondues pendant la période Covid est en outre étayée par des éléments de preuve supplémentaires.

- (Déjà décrit ci-dessus : Correspondance temporelle hebdomadaire complexe des données déclarées sur la mortalité due au COVID-19 et la surmortalité toutes causes confondues jusqu'à 3 ans pendant la période Covid aux États-Unis.)

- Correspondance temporelle hebdomadaire complexe de la mortalité due à la COVID-19 et de la surmortalité toutes causes confondues déclarées pour le pic de mars à mai 2020 (le pic de la section 2) au Canada et dans les provinces canadiennes (Rancourt et al., en préparation).
- Les infections respiratoires sont une cause majeure de décès reconnue à tous les âges, tant historiquement qu'actuellement, ce qui est cohérent avec la vulnérabilité intrinsèque des poumons et le rythme inévitable de respiration constante (et d'aspiration, voir section 3.3.8).
- Le ratio médian de la surmortalité toutes causes confondues par rapport à la mortalité déclarée due à la COVID-19 au cours de la période Covid (2020-2022) pour une centaine de pays est de 1,55 (Rancourt et al., 2024), ce qui n'est pas très différent de 1.
- De nombreux décès sont survenus à la suite de traitements hospitaliers agressifs précoces pour des problèmes respiratoires, tels que des respirateurs mécaniques, des doses expérimentales toxiques de médicaments et des cocktails mortels de médicaments palliatifs (mars-mai 2020, pic de la section 2) (par exemple, Bailey et Köhnlein, 2020 ; Chaillot, 2024, leur chapitre 6 ; Menage, 2021 ; Rancourt, 2020, 2023a ; Richardson et al., 2020 ; Roedl et al., 2021 ; Torjesen, 2021 ; Watts et al., 2021).
- Le système VAERS de déclaration des effets indésirables contient de nombreuses infections post-vaccinales dites COVID-19 (par exemple, Hickey et Rancourt, 2022, leurs figures S3(a) et S4(a)).
- Les infections post-vaccinales à la COVID-19 sont courantes et sont généralement plus fréquentes et plus graves après plusieurs doses de vaccin contre la COVID-19 (1ère dose, 2ème dose, rappel) (Amer et al., 2024, leur tableau 6).

De plus, d'un point de vue mécaniste, toutes les formes de pneumonie bactérienne ont été déraisonnablement négligées et laissées sans traitement pendant la période Covid (Rancourt et al., 2021a).

En particulier, à titre d'exemple, la tuberculose (TB) est une catégorie de pneumonies bactériennes anciennes, très répandue et mortelle, qui est l'une des principales causes immédiates de décès dans le monde et qui est clairement liée à des facteurs sociaux et économiques, en particulier aux conditions de vie des ménages ou de résidence.

Dans leur section 5.4, Rancourt et al. (2024) ont établi un lien entre une discontinuité de la mortalité entre les pays d'Europe de l'Est et de l'Ouest pendant la période Covid et la prévalence de la tuberculose active après la période pré-Covid des années 1990, comme indicateur ou proxy de grandes différences socio-économiques.

La transmission apparente de la tuberculose, des personnes infectées aux membres du ménage, est bien établie (par exemple, Chapman et Dyerly, 1964), de sorte que la transmission dans les hôpitaux, les maisons de retraite et les prisons est attendue et qu'une prévalence et une incidence élevées sont démontrées (Baussano et al., 2010 ; Joshi et al., 2006). Turner et al. (2017) présentent une étude récente des mécanismes de transmission potentiels.

La transmission aérienne de la tuberculose a été définitivement démontrée, des humains infectés aux cobayes et aux souris de laboratoire dans des locaux intérieurs fermés conçus pour partager le même air (Dharmadhikari et al., 2011 ; Plumlee et al., 2021 ; Riley et al., 1959). Les animaux étaient vraisemblablement soumis à un stress biologique dû aux conditions de laboratoire.

On estime qu'un tiers de la population mondiale est infectée par l'agent pathogène de la tuberculose, que 9 à 14 millions de cas actifs confirmés surviennent chaque année et qu'il y a environ 1,2 million de décès confirmés par tuberculose par an dans la période récente (Bagcchi, 2023 ; Dattani et al., 2023 ; Dye et al., 1999 ; O'Garra et al., 2013).

On estime qu'il pourrait y avoir jusqu'à 10 fois plus de cas de tuberculose pathologique active que les chiffres examinés ci-dessus, non confirmés par des tests bactériologiques (par exemple, Houben et al., 2022), ce qui représenterait environ 100 millions de cas actifs chaque année.

Par conséquent, il semble que la coexistence évolutive et omniprésente de l'humanité avec la tuberculose représente un vaste réservoir de maladies respiratoires potentielles prêtes à entrer sur la scène mondiale chaque fois que des événements de masse suppriment l'immunité (sections 3.3 et 3.4), sans compter la multitude d'autres pneumonies bactériennes, fongiques et co-infectieuses répandues (Dietert et al., 2017 ; Jacobs et al., 2015 ; Liu et al., 2023 ; Paquette et al., 2024 ; Torres et al., 2021).

En conclusion, il est plausible que la quasi-totalité ou la majeure partie de la surmortalité toutes causes confondues pendant la période de la Covid soit associée à des infections ou affections respiratoires. C'est probablement le cas aux États-Unis, qui sont un grand pays avec des populations diverses d'individus vulnérables, vivant dans des conditions socio-économiques, institutionnelles, climatiques et environnementales diverses. C'est également vrai pour le pic de mars-mai 2020 (dit pic de la section 2) au Canada (Rancourt et al., en préparation). Il n'existe aucune preuve contraire que ce ne serait pas également le cas dans d'autres pays (Rancourt et al., 2024).

Par conséquent, les principales causes de décès dans la surmortalité toutes causes confondues pendant la période Covid (section 3.3) devraient être cohérentes avec ce résultat de prévalence des maladies respiratoires, en tant que cause proximale ou associée.

Concernant le pathogène microscopique particulier responsable des affections respiratoires proximales : on ne peut voir que ce que l'on cherche (si le test est fiable), et on ne peut pas voir ce que l'on ne cherche pas. Les hypothèses médicales du présent article (sections 3.3 et 3.4) fournissent davantage de coupables bactériens possibles que ceux mentionnés ci-dessus (dans cette section 3.2).

Une situation similaire semble s'appliquer à la pandémie de 1918, dans laquelle pratiquement toute la surmortalité était associée à des affections respiratoires ou à des infections (confirmées par autopsie comme étant une pneumonie bactérienne : Chien et al., 2009 ; Morens et al., 2008 ; Sheng et al., 2011), alors que la principale cause de décès dans la surmortalité toutes causes confondues aurait été les conditions imposées par la Première Guerre mondiale (Bailey et al., 2024), dans les circonstances d'ajustement socioéconomique de l'après-guerre, avec une forte association avec la pauvreté (Mamelund, 2006 ; Mamelund et al., 2021), dans le contexte d'un trafic massif de drogues illicites d'opium, de morphine et d'héroïne (littéralement des tonnes de drogues) aux États-Unis et dans les pays européens après la Première Guerre mondiale, dirigé par des sociétés pharmaceutiques de premier plan telles que Hoffman-La Roche à grand profit (Braithwaite, 1984 ; Gøtzsche, 2013).

3.3 Principales causes de décès dans la surmortalité toutes causes confondues au cours la période du Covid

3.3.1 Exclusion : le SRAS-CoV-2 comme cause principale de décès

L'hypothèse d'un pathogène respiratoire viral spécifique à propagation provoquant une surmortalité toutes causes confondues pendant la période Covid (2020-2022) est contraire et réfutée par deux principales observations directes :

- je. Elle est incompatible avec la grande hétérogénéité d'un pays à l'autre du taux de mortalité toutes causes confondues ajusté en fonction de l'âge et de la fragilité (score P) (par exemple, Rancourt et al., 2024, leurs sections 5.5 et 5.7 ; et voir COVID-19 Forecasting Team, 2022, concernant l'hétérogénéité de l'IFR).
- ii. Elle est incompatible avec la répartition spatiotemporelle des décès d'un pays à l'autre, y compris le phénomène de non-franchissement des frontières nationales. Il n'existe aucune preuve de propagation, seulement des agressions locales (par pays) et ponctuelles qui n'évoluent pas géotemporellement (par exemple, Rancourt et al., 2024, leurs sections 4.11, 4.12 et 5.6).

Ces incompatibilités fondamentales ont déjà été signalées (Rancourt, 2020, 2022 ; Rancourt et al., 2020, 2021a, 2021b, 2022a, 2022b, 2023a, 2023b, 2024). Par exemple, en Inde, aucune surmortalité toutes causes confondues n'a été détectée jusqu'au lancement du vaccin en mars 2021 (Rancourt, 2022).

Ces incompatibilités fondamentales, bien que déjà prouvées, sont corroborées dans une étude spatiotemporelle à haute résolution spatiale à l'échelle hémisphérique réalisée par Hickey et al. (en préparation) et pour le Canada (Rancourt et al., en préparation).

Il est également très peu probable que les pics fréquemment observés (dans tous les pays et de manière répétée) de mortalité excessive toutes causes confondues après le début ou la fin des campagnes de vaccination contre la COVID-19, y compris les rappels, soient dus à de nouveaux variants à potentiel pandémique, pour lesquels aucune immunité croisée n'a été obtenue (après plus d'un ou deux ans de vaccination).

déclarée pandémie et généralement plus d'un an de vaccination universelle). Par exemple, des hypothèses spécifiques de nouveaux variants préoccupants — correspondant à des coïncidences extraordinaires suivant des déploiements rapides de vaccins — auraient été fabriquées dans les cas de l'Inde (Rancourt, 2022) et de l'Australie (Rancourt et al., 2022a).

Outre qu'elle est strictement incompatible avec des observations définitives et répétées, l'hypothèse du SRAS-CoV-2 (ou l'hypothèse d'un quelconque virus respiratoire spécifique responsable d'une pandémie) comme cause principale (section 3.1) de décès pendant la période Covid n'est pas nécessaire pour expliquer une quelconque caractéristique de la mortalité toutes causes confondues dans aucun des pays étudiés.

Les hypothèses plus immédiates de stress biologique, d'interventions médicales et de vaccination suffisent largement :

- Il y avait un stress biologique (y compris psychologique), induit par des mandats agressifs et bouleversants.
- Il y a eu des interventions médicales mortelles (y compris le refus de traitement) et des réactions excessives dirigées par des messages institutionnels et propulsées par des intérêts personnels managériaux et professionnels.
- Il y a eu une soi-disant réponse internationale coordonnée et une campagne mondiale de vaccination avec de multiples déploiements, poussée et protégée par les forces agressives de l'establishment et de l'industrie (Bergman, 2024 ; Homburg, 2024 ; Kennedy, 2021 ; Von, 2022).
- La mortalité toutes causes confondues est un enregistrement des conséquences.

3.3.2 Hypothèse : Stress soudain et extraordinaire dû aux mandats et mesures

Il serait difficile de surestimer l'importance du stress biologique (qui inclut le stress psychologique) dans la cause de la mort, quel que soit le mécanisme.

Selye (1956) a défini le stress biologique et a réalisé une revue encyclopédique et systématique des nombreux facteurs de stress étudiés dans la littérature scientifique jusqu'en 1976 (Selye, 1976a). Les conséquences physiologiques fatales du stress biologique chronique sont connues et largement étudiées depuis leur découverte initiale (Selye, 1936, 1956, 1976a ; Szabo et al., 2017).

Bien que fondamentale, la ligne de recherche de Selye n'a pas (Selye, 1976b) et n'a généralement pas (Szabo et al., 2017) inclus deux facteurs primordiaux (voir Rancourt, 2023b) :

- je. Le rôle de la hiérarchie de domination sociale, dans les sociétés humaines et animales, en tant que source structurelle et principale de facteurs de stress complexes, situationnels et dépendants du temps (agression de domination) qui déterminent principalement la santé et la longévité d'un individu (dépendant du statut social).
- ii. La dépendance de l'adaptation biologique au stress et de l'échec (effondrement) de l'adaptation biologique au stress dépend non seulement du fait que le stress biologique soit aigu (épisodique) ou chronique (constant), et non seulement de la façon dont le stress est vécu par l'individu en particulier, mais aussi et surtout de la séquence temporelle des facteurs de stress agissant d'intensités variables, c'est-à-dire de leur spectre temps-type-intensité, qui peut avoir des composantes à la fois régulières et chaotiques.

Plus généralement, comme on le sait maintenant, la santé et la survie des individus parmi les animaux sociaux, et les primates en particulier, sont principalement déterminées par la position et le rôle de l'individu dans la hiérarchie de dominance, en relation avec la physiologie et la biochimie de l'agression de dominance (Sapolsky, 2005), y compris via les infections respiratoires (Cohen et al.). L'irrationalité ou le caractère aléatoire des actes d'agression de domination joue un rôle important, via les mécanismes de réponse au stress, et amplifie les dommages causés aux individus subordonnés (Silk, 2002).

Ensemble, ces études (par exemple, Selye, Sapolsky, Cohen, Silk) montrent que le stress biologique à médiation sociale et environnementale est un déterminant majeur de la mort et de la survie. Cela est facilement admis pour les animaux non humains. Cependant, la littérature scientifique médicale actuelle évite généralement d'admettre la prévalence de cette brutalité chez les humains.

sociétés, et tend plutôt à se concentrer sur des questions aseptisées d'immunologie et de stress psychologique individuel.

Du point de vue du système immunitaire, le stress psychologique ordinaire a à lui seul un impact significatif sur la réponse immunitaire, et la psychoneuroimmunologie est un vaste domaine de recherche (Ader et Cohen, 1993 ; Dhabhar, 2009, 2014). Le stress psychologique à lui seul est probablement à l'origine de nombreuses maladies variées et courantes (Cohen et al., 2007 ; Morey et al., 2015). Le stress psychologique et l'isolement social sont fortement associés aux infections respiratoires, notamment au rhume, et augmentent à la fois la fréquence et la gravité de l'infection (Cohen et al., 1991, 1997a, 1997b). Parallèlement, l'impact de l'âge augmente la vulnérabilité au stress (Morey et al., 2015 ; Prenderville et al., 2015). « L'activité immunosuppressive augmente avec le vieillissement », car le système immunitaire est « remodelé » (Salminen, 2022). L'adversité précoce, les diagnostics cliniques et d'autres facteurs ont également un impact sur la vulnérabilité au stress (Morey et al., 2015 ; Rancourt et al., 2024, leurs sections 5.4 et 5.10). Certains aspects du stress psychologique dans le contexte de la période de la Covid ont été examinés par Peters et al. (2021).

Concernant les facteurs de stress agissant aux États-Unis pendant la période Covid, et leur dépendance au statut social, Rancourt et al. (2021a) résument ainsi :

« Il n'est donc pas difficile d'imaginer que les perturbations socioéconomiques massives de l'ère COVID auraient provoqué un stress psychologique chronique excessif et amplifié le stress hiérarchique de domination, principalement contre ceux qui sont déjà au bas de la hiérarchie de domination sociétale et qui ont le moins de moyens de s'adapter à des circonstances radicalement nouvelles. Les nouvelles circonstances comprennent : la perte de sources de revenus, à la fois légitimes et illégales, l'isolement social accru, les impositions hiérarchiques accrues, la propagande de peur constante, de sévères restrictions de mobilité, la fermeture des espaces publics et des espaces publics d'entreprise précédemment utilisés, l'application de la loi et l'intimidation contre les rassemblements privés ou informels, le harcèlement contre ceux qui n'acceptent pas joyeusement la « nouvelle réalité » et l'augmentation des agressions de la part d'individus tout aussi stressés. Les moyens manquants pour s'adapter comprendraient : un salaire et des salaires non perturbés

« La possibilité de travailler à domicile, les moyens de rester connecté via Zoom (par des applications de visioconférence), de grandes maisons confortables et climatisées, les moyens d'enseigner aux enfants à domicile dans un environnement adapté, des installations à proximité pour faire de l'exercice en extérieur, des installations privées pour faire de l'exercice physique, des achats sans être dérangés par livraison à domicile, une automédication sans être dérangée, un accès continu aux soins de santé, etc. »

Enfin, une étude récente sur de jeunes souris est particulièrement pertinente. Li et al. (2023) ont découvert que des souris soumises à un seul épisode de stress de contention et d'immobilisation (séances uniques de stress de confinement de 5 à 20 heures) souffraient d'une immunosuppression sévère, plus importante et différente de celle des autres facteurs de stress courants en laboratoire (froid, biochimique). Les souris soumises à un stress comportemental ne pouvaient pas se défendre efficacement contre une exposition intraveineuse à des bactéries et présentaient également une mort importante des cellules macrophages de la rate, parmi plusieurs autres observations biochimiques corroborantes.

Cette étude chez la souris (Li et al., 2023) suggère, sur une base mécaniste, que le confinement et l'isolement chez l'homme peuvent avoir un effet négatif significatif sur la sensibilité aux infections, ce qui est cohérent avec les observations sur le terrain d'étudiants universitaires (Cohen et al., 1991, 1997b) et de primates non humains (Cohen et al., 1997a).

Pour une société humaine confinée, le confinement obligatoire universel à son domicile (ou dans une chambre dans une maison de retraite), par exemple, consistera en réalité en des intensités de confinement très différentes selon la classe sociale et les moyens financiers, pour des raisons évidentes.

Concernant les effets délétères de l'immobilité et du confinement sur la santé, il n'est pas anodin de souligner que :

- Être relié à un respirateur mécanique ou simplement maintenu dans un poste de soins intensifs (USI) sont des immobilisations extrêmes qui ne sont pas sans rappeler celles imposées aux souris dans l'étude de Li et al. (2023), mais de plus longue durée sur des individus particulièrement fragiles.
- Contrairement aux attentes des soignants, le repos au lit ordonné par un médecin n'est pratiquement jamais bénéfique pour les patients malades ou en convalescence. Selon Allen et al. (1999) :

« Dans 15 essais examinant le repos au lit comme traitement principal, aucun résultat n'a été amélioré de manière significative et neuf se sont aggravés de manière significative pour certaines pathologies (lombalgie aiguë, travail, hypertension protéinurique pendant la grossesse, infarctus du myocarde et hépatite infectieuse aiguë). »

- De même, une faible mobilité imposée et un repos au lit médicalement recommandé sont toujours nocif pour les patients âgés. Selon Brown et al. (2004) :

« Conclusion : la faible mobilité et l'alitement sont fréquents chez les patients âgés hospitalisés et constituent des facteurs prédictifs importants d'effets indésirables. Cette étude a démontré que les effets indésirables associés à la faible mobilité et à l'alitement peuvent être considérés comme des événements iatrogènes entraînant des complications, telles qu'un déclin fonctionnel. »

Je conclus cette sous-section (avec Rancourt et al., 2024) avec l'hypothèse que les mandats et mesures de la période Covid ont été une cause principale (section 3.1) de décès contribuant de manière significative à la surmortalité toutes causes confondues mesurée. Voir : (Rancourt et al., 2021a, 2021b) (Rancourt et al., 2022b, leur figure encadrée dans leur conclusion).

3.3.3 Hypothèse : Stress biologique individuel amplifié collectivement

Les considérations ci-dessus (section 3.3.2) sur les causes du stress biologique dans le contexte de la Covid incluent uniquement l'influence unidirectionnelle « facteur(s) de stress → stress individuel ». Cependant, dans les circonstances de la période de la Covid, il doit certainement y avoir aussi une transmission sociale non linéaire et une amplification du stress biologique (qui comprend le stress psychologique) et de la peur chez l'individu, vraisemblablement médiatisée (et généralement non atténuée) par les médias de masse et les messages du gouvernement et des professionnels de la santé.

Je dirais que dans le contexte de pandémie déclarée et de réponse à la pandémie massive de la période Covid, nous devons admettre l'importance probable de la transmission sociale et de l'amplification sociale positive du stress biologique (qui comprend le stress psychologique) et de la peur. Les réponses hormonales et cérébrales connues au stress permettraient mécaniquement ladite transmission sociale et ladite amplification sociale positive (Rodrigues et al., 2009).

Le stress physiologiquement détecté dans les collectifs animaux est scientifiquement établi (Brandl et al., 2022) et il est compatible avec l'hypothèse d'une amplification sociale positive du stress biologique et de la peur.

Lorsque le stress biologique de l'individu peut résulter ou être accru par une transmission sociale non linéaire et une amplification par rétroaction positive médiatisées par la communication de masse, alors les conséquences épidémiologiques, y compris la surmortalité, peuvent être soudaines dans une population donnée et synchrones dans des centres de population dispersés.

3.3.4 Hypothèse : Agressions causées par des interventions médicales extraordinaires autres que la vaccination contre la COVID-19

Il existe de nombreuses preuves que les interventions médicales (y compris le refus de traitement) autres que la vaccination contre la COVID-19 ont provoqué des décès prématurés pendant la période de la Covid, qui ne seraient survenus autrement que plus tard (par exemple, Rancourt, 2020, 2023a ; Rancourt et al., 2021a, 2022b, 2023a, 2024, et les références qui y figurent).

À cet égard, nous devons adopter une perspective fondée sur des preuves selon laquelle, même en temps ordinaire, la médecine elle-même est l'une des principales causes de préjudice et de décès (Gøtzsche, 2012, 2016 ; Makary et Daniel, 2016 ; Panagioti et al., 2019 ; et les références qui y figurent).

Lesdits traitements médicaux comprendraient :

- refus coordonné d'antibiotiques ou d'ivermectine contre la pneumonie bactérienne
- utilisation systématique de ventilateurs mécaniques et des médicaments associés
- protocoles de traitement expérimentaux (hydroxychloroquine à forte dose, HCQ)
- nouveaux protocoles de médication palliative et psychologique, surdoses (ex. midazolam) (Marliot et al., 2020; Sy, 2024)
- isolement des personnes vulnérables dans des structures médicales ou institutionnelles
- refus d'accès aux soins intensifs et aux installations de gestion des maladies
- refus de services médicaux à domicile et en milieu communautaire
- accidents liés à des tests agressifs

- accidents et infections dus à la réduction du personnel soignant dans les maisons de retraite
- encouragé l'aide médicale à mourir volontaire ou involontaire (Marliot et al., 2020; Menage, 2021; Sy, 2024)
- augmentation de la prévalence des erreurs médicales en raison de la déclaration de pandémie

Le pic de mortalité toutes causes confondues observé entre mars et mai 2020 (section 2) (article 20-3, section 4.2 dans Rancourt et al., 2024), en particulier, est difficile à expliquer en l'absence d'interventions médicales (Rancourt, 2020, 2023a). Voir également : Bailey et Köhnlein, 2020 ; Chaillot, 2024 (leur chapitre 6) ; Richardson et al., 2020 ; Roedl et al., 2021 ; Torjesen, 2021 ; Watts et al., 2021.

Je conclus (avec Rancourt et al.) cette sous-section (3.3.4) avec l'hypothèse que les interventions médicales (autres que la vaccination contre la COVID-19, y compris le refus de traitement) étaient une cause principale (section 3.1) de décès contribuant de manière significative à la surmortalité toutes causes confondues mesurée.

Cette hypothèse d'une intervention médicale comme cause principale de décès n'est pas invalidée par le contexte de stress biologique qui aurait caractérisé la période Covid, puisque les interventions médicales pertinentes ont accéléré les décès qui autrement ne seraient survenus que plus tard.

3.3.5 Hypothèse : Agressions liées à la vaccination contre la COVID-19

Rancourt (2022) et Rancourt et al. (2022a, 2023a, 2023b, 2024) ont montré de nombreux exemples de fortes associations temporelles entre les déploiements rapides du vaccin contre la COVID-19 et les pics de mortalité excessive toutes causes confondues, dans plus de 100 pays et États, y compris dans les données stratifiées par âge.

Des preuves mondiales montrant que la vaccination contre la COVID-19 est associée à une augmentation de la mortalité toutes causes confondues, plutôt qu'à une réduction de la mortalité, sont mises en évidence par Rancourt et al. (2024, leur section 5.11).

Dans cette étude portant sur 125 pays, Rancourt et al. (2024, leur annexe B) ont observé les associations spécifiques suivantes entre les déploiements de vaccins contre la COVID-19 et les pics ou les augmentations de la mortalité excessive toutes causes confondues :

je. 30 % des pays (37 sur 124) n'ont détecté aucune surmortalité toutes causes confondues en 2020, et ce seulement plus tard, lorsque les vaccins seront déployés

- 124 pays disposaient de données suffisantes sur la mortalité toutes causes confondues (les données du Cap-Vert étaient trop bruyantes) pour déterminer si la surmortalité toutes causes confondues avait commencé après la fin de 2020, après l'introduction des vaccins.
- Français Sur ces 124 pays, 37 pays (30 % des pays) n'avaient pas de surmortalité toutes causes confondues détectable en 2020. Pendant au moins les neuf premiers mois de la pandémie déclarée (déclarée le 11 mars 2020), ces 37 pays n'avaient pratiquement pas de surmortalité toutes causes confondues mesurable : Antigua-et-Barbuda, Australie, Barbade, Bermudes, Brunei, Cuba, Îles Féroé, Finlande, Guyane française, Polynésie française, Gibraltar, Groenland, Hong Kong, Islande, Jamaïque, Japon, Macao, Malaisie, Martinique, Maurice, Monaco, Mongolie, Namibie, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Norvège, Philippines, La Réunion, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Seychelles, Singapour, Corée du Sud, Suriname, Taïwan, Thaïlande et Uruguay.
- A cette liste de 37 pays (Rancourt et al., 2024), on peut ajouter l'Inde (Rancourt, 2022).
- Tous ces 37 + 1 pays présentent des premiers pics ou augmentations de la surmortalité toutes causes confondues (si présente) survenant seulement après le début de la vaccination, ou plus tard lorsque la majeure partie des injections a été administrée et que des doses supplémentaires (de rappel) sont déployées (Rancourt et al., 2024 ; Rancourt, 2022).

ii. 100 % des pays (110 pays disposant de données de vaccination suffisantes) montrent des associations variées entre les déploiements de vaccins et la surmortalité

- 110 pays sur les 125 étudiés par Rancourt et al. (2024) disposaient de données suffisantes (données de vaccination et de mortalité, qui ne sont pas trop bruyantes) pour permettre de déterminer les associations temporelles.
- Français Il y avait des associations significatives entre les déploiements du vaccin contre la COVID-19 et les pics ou les augmentations de la surmortalité toutes causes confondues dans l'ensemble des 110 pays (100 % des pays) disposant de données suffisantes (Rancourt et al., 2024, leur annexe B) : Albanie, Argentine, Arménie, Aruba, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Bahamas, Barbade, Belgique, Belize, Bermudes, Bolivie, Bosnie, Brésil, Brunei, Bulgarie, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Croatie, Cuba, Chypre, Tchéquie, Danemark, République dominicaine, Équateur, Égypte, Estonie, Îles Féroé, Finlande, France, Guyane française, Polynésie française, Géorgie, Allemagne, Gibraltar, Grèce, Guadeloupe, Guatemala, Hong Kong, Hongrie, Islande, Iran, Irlande, Israël, Italie, Jamaïque, Japon, Jordanie, Kazakhstan, Koweït, Lettonie, Liban, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macao, Malaisie, Maldives, Malte, Maurice, Mexique, Moldavie, Monaco, Mongolie, Monténégro, Namibie, Pays-Bas, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Nicaragua, Macédoine du Nord, Norvège, Oman, Palestine, Paraguay, Pérou, Philippines, Pologne, Portugal, Porto Rico, Qatar, Roumanie, Russie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Serbie, Seychelles, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Afrique du Sud, Corée du Sud, Espagne, Suriname, Suède, Suisse, Taïwan, Tadjikistan, Thaïlande, Tunisie, Turquie, Ukraine, Émirats arabes unis, Royaume-Uni, États-Unis, Uruguay et Ouzbékistan.

iii. 97 % des pays (113 sur 116) présentent un pic de mortalité excédentaire toutes causes confondues fin 2021/début 2022, temporellement associé aux campagnes de rappel

- Sur les 125 pays étudiés par Rancourt et al. (2024), 116 disposaient de données suffisantes et de qualité suffisante pour établir la présence de la « caractéristique 22-0 », un pic de surmortalité important ou statistiquement évident qui survient dans le mois suivant le 1er janvier 2022 (section 4.5). Sur ces 116 pays, 113 pays présentaient la caractéristique 22-0 dans leur surmortalité toutes causes confondues

données (leur section 4.5). Les 3 autres pays n'ont pas présenté de manière mesurable la caractéristique 22-0 (Italie, Macao, Taiwan).

- Par conséquent, 113 des 116 pays (97 % des pays) présentent un pic de surmortalité toutes causes confondues dans le mois suivant le 1er janvier 2022 (caractéristique 22-0, Rancourt et al., 2024, leur section 4.5), ce qui coïncide avec (immédiatement après) le moment où de nombreuses doses de rappel ont été déployées de manière synchrone à l'échelle mondiale.

Les déploiements de rappel sont reconnus comme des pics dans l'administration globale (toutes doses) du vaccin contre la COVID-19 (par exemple, Rancourt et al., 2023a).

- Français Les 113 pays présentant des caractéristiques discernables de 22-0 dans la surmortalité toutes causes confondues étaient (Rancourt et al., 2024, leur annexe B) : Albanie, Andorre, Argentine, Arménie, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Bahamas, Barbade, Belgique, Belize, Bermudes, Bolivie, Bosnie, Brésil, Brunei, Bulgarie, Cap-Vert, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Croatie, Cuba, Chypre, Tchéquie, Danemark, République dominicaine, Équateur, Égypte, Estonie, Îles Féroé, Finlande, France, Guyane française, Polynésie française, Géorgie, Allemagne, Grèce, Guadeloupe, Guatemala, Hong Kong, Hongrie, Islande, Iran, Irlande, Israël, Jamaïque, Japon, Jordanie, Kazakhstan, Kosovo, Koweït, Kirghizistan, Lettonie, Liban, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malaisie, Maldives, Malte, Martinique, Maurice, Mayotte, Mexique, Moldavie, Monaco, Mongolie, Monténégro, Namibie, Pays-Bas, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Nicaragua, Macédoine du Nord, Norvège, Oman, Palestine, Panama, Paraguay, Pérou, Philippines, Pologne, Portugal, Porto Rico, Qatar, Réunion, Roumanie, Russie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Saint-Marin, Serbie, Seychelles, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Afrique du Sud, Corée du Sud, Espagne, Suriname, Suède, Suisse, Tadjikistan, Thaïlande, Transnistrie, Tunisie, Turquie, Ukraine, Royaume-Uni, États-Unis et Uruguay.
- Parmi ces 113 pays présentant des caractéristiques discernables de 22-0 en matière de surmortalité toutes causes confondues, certaines des associations les plus frappantes entre un pic de déploiement du vaccin et la caractéristique de 20-2 se produisent pour les 12 pays (Rancourt et al., 2024) : Australie (et voir : Rancourt et al., 2022a, 2023a, 2023b), Autriche, Tchéquie,

Hong Kong, Hongrie, Pologne, Qatar, Roumanie, Russie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Slovaquie et Ukraine.

iv. 64 % des pays (50 sur 78) affichent un pic marqué de mortalité excessive toutes causes confondues fin 2022/début 2023, temporellement associé aux campagnes de rappel

- Il y avait 78 des 125 pays de l'étude de Rancourt et al. (2024) qui disposaient de données suffisantes et de qualité suffisante pour établir la présence de la « caractéristique 23-0 », un pic de surmortalité important ou statistiquement évident qui survient dans un délai d'un mois environ après le 1er janvier 2023, moins de 5 mois avant la déclaration du 5 mai 2023 de la fin de la pandémie déclarée (leur section 4.4).
- Parmi ces 78 pays disposant de données suffisantes, 50 pays présentaient la caractéristique 23-0 (leur section 4.4) dans leurs données sur la surmortalité toutes causes confondues. Ces 50 pays étaient (Rancourt et al., 2024, leur annexe B) : Autriche, Belgique, Canada, Chili, Croatie, Chypre, Tchéquie, Danemark, Équateur, Estonie, Finlande, France, Guyane française, Allemagne, Grèce, Guatemala, Hong Kong, Hongrie, Islande, Irlande, Italie, Japon, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Macao, Moldavie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Paraguay, Pologne, Portugal, Porto Rico, Qatar, Russie, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Afrique du Sud, Corée du Sud, Espagne, Suède, Suisse, Taïwan, Thaïlande, Tunisie, Turquie, Royaume-Uni et États-Unis.
- Les 28 autres pays sur les 78 disposant de données suffisantes ne présentaient pas de manière mesurable la caractéristique 23-0 (Rancourt et al., 2024, leur section 4.4). Ces 28 pays étaient : Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bosnie, Colombie, Égypte, Îles Féroé, Géorgie, Guadeloupe, Kazakhstan, Kosovo, Kirghizistan, Malaisie, Martinique, Mayotte, Mexique, Mongolie, Monténégro, Macédoine du Nord, Oman, Philippines, Réunion. , Serbie, Uruguay, Bulgarie, Maurice, Nouvelle-Calédonie et Roumanie.
- Par conséquent, 50 des 78 pays (64 % des pays) ont affiché un pic de mortalité toutes causes confondues dans le mois suivant le 1er janvier 2023 (caractéristique 23-0, Rancourt et al., 2024, leur section 4.4), ce qui coïncide avec (immédiatement après) le moment où de nombreuses doses de rappel ont été déployées de manière synchrone à l'échelle mondiale, en

la dernière campagne de rappel avant la déclaration de la fin de la pandémie déclarée. Les campagnes de rappel sont reconnues comme des pics dans l'administration globale (toutes doses) du vaccin contre la COVID-19 (Rancourt et al., 2024 ; par exemple, Rancourt et al., 2023a).

- Bien que la Bulgarie ne présente pas la caractéristique 23-0 (un pic distinct vers le 1er janvier 2023), elle présente une structure de pic plus large et un peu plus précoce dans sa surmortalité toutes causes confondues, qui correspond au déploiement du vaccin à cette époque (mi-fin 2022). Des circonstances similaires peuvent se produire dans les pays suivants : Albanie, Arménie, Colombie, Égypte, Géorgie, Malaisie, Macédoine du Nord, Philippines, Maurice et Nouvelle-Calédonie. (Rancourt et al., 2024, leur annexe B)

n. Exemples particulièrement frappants d'associations vaccin-mortalité dans plusieurs pays spécifiques

- Plusieurs pays ont montré des exemples frappants d'associations vaccin-mortalité dans lesquels le déploiement du vaccin est synchrone avec la seule caractéristique de surmortalité toutes causes confondues exceptionnellement importante (Rancourt et al., 2024, leur annexe B) : Bahamas, Cuba, Polynésie française, Gibraltar, Jamaïque, Japon, Malaisie, Nouvelle-Calédonie et Suriname. Ici, notons que Cuba a développé son propre vaccin.
- Des exemples tout aussi frappants incluent (Rancourt et al., 2024, leur annexe B) : la Guadeloupe, Hong Kong, les Maldives, l'île Maurice, la Namibie, les Philippines, le Qatar et la Tunisie.

Il existe donc de nombreuses associations temporelles entre le déploiement du vaccin contre la COVID-19 et l'augmentation de la surmortalité toutes causes confondues, dans tous les pays disposant de données suffisantes.

Il est hautement improbable que ces nombreuses associations temporelles entre vaccin et mortalité, qui se produisent à de nombreux moments différents pour différents déploiements de vaccins au cours des deux années de vaccination et dans chaque pays disposant de données suffisantes sur la mortalité et la vaccination dans l'étude de Rancourt et al. (2024 ; et les références qui y figurent), soient une coïncidence.

Ces corrélations entre la mortalité vaccinale et la mortalité dans le temps se produisent même avec la limitation que les contributions à la surmortalité toutes causes confondues dans la population de tous âges sont exponentielles avec l'âge (Rancourt et al., 2024, leur section 5.10) alors que l'administration du vaccin présentée (leur annexe B) concerne tous les âges, et il y a beaucoup plus d'injections chez les non-âgés que chez les personnes âgées, administrées dans différentes campagnes. Les corrélations vaccinales-mortalité observées dans le temps sont généralement plus nettes avec les données stratifiées par âge et peuvent être masquées dans les données tous âges confondus (Rancourt et al., 2023a, 2023b).

Les mécanismes possibles par lesquels la vaccination contre la COVID-19 pourrait être une cause principale (section 3.1) de décès comprennent :

- a. L'injection provoque la mort par toxicité directe. Les lipides cationiques sont des candidats à des composants toxiques.
- b. L'injection provoque la mort en induisant une réaction immunitaire excessive. L'attaque immunitaire qui en résulte, analogue à une réaction allergique, suffit à accélérer et à provoquer la mort.
- c. L'injection et les injections répétées (2e dose et rappels) provoquent une immunosuppression rendant le patient généralement plus sensible aux infections et moins capable de se défendre contre les infections existantes, y compris les infections respiratoires, ce qui entraîne à son tour la mort. (Voir la section 3.2 concernant Amer et al., 2024, leur tableau 6.)
- d. Un patient fragile est infecté ou infecté en plus par une personne rendue plus contagieuse par une immunosuppression induite par injection – soit un autre patient, soit un soignant, par exemple. Sa mort est accélérée là où elle n'aurait pas eu lieu autrement.
- e. Par accident, le produit vaccinal peut être introduit directement dans un gros vaisseau sanguin, plutôt que dans le tissu musculaire comme prévu. Le bolus qui en résulte peut alors entraîner des conséquences mortelles par administration massive et rapide à haute concentration dans des organes, systèmes ou tissus sensibles (Girardot, 2024).

Concernant le point c, par exemple, selon Selye (1956), en cas de présence généralisée (même répétée) d'antigènes dans le sang, le corps pourrait réagir en supprimant sa réponse inflammatoire non spécifique, y compris dans les voies respiratoires, rendant ainsi l'individu plus sensible à des infections respiratoires variées et plus profondes (et à des infections cutanées : Martora et al., 2023). De plus, des mécanismes théoriques spécifiques à l'immunosuppression induite par le vaccin COVID-19 ont été suggérés (Palmer et al., 2023, leurs sections 3.3 à 3.5 ; Seneff et al., 2022).

Ces mécanismes possibles (point a à point e) sont cohérents avec les observations basées sur des données stratifiées par âge selon lesquelles le « taux de mortalité par dose de vaccin (tDFR) » effectif (par injection) augmente de façon exponentielle avec l'âge et augmente avec le nombre de doses (Rancourt et al., 2023a, 2023b).

L'hypothèse selon laquelle l'injection du vaccin contre la COVID-19 serait la principale cause de décès (section 3.1) n'est pas invalidée par le contexte de stress biologique qui aurait caractérisé la période Covid, ni par les agressions d'autres interventions médicales, puisque les injections sont considérées comme ayant accéléré les décès qui autrement ne seraient survenus que plus tard.

En conclusion de cette sous-section (3.3.5), les nombreuses associations temporelles fortes observées directement entre les déploiements de vaccins et les augmentations soudaines de la surmortalité toutes causes confondues, pour tous les âges combinés ou par groupe d'âge, dans pratiquement tous les pays disposant de données suffisantes (Rancourt et al., 2024 ; et les références qui y figurent), obligeraient à inclure l'hypothèse selon laquelle la vaccination contre la COVID-19 était une cause principale (section 3.1) de décès contribuant de manière significative à la surmortalité toutes causes confondues mesurée. En outre, il existe de nombreuses preuves concluantes, du point de vue clinique et des effets indésirables, que les injections de vaccin contre la COVID-19 peuvent entraîner la mort chez les individus (par exemple, comme l'ont examiné Rancourt et al., 2023a, dans leur section 6.1).

Néanmoins, il est possible, malgré les corrélations remarquables et généralisées décrites ci-dessus dans le temps entre les déploiements de vaccins et l'augmentation des cas excédentaires toutes causes confondues,

mortalité, que les injections de vaccin contre la COVID-19 ne constituent pas en elles-mêmes une cause principale (section 3.1) de décès suffisamment importante pour être la cause principale réelle des augmentations associées de la surmortalité toutes causes confondues. Cette possibilité est abordée dans la section 3.3.6 suivante.

3.3.6 Hypothèse : Agressions causées par des campagnes et des mesures associées dans le temps et dans l'espace aux déploiements du vaccin contre la COVID-19

Comme mentionné ci-dessus dans la section 3.3.5, il est possible que les décès attendus causés par le vaccin contre la COVID-19 n'entraînent pas une surmortalité toutes causes confondues importante, même si l'on sait que les déploiements de vaccins sont fortement associés temporellement aux poussées observées de surmortalité toutes causes confondues.

Ici, je discute des principales causes de décès possibles autres que les vaccins contre la COVID-19, qui sont associées dans le temps et dans l'espace aux déploiements des vaccins contre la COVID-19.

Cette possibilité a été notée par Rancourt et al. (2024, leur section 5.1), comme suit :

« ...il est possible que les fortes corrélations observées soient dues à un ou plusieurs facteurs cachés, plutôt qu'à une relation causale directe due à un défi via la toxicité de la substance injectée.

Par exemple, on pourrait postuler que les équipes de soignants qui se rendent dans les différents établissements hébergeant des personnes fragiles pour administrer le dernier rappel pendant la période de déploiement rapide, soient accompagnées ou remplissent la double fonction d'une équipe de soignants qui testent les cas positifs de COVID-19 présumés. Chaque test positif ou détermination de diagnostic, qu'il soit vrai ou faux, pourrait avoir des conséquences négatives importantes sur la santé de l'individu, telles que l'isolement, le déplacement vers un autre lieu, le confinement et un traitement médical chimique et mécanique agressif.

En d'autres termes, les déploiements de vaccins contre la COVID-19 contestés peuvent être accompagnés de manière synchrone d'interventions médicales et/ou sanitaires agressives concomitantes, et ces dernières interventions seraient la ou les principales causes de décès.

Voici des exemples de telles interventions d'accompagnement :

- l'utilisation de produits de vaccination contre la COVID-19 mal stockés ou mal manipulés
- combinaisons incorrectes de produits de vaccination contre la COVID-19 provenant de différents fabricants
- administrations physiques incorrectes du vaccin contre la COVID-19, par du personnel pressé ou mal formé
- Les tests de dépistage de la COVID-19 et les conséquences associées aux résultats positifs
- application plus agressive ou extrême de mesures d'immobilisation et d'isolement pendant le déploiement du vaccin
- le stress psychologique d'être contraint à la revaccination, dans un environnement institutionnel
- administration de vaccins contre la grippe ou d'autres vaccins
- administration de médicaments destinés à faciliter l'acceptation ou à atténuer les effets secondaires des injections
- programme de soins aux patients perturbé, y compris la prise régulière de médicaments, les repas et l'hydratation
- stress transmis par les accompagnateurs, ou infections par les accompagnateurs
- et ainsi de suite

Les attaques ainsi associées ou accompagnantes peuvent être différentes dans leur ampleur et leur portée d'un pays à l'autre, d'une institution à l'autre et d'un déploiement de vaccin contre la COVID-19 à un autre (avec des doses multiples, comme les rappels). Par exemple, Rancourt (2022) examine le cas de l'Inde, comparé aux conséquences des campagnes dites d'équité vaccinale aux États-Unis.

Pour ces interventions médicales et/ou sanitaires agressives concomitantes associées au déploiement (la liste à puces ci-dessus), chacune peut être une cause principale de décès pertinente si elle aurait causé les décès qui autrement ne se seraient pas produits (par exemple, dans le court intervalle de temps pertinent du pic de mortalité brutal qui suit le déploiement du vaccin).

3.3.7 Discerner les principales causes des agressions liées à la vaccination contre la COVID-19 et à son déploiement

Dans cette sous-section, j'examine le problème de la distinction entre la vaccination contre la COVID-19 (section 3.3.5) et les agressions associées au déploiement (section 3.3.6) comme causes principales.

Encore une fois, comme le soulignent Rancourt et al. (2024, leur section 5.1) :

« ... Pour déterminer si la toxicité des vaccins entraîne directement ou non une mortalité mesurable, par rapport (par exemple) à l'impact mortel d'autres interventions concomitantes de santé publique à grande échelle, ... le chercheur devrait avoir accès à des données sur la mortalité toutes causes confondues selon le statut vaccinal. Ces données permettront de déterminer de manière plus définitive si les campagnes de vaccination contre la COVID-19 ont des effets salvateurs ou entraînent une mortalité supplémentaire, ainsi que le degré de ces relations. Ces données sont nécessaires pour les mêmes pays dans lesquels de fortes associations temporelles sont présentes entre les déploiements rapides de vaccins et les pics marqués de mortalité excessive toutes causes confondues. »

C'est vrai. Tracy Beth Hoeg a formulé avec véhémence cette critique et d'autres à l'encontre de Rancourt et al. (2023a). Voir les critiques de Hoeg et ma réponse à celles-ci : Rancourt (2024, et les références qui y figurent).

Récemment, Rancourt et al. (en préparation) ont analysé les données nationales de mortalité dans un pays dans lequel le statut vaccinal contre la COVID-19 était connu au décès, y compris l'historique des vaccinations contre la COVID-19, dans un cas où le pays présentait des déploiements rapides de vaccins fortement associés temporellement à des poussées observées de surmortalité toutes causes confondues. Ils ont constaté que les pics pertinents de surmortalité toutes causes confondues associés aux déploiements de rappels

ne pouvait pas être attribué de préférence aux personnes ayant reçu une dose de rappel (et également que le vaccin n'avait aucun avantage détectable en termes de survie).

Français Cela signifie que la principale cause de vaccination contre la COVID-19 décrite dans la section 3.3.5 n'a pas produit d'augmentation mesurable de la surmortalité toutes causes confondues dans ce pays, ce qui signifie à son tour que les pics marqués de surmortalité toutes causes confondues qui sont temporellement associés aux déploiements rapides de vaccins ne doivent pas nécessairement impliquer que la vaccination contre la COVID-19 est une cause principale de décès. Il semble plutôt que (aussi omniprésentes soient-elles) de telles associations temporelles entre les pics de mortalité et les déploiements rapides de vaccins soient dues à la cause principale décrite dans la section 3.3.6 des campagnes et mesures associées dans le temps et dans l'espace aux déploiements de vaccins contre la COVID-19. Bien que non concluant en général, cela est cohérent avec le fait que la toxicité du vaccin causant le décès déduite de la surveillance des effets indésirables à l'échelle de la population est généralement trop faible pour être détectée directement dans la mortalité toutes causes confondues à l'échelle de la population (par exemple, nationale), selon les analyses des données du VAERS (Vaccine Adverse Events Reporting System) des États-Unis (Hickey et Rancourt, 2022).

Cela signifierait que la létalité des mesures médicales imposées pendant la période Covid et pendant les campagnes de vaccination est bien plus grande que ce que l'on reconnaît généralement, et bien plus grande que la toxicité connue (VAERS, autopsies, etc.) du vaccin lui-même.

3.3.8 Hypothèse : L'augmentation des facteurs de stress entraîne des poussées de microbiologie spontanée auto-infection respiratoire (pneumonie par aspiration)

Dans cette sous-section, je propose un mécanisme par lequel les impositions soudaines d'un stress biologique extraordinaire (provoqué par les mandats et mesures de la période Covid, conformément aux sections 3.3.2 et 3.3.3) et/ou les impositions soudaines d'agressions médicales extraordinaires pendant la période Covid (conformément aux sections 3.3.4, 3.3.5 et 3.3.6) conduisent rapidement à des poussées rapides de décès respiratoires, détectées comme des pics et des augmentations de la mortalité toutes causes confondues, sans qu'aucune transmission interhumaine d'un agent pathogène respiratoire ne soit nécessaire.

Le mécanisme proposé implique en partie le développement spontané d'une pneumonie bactérienne agressive chez des individus fragiles, connue sous le nom de pneumonie par aspiration.

« L'aspiration est définie comme l'inhalation du contenu oropharyngé ou gastrique dans le larynx et les voies respiratoires inférieures. » (Marik, 2001). La pneumonie par aspiration est une pneumonie bactérienne causée par l'aspiration, y compris l'aspiration manifeste et la microaspiration silencieuse pendant la sédation ou le sommeil (Teramoto, 2022). La pneumonie par aspiration a un taux de mortalité plus élevé que la pneumonie sans aspiration (Gupte et al., 2022). Elle est auto-générée chez l'individu sensible et ne dépend pas de la transmission interhumaine d'un agent pathogène.

La pneumonie par aspiration elle-même est un phénomène connu et de plus en plus étudié (Asai et Isono, 2014 ; Ebihara et Ebihara, 2011 ; Gupte et al., 2022 ; Koivula et al., 1994 ; Mandell et Niederman, 2019 ; Marik, 2001 ; Marik et Kaplan). , 2003 ; Prass et coll., 2006 ; Teramoto, 2022 ; Zuercher et al., 2019).

L'étude de la pneumonie par aspiration a apporté une toute nouvelle vision de la pneumonie, en tant qu'infection qui peut être auto-générée plutôt que nécessairement transmise par une autre personne. Elle a également apporté une nouvelle vision des poumons eux-mêmes. Selon Mandell et Niederman (2019) :

« Les études sur le microbiote pulmonaire ont remis en question nos hypothèses sur la stérilité pulmonaire et sur l'accès bactérien aux poumons par aspiration (microaspiration ou macroaspiration) et inhalation. Plus précisément, les méthodes génomiques ont défini un paysage taxonomique complexe de bactéries dans les poumons et ont révélé la présence de diverses communautés de microbiote.

... Le modèle de système adaptatif complexe suggère que la pneumonie bactérienne aiguë résulte de l'amplification d'un signal favorisant la croissance par une boucle de rétroaction positive. Cela peut entraîner un passage rapide d'un mélange microbien diversifié à la dominance d'une seule espèce (par exemple, *Streptococcus pneumoniae* ou *Pseudomonas aeruginosa*).¹²

Selon une hypothèse liant le microbiote des voies respiratoires à la pneumonie par aspiration, la maladie pourrait entraîner une modification du microbiote pulmonaire (dysbiose), qui pourrait à son tour interférer avec les défenses pulmonaires ou les altérer. Une macroaspiration, en particulier chez un patient présentant des facteurs de risque d'élimination bactérienne altérée, comme une diminution de la conscience ou un réflexe de toux altéré, pourrait alors submerger le côté élimination de l'équilibre immigration-élimination, perturbant davantage l'homéostasie bactérienne et déclenchant une augmentation d'une boucle de rétroaction positive conduisant à une infection aiguë.

Cela signifie, entre autres, que la pneumonie ne nécessite pas de transmission interhumaine. La pneumonie par aspiration, en particulier, est un phénomène qui ne nécessite pas ou n'implique pas de transmission interhumaine, telle qu'elle est actuellement décrite dans la littérature médicale.

La pneumonie par aspiration est une cause dominante de décès chez les personnes âgées dans des circonstances ordinaires (hors pandémie), notamment dans les établissements de soins et les hôpitaux. C'est la principale cause de décès chez les résidents des maisons de retraite (Gupte et al., 2022 ; Marik et Kaplan, 2003 ; Teramoto, 2022). Le protocole de traitement reconnu comprend un diagnostic correct, des mesures préventives et thérapeutiques contre la dysphagie (difficulté à avaler, voir Zuercher et al., 2019) et l'administration d'antibiotiques (Mandell et Niederman, 2019).

Mon hypothèse est que les circonstances de la réponse à la pandémie de la période Covid (les mandats, mesures et agressions médicales, sections 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4, 3.3.5 et 3.3.6) ont induit une occurrence et une virulence significativement amplifiées de la pneumonie par aspiration chez les populations âgées et fragiles. Ceci est soutenu par plusieurs caractéristiques connues de la pneumonie par aspiration, comme suit.

je. Un facteur de risque dominant pour la pneumonie par aspiration est l'immunosuppression, alors que :

- a. le stress biologique et psychologique supprime la réponse immunitaire (section 3.3.2)
 - b. y compris l'immobilisation et l'isolement (section 3.3.2)
- ii. Les principaux facteurs de risque connus pour la pneumonie par aspiration comprennent plusieurs causes iatrogènes, qui ont considérablement augmenté avec la réponse dite pandémique, notamment :
 - a. biais diagnostique et déni général des traitements antibiotiques (Mandell et Niederman, 2019 ; Rancourt et al., 2021a, leur section 5)
 - b. ventilation mécanique (Pneumatikos et al., 2009)
 - c. sédatifs, hypnotiques, relaxants musculaires, somnifères, psychotropes (Gupte et al., 2022 ; Teramoto, 2022 ; leur tableau 1)
 - d. médicaments qui provoquent une sécheresse de la bouche (par exemple, médicaments anticholinergiques, antidépresseurs tricycliques) (Teramoto, 2022 ; leur tableau 1)
 - e. alimentation par sonde (la mise en place de la sonde nasogastrique elle-même perturbe la fonction de déglutition) (Teramoto, 2022 ; leur tableau 1)
 - f. polypharmacie (effets secondaires inattendus des agents) (Teramoto, 2022 ; leur tableau 1)
 - g. tube d'intubation endotrachéale, tube de trachéotomie (Teramoto, 2022 ; leur tableau 1)
 - h. état de conscience déprimé, utilisation d'opioïdes, anesthésie (Asai et Isono, 2014)
 - je. trouble dépressif (Gupte et al., 2022)
 - j. tentative de suicide (Teramoto, 2022 ; leur tableau 1)
 - k. médicaments pour le traitement du reflux gastro-œsophagien (Gupte et al., 2022)
- iii. Un facteur de risque dominant pour la pneumonie par aspiration est la suppression des défenses contre l'aspiration, tandis que
 - a. la sédation augmente considérablement l'aspiration (Gupte et al., 2022)
 - b. l'immobilisation et le fait d'être alité augmentent considérablement l'aspiration (Prass et al., 2006)

- c. toute obstruction à la respiration (qui inclurait vraisemblablement le port d'un masque facial) augmente considérablement l'aspiration (« clairance pulmonaire altérée », Gupte et al., 2022)
 - d. La suppression médicale ou autre de la toux augmente considérablement l'aspiration et la pneumonie par aspiration (Ebihara et Ebihara, 2011). Les
- iv. comorbidités associées au décès par pneumonie par aspiration comprennent l'alcoolisme et les troubles liés aux opioïdes (Gupte et al., 2022). La consommation d'alcool et d'opioïdes peut avoir augmenté chez les personnes âgées pendant la période de la Covid.

J'ajouterais qu'il faut s'attendre à ce que la peur et le stress psychologique accrus induits par la réponse à la pandémie augmentent les troubles d'aspiration et la fréquence des microaspirations silencieuses pendant le sommeil, qui sont les principales causes de pneumonie par aspiration chez les personnes âgées.

J'ajouterais également que (en période Covid) le stress biologique et psychologique et les agressions médicales peuvent perturber de manière significative le microbiome intestinal ou digestif, et que ce microbiome gastro-intestinal perturbé peut à son tour augmenter la probabilité et la gravité de la pneumonie par aspiration.

Le refus général et systémique des antibiotiques aurait été dévastateur (Rancourt et al., 2021a, leur section 5), étant donné l'importance décrite ci-dessus de la pneumonie par aspiration (Gupte et al., 2022 ; Mandell et Niederman, 2019 ; Teramoto, 2022) et son traitement nécessaire (Mandell et Niederman, 2019), indépendamment de toute considération de « propagation » et de « contagion ».

De même, l'utilisation nouvelle et généralisée de la ventilation mécanique dans les hôpitaux pendant la période de la Covid est difficile à comprendre compte tenu des connaissances qui existaient en 2020 sur la pneumonie associée à la ventilation et la pneumonie par aspiration induite par la ventilation. La ventilation était un moyen sûr d'induire des pneumonies agressives, indépendamment de tout autre facteur.

3.3.9 Hypothèse : Auto-infection respiratoire microbienne spontanée (pneumonie spontanée) sans aspiration

Français Compte tenu de la discussion ci-dessus (3.3.8), il est immédiat d'avancer l'hypothèse selon laquelle la pneumonie spontanée sans transmission induite par les mandats, les mesures, les soi-disant réponses et les agressions médicales (3.3.2, 3.3.3, 3.3.4, 3.3.5 et 3.3.6) n'est pas nécessairement une pneumonie par aspiration (ne nécessite pas nécessairement d'aspiration), mais peut plutôt être une pneumonie d'auto-infection développée sans aspiration, y compris la tuberculose (section 3.2), qui repose sur la diversité du microbiome des voies respiratoires, l'instabilité et la susceptibilité intrinsèque au déséquilibre incontrôlable (voir les paragraphes cités ci-dessus de Mandell et Niederman, 2019).

3.4 Il s'agit d'une pandémie de pneumonie bactérienne sans transmission possible?

Au vu de la discussion ci-dessus (section 3.3), il semblerait que la réponse à la question posée dans le titre de cette section soit « oui », absolument.

Il suffit de satisfaire au moins à l'une des conditions suivantes :

- je. Une attaque soudaine contre de nombreux pays utilisant des mesures qui augmentent la probabilité et/ou la létalité de la pneumonie par aspiration (3.3.8) ou de la pneumonie spontanée (3.3.9) chez les groupes âgés et fragiles, et/ou
- ii. Un effondrement socio-économique soudain touchant de nombreux pays, d'un type qui augmente la probabilité et/ou la létalité de la pneumonie par aspiration (3.3.8) ou de la pneumonie spontanée (3.3.9) chez les personnes âgées et fragiles, et/ou
- iii. Un changement environnemental soudain, d'origine humaine ou naturelle, affectant de nombreux pays, d'un type qui augmente la probabilité et/ou la létalité de la pneumonie par aspiration (3.3.8) ou de la pneumonie spontanée (3.3.9) chez les personnes âgées et fragiles

Avec le recul, il semble que ce phénomène se produise déjà chaque hiver, donnant lieu à des cycles saisonniers de décès respiratoires dans les hémisphères nord et sud.

Les pics de mortalité toutes causes confondues sont synchrones dans toutes les régions de latitude moyenne d'un hémisphère donné et ne montrent aucun changement détectable qui impliquerait une propagation contagieuse. Dans ce cas, le changement environnemental annuel correspond aux conditions atmosphériques hivernales (Kuzmenko, 2019) :

- a. des températures plus basses, connues pour provoquer un stress biologique important (section 3.3.2), les habitations froides étant connues pour être associées à des urgences respiratoires en hiver (Rudge et Gilchrist, 2005)
- b. une humidité atmosphérique plus faible, connue pour provoquer une bouche sèche, qui à son tour augmente l'aspiration, et devrait également affecter les tissus des voies respiratoires et le microbiome associé, et qui est connue pour augmenter la charge en aérosols et le temps de résidence
- c. une pression atmosphérique plus élevée et une plus grande variabilité de la pression atmosphérique, susceptibles d'affecter la circulation, connues pour affecter la gravité de la pneumonie (pendant les vols en avion)
- d. pression partielle d'oxygène plus élevée, effet inconnu sur l'incidence de la pneumonie, potentiel important d'affecter le microbiome des voies respiratoires et la réponse immunitaire (Park et al., 1992)
- e. diminution des heures d'ensoleillement, effet inconnu sur l'incidence de la pneumonie, lien présumé avec la vitamine D (Chatfield et al., 2007)
- f. diminution de l'activité géomagnétique, effet inconnu sur l'incidence de la pneumonie

Voir les commentaires sur la mortalité saisonnière de Rancourt (2023b) et voir les exemples publiés de tendances saisonnières dans de nombreux pays (Rancourt, 2020, 2022 ; Rancourt et al., 2020, 2021a, 2021b, 2022a, 2022b, 2022c, 2023a, 2023b, 2024 ; et les références qui y figurent).

Les pandémies historiques peuvent également s'expliquer par des changements environnementaux naturels soudains et importants, tels que de grandes éruptions volcaniques explosives. Stothers (1999) a constaté que les conséquences climatiques et épidémiologiques (pandémiques) des sept plus grandes explosions volcaniques produisant du brouillard sec des 21 derniers siècles étaient étroitement liées dans le temps, à un degré qui constituait une « coïncidence très improbable ». Stothers a mis l'accent sur le refroidissement volcanique et le froid

hivers proximaux, mais il est également possible que des émissions volcaniques toxiques dispersées aient joué un rôle.

D'autre part, une thèse concurrente ou complémentaire est que les grandes pestes du Moyen Âge (y compris la Peste noire) ont été provoquées par un effondrement socio-économique, en grandes vagues qui répètent la séquence :

l'exploitation croissante des classes →
pénurie d'argent →
hausse des prix des matières premières →
pauvreté extrême généralisée → conséquences
délétères sur le développement et la santé → fléau (révolution
concomitante et/ou réinitialisation monétaire)

Cette thèse est développée dans l'ouvrage de référence de Fischer (1996) intitulé « La Grande Vague : les révolutions des prix et le rythme de l'histoire ». Les observations de Fischer concordent avec les travaux de DeWitte et Wood (2008) qui ont montré par l'analyse médico-légale de squelettes que les personnes décédées lors de la Peste noire souffraient de malnutrition et étaient en mauvaise santé.

Les épidémies de pneumonie dans les maisons de retraite ou de soins peuvent également être des événements sans transmission. Les résidents des maisons de retraite souffrent déjà systématiquement de malnutrition et de déshydratation (Kayser-Jones et al., 1999 ; Volkert et al., 2019). De nombreux résidents de maisons de retraite souffrent déjà de dysphagie, le facteur de risque dominant de pneumonie par aspiration. Par conséquent, tout changement soudain suffisamment important des conditions dans une maison de retraite peut induire une épidémie spontanée de pneumonie par aspiration (3.3.8) ou de pneumonie spontanée (3.3.9) dans ladite maison de retraite, indépendamment de toute transmission interhumaine (résident-résident ou résident-personnel/visiteur) d'un agent pathogène respiratoire. Voici des exemples de changements soudains suffisamment importants, qui peuvent se produire en combinaison :

- perte ou changement de personnel soignant (y compris une négligence accrue)

- changement dans la gestion du personnel (y compris perte de supervision)
- modification du régime alimentaire ou de son administration (y compris les liquides)
- modification des protocoles et conditions de sécurité sanitaire (y compris l'isolement)
- perte d'accès aux installations ou aux services (y compris les toilettes ou les préposés)
- changement dans les médicaments administrés
- immobilisation prolongée (au lit ou dans la chambre) pour quelque raison que ce soit
- changement des conditions environnementales (par exemple, perte temporaire de chaleur intérieure)
- peur ou stress transféré ou transmis par le personnel
- déplacements physiques plus fréquents (par exemple pour un traitement ou un test)

De même, je m'attendrais à ce que des épidémies gastro-intestinales de diarrhée (par exemple) puissent être spontanément induites par de tels changements, sans nécessairement impliquer des agents pathogènes transmis de personne à personne.

Je termine cette section en suggérant que les mécanismes sans transmission des pandémies et des épidémies ont été négligés et sous-estimés à tort. Fondamentalement, le propre microbiome d'une personne suffit à provoquer pratiquement n'importe quoi, dans des conditions changeantes. Le biais en faveur des mécanismes de transmission des agents pathogènes dont font preuve les cliniciens, les épidémiologistes et les responsables de la santé publique, comme mécanisme dominant ou moteur des pandémies et des épidémies, a évolué historiquement (Martin et Martin-Granel, 2006), et à mon avis, n'est pas justifié. En fait, il est réfuté par les études épidémiologiques de mortalité toutes causes confondues (section 3.3.1). Ce biais, y compris le biais diagnostique associé et répandu, repose de manière disproportionnée sur les tests moléculaires des fluides corporels et du sang, qui ne sont pas aussi spécifiques qu'on le prétend, et ne sont pas suffisamment et rigoureusement validés, malgré leur promotion exhaustive par l'industrie.

3.5 Un agent pathogène respiratoire viral provoquant une pandémie a-t-il déjà été détecté ? existé ?

À ce stade, il n'est pas déraisonnable de se demander si la théorie de la propagation virale des épidémies et pandémies respiratoires a une quelconque pertinence par rapport aux phénomènes observés.

La théorie de la propagation virale comme cause de la pandémie déclarée de Covid est réfutée par une grande quantité de données empiriques sur la mortalité (section 3.3.1), et les preuves à l'appui sont ténues, semblant largement reposer sur un récit persistant et un optimisme technologique, tout en étant motivées par de grands intérêts industriels et institutionnels.

L'humanité est-elle réellement menacée par des événements catastrophiques de quasi-extinction dus à des mutations (séquences moléculaires accidentelles ou planifiées) dans des macromolécules génétiques relativement petites qui pénètrent spontanément et se répliquent à grande échelle dans les cellules vivantes de notre corps sain ? Je ne parviens pas à trouver les reçus.

Quelle est la pertinence de la propagation d'un agent pathogène respiratoire spécifique si chaque épidémie et pandémie nécessite :

- des décès pratiquement synchrones sur de vastes zones, de l'institutionnel au mondial
- de vastes bassins d'individus mal nourris et en mauvaise santé
- spectres de comorbidités
- immunité contre la mort pour les riches ou les riches
- de grands épisodes de bouleversements socio-économiques
- contextes d'agression et de conflit sociétal (guerre, prédation de classe, impositions internationales...)
- événements environnementaux majeurs (substances toxiques, volcans, inondations, sécheresses prolongées...)
- co-infection par des agents pathogènes (bactériens) plus virulents
- Rétroaction propagandiste et transmission sociale de la peur ?

À ce propos, j'ai du mal à comprendre ces scientifiques qui admettent qu'il n'existe pas de surmortalité toutes causes confondues détectable attribuable à la propagation d'un virus pendant la période de la Covid, mais insistent sur le fait qu'il existe de « nouveaux virus et variants » parmi nous, comme si leur proposition, vraie ou fausse, était pertinente pour la santé publique. Ils se rabattent souvent sur de « nouveaux symptômes » comme la perte d'odorat.

La perte de l'odorat et du goût est souvent associée aux rhumes saisonniers et à d'autres maladies (de Haro-Licer et al., 2013 ; Pellegrino et al., 2016). Je voudrais également souligner que toute condition ou maladie provoquée ou aggravée par un stress biologique exceptionnel ou des agressions médicales exceptionnelles aura des « symptômes nouveaux ». En outre, les symptômes sont toujours une fonction du champ environnemental et sociétal de l'individu, alambiqué avec l'état de santé et la biologie particuliers de l'individu. Les symptômes sont rarement la preuve d'une cause spécifique, et tous les symptômes dans le contexte présent sont non spécifiques.

En revanche, les critiques de la théorie de la propagation virale à l'origine de la pandémie soulèvent de nombreux points importants qui ne sont pas réellement étayés par cette théorie (Bailey, 2022). Leurs arguments devraient être examinés avec rigueur plutôt que d'être sommairement écartés.

De nombreux ouvrages bien documentés se penchent sur cette question et ne peuvent être facilement ignorés, tels que :

- *"« La pandémie finale : un antidote à la tyrannie médicale »*----par Mark Bailey et Samantha Bailey (2024)
- *"Peut-on attraper un rhume ?*----par Daniel Roytas (2024)
- *"Des tortues jusqu'en bas : science et mythe des vaccins*----par Anonyme (2022) ---- Mary Holland JD (Préface, éditrice), Zoey O'Toole (éditrice)
- *"La folie des virus : Corona/COVID-19, rougeole, grippe porcine, cancer du col de l'utérus, grippe aviaire, SRAS, ESB, hépatite C, sida, polio, grippe espagnole. Comment l'industrie médicale invente sans cesse des épidémies, engrangeant des milliards de dollars de profits à nos dépens"*----de Torsten Engelbrecht et Claus Köhnlein et Samantha Bailey (2020) (2021)
- *"Le papillon dans le poumon d'acier : une biographie de la polio*----par Forrest Maready (2018)
- *"« Dissoudre les illusions : la maladie, les vaccins et l'histoire oubliée »*----par Suzanne Humphries et Roman Bystrianyk (2013) (2015)
- *"Anatomie d'une épidémie : balles magiques, médicaments psychiatriques et l'étonnante augmentation des maladies mentales en Amérique*----par Robert Whitaker (2010) (2015)
- *"La peur de l'invisible : à quel point devrions-nous avoir peur des virus et des vaccins, du VIH et du sida ?*----par Janine Roberts (2008)
- *"AIDS Inc. : le scandale du siècle*----par Jon Rappoport (2004)

- "« *L'invention du virus du SIDA* »----par Peter Duesberg (1996)
- "« *Le mythe du sida hétérosexuel* »----par Michael Fumento (1993)

Au vu de tout ce qui précède (toutes les sections), il est possible que toutes les pandémies enregistrées dans l'histoire aient été provoquées par des auto-infections spontanées sans transmission induites par un stress biologique (y compris l'exposition environnementale et la malnutrition extrême). Lesdites auto-infections pourraient provenir des microbiomes (et parasites) des voies respiratoires et du tube digestif des individus, dans les conditions de vie du moment et du lieu. Lesdites auto-infections spontanées sans transmission induites par un stress biologique pourraient également être des infections spontanées de la peau et de ses lésions, provenant du microbiome cutané (Byrd et al., 2018), des parasites cutanés (Norgan et Pritt, 2018) et des toxines environnementales.

Il en serait de même pour les schémas saisonniers synchrones de forte mortalité hivernale, observés quantitativement et universellement (sauf aux latitudes équatoriales) depuis plus d'un siècle.

4 Conclusion

Dans l'état actuel des connaissances, il est possible que la pandémie déclarée de Covid (2020-2023) ait été entièrement causée par des mandats, des mesures, des soi-disant réponses et des agressions médicales coordonnés et à grande échelle, notamment les tests, les biais de diagnostic, l'isolement, le refus de traitement (en particulier les antibiotiques pour la pneumonie), la ventilation mécanique, la sédation, les traitements expérimentaux et inappropriés et la vaccination.

En d'autres termes, il est possible que la pandémie déclarée de Covid ait été une pandémie de pneumonie bactérienne spontanée sans transmission (comme la pneumonie par aspiration) induite par des mauvais traitements et un stress biologique.

Il semble que l'impact du stress biologique (qui inclut le stress psychologique) sur la vulnérabilité individuelle à la santé et sur la mortalité soit largement sous-estimé et largement ignoré par le corps médical (3.3.2).

La théorie de la propagation virale des pandémies respiratoires comme cause de la pandémie déclarée de Covid est réfutée par une grande quantité de données spatiotemporelles sur la mortalité toutes causes confondues dans le monde (3.3.1), que le virus présumé soit naturel ou artificiel. En revanche, toutes les données épidémiologiques sont cohérentes avec mon hypothèse.

En corollaire, cela signifierait que les tests mis en œuvre sont essentiellement dénués de sens (par exemple, Rancourt, 2021, 2022; Rancourt et al., 2023a, leur section 6.6), et que si une pandémie n'avait pas été déclarée et traitée, rien d'inhabituel ne se serait produit en matière de santé de la population.

De plus, il est possible que toutes les pandémies enregistrées dans l'histoire se soient produites de cette manière, à partir d'auto-infections spontanées sans transmission induites par un stress biologique (y compris l'exposition environnementale et la malnutrition extrême). Lesdites auto-infections pourraient provenir des microbiomes (et des parasites) des voies respiratoires et du tube digestif des individus, dans les conditions de vie du moment et du lieu. Lesdites auto-infections spontanées sans transmission induites par un stress biologique pourraient également être des infections spontanées de la peau et de ses lésions, du microbiome cutané et des parasites cutanés.

De plus, les schémas saisonniers synchrones de forte mortalité hivernale, observés quantitativement depuis plus d'un siècle, sont également expliqués.

Cela signifierait que l'hypothèse de la propagation du virus est inutile et que nous transportons toujours et dans notre propre corps tout ce qui est nécessaire pour tomber malade et mourir lorsque notre environnement physique et humain nous agresse violemment au-delà de notre capacité à nous en remettre.

Remerciements

Je tiens à remercier mes anciens co-auteurs et collaborateurs depuis 2020 pour les nombreuses et continues discussions et défis, ainsi que toutes les personnes qui soutiennent nos recherches.

Références

Ader et Cohen (1993) : Ader R, Cohen N. Psychoneuroimmunologie : conditionnement et stress. *Annu Rev Psychol.* 1993;44:53-85. doi: 10.1146/annurev.ps.44.020193.000413. PMID: 8434895. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000413>

Allen et al. (1999) : Chris Allen, Paul Glasziou, Chris Del Mar /// Le repos au lit : un traitement potentiellement dangereux qui nécessite une évaluation plus attentive /// *La Lancette*, Volume 354, numéro 9186, 1999, pages 1229-1233, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)10063-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)10063-6)

Amer et al. (2024) : Amer, SA, Al-Zahrani, A., Imam, EA et al. /// Exploration des effets indésirables signalés des vaccins contre la COVID-19 parmi les populations arabes vaccinées : une étude d'enquête multinationale /// *Représentant scientifique*14, 4785 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-54886-0>

Asai et Isono (2014) : Takashi Asai, Shiroh Isono /// Blocage neuromusculaire résiduel après anesthésie : une cause possible de pneumonie postopératoire induite par aspiration. /// *Anesthésiologie*2014; 120:260–262 doi: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000042>

Bagcchi (2023) : Sanjeet Bagcchi /// Rapport mondial sur la tuberculose 2022 de l'OMS /// www.thelancet.com/microbe Vol 4 janvier 2023, p. e20 /// [https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(22\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(22)00359-7)

Bailey (2022) : Mark Bailey /// Adieu à la virologie (édition experte) /// (15 septembre 2022) <https://drsambailey.com/a-farewell-to-virology-expert-edition/> /// archivé : <https://archive.org/details/a-farewell-to-virology-expert-edition/>

Bailey et Köhnlein (2020) : Sam Bailey, Claus Köhnlein /// PCR Pandémie : Entretien avec le Dr Claus Köhnlein /// <https://drsambailey.com/>(interview vidéo, durée 35m45s), 27 octobre 2020 /// <https://drsambailey.com/resources/videos/interviews/pcr-pandemic-interview-with-dr-clauskohnlein/>

Bailey et al. (2024) : Sam Bailey et al. (équipe HFDF) /// Exploding the Spanish Grippe Myth /// Ressource Internet de l'équipe HFDF, 20 juin 2024 /// <https://healthfreedomdefense.org/exploding-the-spanish-flu-myth/> (consulté le 13 juillet 2024) /// Archivé : <https://archive.ph/qPB6L> /// En vidéo, avec notes d'émission : <https://drsambailey.com/resources/videos/viruses-unplugged/exploding-the-spanish-flu-myth/>

Baussano et al. (2010) : Baussano I, Williams BG, Nunn P, Beggiato M, Fedeli U, et al. /// Incidence de la tuberculose dans les prisons : une revue systématique. /// *PLoS Med*, 2010, 7(12): e1000381. doi:10.1371/journal.pmed.1000381 /// <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000381>

Bergman (2024) : Frank Bergman /// Un responsable du gouvernement néerlandais admet que la pandémie de Covid était une « opération militaire » : « Le ministère de la Santé obéit à l'OTAN » /// *Actualités de Slay*, 9 novembre 2024 /// <https://slaynews.com/news/dutch-government-official-admits-covid-pandemic-military-operationministry-health-obeyes-nato/> /// archivé : https://web.archive.org/web/20240000000000*/https://slaynews.com/news/dutch-governmentofficial-admits-covid-pandemic-military-operation-ministry-health-obeyes-nato/ /// archivé : <https://archive.ph/aqFFj> /// consulté le 18 novembre 2024

Borger et coll. (2021) : Pieter Borger, Bobby Rajesh Malhotra, Michael Yeadon, Clare Craig, Kevin McKernan, Klaus Steger, Paul McSheehy, Lidiya Angelova, Fabio Franchino, Thomas Binder, Henrik Ullrich, Makoto Ohashi, Stefano Scoglio, Marjolein Doesburg-van Kleffens, Dorothea Gilbert, Rainer J. Klement, Ruth Schrufer, Berber W. Pieksma, janvier Bonte, Bruno H. Dalle Carbonare, Klaus Steger et Ulrike Kämmerer /// Addendum au rapport de révision Corman-Drosten. /// *Pré-impressions de l'OSF*. 12 janvier 2021. doi:10.31219/osf.io/9mgy7. <https://osf.io/9mgy7/>

Braithwaite (1984) : John Braithwaite /// Chapitre 6 : « L'entreprise en tant que promoteur » **dans** : *La criminalité des entreprises dans l'industrie pharmaceutique* /// Routledge & Kegan Paul (Londres), 1984, 440 pages, ISBN 0-7102-0049-8 /// <https://johnbraithwaite.com/wpcontent/uploads/2016/06/Corporate-Crime-in-the-Pharmac.pdf>

Brandl et al. (2022) : Hanja B. Brandl, Jens C. Pruessner, Damien R. Farine /// La transmission sociale du stress dans les collectifs animaliers /// *Actes de la Royal Society B : Sciences biologiques*, 2022, 289: 20212158 /// <https://doi.org/10.1098/rspb.2021.2158>

Brown et al. (2004) : Brown, CJ, Friedkin, RJ et Inouye, SK /// Prévalence et conséquences de la faible mobilité chez les patients âgés hospitalisés /// *Journal de la Société américaine de gériatrie*, 2004, 52: 1263-1270. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52354.x> /// <https://aqsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2004.52354.x>

Byrd et al. (2018) : Byrd, A., Belkaid, Y. et Segre, J. /// Le microbiome cutané humain. /// *Rév. Nat Microbiol* 6, 143-155 (2018). <https://doi.org/10.1038/nrmicro.2017.157>

CDC (2023) : CDC /// Aperçu de la mortalité due à la COVID-19 > Décès selon certaines caractéristiques démographiques et géographiques /// https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid_weekly/index.htm (archivé par le CDC le 27 septembre 2023, consulté le 19 juin 2024) /// Également archivé à : https://archive.ph/https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid_weekly/index.htm

Chaillot (2024) : Pierre Chaillot /// Covid 19 : Décryptage des données officielles : Mortalité, tests, vaccins, hôpitaux. La vérité éclate /// Editeur : L'Artilleur (27 mai 2024), Broché : 422 pages /// ISBN-10 : 2810012393, ISBN-13 : 978-2810012398.

Chapman et Dyerly (1964) : John S. Chapman et Margaret D. Dyerly, et Don R. Powell (assistance statistique) /// Facteurs sociaux et autres dans la transmission intrafamiliale de la tuberculose /// *Revue américaine des maladies respiratoires*, 1964, 90(1), pp. 48–60. /// <https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/arrd.1964.90.1.48>

Chatfield et al. (2007) : Chatfield, SM, Brand, C., Ebeling, PR et Russell, DM /// Carence en vitamine D chez les patients hospitalisés en médecine générale en été et en hiver. /// *Journal de médecine interne*, 2007, 37: 377-382. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2007.01339.x>

Chien et al. (2009) : Yu-Wen Chien, Keith P. Klugman, David M. Morens /// Pathogènes bactériens et décès pendant la pandémie de grippe de 1918. /// *N Engl J Med*. 24 décembre 2009 ;361(26) :2582-3. doi : 10.1056/NEJMc0908216. PMID : 20032332. /// <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc0908216>

Cohen et al. (1991) : Cohen S, Tyrrell DA, Smith AP /// Stress psychologique et sensibilité au rhume /// *Journal de médecine de la Nouvelle-Angleterre*. Société médicale du Massachusetts, 325(9), pp. 606–612. doi: 10.1056/NEJM199108293250903. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1713648/>

Cohen et al. (1997a) : Cohen, Sheldon ; Line, Scott ; Manuck, Stephen B. ; Rabin, Bruce S. ; Heise, Eugene R. ; Kaplan, Jay R. /// Stress social chronique, statut social et sensibilité aux infections des voies respiratoires supérieures chez les primates non humains /// *Médecine psychosomatique* Mai/Juin 1997 - Volume 59 - Numéro 3 - p 213-221. <https://doi.org/10.1097/00006842-199705000-00001> /// https://kilthub.cmu.edu/articles/journal_contribution/Stress_Social_Chronique_Statut_Social_et_Susceptibilité_aux_Infections_des_Respiratoires_Supérieures_chez_les_Primates_Nonhumains/6613937/files/12106595.pdf

Cohen et al. (1997b) : Cohen S, Doyle WJ, Skoner DP, Rabin BS, Gwaltney JM Jr. /// Liens sociaux et sensibilité au rhume /// *JAMA*, 277(24), pages 1940-1944. est ce que je: 10.1001/jama.1997.03540480040036. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9200634/>

Cohen et al. (2007) : Sheldon Cohen, Denise Janicki-Deverts, Gregory E Miller /// Stress psychologique et maladie /// *JAMA*, 298(14), pages 1685-1687. est ce que je: 10.1001/jama.298.14.1685. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17925521/>

Équipe de prévision de la COVID-19 (2022) : Variation du ratio infection-mortalité de la COVID-19 selon l'âge, le temps et la géographie pendant l'ère pré-vaccinale : une analyse systématique. /// *Lancette*. 16 avril 2022 ;399(10334):1469-1488. doi : 10.1016/S0140-6736(21)02867-1. Publication en ligne le 24 février 2022. Erratum dans : *Lancette*. 16 avril 2022 ;399(10334):1468. PMID : 35219376 ; PMCID : PMC8871594. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02867-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02867-1)

Dattani et al. (2023) : Saloni Dattani, Fiona Spooner, Hannah Ritchie et Max Roser (2023) /// Tuberculose /// Publié en ligne sur OurWorldInData.org. Récupéré de : <https://ourworldindata.org/tuberculosis> [Ressource en ligne] le 15 juillet 2024.

de Haro-Licer et al. (2013) : de Haro-Licer J, Roura-Moreno J, Vizitiu A, González-Fernández A, González-Ares JA. /// Perte olfactive grave à long terme en cas de rhume et/ou de grippe. /// *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2013 sept.-oct.;64(5):331-8. Anglais, espagnol. doi: 10.1016/j.otorri.2013.04.003. Publication électronique du 12 août 2013. PMID: 23948436. /// <https://doi.org/10.1016/j.otoeng.2013.10.004>

DeWitte et Wood (2008) : DeWitte SN, Wood JW /// Sélectivité de la mortalité due à la peste noire par rapport à l'état de santé préexistant /// *Proc Natl Acad Sci USA*. 5 février 2008 ;105(5) :1436-41. doi : 10.1073/pnas.0705460105. Publication en ligne le 28 janvier 2008. PMID : 18227518 ; PMCID : PMC2234162. <https://doi.org/10.1073/pnas.0705460105>

Dhabhar (2009) : Firdaus S. Dhabhar /// Effets renforçants ou suppressifs du stress sur la fonction immunitaire : implications pour l'immunoprotection et l'immunopathologie /// *Neuroimmunomodulation* 1 juin 2009 ; 16 (5) : 300-317. <https://doi.org/10.1159/000216188>

Dhabhar (2014) : FS Dhabhar /// Effets du stress sur la fonction immunitaire : le bon, le mauvais et le beau /// *Recherche immunologique*. 2014 mai; 58(2-3): 193-210. doi: 10.1007/s12026-014- 8517-0. PMID: 24798553. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12026-014-8517-0>

Dharmadhikari et coll. (2011) : Ashwin S. Dharmadhikari, Randall J. Basaraba, Martie L. Van Der Walt, Karin Weyer, Matsie Mphahlele, Kobus Venter, Paul A. Jensen, Melvin W. First, Sydney Parsons, David N. McMurray, Ian M. Orme, Edward A. Nardell /// Infection naturelle de cobayes exposés à des patients atteints de tuberculose hautement résistante aux médicaments /// *Tuberculose*, Volume 91, numéro 4, 2011, pages 329-338, ISSN 1472-9792 /// <https://doi.org/10.1016/j.tube.2011.03.002>

Dietert et al. (2017) : Dietert, Kristina et al. /// Spectre d'histopathologies spécifiques aux agents pathogènes et aux modèles dans les modèles murins de pneumonie aiguë. /// *PloS unvol*. 12,11 e0188251. 20 novembre 2017, doi:10.1371/journal.pone.0188251 /// <https://doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0188251>

Dye et al. (1999) : Dye C, Scheele S, >Dolin P, Pathania V, Raviglione MC, pour le projet mondial de surveillance et de suivi de l'OMS. /// Charge mondiale de la tuberculose : incidence, prévalence et mortalité estimées par pays. /// *JAMA*. 1999;282(7):677-686. est ce que je:10.1001/jama.282.7.677 /// <https://doi.org/10.1001/jama.282.7.677>

Ebihara et Ebihara (2011) : Satoru Ebihara, Takae Ebihara /// La toux chez les personnes âgées : une nouvelle stratégie pour prévenir la pneumonie par aspiration /// *Pharmacologie et thérapeutique pulmonaires*, Volume 24, numéro 3, 2011, pages 318-323, ISSN 1094-5539, <https://doi.org/10.1016/j.pupt.2010.10.003>

Fischer (1996) : David Hackett Fischer /// *La Grande Vague : les révolutions des prix et le rythme de l'histoire* /// Oxford University Press, 1996, 536 pages, ISBN-13 978-0-19-512121-6 (Pbk.), ISBN 0-19-512121-X (Pbk.)

Ginsburg et Klugman (2020) : Ginsburg AS, Klugman KP. /// Pneumonie liée à la COVID-19 et utilisation appropriée des antibiotiques. /// *Lancet Santé mondiale*. 2020 déc.;8(12):e1453-e1454. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30444-7. Epub 2020 nov. 11. PMID: 33188730; PMCID: PMC7833845. /// [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30444-7](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30444-7)

Girardot (2024) : Marc Girardot /// *Le secret de l'aiguille : percer le mystère des méfaits des vaccins et la révolution de la théorie du bolus* /// ((Publié indépendamment, 22 mars 2024) /// livre de poche, 276 pages, ISBN-13 : 979-8884699793

Gøtzsche (2013) : Peter Gøtzsche /// *Médicaments mortels et crime organisé* /// CRC Press : Taylor & Francis Group, 2013, 310 pages, ISBN-13 : 978-1-84619-884-7 (pbk).

Gøtzsche (2012) : Peter Gøtzsche /// *Dépistage par mammographie : vérité, mensonges et controverses* /// Londres : Radcliffe Publishing, 2012. /// CRC Press ; 1ère édition (21 janvier 2012), livre broché : 400 pages, ISBN-10 : 1846195853. ISBN-13 : 978-1846195853. /// Réponse à la critique : Dépistage par mammographie : vérité, mensonges et controverse, Gøtzsche, Peter C, *La Lancette*, Volume 380, numéro 9838, 218, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61216-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61216-1/fulltext)

Gøtzsche (2016) : Peter C Gøtzsche /// Peter C Gøtzsche : Les médicaments sur ordonnance sont la troisième cause de décès /// *l'opinion de bmj*, 16 juin 2016 /// <https://blogs.bmj.com/bmj/2016/06/16/peter-c-gotzsche-prescription-drugs-are-the-third-leading-cause-of-death/>

Gupte et al. (2022) : Gupte, T., Knack, A. et Cramer, JD /// Mortalité due à la pneumonie par aspiration : incidence, tendances et facteurs de risque. /// *Dysphagie* 37, 1493–1500 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10412-w>

Hickey et Rancourt (2022) : Hickey J, Rancourt DG /// « Nature de la toxicité des vaccins contre la COVID-19 aux États-Unis ». ResearchGate [Préimpression] (9 février 2022). Disponible à l'adresse : <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.14217.93289> | Reproduction de corrélation, <https://correlationcanada.org/VAERS-toxicity-of-COVID19-vaccines/>

Hickey et al. (en préparation) : Une publication anticipée sera disponible à l'adresse *Corrélation* : <https://correlation-canada.org/research/>

Homburg (2024) : Stefan Homburg /// Un coup de semonce contre le Covid dévoilé /// vidéo, chaîne YouTube Stefan Homburg, <https://www.youtube.com/@StHomburg> , 5 novembre 2024, Berlin /// <https://www.youtube.com/watch?v=j7qjedth3A> /// Description: Un lanceur d'alerte a obtenu 10 Go de l'Institut Robert-Koch, le CDC allemand. Cette soi-disant fuite du RKI révèle que le Covid était une arnaque du début à la fin. La présentation a eu lieu dans la deuxième plus grande salle du Bundestag allemand, qui est en fait destinée aux commissions d'enquête. Enregistré le 2 novembre 2024 à Berlin, sous-titres anglais fournis par l'orateur. Sources Internet : The RKI-Leak - Le ministère fédéral de la Santé a confirmé l'authenticité de la fuite. Télécharger : <https://rki->

transparentbericht.de/ Outil de recherche : <https://www.rkileak.com/> /// consulté le 16 novembre 2024 (51 702 vues).

Houben et al. (2022) : Houben RMGJ, Esmail H, Cobelens F, Williams CML, Coussens AK. /// Prévalence de la tuberculose : au-delà de la pointe de l'iceberg. /// *Lancet Respir Med*. Juin 2022 ;10(6):537-539. doi : 10.1016/S2213-2600(22)00184-9. PMID : 35659006. /// [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(22\)00184-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(22)00184-9)

Jacobs et al. (2015) : Enno Jacobs, Ingrid Ehrhardt, Roger Dumke. /// Nouvelles perspectives sur le schéma épidémique de *Mycoplasma pneumoniae*. /// *Journal international de microbiologie médicale*, Volume 305, numéro 7, 2015, pages 705-708, ISSN 1438-4221. /// <https://doi.org/10.1016/j.ijmm.2015.08.021>

Johnson et Rancourt (2022) : Johnson, JA et Rancourt, DG /// Évaluation de l'effet des confinements sur la mortalité toutes causes confondues à l'ère de la COVID : les confinements n'ont pas sauvé de vies /// *RechercheGate*[[pré-impression] (9 juillet 2022) (16 pages), <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.34191.46242> | Et publié par Brownstone Institute (6 septembre 2022) : <https://brownstone.org/articles/lockdowns-did-not-save-lives/>

Joshi et al. (2006) : Joshi R, Reingold AL, Menzies D, Pai M /// La tuberculose chez les professionnels de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire : une revue systématique. /// *PLoS Med* 2006, 3(12):e494. doi:10.1371/journal.pmed.0030494 /// <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030494>

Kayser-Jones et al. (1999) : Kayser-Jones, J., Schell, ES, Porter, C., Barbaccia, JC et Shaw, H. /// Facteurs contribuant à la déshydratation dans les maisons de retraite : personnel inadéquat et manque de supervision professionnelle. /// *Journal de la Société américaine de gériatrie*, 1999, 47: 1187- 1194. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb05198.x>

Kennedy (2021) : Robert F. Kennedy Jr. /// Chapitre 12 (Jeux germinaux) : Jeux de guerre : Genèse de l'État de biosécurité /// pages 378-445 (dont 297 notes de fin) **dans**: *Le vrai Anthony Fauci – Bill Gates, Big Pharma et la guerre mondiale contre la démocratie et la santé publique* (RF Kennedy Jr., 2021, Skyhorse Publishing, Défense de la santé des enfants, ISBN : 978-1-5107-6680-8, pp. 449)

Koivula et coll. (1994) : Koivula I, Sten M, Mäkelä PH. /// Facteurs de risque de pneumonie chez les personnes âgées. /// *Am J Med*. 1994 avr.;96(4):313-20. doi: 10.1016/0002-9343(94)90060-4. PMID: 8166149. /// [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(94\)90060-4](https://doi.org/10.1016/0002-9343(94)90060-4)

Kuzmenko (2019) : Kuzmenko, NV /// Variations saisonnières de la pression atmosphérique, de la densité partielle d'oxygène et de l'activité géomagnétique comme synchroniseurs supplémentaires des rythmes circannuels. /// *BIOPHYSIQUE* 64, 599–609 (2019). <https://doi.org/10.1134/S0006350919040080>

Lewin (1951) : Lewin, K. /// *Théorie des champs en sciences sociales : articles théoriques sélectionnés* /// Edité par Dorwin Cartwright, Harpers (New York), 1951, 346 pages /// <https://archive.org/details/dli.ernet.503983/>

Li et al. (2023) : Li, C.-C.; Munalisa, R.; Lee, H.-Y.; Lien, T.-S.; Chan, H.; Hung, S.-C.; Sun, D.-S.; Cheng, C.-F.; Chang, H.-H. /// L'immunosuppression induite par le stress de contention est associée à la mort cellulaire concomitante par pyroptose des macrophages chez la souris /// *Int. J. Mol. Sci.* 2023, 24, 12877. <https://doi.org/10.3390/ijms241612877>

Link et Phelan (1995) : Link, Bruce G. et Jo Phelan. /// Les conditions sociales comme causes fondamentales de maladie. /// *Journal de la santé et du comportement social*, 1995, 80–94. <https://doi.org/10.2307/2626958> /// <https://www.jstor.org/stable/2626958>

Liu et al. (2023) : Liu YN, Zhang YF, Xu Q, Qiu Y, Lu QB, Wang T, Zhang XA, Lin SH, Lv CL, Jiang BG, Li H, Li ZJ, Gao GF, Yang WZ, Hay SI, Wang LP, Fang LQ, Liu W ; Équipe d'étude de surveillance étiologique des infections respiratoires aiguës du Centre chinois de contrôle et de prévention des maladies. /// Schémas d'infection et de co-infection de la pneumonie acquise dans la communauté chez des patients de différents âges en Chine de 2009 à 2020 : une étude de surveillance nationale. /// *Lancette microbienne*. 2023 mai;4(5):e330-e339. doi: 10.1016/S2666-5247(23)00031-9. Publication en ligne du 28 mars 2023. PMID: 37001538. /// [https://doi.org/10.1016/s2666-5247\(23\)00031-9](https://doi.org/10.1016/s2666-5247(23)00031-9)

Makary et Daniel (2016) : Makary MA, Daniel M. /// L'erreur médicale, troisième cause de décès aux États-Unis /// *BMJ* 2016 ; 353 :i2139 est ce que je:10.1136/bmj.i2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>

Mamelund (2006) : Mamelund SE /// Une maladie socialement neutre ? Classe sociale individuelle, richesse des ménages et mortalité due à la grippe espagnole dans deux paroisses socialement contrastées de Kristiania 1918-19 /// *Sciences sociales et médicales*. Février 2006 ; 62(4) :923-40. est ce que je: 10.1016/j.socscimed.2005.06.051. Publication en ligne du 8 août 2005. PMID : 16084634. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.051>

Mamelund et al. (2021) : Mamelund SE, Shelley-Egan C, Rogeberg O /// L'association entre le statut socio-économique et la grippe pandémique : revue systématique et méta-analyse /// *PLoS ONE* 16(9): e0244346. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244346>

Mandell et Niederman (2019) : Mandell LA, Niederman MS. /// Pneumonie par aspiration. (Revoir) /// *N Engl J Med*. 14 février 2019 ; 380(7) : 651-663. doi : 10.1056/NEJMra1714562. PMID : 30763196. /// <https://doi.org/10.1056/nejmra1714562>

Marik (2001) : Marik PE. /// Pneumopathie d'aspiration et pneumonie d'aspiration. (Revue) /// *N Engl J Med*. 1er mars 2001 ;344(9) :665-71. doi : 10.1056/NEJM200103013440908. PMID : 11228282. /// <https://doi.org/10.1056/nejm200103013440908>

Marik et Kaplan (2003) : Marik PE, Kaplan D. /// Pneumonie par aspiration et dysphagie chez les personnes âgées. /// *Poitrine*. 2003 juill;124(1):328-36. doi: 10.1378/chest.124.1.328. PMID: 12853541. /// <https://doi.org/10.1378/chest.124.1.328>

Marliot et al. (2020) : Marliot G, Penel N, Gamblin V. /// Changement d'utilisation du midazolam chez les patients atteints de cancer pendant la pandémie de COVID-19. /// *J Oncol Pharm Pract*. Oct. 2020;26(7):1817-1818. doi: 10.1177/1078155220948929. Epub 14 août 2020. PMID: 32791947. /// <https://doi.org/10.1177/1078155220948929>

Martin et Martin-Granel (2006) : Martin PM, Martin-Granel E. /// Évolution du terme épidémie sur 2 500 ans. /// *Dis. Infect. Emerg*. Juin 2006 ;12(6) :976-80. doi : 10.3201/eid1206.051263. PMID : 16707055 ; PMCID : PMC3373038. /// <https://doi.org/10.3201/eid1206.051263>

Martora et al. (2023) : Martora F, Battista T, Ruggiero A, Scalvenzi M, Villani A, Megna M, Potestio L. /// L'impact de la vaccination contre la COVID-19 sur les troubles cutanés inflammatoires et autres maladies cutanées : une revue de la littérature publiée. /// *Virus*. 23 juin 2023 ; 15(7) : 1423. doi : 10.3390/v15071423. PMID : 37515110 ; PMCID : PMC10384785. /// <https://doi.org/10.3390/v15071423>

Ménage (2021) : Janet Menage /// Réponse rapide : l'aide médicale à mourir est sujette aux abus /// *Réponse du BMJ*, 14 septembre 2021 /// <https://www.bmj.com/content/374/bmj.n2128/rr-11> /// Toutes les réponses rapides au même article sont ici : <https://www.bmj.com/content/374/bmj.n2128/rapid-responses>

Morey et al. (2015) : Morey JN, Boggero IA, Scott AB, Segerstrom SC /// Orientations actuelles en matière de stress et de fonction immunitaire humaine /// *Curr Opin Psychol*. 1er octobre 2015 ; 5 : 13-17. doi : 10.1016/j.copsy.2015.03.007. PMID : 26086030 ; PMCID : PMC4465119. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2015.03.007>

Morens et al. (2008) : Morens DM, Taubenberger JK, Fauci AS. /// Rôle prédominant de la pneumonie bactérienne comme cause de décès en cas de grippe pandémique : implications pour la préparation à la grippe pandémique. /// *Journal des maladies infectieuses*, vol. 198,7 (2008) : 962-70. doi : 10.1086/591708. /// <https://doi.org/10.1086/591708>

Norgan et Pritt (2018) : Norgan AP, Pritt BS. /// Infections parasitaires de la peau et des tissus sous-cutanés. /// *Avocate Anat Pathol*. Mars 2018;25(2):106-123. doi : 10.1097/PAP.000000000000183. PMID : 29351090. /// <https://doi.org/10.1097/pap.000000000000183>

O'Garra et coll. (2013) : O'Garra A, Redford PS, McNab FW, Bloom CI, Wilkinson RJ, Berry MP. /// La réponse immunitaire dans la tuberculose. /// *Année Rev Immunol*. 2013;31:475-527. doi: 10.1146/annurev-immunol-032712-095939. PMID: 23516984. /// <https://doi.org/10.1146/annurev-immunol-032712-095939>

Palmer et al. (2023) : Palmer et al. / Doctors for COVID Ethics /// Toxicité des vaccins à ARNm /// D4CE.org, version 2.1 (27 octobre 2023) (235 pages). <https://d4ce.org/mRNA-vaccine-toxicity/>

Panagioti et al. (2019) : Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E et al. /// Prévalence, gravité et nature des préjudices évitables causés aux patients dans les milieux de soins médicaux : revue systématique et méta-analyse /// *BMJ* 2019; 366 :l4185 doi:10.1136/bmj.l4185. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4185>

Paquette et al. (2024) : Maude Paquette, Matthew Magyar, Christian Renaud. /// *Mycoplasma pneumoniae* /// *JAMC* 1er octobre 2024 ; 196 : E1120. est ce que je: 10.1503/cmaj.240085. /// <https://doi.org/10.1503/cmaj.240085>

Park et al. (1992) : Matthew K. Park, Roy AM Myers, Louis Marzella /// Tensions d'oxygène et infections : modulation de la croissance microbienne, activité des agents antimicrobiens et réponses immunologiques /// *Maladies infectieuses cliniques*, Volume 14, numéro 3, mars 1992, pages 720–740. <https://doi.org/10.1093/clinids/14.3.720>

Pellegrino et al. (2016) : Pellegrino R, Walliczek-Dworschak U, Winter G, Hull D, Hummel T. /// Étude de la chimiosensibilité pendant et après un rhume aigu. /// *Forum international Allergie Rhinol.* 2017; 7: 185–191. <https://doi.org/10.1002/alr.21869>

Peters et al. (2021) : Eva MJ Peters, Manfred Schedlowski, Carsten Watzl, Ulrike Gimsa /// Stresser ou ne pas stresser : l'interaction cerveau-comportement-système immunitaire peut affaiblir ou favoriser la réponse immunitaire au SARS-CoV-2 /// *Neurobiologie du stress*, Volume 14, 100296. ISSN 2352-2895. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2021.100296>

Plumlee et al. (2021) : /// Courtney R. Plumlee, Fergal J. Duffy, Benjamin H. Gern, Jared L. Delahaye, Sara B. Cohen, Caleb R. Stoltzfus, Tige R. Rustad, Scott G. Hansen, Michael K. Axthelm, Louis J. Picker, John D. Aitchison, David R. Sherman, Vitaly V. Ganusov, Michael Y. Gerner, Daniel E. Zak, Kevin B. Urdahl /// L'infection par aérosol à très faible dose de souris avec *Mycobacterium tuberculosis* modélise plus étroitement la tuberculose humaine /// *Hôte cellulaire et microbe*, Volume 29, Numéro 1, 68 - 82.e5 /// <https://doi.org/10.1016/j.chom.2020.10.003>

Pneumatikos et al. (2009) : Ioannis A. Pneumatikos, Christos K. Dragoumanis, Demosthenes E. Bouros, David S. Warner, Mark A. Warner /// Pneumonie associée à la ventilation mécanique ou pneumonie associée à la sonde endotrachéale ? Une approche de la pathogenèse et des stratégies préventives soulignant l'importance de la sonde endotrachéale. /// *Anesthésiologie* 2009; 110:673–680 doi: <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31819868e0>

Prass et al. (2006) : Prass K, Braun JS, Dirnagl U, Meisel C, Meisel A. /// L'accident vasculaire cérébral propage l'aspiration bactérienne à la pneumonie dans un modèle d'ischémie cérébrale. /// *Accident vasculaire cérébral.* 2006 Oct;37(10):2607-12. doi: 10.1161/01.STR.0000240409.68739.2b. Epub 2006 Aug 31. PMID: 16946159. /// <https://doi.org/10.1161/01.str.0000240409.68739.2b>

Prenderville et al. (2015) : /// Jeter de l'huile sur le feu : l'impact du stress sur le vieillissement du cerveau /// *Tendances en neurosciences*, 38(1), pp. 13–25. doi: 10.1016/j.tins.2014.11.001. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25705750/>

Rancourt (2020) : Rancourt, DG /// Mortalité toutes causes confondues pendant la COVID-19 — Pas de fléau et une signature probable d'homicide de masse selon la réponse gouvernementale /// *RechercheGate*, 2 juin 2020. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.24350.77125> | Disponible sur : <https://archive.org/details/boexpert-witness-denis-rancourt-nci-ce-nc> - pp. 774-799.

Rancourt (2021) : Rancourt, DG /// Les masques faciaux réduisent-ils la propagation de la COVID-19 au Bangladesh ? Les résultats d'Abaluck et al. sont-ils fiables ? /// *denisrancourt.ca* (20 septembre 2021) /// <https://denisrancourt.ca/entries.php?id=106> - archivé : <https://archive.ph/yHbWO> - réédité : <https://www.globalresearch.ca/do-face-masks-reduce-covid-19-spread-bangladesh-abaluck-et-al-results-reliable/5756323?pdf=5756323>

Rancourt (2022) : Rancourt, DG /// Association causale probable entre l'événement extraordinaire de surmortalité survenu en Inde en avril-juillet 2021 et le déploiement du vaccin /// *Recherche de corrélation dans l'intérêt public*, 5 décembre 2022 /// <https://correlation-canada.org/report-probable-causalassociation-between-indias-extraordinary-april-july-2021-excess-mortality-event-and-thevaccine-rollout/>

Rancourt (2023a) : Rancourt, Denis /// Dr Denis Rancourt Dévoiler la mortalité toutes causes confondues : une analyse critique de la déclaration de pandémie et du déploiement de la vaccination — Témoignage de Denis Rancourt à l'Enquête nationale auprès des citoyens (Canada), Ottawa, 17 mai 2023, <https://rumble.com/v2ohtte-physicist-dr-denis-rancourt-presents-his-findings-on-all-causemortality-ot.html> /// Denis Rancourt Témoignage virtuel suite à l'Enquête nationale auprès des citoyens (Canada), 28 juin 2023, <https://rumble.com/v2wpyqu-national-citizens-inquiry-denis-rancourtvirtual-testimony.html> /// Site Web du NCI : <https://nationalcitizensinquiry.ca/>

Rancourt (2023b) : Rancourt DG. /// Réalités de la santé (nature fondamentale de la santé) /// Conférence spéciale invitée à : International Crisis Summit IV (ICS4), 17 novembre 2023 (18 minutes), Bucarest, Roumanie. /// <https://denisrancourt.ca/videos.php?id=111> /// <https://denisrancourt.substack.com/p/fundamental-nature-of-health> /// <https://rumble.com/v3x6q0o-denis-rancourt-realities-of-health-very-interesting.html>

Rancourt (2024) : Rancourt, DG /// Ma réponse aux critiques de Tracy Beth Hoeg sur notre calcul des « 17 millions de décès dus aux vaccins » /// <https://denisrancourt.ca/entries.php?id=136> (24 janvier 2024) ///

https://web.archive.org/web/20240126173523/https://denisrancourt.ca/uploads_entries/1706187_792521_Réponse%20au%20vérificateur%20des%20faits%20Hoeq%20sur%20le%20document%20de%2020M%2020----5.pdf

Rancourt et al. (2020) : Rancourt, DG, Baudin, M. et Mercier, J. (2020) /// Evaluation de la virulence du SARS-CoV-2 en France, à partir de la mortalité toutes causes confondues 1946-2020 /// *RechercheGate*, 20 août 2020 [Pré-impression]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16836.65920/1>

Rancourt et al. (2021a) : Rancourt, DG, Baudin, M. et Mercier, J. /// Nature de la catastrophe de santé publique de l'ère COVID aux États-Unis, de la mortalité toutes causes confondues aux facteurs socio-géo-économiques et climatiques

données. *///Portail de recherche*(25 octobre 2021) *///*<http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.11570.32962> *///*
<https://correlation-canada.org/Mortality-public-health-disaster-USA/>

Rancourt et al. (2021b) : Rancourt, DG, Baudin, M. et Mercier, J. *///* Analyse de la mortalité toutes causes confondues par semaine au Canada 2010-2021, par province, âge et sexe : Il n'y a pas eu de pandémie de COVID-19, et il existe de solides preuves de décès causés par la réponse chez les personnes les plus âgées et chez les hommes jeunes. *///Portail de recherche*(6 août 2021) *///*
<http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.14929.45921>

Rancourt et al. (2022a) : Rancourt, DG, Baudin, M. et Mercier, J. *///* Association causale probable entre le nouveau régime australien de mortalité toutes causes confondues et le déploiement de son vaccin contre la COVID-19. *///Recherche de corrélation dans l'intérêt public*, 20 décembre 2022 *///* <https://correlation-canada.org/report-probable-causal-association-between-australias-newregime-of-high-all-cause-mortality-and-its-covid-19-vaccine-rollout/>

Rancourt et al. (2022b) : Rancourt, DG, Baudin, M. et Mercier, J. *///* Campagne de vaccination de masse pendant la période COVID et désastre de santé publique aux États-Unis : mortalité toutes causes confondues résolue par âge/État en fonction du temps, administration du vaccin résolue par âge en fonction du temps et données socio-géo-économiques *///*
Portail de recherche(2 août 2022) *///*<http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.12688.28164> *///* Aussi disponible sur :<https://vixra.org/abs/2208.0023> et archivé ici<https://archive.ph/IFNwK>

Rancourt et al. (2022c) : Rancourt, DG, Baudin, M. et Mercier, J. *///* Preuve que les statistiques canadiennes sur la mortalité liée à la COVID-19 sont erronées. *///Recherche de corrélation dans l'intérêt public*, 5 octobre 2022 *///*<https://correlation-canada.org/report-proof-that-canadas-covid-19-mortalitystatistics-are-incorrect/>

Rancourt et al. (2023a) : Rancourt, DG, Baudin, M., Hickey, J., Mercier, J. *///* Mortalité associée au vaccin contre la COVID-19 dans l'hémisphère sud *///CORRELATION Recherche dans l'intérêt public*, Rapport, 17 septembre 2023.<https://correlation-canada.org/covid-19-vaccineassociated-mortality-in-the-Southern-Hemisphere/>

Rancourt et al. (2023b) : Rancourt, DG, Baudin, M., Hickey, J. et Mercier, J. *///* Taux de mortalité par dose du vaccin COVID-19 stratifié par âge pour Israël et l'Australie *///Recherche de corrélation dans l'intérêt public*, 9 février 2023 *///*<https://correlation-canada.org/report-age-stratified-vaccine-dose-fatality-rate-for-israel-and-australia/>

Rancourt et Hickey (2023) : Rancourt DG et Hickey J *///* Évaluation quantitative de la question de savoir si le vaccin contre la COVID-19, lauréat du prix Nobel, a réellement sauvé des millions de vies *///CORRELATION Recherche dans l'intérêt public*Rapport succinct, 08 octobre 2023 (115 pages).<https://correlationcanada.org/nobel-vaccine-and-all-cause-mortality/> .

Rancourt et al. (2024) : Rancourt DG, Hickey J, Linard C. *///* Variation spatiotemporelle de la surmortalité toutes causes confondues dans le monde (125 pays) pendant la période Covid 2020-2023 en fonction des facteurs socio-économiques et des interventions médicales et de santé publique. *///CORRÉLATION*

Recherche dans l'intérêt public, Rapport, 19 juillet 2024 (521 pages). <https://correlationcanada.org/covid-excess-mortality-125-countries>

Rancourt et al. (en préparation) : Une publication anticipée sera disponible à l'adresse *Corrélation*.
<https://correlation-canada.org/research/>

Richardson et al. (2020) : Richardson, S., Hirsch, JS, Narasimhan, M., Crawford, JM, McGinn, T., ... Davidson, KW /// Caractéristiques de présentation, comorbidités et résultats parmi 5 700 patients hospitalisés pour COVID-19 dans la région de New York. /// *JAMA*. est ce que je:10.1001/jama.2020.6775 /// <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6775>

Riley et al. (1959) : Riley RL, Mills CC, Nyka W., Weinstock N., Storey PB, Sultan LU, Riley MC, Wells WF /// Dissémination aérienne de la tuberculose pulmonaire. Une étude de deux ans sur la contagion dans un service de tuberculose. /// 19602701598, anglais, article de revue, 0096-5294, 70, (2), *Journal américain d'hygiène* (185–96) (1959) /// <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a117542>

Rodrigues (2009) : Rodrigues, SM, LeDoux, JE, & Sapolsky, RM /// L'influence des hormones de stress sur les circuits de la peur. /// *Revue annuelle des neurosciences*, 2009, 32(1), 289–313. doi:10.1146/annurev.neuro.0515 /// <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.051508.135620>

Roedl et al. (2021) : Roedl K, Jarczak D, Thasler L, Bachmann M, Schulte F, Bein B, Weber CF, Schäfer U, Veit C, Hauber HP, Kopp S, Sydow K, de Weerth A, Bota M, Schreiber R, Detsch O, Rogmann JP, Frings D, Sensen B, Burdelski C, Boenisch O, Nierhaus A, de Heer G, Kluge S. /// Ventilation mécanique et mortalité chez 223 patients gravement malades atteints de la maladie à coronavirus 2019 : une étude multicentrique en Allemagne. /// *Soins critiques en Australie*. 2021 mars;34(2):167-175. doi: 10.1016/j.aucc.2020.10.009. Epub 27 octobre 2020. PMID: 33250401; PMCID: PMC7590821. /// <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.10.009>

Rudge et Gilchrist (2005) : Rudge J, Gilchrist R. /// Morbidité hivernale excessive chez les personnes âgées exposées au risque de vivre dans des logements froids : une étude basée sur la population dans un arrondissement de Londres. /// *Santé Publique (Oxf)*. 2005 déc.;27(4):353-8. doi: 10.1093/pubmed/fdi051. Publication en ligne le 9 septembre 2005. PMID: 16155051. /// <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdi051>

Salminen (2022) : Salminen, A. /// Perspectives cliniques sur l'augmentation de l'activité immunosuppressive liée à l'âge /// *J Mol Med* 100, 697–712 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00109-022-02193-4>

Sapolsky (2005) : Robert M Sapolsky /// L'influence de la hiérarchie sociale sur la santé des primates (Revue) /// *Science*, 29 avril 2005, vol. 308, pages 648-652. DOI: 10.1126/science.1106477. <https://www.pinniped.net/sapolsky2005.pdf>

Selye (1936) : SELYE, H. /// Un syndrome produit par divers agents nocifs /// *Nature* 138, 32 (1936). <https://doi.org/10.1038/138032a0>

Selye (1956) : Hans Selye /// *Le stress de la vie* /// McGraw-Hill Publ., ©1956, 1976, 1984 /// Broché, édition révisée, 1978, ISBN 0-07-056212-1, pp. 515.

Selye (1976a) : Hans Selye /// *Stress in Health and Disease* /// 1ère édition - 1er janvier 1976, (ouvrage encyclopédique et revue systématique) pp. 1302 /// eBook ISBN : 9781483192215 /// <https://www.sciencedirect.com/book/9780407985100/stress-in-health-and-disease>

Selye (1976b) : Selye H. /// Quarante ans de recherche sur le stress : principaux problèmes et idées fausses qui subsistent /// *Can Med Assoc J*. 3 juillet 1976 ;115(1):53-6. PMID : 1277062 ; PMCID : PMC1878603. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1878603/>

Seneff et al. (2022) : Seneff S, Nigh G, Kyriakopoulos AM, McCullough PA. /// Suppression immunitaire innée par les vaccinations à ARNm contre le SARS-CoV-2 : le rôle des G-quadruplexes, des exosomes et des microARN /// *Chimie alimentaire Toxicol*. 2022 juin ;164 :113008. doi : 10.1016/j.fct.2022.113008. Epub 2022 avr. 15. PMID : 35436552 ; PMCID : PMC9012513. <https://doi.org/10.1016/j.fct.2022.113008>

Sheng et al. (2011) : Z. Sheng, DS Chertow, X. Ambroggio, S. McCall, RM Przygodzki, RE Cunningham, OA Maximova, JC Kash, DM Morens, JK Taubenberger /// Série d'autopsies de 68 cas décédés avant et pendant le pic de la pandémie de grippe de 1918. /// *Proc Natl Acad Sci US A*. 27 septembre 2011 ;108(39):16416-21. doi : 10.1073/pnas.1111179108. Publication en ligne le 19 septembre 2011. PMID : 21930918 ; PMCID : PMC3182717. <https://doi.org/10.1073/pnas.1111179108>

Silk (2002) : Silk, JB /// Pratiquer des actes d'agression aléatoires et des actes d'intimidation insensés : la logique des luttes de statut dans les groupes sociaux /// *Évol. Anthropol.*, 2002, 11: 221-225. <https://doi.org/10.1002/evan.10038>

Sy (2024) : Wilson Sy /// Décès excessifs au Royaume-Uni : Midazolam et euthanasie dans la pandémie de COVID-19 /// *Recherche médicale et clinique* (ISSN: 2577 - 8005), 2024, vol. 9(2), pp. 1-21. /// <https://doi.org/10.33140/MCR.09.053>

Sydenham (1676) : Thomas Sydenham /// *Observations médicales* (titre du livre traduit du latin par Greenwood) /// voir Greenwood (1919) : M. Greenwood / Sydenham en tant qu'épidémiologiste / *Proc R Soc Med*. 1919;12(Sect Epidemiol State Med):55-76. PMID: 19980701; PMCID: PMC2066736. / <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2066736/>

Szabo et al. (2017) : Szabo S, Yoshida M, Filakovszky J, Juhasz G. /// Le « stress » a 80 ans : de l'article original de Hans Selye en 1936 aux avancées récentes dans le domaine des ulcères gastro-intestinaux /// *Curr Pharm Des*. 2017;23(27):4029-4041. doi: 10.2174/1381612823666170622110046. PMID: 28641541. <https://doi.org/10.2174/1381612823666170622110046>

Teramoto (2022) : Shinji Teramoto /// Définition actuelle, épidémiologie, modèles animaux et nouvelle stratégie thérapeutique pour la pneumonie par aspiration (Revue) /// *Investigation respiratoire*,

Volume 60, numéro 1, 2022, pages 45-55, ISSN 2212-5345,
<https://doi.org/10.1016/j.resinv.2021.09.012>

Torjesen (2021) : Torjesen I. /// Covid-19 : Quand commencer la ventilation invasive est « la question à un million de dollars » /// *BMJ* 2021 ; 372 :n121 est ce que je:10.1136/bmj.n121 /// <https://doi.org/10.1136/bmj.n121>

Torres et coll. (2021) : Torres, A., Cilloniz, C., Niederman, MS et al. /// Pneumonie. /// *Les amorces de Nat Rev Dis* 7, 25 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00259-0>

Turner et al. (2017) : Turner RD, Chiu C, Churchyard GJ, Esmail H, Lewinsohn DM, Gandhi NR, Fennelly KP. /// Infectiosité de la tuberculose et sensibilité de l'hôte. /// *Infect Dis*. 3 novembre 2017 ; 216(suppl_6) : S636-S643. doi : 10.1093/infdis/jix361. PMID : 29112746 ; PMCID : PMC5853924. /// <https://doi.org/10.1093/infdis/jix361>

Volkert et coll. (2019) : Dorothee Volkert, Anne Marie Beck, Tommy Cederholm, Alfonso Cruz-Jentoft, Sabine Goisser, Lee Hooper, Eva Kiesswetter, Marcello Maggio, Agathe Raynaud-Simon, Cornel C. Sieber, Lubos Sobotka, Dienneke van Asselt, Rainer Wirth , Stephan C. Bischoff /// Ligne directrice ESPEN sur la nutrition et l'hydratation cliniques en gériatrie /// *Nutrition clinique*, Volume 38, numéro 1, 2019, pages 10-47, ISSN 0261-5614,
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>

Von (2022) : Theo Von /// Robert F. Kennedy Jr. nous informe d'un événement simulé de réponse à une pandémie /// vidéo, chaîne YouTube Theo Von Clips,
<https://www.youtube.com/@TheoVonClips> , 9 mai 2022, #TheoVonClips /// <https://www.youtube.com/watch?v=AnKlKiLhdew> /// Description : Extrait de Robert F. Kennedy Jr. | TPW 370 /// consulté le 17 novembre 2024 (10 715 vues).

Watts et al. (2021) : WATTS A, POLYCHRONOPOULOU E, PUEBLA NEIRA D. /// TENDANCES EN MATIÈRE DE VENTILATION MÉCANIQUE ET DE MORTALITÉ CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISÉS ATTEINTS DE LA COVID-19 : UNE ANALYSE RÉTROSPECTIVE. /// *Poitrine*. 2021 oct;160(4):A1127. doi: 10.1016/j.chest.2021.07.1033. Epub 2021 oct. 11. PMCID: PMC8503238. /// <https://doi.org/10.1016%2Fj.chest.2021.07.1033>

Zuercher et al. (2019) : Zuercher, P., Moret, CS, Dziewas, R. et al. /// Dysphagie en unité de soins intensifs : épidémiologie, mécanismes et prise en charge clinique. /// *Soins critiques* 23, 103 (2019).
<https://doi.org/10.1186/s13054-019-2400-2>