

RÉUNION PUBLIQUE N° 78 DU CONSEIL SCIENTIFIQUE INDÉPENDANT DU 10 NOVEMBRE 2022

Formation médicale et sanitaire continue donnée par des scientifiques, chercheurs et soignants indépendants.

Présentation : Dr Eric Ménat

Intervenants : Denis Rancourt

Participants : Emmanuelle Darles, Hélène Banoun, Dr Louis Fouché, Dr Olivier Soulier

INTRODUCTION

Eric Ménat :

Pour ce CSI, nous aurons d'importantes informations, très scientifiques et très rigoureuses sur la situation sanitaire qui nous aideront à gérer au quotidien notre propre santé et celle de nos proches.

Je souhaite rappeler que si le CSI peut diffuser sur la plateforme Crowdbunker, il n'existe absolument aucun lien entre le CSI et Crowdbunker qui diffuse quantité d'autres émissions. Nous utilisons cette plateforme ainsi que d'autres (Facebook, Comptes Réinfo et d'autres). Lorsque des internautes financent Crowdbunker, le CSI n'est absolument pas intéressé et ne touche strictement aucune contribution. Nous sommes deux structures indépendantes et nous n'avons aucun contrôle ni aucun lien avec la plateforme Crowdbunker. Cette mise au point pour répondre à différentes questions qui nous ont été posées sur les réseaux.

Notre invité est Denis Rancourt qui intervient depuis longtemps sur la gestion sanitaire du Covid, partout dans le monde et en particulier chez lui, au Québec ainsi qu'au Canada en général. Les "cousins" de France savent que les Canadiens ont vécu une gestion de crise très complexe et très douloureuse pour beaucoup de citoyens.

Denis Rancourt :

J'ai été professeur titulaire de physique à l'Université d'Ottawa pendant quelques décennies. Je suis devenu un chercheur interdisciplinaire dans plusieurs domaines scientifiques et j'ai publié une centaine de contributions scientifiques. J'ai fait des découvertes dans plusieurs domaines différents et je me suis tout de suite lancé dans les questions relatives au Covid lorsque j'ai vu la folie que les gouvernements nous amenaient.

Au tout début, j'ai écrit un premier article pour expliquer que toutes les recherches démontraient que les masques ne fonctionnaient pas, qu'ils n'empêchaient pas la transmission des maladies virales respiratoires. Cet article initial a été lu 400 000 fois sur *ResearchGate* et on m'a retiré la possibilité de publier sur ce site parce que, m'a-t-on dit, mon article était trop consulté et trop repris. Ceci a inauguré la censure à mon encontre puisque j'ai eu l'occasion de critiquer les vaccins et la manière

de gérer cette soi-disant crise sanitaire ; j'ai donc été censuré partout où on peut l'être en tant que scientifique. J'ai donc créé mon propre site web pour diffuser mes articles et mes rapports¹.

Le domaine dans lequel j'ai le plus fréquemment travaillé et de façon la plus approfondie, avec pour collaborateurs les Docteurs Jérémie Mercier et Marine Baudin, est celui de la mortalité toutes causes confondues. Cela signifie que nous avons compté les morts, quelle que soit la cause de décès, par juridiction, en fonction du temps, par groupes d'âges. A partir de ces décomptes, on produit des tableaux de mortalité.

La mortalité est une donnée qui ne peut pas être biaisée parce que la plupart des gouvernements ne trichent pas sur ces chiffres-là. La mort est reconnue, elle est comptée. Il peut y avoir des erreurs administratives qui n'induisent qu'une toute petite incertitude mais pas de tricherie et nous avons donc accès à des données très fiables et très détaillées dans les pays qui possèdent de bonnes statistiques.

A travers mes études sur cette mortalité toutes causes confondues au Canada, dans les 50 Etats des Etats-Unis et dans presque tous les pays européens, je suis arrivé à une conclusion très choquante pour beaucoup de chercheurs et beaucoup de médecins, à savoir : *il n'y a pas eu de pathogène particulièrement dangereux ou mortel qui soit intervenu en 2020*. Un tel pathogène n'a pas existé.

Tous les pathogènes habituels ont certainement circulé ; il en existe une grande variété dans nos écosystèmes mais aucun n'est venu causer une mortalité excédentaire ni particulièrement dangereuse. Dans l'ensemble des juridictions que nous avons étudiées, toute la mortalité en excès par rapport à la mortalité historique s'explique facilement par les mesures prises qui ont agressé les populations, ainsi que par les mauvaises décisions sur la manière de soigner les malades durant cette période. La conclusion est vraiment frappante : en termes de pathogène, il n'y avait aucune raison à invoquer toutes ces mesures et toutes ces raisons, non plus qu'à changer les protocoles de traitement.

J'ai conscience du caractère choquant de mon affirmation et je vais montrer comment on en arrive à cette conclusion et à quoi ressemblent ces données de mortalité.

Emmanuelle Darles :

La physique est une science dure par comparaison avec les sciences molles que sont par exemple les sciences sociales. La mortalité est une question dont nous avons beaucoup débattu au CSI, en particulier à travers les travaux de Pierre Chaillot et de Laurent Toubiana.

Louis Fouché :

J'exprime ce soir encore une pensée pour tous les professionnels du soin toujours suspendus. Je leur rappelle qu'ils peuvent rejoindre le *Syndicat Liberté Santé*², créé pour les aider financièrement, juridiquement et psychologiquement et leur offrir une interface avec l'institution, pour dialoguer, voire engager des procédures juridiques. L'objectif est qu'ils retrouvent leur emploi et qu'ils touchent leurs arriérés de salaires. On sait qu'aux Etats-Unis, au Canada et en Italie, les soignants ont été réintégrés, que des excuses publiques leur ont été adressées parce qu'il avait été démontré que la

¹ <https://denisrancourt.ca/>

² <https://www.syndicat-liberte-sante.com/>

vaccination n'empêchait pas la transmission et que la perte de son emploi pour avoir refusé cette injection était injustifiée et injustifiable.

Je fais cette publicité parce qu'au cours de mes tournées en France, je m'aperçois que de nombreuses personnes sont encore seules et que c'est le moment de rompre cette solitude. Parvenir à créer un groupe institutionnel (comme les associations de patients victimes d'effets secondaires³), on a plus de puissance pour discuter avec les sénateurs, les députés, les juges, etc.

Dans la confrontation aux institutions qui emploient les personnels de santé, nous avons tout à gagner à être nombreux, puissants, et à mettre en commun nos compétences.

Parmi mes collègues médecins et réanimateurs en particulier, la conviction demeure que nos services de réanimation ont été à un moment submergés par un afflux de patients et entendre qu'il n'y aurait pas eu plus de mortalité, voire qu'il n'y aurait rien eu du tout, provoque comme une dissonance cognitive. Tout au long des semaines, nous avons pourtant réussi à montrer que les mesures sanitaires avaient été extrêmement délétères, en désorganisant la médecine générale et la médecine de premier recours. C'était une véritable aberration en termes de prise en charge d'une épidémie et toute la prise en charge hospitalière en aval a été compromise par les choix thérapeutiques initiaux délétères.

Olivier Soulier :

Un peu partout dans le monde, les soignants sont réintégrés mais en France, le gouvernement hésite parce qu'il a eu affaire à des gens avec du caractère, de fortes têtes qui ne se sont pas laissés influencer. Peut-être ce gouvernement a-t-il peur de gens qui font preuve de liberté de pensée et d'esprit. Cependant, là est l'important et nous sommes présents pour nourrir cette liberté de pensée. Une fois de plus, Jean-François Delfraissy reconnaît que ce vaccin était un mauvais vaccin et je trouve cet aveu très intéressant...

Les statistiques, la mort et leurs manipulations

Denis Rancourt

Où trouver mes travaux ?

COVID

- [2022-10-29 ::: blogpost - Recommended books critical of the virus, magic bullet and vaccine theories](#)
- [2022-10-05 ::: Report: Proof that Canada's COVID-19 mortality statistics are incorrect](#)
- [2022-09-23 ::: OCLA Report 2022-2: Canadian court decisions on the constitutionality of Covid measures are invalid due to jurisdictional errors of law](#)
- [2022-08-21 ::: Compartmental mixing models for vaccination-status-based segregation regarding viral respiratory diseases](#)
- [2022-08-02 ::: COVID-Period Mass Vaccination Campaign and Public Health Disaster in the USA](#)

³ Où est mon cycle ? (femmes victimes de troubles menstruels), Verity France, Personnels navigants libres (équipages de l'aviation civile)

- [2022-07-09 ::: Evaluating the Effect of Lockdowns On All-Cause Mortality During the COVID Era: Lockdowns Did Not Save Lives](#)
- [2022-04-27 ::: OCLA Statement on CMAJ Fisman et al. Article Claiming Disproportionate Infection Risk from Unvaccinated Population, and on Negligent Media Reporting](#)
- [2022-04-26 ::: Géopolitique et Covid - Rancourt-Mercier](#)
- [2022-03-20 ::: Expert Report of Denis Rancourt, PhD - Outdoor transmission, efficacy of masks, gravity of the declared pandemic](#)
- [2022-02-09 ::: Nature of the toxicity of the COVID 19 vaccines in the USA](#)
- [2022-01-12 ::: COVID19 is a War Measure for Population Control in Shadow of US-China Conflict \(transcript, Geopolitics & Empire\)](#)
- [2021-10-25 ::: Nature of the COVID-era public health disaster in the USA, from all-cause mortality and socio-geo-economic and climatic data](#)
- [2021-09-20 ::: Do Face Masks Reduce COVID-19 Spread in Bangladesh? Are the Abaluck et al. Results Reliable?](#)
- [2021-08-06 ::: Analysis of all-cause mortality by week in Canada 2010-2021, by province, age and sex: There was no COVID-19 pandemic, and there is strong evidence of response-caused deaths in the most elderly and in young males](#)
- [2021-08-02 ::: Open Letter to the Unvaccinated](#)
- [2021-02-22 ::: Review of scientific reports of harms caused by face masks, up to February 2021](#)
- [2021-02-06 ::: REPORT ::: Analysis of the scientific basis for Ontario, Canada's mandatory face masking and physical distancing law, 2020](#)
- [2021-01-04 ::: OPINION - What I believe about COVID](#)
- [2020-12-28 ::: Measures do not prevent deaths, transmission is not by contact, masks provide no benefit, vaccines are inherently dangerous: Review update of recent science relevant to COVID-19 policy](#)
- [2020-11-10 ::: The Great VIRAL Debate \(Off-Guardian\) - Dr Rancourt's Closing Statement](#)
- [2020-08-20 ::: Evaluation of the virulence of SARS-CoV-2 in France, from all-cause mortality 1946-2020](#)
- [2020-08-03 ::: Face masks, lies, damn lies, and public health officials: "A growing body of evidence"](#)
- [2020-06-21 ::: LETTER - OCLA Asks WHO to Retract Recommendation Advising Use of Face Masks in General Population](#)
- [2020-06-05 ::: COVID censorship at ResearchGate: Things scientists cannot say](#)
- [2020-06-02 ::: All-cause mortality during COVID-19 - No plague and a likely signature of mass homicide by government response](#)
- [2020-04-18 ::: REPORT ::: Criticism of Government Response to COVID-19 in Canada](#)
- [2020-04-11 ::: Masks Don't Work - A review of science relevant to COVID-19 social policy](#)

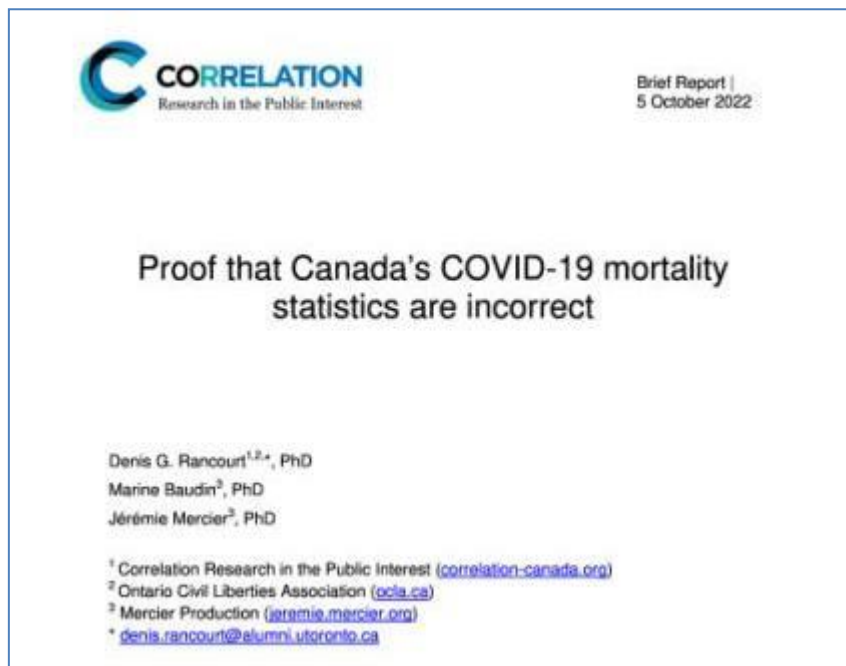
La liste ci-dessus montre la quantité d'articles produits dans la section Covid avec les dates, dont le premier à propos des masques en date du 11/04/2020 ainsi que des rapports transmis à l'OMS (l'un en date du 02/06/2021). Dès le début (article du 02/06/2020), j'ai fourni des articles sur la mortalité toutes causes confondues.

Beaucoup de ces articles ont été traduits en français. Ils sont disponibles lorsque l'on clique sur denisrancourt.ca.

Downloads:

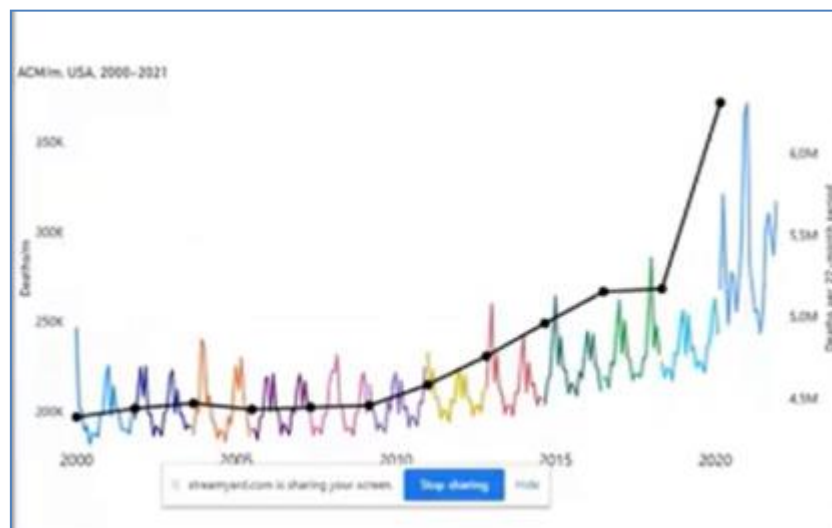
- [Canada COVID-19 deaths are incorrect--10d-Oct5.pdf](#)
- [en francais---Preuve que les statistiques canadiennes sur la mortalité liée à la COVID-19 sont incorrectes - Centre de recherche sur la mondialisation.pdf](#)

Je suis chercheur à la *Ontario Civil Liberties Association* qui possède une section Covid dans laquelle apparaissent toutes les lettres adressées aux députés, à l’OMS, les rapports et études scientifiques réalisés depuis le début de la crise et auxquels j’ai beaucoup participé.



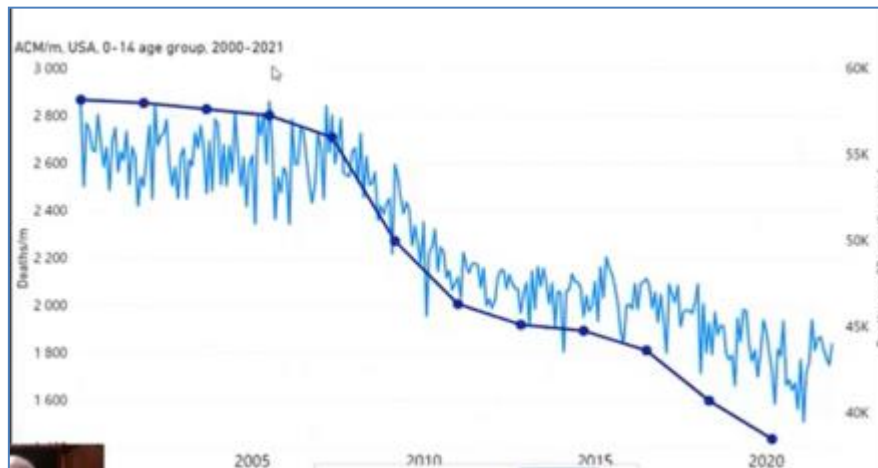
Récemment, nous avons créé une nouvelle corporation (image ci-dessus) qui compile nos recherches les plus récentes ; elles sont disponibles dans la section Research.

Données de mortalité aux Etats-Unis (article du 02/08/2022)

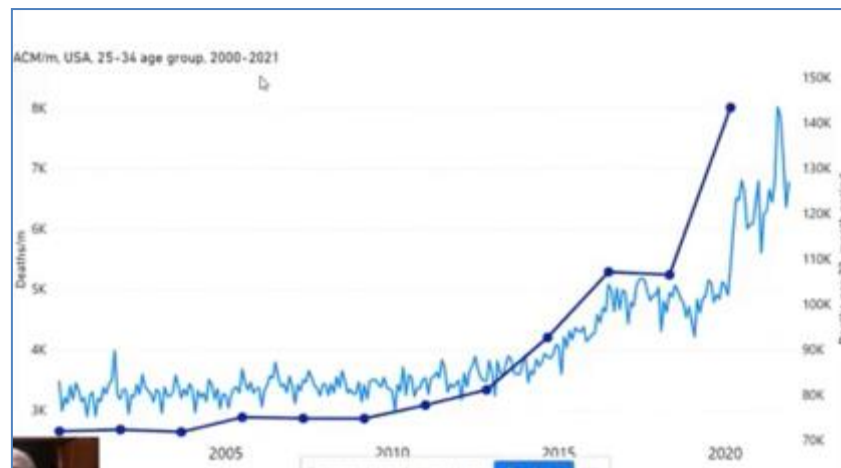


La courbe ci-dessus détaille la mortalité toutes causes confondues, par mois, depuis 2000, jusqu’à présent ou presque. Les points noirs représentent des valeurs intégrées de la mortalité toutes causes confondues. Pour établir la courbe, nous avons choisi le début de la soi-disant pandémie, au moment où elle a été annoncée (le 11 mars 2020). A partir de cette date, la mortalité aux USA a été beaucoup plus élevée en général, comparée aux données historiques antérieures.

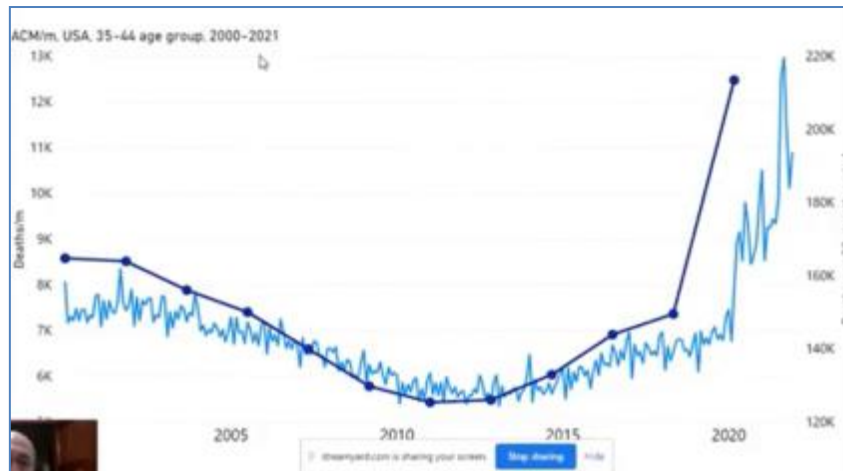
On intègre les chiffres sur toute la période Covid, soit environ deux ans, ce qui nous donne une valeur intégrée représentée par le point noir le plus élevé sur la courbe. Avant l'année 2020, dans les périodes d'une même durée, on observait une évolution historique de la mortalité intégrée sur une période équivalente à toute la période Covid. ce graphique est l'exemple du type de données sur lesquelles nous travaillons.



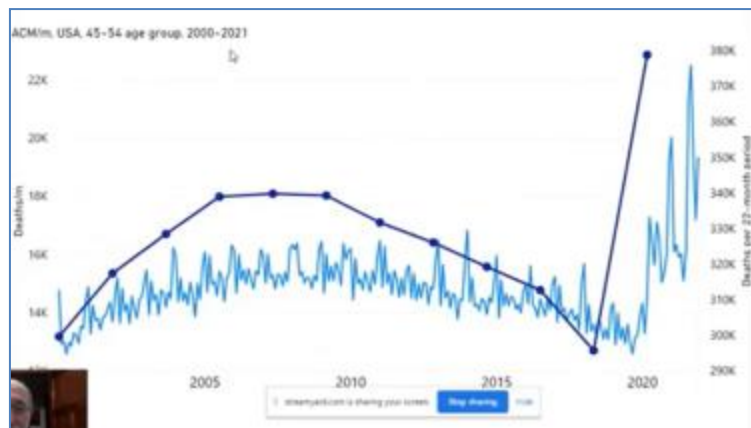
On peut aussi regarder les données ci-dessus, par groupe d'âges (0-14 ans), toujours pour les Etats-Unis. On remarque que certains groupes d'âge ont subi une très forte hausse de mortalité dès l'annonce de la pandémie, comme la tranche des 25-34 ans ci-dessous :



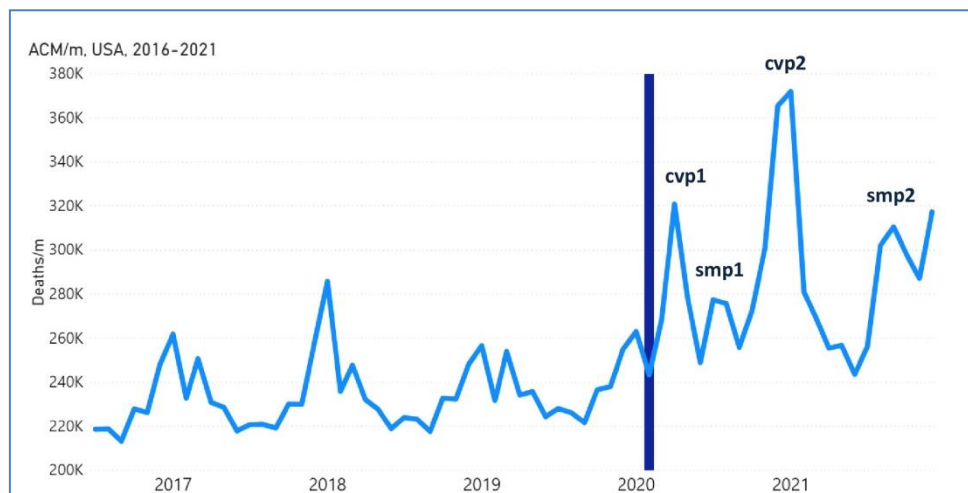
La hausse est gigantesque, immédiate, comparée aux valeurs historiques.



On peut faire la même observation pour les 35-44 ans ci-dessus et pour les 45-54 ans sur le graphique suivant.



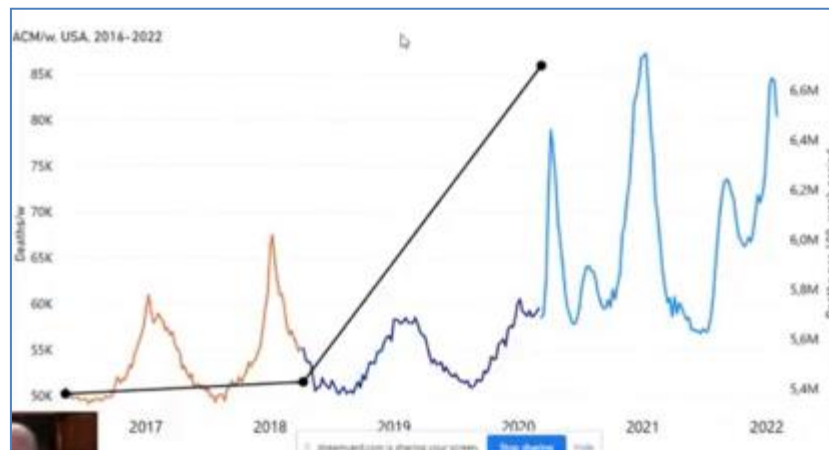
On peut faire une analyse plus détaillée en regardant la mortalité toutes causes confondues, par semaines cette fois plutôt que par mois. On obtient une résolution dans le temps plus élevée :



Sur le graphique ci-dessus, la ligne verticale bleu foncé correspond à la date à laquelle on a annoncé la pandémie. Elle est immédiatement suivie d'un pic de mortalité très soudain, dans beaucoup de

juridictions : à Paris, en France, à New-York, aux USA , au Québec, au Canada, etc. Ce pic est absent dans beaucoup de juridictions. Aux Etats-Unis, une trentaine d’Etats ne présentent pas d’anomalies au début de l’épidémie alors que l’on constate d’autres points chauds avec de très grandes anomalies.

Selon notre analyse, ce pic est directement dû aux interventions dans les hôpitaux et dans les foyers des personnes fragiles. Là où avaient été mis en place des règles et des protocoles de traitement qui seraient mortels, on a pu observer cette mortalité-là.



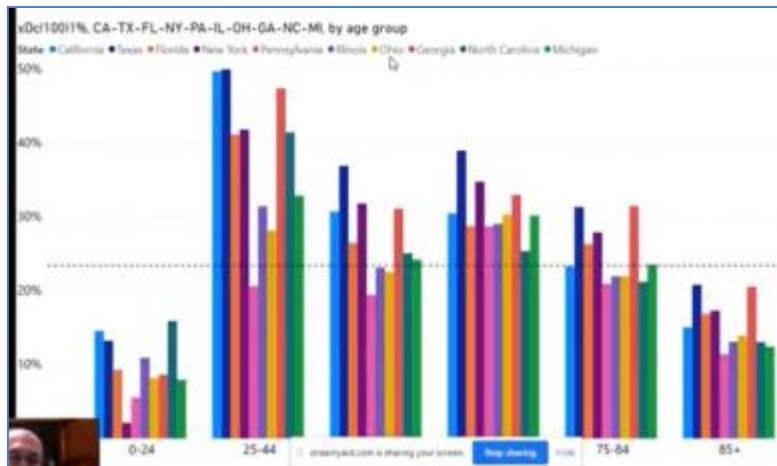
Dans le graphique ci-dessus, on intègre sur toute la période Covid pour quantifier la mortalité toutes causes confondues dans cette période, comparée aux deux périodes précédentes de même durée ; on observe un saut exceptionnel aux Etats-Unis pour la période Covid parce que beaucoup de pays ne connaissent pas un changement dans leur mortalité toutes causes confondues.

On est frappé de relever le nombre de 1,2 millions de morts excédentaires aux Etats-Unis alors qu’il n’y en a presque pas eu au Canada. Dans la même période, on a enregistré une légère augmentation de la mortalité de 3% malgré le fait que les deux pays partagent une frontière de presque 9 000 km et que ce sont les deux pays limitrophes qui échangent économiquement le plus.

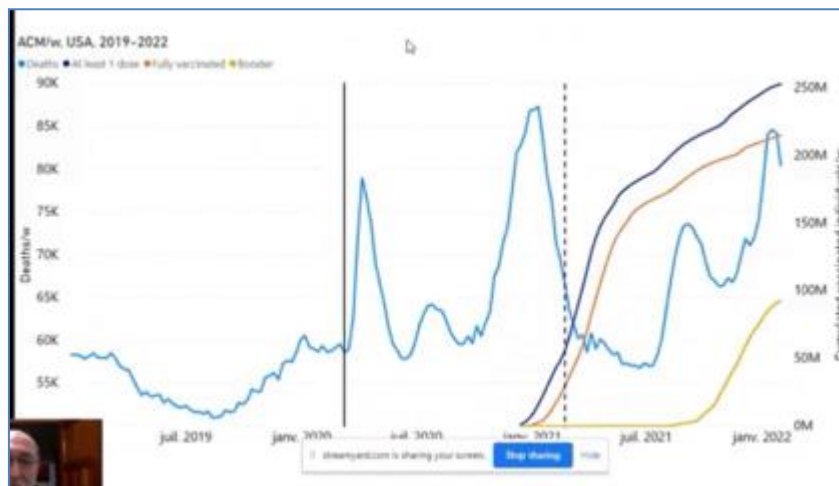
Essentiellement, il n’y a pas eu d’excès de mortalité au Canada, et c’est l’une des raisons qui permet d’affirmer que ce n’est pas un virus qui a causé cette mortalité, mais deux choses :

- La **fragilité** des populations dans les juridictions impliquées.
- L’**agressivité** des mesures sanitaires sur ces populations fragiles.

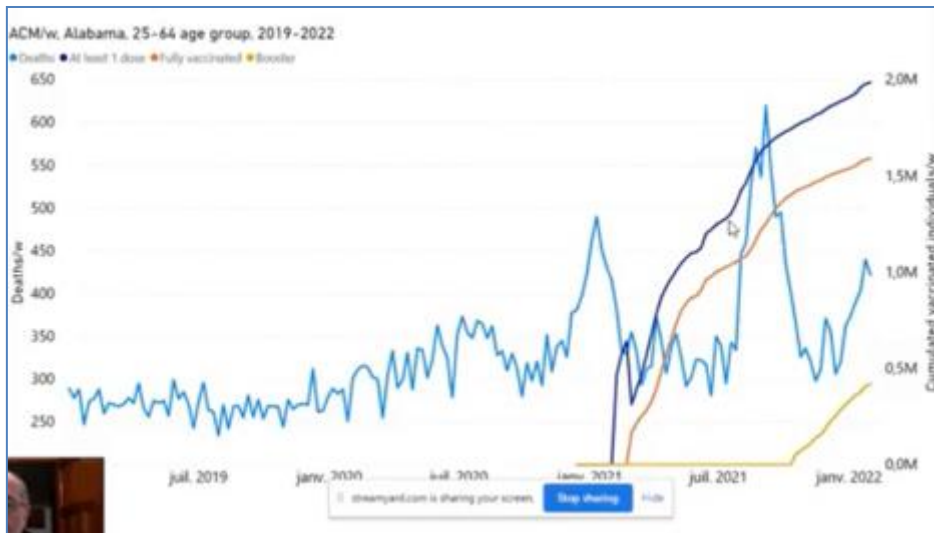




La mortalité excédentaire par groupes d'âge pendant la période Covid pour les 10 Etats les plus peuplés aux USA ressemble à ce que reproduit le graphique ci-dessus.



On peut la comparer en fonction du temps, par semaines, avec le nombre de vaccins injectés et le nombre de boosters. On peut chercher à repérer des pics de mortalité qui seraient dus à l'augmentation du nombre de vaccinations. Nous avons fait cette analyse en détail et trouvé effectivement des Etats où le pic de mortalité correspondait exactement à l'augmentation du nombre de vaccinations.

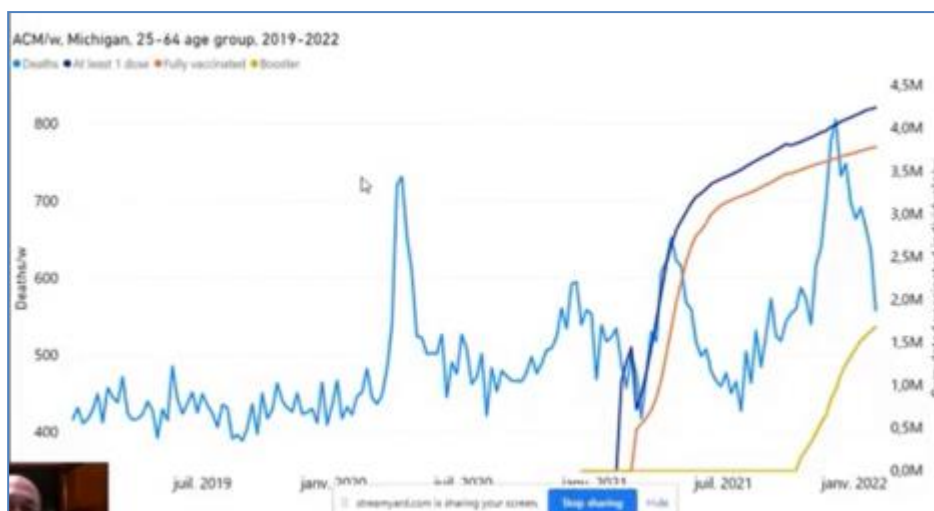


Le graphique ci-dessus, qui concerne l'Alabama, montre (ligne bleue foncée) l'augmentation de la vaccination à l'occasion d'une campagne appelée *Vaccine equity* ; cette dénomination signifiait qu'il fallait être équitable par rapport au vaccin, c'est-à-dire vacciner les plus fragiles dans l'ensemble de l'État. Les autorités ont engagé des milliers de personnes pour le faire, ce qui a augmenté le taux de vaccination et donné lieu à un pic inédit de mortalité à l'été 2021. On n'avait jamais vu un tel pic.

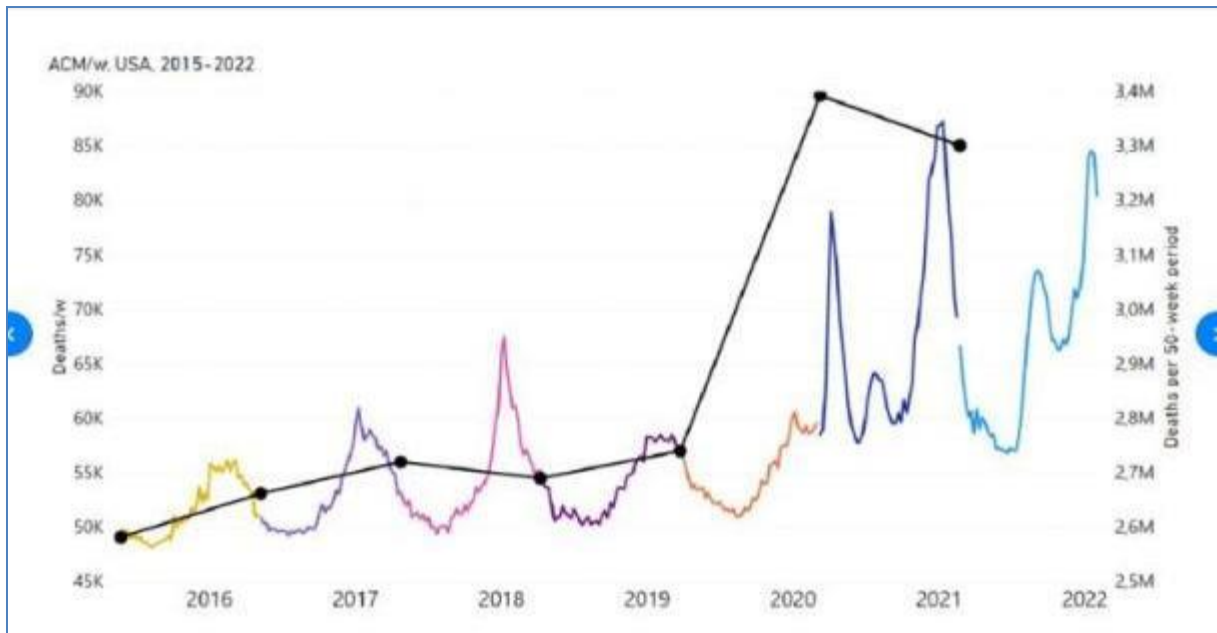
Les États où les personnes fragiles sont en grand nombre (personnes handicapées motrices, handicapées mentales, pauvreté, précarité), où elles représentent une importante fraction de la population, ont connu une mortalité associée au vaccin lors de cette période de *Vaccine equity*, parce que, selon la formule, on est vraiment "aller les chercher".

Cela a été le cas dans les États du Mississippi, de Géorgie, de Floride et de Louisiane.

Dans l'État du Michigan, il s'est passé quelque chose d'inhabituel par rapport à la vaccination.

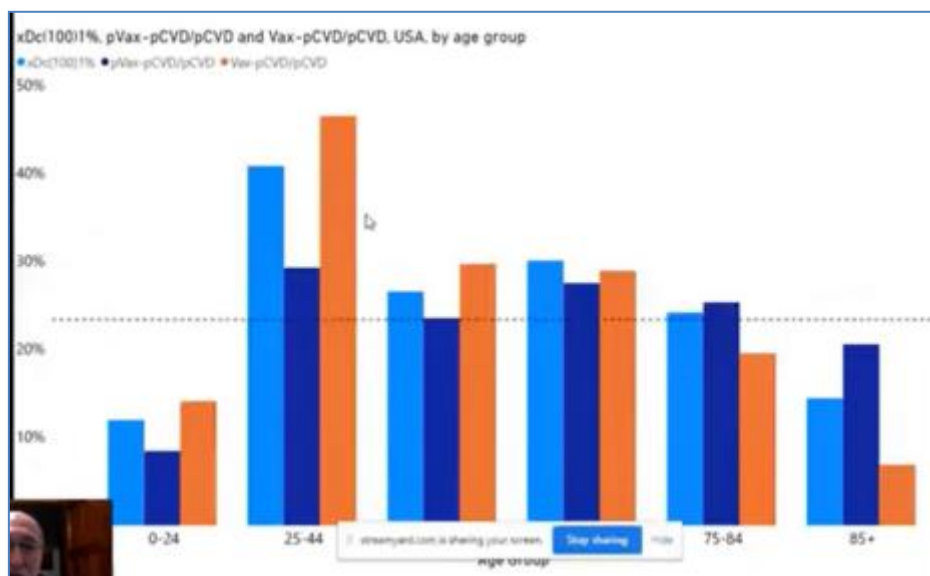


Le phénomène ressemble à celui qui s'est produit en Ontario, au Canada.



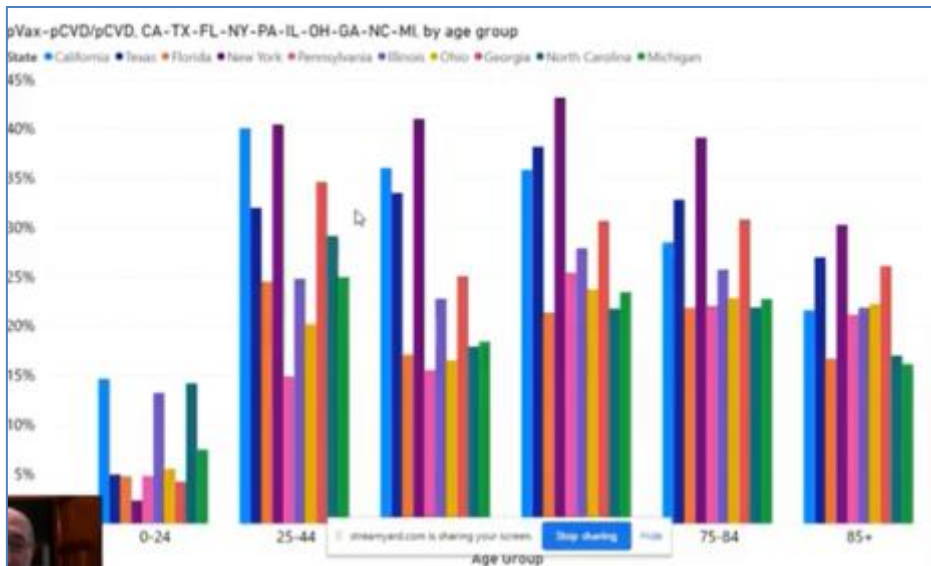
Ensuite, nous avons intégré la période qui correspond au moment où tout le monde à peu près avait été vacciné, une période de même durée présente dans la période Covid mais avant l'introduction du vaccin et, historiquement, des périodes de même durée.

Cette façon de procéder permet de comparer de façon quantitative la mortalité qui s'est produite dans la période où l'on a imposé la vaccination *versus* la période immédiatement antérieure mais durant l'épidémie de Covid.

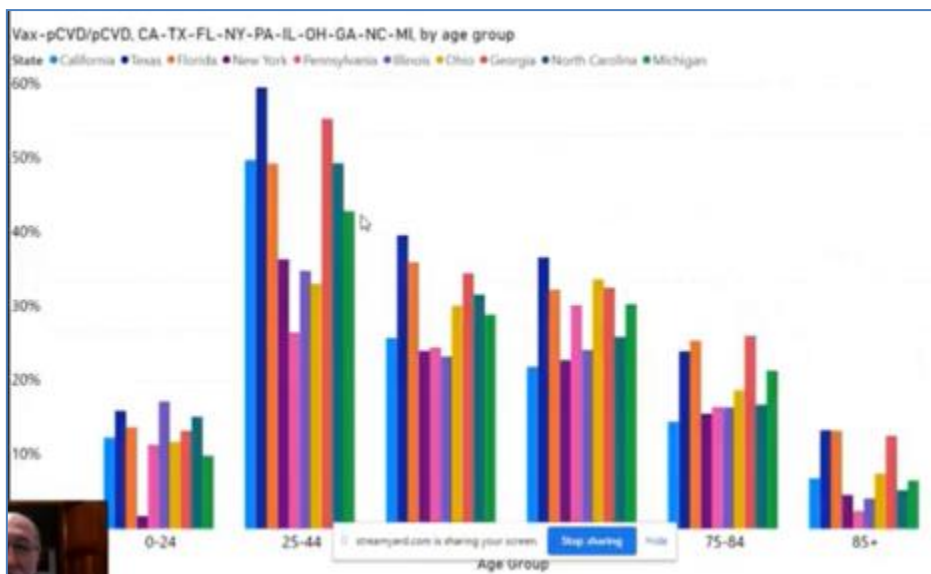


Nous avons procédé à une étude par groupes d'âge ce qui a permis d'établir l'histogramme ci-dessus.

On observe qu'avant la vaccination, la mortalité par groupes d'âge dans les dix Etats les plus peuplés ressemble à l'histogramme ci-après :



Alors que dans la période de vaccination, on obtient l'histogramme suivant :



On constate que cette mortalité n'est pas exponentielle avec l'âge ce qui serait nécessaire pour qu'elle soit due à une infection virale du type Covid d'après les études cliniques les plus fiables et on constate aussi que la distribution en âge a dramatiquement changé dans la période où l'on a vacciné les gens *versus* la période antérieure à la vaccination.

On peut chercher des corrélations entre la mortalité et les facteurs géo-économiques, socio-économiques

Intervention d'Eric Ménat :

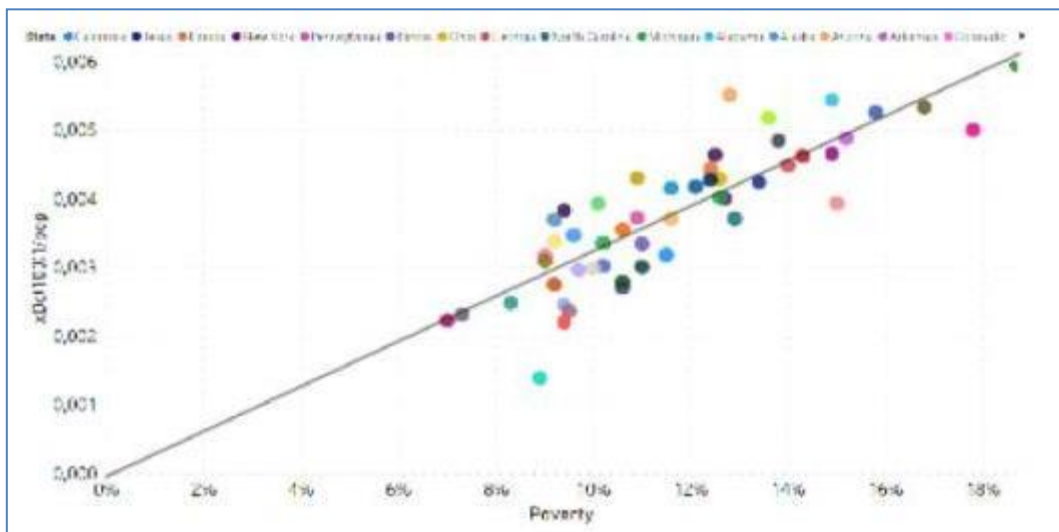
Les courbes que vous présentez sont très intéressantes mais pour faciliter la compréhension des auditeurs, surtout s'ils sont un peu profanes, je pense qu'il faut apporter quelques précisions : vous venez de montrer qu'il y a des courbes de mortalité par âges tout à fait inhabituelles après la vaccination. Est-ce bien ce que vous avez montré ? Et, si j'ai bien compris, vous avez souligné le fait qu'il y avait beaucoup plus de mortalité chez les jeunes alors que si l'on avait eu affaire à un virus, il y aurait plus de mortalité chez les vieux.

Le dernier histogramme présenté montre l'anormalité de la mortalité puisqu'elle est plus élevée dans les tranches des 25-44 ans et beaucoup plus basse dans la tranche d'âge des 85 ans et plus, alors que l'on sait très bien que ce sont les personnes âgées qui meurent le plus du virus. C'est une anomalie qu'officiellement, on n'explique pas ?

Denis Rancourt :

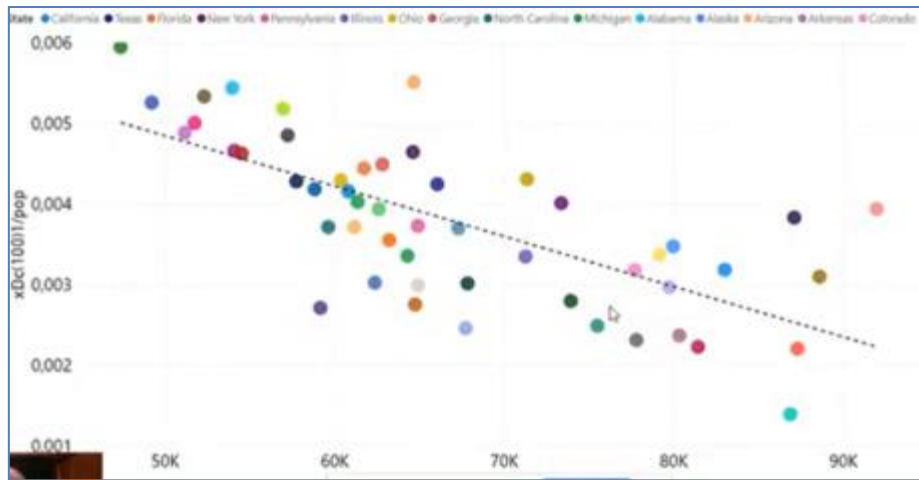
Il est important de préciser que cet histogramme est le résultat d'une intégration sur une grande période et de la façon plus fiable de déceler la mortalité qui serait due au vaccin. Elle consiste à étudier la synchronicité entre le moment où l'on a livré les injections et celui où s'observe une mortalité excédendaire, un pic. Est-ce que les épisodes sont synchrones ? Parce que l'on sait que la grande part de la mortalité due aux vaccins a lieu dans les cinq jours suivant l'injection. Le phénomène se produit dans les Etats où il y a de grandes populations de personnes handicapées et pauvres.

On croit que le vaccin tue des personnes vulnérables et ceci est un facteur important. Il y a une convolution⁴ entre la vulnérabilité de l'individu et l'agression subie du fait de la substance toxique injectée qu'est le vaccin.



Mais lorsqu'on intègre, on voit toute la mortalité sur une grande période. Chaque point sur le graphique ci-dessus représente l'un des 50 Etats américains ; lorsqu'on évalue la mortalité excédendaire par Etat et que l'on observe toute la période Covid avec l'intégration de la mortalité, il y a une corrélation parfaite de la mortalité avec la fraction de la population qui vit dans la pauvreté. Ce facteur de corrélation (le *Pearson correlation coefficient*) est de + 0,86. C'est une corrélation extraordinaire qu'on voit rarement en sciences de la vie. C'est non seulement une corrélation, mais c'est aussi une proportionnalité parce que la droite passe par l'origine. Cela signifie que lorsque le nombre de personnes qui vivent dans la pauvreté augmente du double, la mortalité double dans la période Covid pendant la durée d'application de ces mesures agressives à la population. C'est un résultat très important et très frappant et nous avons trouvé des corrélations identiques avec le salaire des familles et les handicaps (graphiques suivants).

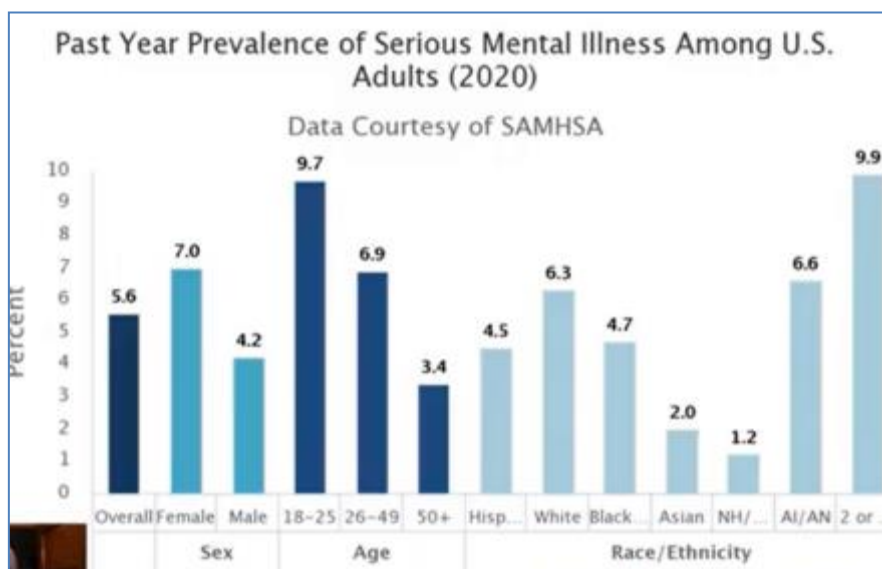
⁴ Terme mathématique : combinaison de deux facteurs (Petit Robert de la langue française)



La projection nous suggère qu’aux Etats-Unis, une famille qui dispose de plus de 130 000 dollars par an ne mourrait pas dans la période Covid alors qu’on a trouvé des corrélations avec les handicaps.

Aux Etats-Unis, dans la fraction de population âgée de 65 ans et plus, on ne trouve pas de corrélation entre la mortalité excédentaire dans la période Covid et la structure en âge de la population. Normalement, pour une maladie respiratoire de ce type, la mortalité devrait être exponentielle en âge. Le même constat s’applique aux tranches d’âge de 85 ans et plus, 75 ans et plus, 65 ans et plus. Ce manque absolu de corrélation entre la mortalité excédentaire et la structure en âge indique clairement que ce fameux virus n’est pas en cause.

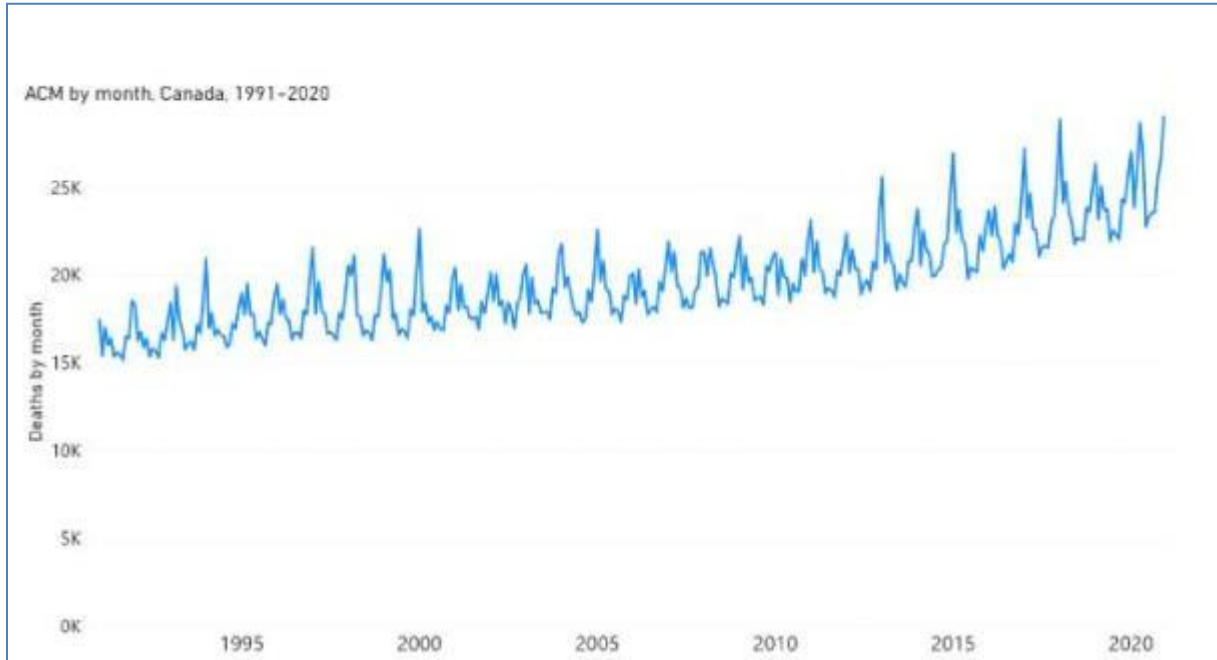
L’une des raisons de la forte mortalité aux Etats-Unis, comparée à celle du Canada ou de beaucoup d’autres pays est liée à un grand nombre de fragilités. Le phénomène est ignoré mais 13 millions de personnes sont considérées comme atteintes d’une maladie mentale grave. Cette *serious mental illness* sévit surtout chez les jeunes.



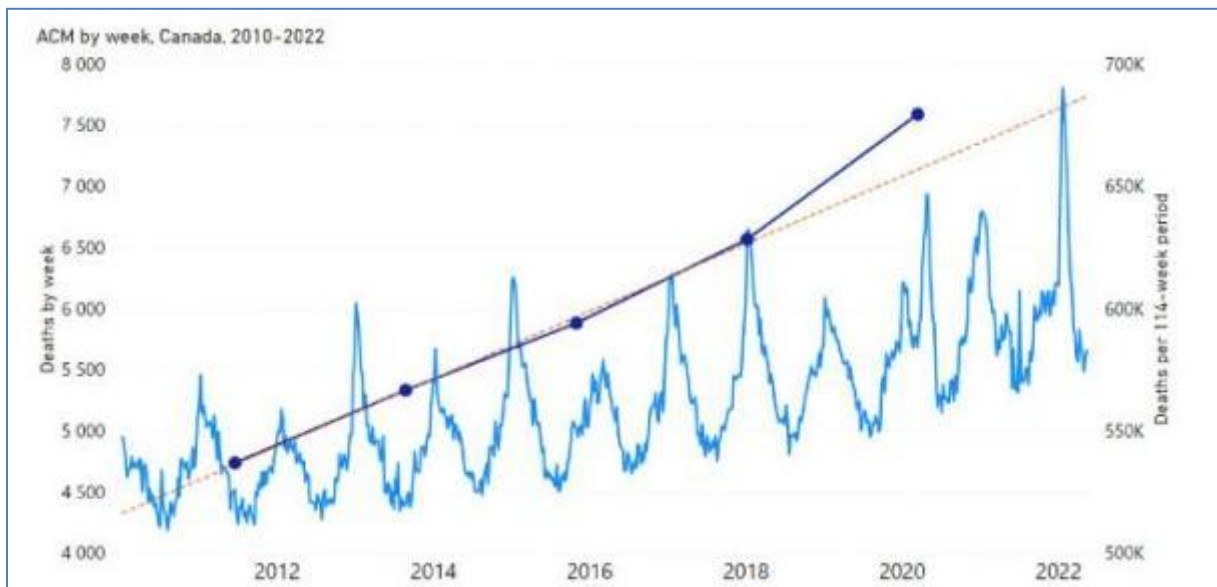
Le graphique ci-dessus montre que la population des 18-25 ans est beaucoup plus atteinte que celle des 50 ans et plus. Cette prédominance de la maladie mentale chez les plus jeunes peut expliquer la variation de mortalité selon les groupes d’âge. Dans notre article, nous apportons une interprétation de toutes ces données.

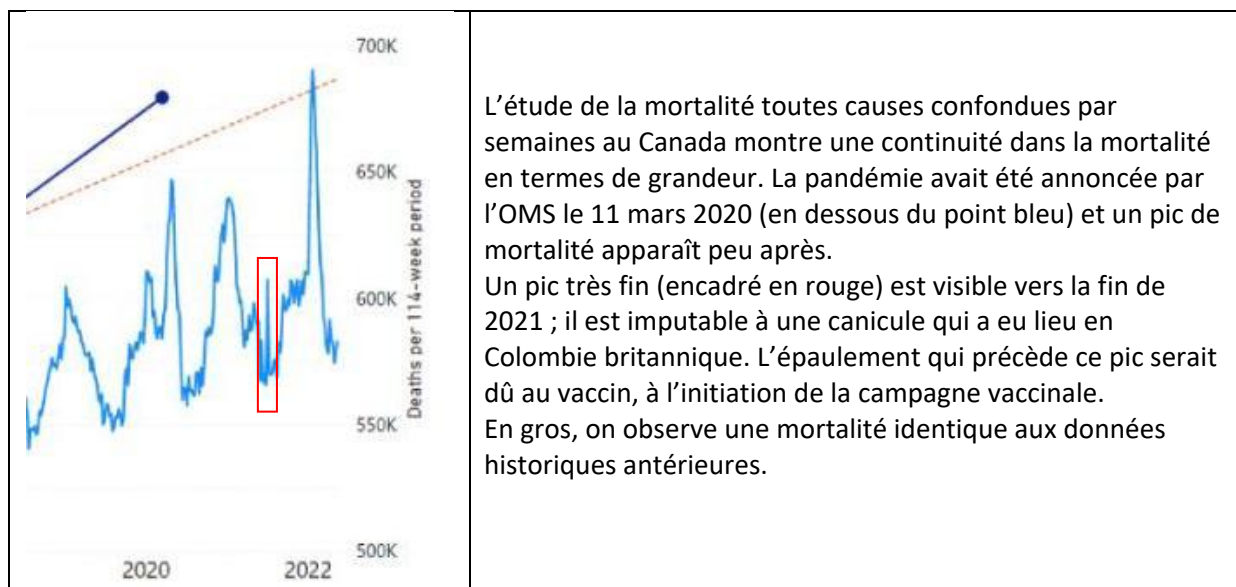
Données de mortalité pour le Canada

Pour le Canada, voici le graphique de la mortalité toutes causes confondues par mois, depuis 1990 :



On observe un pic, présent surtout au Québec, au moment de l'annonce de la pandémie mais on n'a pas noté une augmentation de la mortalité comme celle observée aux Etats-Unis.

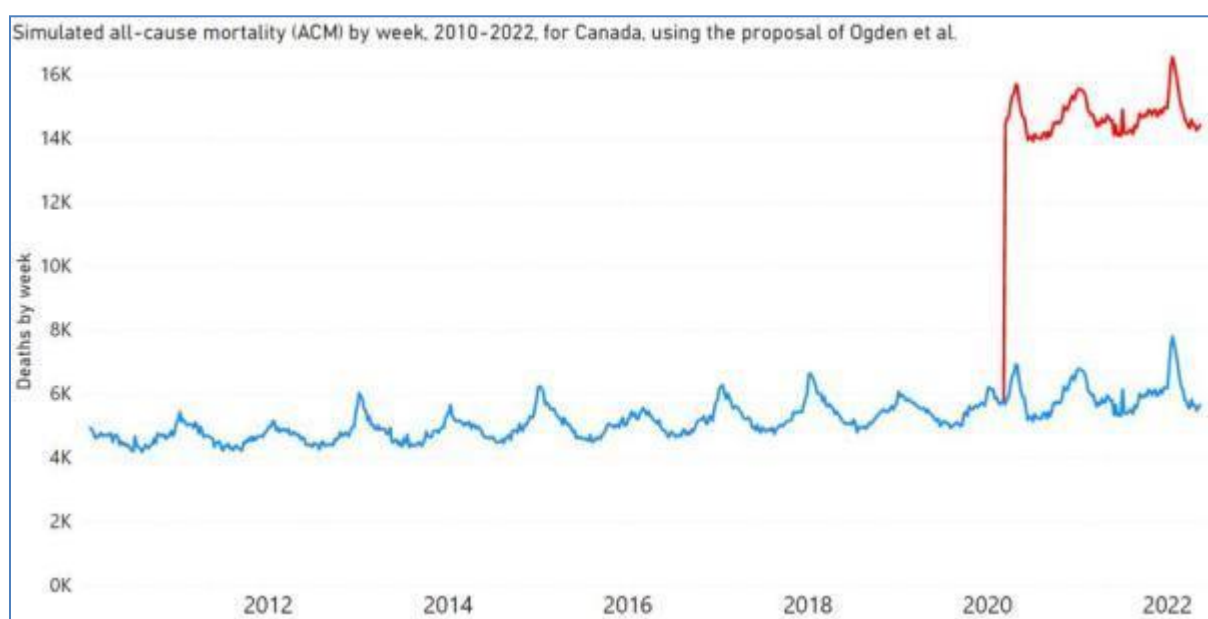




Les valeurs intégrées sur toute la période Covid indiquent une légère augmentation de mortalité (ligne bleue, pleine), comparée à la tendance historique, linéaire en bonne approximation (ligne pointillée jaune). Cette augmentation correspond à 3% de la mortalité. Ce n'est pas énorme et cela ne se repère pas à l'œil nu si on essaie d'intégrer la mortalité à l'œil nu. On ne le voit pas dans les données brutes.

A présent, je vais montrer ce que dit le gouvernement du Canada à propos de cette mortalité. Il faut se rappeler, en préambule, qu'il n'y a presque pas de mortalité excédentaire au Canada, voisin sur une grande échelle des Etats-Unis où il y a eu une mortalité excédentaire **énorme** pendant la période Covid. Ce constat prouve qu'on ne peut pas invoquer une maladie virale respiratoire qui se répand. Les mortalités ne s'expliquent pas de cette façon.

Pour montrer à quel point c'est ridicule, voici un graphique qui représente ce que dit le gouvernement du Canada :



La courbe bleu clair symbolise la mortalité (réelle, mesurée), toutes causes confondues, par semaines sur la période de 2010 à 2022 et durant la période du Covid. La responsable de la Santé publique du Canada, Theresa Tam, a copublié un article scientifique dans lequel elle-même et les co-auteurs ont dit que, s'ils n'avaient pas appliqué toutes les mesures qu'ils ont appliquées (masques, distanciation, vaccins, etc.), il y aurait eu un million de morts supplémentaires au Canada. Si je distribue uniformément sur les semaines de la période Covid ce million de morts, j'obtiens la courbe rouge (mortalité présumée) qui surplombe la courbe bleue (mortalité réelle) à l'extrémité droite du graphique. Cela voudrait dire que l'on aurait eu sur le pays une mortalité totale supérieure au double de la mortalité réelle.

Cette spéculation est complètement absurde pour la raison suivante : si les autorités prétendent avoir réduit la mortalité et l'avoir réduite à ce que l'on observe au moyen de toutes les mesures effectuées, comment est-il possible d'avoir réduit cette mortalité (présumée, en rouge) pour qu'elle redevienne ce qu'elle aurait été (courbe bleue) s'il n'y avait pas eu de pathogène et si l'on n'avait rien changé dans la société. On a une coïncidence absolument exceptionnelle. Il est impossible qu'il y ait une différence de seulement 3% comparée à la variation historique.

Cela nous permet de démontrer que la fable du gouvernement sur les vies sauvées est complètement ridicule. Nous avons donc publié un rapport uniquement sur ce point précis.

Avec ce dernier graphique, j'en ai terminé avec les diapos que je voulais montrer. Pour finir, je donnerai mon impression sur ce dont les données ont l'air. Ce sont des données robustes et je vois mal comment on peut les interpréter différemment de ce que nous avons fait. Nous avons trouvé des corrélations très fortes avec des facteurs socio-économiques et une chose est certaine : le vaccin n'a sauvé aucune vie à l'échelle de la mortalité toutes causes confondues ; aux Etats-Unis, il n'y a eu aucun changement entre la période où l'on a vacciné et la période antérieure. Le constat est ferme et absolu sur 50 Etats des USA. De toute évidence, le vaccin est toxique et tue des personnes handicapées et vulnérables.

DEBAT

Louis Fouché :

Ce sont donc des données fiables et robustes que les gouvernements peinent à frelater parce qu'elles restent la donnée centrale des instituts d'épidémiologie et de statistiques. Pour autant, vos études établissent des corrélations avec les conditions socio-économiques, la pauvreté et l'état mental des populations. On constate une forte corrélation entre la surmortalité et le fait d'appartenir à ces groupes de population. En médecine, nous essayons régulièrement d'éviter d'avoir des facteurs confondants ; en effet, dans une grande série statistique, on peut trouver que les obèses vont peut-être mourir davantage du Covid mais ensuite, on essaie de faire ce que l'on appelle une analyse multivariée, c'est-à-dire de mettre ensemble les potentiels facteurs confondants pour regarder si la mortalité est égale à f_2 , une fonction de l'obésité, de l'hypertension artérielle, du diabète. Si on ne regarde que l'obésité en faisant comme si tous les autres facteurs étaient égaux par ailleurs, on peut avoir le poids relatif de l'obésité dans la surmortalité et comme facteur de risque de surmortalité.

Cela nécessite de posséder des données extrêmement consolidées dans lesquelles figurent le profil de chaque patient qui indique sa vaccination, son obésité, son hypertension, son statut socio-économique. En France, ces données manquent pour pouvoir établir des profils. Est-ce que c'est possible au Canada ou faut-il faire des corrélations univariées parce que la robustesse des données leur confère un air de vérité ?

D. R. :

Votre question comporte deux composantes. On peut faire ce qu'on appelle *factors in [houses?] and covariates* et tout ce que vous mentionnez même si l'on n'a pas l'information individualisée pour chaque mort, pour chaque certificat de décès. On n'a pas besoin de ces données pour faire une analyse plus poussée pour chercher les *covariates* et s'il y a de la codépendance dans les facteurs considérés. Mais il y a beaucoup de choses que l'on ne peut pas faire quand on n'a pas toutes les données. Nous avons remarqué que la France rend publiques beaucoup plus de ces données-là, donne beaucoup plus de détails que les Etats-Unis ou le Canada. C'est l'une des raisons pour laquelle nous avons choisi d'étudier la France et que nous avons écrit un premier article sur la France. Et nous continuons de travailler sur la question parce qu'en comparaison, les données françaises sont extraordinaires.

J'ai dit que la mortalité était une donnée robuste mais il y a un type de mortalité que les gouvernements rapportent beaucoup : celle qui serait due au Covid. Récemment, dans notre article sur le Canada, nous avons montré que cette mortalité due au Covid est le **double** de l'excès de mortalité toutes causes confondues au Canada ! Nous avons montré que cette donnée-là est complètement ridicule et n'est pas fiable du tout. Le gouvernement attribue au Covid deux fois plus de morts que le nombre de morts disponibles ! Cela montre à quel point les autres types de mortalité ne sont pas fiables et à quel point nos données de mortalité toutes causes confondues le sont.

Lorsqu'on trouve une corrélation de + 0,86, on n'a pas besoin d'aller chercher plus loin pour comprendre que la pauvreté est définitivement un facteur associé à la mortalité. Si, de surcroît, on observe une corrélation entre la pauvreté et l'obésité, on comprend l'interdépendance des problèmes.

On trouve aussi une corrélation entre la pauvreté et le diabète, de même qu'entre la pauvreté et l'obésité. Tous ces facteurs sont corrélés. Les personnes qui souffrent de maladies mentales sont le plus souvent obèses parce que les médicaments très puissants qu'elles reçoivent ont pour effet secondaire de les rendre obèses ; on a donc dans ces pathologies une corrélation entre la maladie mentale et l'obésité. Il est certain qu'il y a toutes sortes de corrélations entre les différents facteurs mais on a trouvé que ce n'était pas avantageux de faire une analyse sophistiquée pour débusquer, parmi ces facteurs qui sont tous corrélés les uns aux autres, celui qui est plus important qu'un autre.

Le facteur avec la plus forte corrélation est celui de la pauvreté. On peut faire des produits de facteurs et trouver une corrélation légèrement meilleure. On peut jouer à ce jeu statistique mais les corrélations que nous trouvons correspondent aux personnes à haut risque potentiel qui sont déjà au bord de la mort, si l'on veut.

Il faut savoir qu'aux Etats-Unis et partout dans les pays de l'Ouest, on a arrêté de prescrire les antibiotiques pendant la période Covid ; le CDC rapporte que pour plus de la moitié des personnes

décédées, les médecins qui remplissaient le certificat de décès ont mentionné également une pneumonie bactérienne qui n'était pas le Covid, ajoutée au Covid auquel ils attribuaient la mort.

Il y a eu une **énorme** épidémie de pneumonie bactérienne aux Etats-Unis en même temps qu'on refusait de prescrire des antibiotiques ou qu'on en avait suspendu l'usage. C'est un facteur considérable qui explique le mécanisme de la mortalité aux USA.

Les personnes qui recevaient en temps normal le plus d'antibiotiques étaient précisément les populations des Etats pauvres : la quantité d'antibiotiques prescrite dans les Etats pauvres est presque le double de celle prescrite ailleurs parce que ce sont des populations qui, de façon routinière, souffrent de gros problèmes infectieux, de type pulmonaire (pneumonies) et reçoivent couramment beaucoup d'antibiotiques. Durant la période Covid, on a diminué de moitié la prescription d'antibiotiques.

En évoquant ce problème, on va au-delà des corrélations et on parle des mécanismes précis de la mortalité ; ce sont tous les facteurs que nous avons pu montrer.

En ce qui concerne l'Ivermectine, beaucoup de médecins sont convaincus que le médicament a apporté un bienfait et nous avons signalé que l'Ivermectine est très efficace (c'est démontré dans la littérature scientifique) pour combattre l'infection bactérienne comme la pneumonie. Nous pensons, nous, que dans beaucoup de cas, le patient souffrait probablement d'une co-infection bactérienne pneumonique et que l'Ivermectine, dans ces circonstances, a pu l'aider.

Cela expliquerait les rapports de certains médecins qui affirment avoir pu aider leurs patients grâce à ce médicament.

Eric Ménat :

Je voudrais me faire l'avocat du diable parce que j'ai été interpellé par les **énormes** différences de chiffres dans vos courbes entre les Etats-Unis et le Canada. On constate aux Etats-Unis une augmentation majeure de mortalité et l'observation objective des chiffres officiels du Canada ne montre rien de semblable. Si j'ai bien compris, vous expliquez la mortalité aux Etats-Unis par les politiques vaccinales et l'absence de prise en charge des patients fragiles.

D. R. :

Non. Le tout premier facteur qui explique cette différence de mortalité entre le Canada et les Etats-Unis est l'importance numérique des populations à haut risque dans les deux pays. Il y a dix fois plus de personnes dans des conditions d'extrême pauvreté, donc à risque, aux Etats-Unis qu'au Canada. Les mesures comme le confinement et autres ont été d'une agressivité comparable au Canada et aux Etats-Unis ; des mesures ont été établies et des indicateurs très clairs le confirment, qui ne sont statistiquement pas différents. L'impact économique, l'isolement des individus, tous ces facteurs étaient semblables mais la grosse différence entre le Canada et les Etats-Unis, ce sont ces 13 millions de handicapés mentaux, une extrême pauvreté ainsi que le climat qui rajoute aux difficultés.

Je pense que la différence essentielle entre les deux pays est celle-ci parce qu'on y a mené les mêmes campagnes vaccinales et les mesures agressives ont été identiques. Tout était très semblable.

E. M. :

Selon vous, les chiffres que vous utilisez sont fiables ? Les chiffres américains de mortalité ne peuvent pas être surévalués ?

D. R. :

Absolument pas. Chaque Etat, chaque Comté est responsable. Un Coroner a la responsabilité de compter la mortalité, de la rapporter au niveau de l'Etat puis au niveau fédéral. Ce sont les chiffres de santé publique les plus fiables qui existent.

Louis Fouché :

Mon intervention sera une synthèse. Le dernier graphique avec la courbe rouge montre que les annonces officielles sont toujours une comparaison de la mortalité constatée vs une mortalité projetée au moyen de modèles statistiques, ce qui permet au gouvernement de prétendre qu'ils ont sauvé des millions de gens alors qu'on observait une mortalité strictement identique aux périodes historiques antérieures. Il s'est passé la même chose en France avec des modèles hypertrophiques. Les profils de mortalité montrent des corrélations entre la pauvreté et la maladie mentale mais pas de corrélation avec une infection virale qui aurait dû toucher majoritairement des personnes âgées. Les pics de mortalité qui succèdent aux campagnes vaccinales touchent plutôt les personnes âgées.

Est-ce que j'ai bien compris ?

D. R. :

Oui. L'observation Etat par Etat permet de dire que les personnes ayant succombé à l'injection vaccinale avaient tendance à être un peu plus âgées. La mortalité est différente d'un Etat à l'autre et ce ne sont pas nécessairement les plus âgés mais on recense les décès de personnes plutôt âgées parmi les adultes. De mémoire, la situation était en gros celle-ci aux Etats-Unis.

Olivier Soulier :

L'intervention d'Eric Ménat durant votre présentation est intervenue au moment très stratégique où les courbes montraient que, lorsque l'on vaccinait, on tuait surtout les jeunes. Les pics de mortalité se déplacent vers les populations jeunes qui ne mourraient pas normalement. On imagine que les vieux ne meurent pas moins et on observe simultanément un gonflement considérable du nombre de décès chez les jeunes. Ces histogrammes éloquentes sont à la fois très nets et très préoccupants.

J'ai aussi entendu que, d'après tous les éléments statistiques, il n'y a eu aucune surmortalité particulière et que – je veux insister sur ce point – le vaccin n'a absolument pas sauvé de vies. Il n'a pas permis de diminution de la mortalité et a eu, de surcroît, énormément d'effets secondaires. C'est un élément que nous connaissons mais c'est important qu'il soit posé et conforté une fois de plus à travers d'autres études.

Je rappelle les propos de Jean-François Delfraissy : le vaccin est inefficace, il n'a pas diminué la mortalité et la vaccination a déplacé la mortalité vers les populations jeunes.

D. R. :

Je ferais le commentaire suivant :

Je ne dirais pas que le vaccin a été inefficace, parce que dire cela suppose qu'on avait besoin d'un vaccin, qu'il y avait un pathogène auquel il fallait répondre avec un vaccin et que ce vaccin aurait pu

être efficace. Nos mesures, lorsqu'on les prend dans leur ensemble, démontrent très clairement qu'on ne peut pas croire à l'existence d'un pathogène particulièrement virulent qui serait descendu sur la planète, et qui nous obligerait à répondre par toutes sortes de politiques et d'interventions médicales. Il n'y a aucune raison de croire qu'un pathogène spécial s'est répandu sur la planète parce que, dans toutes les juridictions, tout l'excédent de mortalité ainsi que son hétérogénéité s'expliquent par les mesures agressives des gouvernements et du système médical contre les personnes vulnérables. Point à la ligne. Il n'y a pas de morts au-delà de ces facteurs.

Je pense que c'est le point le plus important et c'est celui que les médecins et les chercheurs ont le plus de difficulté à accepter. Lorsque j'essaie de l'expliquer, ils ne l'entendent pas. Dans la hiérarchie, des idées, c'est le premier grand point.

Hélène Banoun :

Cette affirmation n'est pas contradictoire avec le fait qu'un virus a vraiment circulé et qu'on en connaissait l'existence dès l'été ou l'automne 2019 en Europe et aux Etats-Unis. Il y a vraiment eu une pandémie. La différence est qu'avant 2020, on soignait les malades et qu'elle n'a pas provoqué d'excès de mortalité à ce moment-là.

D.R. :

Pour parler de « pandémie », il faut changer la définition de ce que l'on comprenait par « pandémie » il n'y a pas tellement longtemps, c'est-à-dire un nouveau virus contre lequel la population générale ne possède aucune immunité et qui va donc provoquer beaucoup plus de morts. Dans ce sens-là, il n'y a certainement pas eu une pandémie. Il y a des virus, de toutes sortes, en circulation, une écologie de pathogènes, je ne le nie pas. Mais cette donnée est secondaire et n'est pas pertinente par rapport aux phénomènes de société que l'on vient d'observer, au sens où il n'y avait aucune raison d'agir et de réagir comme on l'a fait. Ces actions ont été fatales pour des millions de personnes. Je pense que ceci est le point important. Que des personnes puissent établir le code génétique de toutes sortes de fluides extraits des poumons de toutes sortes de personnes, que les immunologistes puissent faire tout ce qu'ils font, tout cela n'est pas pertinent. Si on regarde des données robustes et qu'on les interprète avec une pensée claire, il n'y a aucune raison de croire qu'il y a eu un pathogène qui nous obligerait à réagir.

Emmanuelle Darles. :

Pour moi, il y a toujours une question qui reste en suspens. Pierre Chaillot avait commencé de chercher l'existence d'une corrélation avec des facteurs extérieurs : on a parlé de la température, on peut envisager l'index UV puisqu'on connaît aujourd'hui le rôle protecteur de la vitamine D contre la maladie. Par conséquent, pourrait-il exister des facteurs extérieurs autres que l'obésité, le statut social ou des facteurs socio-économiques qui viendraient confirmer cette hétérogénéité observée au niveau de la mortalité, dans les différents Etats, en particulier aux USA ?

D. R. :

Il y a une certitude. Quels que soient les cofacteurs envisagés tels que la qualité de la nutrition, les carences en éléments essentiels, etc., on peut englober et comprendre le tout avec la notion de la pauvreté aux Etats-Unis. Une corrélation aussi forte que celle que l'on a observée englobe tous les facteurs.

Qu'est-ce qui est associé à la pauvreté ? La malbouffe, l'obésité, le diabète, tout... En outre, il faut aller plus loin dans l'analyse et préciser qui est mort et où. Aux Etats-Unis en tout cas, on peut conclure que les personnes qui sont décédées (on parle de plus d'un million de morts) sont les personnes en institutions, handicapées mentalement et physiquement, très directement dépendantes des personnes soignantes. On a bouleversé la vie de ses personnes-là en les isolant socialement ; outre le stress psychologique associé à cet isolement, la peur de la contagion que ces personnes inspiraient aux soignants a amené ces derniers à rejeter tout contact avec elles, à se comporter à leur égard comme des militaires leur commandant de s'isoler dans leur chambre, leur disant comment aller aux toilettes. Ces personnes ont ainsi perdu tout contact avec leurs amis et leurs familles ; à l'intérieur même de l'institution, ils ont perdu tout contact entre eux.

Dans toute cette affaire, lorsqu'on réfléchit en termes médicaux, on oublie l'importance extrême des facteurs de stress psychologique et d'isolement social. De plus en plus, on démontre à l'échelle moléculaire leur impact direct sur le système immunitaire et on sait qu'ils sont hautement corrélés à la survie de l'individu. Toutes les études d'anthropologie animale montrent que le facteur dominant qui détermine la santé (et la mortalité) est le stress hiérarchique dans une relation de dominance. Nous sommes des animaux sociaux qui vivons dans une hiérarchie de dominance et le stress que nous subissons pour imposer cette dominance-là est le tout **premier** facteur de la santé. Il détermine notre accès aux ressources, notre mobilité, etc...

Les personnes qui ont succombé à cause des mesures agressives étaient ces personnes que l'on a vraiment malmenées et qui souhaitaient mourir le plus vite possible ou qui se laissaient mourir. Elles étaient dans un état encore plus fragile que juste un mois avant l'imposition de ces mesures. Elles sont soudainement devenues beaucoup plus fragiles.

En tant que personnes appartenant à la classe moyenne, nous avons tendance à penser à la santé en termes de facteurs que nous-mêmes contrôlons : notre alimentation, notre mobilité, notre activité physique, etc. Mais le phénomène social qu'on vient d'observer, la mortalité qu'on vient de mesurer aux Etats-Unis ne s'expliquent pas ainsi. Il a fallu qu'on aille tuer des personnes vulnérables en grand nombre et c'est ce qu'on a fait. On ne peut pas expliquer 1,3 millions de décès par la mort subite d'athlètes sur un terrain de football. Il faut aller beaucoup plus loin, aller étudier qui est mort, où et quand ; les points chauds sont les institutions qui ont maltraité leurs pensionnaires. En interviewant certains d'entre eux, je l'ai vraiment constaté.

E.M. :

Dans cette soirée, il est très important de différencier les moments où l'on parle des effets secondaires des vaccins, et ceux où l'on analyse la première mortalité de l'année 2020. Nous nous sommes beaucoup plaints d'avoir des chiffres globaux ; en France, on ne nous disait jamais QUI mourait. Effectivement, en France, la majorité de ceux qui mouraient étaient très âgés, des résidents d'EHPAD. Pour ce qui concerne la mortalité hors vaccination et avant vaccination, on a eu une très, très faible mortalité infantile et une étude (enfin publiée !) montrait que les enfants décédés du Covid étaient tous des enfants très malades, très fragiles, atteints de tares génétiques, de maladies orphelines, de cancers et sous chimiothérapies. Aucun enfant en bonne santé n'était mort du Covid malgré les affirmations médiatiques.

Pour autant, je voudrais revenir sur une impression que j'ai depuis le début de la crise, au sujet de ce débat sur le virus : est-ce qu'il y a une épidémie virale ? Est-ce que c'est une pandémie comme les

autres ? Je partage l'avis d'Hélène sur le fait qu'un virus est apparu et s'est développé (pour moi, c'est très clair) mais (et nous l'avons dit souvent au CSI, moi en particulier) personne, à mon avis, n'est mort du virus.

Je crois que cette évidence crée des perturbations dans les débats que l'on peut avoir ensemble. Les malades sont morts de leurs réactions immunitaires à des viroses. Peut-être que, par ailleurs, ces réactions immunitaires ont été influencées par les conditions que vous venez d'exposer (du stress, de l'exclusion, etc.). Mais je crois qu'il faut comprendre que, d'habitude, les gens meurent d'un microbe ; dans le cas du Covid, à part les malades qui ont développé des surinfections bactériennes (parce que leur système immunitaire n'était pas capable de se défendre contre elles), les gens sont décédés de ce que l'on a appelé à un moment l'orage cytokinique, d'une inflammation et d'une réaction immunitaire inappropriée.

Je pense que cela crée des difficultés dans nos interprétations de ce qui s'est passé parce que nous avons eu pour la première fois une épidémie virale qui n'a pas tué les gens. Ce qui les a tués est la réaction immunitaire et, immédiatement après, le caractère de la gestion sanitaire qui a fragilisé énormément de personnes déjà très vulnérables.

D. R. :

J'aurais des commentaires à faire par rapport à cette question. En premier lieu, on dit que ce n'était pas une pandémie comme les autres. Mais qui est allé voir les autres pandémies ? Personnellement, j'ai étudié les grandes pandémies des dernières décennies ; à propos de celles-ci, la CDC annonce un nombre de morts de tel multiple de mille pour telle pandémie, en nommant et en catégorisant chacune (H1N1, etc.). Or, dans la mortalité toutes causes confondues, je ne peux pas détecter une surmortalité qui soit associée à l'une ou l'autre de ces pandémies. Ce point est très clair. Lorsqu'on observe la mortalité toutes causes confondues depuis la Deuxième Guerre mondiale, voire depuis 1900, les seuls événements qui provoquent une surmortalité sont les gros événements qui entraînent des bouleversements socio-économiques : la Deuxième Guerre mondiale, le *dust bowl*⁵ aux USA dans les années 30, la Grande Dépression consécutive au krach boursier de 1929 et les conséquences qu'il a pu avoir au Canada, la guerre du Vietnam et toutes ses conséquences. Associé à chacune de ces crises, on observe un rebond de mortalité.

Les événements qui donnent une surmortalité dans la mortalité toutes causes confondues et que l'on peut détecter et quantifier sont des événements de la nature que je viens d'énumérer. Quant à la soi-disant pandémie virale de grippe espagnole de 1918, cinq articles scientifiques de groupes indépendants ont chacun démontré, en analysant du tissu pulmonaire préservé de patients décédés de cette maladie, qu'ils sont dans leur grande majorité morts d'infection pulmonaire bactérienne.

Des décennies **après** l'événement, on a attribué la mortalité à une pandémie virale. Mais l'année 1918 marquait la fin d'une guerre majeure, les populations se trouvaient dans des conditions économiques absolument épouvantables, le travail manquait ; c'est la classe ouvrière qui est morte, et en son sein les jeunes hommes, les jeunes personnes. Cette mortalité n'a rien à voir avec un profil qui serait dû à une maladie respiratoire virale. D'après mes lectures et mes études, je crois qu'il n'y a

⁵ Série de tempêtes de sables qui se sont abattues sur l'Oklahoma, le Kansas et le Texas, provoquant une catastrophe écologique et l'exode massif des fermiers vers l'Ouest.

pas eu de pandémie virale en 1918 mais que des conditions socio-économiques absolument épouvantables ont permis la propagation de pneumonies effrayantes à travers toute la population.

Je ne connais pas d'études cliniques qui puissent expliquer le profil en âge de la mortalité avec des virus comme on en voyait en 1918 et comme on en voit aujourd'hui aux Etats-Unis dans certains Etats dans cette période Covid.

Ceci est le premier point. Ensuite, lorsqu'on affirme que les gens ne sont pas morts du virus, il faut qu'il y ait eu un virus pour pouvoir soutenir une telle affirmation. Pour ma part, je ne crois pas qu'il y ait eu un virus spécial, doté du potentiel de faire quelque chose de spécial. J'ai de la difficulté à penser dans ces termes-là. C'était un événement de surmortalité dû aux actions des gouvernements et de l'establishment médical. Ce sont ces actions qui ont tué les gens, qui ont transformé nos vies, pas un pathogène.

O.S. :

C'est une analyse qui va très loin. Pour résumer, il n'y a pas eu de pandémie particulière ni de virus pathogène particulièrement remarquable (on n'a pas dit qu'il n'y avait pas de virus du tout) ; il n'y a pas eu de surmortalité, sauf au moment des campagnes de vaccination et le vaccin n'a épargné aucune vie.

D. R. :

Non, on ne peut pas dire qu'il n'y ait pas eu de pics de mortalité sauf aux moments où l'on a vacciné ; il y a eu des pics très importants immédiatement à la suite de l'annonce de la pandémie. Cette mortalité était due à la façon dont on a traité les personnes : on les a retirées des services de soins hospitaliers, entre autres. Il y a eu des épisodes de surmortalité très importants qui, bien sûr, n'étaient pas dus à la vaccination.

E.D. :

Vincent Pavan l'a montré il y a un an dans ses travaux, notamment ceux qu'il a consacrés aux confinements. A l'aide de modèles mathématiques, il avait démontré que le confinement avait accéléré l'épidémie.

D. R. :

On ne peut pas accélérer une épidémie s'il n'y a pas d'épidémie.

E. D. :

Epidémie est un abus de langage ; les personnes sont mortes du confinement et donc des mesures qu'on a prises.

D. R. :

Aux Etats-Unis, sept ou huit Etats n'ont imposé aucun confinement ni autre mesure et on peut faire des comparaisons directes entre ces Etats-là et leurs voisins immédiats. On l'a fait avec un chercheur d'Harvard et ce travail a donné lieu à un article que j'ai rédigé. On a montré une différence définitive, certaine et très grande entre la surmortalité dans les Etats où aucune mesure n'a été imposée et ceux où l'on en a imposé. L'écart est énorme. L'article a été repris et publié dans *Brownstone Institute*. Les mesures de confinement sont définitivement associées à une surmortalité beaucoup

plus importante. Ces mesures avaient pour effet d'attaquer les institutions où les gens étaient hébergés, de les fermer et les résidents ont été vraiment malmenés à ce moment-là.

H. B. :

Tout cela n'est pas du tout contradictoire. Il faut arrêter de taper sur ces pauvres virus ; il y en a toujours eu. Les gens qui meurent des virus sont ceux qui devaient mourir. Nous nous accrochons sur le mot pandémie qui évoque tout de suite un virus mortel. Mais un nouveau virus est vraiment apparu et s'est répandu au milieu de l'année 2019. A ce moment-là, les gens étaient soignés et il n'y a pas eu d'excès de mortalité. Quant aux malades qui meurent de la grippe, ils décèdent en général des surinfections mais pas directement du virus. Les gens qui meurent uniquement d'un virus sont des gens très immunodéprimés et ils sont très rares. Ils n'arrivent pas à combattre le virus et ce sont les surinfections qui les emportent.

Je pense qu'il faut arrêter de s'écharper. Tout ce que vous dites est tout à fait compatible avec le fait qu'il y a eu un virus et qu'on ne l'a pas soigné. Nous sommes tous d'accord sur le fait qu'il n'était pas particulièrement mortel.

D. R. :

J'observe la mortalité et je l'explique du mieux que je peux et vous me parlez d'un autre phénomène concomitant qui n'a aucun impact sur la mortalité. J'accepte l'objection. Mais qu'est-ce que cela vient faire dans le discours pour expliquer ce phénomène de société qu'on vient de vivre ?

H. B. :

Nous sommes d'accord : il y a un problème au niveau du discours. Nous sommes tout à fait d'accord !

D. R. :

Cela se passe aussi au niveau de la pensée. Il peut y avoir eu dix nouveaux virus, dix nouveaux variants de différents types de virus qui ont tous agi sans tuer les personnes. Ce qui a tué les personnes, ce sont les mesures sanitaires gouvernementales, l'isolement. Le fait est que de nouveaux virus, sans cesse, existent et se déclarent dans les populations. Mais ce facteur n'est pas utile pour expliquer le phénomène de mortalité.

Le débat n'est pas de savoir s'il y avait ou non un virus.

L. F. :

Je voudrais intervenir en tant que clinicien. Nous sommes plusieurs cliniciens dans ce CSI et beaucoup de ceux qui nous suivent ont pris en charge des patients. Effectivement, il y a une différence de points de vue autour de courbes épidémiologiques ; on s'attend à un phénomène macroscopique socio-économique, culturel, politique et peut-être immunitaire, ou dysimmunitaire si on regarde de loin. En tant que cliniciens, nous regardons les choses de tout près et nous avons probablement "la tête dans le guidon" ce qui nous empêche de voir l'ensemble du tableau ou du dessin.

Ils n'empêchent pas que des patients se sont présentés à l'hôpital avec des pneumopathies, des atteintes respiratoires inhabituelles par rapport à nos prises en charge courantes ; ces pathologies respiratoires ne ressemblaient pas à des pneumopathies bactériennes non plus qu'à des pneumopathies virales mais à des atteintes inflammatoires du poumon qui répondaient très bien à la

corticothérapie. Les patients présentaient aussi des atteintes inflammatoires des vaisseaux à l'origine de thromboses qui répondaient très bien à une anticoagulation. C'est le constat que nous avons fait et il a abouti à la mise en place de traitements. Dans notre pratique quotidienne, nous avons, à l'évidence, amélioré la condition des malades. Peut-être aurait-on pu le faire en dehors de l'hôpital. Peut-être ce traitement aurait-il aussi bien marché qu'une antibiothérapie menée dans d'autres circonstances. Peut-être que n'importe quel traitement pris au hasard aurait marché à partir du moment où l'on prenait soin des gens, parce que le plus important était d'être auprès d'eux et de les accompagner sur la voie de la guérison ; notamment les plus fragiles de façon à ce qu'ils puissent continuer à se nourrir, à avoir des contacts sociaux, à parler avec les gens qu'ils aiment, etc .

J'ai l'impression que nous regardons le phénomène de deux endroits différents et le prémice que vous donnez serait de dire qu'il n'y a pas d'épidémie et qu'il ne s'est rien passé. Ce qui s'est passé est la conséquence de toutes les mesures non médicamenteuses mises en place par les Etats, la déstructuration de l'économie, des dispositifs de soins primaires, dont les premiers à payer les pots cassés ont été les personnes pauvres et les personnes fragiles.

Pour autant, les deux analyses sont compatibles. Nous avons dû faire face à un problème différent auquel nous n'étions pas habitués et qui peut être lié à la détérioration de toutes nos structures habituelles de soins.

D. R. :

A la suite de cette analyse, je poserais la question suivante : vous faites des observations cliniques, vous constatez chez les malades des différences avec ce que vous aviez l'habitude de diagnostiquer. Soit. Dans quelle mesure ces différences-là pourraient-elles être dues au stress, à l'isolement et à ce que l'on a fait subir à la population ? On sait que ces facteurs ont un impact physiologique très important.

E. M. :

Comme Louis, j'ai soigné plusieurs centaines de malades et près d'un millier de malades du Covid. La politique sanitaire n'explique pas totalement tout parce que l'on a assez d'études pour savoir que le stress fait essentiellement chuter l'immunité et que l'immunodépression favorise effectivement les surinfections bactériennes. Mais on a eu aussi des malades qui présentaient un syndrome inflammatoire qu'on traitait à la cortisone. Ce serait incohérent que la cortisone marche sur une conséquence du stress. Je pense que tout ce dont nous débattons n'est pas du tout antinomique.

Nous sommes tous d'accord pour dire que la gestion sanitaire, politique et administrative a été tout à fait inadaptée à la problématique et qu'on a voulu la gérer comme une épidémie virale. Nous nous rejoignons totalement sur cette analyse : nous n'étions pas confrontés à une épidémie virale qu'il fallait gérer comme elle l'a été. Nous sommes d'accord pour dire que la gestion a été délétère. Le constat du caractère délétère de la gestion de l'épidémie n'enlève rien au fait que des gens ont été malades et que, de façon évidente dans de nombreux cas, cette maladie était tout de même une réaction immunitaire inappropriée à un agent agressif.

Un fait est sûr et a été très bien démontré : pendant cette période, les gens qui sont morts en plus grand nombre étaient des obèses (le premier facteur de risque), des personnes fragilisées, des personnes déjà très malades, parfois, et cela n'a pas été suffisamment mis en évidence dans la communication médiatique en particulier. Si l'on avait dit aux gens qu'ils ne risquaient rien s'ils

n'étaient pas malades et s'ils n'avaient pas de fragilités particulières, on aurait eu beaucoup moins de problèmes de santé.

Pour autant, il s'est aussi produit des réactions au niveau immunitaire qu'il faut bien expliquer. Sur le plan médical, un des points scientifiques que je trouve le plus intéressant, le plus interpellant est que les gens qui se sont fait vacciner ont développé des pathologies et des effets secondaires totalement équivalents à ce qu'on voyait avant le vaccin. Pourquoi ? Parce que, dans les deux cas, il y avait la présence de la protéine Spike et que la pathologie est liée à la réaction immunitaire provoquée par la protéine Spike.

D. R. :

Nos discussions entre cliniciens, médecins et épidémiologistes (avec toutes les études que j'ai menées, je me considère comme tel à présent) font apparaître, entre autres problèmes, le fait que je traite des données macroscopiques, certaines, que je cherche des corrélations mathématiquement quantifiables, des données mesurables, avérées, alors que les observations cliniques reposent sur du cas par cas, sur l'expérience limitée d'un clinicien qui parle à un autre clinicien dans un contexte sociétal où sévit une propagande épouvantable ; tout le monde ajuste ses lunettes Covid pour chercher ce qu'il a de différent dans la situation et la façon de le traiter.

Je comprends qu'on veuille aider les patients mais je pense qu'il y a un grand nombre de biais possibles dans ce qu'observe un clinicien alors que ces biais n'existent pas dans des données épidémiologiques. Là se situe l'un des problèmes d'analyse, bien documenté dans les écrits historiques. Depuis 1900, les cliniciens qui soignent les malades et les médecins qui signent les certificats de décès vont attribuer la mortalité à ce dont on parle dans les médias, que les journaux aient été imprimés à Londres ou ailleurs.

Ce biais est très puissant, surtout lorsqu'on observe les phénomènes aussi compliqués que ceux qui affectent le corps humain avec des tests qu'on ne comprend pas toujours. En tant que scientifique, j'ai de gros problèmes à mener cette discussion avec des cliniciens parce que je voudrais avoir sous les yeux des statistiques certaines. Je vais prendre un exemple : on passe beaucoup de temps à évaluer ce qu'on appelle *the Infection fatality ratio* (taux de mortalité par infection : combien de personnes vont mourir d'une infection) ; John Ioannidis, grand épidémiologiste américain, évalue toutes les études qui essaient de quantifier ce taux afin de nous dire ce qu'il est pour le Covid. Il réussit à dire que ce taux de mortalité par infection n'est pas très différent de celui de la grippe saisonnière ou des virus saisonniers.

Mais lorsqu'on entre dans ce débat, on s'aperçoit que cet *Infection fatality ratio* n'a jamais proprement été quantifié pour l'*Influenza* ! Il n'y jamais eu d'études aussi poussées pour les virus saisonniers qu'il y en a eu pour le Covid ! On ne sait pas dans quelle mesure ce facteur peut être très différent d'une population à l'autre, d'un pays à l'autre, d'un climat à l'autre. On n'en sait rien et on essaie de le comparer avec *Influenza* ! Voyez-vous le problème ?

Quelques articles proposent une évaluation approximative de cet *Infection fatality ratio* à laquelle on se rattache mais on ne sait rien. Pendant la période Covid, on a tout fait : des milliers de chercheurs ont mené des milliers d'études, essentiellement financées par l'industrie de la Pharma, on a développé toute une image mentale de ce qui se passe et on en a débattu avec un nouveau vocabulaire. Avant cette période du Covid, on ne faisait rien de tel. Avant le Covid, les épidémies

dans les établissements de soins étaient très courantes ; il y en a eu au Canada, elles ont donné lieu à la publication d'articles pour expliquer ce qu'il fallait faire et ne pas faire. Aucune des préconisations n'a été suivie. Mais dans un établissement de soins, une épidémie potentiellement mortelle pour un grand nombre de personnes est un phénomène très commun.

On a oublié toute la science d'avant la pandémie ; on a oublié à quel point on ignorait tout ce qui se passait. Puis on a étudié à fond ce qu'il se passait pendant le Covid en ne cessant de répéter que c'était unique, différent, spécial, mais **sans le moindre point de comparaison véritable**.

Jamais autant de cliniciens ne se sont posé la question de savoir ce qui se passait chez leur patient, avec autant de détails, que maintenant.

O. S. :

C'est un éclairage particulier que vous nous apportez et je compare votre positionnement à celui de Louis. A l'été 2019, alors que nous étions déjà au courant de la circulation du virus, il ne se passait globalement rien ! Les généralistes diagnostiquaient des pneumonies atypiques comme on en voit toute l'année, mais rien d'autre. J'emploierai une image : Louis, en service de réanimation, voyait le haut des vagues ; pour notre part, dans notre pratique, Eric et moi observions des vagues comme on peut en voir sur un étang tandis que des voix alertaient sur des signaux précurseurs de tempête. Le nez sur la surface de l'eau, nous ne percevions pas que quelqu'un, au bord de l'étang, créait des vagues artificielles comme celles que les mesures sanitaires ont créées.

Effectivement, celui qui soigne voit des symptômes graves, mais, à vous écouter, je me rends bien compte qu'il ne se passait rien ; on a créé une pandémie artificielle par des mesures agressives. Alors, on a eu l'impression qu'il se passait quelque chose. Puisque nous en sommes à une étape de bilan, il faudrait arriver à se dire, avec le recul, qu'il ne s'est rien passé en dehors d'événements artificiellement créés et les cliniciens ont vus des signes de gravité que l'on a produits : en empêchant les gens de se soigner, en les obligeant à rester chez eux et à ne prendre que du Paracétamol et en attendant qu'ils soient sur le point de mourir pour les hospitaliser. Ce sont les grosses crêtes de vagues que Louis a vu arriver ; si ces malades avaient été soignés avant d'arriver très dégradés à l'hôpital, on n'aurait peut-être rien vu...

On pourrait en arriver à poser la question de ce qu'a été le Covid et à répondre qu'il n'a pas été autre chose que ce que les gouvernement en ont fait. C'est une conclusion terrible.

L. F. :

L'image employée par Olivier, très parlante nous aide à bien comprendre et je voudrais aussi abonder dans le sens de Denis sur la problématique des biais cognitifs et du rapport à la létalité qui peuvent altérer le jugement des cliniciens. Concernant l'*Infection fatality ratio*, il n'est jamais clairement déterminé, en effet, ni de manière correcte parce que nommer une maladie, nommer la mort, dire de quoi quelqu'un est mort, est un travail impossible. C'est un palier qu'on ne peut pas atteindre et pour avoir rempli de très nombreux certificats de décès dans ma vie professionnelle (parce que je travaille en réanimation où les décès sont nombreux), je peux dire que les causes de la mort restent toujours mystérieuses, inexplicables et complètement arbitraires. Elles sont arbitraires en ce qu'elles dépendent de l'instant où l'on remplit le document : si on le fait à la va-vite à deux heures du matin, dans un état d'épuisement, ou si l'on se creuse la tête pour essayer de raconter une histoire qui a du sens à un moment où l'on est plus disponible. Au bout du compte, il s'agit d'une histoire racontée, non d'un fait observable et dimensionnable.

D. R. :

J'irais encore plus loin qu'Olivier. Les cliniciens auraient pu voir tout ce qu'ils ont vu si, cinq ans auparavant, ils avaient été placés dans un contexte institutionnel et de propagande équivalent. Ils auraient vu tous les signaux, tous les mensonges et auraient réagi en échangeant entre eux. Il y a aussi l'effet non linéaire des échanges verbaux entre nous, grâce auxquels nous confrontons nos observations et nous nous les confirmons l'un à l'autre.

Je pense que les cliniciens auraient repéré beaucoup de choses. Beaucoup d'entre eux n'avaient pas l'habitude d'observer aussi attentivement ce qui se passait dans les poumons et dans l'organisme de leurs patients que pendant cette période. Cet examen génère plein d'observations qui sont des anecdotes parce qu'elles sont très dépendantes des circonstances immédiates. Je pense qu'il se passe beaucoup de processus de cette nature, pas uniquement chez les cliniciens mais aussi chez les chercheurs en immunologie. Ces derniers font la même chose avec leurs modèles et leur compréhension des processus immunologiques.

On procède ainsi dans presque tous les domaines. Certains domaines sont plus susceptibles d'être altérés par des biais tandis que d'autres le sont moins, à cause de la nature des données. Heureusement, il y a l'épidémiologie, science dans laquelle on peut encore regarder la mortalité. On sait où la personne est morte et quel âge elle avait parce que, sans ces données, nous serions vraiment perdus. Il est tellement facile de se raconter des histoires !

🔗 Quelques infos – Hélène Banoun

Nous en avons entendu parler la semaine dernière et cette semaine des informations viennent confirmer tout ce que nous avons dit depuis le début des CSI. Les voici :

- Le Sénat américain vient de reconnaître que ce fameux virus était certainement dû à une fuite de laboratoire, sans préciser où. Nous, nous l'avons dit plusieurs fois.
- Le vaccin Novavax, ne comportant que la protéine Spike et sans ARN a été retiré en Suède parce qu'il provoquait des myocardites et des péricardites. Au CSI, nous avons dit que la Spike était l'élément toxique dans le vaccin et que ces accidents cardiaques allaient se reproduire avec de tels vaccins.
- En France, l'ANSES⁶ déconseille d'inclure la vitamine D dans les perturbateurs endocriniens ; par cette préconisation, elle reconnaît donc l'importance de la vitamine D contre les infections.
- L'Agence européenne du médicament reconnaît que les règles abondantes sont l'un des effets secondaires du vaccin, ce que nous avons dit depuis longtemps.
- Dans l'Etat de Virginie, la majorité des rongeurs sauvages est infectée par le SARS. Il s'agit donc bien d'une zoonose et ce n'était pas la peine d'essayer d'éradiquer le virus parce que c'était impossible.

⁶ Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

Conclusion

Eric Ménat :

Les informations que vient de nous transmettre Hélène nous amènent à une première conclusion : nous savons qui sont les complotistes puisque tout ce que nous avons annoncé au CSI se révèle vrai. Les affreux complotistes n'étaient évidemment pas ceux qui nous ont critiqués, qui diffusaient des informations erronées ou manipulatoires. Bien entendu, ce que je viens d'énoncer est une boutade !

O. S. :

Je vais faire un peu de linguistique et proposer une nouvelle définition : un complotiste est une personne qui dénonce un complot tandis que les autres sont des comploteurs. Nous avons tous eu le sentiment d'être au cœur d'une manipulation ; nous avons en quelque sorte été victimes d'une épidémie de Mac Kinsey, une épidémie fabriquée de toutes pièces. Plus exactement, on a transformé une vaguelette en tsunami.

Ce que nous dit Denis ce soir confirme nos soupçons et nos observations et plus le temps passe , plus on s'en rend compte. Il faudra que les cliniciens apprennent à l'avenir à déceler ce type de fausses maladies, de fausses épidémies. On pourrait appeler cela le syndrome Mac Kinsey : quand il n'y a rien et que l'on fait quelque chose.

Cela me rappelle une histoire belge : un motocycliste, Crazy Piet, roule très vite, tellement vite qu'on ne le voit pas et lorsqu'il ne se passe rien en Belgique, on dit que c'est Crazy Piet qui vient de passer. Avec ce Covid, il ne s'est rien passé mais on a créé de toutes pièces une épidémie. Je blague mais c'est gravissime d'avoir fait ça. Mais Louis a bien vu des gens malades, Eric et moi en avons bien vu, que l'on a fabriqués de toutes pièces.

E. M. :

Nous ne sommes ni comploteurs ni complotistes. Les informations que vient d'énumérer Hélène montrent que nous avons fait de la science, que nous l'avons très bien lue, que nous avons su l'exposer et que nous avons eu la rigueur d'énoncer les faits, peut-être avant les autres. Mais nous savons que c'est toujours dangereux d'avoir raison avant tout le monde.

E. M. :

Concernant les troubles du cycle menstruel et la communication de l'ANSM à ce sujet, je rappelle que le 22 mai 2022, j'avais fait une vidéo pour alerter sur les points que l'OPECST mettait sur le tapis en matière d'effets secondaires ; j'avais mentionné 18 fois plus de troubles du cycle et l'AFP avait récupéré ma vidéo en dissimulant mon visage derrière une grande croix rouge (il ne manquait plus que le mot "wanted") et en me traitant de folle et de complotiste.

La vérité finit toujours par arriver, peut importe le temps qu'elle met à se révéler. On voit de plus en plus que l'omerta est en train de se lever, les victimes commencent à parler. Aujourd'hui, il faut que ces victimes soient reconnues.

Il y a quelques jours, l'association des *Mamans Louves* fêtait le premier anniversaire de sa création. Rassemblées voilà un an près de l'Elysée pour demander un débat pour la cause des enfants, elles avaient été chassées à coup de grenades lacrymogènes et violemment repoussées par les CRS. Depuis le 8 novembre, *Les parents en colère*, autre grand collectif ont lancé une action qu'on peut

retrouver sur le réseau Telegram. Aujourd'hui, nos enfants ne sont plus contraints à porter des masques mais on ne sait pas combien de temps va durer ce moratoire. On s'attend à un retour de l'obligation du port du masque pour les enfants à partir de 6 ans. Il ne faut pas baisser les bras, rester sans rien faire en pensant que tout va bien dans le meilleur des mondes parce que c'est le moment où tout se passe mal, généralement...

Je continue d'appeler les parents à rester vigilants, à protéger leurs enfants et à rejoindre les collectifs.

O. S. :

On n'oublie pas que le patron de l'AFP est mis en examen pour diffamation. Ce n'est pas rien lorsqu'une telle décision de justice frappe le patron de l'Agence France Presse.

E. D. :

J'aurais pu aussi attaquer l'AFP en diffamation à la suite de l'article qui me concernait.

L. F. :

L'intervention de Denis nous permet de prendre du recul, de questionner nos propres biais cognitifs, notre propre déni de certaines réalités. Nous savons pour discuter en famille, dans son entourage, à quel point il est difficile de ramener la problématique à une simple question scientifique et factuelle mais qu'il s'agit de croyances, d'histoires que l'on se raconte, d'un monde entier qui vacille autour de nous avec toutes ses règles du jeu, ses structures sociales et institutionnelles.

Nous avons tous nos biais et nos dénis, à nos petits niveaux, par bien des façons. Il faut beaucoup de douceur dans la façon d'approcher les gens qu'on aime, avec qui nous ne sommes pourtant pas d'accord parce qu'ils ne sont pas nos ennemis. Ils ne sont pas des personnes de qui nous devons nous séparer ; personne ne doit dénoncer son voisin comme le gouvernement, hélas, nous y invite. Au contraire, plus nous faisons œuvre de réconciliation, d'écoute empathique, plus l'autre est capable de recevoir ce que nous avons à lui dire, y compris que tout cela était un vaste mensonge et un vaste dispositif d'ingénierie sociale visant des objectifs économiques et de pouvoir comme toujours dans l'histoire des humains. C'est simplement tristement humain.

J'adresse mes remerciements à toute l'équipe technique derrière le CSI et à tous ceux qui font que le CSI puisse exister. C'est une œuvre collective bénévole diffusée sur différents canaux (Facebook, Twitter, Odysee, Crowdbunker, Youtube). Il faut s'abonner parce que l'un des enjeux est de donner de la visibilité aux informations que nous diffusons parce qu'elles sont cantonnées en silos par les algorithmes des majors et des multinationales. Cela fait que certaines personnes n'ont jamais entendu parler, depuis deux ans, de tout ce que Denis Rancourt a pu dire ce soir. L'enjeu est de faire en sorte que d'une manière ou d'une autre, cette petite musique du CSI finisse par les toucher.

D. R. :

Il y a un point dont nous n'avons pas parlé, sur lequel j'ai beaucoup écrit et donné un grand nombre de présentations : ce qui se passe, la grande roue qui fait tourner tous ces événements et la raison de ces mesures Covid sont du domaine de la géopolitique. Cette caractéristique de la situation est très importante. Cela ressort de la géopolitique et l'évolution s'est accomplie dans une échelle d'au moins une décennie. Le Pentagone a annoncé son intention d'écraser l'économie chinoise et ses agents se donnent une décennie pour réaliser leur objectif. Pour ce faire, ils ont besoin de mettre en place des

mesures de guerre ; les mesures Covid sont les mesures de guerre appliquées aux populations. Avec le recul, cette analyse nous permet de comprendre ce qui se passe dans le monde.

Tout ce dont nous avons parlé aujourd'hui est rattaché à la guerre en Ukraine, au blocus naval et militaire autour de la Chine, aux grands mouvements militaires dans le monde et aux énormes batailles géo-économiques. Tout cela va déterminer notre avenir. Sans présumer de la nature des mesures à venir et des projets des gouvernants en ce qui nous concerne. Je pense que nous en avons pour un dizaine d'années.

E. M. :

Nous avons souvent ce débat sur une question plus générale. Nous essayons de rester sur la science, mais force est de constater que nous sommes parfois obligés d'aller sur d'autres domaines.

O. S. :

Je suis d'accord avec l'analyse géopolitique que fait Denis de cette période Covid. Nous faisons de la science mais lorsque nous observons les faits, force est de reconnaître qu'il ne s'est rien passé. Les gouvernants ont dirigé notre regard dans une direction pour que nous voyions pas ce qui se passait dans l'autre. On a créé une sensation générale qu'on appellerait, dans un autre mode de fonctionnement, le syndrome Mac Kinsey-Macron. On a créé une diversion pour faire croire qu'il se passait quelque chose alors qu'il ne se passait rien. Avec le recul, on s'apercevra qu'il n'y avait rien mais cette crise factice a servi à cacher autre chose.

Louis a rappelé, à juste titre, que les soignants étaient toujours suspendus, sans salaire, sans possibilité de travailler et beaucoup ignorent encore qu'une telle aberration puisse exister. Nous avons appris, information reprise par le Courrier des stratèges, que les soignants sont non seulement suspendus mais convoqués par la police, dans les commissariats : on essaie de les culpabiliser, on enquête pour vérifier s'ils ne pratiquent pas illégalement la médecine ; on les intimide et on essaie de les effrayer en leur interdisant de venir accompagnés d'un avocat. Par ces procédés, on entre dans une dictature policière, avec des mesures dignes de la Gestapo : on fait pression sur ces soignants, on essaie de les terroriser. Nous avons des retours d'un nombre conséquent de soignants qui ont été convoqués. En tant que membre du *Syndicat Liberté Santé*, je déconseille absolument aux gens de se rendre à ces convocations sans avocat ; ils ne doivent pas se laisser impressionner et se défendre face à ces mesures d'intimidation. Ces procédures sont, semble-t-il, initiées par un nouveau chef de la police de Macron. Cela donne à penser que le gouvernement a franchi un palier supplémentaire dans la répression en menant cette nouvelle attaque contre les soignants par le biais de convocations policières.

E. M. :

Si l'on regarde les faits avec un peu plus de hauteur, on constate que les gouvernants ont passé presque trois ans à faire peur ; c'est une certitude. La manipulation de la population par la peur est un procédé inadmissible. J'aimerais que cela s'arrête mais ce n'est pas le cas. Pour rappeler les propos d'Emmanuelle, on a appris que l'Académie de médecine se déclarait de nouveau favorable au port du masque. Ce n'est plus à cause du Covid (et c'est terrible) mais à cause de l'association de trois épidémies que l'Académie met en avant : l'épidémie de Covid, de grippe et de bronchiolite, épidémies qui n'ont rien à voir les unes avec les autres.

Pourquoi nous dit-on cela ? Au-delà de tout ce que nous a dit Denis Rancourt ce soir, il n'y a plus d'épidémie de Covid ; il ne se passe rien en dehors de rhumes. L'épidémie de grippe n'est pas encore là, donc on se demande pourquoi on mettrait des masques. En outre, on est en train de faire peur avec une épidémie de bronchiolite qui ne touche que des enfants de zéro à un an ; j'en minimise pas la gravité de la bronchiolite, évidemment dramatique pour ces enfants et leurs parents. Mais on ne va pas masquer la population générale parce que des petits enfants souffrent de bronchiolite !

Je déplore qu'aucun journaliste ne se demande pourquoi il y a une épidémie de bronchiolite aussi précoce et aussi importante cette année. Il faudrait se poser les bonnes questions et chercher les causes sous-jacentes à cette épidémie.

Pour ne pas retomber dans de nouvelles manipulations, les citoyens devraient être informés (ce que nous essayons de faire avec le CSI) et attentifs à ne pas se faire à nouveau manipuler, à ne pas entrer dans tous ces discours, ces histoires de masques, à ne pas se laisser à nouveau gagner par la peur. Pour l'instant, il y a en effet une épidémie de bronchiolite qui pose un réel problème sanitaire ; je rappelle qu'elle pose problème parce qu'on a supprimé des lits hospitaliers et que la place manque à l'hôpital pour accueillir convenablement ces enfants. Peut-être ne sont-ils pas correctement pris en charge à la maison (on vient de découvrir qu'on peut aussi les mettre sous oxygène à la maison).

Les épidémies de grippe et de Covid sont absentes du tableau de la santé pour l'instant en France. Elles n'ont strictement rien à voir avec l'épidémie de bronchiolite des nourrissons et je suis choqué par les amalgames que l'on opère entre ces virus sans lien les uns avec les autres.

Je remercie Denis Rancourt d'être venu parmi nous et sa contribution a donné lieu à un débat passionnant. Malgré des visions différentes, parce que nous n'avons le même angle de vue en fonction de nos métiers ou de nos pratiques, nous sommes finalement parvenus à nous rejoindre sur beaucoup de points et cela nous fait progresser. Malgré sa complexité par instants, le débat de ce soir a bien montré le parti pris réel de critique de la gestion sanitaire de notre part (nous ne nous en cachons pas). Depuis longtemps, cette gestion nous a paru inadaptée et c'est bien pourquoi notre CSI existe depuis 78 numéros !

Transcription : Claire Aubague