

Entretien avec le Dr Denis Rancourt

Empire, mortalité et attaques multiples contre l'humanité

Le parcours du Dr Denis Rancourt, de professeur de physique titulaire à analyste de données sur la pandémie, représente l'une des transformations intellectuelles les plus remarquables de l'ère du COVID.

Son étude géopolitique de 2019 l'avait déjà établi comme quelqu'un prêt à suivre les preuves où qu'elles mènent, révélant comment l'empire crée et déploie des récits mondiaux autour du climat, du genre et de la race comme instruments de contrôle.

Lorsque les gouvernements du monde entier ont déclaré une pandémie en mars 2020, Rancourt a appliqué aux données de mortalité la même rigueur qu'il avait précédemment appliquée à la physique de la matière condensée et aux sciences de l'environnement.

Ses conclusions ont remis en question tout ce qu'on nous disait : aucune surmortalité nulle part avant la déclaration de l'OMS du 11 mars, des pics de mortalité synchronisés défiant les schémas de propagation virale, et des taux de mortalité corrélés non pas aux voyages internationaux ou à la densité de population, mais à des interventions médicales spécifiques et à des réponses institutionnelles.

Les chiffres révélés par Rancourt témoignent d'une catastrophe institutionnelle plutôt que d'une pandémie virale.

Son analyse de 125 pays a révélé que 30 % d'entre eux n'affichaient aucune surmortalité en 2020 jusqu'à l'introduction des vaccins. Les schémas géographiques défiaient toute logique épidémiologique : le virus qui aurait tué 1,3 million d'Américains n'a pas pu traverser la frontière canadienne malgré des échanges économiques continus ; la région de Milan a connu des taux de mortalité 18 fois supérieurs à ceux de Rome, malgré la hausse des vols en provenance de Chine ; l'Allemagne, riche, a connu une surmortalité minimale, tandis que les régions adjacentes de France et de Belgique ont été dévastées.

Plus accablant encore, il a documenté des taux de mortalité de 88 % chez les patients sous respirateur dans les hôpitaux new-yorkais et des taux de mortalité liés aux doses de vaccin qui ont augmenté de façon exponentielle avec l'âge, atteignant un décès pour 100 injections chez les plus de 80 ans.

Il ne s'agissait pas des schémas d'une maladie respiratoire en propagation, mais de dommages iatrogènes systématiques concentrés dans des endroits spécifiques ayant mis en œuvre des protocoles de traitement agressifs.

L'explication alternative de Rancourt recadre fondamentalement notre compréhension de ce qui s'est passé entre 2020 et 2023.

Plutôt qu'une pandémie virale, il suggère que la surmortalité résulte de « pneumonies bactériennes sans transmission », déclenchées par un stress biologique sans précédent dû aux confinements, à l'isolement social et aux campagnes de peur, combinés à des protocoles médicaux mortels.

Le microbiome respiratoire humain, soutient-il, peut se déséquilibrer sous l'effet d'un stress extrême, rendant les personnes vulnérables à la pneumonie transmise par leurs propres bactéries sans qu'aucune transmission ne soit nécessaire.

[Retour au sommaire](#)

Cela explique pourquoi les décès étaient corrélés aux niveaux de pauvreté près des grands hôpitaux, mais pas dans les zones tout aussi pauvres et dépourvues d'infrastructures médicales performantes, pourquoi les pics de mortalité ont été synchronisés avec les annonces politiques plutôt que de suivre les schémas de propagation de la maladie, et pourquoi les corrélations démographiques ont radicalement changé entre le printemps et l'été 2020.

Son estimation de 31 millions de décès supplémentaires dans le monde d'ici 2022 ne représente pas les victimes d'un virus, mais les victimes de ce qu'il appelle « une attaque étatique et iatrogène à plusieurs volets contre les populations ».

Cet entretien de septembre 2025 arrive à point nommé pour ceux d'entre nous qui ont suivi Rancourt ces dernières années.

Son étude géopolitique de 2019 a été un véritable coup de massue pour mon cerveau : elle l'a ouvert et, pour la première fois, j'ai pu voir l'empire avec clarté, comprendre comment il crée des métarécits qui altèrent notre perception de la réalité.

En mars 2020, moi et bien d'autres aurions été complètement perdus sans la perspicacité et les conseils fulgurants de Rancourt. Alors que le monde sombrait dans une folie orchestrée, il a fourni les données, les analyses, la preuve que nous ne sombrions pas dans la folie – que les schémas défiaient la logique virale, que les décès étaient réels, mais pas la pandémie.

Je lui suis infiniment reconnaissant du temps et des efforts qu'il a consacrés à ces réponses, de sa volonté de poursuivre ce combat alors qu'il aurait été plus facile de se taire. Son travail, qui a documenté la mort de 31 millions de personnes suite à des agressions institutionnelles plutôt qu'à un virus, a été tout simplement essentiel.

Pour ceux d'entre nous qui essayons de donner un sens à ce que nous avons vécu, Rancourt ne s'est pas contenté d'analyser des données ; il a fourni une bouée de sauvetage vers la raison, un cadre permettant de comprendre comment la politique est devenue l'agent pathogène et les protocoles le fléau.

Remerciements et gratitude au Dr Denis Rancourt.

SOMMAIRE :

1. Denis, pouvez-vous nous parler de votre parcours, de professeur titulaire de physique à l'Université d'Ottawa à l'un des plus éminents critiques des politiques pandémiques ? Quels moments clés vous ont amené à réorienter votre recherche universitaire traditionnelle vers l'analyse des données de santé publique ?

2. Votre première analyse majeure sur le COVID-19 a été publiée en juin 2020, intitulée « Mortalité toutes causes confondues pendant le COVID-19 – Pas de fléau et une probable signature d'homicides de masse par la réponse gouvernementale ». C'est une affirmation assez audacieuse. Quelles preuves vous ont convaincu si tôt que la réponse à la pandémie elle-même était néfaste ?

3. Vous avez analysé les données de mortalité toutes causes confondues de plus de 125 pays pendant la période du COVID-19. Pour les lecteurs qui ne connaissent pas cette approche, pourquoi la mortalité toutes causes confondues est-elle plus fiable que les décès déclarés liés au COVID-19, et quelles tendances vous ont le plus surpris ?

4. Dans vos recherches, vous avez constaté que 30 % des pays n'affichaient aucune surmortalité en 2020, jusqu'à l'introduction des vaccins. Pouvez-vous nous expliquer ce que cela signifie et pourquoi cela remet en question le discours dominant sur la pandémie ?

5. Vous avez estimé que les vaccins contre le COVID-19 pourraient avoir causé environ 17 millions de décès dans le monde. Cette affirmation est extraordinaire et contredit les autorités sanitaires officielles. Quelle méthodologie vous a conduit à cette conclusion, et comment la conciliez-vous avec les liens temporels apparents entre les déploiements vaccinaux et les pics de mortalité ?

6. Dans vos travaux récents, vous proposez que la pandémie soit en réalité une vague de « pneumonies bactériennes non transmissibles » causée par le stress et les interventions médicales plutôt qu'un virus. Pouvez-vous expliquer cette théorie en termes simples et en quoi elle est liée à votre constatation selon laquelle la quasi-totalité de la surmortalité était associée à des affections respiratoires ?

7. Vous affirmez que les schémas de mortalité saisonnière et les pandémies historiques peuvent s'expliquer sans invoquer la transmission virale. Quels mécanismes alternatifs proposez-vous pour expliquer ces schémas, et pensez-vous que l'humanité ait déjà été confrontée à une véritable pandémie virale ?

8. Votre rapport de 2019 a établi un lien entre la mondialisation, des facteurs environnementaux comme l'utilisation du glyphosate et l'émergence du changement climatique comme doctrine politique. Comment cette analyse géopolitique éclaire-t-elle votre compréhension de la réponse à la pandémie ?

9. Vous avez qualifié les ventes d'armes et les ventes de vaccins à ARNm de « rackets de protection ». Pouvez-vous développer cette comparaison et ce que vous percevez comme les structures de pouvoir sous-jacentes à ces industries ?

10. Dans vos travaux sur les hiérarchies de dominance sociale, vous suggérez que la maladie joue un rôle évolutif dans le maintien de ces hiérarchies. Comment cette théorie s'applique-t-elle à ce que nous avons observé pendant la pandémie ?

11. Vous avez vivement critiqué les essais cliniques de vaccins, en particulier ceux impliquant des enfants. Quelles failles fondamentales constatez-vous dans l'évaluation de la sécurité et de l'efficacité des vaccins, et quelles preuves étayaient votre position selon laquelle les programmes de vaccination infantile pourraient être plus nocifs que bénéfiques à l'échelle mondiale ?

12. Vous maintenez un certain scepticisme quant au déni total de la « théorie des germes », tout en reconnaissant que les bactéries peuvent provoquer des maladies dans certaines conditions. Comment abordez-vous cette position nuancée et où situez-vous la frontière entre la théorie du terrain et la théorie des germes ?

13. Vos recherches indiquent que les interventions médicales pendant le COVID, notamment la ventilation mécanique et le refus d'antibiotiques, ont été les principales causes de décès. Comment ces pratiques néfastes sont-elles devenues si répandues et qu'est-ce que cela révèle sur la médecine institutionnelle ?

[Retour au sommaire](#)

14. Votre analyse géopolitique de 2019 prévoyait de nombreux aspects de ce que nous avons observé plus tard lors de la réponse à la pandémie. Comment percevez-vous la période du COVID dans le contexte plus large de la mondialisation et de l'hégémonie du dollar américain ?

15. Sur quels axes de recherche vous concentrez-vous actuellement avec CORRELATION, et comment les personnes souhaitant suivre vos travaux peuvent-elles rester informées de vos découvertes ?

1. Denis, pouvez-vous nous parler de votre parcours, de professeur titulaire de physique à l'Université d'Ottawa à l'un des plus éminents critiques des politiques pandémiques ? Quels moments clés vous ont amené à réorienter votre recherche universitaire traditionnelle vers l'analyse des données de santé publique ?

J'ai obtenu mon doctorat (1984) en physique de la matière condensée à l'Université de Toronto. J'avais 27 ans. Après deux années de recherche postdoctorale dans des laboratoires européens (France et Pays-Bas), je suis devenu chercheur principal et professeur d'université à l'Université d'Ottawa, au Canada, bénéficiant d'un financement national. Mon laboratoire de recherche a bénéficié d'un financement constant grâce à des bourses et j'ai enseigné à plus de 2 000 étudiants au cours de mes 23 ans au sein de cet établissement. J'ai rapidement été promu au rang universitaire le plus élevé, celui de professeur titulaire. J'ai donné de nombreuses conférences invitées et conférences principales lors de congrès internationaux, dans divers domaines scientifiques. J'ai fait des découvertes et des codécouvertes en magnétisme, en sciences de la mesure, en physique des métaux, en cristallographie des minéraux rocheux et environnementaux, en pédologie, en sédiments et nutriments aquatiques, en sciences planétaires (météorites), en climatologie, en théorie de la santé, en politique et en épidémiologie. Un CV récent est disponible sur mon site web.

J'ai toujours été interdisciplinaire et franc. J'ai été congédié par l'Université d'Ottawa en 2009 pour un conflit avec la haute administration concernant la liberté académique. Suite à mon congédiement, l'université a entièrement financé une poursuite en diffamation personnelle d'un million de dollars contre moi. Après une décennie de litiges et de soutien de mon syndicat, et suite à une lettre ouverte et une pétition signée par plusieurs universitaires (19 mars 2018), un accord mutuel mondial réglant tous mes différends avec l'université a été signé en janvier 2019.

J'ai acquis une vaste expérience directe du degré élevé de corruption des professionnels et des institutions occidentales. Je reconnais depuis des décennies qu'il s'agit d'une tendance en pleine expansion au Canada. En 2009, j'ai rédigé un article de synthèse pour une revue de sociologie : « L'éducation canadienne comme impulsion vers le fascisme ». Une grande partie de cet article, et bien d'autres, est abordée dans mon recueil d'essais de 2012 : « Hiérarchie et liberté d'expression dans la lutte contre le racisme ». Plusieurs de mes essais sont également publiés sur Dissident Voice.

Pendant mon conflit avec l'Université d'Ottawa, et avant mon licenciement, la haute direction a engagé un psychiatre clinicien et judiciaire de haut rang pour rédiger secrètement un avis déclarant que j'étais dangereux. Je n'ai eu connaissance de cet avis psychiatrique que des années plus tard, lors de divulgations judiciaires. En tant que partie défenderesse, j'ai finalement obtenu la divulgation judiciaire de l'avis du psychiatre, puis j'ai intenté une action en justice pour atteinte à l'éthique professionnelle contre le psychiatre montréalais. Il m'a fallu des années d'audiences interminables devant les tribunaux et de lutte contre un important cabinet d'avocats pour obtenir une sanction disciplinaire contre le psychiatre, confirmée par une décision d'appel datée du 10 septembre 2024. Ce fut une saga enrichissante, quelque peu relayée par les médias grand public francophones du Québec, qui s'est déroulée en grande partie pendant le Covid.

Je diverge. Je n'ai jamais cessé d'être un penseur indépendant depuis mon enfance. Je me souviens avoir inventé le nœud dès la première étape du lacet que j'apprenais. Ma mère n'était pas impressionnée malgré mes explications. Toute l'école primaire était un ennui mortel, à l'exception d'un parent intervenant occasionnellement et passionné. Entendre parler d'atomes, de molécules et de cellules était un univers. J'ai suivi des cours d'atelier au lycée pour éviter l'histoire et les exercices de mémoire. J'adorais ça, y compris la soudure et l'usinage. Je ne me souvenais pas des soi-disant faits,

[Retour au sommaire](#)

mais je pouvais tout comprendre à partir des principes fondamentaux. Les professeurs regrettaient toujours de demander si quelqu'un avait une question. J'ai remporté le titre de champion d'échecs junior au lycée, grâce à mon talent pur, sans aucune théorie ni mémoire.

Je n'ai jamais pu exercer un métier sans rencontrer une contradiction qui m'a poussé à définir une nouvelle orientation, passant de la spectroscopie aux solitons, aux nanoparticules, à la psychologie et à la politique. Mon parcours a été semé d'embûches, ce qui explique en partie pourquoi je n'ai cessé de changer de domaine. J'ai été membre d'instituts de recherche en physique et en sciences de la Terre, et j'ai enseigné les méthodes scientifiques à des étudiants de troisième cycle de tous les départements de sciences et d'ingénierie de deux facultés. (Pour l'anecdote, mon doyen m'a un jour interdit d'encadrer un étudiant boursier en climatologie et a déclaré au président de l'université que je ne devrais pas être autorisé à travailler dans ce domaine.)

Pour moi, remettre en question et ne pas croire la dernière propagande annonçant une menace mondiale – la pandémie de Covid déclarée – n'était pas un choix.

C'était plutôt dans ma nature.

Mon engagement à résister bruyamment est devenu inévitable face à l'hystérie gouvernementale.

Je n'ai jamais cru un mot, je n'ai jamais porté de masque (sauf une fois où ma femme voulait quelque chose pour un événement spécial et qu'il était impossible de l'acheter autrement – l'expérience a redoublé ma colère), et je n'ai jamais été vacciné.

J'ai rédigé mes premiers rapports écrits aux gouvernements et aux institutions en avril 2020, avec l'Association ontarienne des libertés civiles. J'ai finalement créé mon propre site web pour lutter contre la censure et cofondé CORRELATION Research in the Public Interest.

J'ai été banni de plusieurs plateformes, dont Research Gate et LinkedIn.

J'ai subi une censure frustrante sur YouTube et Facebook, et une grande partie de mon contenu a été supprimée.

2. Votre première analyse majeure sur le COVID-19 a été publiée en juin 2020, intitulée « Mortalité toutes causes confondues pendant le COVID-19 – Pas de fléau et une probable signature d'homicides de masse par la réponse gouvernementale ». C'est une affirmation assez audacieuse. Quelles preuves vous ont convaincu si tôt que la réponse à la pandémie elle-même était néfaste ?

Ma toute première pensée a été qu'une pandémie devait nécessairement faire de nombreux morts, alors qu'il n'y avait aucun cadavre dans les rues. De plus, je ne connaissais personne ayant reçu de soins d'urgence, et un ami militant social recherchait et filmait des hôpitaux vides à Ottawa. J'avais besoin de données sur la mortalité toutes causes confondues.

J'ai été inspiré par les premières interviews vidéo pragmatiques et les premiers articles de l'épidémiologiste allemand Knut Wittkowski, basé à New York. J'ai quelques amis scientifiques allemands amateurs de bière et je les apprécie généralement. Wittkowski a souligné, en s'appuyant sur la théorie classique de la contagion et sur les rapports disponibles, que les confinements et les fermetures d'écoles ne pouvaient qu'aggraver la situation et mettre les personnes âgées en danger (nos propres calculs théoriques ultérieurs l'ont amplement confirmé, en supposant l'exactitude de la théorie acceptée). Entre autres choses, Wittkowski s'est directement penché sur les données de mortalité disponibles. Cela m'a enthousiasmé de savoir qu'il existait des données concrètes, contrairement aux conneries du PCR, etc. Wittkowski parlait fort de sa vaste expérience. Il ne percevait pas les données de la même manière que moi, mais ses communications publiques ont démontré leur potentiel et le cadre interprétatif traditionnel, sans parti pris politique. Je me suis immédiatement investi. Cela a conduit à mon article de juin 2020.

D'autres confirmations précoces pour moi ont notamment été la célèbre déclaration vidéo de Mike Yeadon en 2020, dans son garage, des prépublications de 2020 de John Ioannidis et une déclaration vidéo du professeur Sucharit Bhakdi début 2021. À cette époque, j'avais également réalisé plusieurs vidéos de commentaires et interviews vidéo sur YouTube, voir : « COVID-19 avec Denis Rancourt » (playlist, plus de 100 vidéos). Je souhaitais que ma formation scientifique et mon point de vue critique soient immédiatement utiles face à la propagande gouvernementale excessive.

Les premières données sur la mortalité toutes causes confondues disponibles au moment de mon article de juin 2020, pour l'Europe et les États-Unis, présentaient des caractéristiques remarquables que j'ai soulignées dans des graphiques et du texte :

1. Aucune surmortalité n'a été observée avant la déclaration de pandémie par l'OMS le 11 mars 2020.
2. Un pic de mortalité anormalement élevé a été enregistré immédiatement après la déclaration de pandémie par l'OMS dans diverses juridictions, mais nulle part ailleurs.
3. Les pics de mortalité anormalement élevés, lorsqu'ils se sont produits, étaient synchrones sur deux continents.
4. L'ampleur de la mortalité de l'ensemble de la population (tous âges confondus) n'était pas particulièrement alarmante en soi, sauf à New York. Il me semblait impossible que ce phénomène spatiotemporel puisse être dû à la propagation spontanée d'un nouveau pathogène dangereux originaire de Chine. Pourquoi ce nouveau pathogène aurait-il suivi la déclaration politique de l'OMS du 11 mars 2020 ? De plus, les juridictions connaissant d'importants pics de surmortalité ont fait l'objet de nombreux rapports d'agressions gouvernementales et médicales contre des personnes âgées et fragiles institutionnalisées. Ces éléments, combinés, m'ont amené à conclure comme je l'ai fait : « Pas de fléau et une probable signature d'homicide de masse par la réponse gouvernementale. »

Tous les travaux que mes collaborateurs et moi-même avons menés au cours des années suivantes ont systématiquement corroboré ma conclusion de juin 2020. En particulier, une branche de l'épidémiologie théorique s'est développée pour soutenir que les schémas spatiotemporels de surmortalité découlent de la théorie de la contagion d'un virus respiratoire, mais en juin 2025, nous avons rigoureusement démontré que les données empiriques sur la mortalité toutes causes confondues sont incompatibles avec ces aventures créatives et erronées de l'épidémiologie théorique.

3. Vous avez analysé les données de mortalité toutes causes confondues de plus de 125 pays pendant la période du COVID-19. Pour les lecteurs qui ne connaissent pas cette approche, pourquoi la mortalité toutes causes confondues est-elle plus fiable que les décès déclarés liés au COVID-19, et quelles tendances vous ont le plus surpris ?

Dans la grande majorité des cas, l'attribution d'une cause de décès est nécessairement arbitraire et sujette à des biais politiques, professionnels et institutionnels. Ce point n'est pas controversé. Il s'agit d'un problème bien connu. Ce problème est inévitable en raison de la nature même de la mort, qui est une défaillance systémique complexe et coopérative impliquant une multitude de composants endommagés. Ces composants eux-mêmes ne sont pas faciles à caractériser. En revanche, reconnaître la survenue d'un décès, quelle que soit sa cause présumée, est simple. C'est pourquoi le comptage d'un décès (à un moment et un lieu précis, d'une personne d'un âge et d'un sexe donnés), comme le comptage d'une naissance vivante, fournit les données démographiques les plus fiables qui soient. (En passant, un collaborateur et moi-même travaillons sur une « théorie de la mort et du vieillissement » qui m'enthousiasme, ce qui est une autre histoire.)

Cette mortalité toutes causes confondues peut être comptabilisée avec une haute résolution temporelle, par exemple diurne, ce qui permet de détecter des événements de mortalité soudaine, notamment les vagues de chaleur estivales, les accidents de transport majeurs, les tremblements de terre, les défaillances techniques, etc. ; avec une haute résolution spatiale, jusqu'aux quartiers et aux institutions ; avec une haute résolution par âge du défunt, par statut socio-économique ; et par état de santé, comme le statut vaccinal et la présence de maladies chroniques diagnostiquées. Ainsi, la mortalité toutes causes confondues, ainsi résolue, constitue une base de données extraordinairement puissante.

De plus, l'enregistrement de la mortalité toutes causes confondues est considéré comme d'intérêt national et est le plus souvent exigé et normalisé par la loi, dans la quasi-totalité des pays développés, pour toutes les juridictions infranationales. Le plus grand échec à cet égard concerne la majeure partie de l'Afrique. Une autre frustration pour les chercheurs est le manque de transparence proactive efficace et la divulgation incomplète des données. Les artefacts administratifs rares sont faciles à repérer (comme l'enregistrement tardif des décès pendant les vacances). Nous n'avons trouvé aucune raison de penser que les données de mortalité toutes causes confondues déclarées par les États soient biaisées ou manipulées. Bien au contraire, nous constatons généralement une grande cohérence et des événements de surmortalité qui concordent avec les rapports de catastrophes connues.

Les grandes tendances de surmortalité toutes causes confondues qui m'ont surpris sont nombreuses. Parmi ces facteurs, on peut citer :

- La quasi-absence de surmortalité, où que ce soit dans le monde, avant la déclaration de pandémie par l'OMS le 11 mars 2020
- Les brusques poussées de mortalité qui ont immédiatement suivi cette déclaration
- L'extrême hétérogénéité géographique (juridictionnelle) de la surmortalité, par rapport aux tendances historiques pré-Covid, y compris au sein d'un même pays (entre États, provinces et comtés), et entre des villes présentant des conditions socio-économiques, aéroportuaires, culturelles, etc. quasiment identiques
- Le grand nombre de pays et de régions infranationales qui n'ont enregistré aucune surmortalité toutes causes confondues en 2020 et jusqu'à l'introduction de la vaccination

[Retour au sommaire](#)

- La mortalité relative (score P) élevée dans toutes les tranches d'âge dans de nombreuses juridictions pendant la période du Covid (2020-2022) et jusqu'à aujourd'hui
- La forte surmortalité persistante (après le Covid, jusqu'en 2024 et 2025) dans de nombreux pays occidentaux, par rapport à des tendances historiques bien établies avant la période du Covid
- Corrélations temporelles remarquables entre des pics bien définis de surmortalité et le déploiement rapide des vaccins, notamment des doses de rappel administrées principalement aux populations âgées, dans plusieurs juridictions (Inde, Australie, Israël, plusieurs pays de l'hémisphère Sud, 23 des 87 pays du monde disposant de données suffisantes, et de nombreuses régions infranationales)
- Un important clivage Est-Ouest des schémas de mortalité entre les pays d'Europe de l'Est et d'Europe de l'Ouest, et un important gradient Nord-Sud (Canada-États-Unis-Mexique) des comportements de mortalité en Amérique du Nord
- Pour plusieurs pays du monde, la surmortalité annuelle la plus importante a été enregistrée en 2022, après la quasi-achèvement (en 2021) du déploiement des vaccins

4. Dans vos recherches, vous avez constaté que 30 % des pays n'affichaient aucune surmortalité en 2020, jusqu'à l'introduction des vaccins. Pouvez-vous nous expliquer ce que cela signifie et pourquoi cela remet en question le discours dominant sur la pandémie ?

C'est exact, pourquoi une surmortalité ne se produirait-elle qu'avec la vaccination dans tant de pays ? Il semble que les attaques qui ont accompagné la vaccination aient été meurtrières.

Les épidémiologistes théoriques de l'establishment, qui acceptent le modèle standard de contagion des maladies respiratoires virales, doivent se plier en quatre pour rationaliser les schémas géotemporels de surmortalité (toutes causes confondues ou à cause attribuée). Récemment, nous avons brisé le bretzel en montrant que les schémas de mortalité sont incompatibles avec les principaux calculs de contagion et de propagation mondiale, et les réfutent.

La théorie montre que, si l'on en croit le modèle, les épidémies respiratoires virales se multiplient dans une population donnée et disparaissent en quelques mois. Si le nouveau pathogène présumé virulent se propage à travers le monde via le trafic aéroportuaire, il doit alors y avoir des poussées épidémiques correspondantes qui ne peuvent être virtuellement synchrones à l'échelle de la planète et qui ne peuvent être absentes dans une grande partie du réseau mondial des grandes plateformes aéroportuaires. Soit le modèle est cohérent avec le profil de mortalité géotemporel observé, soit il doit être abandonné. Les correctifs théoriques injustifiés et le bootstrapping (méthode de rééchantillonnage) sont interdits.

À mon avis, le paradigme des pandémies respiratoires virales doit être abandonné et compris comme l'escroquerie axée sur le contrôle et le profit qu'il est devenu.

Les maladies respiratoires mortelles sont complexes, et des pandémies de décès d'origine respiratoire peuvent être induites par un stress biologique résultant d'attaques coordonnées contre les populations. Le Covid a constitué une expérience mondiale des effets de telles attaques, et l'analyse corrobore mon propos. J'ai abordé le mécanisme de stress biologique d'une pandémie mondiale dans un article récent : « Hypothèse médicale : Épidémies et pandémies respiratoires sans transmission virale ».

5. Vous avez estimé que les vaccins contre le COVID-19 pourraient avoir causé environ 17 millions de décès dans le monde. Cette affirmation est extraordinaire et contredit les autorités sanitaires officielles. Quelle méthodologie vous a conduit à cette conclusion, et comment la conciliez-vous avec les liens temporels apparents entre les déploiements vaccinaux et les pics de mortalité ?

Je voudrais d'abord choquer nombre de vos lecteurs en affirmant que les liens temporels frappants – que nous avons documentés – entre les pics importants et marqués de surmortalité toutes causes confondues et les déploiements rapides des vaccins (en particulier les rappels) ne sont pas directement dus à la toxicité vaccinale elle-même. J'expliquerai ci-dessous, en réponse à cette question, comment j'en suis arrivé à cette conclusion.

Cela ne signifie pas que les vaccins ne sont pas mortellement toxiques pour de nombreuses personnes et dans de nombreuses circonstances. L'importante toxicité mortelle des vaccins contre le COVID-19 est prouvée sans l'ombre d'un doute par les données de vigilance sur les effets indésirables, les données d'essais cliniques divulguées, les nombreuses études de cas cliniques publiées et les nombreuses autopsies médico-légales, sans parler des milliers d'articles scientifiques sur les effets indésirables nocifs des vaccins, comme nous l'avons souligné dans plusieurs de nos rapports (par exemple, la section « 6.1 Les vaccins contre le COVID-19 peuvent entraîner la mort », ici).

Cependant, dans les études rigoureuses de mortalité toutes causes confondues, il convient de distinguer « de nombreux décès dus à la toxicité vaccinale » et « un nombre suffisant de décès dus à la toxicité vaccinale pour produire directement d'importants pics de surmortalité toutes causes confondues ».

J'ai pris conscience pour la première fois que le déploiement des vaccins pourrait entraîner une surmortalité massive dans de nombreux pays dans mon article du 6 décembre 2022 intitulé : « Association causale probable entre l'événement extraordinaire de surmortalité d'avril à juillet 2021 en Inde et le déploiement des vaccins ». Cet article, qui mérite d'être lu aujourd'hui encore, fait état d'un taux de toxicité mortelle calculé de 1 % par injection en Inde rurale et urbaine. Robert F. Kennedy, Jr. m'a interviewé au sujet de ces résultats le 8 décembre 2022.

Suite à cela, notre premier rapport sur de fortes associations temporelles entre les pics importants de surmortalité toutes causes confondues et les déploiements rapides de rappels vaccinaux concernait l'Australie et ses États. Il s'agissait de notre article du 20 décembre 2022 intitulé : « Association causale probable entre le nouveau régime australien de mortalité toutes causes confondues élevée et le déploiement de son vaccin contre le COVID-19 ». Cette association correspondait à un taux de toxicité mortelle calculé de 0,05 % par injection.

Dans notre article suivant (9 février 2023), nous avons montré que les pics importants et marqués de surmortalité toutes causes confondues, essentiellement synchrones avec les campagnes de rappel vaccinales successives et rapides, étaient stratifiés par âge, la toxicité mortelle apparente augmentant de manière exponentielle avec l'âge : « Taux de mortalité par dose de vaccin contre le COVID-19 stratifié par âge pour Israël et l'Australie ».

Nous avons également estimé qu'une valeur mondiale représentative, tous âges confondus, du taux de toxicité mortelle calculé serait de 0,1 % par injection. Pour 13,25 milliards d'injections jusqu'au 24 janvier 2023, cela correspondait à environ 13 millions de décès vaccinaux calculés dans le monde jusqu'au 24 janvier 2023. Ainsi, l'article du 9 février 2023 a fourni notre première estimation de la mortalité mondiale associée aux campagnes de vaccination contre le COVID-19.

[Retour au sommaire](#)

La méthodologie est simple. On estime d'abord un taux de toxicité mortelle calculé par injection, sur la base des associations observées entre les excès de mortalité toutes causes confondues et les campagnes de vaccination, puis on multiplie ce taux par le nombre de doses de vaccin administrées. Il est toujours possible qu'une forte association entre la mortalité excessive et le déploiement vaccinal ne soit pas due à la toxicité vaccinale elle-même, mais résulte d'une intervention mortelle accompagnant le déploiement vaccinal.

Le 17 septembre 2023, en utilisant la même méthodologie de base, nous avons étudié 17 pays de l'hémisphère sud et de la région équatoriale disposant de données suffisantes : « Mortalité associée au vaccin contre le COVID-19 dans l'hémisphère sud ». L'avantage de l'hémisphère sud est que les campagnes de rappel ne coïncident pas avec des saisons de mortalité naturellement plus élevée, ce qui constitue une difficulté dans les pays de l'hémisphère nord. C'est dans cet article que nous avons rapporté pour la première fois l'estimation désormais célèbre de 17 millions de décès liés aux vaccins dans le monde. J'ai présenté nos résultats lors d'une conférence internationale en Roumanie le 18 novembre 2023. Un participant à la conférence (Bret Weinstein) a ensuite décrit nos résultats dans une interview avec Tucker Carlson, et le secteur de la « vérification des faits » s'est emballé. Ce chiffre de 17 millions est devenu une référence ; il est devenu un sujet de mêmes. Nous avons ensuite publié (le 19 juillet 2024) notre rapport approfondi de 521 pages portant sur 125 pays : « Variation spatio-temporelle de la surmortalité toutes causes confondues dans le monde (125 pays) pendant la période du Covid 2020-2023, en fonction des facteurs socio-économiques et des interventions médicales et de santé publique ». Je pense qu'il s'agit d'un document de référence que chacun devrait étudier. Nous avons expliqué pourquoi le paradigme de la propagation virale respiratoire devrait être abandonné et nous avons analysé en profondeur les causes de décès. Globalement, nous avons constaté que le taux global de surmortalité toutes causes confondues dans les 93 pays disposant de données suffisantes pour la période de trois ans 2020-2022 est de $0,392 \pm 0,002$ % de la population de 2021, ce qui correspond à $30,9 \pm 0,2$ millions de décès excédentaires projetés à l'échelle mondiale pour la période de trois ans 2020-2022, toutes causes confondues. Cela signifie que jusqu'à fin 2022, 31 millions de décès supplémentaires ont été causés dans le monde par les attaques coordonnées des gouvernements, des entreprises et des professions libérales contre les populations. Nous avons identifié trois principales catégories de causes principales de décès :

1. Le stress biologique (y compris psychologique) dû aux mesures de confinement et aux changements structurels socio-économiques qui en découlent ;
2. Les interventions médicales non liées au vaccin contre le COVID-19, telles que l'utilisation de respirateurs artificiels et de médicaments (y compris le refus de traitement antibiotique).
3. Les campagnes d'injection du vaccin contre le COVID-19, y compris les campagnes répétées auprès des mêmes populations.

Le dernier point inclut les perturbations importantes (tests, confinement, prétendus traitements, refus de soins normaux, etc.) qui accompagnent les campagnes rapides de vaccination de type militaire dans les établissements accueillant des personnes fragiles et âgées.

6. Dans vos travaux récents, vous proposez que la pandémie soit en réalité une vague de « pneumonies bactériennes non transmissibles » causée par le stress et les interventions médicales plutôt qu'un virus. Pouvez-vous expliquer cette théorie en termes simples et en quoi elle est liée à votre constatation selon laquelle la quasi-totalité de la surmortalité était associée à des affections respiratoires ?

D'une part, nous avons démontré dans plusieurs articles que le Covid n'était pas la propagation contagieuse d'une maladie respiratoire virale. D'autre part, les pics clairement observés de surmortalité toutes causes confondues correspondent souvent quantitativement (bien qu'il existe de nombreuses exceptions) à la mortalité officiellement attribuée à une affection respiratoire (COVID-19). Nous avons démontré pour la première fois cette concordance quantitative pour les États-Unis dans notre rapport du 25 octobre 2021 : « Nature de la catastrophe sanitaire liée au COVID-19 aux États-Unis, d'après la mortalité toutes causes confondues et les données socio-géo-économiques et climatiques ». Entre-temps, selon les données gouvernementales que nous avons utilisées, la moitié des décès dus au COVID-19 sont associés à une pneumonie bactérienne concomitante, d'après les certificats de décès déclarés, et le traitement antibiotique était évité, comme nous l'avons démontré.

Lors d'un pic de surmortalité toutes causes confondues, si les décès ne sont pas survenus par propagation du nouveau virus respiratoire présumé, mais ont été cliniquement enregistrés comme associés à des affections respiratoires graves, alors ces affections respiratoires ont dû survenir autrement et au cours de la même période, au sein du pic de surmortalité.

Or, il s'avère que la littérature scientifique regorge de descriptions de pneumonies auto-infectées sans transmission, induites par des circonstances stressantes chez des personnes fragiles ou âgées. Si ces circonstances stressantes sont imposées de manière soudaine et systémique, par poussées, des pics de surmortalité se produiront.

J'ai décrit en détail ce mécanisme de pneumonies auto-infectées sans transmission le 2 décembre 2024 : « Hypothèse médicale : Épidémies et pandémies respiratoires sans transmission virale ». Fondamentalement, le corps humain abrite trois principaux microbiomes, ou vastes communautés complexes et changeantes de micro-organismes, vivant dans le tube digestif, les voies respiratoires et la peau. Ces microbiomes et leur équilibre dynamique sont essentiels à la vie et à la santé en général. Pratiquement tous les micro-organismes, connus et inconnus, de l'environnement animal sont présents dans notre corps, et ces populations coopèrent et se disputent l'espace et les ressources. Ces équilibres dynamiques peuvent être considérablement affectés par des circonstances telles que le stress, les blessures, l'alimentation, l'isolement social, les médicaments, les toxines environnementales, etc., et sont perturbés plus fréquemment et plus facilement avec l'âge.

Pour comprendre ce processus, de nombreux exemples de biomes écologiques (que j'ai étudiés, par exemple), comme une charge soudaine en nutriments dans un lac, qui confère un avantage concurrentiel aux algues toxiques, entraînant des proliférations d'algues mortelles qui tuent le plancton et perturbent ainsi fatalement la chaîne alimentaire. En comparaison, l'étude des microbiomes humains est relativement récente et constitue un domaine de recherche médicale en plein essor. Nous avons donc tout ce qu'il faut pour tomber malade de l'intérieur (c'est-à-dire pour « tomber » malade), en réponse à des conditions imposées. Nul besoin de propager de nouveaux agents pathogènes invisibles pour cela. Les trois principaux microbiomes (poumons, intestins, peau) sont connus pour avoir des réponses fortes et démontrées au stress ressenti.

[Retour au sommaire](#)

Par conséquent, par exemple, les symptômes respiratoires pourraient être le meilleur canari dans la mine de charbon pour détecter le stress individuel. Comme l'a souligné un collègue, j'ai suggéré qu'il y avait un avantage évolutif à cette sensibilité, mais là encore, je diverge.

En résumé, si les forces de l'establishment perturbent massivement la société de manière à augmenter le stress biologique (y compris psychologique), en particulier chez les personnes fragiles et âgées, il y aura toujours une « pandémie » correspondante de décès excédentaires, associée à des symptômes de microbiomes réactifs, notamment des difficultés respiratoires visibles. J'en suis venu à croire qu'il s'agissait du Covid. Toutes nos nombreuses analyses de données concordent avec cette idée. Il n'y a pas eu de pandémie virale.

Les agressions, par vagues, comprenaient : des mandats, des mesures (masques, distanciation...), une propagande continue, des changements imprévisibles dans les mesures imposées, des confinements, des fermetures (de services, de travail, d'école, de religion, de loisirs), des restrictions de voyage, des tests, des biais de diagnostic, le confinement, le refus de traitement (en particulier d'antibiotiques pour la pneumonie), le refus de soins habituels, la ventilation mécanique, la sédation, des traitements expérimentaux et inappropriés, la persécution et le harcèlement public des dissidents, et la vaccination. La surmortalité qui en résulte est modulée par les facteurs socio-économiques dominants de la société, notamment :

- la structure par âge
- la structure hiérarchique de la pauvreté
- l'histoire sociétale des traumatismes infantiles et infantiles à grande échelle (guerre, famine, oppression)
- les réseaux sociaux endémiques
- les réseaux de services étatiques, y compris les institutions et la culture institutionnelle
- le spectre des addictions aux opioïdes généralisées (dont le fentanyl et l'héroïne)
- le degré de médicalisation de la santé
- la sensibilité à la propagande délétère de l'État

L'idée d'une maladie respiratoire virale qui se propage est hors de propos, déconnectée de la réalité et conçue pour manipuler et exploiter les individus et les nations.

7. Vous affirmez que les schémas de mortalité saisonnière et les pandémies historiques peuvent s'expliquer sans invoquer la transmission virale. Quels mécanismes alternatifs proposez-vous pour expliquer ces schémas, et pensez-vous que l'humanité ait déjà été confrontée à une véritable pandémie virale ?

La mortalité saisonnière normale toutes causes confondues avant le Covid-19 (élevée en hiver, plus faible en été) est bien documentée dans de nombreux pays depuis plus de 100 ans. Il s'agit d'un phénomène remarquable et stable, y compris dans les sociétés riches et avancées, qui n'est pas encore totalement élucidé. Nombreux sont ceux qui ont des théories favorites, comme celle de la vitamine D, mais aucune explication n'est concluante à ce jour. Il s'agit d'un projet de recherche actif au sein de notre groupe.

L'amplitude des variations saisonnières au cours des dernières décennies dans les pays occidentaux de l'hémisphère nord est d'environ 10 % des valeurs estivales. Les valeurs minimales de mortalité estivales varient régulièrement sur de nombreuses années, tandis que la mortalité due à la charge hivernale, au-dessus de la valeur de référence estivale, est chaotique et peut varier considérablement d'une année à l'autre. Certains chercheurs tentent de relier cette mortalité hivernale variable à la circulation virale, mais leurs travaux échouent, à mon avis. Il est remarquable que les pics de mortalité hivernale toutes causes confondues soient essentiellement synchrones entre les continents (Europe et Amérique du Nord), au sein de toutes les régions, pays et comtés ou États, ainsi qu'entre ces continents dans l'hémisphère Nord. Aucun gradient géographique n'est détectable dans la position de ces pics hivernaux au cours d'un hiver donné au cours des nombreuses décennies précédant la période du Covid. Cela était vrai avant l'essor des voyages aériens de masse et l'est toujours. Cette synchronicité, sans centres ni gradients, est contraire aux modèles de propagation.

De plus, les pics de charge hivernale dans l'hémisphère Sud surviennent pendant l'hiver, pendant les mois d'été de l'hémisphère Nord, ce qui nécessiterait une importante régulation équatoriale de tout agent pathogène présumé, et il n'y a pas de variation saisonnière de la mortalité dans les régions proches de l'équateur. De toute évidence, les schémas saisonniers mondiaux et locaux de mortalité toutes causes confondues (considérés comme liés aux affections respiratoires, circulatoires et à de nombreuses autres affections chez les personnes âgées, mais pas significativement au cancer) sont un phénomène planétaire, et non un phénomène principalement ou uniquement lié aux modèles d'émergence et de propagation des agents pathogènes respiratoires. La mortalité due à la charge hivernale est probablement associée à des facteurs de stress physiologiques tels que les variations des températures froides, de la pression atmosphérique et de l'humidité, qui sont influencées par les cycles météorologiques saisonniers et les grands systèmes météorologiques planétaires. Il s'agit d'un mécanisme évident de « synchronicité » des pics de mortalité due à la charge hivernale. Les facteurs de stress saisonniers sont suffisants pour provoquer une mortalité saisonnière toutes causes confondues chez les personnes âgées, augmentant avec l'âge, mais aucune mortalité due à la charge hivernale chez les plus jeunes.

Le temps de séjour plus long des particules d'aérosol dans l'air sec (transmissivité présumée plus élevée des micro-organismes en suspension dans l'air et charge de poussières en suspension plus élevée dans les environnements bâtis en hiver) ne joue probablement pas de rôle significatif dans la structure géo-saisonnière mondiale de la mortalité toutes causes confondues, dépendante de l'âge.

Un lien conceptuel avec les pics de surmortalité toutes causes confondues (au-delà de la structure saisonnière) observés pendant la période du Covid est immédiat, car ils sont eux aussi synchrones et liés aux facteurs de stress liés aux mesures et déploiements coordonnés à l'échelle mondiale. Les pics

[Retour au sommaire](#)

de charge hivernale saisonnière normaux de la période pré-Covid et les pics de surmortalité de la période Covid sont tous deux causés par des facteurs externes (respectivement les conditions météorologiques saisonnières et la réponse à la pandémie) qui engendrent un stress biologique fatal pour les personnes fragiles et âgées.

Le phénomène et les conséquences du stress biologique ont une histoire scientifique éminente, qui a débuté en 1936 avec l'œuvre de Hans Selye et se poursuit avec la spécialisation moderne des microbiomes humains. Le stress biologique, tel que défini par Selye et enrichi par des décennies de recherche, est le mécanisme essentiel de la quasi-totalité des décès prématurés non violents. Il devrait servir de base à toutes les enquêtes sur les événements et les schémas de mortalité, à l'exclusion des seuls cas évidents comme les tremblements de terre, si Big Pharma n'avait pas systématiquement empoisonné le puits.

8. Votre rapport de 2019 a établi un lien entre la mondialisation, des facteurs environnementaux comme l'utilisation du glyphosate et l'émergence du changement climatique comme doctrine politique. Comment cette analyse géopolitique éclaire-t-elle votre compréhension de la réponse à la pandémie ?

Mon analyse approfondie de 2019, fondée sur des données probantes, a été saluée et s'intitule : « La géoéconomie et la géopolitique influencent les époques successives de mondialisation prédatrice et d'ingénierie sociale – L'émergence historique du changement climatique, de l'égalité des sexes et de l'antiracisme comme doctrines d'État ». Je la considère comme fondamentale à bien des égards. Elle est également disponible en livre audio téléchargeable gratuitement.

Ma conclusion générale, depuis la Seconde Guerre mondiale, est la forte ampleur avec laquelle les élites, organisations, entreprises et financiers mondiaux, protégés et ancrés dans le régime américain, ont occupé la planète et explicitement conçu des idéologies sociales dominantes, notamment celles liées à l'antiracisme, au genre et au changement climatique, pour imprégner toutes les couches des sociétés occidentales et asservies.

Je décris le fondement de la puissance de l'empire américain comme sa dépendance à la possession et à l'application de la monnaie mondiale qu'est le dollar américain. Ils y sont parvenus en contrôlant la monnaie d'échange de toutes les principales matières premières, notamment le pétrole, les opioïdes, l'agriculture et les interventions médicales mondiales, et en dominant ces secteurs. Le régime américain mène également un racket de protection mondiale basé sur l'imposition de ventes d'armes gonflées (en dollars américains) à tous ses « alliés » et protectorats.

Le régime américain contrôle également la quasi-totalité des médias grand public influents du monde occupé et a créé la plus grande infrastructure de propagande de l'histoire. Sa propagande est si influente qu'elle pénètre les sociétés de nations souveraines comme la Russie et la Chine, surtout si elle contient des hystériques liées à une crise mondiale liée au terrorisme, aux armes de destruction massive, à l'environnement ou à la santé.

Mon analyse de 2019 constitue donc un cadre général idéal pour comprendre l'attaque multidimensionnelle du régime américain qu'a été le Covid, notamment l'implication directe et contractuelle importante du Département de la Défense américain. Le Covid était une opération géopolitique conçue et menée par le régime américain. Sous de telles pressions, la Russie et la Chine n'ont eu d'autre choix que de participer aux mesures et de développer leurs propres vaccins. La Chine, en particulier, risquait fort de devenir un bouc émissaire mondial, en grande partie à cause des premiers modèles épidémiologiques de revues scientifiques de premier plan, qui font partie intégrante de la propagande.

Voir mon article « Les ventes d'armes et les ventes de vaccins à ARNm doivent toutes deux être considérées comme des rackets de protection », incluant un lien vers une interview vidéo fascinante du 25 mars 2020 avec l'ancien agent du renseignement russe Vladimir Kvachkov.

9. Vous avez qualifié les ventes d'armes et les ventes de vaccins à ARNm de « rackets de protection ». Pouvez-vous développer cette comparaison et ce que vous percevez comme les structures de pouvoir sous-jacentes à ces industries ?

Oui, un racket de protection est un racket par lequel le crime organisé perçoit des paiements en échange d'une garantie de soi-disant protection. Il s'agit essentiellement d'une rente versée aux contrôleurs des territoires d'exploitation. Il s'agit d'une extorsion pure et simple, assortie d'un accès illimité aux locaux.

Dans le cas du régime américain et de ses technologies militaires et de surveillance, les ventes d'armes sont imposées aux pays occupés de facto.

Les ventes sont effectuées en dollars américains, ce qui garantit une demande pour ce dollar. L'État client obtient les dollars américains nécessaires en vendant ses ressources et sa main-d'œuvre, payés en dollars américains que le régime américain imprime à sa guise.

Comme pour toute marchandise majeure contrôlée par les États-Unis, la demande imposée et la création de dollars américains constituent un réseau incessant d'exploitation, renforcé par la projection militaire et la domination financière. Dans tout cela, la dette américaine accumulée au fil des décennies (depuis le retrait unilatéral des États-Unis des accords de Bretton Woods en 1971) de prétendus « déficits commerciaux » est essentiellement sans importance, si ce n'est pour créer l'illusion que les parties exploitées ont de l'argent en banque. Les déficits commerciaux eux-mêmes, pour la plupart des pays, ne sont que des indicateurs du degré d'exploitation.

Tout cela fonctionne tant que le régime américain domine le monde et peut imposer sa volonté. Nous vivons une époque extraordinaire et dangereuse, où la domination américaine est à la fois remise en question et dépassée. Je dis « dangereuse » car le régime américain est extrêmement violent et a fait preuve de peu de retenue face au recours à la guerre, aux actes de guerre et au terrorisme par procuration pour créer le chaos et l'instabilité qui entravent l'émergence multipolaire. Dans le contexte actuel, la conclusion selon laquelle le rapprochement Russie-Chine-Inde renforce la stabilité et la sécurité mondiale est rationnelle et justifiée.

Les achats imposés de lots massifs de vaccins contre le COVID-19 relevaient du même type de racket de protection. Comme pour les armes, les ventes ont été imposées à la fois au niveau national et à tous les pays occupés de facto. Comme pour les armes, les achats ont été effectués en dollars américains et en devises subordonnées. Comme pour les armes, la protection vise à lutter contre une menace artificielle ou fictive (respectivement une agression militaire et une pandémie virale). Comme pour les armes, la propagande concernant la menace est constante et omniprésente. Comme pour les armes, le racket de la protection vaccinale comprend de vastes exercices d'entraînement pour s'entraîner et démontrer un déploiement efficace.

Le Covid était une opération militaire, et aucune opération militaire du régime américain ne se fait sans d'énormes pots-de-vin et sans alimenter le secteur financier et militaro-industriel de l'Empire.

Le Covid visait également à tester et à faire progresser les programmes de surveillance, de contrôle numérique, de censure et de contrôle social. Ces programmes ne sont pas sans lien avec l'effondrement imminent de l'Empire américain suite à la perte de puissance de sa monnaie mondiale, le dollar américain. Un contrôle numérique intégré des ressources financières de chaque individu garantirait un ancrage solide et efficace dans le monde réel de la monnaie de l'Empire, ainsi qu'une surveillance et un contrôle complets de ses sujets. La Chine a déjà réussi à lier sa population à

[Retour au sommaire](#)

sa monnaie nationale. Les États-Unis sont à la traîne en raison des luttes intestines entre les grandes entreprises technologiques et les élites financières, selon l'analyse de Yanis Varoufakis de 2024 présentée à un public chinois.

Ne vous y trompez pas : l'Empire (l'État profond et les parasites de l'élite de haut niveau) considère comme un impératif existentiel d'imposer un contrôle financier numérique à tous ses sujets pour les raisons géopolitiques et d'exploitation expliquées ci-dessus ; tout cela pour votre protection, bien sûr. Le Covid a été, entre autres, un fer de lance pour tester et faire avancer ce programme. Elle a également démontré la capacité militaire de l'Empire à injecter rapidement et littéralement à tous ses sujets la substance de son choix, tout en taxant la population ; encore une fois, tout cela pour votre protection.

D'un point de vue géopolitique et géoéconomique, les débats sur la nature et l'origine du virus présumé, ainsi que sur le vaccin conçu et ses conséquences sanitaires théoriques, constituent, à mon avis, des distractions utiles, au mieux secondaires. L'importante surmortalité est due aux agressions sociétales et semble avoir été collatérale. Toute menace déclarée et toute solution de déploiement vaccinal, propagées avec succès, auraient atteint les mêmes objectifs et les mêmes conséquences.

Il est important de noter que les agressions sociales mises en place pendant le Covid se poursuivent aujourd'hui dans de nombreux pays occidentaux, sous la forme de :

- maltraitance à large spectre, normalisée par les institutions, envers les patients fragiles et âgés et les résidents des maisons de retraite ;
- attaques continues contre les perspectives politiques et économiques des classes moyennes nationales (avec leurs désirs inquiétants de liberté et d'influence) ; et
- augmentation de la dépendance aux opioïdes à grande échelle. Les agressions installées et continues produisent la surmortalité persistante toutes causes confondues que nous avons étudiée.

10. Dans vos travaux sur les hiérarchies de dominance sociale, vous suggérez que la maladie joue un rôle évolutif dans le maintien de ces hiérarchies. Comment cette théorie s'applique-t-elle à ce que nous avons observé pendant la pandémie ?

Le principe d'organisation prédominant de tout groupe d'animaux sociaux est la hiérarchie de dominance. Les preuves empiriques à cet égard sont accablantes. Quelle que soit la théorie politique privilégiée, chaque groupe et chaque société est une hiérarchie de dominance, avec un potentiel de stabilité durable et d'extrêmes totalitaires. De plus, le déterminant primordial de la santé et de la longévité individuelles est la position de chacun dans la hiérarchie de dominance et la nature ou l'inclinaison de cette hiérarchie.

La hiérarchie de dominance est une forme de coopération structurée auto-organisée et constitue une puissante stratégie de survie et de réalisation pour toute espèce d'animal social. Par conséquent, il existe une forte pression évolutive en faveur de la formation de hiérarchies de dominance durables. En 2011, j'ai avancé cette idée originale (à ma connaissance) :

L'oppression sociale, fondée sur la domination et la hiérarchie, nous rend malades. Cette idée présente un avantage évolutif majeur : elle permet et stabilise cette hiérarchie, rendant ainsi l'espèce compétitive dans un environnement hostile. Par conséquent, l'évolution sélectionne les mécanismes de mauvaise santé induits par le stress biologique. En corollaire, il existe nécessairement un gradient de santé lié au gradient de statut social dans une hiérarchie sociale.

J'ai expliqué cette idée pour la première fois sur mon blog « Activist Teacher » dans un article du 20 décembre 2011 : « Une théorie de la douleur chronique — une théorie sociale et évolutionniste des maladies humaines et de la douleur chronique ». Cet article a également été publié sur Dissident Voice et dans mon livre.

Cela signifie que l'oppression rend malade, par le biais de nombreux mécanismes biologiques complexes qui ont évolué dans le corps animal au cours de millions (milliards) d'années. C'est pourquoi il existe un lien étroit entre le stress biologique (y compris psychologique) et la santé. Ce lien est d'une importance capitale et est ignoré et occulté par la médecine traditionnelle, dominée par l'industrie pharmaceutique. L'oppression de domination est la cause profonde de la maladie et de la mauvaise santé, d'autant plus dans les hiérarchies de domination les plus violentes et autoritaires, pour la plupart des individus.

Plus on est âgé, plus l'oppression et le stress biologique sont mortels, et ce de manière exponentielle. Parallèlement, l'identité d'un individu est viscéralement liée à sa place et à sa valeur dans la hiérarchie de domination, et une image de soi réfléchie est un moteur essentiel à la vie des êtres sensibles. Une perte de statut social signifie souvent la mort pour l'individu, d'une maladie chronique ou d'une autre. Par conséquent, le confinement est une source importante de stress biologique et l'isolement social soudain imposé est mortel, et ce de manière exponentielle avec l'âge.

Compte tenu des vastes connaissances sur les effets mortels du confinement, de la perte de statut social et de l'isolement social, le Covid peut être considérée comme un homicide de masse perpétré par nos institutions, nos professionnels et leurs supérieurs hiérarchiques, dans une marche vers un État plus totalitaire.

11. Vous avez vivement critiqué les essais cliniques de vaccins, en particulier ceux impliquant des enfants. Quelles failles fondamentales constatez-vous dans l'évaluation de la sécurité et de l'efficacité des vaccins, et quelles preuves étayent votre position selon laquelle les programmes de vaccination infantile pourraient être plus nocifs que bénéfiques à l'échelle mondiale ?

J'ai formulé une critique raisonnée de tous les programmes de vaccination infantile dans mon récent article : « Opinion : Invalidité des modèles contrefactuels de mortalité évitée par la vaccination infantile ».

Malgré des décennies d'études, il n'existe aucun exemple connu, dans les pays à forte ou faible mortalité infantile, d'un déploiement de vaccins infantiles associé à une diminution de la mortalité infantile toutes causes confondues. Au contraire, on observe un ralentissement apparent des bénéfices en termes de survie infantile liés au développement, associés aux déploiements de vaccins infantiles. Dans ce contexte, le développement passe par l'amélioration de l'assainissement et de la nutrition. Compte tenu de cette dure réalité, avec des bénéfices, au mieux indétectables, en termes de réduction de la mortalité infantile, il n'y a aucune raison de rechercher les bénéfices insaisissables de la vaccination dans des essais cliniques artificiels contrôlés par la même industrie qui profite de cette escroquerie et qui a amplement démontré son comportement illégal et criminel en concoctant ces essais.

Voir l'ouvrage phare « Médicaments mortels et crime organisé : comment les grandes entreprises pharmaceutiques ont corrompu les soins de santé » de Peter Gøtzsche (2013, CRC Press : Taylor & Francis Group). L'emprise institutionnelle et la corruption n'ont fait qu'augmenter depuis la publication de cet ouvrage. Jablonowski et al. (2025) ont récemment démontré que les essais cliniques truqués étaient certainement monnaie courante avec les vaccins contre le COVID-19.

Si nous voulons aider les enfants, nous devons les aider, et non les exploiter au profit des grandes entreprises pharmaceutiques, de carrières scientifiques valorisées et d'augmentation des revenus des professionnels de la santé. Les exploiters de l'élite mondialiste occidentale et leurs entreprises doivent être chassés des maternités et des services de soins pédiatriques. J'ai donc démontré ici encore que les données de mortalité toutes causes confondues constituent un fil conducteur permettant de distinguer les bénéfices pour la santé des escroqueries de l'industrie médicale.

La plupart de ces escroqueries très rentables (ajout de chimiothérapie, de médicaments pour la chimie du sang, de médicaments psychiatriques, de médicaments pour la gestion de la douleur, etc.) sont rendues possibles par des tromperies élaborées, protégées et institutionnalisées, basées sur des essais cliniques truqués qui sélectionnent des sujets spécifiques, excluent les résultats indésirables, manquent de moyens pour obtenir des résultats avantageux, n'examinent pratiquement jamais les effets néfastes à long terme, n'utilisent plus de groupes placebo et ne divulguent pas les données à des chercheurs indépendants.

12. Vous maintenez un certain scepticisme quant au déni total de la « théorie des germes », tout en reconnaissant que les bactéries peuvent provoquer des maladies dans certaines conditions. Comment abordez-vous cette position nuancée et où situez-vous la frontière entre la théorie du terrain et la théorie des germes ?

Le débat entre théorie des germes et théorie du terrain repose sur la croyance ou la critique de l'hypothèse des germes selon laquelle une maladie présumée spécifique peut résulter de l'infection par un agent pathogène spécifique correspondant, et que des épidémies de maladies spécifiques peuvent être générées par la transmission de cet agent pathogène spécifique présumé.

La théorie des germes repose sur l'illusion qu'il existe des maladies spécifiques pouvant être guéries par une solution miracle tuant ou neutralisant l'agent pathogène spécifique présumé, ou que la maladie peut être prévenue en évitant l'agent pathogène. La théorie du terrain postule que la maladie n'est pas fondamentalement causée par des micro-organismes pathogènes et que la santé et la résilience, y compris la capacité de résistance aux agressions de l'environnement, dépendent du « terrain » de l'organisme, qui dépend à son tour de son histoire biologique, marquée par des agressions et des déficiences, mais aussi de ses caractéristiques héréditaires.

Fondamentalement, de nombreux partisans de la théorie du terrain affirment qu'aucune exposition à un micro-organisme, ni à une dose de micro-organismes, ni à aucun micro-organisme présent dans le microbiome d'une personne ne peut être une cause initiale de préjudice, et qu'une mauvaise santé est toujours la conséquence d'un terrain dégradé, indépendamment de l'exposition ou de la menace de micro-organismes présumés nocifs.

Le plaidoyer en faveur de la théorie du terrain semble être motivé par la promotion de l'importance de la nutrition et des choix de vie, le rejet justifié de la médecine conventionnelle axée sur l'industrie pharmaceutique, le désir de dénoncer les mensonges flagrants de la médecine conventionnelle et la volonté de trouver un argument miracle (inexistence de virus, danger bénin des bactéries) qui ferait s'effondrer une grande partie de la pratique irrationnelle de la médecine conventionnelle.

Une description de la théorie du terrain par l'IA est la suivante : « La théorie du terrain propose que la santé interne du corps (« terrain ») détermine sa sensibilité aux maladies, plutôt que les germes en soient la cause principale.» De nombreuses preuves empiriques soutiennent cette perspective du terrain, mais le débat ou l'opposition binaire (aptitude physique interne vs exposition aux agents pathogènes) ainsi formulée laisse de côté le rôle central de l'environnement immédiat et changeant ou des circonstances de vie, sources de stress biologique (y compris psychologique).

De ce fait, le débat est entaché (sans jeu de mots) par deux hypothèses mal définies et étroites, opposées de manière binaire.

Premièrement, aucune des deux hypothèses ne définit suffisamment la mauvaise santé, la maladie ou l'affection. Une définition adéquate nécessiterait des connaissances beaucoup plus approfondies et intégrées, ou du moins des paradigmes plus incisifs que ceux actuellement utilisés. Deuxièmement, l'hypothèse germinale postule de manière irréaliste les effets hypothétiques d'un seul micro-organisme, alors que les micro-organismes bactériens dans la nature se présentent toujours sous forme de communautés, de microbiomes, de biofilms ou d'infusions de populations d'un grand nombre d'espèces bactériennes différentes.

[Retour au sommaire](#)

Troisièmement, le débat oppose d'une part un mécanisme spécifique (infection) et d'autre part une manière générale non spécifiée par laquelle une maladie ou un problème de santé survient spontanément ou non (terrain).

Sous sa forme habituelle, le débat n'est donc pas strictement scientifique. Suivre la méthode scientifique est plus simple. On reçoit une hypothèse précise et bien délimitée pour examiner si elle peut être réfutée. Si l'hypothèse n'est pas réfutable en principe, si elle n'est pas testable, alors elle n'est pas valide.

Si l'hypothèse est que l'agent pathogène est invisible et ne peut être identifié et manipulé de manière fiable pour la tester, alors elle n'est pas valide. À mon avis, les partisans du virus n'ont pas démontré que l'hypothèse virale de la maladie est en soi une hypothèse valide (testable). Il leur incombe de le démontrer. À l'heure actuelle, donc, à mon avis, le seul débat scientifique concernant l'hypothèse virale de la maladie est de savoir si les partisans du virus ont même démontré une hypothèse testable avec la technologie actuelle. S'ils ne l'ont pas fait, alors ils pratiquent simplement le vaudou et en font la promotion.

Si l'hypothèse implique une cause bactérienne de la maladie, elle est au moins testable en principe avec la technologie actuelle. Le débat porte sur la réalisation des tests appropriés et l'infirmité de l'hypothèse. (À noter qu'en tant que scientifique, j'ai mené des recherches sur les bactéries.)

La tuberculose a été largement étudiée et est considérée comme une maladie respiratoire bactérienne infectieuse. Cependant, de nombreuses espèces bactériennes coexistantes sont désormais associées à la maladie, contrairement à l'hypothèse initiale d'une seule espèce bactérienne causale. Les expériences de transmission d'humains malades à des animaux sont considérées comme des preuves concluantes de la nature infectieuse de la tuberculose, ou du moins de la possibilité d'une transmission. Cependant, la présence persistante et généralisée de l'infection dans la population mondiale depuis longtemps rend le débat sur la contagiosité quelque peu hors de propos, comparé à un paradigme de coexistence évolutive, et le spectre des manifestations individuelles plaide plutôt en faveur d'une interprétation « terrain ».

Je n'ai connaissance d'aucune expérience contrôlée sur des humains ou des animaux non humains, portant sur des tests de provocation utilisant des doses issues de cultures pures d'espèces bactériennes uniques. Si une batterie d'expériences de ce type aboutissait à des résultats nuls, l'hypothèse bactérienne de causalité de la maladie serait alors réfutée, pour l'espèce bactérienne, la méthode d'administration de la dose et le modèle animal spécifiques.

Si l'on assouplit l'hypothèse en appliquant des doses contenant diverses espèces bactériennes, les expériences sont plus faciles à réaliser et plus réalistes par rapport à ce qui se passerait en réalité, comme dans le cas d'une pneumonie par aspiration. Je pense que ces expériences donneraient des résultats positifs (manifestations de la maladie induites) dans de nombreuses circonstances, selon l'état (« terrain ») des sujets testés.

De plus, par exemple, une revue scientifique réputée de 36 essais cliniques a conclu : « Les antibiotiques [réduisent les infections des voies respiratoires] et la mortalité globale chez les patients adultes en soins intensifs ». De même, dans une récente étude de cohorte de grande envergure, les auteurs ont conclu : « Chez les patients âgés ayant reçu un diagnostic d'infection urinaire en soins primaires, l'absence d'antibiotiques et la prise différée d'antibiotiques ont été associées à une augmentation significative des infections sanguines et de la mortalité toutes causes confondues par rapport à la prise immédiate d'antibiotiques. »

[Retour au sommaire](#)

Ces études étayaient l'idée qu'une perturbation chimique importante du microbiome des bactéries associées à des problèmes de santé graves peut, dans certaines circonstances, sauver des vies. Cela rejoint la pratique immorale et répandue, pendant la période du Covid, consistant à refuser les traitements antibactériens, évoquée précédemment.

Dans l'histoire de l'humanité, les anthropologues nous apprennent que la principale cause de décès limitant l'espérance de vie à un peu plus de 30 ans a été les infections, les plaies ouvertes (dues à des bagarres et des accidents), l'exposition à des environnements hostiles et l'acquisition de parasites agressifs, entre autres. Des études historiques fiables menées aux États-Unis ont montré une baisse significative des taux de mortalité associée à la désinfection des réserves d'eau, souvent par filtration et au chlore. Dans ces décès, la principale cause apparente est une blessure due à la consommation d'eau contaminée, et non la transmission d'un agent pathogène spécifique.

Dans nos recherches, nous avons souligné l'importance de distinguer une véritable cause principale de décès d'une cause proximale ou clinique (telle qu'enregistrée sur un certificat de décès). Ceci est important pour replacer le débat germe/terrain dans son contexte.

Une cause principale de décès est l'agent qui a réellement causé la blessure mortelle. Par exemple, un accident de voiture peut être une cause principale de décès, une perte sanguine massive et des défaillances systémiques spécifiques constituant des causes proximales. Les agressions à l'origine d'un stress biologique mortel sont des causes principales, entraînant de nombreux dysfonctionnements systémiques, et la première cause proximale pourrait être une « pneumonie » ou une « insuffisance cardiaque ».

Au-delà de cela, on peut débattre de la question de savoir si les manifestations bactériennes qui accompagnent l'échec coopératif appelé décès étaient néfastes ou bénéfiques, ou si elles étaient intentionnelles (par les bactéries ?) bénéfiques mais ont causé des dommages collatéraux, etc.

Je pense que les microbiomes de l'organisme (poumons, intestin, peau) peuvent être perturbés par des facteurs de stress externes, entraînant un déséquilibre et causant ou contribuant à causer la mort. Dans la pneumonie par aspiration, les microbiomes intestinal et respiratoire contribuent tous deux à l'issue.

Le degré de perturbation d'un microbiome par un facteur de stress externe et la capacité de récupération dépendent tous deux du « terrain », et ce terrain (l'état de l'organisme) s'appauvrit considérablement et nécessairement avec l'âge, en plus de l'impact d'autres facteurs.

Je pense que les colonies (microbiomes) de bactéries peuvent avoir un impact négatif sur la santé, pouvant aller jusqu'au décès, et que la sensibilité à de tels événements dépend à la fois du « terrain » (état corporel) et des conditions ambiantes (stress biologique). Par exemple, la seule exposition à des agents pathogènes (tels que les agents pathogènes respiratoires associés à la tuberculose) ne suffit pas à provoquer les manifestations de la tuberculose et, de ce fait, pourrait ne jamais être une cause principale de tuberculose.

Je conviens que le paradigme viral de la maladie est fragile. Je n'ai trouvé aucune preuve concluante à l'appui de ce paradigme. Les causes invisibles sont pratiques pour rationaliser des phénomènes complexes, mais la cause invisible virale est manifestement inutile en termes réels mesurés par la mortalité, comme nous l'avons démontré à maintes reprises.

[Retour au sommaire](#)

13. Vos recherches indiquent que les interventions médicales pendant le COVID, notamment la ventilation mécanique et le refus d'antibiotiques, ont été les principales causes de décès. Comment ces pratiques néfastes sont-elles devenues si répandues et qu'est-ce que cela révèle sur la médecine institutionnelle ?

Permettez-moi de répondre en élargissant la question. Comment naissent les pratiques médicales néfastes et comment se répandent-elles et s'institutionnalisent-elles ?

Le point de départ de notre questionnement devrait être de reconnaître que les pratiques médicales mortelles recommandées sont certainement répandues, en général et à tous les niveaux du système médical. Je l'ai souligné dans mon analyse critique du paradigme du cancer en 2015. L'épidémie de préjudices médicaux est trop répandue et persistante depuis des décennies pour être considérée comme des « erreurs ». Il n'est pas controversé d'affirmer que la médecine est l'une des rares causes principales de décès prématuré dans le monde occidental, et ce depuis deux générations ou plus. Comment cela est-il apparu et comment cette situation est-elle solidement maintenue ?

Ceci nous ramène à la hiérarchie de domination sociétale. La vocation sociétale structurelle du système médical est principalement de gérer et de renforcer cette hiérarchie. La santé dispensée par des professionnels est une pure illusion, à l'instar de la vertu offerte par le clergé et l'Église. La médecine d'entreprise vise à assurer la servitude et la dépendance, et elle constitue peut-être l'instrument le plus puissant de l'État à cet égard, composée d'innombrables professionnels, travailleurs, enseignants et cadres, et ancrée dans une vaste structure financière, entrepreneuriale et gouvernementale. La médecine fait partie intégrante du complexe financier, industriel, parlementaire, militaire, de renseignement, universitaire, médical et médiatique du régime américain, et donc du monde occidental.

Les cliniques et institutions médicales jouent le même rôle que l'appareil policier et judiciaire : agresser systématiquement et aléatoirement des individus afin d'asseoir leur domination (voir Silk, 2002), tout en semblant résoudre certaines injustices afin de préserver leur légitimité et de prévenir les accès de rébellion. En tant que telle, la société humaine est essentiellement une troupe de babouins, et ses institutions sont conçues et évoluent en conséquence. Avec la médecine, l'appareil de contrôle a l'avantage, sur la police et les employeurs, de pouvoir vous affaiblir ou vous rendre malade directement, sans s'appuyer uniquement sur le mécanisme physiologique basé sur le stress dû aux agressions physiques et psychologiques. La médecine peut littéralement prescrire maladie et dépendance.

Si l'on s'affranchit de la propagande massive sur les bénéfices de la médecine traditionnelle, et que l'on comprend la vérité sociologique de sa conception, force est de constater que les exemples de pratiques médicales apportant un réel bénéfice net à la santé individuelle sont soit accidentels, soit simplement autorisés à instaurer la confiance et la légitimité nécessaires.

Dans ce contexte, le système médical expérimente constamment de nouveaux protocoles thérapeutiques qui, grâce à la propagande, s'intègrent parfaitement comme de nouveaux outils dans le projet d'affirmation de la soumission et de la domination, tout en privant les cibles de ressources et en éliminant les personnes dépendantes inutiles, comme les malades chroniques et les personnes âgées. Ce phénomène s'observe dans toute hiérarchie sociale de domination animale ; seules les méthodes diffèrent.

Comme pour toute affirmation systématique de domination, le comportement peut aller trop loin, voire échapper à tout contrôle. Chez les groupes d'animaux, cela peut par exemple catalyser des attaques contre les dominants.

Dans nos sociétés stables, les politiques et les comportements institutionnels sont constamment remis à plat, suite à des événements d'indignation médiatique ou de résistance (comme la soi-disant hésitation vaccinale). Parallèlement, la corruption des élites pousse les lois et les politiques vers une exploitation excessive. J'ai décrit ces pressions, ces tiraillements et cette corruption sociétale dans mon essai de 2017 intitulé « Les causes de l'effondrement des États-Unis et de l'effondrement des droits civiques ». Il s'agit d'un schéma historique ancien, qui perdure depuis des millénaires (voir : « La Grande Vague : Révolutions des prix et rythme de l'histoire » de David Hackett Fischer, 1996).

Le mouvement MAHA, important et bénéfique actuellement au sein des agences fédérales américaines, constitue, à mon avis, ce type de remise à plat correctif nécessaire pour préserver et renforcer la légitimité et l'acceptation de l'establishment médical, tout en maintenant en place la plupart de ses pratiques manifestement néfastes pour la santé individuelle. Le paradigme pandémique est exceptionnellement insidieux, à un niveau supérieur au maintien agressif et régulier de la hiérarchie de domination. Ils veulent nous faire croire à un risque constant de pandémies virulentes d'agents pathogènes aéroportés, chacune pouvant menacer l'humanité à l'échelle d'une énorme chute de météorite, nécessitant des réponses mondiales renforçant l'exploitation et le contrôle des élites. Mes recherches m'ont convaincu qu'il n'y a probablement jamais eu de pandémie de ce type dans l'histoire, y compris en 1918 et lors de la peste noire.

Concernant les circonstances spécifiques des interventions médicales néfastes appliquées pendant la période du Covid, nous avons de nouveau évoqué des exemples dans notre dernier article réfutant la propagation virale pandémique.

14. Votre analyse géopolitique de 2019 prévoyait de nombreux aspects de ce que nous avons observé plus tard lors de la réponse à la pandémie. Comment percevez-vous la période du COVID dans le contexte plus large de la mondialisation et de l'hégémonie du dollar américain ?

Le Covid était un exercice militaire planifié et exécuté par le régime américain, qui a coordonné de nombreux acteurs majeurs du secteur privé, notamment : l'industrie pharmaceutique, le secteur médical, la finance, les médias (y compris les réseaux sociaux), le renseignement, les transports, l'armée, le Congrès et le Parlement, les gouvernements à tous les niveaux, les organismes internationaux, la police, le système judiciaire, le secteur scientifique et le monde universitaire.

La Russie et la Chine se sont senties obligées de jouer le jeu, compte tenu de l'opinion mondiale et de la pénétration de la propagande américaine, et de développer leurs propres vaccins et mesures. Les dirigeants qui ont rejeté la fraude pandémique ont été assassinés, destitués ou réduits au silence.

En réalité, il n'existait pas de virus responsable de la pandémie et les vaccins étaient manifestement nocifs. La question de la fuite de laboratoire est sans importance, puisqu'il n'existait pas d'agent viral mortel. Les réponses et mesures ont causé plus de 30 millions de décès dans le monde (jusqu'en 2022, la quasi-totalité concernait des personnes malades, âgées et dépendantes aux opioïdes) et ont laissé des inquiétudes sociales permanentes, notamment de graves effets indésirables des vaccins.

Les nouvelles pratiques institutionnelles sont aujourd'hui encore à l'origine d'une surmortalité importante et persistante, toutes causes confondues, dans de nombreux pays, sans parler d'une plus large acceptation sociale des atteintes aux droits et protections civiques. Les cultures du travail, des loisirs et de la santé ont évolué de manière discontinue. Le corps médical est devenu plus agressif et autoritaire que jamais auparavant, de mémoire d'homme. La liste complète des conséquences serait très longue.

La pandémie de Covid a été rendue possible grâce à la mondialisation contrôlée par les États-Unis et à leur domination mondiale. À mesure que d'autres pôles de puissance géopolitique se développent et que la domination américaine s'érode, un tel événement mondial de transformation et d'exploitation a moins de chances de connaître à nouveau autant de succès dans les années à venir. La fenêtre d'opportunité pour le régime américain de réaliser des escroqueries mondiales telles que le Covid se referme. Le moteur du profit et l'influence des élites occidentales s'affaiblissent également à mesure que la multipolarité mondiale s'accroît. À long terme, la multipolarité mondiale croissante améliorera probablement les droits fondamentaux et civiques des citoyens américains plus que les bonnes intentions affichées par leurs dirigeants, à mesure que les comparaisons et la concurrence mondiales pour de bonnes conditions de vie et de travail s'intensifient. L'intérêt touristique et les flux d'immigration de qualité augmentent déjà vers la Russie et la Chine. Mais d'abord, la situation des citoyens occidentaux se détériorera, en particulier dans les pays dits alliés pillés par les États-Unis, et surtout pour les classes ouvrières, sans parler de la quasi-certitude d'une multiplication des guerres menées par les États-Unis à mesure que la fenêtre de domination américaine se referme.

15. Sur quels axes de recherche vous concentrez-vous actuellement avec CORRELATION, et comment les personnes souhaitant suivre vos travaux peuvent-elles rester informées de vos découvertes ?

Nos principaux projets de recherche actuels, à divers degrés d'avancement, comprennent : une théorie de la santé et de la mort, les variations saisonnières et les schémas géotemporels de mortalité en temps normal, une étude approfondie de près de 100 facteurs socio-économiques associés à la surmortalité, la preuve de manipulations des relevés de température mondiale, une vaste étude de la surmortalité résolue par le statut vaccinal, les limites théoriques des modèles spatiotemporels de propagation de la maladie et une étude du comportement non scientifique du gouvernement canadien pendant le COVID-19 à partir de documents consultés.

Voici trois principaux moyens de suivre nos travaux à venir :

Le site web de CORRELATION : <https://correlation-canada.org/research/>

Mon site web : <https://denisrancourt.ca/>