

Les mesures de confinement n'empêchent pas les décès, la transmission ne se fait pas par contact, les masques n'apportent aucun bénéfice, les vaccins sont intrinsèquement dangereux.

Par [Prof Denis Rancourt](#)

Mondialisation.ca, 11 janvier 2021

[Research Gate](#)

Url de l'article:

<https://www.mondialisation.ca/les-mesures-de-confinement-nempechent-pas-les-deces-la-transmission-ne-se-fait-pas-par-contact-les-masques-napportent-aucun-benefice-les-vaccins-sont-intrinsequement-dangereux/5652641>



Les mesures sans précédent de confinement universel, de confinement institutionnel strict des maisons de soins, de masquage universel de la population, d'obsession hygiénique des surfaces et des mains et de déploiement accéléré des vaccins sont contraires à la science connue et aux récentes études de référence. Le gouvernement a fait preuve d'imprudence par action et de négligence par omission. Des mesures institutionnelles sont nécessaires depuis longtemps pour endiguer la corruption dans le domaine de la médecine et de la politique de santé publique.

Introduction – Pandémie [iatrogène](#) de panique

Le contexte politico-sanitaire est un contexte dans lequel, jusqu'en 2019, le consensus scientifique et politique passé en revue était que les mesures globales généralement et universellement appliquées en 2020 étaient [1](#) [2](#) :

- non recommandées sans être justifiées par des preuves quantitatives suffisantes des circonstances épidémiologiques locales (juridictionnelles) (transmissibilité, gravité de la maladie, impact), et sans être mises en balance avec les préjudices économiques, sanitaires et sociaux locaux qui en résultent
- pour de nombreuses mesures (recherche des contacts, mise en quarantaine des personnes exposées, contrôle des entrées et des sorties, fermeture des frontières), « *non recommandé en aucune circonstance* », quelle que soit la gravité de la maladie respiratoire virale pandémique (modérée, élevée ou extraordinaire)

Le contexte politico-sanitaire est également un contexte dans lequel il existe une histoire récente documentée de « *paniques répétées de pandémie de santé* » dans laquelle « *les experts en maladies souhaitent attirer l'attention du public et faire pencher les décisions d'allocation de ressources en faveur de la maladie qui les intéresse* ». [3](#). Bonneux et Van Damme, en 2011, l'ont exprimé ainsi [4](#) :

Les paniques répétées de pandémie de santé causées par un virus aviaire H5N1 et un nouveau virus de grippe humaine A(H1N1) font partie de la culture de la peur [réf.] Le pire des scénarios a remplacé l'évaluation équilibrée des risques. Le pire des scénarios est motivé par la conviction que le danger auquel nous sommes confrontés est tellement catastrophique que nous devons agir immédiatement. Plutôt que d'attendre des informations, nous avons besoin d'une frappe préventive. Mais si les ressources achètent des vies, le gaspillage des ressources gaspille des vies. Le stockage préventif d'antiviraux largement inutiles et les politiques irrationnelles de vaccination contre un virus H1N1 exceptionnellement bénin ont gaspillé plusieurs milliards d'euros et érodé la confiance du public dans les responsables de la santé. [réf.] La politique de lutte contre la pandémie n'a jamais été guidée par des preuves, mais par la crainte des pires scénarios.

En outre, un important scandale de conflit d'intérêts concernant les recommandations de l'OMS en matière de pandémie de grippe a été exposé en détail en 2010, où les enquêteurs Cohen et Carter ont conclu : « *Parmi les principaux scientifiques qui conseillent l'Organisation mondiale de la santé sur la planification d'une pandémie de grippe, certains ont fait un travail rémunéré pour les entreprises pharmaceutiques qui ont tout à gagner des conseils qu'ils ont rédigés. Ces conflits d'intérêts n'ont jamais été rendus publics par l'OMS* ». [5](#)

En 2020, rien de tout cela n'avait d'importance. Nous sommes entrés dans un monde de propagande, avec des institutions captives. Le principe de précaution (le gouvernement doit prouver l'absence probable de dommages avant d'imposer des politiques dangereuses) a été renversé, et la charge de la preuve a été imposée à la science pour justifier a posteriori des mesures sans précédent, rapidement imposées en l'absence de science ou même en s'opposant à elle. Malheureusement, une grande partie ou la plupart de l'establishment scientifique s'est conformé au nouveau programme.

Récemment, il y a eu à la fois des événements dramatiques (lancement du vaccin) et des communications scientifiques importantes, depuis que j'ai publié mes deux premiers articles scientifiques concernant la politique autour de la COVID-19, le 11 avril 2020 [6](#) et le 3 août 2020 [7](#), ainsi que des articles sur les préjudices mortels des réponses gouvernementales, déduits des données sur la mortalité toutes causes confondues, dépendantes du temps et de la juridiction [8](#) [9](#).

Mes deux premières analyses ont porté sur la science et la politique des masques [10](#) [11](#). La présente mise à jour des développements récents porte à nouveau sur les masques, et comprend en outre des points clés sur les mesures de confinement et les vaccins.

La rigueur des mesures n'a aucun effet sur le nombre total de décès attribués à la COVID-19

Deux grandes études récentes ont été menées à l'échelle mondiale.

Dans leur article du 21 juillet 2020 intitulé « *Une analyse au niveau national mesurant l'impact des actions gouvernementales, de l'état de préparation du pays et des facteurs socio-économiques sur la mortalité de la COVID-19 et les résultats sanitaires associés* » (50 pays), Chaudhry et al. ont indiqué [12](#) :

La fermeture rapide des frontières, le confinement total et les tests à grande échelle n'ont pas été associés à la mortalité de la COVID-19 par million de personnes. (Résumé / Résultats)

Lorsque la mortalité de la COVID-19 a été évaluée, les variables significativement associées à une augmentation du taux de mortalité par million étaient la prévalence de l'obésité dans la population et le PIB par habitant. En revanche, les variables qui étaient négativement associées à une augmentation de la mortalité de la COVID-19 étaient la réduction de la dispersion des

revenus au sein de la nation, la prévalence du tabagisme et le nombre d'infirmières par million d'habitants. En effet, un plus grand nombre d'infirmières dans un système de soins de santé donné était associé à une réduction de la mortalité. Les taux de mortalité étaient également plus élevés dans les comtés dont la population était plus âgée [...]. Enfin, les mesures gouvernementales telles que la fermeture des frontières, le confinement total et un taux élevé de tests COVID-19 n'ont pas été associées à des réductions statistiquement significatives du nombre de cas critiques ou de la mortalité globale. (Section 3.4)

Dans leur article du 19 novembre 2020 « *Mortalité du fait de la COVID-19 : Une question de vulnérabilité parmi les nations confrontées à des marges d'adaptation limitées* » (160 pays), De Laroche Lambert et al. ont trouvé [13](#) :

Résultats : Des taux de mortalité plus élevés sont observés dans les zones de latitude [25/65°] et de longitude [-35/-125°]. Les critères nationaux les plus associés au taux de mortalité sont l'espérance de vie et son ralentissement, le contexte de santé publique (fardeau des maladies métaboliques et non transmissibles (MNT) par rapport à la prévalence des maladies infectieuses), l'économie (produit national de croissance, soutien financier) et l'environnement (température, indice ultra-violet). La rigueur des mesures mises en place pour lutter contre la pandémie, y compris le confinement, ne semble pas être liée au taux de mortalité.

Conclusion : Les pays qui ont déjà connu une stagnation ou une régression de l'espérance de vie, avec des revenus et des taux de mortalité élevés, ont eu le plus lourd tribut à payer. Ce fardeau n'a pas été allégé par des décisions publiques plus strictes. Des facteurs inhérents ont prédéterminé la mortalité de la Covid-19 : leur compréhension peut améliorer les stratégies de prévention en augmentant la résilience de la population grâce à une meilleure condition physique et une meilleure immunité. (Résumé)

L'*American Institute for Economic Research* (AIER Staff) a passé en revue ces études et 22 autres études qui aboutissent à des conclusions similaires, dans son rapport du 19 décembre 2020 intitulé « *Les confinements ne contrôlent pas le coronavirus : Les preuves* » [14](#).

Par conséquent, dans l'ensemble, le nombre total de cas critiques et le nombre total de décès étaient associés à l'état de santé préexistant et à l'état sociétal de la population, et cela n'a pas été amélioré par les mesures gouvernementales visant à ralentir la transmission.

Il est important de noter qu'en plus des études sur les associations avec la mortalité totale, la dépendance temporelle et la granularité (dépendance juridictionnelle) de la mortalité toutes causes confondues montrent que la déclaration de pandémie de l'OMS du 11 mars 2020 et la recommandation universelle de « *préparer vos hôpitaux* » ont été suivies d'un grand nombre de décès, probablement induits par les infections et le confinement strict des maisons de soins non ventilées pour les personnes malades et âgées [15](#) [16](#).

La pandémie iatrogène de propagande en terme de psychologie de masse et la sociologie autour de la COVID-19 de 2020 commencent à être étudiées par des méthodes quantitatives [17](#).

La corruption de la science est mise à nue – Masques et PCR

Un aspect positif de ce que l'on peut appeler la « *pandémie de propagande* » actuelle est que la corruption systémique généralisée de l'establishment scientifique est exposée, non seulement par des rétractations très médiatisées d'articles publiés dans des revues de premier plan, mais aussi par des éditoriaux critiques. Par exemple, le 13 novembre 2020, le rédacteur exécutif Kamran Abbasi l'a exprimé en termes très clairs dans les pages de l'éminent BMJ [18](#) :

La science est supprimée pour des raisons politiques et financières. La Covid-19 a déclenché une corruption de l'État à grande échelle, et elle est nuisible à la santé publique. [réf] Les politiciens et l'industrie sont responsables de ce détournement opportuniste. Les scientifiques et les experts de la santé le sont également. La pandémie a révélé comment le complexe politico-médical peut être manipulé en cas d'urgence, à un moment où il est encore plus important de sauvegarder la science.

J'en donne trois exemples.

Premièrement, le biais systémique est palpable dans une mini-saga récente sur les masques, publiée dans les pages du *New England Journal of Medicine* [19](#) [20](#) [21](#).

Gandhi et Rutherford ont écrit un article intitulé « *Perspective* », publié le 29 octobre 2020 [22](#). Les auteurs avancent l'idée extraordinaire que se masquer réduit la gravité de la maladie chez les personnes infectées. Ils commencent par l'affirmation propagandiste selon laquelle le masquage facial universel est « *l'un des piliers de la lutte contre la pandémie de Covid-19* ». Ils poursuivent en avançant l'argument fantastique suivant : les masques peuvent réduire l'*inoculum* viral et donc provoquer des infections asymptomatiques dans lesquelles le sujet développe une immunité. Cela a alarmé les répondants car le mécanisme proposé est ce que l'on pourrait appeler « *l'immunité acquise naturellement grâce aux masques* ». Admettre tout type d'immunité naturelle, qui est une dure réalité de la biologie de l'évolution, est devenu sacrilège.

Deux groupes de chercheurs ont publié des réfutations contre Gandhi et Rutherford, dans la même revue.

Rasmussen et al. ont écrit [23](#) :

Il n'y a pas suffisamment de preuves pour soutenir l'affirmation selon laquelle les masques réduisent la dose infectieuse du SRAS-CoV-2 et la gravité de la Covid-19, et encore moins que leur utilisation peut induire une immunité protectrice. [...] La suggestion que les masques offrent une alternative à la vaccination sans preuve que les bénéfices l'emportent sur les grands risques encourage implicitement les comportements irresponsables.

Brosseau et al. ont, pour leur part, réajusté diplomatiquement les vues exposées par Gandhi et Rutherford en ramenant les lecteurs à la science et à la réalité établies [24](#) :

La réplication virale est liée à la dose, mais la gravité de la maladie ne l'est pas. L'épidémiologie indique que l'apparition de formes graves de Covid-19 est associée à des conditions préexistantes et à d'autres facteurs de risque, tels que l'âge, le sexe et la grossesse [réf].

Bien qu'elle n'ait pas encore été démontrée dans des modèles expérimentaux, la dose infectieuse du SRAS-CoV-2 est probablement similaire à celle du SRAS-CoV – environ 300 virions [réf]. Quelle que soit la gravité de la maladie, les gens présentent des *charges virales* élevées et un virus infectieux pendant au moins 8 jours après l'apparition des symptômes. La parole normale peut générer jusqu'à 3000 particules de 1 micron par minute dans l'air expiré, [réf] et chaque particule pourrait contenir plus de 250 virions, ce qui signifie qu'une seule minute de parole génère potentiellement plus de 750 000 virions. Les

revêtements de visage en tissu ont une efficacité très variable en fonction de la capacité de filtrage et de l'ajustement. Le port d'un couvre-visage en tissu à proximité d'une personne infectée pendant plusieurs minutes peut ne pas empêcher la réception d'une dose infectieuse, qui, comme indiqué ci-dessus, n'est pas corrélée à une maladie moins grave.

Les auteurs de l'article original n'ont pas été dissuadés et ont répondu :

« Plus de preuves s'accumulent pour supporter cette idée » et « il y a de plus en plus de preuves à la fois physiques et d'enquêtes épidémiologiques que les masques en tissu (s'ils sont portés correctement) réduisent à la fois la transmission et l'acquisition »

²⁵L'examen de leurs sources montre que les auteurs ont une vision généreuse de ce qui peut constituer une « preuve » à l'appui. Voir également ²⁶, concernant la tournure que prend l'« accumulation de preuves » dans le contexte politique des masques faciaux.

Deuxièmement, un exemple étonnant, toujours à propos des masques, est fourni dans les pages de *Nature Medicine*. Ici, l'équipe de prévision de la COVID-19 de l'IHME, le 23 octobre 2020 (« étude de l'IHME »), a déclaré que le port universel de masque serait d'une grande utilité aux États-Unis ²⁷ :

L'utilisation du port universel de masque pourrait sauver 129 574 (entre 85 284 – 170 867) vies supplémentaires entre le 22 septembre 2020 et la fin février 2021, ou 95 814 (entre 60 731 – 133 077) vies supplémentaires en supposant une adoption moindre du port du masque (85%), par rapport au scénario de référence. (Résumé)

Si les masques offrent un avantage aussi important, il est impossible de comprendre comment aucun des nombreux grands essais contrôlés randomisés (ECR) dont les résultats sont vérifiés, n'a détecté cet avantage. Il est impossible d'obtenir les résultats négatifs souvent répétés dans les études ECR de qualité suffisante pour informer la politique sanitaire, si les prémisses et les conclusions de l'étude IHME sont correctes. L'étude de l'IHME a été réfutée avant même sa publication.

L'étude de l'IHME est fatalement défectueuse sur au moins deux points :

1. La méta-régression utilisée pour estimer (« suggérer », selon leurs termes) que le port universel du masque permet une réduction de 40% et plus de la transmission est sans valeur, et est le fruit d'un biais constructif ;
2. Ils ont utilisé des données incorrectes pour évaluer la conformité du masquage de la population américaine pour la période concernée.

Cette dernière faille fatale a été exposée par Magness, dans son rapport publié dans le *Wall Street Journal*, intitulé « Les arguments en faveur de l'obligation du port de masques reposent sur des données erronées » ²⁸ :

Malheureusement, les conclusions des modélisateurs de l'IHME contenaient une erreur que même un examen minimal aurait dû permettre de détecter. Le nombre prévu de vies sauvées et le cas implicite d'une obligation de port de masques sont basés sur une statistique erronée. En utilisant une enquête datant de plusieurs mois, les modélisateurs de l'IHME ont supposé à tort que le taux d'adoption de masques aux États-Unis ne s'élevait qu'à 49% à la fin du mois de septembre, et qu'il y avait donc une grande marge de manœuvre pour passer à une « adoption universelle », définie comme 95%, ou à un taux plus plausible de 85%. Cependant, selon les résultats d'une enquête plus récente, le taux d'adoption de masques aux États-Unis tourne autour de 80 % depuis l'été.

Magness ne fait aucune mention de la prémisse fictive de l'étude de l'IHME selon laquelle le port universel de masques réduit la transmission de 40 % et plus.

Troisièmement, dans l'un des plus grands scandales de l'épisode COVID-19, un test d'amplification en chaîne par polymérase par transcription inverse (RT-PCR) a été mis au point à la hâte, dans des circonstances douteuses, qui n'est ni un diagnostic de la présence de virus infectieux, ni spécifique du SRAS-CoV-2, et déployé par les États pour la confirmation de l'infection chez les individus symptomatiques, et pour les tests de masse de la population générale asymptomatique.

Le dit test RT-PCR a été présenté ainsi par Corman et al. ²⁹, et leur propre article indique :

Nous avons pour objectif de développer et de déployer une méthodologie de diagnostic robuste à utiliser dans les laboratoires de santé publique sans disposer de matériel viral. [...]

Dans toutes ces situations [toutes les applications passées de la RT-PCR pour « détecter les virus responsables des sécrétions respiratoires »], les isolats de virus étaient disponibles comme substrat principal pour établir et contrôler les tests et les performances des tests.

Dans le cas présent du 2019-nCoV, les isolats de virus ou les échantillons provenant de patients infectés ne sont pas encore disponibles pour la communauté internationale de la santé publique. Nous faisons ici rapport sur l'établissement et la validation d'un flux de diagnostics pour le dépistage et la confirmation spécifique du 2019-nCoV, conçu en l'absence d'isolats de virus disponibles ou d'échantillons originaux de patients. La conception et la validation ont été rendues possibles par l'étroite parenté génétique avec le CoV-SARS de 2003, et facilitées par l'utilisation de la technologie des acides nucléiques synthétiques. [...]

Le présent rapport décrit la mise en place d'un processus de diagnostic pour la détection d'un virus émergent en l'absence de sources physiques d'acide nucléique génomique viral. La rapidité et l'efficacité de l'effort actuel de déploiement et d'évaluation ont été rendues possibles par les réseaux de recherche nationaux et européens mis en place en réponse aux crises sanitaires internationales de ces dernières années, ce qui démontre l'énorme capacité de réaction qui peut être dégagée par l'action coordonnée des laboratoires universitaires et publics [réf]. Cette capacité des laboratoires ne soutient pas seulement les interventions immédiates de santé publique, mais permet aux sites d'enrôler des patients lors de réponses rapides de recherche clinique.

Un consortium international de scientifiques des sciences de la vie estime que l'article de Corman et al. présente des lacunes technologiques et méthodologiques fatales : Voir le rapport de Borger et al qui concluent, parmi plusieurs critiques, que ³⁰ :

Il s'agit là de graves erreurs de conception, puisque le test ne peut pas faire la distinction entre le virus entier et les fragments de virus. Le test ne peut pas être utilisé comme un diagnostic pour les virus du SRAS.

En outre, l'absence du gène HE dans le CoV-1 et le CoV-2 du SRAS fait de ce gène le témoin négatif idéal pour exclure d'autres coronavirus. Le document de Corman-Drosten ne contient pas ce contrôle négatif, ni aucun autre contrôle négatif. Le test PCR du papier Corman-Drosten ne contient donc ni témoin positif unique ni témoin négatif permettant d'exclure la présence d'autres coronavirus. Il s'agit là d'un autre défaut de conception majeur qui classe le test comme inadapte au diagnostic.

Nous constatons de graves conflits d'intérêts pour au moins quatre auteurs, outre le fait que deux des auteurs de l'article de

Corman-Drosten (Christian Drosten et Chantal Reusken) sont membres du comité de rédaction d'Eurosurveillance. Un conflit d'intérêt a été ajouté le 29 juillet 2020 (Olfert Landt est PDG de TIB-Molbiol ; Marco Kaiser est chercheur senior au GenExpress et est conseiller scientifique de TIB-Molbiol), qui n'était pas déclaré dans la version originale (et qui manque toujours dans la version PubMed) ; TIB-Molbiol est la société qui a été « la première » à produire des kits PCR (Light Mix) basés sur le protocole publié dans le manuscrit de Corman-Drosten, et selon leurs propres termes, ils ont distribué ces kits de test PCR avant même que la publication ne soit soumise à relecture [réf.] ; de plus, Victor Corman & Christian Drosten ont omis de mentionner leur deuxième affiliation : le laboratoire de test commercial « Labor Berlin ». Tous deux sont responsables du diagnostic des virus dans ce laboratoire [réf.] et la société opère dans le domaine des tests PCR en temps réel.

À la lumière de notre réexamen du protocole de test pour identifier le CoV-2 du SRAS décrit dans le document de Corman-Drosten, nous avons identifié des erreurs et des failles inhérentes qui rendent le test PCR du SRAS-CoV-2 inutile.

Bon nombre des critiques de Borger et al ont déjà été prouvées par des vérifications détaillées en laboratoire, comme le remarquable article de Singanayagam et al ³¹, qui utilise la RT-PCR avec le gène cible RdRp, qui montre (en particulier leur figure 3 A) :

- L'importance du nombre de cycles de PCR (Ct), à la fois dans le compte rendu clinique et dans l'interprétation clinique
- Qu'à l'exception des cas d'hospitalisation extrême (qui n'ont pas été étudiés), tous les cas positifs détectés avec la RT-PCR plus de 10 jours après l'apparition des symptômes ou l'exposition correspondaient à des virus non infectieux (fragments de virus morts) (aucun virus n'a pu être cultivé dans des cultures cellulaires optimales)
- Qu'aucun délai n'a été observé pour la détection de ces virus non infectieux (fragments de virus morts), car ceux-ci ont été obtenus, avec une Ct=28-39, jusqu'à 60 jours après l'apparition des symptômes ou l'exposition.
- Qu'à moins de 10 jours, avec un Ct=18-40, près de la moitié des « positifs » étaient des virus non infectieux (fragments de virus morts)
- Un seuil opérationnel de Ct=30, au-delà duquel les « positifs » ont moins de 40% de probabilité (<8% à Ct>35) de correspondre à un virus viable, indépendamment du temps relatif à l'apparition des symptômes ou à l'exposition (leur figure 2)

De tels résultats concernant la fausse détection de virus présumés viables ont également été obtenus dans la grande étude plus récente de Jaafar et al. ³² qui ont utilisé l'amplification par RT-PCR du gène E que l'on pense être un peu moins spécifique du SRAS-CoV-2.

Il est clair que le test RT-PCR utilisé dans le monde entier est en soi sans valeur. Il produit de grandes quantités de « positifs » qui ne correspondent à aucun virus infectieux viable, qu'il s'agisse du SRAS-CoV-2 ou d'un autre. On n'y remédie que partiellement si les laboratoires se limitent à des Ct<30, sans parler du grand potentiel d'autres mauvaises pratiques de laboratoire sur le terrain.

Ajoutez à cela la malhonnêteté de la santé publique qui consiste à fabriquer une nouvelle définition de ce qui constitue un « cas ». Un « cas » est défini en médecine comme une infection active, symptomatique et diagnostiquée. Ce n'est plus le cas. Tout cas « positif » dans le « test » RT-PCR défectueux est désormais considéré comme un « cas ». La campagne massive de tests RT-PCR de la population générale asymptomatique, qui n'a aucune utilité clinique ou épidémiologique, alimente ainsi la propagande médiatique de la peur, avec des conséquences désastreuses : Tests RT-PCR non pertinents → signifie « cas » → propagande → mesures arbitraires / plus grand mal → popularité des dirigeants ³³

La transmission ne se fait pas par contact

Le 17 septembre 2020, une étude approfondie a été publiée par Meyerowitz et al ³⁴ dans l'une des principales revues médicales du monde, *Annals of Internal Medicine*, qui a conclu ce qui aurait dû être évident dès le départ, même pour l'OMS : La transmission par contact des maladies respiratoires virales, y compris le SRAS-CoV-2, est hors sujet.

Selon les termes de Meyerowitz et al :

Des preuves solides provenant de rapports de cas et de groupes de cas indiquent que la transmission respiratoire est dominante, la proximité et la ventilation étant les principaux déterminants du risque de transmission. Dans les quelques cas où un contact direct ou une transmission fomitive est présumé, la transmission respiratoire n'a pas été complètement exclue. L'infectiosité atteint son maximum environ un jour avant l'apparition des symptômes et diminue dans la semaine qui suit, et aucune transmission liée tardivement (après qu'un patient a eu des symptômes pendant environ une semaine) n'a été documentée. Le virus présente une dynamique de transmission hétérogène : La plupart des personnes ne transmettent pas le virus, tandis que certaines provoquent de nombreux cas secondaires dans des groupes de transmission appelés « super-dispersion ». (Résumé)

[...] Il n'existe actuellement aucune preuve concluante de la transmission par fomite ou par contact direct du SRAS-CoV-2 chez l'homme.

Cette conclusion a des implications de grande portée :

- Elle signifie que la « recherche des contacts » est une absurdité pour les maladies respiratoires virales. Il n'est donc pas étonnant que l'OMS ait recommandé en 2019 que la recherche des contacts soit « *déconseillée en toutes circonstances* » (voir ci-dessus). Pourquoi l'OMS a-t-elle rejeté la transmission par aérosol pour la COVID-19 ? C'est de l'anti-science arbitraire. ³⁵
- Cela signifie que le lavage compulsif des mains et le nettoyage des surfaces sont des absurdités épidémiologiques, avec des conséquences négatives évidentes, comme les rappels massifs de désinfectants toxiques ³⁶.
- Cela signifie que les gouvernements et l'OMS ont été négligents pendant plus d'une décennie en n'étudiant pas, en ne recommandant pas et en ne mettant pas en œuvre des politiques de ventilation axées sur la transmission pour l'environnement bâti. En fait, l'OMS a enterré son propre rapport d'experts sur le sujet de 2009, sous la rubrique « *eau / assainissement / santé* » sur son site web ³⁷, et un article de synthèse exhaustif du domaine public a été publié en 2007 ³⁸.
- Cela signifie que le verrouillage des portes et des fenêtres des maisons de soins pour personnes âgées constitue le pire scénario possible pour prévenir les épidémies dans les maisons de soins ^{39 40}.

Li et al ⁴¹ ont conclu (leur étude a été citée plus de 600 fois) :

Dix des 40 études examinées ont été considérées comme concluantes en ce qui concerne l'association entre la ventilation des bâtiments et la transmission d'infections aéroportées. Il existe des preuves solides et suffisantes pour démontrer l'association entre la ventilation, les mouvements d'air dans les bâtiments et la transmission / propagation de maladies infectieuses telles que la rougeole, la tuberculose, la varicelle, la grippe, la variole et le SRAS. (Résumé)

J'ai fait valoir que c'est précisément parce que la principale voie de transmission est constituée de fines particules d'aérosol que les

masques ne peuvent pas réduire la transmission [42](#) [43](#).

Face à la preuve irréfutable que les masques ne réduisent pas le risque d'infection de leur porteur [44](#) [45](#), l'OMS et le complexe de santé publique ont inventé le « *masque magique à sens unique* », qui empêche la transmission par le porteur, tout en ne le protégeant pas. Les médias ont été ravis de propager ce fantasme, contraire aux lois de la physique, concernant la circulation de l'air porteur d'aérosols par les voies de moindre [impédance](#) à travers et autour des masques faciaux. Ce fantasme est ce qu'on appelle le « *contrôle à la source* », que de nombreux scientifiques qualifiés ont également répété.

En fait, même une stricte quarantaine de niveau militaire des jeunes adultes en bonne santé ne peut empêcher la transmission [46](#).

Les infirmières le savent. En Ontario, deux décisions importantes de tribunaux administratifs, en 2015 et en 2018, avec de longues audiences d'experts de tous bords, ont conclu que les infirmières de plusieurs grands hôpitaux ne pouvaient pas être obligées de porter des masques, qu'elles soient vaccinées ou non, car cela ne protégerait pas les patients [47](#) :

« *Je pense qu'il y a maintenant un consensus qui se développe dans la communauté arbitrale selon lequel il ne fait aucun doute que ces politiques ne protègent pas vraiment les patients. L'arbitre a été assez ferme en décrivant les preuves apportées par l'hôpital comme insuffisantes, inadéquates et totalement non convaincantes* », a dit Sharan Basran, avocate des infirmières.

Le port du masque dans la population générale n'apporte aucun bénéfice détectable

Depuis le 11 avril 2020, j'ai fait valoir en détail que les masques ne fonctionnent pas, et j'ai disséqué et exposé la fausse idée du contraire [48](#) [49](#). À cette époque, il n'y avait pas encore eu d'étude de qualité suffisante pour informer la politique sanitaire sur le port du masque dans la population générale.

Le 18 novembre 2020, Bundgaard et al ont publié leur vaste essai contrôlé randomisé (ECR) sur des participants sélectionnés dans la population générale danoise. Selon leurs propres termes [50](#) :

Un total de 3030 participants ont été assignés au hasard à la recommandation de porter des masques, et 2994 ont été assignés au contrôle ; 4862 ont terminé l'étude. L'infection par le SRAS-CoV-2 s'est produite chez 42 participants à qui l'on avait recommandé de porter un masque (1,8%) et chez 53 participants du groupe témoin (2,1%). La différence entre les groupes était de -0,3 point de pourcentage (IC à 95%, -1,2 à 0,4 point de pourcentage ; P = 0,38) (rapport de cotes, 0,82 [IC, 0,54 à 1,23] ; P = 0,33). L'imputation multiple tenant compte de la perte au suivi a donné des résultats similaires. Bien que la différence observée ne soit pas statistiquement significative, les IC de 95% sont compatibles d'une réduction de 46% jusqu'à une augmentation de 23% de l'infection. (Résumé / Résultats)

[...] la recommandation de porter un masque chirurgical en dehors de la maison, entre autres, n'a pas réduit, à des niveaux conventionnels de signification statistique, l'incidence de l'infection par le SRAS-CoV-2 par rapport à l'absence de recommandation de port de masque. [...] Les masques faciaux fournis aux participants étaient des masques chirurgicaux de haute qualité avec un taux de filtration de 98% [réf]. (Discussion)

Pour être clair, « *95% d'IC sont compatibles avec une réduction de 46% jusqu'à une augmentation de 23% de l'infection* » signifie que, dans les limites de l'incertitude, le port d'un masque pourrait avoir augmenté la probabilité d'être infecté de 23%. Telle est la nature de l'évaluation du risque relatif, lorsque l'impact comparatif sur le risque absolu est trop minime pour être détecté.

Les auteurs semblent avoir été contraints par le processus d'« *examen par les pairs* » de souligner que leur étude n'a pas été conçue pour tester l'hypothèse que j'ai évoquée plus haut, à savoir le masque magique à sens unique : « *... et aucune évaluation de la capacité des masques à diminuer la transmission de maladies de leurs porteurs à d'autres personnes.* »

À ce stade, quelque quinze (15) ECR de niveau politique plus tard, avec des résultats vérifiés, il faut se demander ce qu'il faudrait pour que le complexe de santé publique abandonne son nouvel enthousiasme pour le port de masque forcé de la population générale, ou au moins pour financer la recherche sur les préjudices répartis et les coûts sociétaux de cette politique draconienne.

Des études sur les préjudices quantifiables et potentiels du port de masque universel commencent à être publiées, tant dans des revues médicales régulières que dans des revues alternatives. Si le « *principe de précaution* » était plus qu'un simple effet de mode, de telles études auraient été nécessaires avant l'adoption de lois et d'obligations en matière de port de masque universel.

Le 6 juillet 2020, par exemple, Fiksenzer et al ont publié une étude rigoureuse sur l'effet physiologique des masques sur 12 hommes en bonne santé (âgés de 38 ± 6 ans). Ils ont conclu [51](#) :

Les masques médicaux ont un impact négatif marqué sur la capacité cardio-pulmonaire, ce qui entrave considérablement les activités physiques et professionnelles pénibles. De plus, les masques médicaux nuisent considérablement à la qualité de vie de leur porteur. Ces effets doivent être considérés par rapport aux effets protecteurs potentiels des masques faciaux sur les transmissions virales. Les données quantitatives de cette étude peuvent donc éclairer les recommandations médicales et les décideurs politiques.

En novembre 2020, Borovoy et al. [52](#) ont publié une étude approfondie des connaissances biologiques et médicales qui leur permet de déduire un potentiel important de dommages significatifs liés au port de masque. Ils soulignent à juste titre le rôle connu mais sous-estimé des bactéries dans les pandémies virales, et passent également en revue les maladies respiratoires dues aux bactéries buccales.

Les vaccins sont intrinsèquement dangereux

Le 13 juillet 2020, Arvin et al. ont publié dans les pages de la revue scientifique de premier plan *Nature* un important rappel à la réalité sous la forme d'une vaste « *Perspective* » (revue). L'article, à lire attentivement, est un exposé détaillé sur l'ignorance de l'homme concernant l'interférence artificielle avec le système immunitaire humain. Tout étudiant en sciences devrait conclure que « *surtout, nous ne savons rien* ». Les auteurs l'affirment sous une forme enjolivée [53](#) :

L'augmentation de la maladie dépendante des anticorps (ADE) est une préoccupation générale pour le développement de vaccins et de thérapies par anticorps car les mécanismes qui sous-tendent la protection par anticorps contre tout virus ont un potentiel théorique d'amplifier l'infection ou de déclencher une immunopathologie nocive. Cette possibilité doit être examinée attentivement à ce stade critique de la pandémie de coronavirus 2019 (COVID-19), qui est causée par le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2).

Nous passons ici en revue les observations relatives aux risques d'ADE de la maladie, et leurs implications potentielles pour l'infection par le SRAS-CoV-2. À l'heure actuelle, il n'existe pas de résultats cliniques, d'essais immunologiques ou de

biomarqueurs connus qui permettent de différencier une infection virale grave d'une maladie à immunité renforcée, que ce soit par la mesure des anticorps, des cellules T ou des réponses intrinsèques de l'hôte. Les systèmes in vitro et les modèles animaux ne permettent pas de prédire le risque d'ADE de la maladie, en partie parce que les mécanismes de protection et les mécanismes potentiellement nuisibles médiés par les anticorps sont les mêmes et que la conception de modèles à base d'animaux dépend de la compréhension de la manière dont les réponses antivirales de l'hôte peuvent devenir nuisibles chez l'homme.

Les implications de notre manque de connaissances sont doubles. Premièrement, des études complètes sont nécessaires de toute urgence pour définir les corrélats cliniques de l'immunité protectrice contre le SRAS-CoV-2. Deuxièmement, étant donné qu'il est impossible de prévoir de manière fiable l'apparition de la maladie après une vaccination ou un traitement par anticorps – quel que soit le virus responsable – il sera essentiel de s'appuyer sur une analyse minutieuse de la sécurité chez l'homme à mesure que les interventions immunitaires contre la COVID-19 progressent. (Résumé)

Compte tenu du déploiement qui a suivi, cela signifie que nous nous sommes lancés aveuglément dans une expérience à grande échelle sur des sujets humains, sans essais sur des animaux, sans transparence scientifique, sans possibilité de consentement éclairé, sous l'impulsion de sociétés pharmaceutiques qui ne veulent que le bien de l'humanité.

Le 1er octobre 2020, Wehenkel ⁵⁴ a publié un article dans lequel il a étudié 39 pays et a constaté une forte association entre le taux national de vaccination contre la grippe (IVR) des personnes âgées de 65 ans et plus et le nombre de décès dus à la COVID-19 par million d'habitants. Les résultats sont préliminaires mais peuvent constituer un exemple documenté de « *renforcement de la maladie dépendant des anticorps (ADE)* » impliquant la COVID-19. Tous les taux de décès par COVID-19 les plus élevés ont été enregistrés dans les pays où l'IVR est supérieure à 50 % (voir ses figures 1 et 3). Je sens une opportunité de financement de la recherche pour défaire cette découverte.

Denis G. Rancourt

Chercheur, Association des libertés civiles de l'Ontario

L'auteur présente ci dessous ses compétences pour examiner les données scientifiques sur la COVID-19

Je suis retraité et ancien professeur titulaire de physique à l'université d'Ottawa. Le poste de professeur titulaire est le plus haut grade universitaire. Au cours de mes 23 ans de carrière en tant que professeur d'université, j'ai développé de nouveaux cours et j'ai enseigné à plus de 2000 étudiants universitaires, à tous les niveaux, et dans trois facultés différentes (sciences, ingénierie, arts). J'ai supervisé plus de 80 stages de recherche ou diplômés à tous les niveaux, du post-doctorant aux étudiants de troisième cycle en passant par les chercheurs de premier cycle du CRSNG. J'ai dirigé un laboratoire de recherche interdisciplinaire de renommée internationale, et j'ai attiré d'importants fonds de recherche pendant deux décennies.

J'ai été invité une quarantaine de fois à participer à des conférences scientifiques majeures, que ce soit en séance plénière, en tant que conférencier principal ou en session spéciale. J'ai publié plus de 100 articles de recherche dans des revues scientifiques de premier plan évaluées par des pairs, dans les domaines de la physique, de la chimie, de la géologie, de la bio-géochimie, de la science des mesures, de la science du sol et de la science environnementale.

Mon facteur d'impact de l'[indice H](#) scientifique est de 40, et mes articles ont été cités plus de 5 000 fois dans des revues scientifiques à comité de lecture (profil sur [Google Scholar](#)).

Mes connaissances personnelles et ma capacité à évaluer les faits présentés dans cet article sont fondées sur mon éducation, ma recherche, ma formation et mon expérience, comme suit :

1. *En ce qui concerne les nanoparticules environnementales.* Les maladies respiratoires virales sont transmises par la plus petite fraction de taille des particules d'aérosols chargées de virions, qui sont des nanoparticules environnementales réactives. Par conséquent, les stabilités chimiques et physiques et les propriétés de transport de ces particules d'aérosol sont à la base du mécanisme dominant de contagion par l'air. Mes travaux approfondis sur les nanoparticules environnementales réactives sont reconnus au niveau international et portent sur les aspects suivants : précipitation et croissance, réactivité de surface, agglomération, charge de surface, transformation de phase, décantation et sédimentation, et dissolution réactive. En outre, j'ai enseigné la dynamique des fluides (l'air est un fluide compressible) et la sédimentation gravitationnelle au niveau universitaire, et j'ai effectué des recherches sur les applications industrielles de la technologie de filtration (les masques faciaux sont des filtres).
2. *En ce qui concerne la science moléculaire, la dynamique moléculaire et la complexation de surface.* Je suis un expert en structures, réactions et dynamiques moléculaires, y compris la complexation moléculaire des surfaces biotiques et abiotiques. Ces processus sont à la base de la fixation des virus, de la fixation des antigènes, de la réplication moléculaire, de la fixation aux fibres des masques, de la charge des particules, de la perte et de la croissance des particules d'aérosol, et de tous ces phénomènes impliqués dans la transmission et l'infection virale, et dans les mesures de protection. J'ai enseigné pendant de nombreuses années la mécanique quantique au niveau universitaire avancé, qui est la théorie fondamentale des atomes, des molécules et des substances ; et dans mes recherches publiées, j'ai développé la théorie et la méthodologie de la diffraction des rayons X pour la caractérisation des petites particules de matériaux.
3. *En ce qui concerne les méthodes d'analyse statistique.* L'analyse statistique des études scientifiques, y compris l'analyse robuste de la propagation des erreurs et les estimations robustes des biais, fixe la limite de ce qui peut être déduit de manière fiable de toute étude d'observation, y compris les essais contrôlés randomisés en médecine, et y compris les mesures sur le terrain pendant les épidémies. Je suis un expert en analyse d'erreurs et en analyse statistique de données complexes, au niveau de la recherche dans de nombreux domaines scientifiques. Les méthodes d'analyse statistique sont à la base de la recherche médicale.
4. *En ce qui concerne la modélisation mathématique.* Une grande partie de l'épidémiologie est basée sur des modèles mathématiques de transmission et d'évolution des maladies dans la population. J'ai des connaissances et une expérience au niveau de la recherche en matière de modèles mathématiques prédictifs et exploratoires et de méthodes de simulation. J'ai des connaissances d'expert liées aux incertitudes des paramètres et aux dépendances des paramètres dans ces modèles. J'ai réalisé des simulations approfondies de la dynamique épidémiologique, en utilisant des modèles compartimentaux standard (SIR, MSIR) et de nouveaux modèles.
5. *En ce qui concerne les méthodes de mesure.* En science, il existe cinq grandes catégories de méthodes de mesure : (1) la spectroscopie (y compris la spectroscopie nucléaire, électronique et vibratoire), (2) l'imagerie (y compris la microscopie optique et électronique, et l'imagerie par résonance), (3) la diffraction (y compris la diffraction des rayons X et des neutrons, utilisée pour élaborer des structures moléculaires, des défauts et des structures magnétiques), (4) les mesures de transport (y compris les taux de réaction, les transferts d'énergie et les conductivités), et (5) les mesures des propriétés physiques (y compris la densité spécifique, les capacités thermiques, la réponse aux contraintes, la fatigue des matériaux...). J'ai enseigné ces méthodes de mesure dans un cours interdisciplinaire de troisième cycle que j'ai développé et donné à des étudiants de troisième cycle (M.Sc. et Ph.D.) en

physique, biologie, chimie, géologie et ingénierie pendant de nombreuses années. J'ai fait des découvertes et des progrès fondamentaux dans les domaines de la spectroscopie, de la diffraction, de la magnétométrie et de la microscopie, qui ont été publiés dans des revues scientifiques de premier plan et présentés lors de conférences internationales. Je connais la science des mesures, la base de toutes les sciences, au plus haut niveau.

Denis Rancourt

Article original en anglais : [researchgate.net](https://www.researchgate.net)

Traduit par Hervé pour le Saker Francophone

Notes

1. 2019–OMS : « *Mesures de santé publique non pharmaceutiques pour atténuer le risque et l'impact de la grippe épidémique et pandémique* », avec annexe, Organisation mondiale de la santé, octobre 2019 : [OMS](#) . Rapport, ISBN : 978-92-4-151683-9, [pp 91](#), « *Annexe : Rapport des revues systématiques de la littérature* », WHO/WHE/IHM/GIP/2019.1, [pp 125](#)



2. 2017–OMS : « *Évaluation de la gravité de la grippe pandémique (PISA) : Un guide de l'OMS pour évaluer la gravité de la grippe dans les épidémies et pandémies saisonnières* », Organisation mondiale de la santé, mai 2017, [WHO/WHE/IHM/GIP/2017.2](#)



3. 2011–Bonneux : Luc Bonneux & Wim Van Damme. « *La santé, c'est plus que la grippe* ». Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé



2011;89:539-540. doi : [10.2471/BLT.11.089086](https://doi.org/10.2471/BLT.11.089086)



4. Ibid note 3

5. 2010–Cohen : Cohen, D. et Carter, P. « L'OMS et les « conspirations » de la grippe pandémique ». BMJ 2010 ; 340:c2912. [doi](#). (Publié le 04



[juin 2010](#))

6. 2020–Rancourt : « Les masques ne fonctionnent pas : un examen de la science en rapport avec la politique sociale de Covid-19 ».

Rancourt, DG (11 avril 2020) ResearchGate, a obtenu 400 000 lectures, puis a été retiré de la plate-forme, selon [ce rapport](#). Maintenant sur [vixra.org](#) , et sur [rcreader.com](#). Et voir les *Digi-Debates* sur les critiques de l'article : « *Digi-Debates. The Face Mask Debate* », Digi Debates



YouTube Channel, [25 juillet 2020](#), et à l'[adresse suivante](#)

7. 2020–Rancourt : « Masques faciaux, mensonges, foutus mensonges, et fonctionnaires de la santé publique : « Un ensemble croissant de



preuves ». ResearchGate (3 août 2020). DOI : 10.13140/RG.2.2.25042.58569

8. 2020–Rancourt : « *Mortalité toutes causes confondues lors de la COVID-19 : Pas de fléau et une signature probable d'homicide de masse par la réponse du gouvernement* », par Rancourt, DG (2 juin 2020) ResearchGate. DOI: 10.13140/RG.2.2.24350.77125



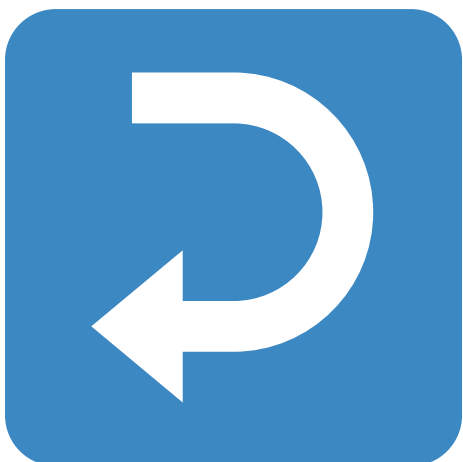
9. 2020–Rancourt : D. G. Rancourt, Marine Baudin, Jérémie Mercier. « *Évaluation de la virulence du SRAS-CoV-2 en France, à partir de la mortalité toutes causes confondues 1946-2020* ». ResearchGate (20 août 2020). DOI: 10.13140/RG.2.2.16836.65920/1 ([Version en](#)



[français](#))



10. Ibid note 6



11. Ibid note 7

12. 2020–Chaudhry : Chaudhry, Rabail et autres (2020) « Une analyse au niveau national mesurant l'impact des actions du gouvernement, de la préparation du pays et des facteurs socio-économiques sur la mortalité COVID-19 et les résultats sanitaires associés ». *EClinicalMedicine*,



Volume 25, 100464 (21 juillet 2020 – [The Lancet](#))

13. 2020–De Laroche Lambert : De Laroche Lambert Q, Marc A, Antero J, Le Bourg E et Toussaint J-F (2020). « Covid-19 Mortalité : Une question de vulnérabilité parmi les nations confrontées à des marges d'adaptation limitées ». *Frontiers in Public Health* 8:604339. doi :



10.3389/fpubh.2020.604339 (19 novembre 2020 – [frontiersin.org](https://www.frontiersin.org))

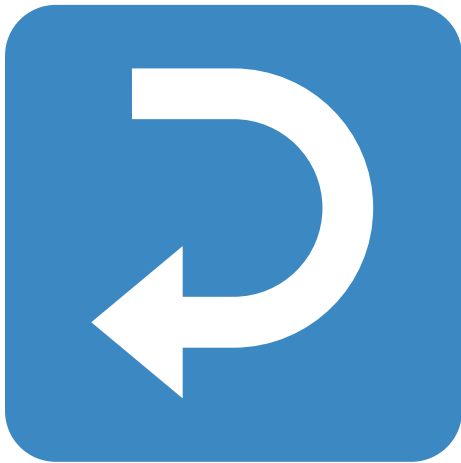
14. 2020–AIER : « Les confinements ne contrôlent pas le coronavirus : Les preuves ». [AIER Staff](#). Institut américain de recherche économique.



19 décembre 2020



15. Ibid note 8



16. Ibid note 9

17. 2020–Yam : Kai Chi Yam, Joshua Conrad Jackson, Christopher M. Barnes, Jenson Lau, Xin Qin, Hin Yeung Lee. « *L'augmentation des cas de COVID-19 est associée au soutien des dirigeants mondiaux* ». Actes de l'Académie nationale des sciences. Oct 2020, 117 (41) 25429-25433



; DOI : [10.1073/pnas.2009252117](https://doi.org/10.1073/pnas.2009252117)

18. 2020–Abbasi : Abbasi, Kamran (rédacteur en chef). « *Covid-19 : politisation, « corruption » et suppression de la science* ». Journal médical



britannique. [BMJ 2020](https://doi.org/10.1136/bmj.m4425) ; 371 :m4425.

19. 2020–Gandhi : Monica Gandhi et George W. Rutherford. « *Masquage facial pour la Covid-19 – Potentiel de « variolation » dans l'attente d'un vaccin* ». 29 octobre 2020. [N Engl J Med 2020](https://doi.org/10.1056/NEJMp2026913) ; 383:e101. DOI : 10.1056/NEJMp2026913



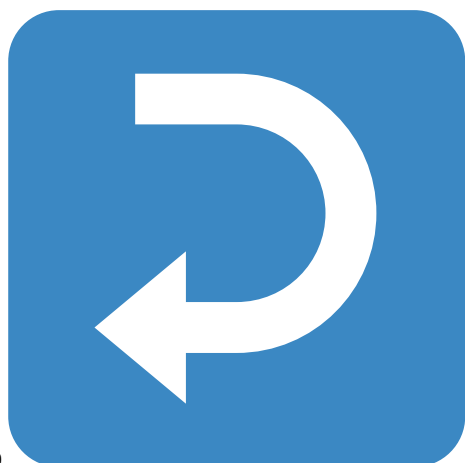
20. 2020–Rasmussen : Angela L. Rasmussen et al. « *Masquage facial pour la Covid-19* ». The New England Journal of Medicine, [nejm.org](https://doi.org/10.1056/NEJMp2026913), 19



novembre 2020. (critique de Gandhi et al.)
21. 2020–Brosseau : Lisa M. Brosseau et al. « *Masquage facial pour la Covid-19* ». The New England Journal of Medicine, nejm.org, 19



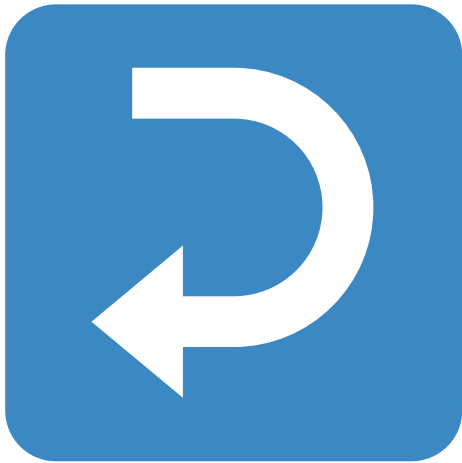
novembre 2020. (critique de Gandhi et al.)



22. Ibid note 19



23. Ibid note 20



24. Ibid note 21

25. 2020–Gandhi : Monica Gandhi et George W. Rutherford. « *Masquage facial pour la Covid-19* ». The New England Journal of Medicine,

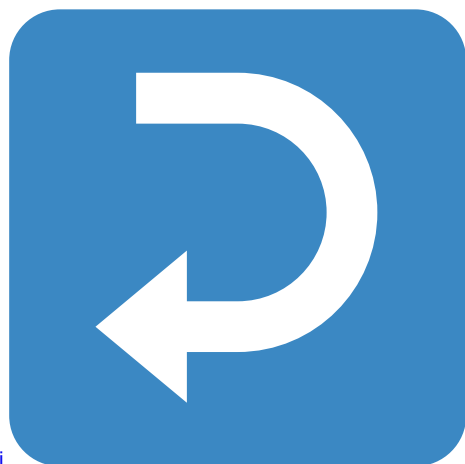


nejm.org, 19 novembre 2020. (réponse de Gandhi et al.)



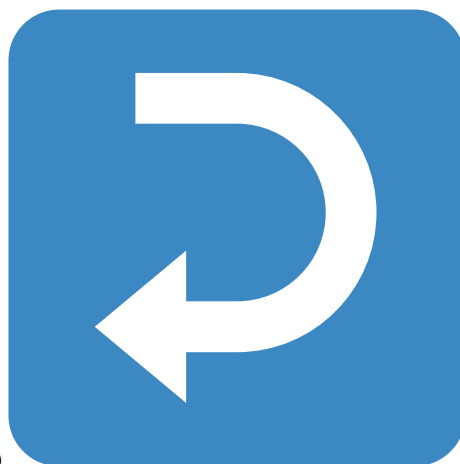
26. Ibid note 7

27. 2020–IHME : IHME COVID-19 Forecasting Team, Reiner, R.C., Barber, R.M. et al. « *Modélisation des scénarios COVID-19 pour les*



États-Unis ». [Nature Medicine](#) (2020). [doi](#)

28. 2020 — Magness : Phillip W. Magness. « *Les arguments en faveur de l'obligation du port de masques reposent sur des données*



erronées ». [Wall Street Journal](#) (11 novembre 2020)

29. 2020 : Corman Victor M, Landt Olfert, Kaiser Marco, Molenkamp Richard, Meijer Adam, Chu Daniel KW, Bleicker Tobias, Brünink Sebastian, Schneider Julia, Schmidt Marie Luisa, Mulders Daphne GJC, Haagmans Bart L, van der Veer Bas, van den Brink Sharon, Wijsman Lisa, Goderski Gabriel, Romette Jean-Louis, Ellis Joanna, Zambon Maria, Peiris Malik, Goossens Herman, Reusken Chantal, Koopmans Marion PG, Drosten Christian. « *Détection de nouveaux coronavirus en 2019 (2019-nCoV) par RT-PCR en temps réel* ». Euro Surveill.



2020;25(3):pii=2000045. [doi](#)

30. 2020—Borger : Borger, Pieter et al « *Rapport d'examen Corman-Drosten et al Eurosurveillance 2020 – L'examen externe par les pairs du test RT-PCR pour détecter le SRAS-CoV-2 révèle 10 failles scientifiques majeures au niveau moléculaire et méthodologique : conséquences pour les résultats faussement positifs* ». [Consortium international des scientifiques en sciences de la vie](#) (ICSLS). 27 novembre



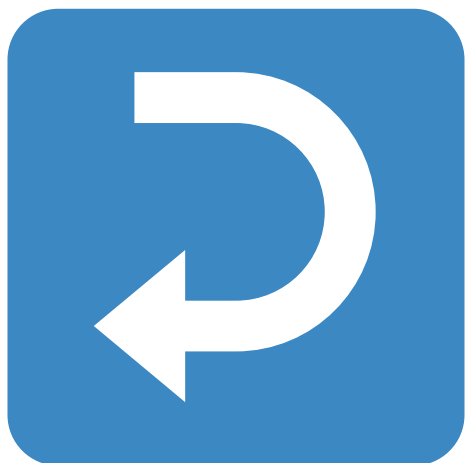
2020

31. 2020–Singanayagam : Singanayagam Anika, Patel Monika, Charlett Andre, Lopez Bernal Jamie, Saliba Vanessa, Ellis Joanna, Ladhani Shamez, Zambon Maria, Gopal Robin. « *Durée de l'infectiosité et corrélation avec les valeurs seuils du cycle RT-PCR dans les cas de*



COVID-19, Angleterre, janvier à mai 2020 ». Euro Surveill. 2020;25(32):pii=2001483. [doi](#)

32. 2020–Jaafar : Jaafar R, Aherfi S, Wurtz N, Grimaldier C, Hoang VT, Colson P, Raoult D, La Scola B. « *Corrélation entre 3790 échantillons positifs au qPCR et des cultures cellulaires positives, y compris 1941 isolats de SRAS-CoV-2* ». Clin Infect Dis. 2020 Sep 28:ciaa1491. doi : 10.1093/cid/ciaa1491. Epub avant impression. PMID : 32986798 ; PMCID : PMC7543373 – academic.oup.com





33. Ibid note 17

34. 2020–Meyerowitz : Eric A. Meyerowitz, Aaron Richterman, Rajesh T. Gandhi, et al « *Transmission du SRAS-CoV-2 : Un examen des facteurs viraux, des hôtes et de l'environnement* ». Ann Intern Med. – Epub avant impression 17 septembre 2020. doi:10.7326/M20-5008 –



accjournal.org



35. Ibid note 7

36. 2020–CBC : La presse canadienne : « *Santé Canada rappelle plus de 50 désinfectants pour les mains dans une liste évolutive* ». (5 août



2020) – [cbc.ca](https://www.cbc.ca)

37. 2009–OMS : « *Ventilation naturelle pour la lutte contre les infections dans les établissements de santé – Lignes directrices de l'OMS 2009* ». Éditeurs : James Atkinson, Yves Chartier, Carmen Lúcia Pessoa-Silva, Paul Jensen, Yuguo Li et Wing-Hong Seto, pp 106, 2009,



ISBN : 978 92 4 154785 7 – [OMS](https://www.who.int)

38. 2007–Li : Li Y, Leung GM, Tang JW, Yang X, Chao CY, Lin JZ, Lu JW, Nielsen PV, Niu J, Qian H, Sleigh AC, Su HJ, Sundell J, Wong TW, Yuen PL. « *Rôle de la ventilation dans la transmission aérienne d'agents infectieux dans l'environnement bâti – une étude systématique multidisciplinaire* ». *Air intérieur*. 2007 Feb;17(1):2-18. doi : 10.1111/j.1600-0668.2006.00445.x. PMID : 17257148



39. Ibid note 8



40. Ibid note 9



41. Ibid note 38



42. Ibid note 6





43. Ibid note 7



44. Ibid note 6



45. Ibid note 7

46. 2020—Letizia : Letizia AG, Ramos I, Obla A, Goforth C, Weir DL, Ge Y, Bamman MM, Dutta J, Ellis E, Estrella L, George MC, Gonzalez-Reiche AS, Graham WD, van de Guchte A, Gutierrez R, Jones F, Kalomoiri A, Lizewski R, Lizewski S, Marayag J, Marjanovic N, Millar EV, Nair VD, Nudelman G, Nunez E, Pike BL, Porter C, Regeimbal J, Rirak S, Santa Ana E, Sealfon RSG, Sebra R, Simons MP, Soares-Schanoski A, Sugiharto V, Termini M, Vangeti S, Williams C, Troyanskaya OG, van Bakel H, Sealfon SC. « *Transmission du SRAS-CoV-2 parmi les recrues dans la Marine pendant la quarantaine* ». N Engl J Med. 2020 Dec 17;383(25):2407-2416. doi : 10.1056/NEJMoa2029717. Epub 2020 11 nov. PMID : 33176093 ; PMCID : PMC7675690. (11 novembre 2020) – [nejm.org](https://www.nejm.org)



47. 2018–Brown : « L'ONA remporte un deuxième arbitrage contre les hôpitaux sur la politique des vaccins ou des masques » (13 septembre



2018), Canadian Lawyer Magazine – canadianlawyermag.com

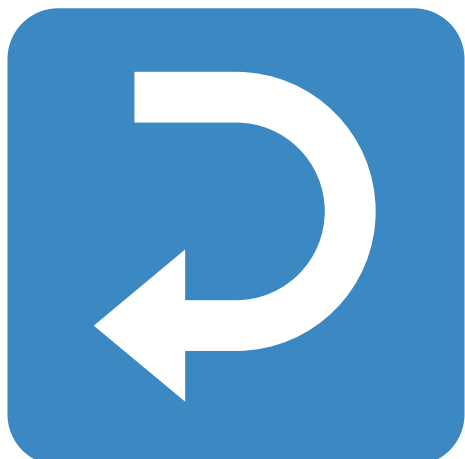


48. Ibid note 6



49. Ibid note 7

50. 2020–Bundgaard : Bundgaard H, Bundgaard JS, Raaschou-Pedersen DET, von Buchwald C, Todsén T, Norsk JB, Pries-Heje MM, Vissing CR, Nielsen PB, Winsløw UC, Fogh K, Hasselbalch R, Kristensen JH, Ringgaard A, Porsborg Andersen M, Goecke NB, Trebbien R, Skovgaard K, Benfield T, Ullum H, Torp-Pedersen C, Iversen K. « *Efficacité de l'ajout d'une recommandation sur les masques à d'autres mesures de santé publique pour prévenir l'infection par le SRAS-CoV-2 chez les porteurs de masques danois : un essai contrôlé randomisé* ». *Ann Intern Med*. 2020 Nov 18;M20-6817. doi : 10.7326/M20-6817. Epub avant impression. PMID : 33205991 ; PMCID : PMC7707213. – acpjournals.org



51. 2020–Fikenzer : Fikenzer S, Uhe T, Lavall D, Rudolph U, Falz R, Busse M, Hepp P, Laufs U. « *Effets des masques chirurgicaux et des masques FFP2/N95 sur la capacité d'exercice cardio-pulmonaire* ». *Clin Res Cardiol*. 2020 Dec;109(12):1522-1530. doi : 10.1007/s00392-020-01704-y. Epub 2020, 6 juillet. PMID : 32632523 ; PMCID : PMC7338098 – springer.com



52. 2020–Borovoy : Boris Borovoy, Colleen Huber, Maria Crisler. « *Masques, fausse sécurité et dangers réels, Partie 2 : Défis microbiens des*



masques ». *Primary Doctor Medical Journal*. Novembre 2020 – pdmj.org

53. 2020–Arvin : Arvin AM, Fink K, Schmid MA, Cathcart A, Spreafico R, Havenar-Daughton C, Lanzavecchia A, Corti D, Virgin HW. « *Une perspective sur le renforcement potentiel du SRAS-CoV-2 dépendant des anticorps* ». *Nature*. 2020 Aug;584(7821):353-363. doi :



10.1038/s41586-020-2538-8. Epub 2020 13 juillet. PMID : 32659783 – [nature.com](https://www.nature.com)

54. 2020–Wehenkel : Wehenkel C. 2020. « Association positive entre les décès dus au COVID-19 et les taux de vaccination contre la grippe



chez les personnes âgées dans le monde ». PeerJ 8:e10112 – [doi](https://doi.org/10.2196/peerj.10112)



Denis Rancourt : Il a été professeur titulaire et permanent de physique à l'Université d'Ottawa, Canada. Il est connu pour ses travaux de recherche sur l'enseignement de la physique. Il a publié plus de 100 articles scientifiques dans les domaines de la physique des métaux, de la science des matériaux, des méthodes de mesure et des sciences de la terre et de l'environnement, ainsi que de nombreux essais de réflexion dans le domaine social.

Avis de non-responsabilité: Les opinions exprimées dans cet article n'engagent que le ou les auteurs. Le Centre de recherche sur la mondialisation se dégage de toute responsabilité concernant le contenu de cet article et ne sera pas tenu responsable pour des erreurs ou informations incorrectes ou inexactes.

Copyright © Prof Denis Rancourt, Research Gate, 2021