

P^r. Denis G. Rancourt

Masques faciaux, mensonges, foutus mensonges des Responsables de Santé publique : « un nombre croissant de preuves »

DOSSIER PDF À DIFFUSER SANS PITIÉ POUR TOMBER LES MASQUES FACIAUX dont le port est toujours OBLIGATOIRE sous peine d'amende en France !



BAS LES MASQUES ! ICI – IMMÉDIATEMENT – D’OÙ NOUS SOMMES !

Traduction Guy Boulianne

Création originale du PDF :

Jo Busta Lally

Juin 2021

Question du Presque D^r. T'Ché-RIEN :

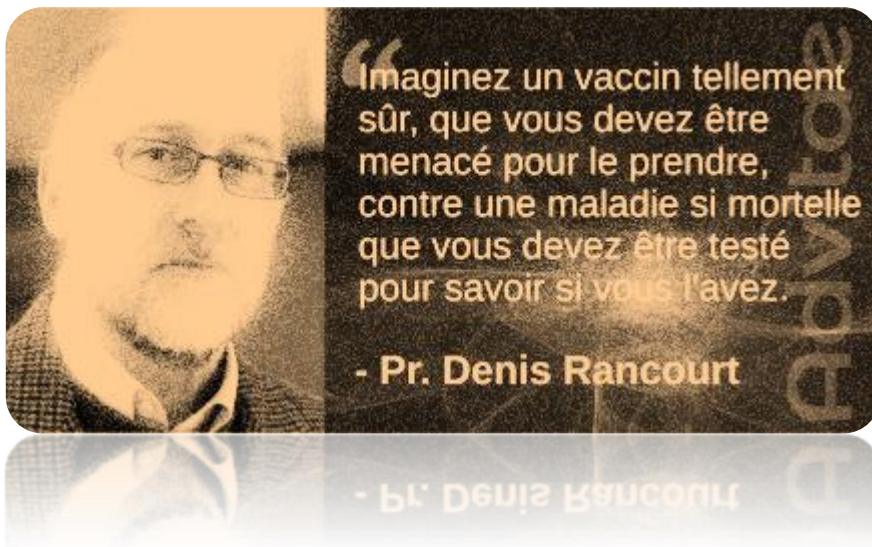
Imaginez qu'une équipe scientifique découvre un remède contre le cancer.

*Que feraient les gouvernements du monde entier ?
L'offriraient-ils gratuitement OUI vous forceraient-ils à le prendre ?*

L'accepteriez-vous en échange d'un peu d'argent, de pâtisseries ?

Au lieu de chercher à développer l'Intelligence Artificielle il serait temps d'enrayer la stupidité naturelle !

CHRONIQUES DU PRESQUE Dr. T'CHÉ-RIEN



AVANT - P R O P O S

Je vous propose une création originale au format PDF, que je complète et enrichie, de l'étude complète traduite par Guy Boulianne du Pr. Denis G. Rancourt sur la supercherie des masques faciaux toujours obligatoires en France sous peine d'amende. À lire et à diffuser au plus grand nombre pour STOPPER NET, ensemble, le COVIDélire général et **FAIRE TOMBER le PORT OBLIGATOIRE des MASQUES FACIAUX IMMÉDIATEMENT** et avant que ne se referme sur nous et définitivement la DICTATURE TECHNOLOGIQUE eugéniste PLANétaire PLANifiée par ceux qui sont derrière la réduction programmée de l'Humanité.

Sur le site de Guy Boulianne, d'autres études du Pr. Denis Rancourt ;

Une étude du Pr Denis Rancourt : Évaluation de la virulence du SRAS-CoV-2 en France, à partir de toutes les causes de mortalité 1946-2020 ;

Denis G. Rancourt et 239 scientifiques remettent en cause le mode de transmission du Covid-19: Les masques ne fonctionnent pas ;

Et vous pouvez également (re)lire l'excellente Synthèse du Pr. Denis Rancourt de janvier 2021 que j'ai réalisée au format PDF N° 130121 de 28 pages - Traduction par Le Saker Francophone et sur proposition de Résistance71 ► <https://jbl1960blog.files.wordpress.com/2021/01/synthese-du-pr-denis-rancourt-sur-le-sras-cov-2-et-la-pandemie-cov19-associee-maj.pdf>

Car en France, aujourd'hui encore, malgré toutes les preuves, les gens portent la muselière car on leur a fait croire que c'était le SEUL moyen pour éviter d'attraper le COVID, même à l'extérieur... Et les mêmes poussent pour rendre la vaccination anticovid OBLIGATOIRE !

C'est pourquoi il me semble opportun à ce dernier stade de la PLANdémie que nous savons totalement fabriquée et PLANifiée de proposer à la (re)lecture, pour DIFFUSION MASSIVE cette remarquable étude sur le MASK pour frapper les consciences et réveiller les endormis afin que nous ôtions TOUSTES cette muselière dont la seule fonction est notre MUSELAGE ad vitam æternam.

En dernière page les PDFs et VIDÉOS INDISPENSABLES à (re)LIRE / (re)VOIR GRATOS pour être en capacité de se LEVER et de STOPPER la DICTATURE SANITAIRE EN MARCHÉ à l'INJECTION TRANSGÉNIQUE (OGM) EXPÉRIMENTALE ► ICI - IMMÉDIATEMENT & D'OÙ NOUS SOMMES ! *Sinon c'est FIN de PARTIE pour L'Humanité !...* *Temps de Leur dire :*



JBL1960



Denis G. Rancourt, Ph.D : Masques faciaux, mensonges des Responsables de la Santé publique : « Un nombre croissant de preuves »

Le professeur Denis G. Rancourt, PhD a rédigé et publié un tout nouveau rapport de travail (Août 2020) (non soumis pour publication dans la revue) sur la plateforme ResearchGate, intitulé « Face masks, Lies, damn Lies, and public health officials: "A growing body of evidence" » :

Masques faciaux, mensonges, foutus mensonges et responsables de la Santé publique : « Un nombre croissant de preuves ».

Denis G. Rancourt est un chercheur à l'Ontario Civil Liberties Association (OCLA) et un ancien professeur titulaire de physique à l'Université d'Ottawa au Canada. Il a pratiqué plusieurs domaines de la science (y compris la physique et les sciences de l'environnement) qui ont été financés par une agence nationale et dirigé un laboratoire reconnu internationalement. Il a publié plus de 100 articles dans des revues scientifiques de premier plan et plusieurs essais de commentaires sociaux. Il a développé des cours d'activisme populaire et a été un critique franc de l'administration universitaire et un défenseur des droits des étudiants et des Palestiniens. Il a été congédié pour sa dissidence en 2009. Son affaire de licenciement et toutes les questions en conflit avec l'Université d'Ottawa ont été résolues à l'amiable par un règlement à médiation volontaire en janvier 2019.

Veillez trouver ci-dessous le document original, ainsi que ma traduction libre ► <https://guyboulianne.com/2020/08/09/denis-g-rancourt-phd-masques-faciaux-mensonges-et-responsables-de-la-sante-publique-un-nombre-croissant-de-preuves/>

Document original :

https://fr.scribd.com/document/471819034/Face-masks-Lies-damn-Lies-and-public-health-officials-A-growing-body-of-evidence#download&from_embed

Guy Boulianne, Auteur, Éditeur et Journaliste Indépendant

Masques faciaux, mensonges, foutus mensonges et responsables de la Santé publique : « Un nombre croissant de preuves »

Un nouveau mantra vil est sur les lèvres de tous les responsables de la Santé publique et de tous les politiciens de la campagne mondiale pour imposer un **masquage universel au grand public** : « il y a un nombre croissant de preuves ». Cette phrase propagandiste est un vecteur conçu pour atteindre cinq objectifs principaux :



1. Donner la fausse impression qu'un bilan des preuves prouve désormais que les masques réduisent la transmission du COVID-19;
2. Assimiler à tort les commentaires faits dans des lieux scientifiques avec des « preuves »;
3. Masquer le fait qu'une décennie de preuves de niveau politique prouve le contraire : que les masques sont inefficaces contre les maladies respiratoires virales;
4. Masquer le fait qu'il existe désormais une preuve d'observation directe que les masques en tissu n'empêchent pas l'exhalation de nuages de particules d'aérosol en suspension; dessus, dessous et à travers les masques;
5. Détourner l'attention des méfaits et risques connus considérables dus aux masques faciaux, appliqués à des populations entières.

Lesdits inconvénients et risques comprennent qu'un masque en tissu devient un milieu de culture pour une grande variété d'agents pathogènes bactériens et un collecteur d'agents pathogènes viraux ; étant donné l'environnement chaud et humide et la source constante, où les tissus pour la maison sont hydrophiles alors que les masques médicaux sont hydrophobes.

En bref, je soutiens : les éditions d'opinion ne sont pas des « preuves », la non-pertinence n'aide pas et plus de biais ne supprime pas le biais. Leur mantra d'« *un ensemble croissant de preuves* » est un artifice égoïste qui fait obstacle à une bonne science et menace la sécurité publique.

Je prouve qu'il n'y a aucune preuve de niveau politique pour soutenir le masquage forcé sur la population générale, et que toutes les preuves de niveau politique de la dernière décennie indiquent le contraire : **NE PAS recommander le masquage forcé de la population générale.**

Par conséquent, les politiciens et les autorités sanitaires agissent sans légitimité et imprudemment.

L'article est organisé dans les sections suivantes :

- Résumé
- Présentation
- Compétence pour parler des masques faciaux et du COVID-19
- Les réponses du gouvernement ont été une catastrophe pour la santé et la sécurité publiques
- Le mantra du « corps croissant de preuves » doit cesser
- Alors, qu'est-ce que le « corpus croissant de preuves » ?

INTRODUCTION

Le 5 juin 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a annulé plus d'une décennie d'organismes de Santé publique à travers le monde ne recommandant expressément pas de masques pour la population en général. L'OMS a fait sa recommandation sur l'intervention médicale préventive des masques faciaux pour l'ensemble de la population mondiale en déclarant :

« À l'heure actuelle, l'utilisation généralisée de masques par des personnes en bonne santé dans le cadre de la communauté n'est pas encore étayée par des preuves scientifiques directes de haute qualité et il y a des avantages et des inconvénients potentiels à prendre en compte. »

Le prétexte utilisé par l'OMS était :

« Un recueil croissant de données d'observation sur l'utilisation des masques par le grand public dans plusieurs pays. ».

Par conséquent, dans sa recommandation qui pourrait avoir des conséquences civiles, sociales et médicales dévastatrices, lorsqu'elle est appliquée à l'échelle de la population mondiale, l'OMS a violé la règle d'or de l'éthique médicale : *« Vous ne recommandez pas une intervention sans preuves de niveau politique pour à la fois les inconvénients et les avantages ».* Concernant

ladite règle d'or de l'éthique médicale, permettez-moi de citer les voix les plus fiables de Califf, Hernandez et Landray, discutant de l'évaluation du protocole de traitement médical pendant COVID-19 et écrivant dans le prestigieux Journal of the American Medical Association (JAMA) le 31 juillet 2020 :

[...]

Cependant, on s'inquiète de plus en plus de savoir si les tentatives visant à déduire un lien de causalité sur les avantages et les risques des traitements potentiels à partir d'études non aléatoires fournissent des informations qui améliorent les connaissances cliniques et accélèrent la recherche des réponses nécessaires, ou si ces rapports ajoutent simplement du bruit, de la confusion et fausse confiance. La plupart de ces études comportent une mise en garde indiquant que « des essais cliniques randomisés sont nécessaires ». Mais mis à part les dénégations de responsabilité, cette approche aide-t-elle à plaider en faveur d'essais cliniques randomisés (ECR) bien conçus et à accélérer leur livraison ? Ou est-ce que les études d'observation réduisent la probabilité qu'un essai correctement conçu soit réalisé, retardant ainsi la découverte d'une vérité fiable ?

[...]

Les patients anxieux et effrayés, ainsi que les cliniciens et les systèmes de santé désireux de prévenir la morbidité et la mortalité, sont tous sensibles aux biais cognitifs. En outre, les motivations de profit dans l'industrie des produits médicaux, l'orgueil académique, les intérêts liés à l'augmentation de la valorisation des plates-formes de données et les revenus générés par la facturation de ces produits dans le cadre de la prestation de soins peuvent tous inciter les enquêteurs à faire des réclamations que leurs méthodes ne peuvent pas pleinement soutenir, et ces affirmations sont souvent reprises par les médias traditionnels et encore amplifiées sur les médias sociaux. Les politiciens ont été directement impliqués dans le discours sur les traitements qu'ils affirment être efficaces. Le désir naturel de tous les éléments de la société de trouver des thérapies efficaces peut occulter la différence entre un fait avéré et une supposition exagérée. Des motifs néfastes ne sont pas nécessaires pour que ces problèmes surviennent.

[...]

Mais si les dirigeants, les commentateurs, les universitaires et les cliniciens ne peuvent pas contenir la précipitation au jugement en l'absence de preuves fiables, la prolifération des comparaisons de traitements d'observation entravera l'objectif de

trouver des traitements efficaces pour le COVID-19 – et bien d'autres maladies.

Ainsi, nous voyons que l'OMS et les responsables locaux de la Santé publique entravent l'avancement, en promouvant des « études observationnelles » sans ECR, plutôt qu'en protégeant la Santé publique.

Il devrait être très préoccupant pour tous que le prétexte de l'OMS « *d'un recueil croissant de données d'observation sur l'utilisation des masques par le grand public dans plusieurs pays* » s'est transformé par le mantra « *un nombre croissant de preuves* », qui se retrouve sur les lèvres de pratiquement tous les agents de Santé publique et les maires des villes du pays.

Ce mantra d'« un nombre croissant de preuves » est avancé comme la fausse justification miracle des lois de masquage draconiennes, dans des circonstances réelles dans lesquelles :

- Il n'y a eu AUCUNE nouvelle étude ECR soutenant le masquage ;
- Toutes les nombreuses études ECR passées ne soutiennent pas le masquage ;
- Aucun des dommages connus du masquage n'a été étudié (re : application sur l'ensemble de la population générale).

C'est le contraire de la politique fondée sur la science. Les politiciens et les responsables de la Santé publique mettent en œuvre le pire modèle décisionnel qui puisse être appliqué dans une société rationnelle et démocratique : des mesures préventives forcées sans fondement scientifique, tout en ignorant imprudemment les conséquences.

Dans cet article, je prouve qu'il n'y a aucune preuve de niveau politique pour soutenir le masquage forcé sur la population générale, et que toutes les preuves de niveau politique de la dernière décennie indiquent le contraire : NE PAS recommander le masquage forcé de la population générale.

Par conséquent, les politiciens et les autorités sanitaires agissent sans légitimité et imprudemment.

Compétence pour parler des masques faciaux et du COVID-19

Je suis retraité et ancien professeur titulaire de physique à l'Université d'Ottawa. Le professeur titulaire est le plus haut

rang académique. Au cours de mes 23 ans de carrière en tant que professeur d'université, j'ai développé de nouveaux cours et 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 ou diplômes de recherche juniors à tous les niveaux, du boursier postdoctoral aux étudiants diplômés en passant par les chercheurs de premier cycle du CRSNG. J'ai dirigé un laboratoire de recherche interdisciplinaire internationalement reconnu et j'ai attiré d'importants fonds de recherche pendant deux décennies.

J'ai été invité à une séance plénière, ou comme conférencier principal à une session extraordinaire lors de grandes conférences scientifiques environ 40 fois. J'ai publié plus de 100 articles de recherche dans des revues scientifiques de premier plan à comité de lecture, dans les domaines de la physique, de la chimie, de la géologie, de la science des matériaux, de la science du sol et des sciences de l'environnement. J'ai fait des découvertes scientifiques fondamentales dans les domaines de la science de l'environnement, de la science des mesures, de la science du sol, de la bio-géochimie, de la physique théorique, de la physique des alliages, du magnétisme et de la science planétaire.

Mon facteur d'impact de l'indice h scientifique est de 39 (84% des lauréats du prix Nobel de physique avaient un indice h d'au moins 30), et mes articles ont été cités plus de 5 000 fois dans des revues scientifiques à comité de lecture. Mon dossier de publication, mes statistiques de citations et mes facteurs d'impact sont accessibles au public sur Google Scholar ([cliquez ici](#)).

Mes récents articles non révisés par un comité sur la science de l'épidémie de COVID-19 et la science des masques pour prévenir les maladies respiratoires virales ont été lus plus de 0,5 million de fois sur ResearchGate, et plus de fois sur d'autres sites. Mes récentes interviews vidéo et mes reportages sur la science du COVID-19 et des masques faciaux ont été visionnés plus d'un million de fois. Mes connaissances personnelles et ma capacité à évaluer les faits dans cet article sont fondées sur mes études, mes recherches, ma formation et mon expérience, comme suit :

i. Concernant les nanoparticules environnementales. Les maladies respiratoires virales sont transmises par la plus petite fraction de taille de particules d'aérosol 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. Mon travail approfondi sur les nanoparticules environnementales réactives est internationalement reconnu et comprend : la précipitation et la croissance, la réactivité de surface, l'agglomération, le chargement de surface, la transformation de phase, la décantation et la sédimentation et la dissolution réactive. De plus, j'ai enseigné la dynamique des fluides pertinente (l'air est un fluide compressible) et la décantation gravitationnelle au niveau universitaire, et j'ai fait des recherches d'applications industrielles sur la technologie de la filtration (les masques faciaux sont des filtres).

ii. Concernant 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 aux surfaces biotiques et abiotiques. Ces processus sont à la base de l'attachement viral, de l'attachement d'antigène, de la réplication moléculaire, de l'attachement aux fibres de masque, 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 virales, et dans les mesures de protection. J'ai enseigné la mécanique quantique au niveau universitaire avancé pendant de nombreuses années, qui est la théorie fondamentale des atomes, des molécules et des substances; et dans mes recherches publiées, j'ai développé une théorie et une méthodologie de diffraction des rayons X pour caractériser les petites particules de matériau.

iii. Concernant les méthodes d'analyse statistique. L'analyse statistique des études scientifiques, y compris une analyse robuste de la propagation des erreurs et des estimations robustes du biais, fixe la limite de ce qui peut être déduit de manière fiable de toute étude observationnelle, y compris des essais contrôlés randomisés en médecine, et incluant des 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.

iv. Concernant la modélisation mathématique. Une grande partie de l'épidémiologie est basée sur des modèles mathématiques de

transmission et d'évolution de la maladie dans la population. J'ai des connaissances et une expérience de niveau recherche avec les modèles mathématiques prédictifs et exploratoires et les méthodes de simulation. J'ai des connaissances spécialisées liées aux incertitudes des paramètres et aux dépendances des paramètres dans de tels modèles. Récemment, en collaboration, j'ai examiné le taux de reproduction instantané des infections au COVID-19 en réponse aux impositions de masquage du gouvernement, dans les États américains.

v. Concernant les méthodes de mesure. En science, il existe cinq grandes catégories de méthodes de mesure : la spectroscopie (y compris les spectroscopies nucléaires, électroniques et vibrationnelles), l'imagerie (y compris les microscopies optique et électronique et l'imagerie par résonance), la diffraction (y compris les diffractions de rayons X et de neutrons, utilisées pour élaborer des défauts et structures magnétiques), les mesures de transport (y compris les taux de réaction, les transferts d'énergie et les conductivités), et les mesures de 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 d'études supérieures interdisciplinaire que j'ai développé et donné à des étudiants diplômés (M.Sc. et Ph.D.) en physique, biologie, chimie, géologie et ingénierie pendant de nombreuses années. J'ai fait des découvertes fondamentales et des avancées dans les domaines de la spectroscopie, de la diffraction, de la magnétométrie et de la microscopie, qui ont été publiées dans des revues scientifiques de premier plan et présentées lors de conférences internationales. Je connais la science de la mesure, la base de toutes les sciences, au plus haut niveau.

Ce ne serait pas suffisant pour moi d'être un simple médecin (MD) ou un agent de Santé publique. Mes connaissances et mes capacités pertinentes découlent de mes vastes connaissances multidisciplinaires, à la lumière de la difficulté reconnue de la question. Par exemple, récemment, 239 scientifiques l'ont exprimé ainsi :

« Comprendre la transmission des infections respiratoires à l'intérieur nécessite une expertise dans de nombreux domaines distincts de la science et de l'ingénierie, notamment la virologie, la physique des aérosols, la dynamique des flux, l'exposition et l'épidémiologie, la médecine et l'ingénierie du

bâtiment, pour ne citer que les plus importants. Personne ne possède une expertise dans tous ces domaines. Cependant, collectivement, la communauté des signataires du commentaire comprend les caractéristiques et les mécanismes derrière la génération de microgouttelettes respiratoires, la survie des virus dans les microgouttelettes, le transport des microgouttelettes et l'exposition humaine à celles-ci, et les modèles de flux d'air qui transportent les microgouttelettes dans les bâtiments. Nous avons consacré nos carrières à travailler dans ce domaine multidisciplinaire et notre déclaration découle de notre expertise collective couvrant l'ensemble du domaine. »

Les réponses du gouvernement ont été une catastrophe pour la santé et la sécurité publiques.

Les lois de masquage forcé sont recommandées et promulguées dans un contexte de pandémie déclarée dans lequel les réponses du gouvernement au COVID ont été désastreuses, à la fois en termes de décès induits par la réponse et de dommages sociaux permanents :

a. Dans mon article du 2 juin 2020 « *Mortalité toutes causes pendant Le COVID-19: Pas de peste et une signature probable d'homicide de masse par la réponse du gouvernement* », j'ai montré qu'un « pic de COVID » anormal dans la mortalité toutes causes par semaine s'est produit dans le monde de manière synchrone, initié par la déclaration de l'OMS du 11 mars 2020 sur la pandémie et la recommandation aux États de vider leurs unités de soins intensifs en préparation, ce qui correspondait à une forte accélération des décès de personnes âgées immunodéprimées.

b. Depuis mon article, au moins deux articles scientifiques publiés sont arrivés à la même conclusion concernant les décès accélérés ou excessifs non COVID-19 survenant dans ledit « pic COVID », comme suit.

c. L'article du 1^{er} juillet 2020 « *Excess Deaths From COVID-19 and Other Causes, March-April 2020* », par Woolf SH et al. dans JAMA rapporte un grand nombre de décès excédentaires de coïncidence « pic COVID » réellement causés par • les maladies cardiaques, • le diabète, • les maladies cérébrovasculaires et • la maladie d'Alzheimer, rapportés dans leur figure. **Cela signifie que les réponses du gouvernement ont causé ce grand nombre de décès**

supplémentaires non COVID-19, à moins que l'on ne croit aux coïncidences surnaturelles.

d. L'article du 2 juillet 2020 (date publiée) « *Une mesure améliorée des décès dus au COVID-19 en Angleterre et au Pays de Galles* », par Williams, S et al., disponible au SSRN rapporte que plus de la moitié des décès dans ledit « pic COVID » sont des décès non liés au COVID-19 et conclut :

Les trois principaux résultats de notre analyse empirique sont les suivants ;

Premièrement, bien qu'il ait été largement rapporté que le COVID-19 était fortement concentré chez les personnes âgées, nous constatons qu'il a été particulièrement concentré chez les personnes très âgées (75-84 ans et 85+ ans), et moins chez les 65-74 ans.

Deuxièmement, en utilisant deux ensembles d'identifiants COVID, nous trouvons du début des deux périodes où nous supposons que le verrouillage avait un impact, jusqu'à la fin de notre période d'étude (semaine se terminant le 17 ou 24 avril 2020 – semaine se terminant le 8 mai 2020), que nos estimations hebdomadaires des décès par COVID pour cinq cas (le total; les 75-84 ans et les 85 ans et plus; les hommes et les femmes) divergent de la mesure moyenne correspondante de décès excédentaires sur 5 ans. Au cours de ces périodes, nous constatons qu'en moyenne par semaine, nos estimations des décès par COVID pour ces cinq cas étaient (en termes absolus de 6) considérablement en dessous de la mesure moyenne correspondante de décès excédentaires sur 5 ans. Par exemple, en moyenne par semaine, notre estimation du nombre total de décès par COVID au cours de ces périodes était inférieure à la mesure moyenne correspondante de décès excédentaires sur 5 ans de 4670 à 4727 décès (54% à 63%). Pour les cinq cas ci-dessus, et en ligne avec notre hypothèse, nous postulons que la surmortalité moyenne sur 5 ans contient un grand nombre de décès non COVID.

Troisièmement, et dans le même ordre d'idées, notre analyse suggère que le verrouillage du Royaume-Uni a eu un impact net positif sur les mortalités. **C'est-à-dire que cela a entraîné plus de décès, pas moins.**

e. Cela signifie que les réponses du gouvernement dans de nombreuses juridictions ont causé plus de décès que le virus lui-même.

f. Les mécanismes des décès causés par la réponse du gouvernement sont multiples et, d'après ma lecture de la littérature scientifique et politique, on peut citer :

- ◆ un accès réduit aux soins pour les maladies chroniques,
- ◆ l'impact direct du stress psychologique,
- ◆ la pratique d'exporter les patients malades des établissements de soins chroniques vers les établissements de soins de longue durée, et
- ◆ la pratique d'enfermer et d'isoler les résidents des établissements de soins de longue durée.

g. Les effets directs de la peur et du stress psychologique sur les personnes âgées immunodéprimées ont très certainement été sous-estimés. Il est prouvé que le stress psychologique est un facteur qui peut déprimer de manière mesurable le système immunitaire et induire des maladies, notamment : dysfonctionnement de la réponse immunitaire, dépression, maladies cardiovasculaires et cancer : « *Psychological Stress and Disease* », par Cohen, S et al., dans JAMA.

h. En outre, il est établi depuis 1991 que le stress psychologique augmente considérablement la susceptibilité aux maladies respiratoires virales, même chez les jeunes sujets en bonne santé d'âge universitaire : « *Psychological Stress and Susceptibility to the Common Cold* », par Cohen, S et al., Dans The New England Journal de médecine.

i. De plus, on sait que l'isolement social augmente la vulnérabilité aux maladies respiratoires virales : « *Liens sociaux et susceptibilité au rhume* », par Cohen, S et al. dans JAMA.

j. Ainsi, les réponses du gouvernement qui induisaient la peur, le stress psychologique et l'isolement, y compris les impositions de masquage facial, étaient diamétralement opposées à la science connue et avaient l'effet prévisible, compte tenu de leur ampleur, de causer directement en elles-mêmes un grand nombre de décès.

k. Cela ne tient pas compte des dommages causés par la restructuration de l'économie, de l'activité des entreprises et des réseaux institutionnels. Dans une lettre datée du 19 mai 2020, plus de 500 médecins américains ont écrit au président Trump : «*Sur Le plan médical, La fermeture était un incident qui a fait un grand nombre de blessés.*» Dans leur lettre, ils ont conclu :

« Les millions de victimes d'un arrêt continu seront cachées à la vue de tous, mais elles seront appelées alcoolisme, sans-abri, suicide, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral ou insuffisance rénale. Chez les jeunes, ce sera appelé instabilité financière, chômage, désespoir, toxicomanie, grossesses non planifiées, pauvreté et abus. »

1. Il ne fait aucun doute que les gouvernements ont commis des erreurs fatales en réagissant au COVID-19, causant des dommages et la mort généralisés.

m. Imposer des masques faciaux à la population en bonne santé est une autre erreur désastreuse :

♦ **Les grands essais contrôlés randomisés (ECR) répétés avec des résultats vérifiés (infection confirmée en laboratoire) et plusieurs revues systématiques d'ECR ont prouvé que les masques faciaux n'ont aucun avantage détectable pour réduire le risque de transmission de personne à personne d'une maladie respiratoire virale.**

♦ La visualisation laser récente de toux simulée a prouvé que les masques en tissu n'empêchent pas l'exhalation de nuages de particules d'aérosol en suspension, au-dessus, en dessous et à travers les masques.

♦ Les effets néfastes potentiels significatifs connus des masques faciaux, et des masques en tissu en particulier, n'ont été ni étudiés, ni écartés, ni fait l'objet d'essais d'atténuation des dommages.

♦ Par exemple, les tissus pour la maison sont hydrophiles, tandis que les masques médicaux sont hydrophobes, dont les nombreuses conséquences néfastes n'ont pas été étudiées et ne sont pratiquement jamais évoquées.

♦ Les impositions de masques à toute la population augmentent la peur et le stress psychologique.

♦ Les impositions de masque facial pour toute la population provoquent :

- inconfort généralisé,
- troubles de la respiration,
- troubles de la vision (p. ex. buée sur les lunettes),
- communication altérée,
- distanciation sociale psychologique,

- irritation cutanée et infections,
- expression de soi altérée,
- exposition prolongée à des cultures bactériennes à proximité des yeux, du nez et de la bouche,
- la collecte et l'administration possibles d'agents pathogènes viraux qui, autrement, ne seraient pas inhalés, et
- amplification possible de la fraction granulométrique de l'aérosol expiré des particules infectieuses.

Le mantra « de plus en plus de preuves » doit cesser ;

J'ai donné ma revue de la littérature scientifique concernant l'(in)efficacité mesurée des masques pour réduire le risque de transmission des maladies respiratoires virales dans mon article publié le 11 avril 2020 chez ResearchGate, intitulé « Les masques ne fonctionnent pas: un examen de la science pertinente à la politique sociale de COVID-19 ».

Ledit article a été lu quelque 400 000 fois sur ResearchGate, a été publié dans plusieurs lieux et a fait l'objet de nombreux articles de commentaires et d'interviews. Il a été critiqué par un universitaire et chroniqueur incompetent de Phycology Today, qui a été exposé de manière spectaculaire lors d'un débat en direct avec moi : « Digi-Debates. The Face Mask Debate », sur la chaîne YouTube Digi Debates, samedi le 25 juillet 2020 (voir aussi : www.digi-debates.com).

Ma conclusion dans ledit article est que la science politique de la dernière décennie montre de manière concluante que tout avantage des masques est trop petit pour être détecté dans des essais conçus pour détecter un avantage dans cette application.

Mes conclusions dans ledit article concernant les études d'ECR avec résultats vérifiés sont solides et ont de nouveau été corroborées par les toutes dernières revues systématiques d'ECR et par les évaluations d'experts les plus récemment publiées, comme illustré ci-dessous.

En revanche, les politiciens de toutes les juridictions, les maires des villes et les agents de Santé publique locaux affirment par mantra que la valeur de cette décennie de recherche de niveau politique est annulée par des preuves « émergentes ». Eh bien, s'il est « émergent », alors il n'est pas encore arrivé.

La Dre Eileen de Villa, médecin hygiéniste, Santé publique de Toronto (TPH), a annoncé sa recommandation au Conseil municipal de Toronto sur Twitter comme suit : Dre Eileen de Villa @epdevilla « Depuis Le début de cette pandémie, j'ai demandé aux résidents de prendre soin Les uns des autres. Aujourd'hui, je Le demande à nouveau et c'est pourquoi je demande au conseil municipal d'exiger des masques ou des couvre-visages dans tous Les lieux publics pour aider à arrêter La propagation de # COVID19: [bit.ly/38cYLu8](https://t.co/38cYLu8) » 10:46 AM · 30 juin 2020 · Twitter pour iPhone.

Since the beginning of this pandemic I've asked residents to take care of each other. Today I'm asking for this again & this is why I'm asking City Council to require masks or face covering in all public settings to help stop the spread of [#COVID19](https://t.co/38cYLu8): <https://t.co/CkUABJaehv>

– Dr. Eileen de Villa (@epdevilla) [June 30, 2020](https://t.co/CkUABJaehv)

Le [lien fourni dans ce tweet](#) renvoie à un document de TPH (la «Recommandation») daté du « 30 juin 2020 à 9 heures » intitulé «Mise à jour sur COVID-19, Dr Eileen de Villa, médecin hygiéniste».

La recommandation contient dix (10) paragraphes sous forme de « puces ». À la deuxième puce, le Dr de Villa écrit «il existe un nombre croissant de preuves émergentes qui montrent que Les masques non médicaux peuvent aider à prévenir La propagation du COVID-19». **C'est carrément faux**. Il n'y a pas une seule étude scientifique publiée « qui montre que les masques non médicaux peuvent aider à prévenir la propagation du COVID-19 », et encore moins « un corps en croissance ». Pour mesurer « la propagation du COVID-19 », il faut en fait mesurer « la propagation du COVID-19 ». En fait, il existe un corpus croissant uniquement de spin et de fausses déclarations sur la littérature scientifique. À titre de comparaison, consultez le résumé récent et sobre de Santé publique Ontario (SPO).

Comme un autre d'une multitude d'exemples de l'utilisation de ce mantra, le maire Jim Watson de la ville d'Ottawa, Canada, dans une déclaration bien rédigée, l'a exprimé ainsi, en réponse à une demande récente de [l'Association des libertés civiles de l'Ontario](#): tout en ignorant tous les points soulevés par OCLA :

« De plus en plus de preuves appuient le port d'un masque dans les espaces publics fermés comme mesure importante pour réduire la transmission du COVID-19, alors que le risque d'augmentation des taux d'infection persiste. La communauté scientifique et les

organisations de Santé publique du monde entier ont conclu que **le poids cumulé des preuves confirme que les masques faciaux réduisent les taux de transmission du COVID-19** par les utilisateurs. La plupart conviennent que les masques faciaux fonctionnent mieux en réduisant la quantité de virus projetée dans l'air dans les microgouttelettes respiratoires **d'une personne infectée par le virus**. De plus, d'autres mesures au niveau communautaire telles que l'éloignement physique et l'hygiène des mains devraient continuer d'être utilisées pour réduire la transmission du COVID-19.

« Bien que nous respectons le fait que vous ne soyez pas nécessairement d'accord avec cette initiative de Santé publique, **nous sommes convaincus que vous comprendrez le fondement qui a poussé SPO à recommander que le Conseil adopte ce règlement.** »

Fondamentalement, le maire s'appuie sur « **nous le disons tous** ».

Voici pourquoi « ce qu'ils disent tous » est tout simplement sans valeur. Le nouveau mantra est de la propagande pure qui est diamétralement contraire à tous les rapports scientifiques faisant autorité, comme suit :

a. Dans la recherche médicale, le seul moyen scientifiquement valable de tester une intervention médicale, comme le port d'un masque facial ou la prescription d'un traitement préventif, est d'utiliser l'étude comparative universellement acceptée (par exemple, masque facial versus pas de masque facial) spécifiquement conçue pour supprimer la sélection et biais d'observation de l'étude. C'est ce qu'on appelle un « **essai contrôlé randomisé** » (ECR).

b. Le Dr Janus Christian Jakobsen, le plus grand expert mondial en matière de normes médicales et statisticien médical, est l'auteur du très cité « *Seuils de signification statistique et clinique dans Les revues systématiques utilisant des méthodes méta-analytiques* » (Jakobsen, JC et al., In BMC Med Res Methodol), a déclaré avec insistance :

« L'expérience clinique ou les études observationnelles ne doivent jamais être utilisées comme seule base pour l'évaluation des effets de l'intervention – des essais cliniques randomisés sont toujours nécessaires. Par conséquent, toujours randomiser le premier patient comme Thomas C Chalmers l'a suggéré en 1977. Les

études observationnelles devraient principalement être utilisées pour le contrôle de qualité après que les traitements sont inclus dans la pratique clinique. »

c. Meldrum dans son « *A Brief History of the Randomized Controlled Trial: From Oranges and Lemons to the Gold Standard* » (Meldrum, Marcia L., in *Hematology / Oncology Clinics of North America*) [25], l'exprime ainsi :

« Néanmoins, le RCT reste « l'étalon-or ». Sa puissance en tant que modèle de bonnes pratiques repose sur l'imposition d'un ordre expérimental au contexte clinique et sa production de résultats numériques qui ne sont peut-être pas absolument précis mais qui sont incontestablement précis. Comme l'a soutenu Theodore Porter, la valeur du résultat quantitatif précis est qu'il est facilement traduit en dehors de son cadre expérimental d'origine, pour être reproduit, comparé et adapté ailleurs.

« L'autorité inférentielle de l'ECR a été telle qu'elle est acceptée comme une norme de « thérapeutique rationnelle » par les médecins et les autorités réglementaires ainsi que par les patients et les populations à risque. »

d. Il semble que les « autorités de réglementation » en Ontario, au Canada, ne sont pas au courant des normes modernes de pratique médicale.

e. Des antécédents médicaux récents ont montré que les études comparatives ou observationnelles sans ECR peuvent être extrêmement erronées, avec des conséquences négatives dévastatrices sur la santé publique. Deux exemples sont particulièrement connus, parmi tant d'autres :

(i) Les études non-ECR sur les agents antiarythmiques flécaïnide et encainide brillaient lorsque les médicaments ont été mis sur le marché à la fin des années 1980, puis un ECR a montré que ces médicaments augmentaient la mortalité plutôt qu'ils n'avaient aucun avantage.

(ii) Des décennies d'« études observationnelles » sans ECR ont été à la base d'un traitement hormonal substitutif répandu chez les femmes ménopausées, jusqu'en 2002 et plus tard, lorsque des ECR publiés ont montré que ces traitements augmentaient en fait les infarctus du myocarde (crises cardiaques) plutôt que les diminuaient comme prévu. Les ECR ont également révélé que le traitement augmentait le risque de cancer du sein incident, qui

n'avait pas été détecté auparavant au cours des décennies d'utilisation. Voir : « *Risques et avantages des œstrogènes plus progestatifs chez les femmes ménopausées en bonne santé: principaux résultats de l'essai contrôlé randomisé de la Women's Health Initiative* » (Groupe de rédaction pour les chercheurs de la Women's Health Initiative, dans JAMA).

f. Dans mon article « Les masques ne fonctionnent pas: un examen de la science pertinente à la politique sociale de COVID-19 », j'ai conclu :

«Aucune étude ECR avec des résultats vérifiés ne montre un avantage pour les TS ou les membres de la communauté dans les ménages/foyers à porter un masque ou un respirateur. Il n'y a pas une telle étude. Il n'y a pas d'exceptions.

« De même, aucune étude n'existe qui montre un avantage d'une politique générale de porter des masques en public (plus à ce sujet ci-dessous).

« En outre, s'il y avait un avantage à porter un masque, en raison du pouvoir de blocage contre les gouttelettes et les particules d'aérosol, le port d'un respirateur (N95) devrait être plus avantageux qu'un masque chirurgical, mais plusieurs grandes méta-analyses, et tous les ECR, prouvent qu'il n'y a pas un tel avantage relatif. »

g. Dans ma lettre cosignée du 21 juin 2020 adressée au directeur exécutif de l'OMS, nous (l'Association des libertés civiles de l'Ontario) l'exprimons ainsi :

Deuxièmement, plus important encore, vous omettez de mentionner que plusieurs essais contrôlés randomisés avec des résultats vérifiés (infections) ont été spécifiquement conçus pour détecter un avantage, et n'ont trouvé aucun avantage mesurable, pour aucune maladie respiratoire virale. Cela comprend les nombreux essais contrôlés randomisés qui ne trouvent aucune différence entre les masques chirurgicaux ouverts et les respirateurs. [Note de bas de page-2 : citant dix (10) études scientifiques.]

Vous avez omis de mentionner que de tels résultats établissent une limite supérieure probabiliste de l'efficacité du masque et vous n'avez pas réussi à calculer cette limite supérieure. Au lieu de cela, vous répétez la notion trompeuse selon laquelle des preuves fiables n'ont « pas encore » été trouvées pour confirmer votre biais adopté.

En d'autres termes, si les masques étaient même modérément efficaces pour réduire le risque d'infection, alors un avantage aurait été statistiquement détecté dans un ou plusieurs des nombreux essais fiables qui ont déjà été réalisés.

Plus fondamentalement, un problème majeur avec votre document est que vous vous fiez à tort à des rapports scientifiques de qualité inférieure comme constituant des « preuves » utilisables. La politique publique, en particulier la politique de Santé, ayant des conséquences draconiennes, il doit y avoir un seuil de normes en dessous duquel un rapport donné ne peut pas être utilisé comme indicateur de la réalité. La raison pour laquelle la science nécessite des essais contrôlés randomisés avec des résultats vérifiés est précisément parce que d'autres conceptions d'études sont susceptibles d'être biaisées.

Le contexte d'une nouvelle maladie et d'une pandémie médiatisée est un contexte dans lequel tous les reportages (médiatiques, politiques et scientifiques) sont susceptibles d'être biaisés. Les mécanismes des préjugés sont bien connus et anticipés, tels que : la posture politique, les conflits partisans, l'avancement de carrière, le remplissage des dossiers de publication, la reconnaissance de la « découverte », les activités minières/souterraines d'intérêt public et de soutien public, l'amélioration de la réputation institutionnelle et personnelle, les possibilités de financement, les intérêts des entreprises, etc.

Le biais de groupe n'est pas un phénomène rare. Un grand nombre d'études sensibles aux biais qui concordent n'ont que peu de valeur. Toute étude qui n'applique pas les outils scientifiques établis pour éviter les biais d'observation doit être présumée être biaisée, dans tout contexte politique draconien.

C'est pourquoi l'OMS ne peut pas collecter et s'appuyer sur des études potentiellement biaisées pour faire des recommandations qui peuvent avoir des effets dévastateurs (voir ci-dessous) sur la vie de milliards de personnes. Au contraire, l'OMS doit appliquer un seuil de normes strictes et n'accepter que les essais contrôlés randomisés avec des résultats vérifiés. Dans cette application, le simple fait que plusieurs de ces études de qualité n'aient jamais confirmé les effets positifs rapportés dans les rapports sensibles aux biais devrait être un signal d'alarme.

Par exemple, deux études récentes largement promues qui ne satisfont pas au seuil des normes et qui, à notre avis, présentent un risque palpable de biais important sont les suivantes.

[...]

h. Mes déclarations sur les preuves scientifiques concernant les masques sont corroborées par toutes les publications simultanées et ultérieures d'experts de premier plan sur cette question des études fiables et sans biais, comme suit.

i. >>> « Consultation rapide d'experts sur l'efficacité des masques en tissu pour la pandémie COVID-19 » (Académies nationales des sciences, de l'ingénierie et de la médecine, 8 avril 2020) :

(P.2) En examinant les preuves de l'efficacité potentielle des masques en tissu faits maison, il est important de garder à l'esprit comment un virus respiratoire tel que le SRAS-CoV-2 se propage d'une personne à l'autre. La recherche actuelle soutient la possibilité qu'en plus d'être propagé par des gouttelettes respiratoires que l'on peut voir et sentir, le SRAS-CoV-2 peut également être propagé par des gouttelettes invisibles, aussi petites que 5 microns (ou micromètres), et par un bioaérosol encore plus petit. Ces minuscules particules de bioaérosol peuvent être trouvées dans l'expiration normale d'une personne infectée. La contribution relative de chaque taille de particule dans la transmission de la maladie est inconnue.

Il y a peu de recherches sur l'efficacité des masques en tissu pour la grippe et en particulier pour SARS-CoV-2. Comme nous le décrivons ci-dessous, les quelques études expérimentales disponibles ont d'importantes limites dans leur pertinence et leurs méthodes. Tout type de masque aura sa propre capacité d'arrêter des particules de différentes tailles. Même si la capacité de filtrage d'un masque était bien comprise, la mesure dans laquelle il pourrait en pratique réduire la propagation de la maladie dépend du rôle inconnu de chaque taille de particule dans la transmission.

Les individus asymptomatiques mais infectés sont particulièrement préoccupants et les particules qu'ils émettraient en respirant sont principalement des bioaérosols.

[...]

(P. 3) Une considération supplémentaire dans l'efficacité de tout masque est de savoir dans quelle mesure il s'adapte à l'utilisateur.

[Réf.] Même avec le meilleur matériau, si un masque ne convient pas, les particules contenant des virus peuvent s'échapper par les plis et les espaces entre les masques et le visage. Des fuites peuvent également se produire si le mécanisme de maintien (p. Ex., Sangles, Velcro®) est faible. Nous n'avons trouvé aucune étude sur la capacité d'individus non experts à produire des masques bien ajustés. Nous n'avons pas non plus trouvé d'études sur l'efficacité des masques produits par des professionnels, en suivant des instructions accessibles au grand public (par exemple, en ligne).

[...]

(P. 6) **CONCLUSIONS**

[...]

Le niveau actuel des prestations, le cas échéant, n'est pas possible à évaluer.

j. >>> « Mesures non pharmaceutiques pour la grippe pandémique dans les établissements non sanitaires – Mesures de protection individuelle et environnementale » (Xiao, J et al., Dans Emerging Infectious Diseases, 5 mai 2020) :

(P. 967: Résumé) **Bien que les études mécanistes soutiennent l'effet potentiel de l'hygiène des mains ou des masques faciaux, les preuves de 14 essais contrôlés randomisés de ces mesures n'ont pas soutenu un effet substantiel sur la transmission de la grippe confirmée en laboratoire.** Nous avons également trouvé des preuves limitées sur l'efficacité d'une hygiène améliorée et d'un nettoyage environnemental. Nous avons identifié plusieurs lacunes majeures dans les connaissances nécessitant des recherches plus approfondies, principalement une meilleure caractérisation des modes de transmission de personne à personne.

k. >>> « Masques pour la prévention des infections respiratoires virales chez les travailleurs de la santé et le public : revue systématique parapluie PEER » (Dugré et al., Dans Médecin de famille canadien, juillet 2020) :

(P. 509, Résumé) **Synthèse :** Au total, 11 revues systématiques ont été incluses et 18 ECR portant sur 26 444 participants ont été trouvés, 12 dans la communauté et 6 chez des Agents de Santé. Les études incluses présentaient des limites et étaient jugées à haut risque de biais. Dans l'ensemble, l'utilisation de masques dans la communauté n'a pas réduit le risque de grippe, d'infection

virale respiratoire confirmée, de maladie de type grippal ou de toute infection respiratoire clinique.

[...]

Conclusion Cette revue systématique a trouvé des preuves limitées que l'utilisation de masques pourrait réduire le risque d'infections respiratoires virales.

[...]

1. >>> Moe et coll. a résumé l'étude détaillée de Dugré et al. dans leur article sur la pratique pour les médecins : « *Outil simplifié PEER: utilisation du masque par le grand public et par les travailleurs de la santé* » (Moe et al., Dans Médecin de famille canadien, juillet 2020) [16].

Leur figure 1 (P. 506) présente :

MASQUES POUR LE GRAND PUBLIC

Basé sur des preuves issues d'essais contrôlés randomisés.

Si je porte un masque chirurgical en public, est-ce que cela me protégera des maladies pseudo-grippales ?

- 2 essais 1683 personnes ;
- La réduction des maladies pseudo-grippales peut être de 4% (intervalle : 0 à 8%) sur 6 semaines ;
- Mais aucune différence dans la grippe confirmée en laboratoire ;
- Qu'en est-il du port d'un masque chirurgical à la maison après qu'un membre du foyer est tombé malade ?
- Personne malade porte un masque : 2 essais, 903 personnes ;
- Les membres du foyer en bonne santé portent des masques : 1 essai, 290 personnes;
- Les personnes en bonne santé et malades portent des masques : 4 essais, 2750 personnes;
- Dans les trois scénarios, le port d'un masque n'a PAS réduit le risque de contracter un syndrome grippal ou une grippe confirmée.

m. Ici, notez que, comme toujours, « syndrome grippal » ou « syndrome influenza » (SG) signifie une **infection non confirmée en laboratoire**, sur la base des symptômes rapportés ou des observations cliniques. **Ces déterminations ne sont pas des « résultats vérifiés »** et sont donc plus susceptibles d'être biaisées.

n. >>> «*Masquer Le manque de preuves avec La politique*» (Jefferson et Heneghan, au Centre for Evidence Based Medicine (CEBM), Université d'Oxford, 23 juillet 2020) :

(P. 1) Les opinions de plus en plus polarisées et politisées sur l'opportunité de porter des masques en public pendant la crise actuelle du COVID-19 cachent une vérité amère sur l'état de la recherche contemporaine et la valeur que nous accordons aux preuves cliniques pour guider nos décisions.

En 2010, à la fin de la dernière pandémie de grippe, il y avait six essais contrôlés randomisés publiés avec 4 147 participants se concentrant sur les avantages de différents types de masques. Deux ont été réalisés chez des Agents de Santé et quatre dans des groupes familiaux ou étudiants. Les essais sur les masques faciaux pour le syndrome grippal (SG) ont signalé une mauvaise observance, rarement signalé des effets néfastes et révélé le besoin urgent d'essais futurs.

Malgré l'exigence claire de mener d'autres essais pragmatiques de grande envergure une décennie plus tard, seuls six avaient été publiés : cinq chez les travailleurs de la santé et un chez les pèlerins. **Cette récente récolte d'essais a ajouté 9 112 participants au dénominateur randomisé total de 13 259 et ont montré que les masques seuls n'ont pas d'effet significatif pour interrompre la propagation du SG ou de la grippe dans la population générale, ni chez les Agents de Santé.**

(P. 2) Que font les scientifiques face à l'incertitude sur la valeur des interventions mondiales ? Habituellement, ils cherchent une réponse avec des études cliniques correctement conçues et mises en œuvre rapidement, comme cela a été partiellement réalisé avec les produits pharmaceutiques. Nous considérons qu'il n'est pas sage de déduire un lien de causalité sur la base d'observations géographiques régionales comme l'ont fait plusieurs partisans des masques. Les pics dans ces cas peuvent facilement réfuter les corrélations, le respect des masques et d'autres mesures est souvent variable et les facteurs de confusion ne peuvent pas être pris en compte dans une telle recherche d'observation.

[...]

Il est peu probable que le petit nombre d'essais et le retard dans le cycle pandémique nous donnent des réponses raisonnablement claires et orientent les décideurs. Cet abandon du mode opératoire scientifique et le manque de prévoyance ont laissé le champ grand ouvert au jeu des opinions, des opinions radicales et de l'influence politique.

Alors, qu'est-ce que le « corpus croissant de preuves » ?

Compte tenu de la contradiction documentée ci-dessus entre le « corpus croissant de preuves » allégué et le véritable « tous les ECR disent le contraire de ce qui est allégué », on peut raisonnablement se demander : à quoi les Agents de Santé publique de l'Ontario pensent-ils lorsqu'ils affirment « *nombre croissant de preuves émergentes qui montrent que Les masques non médicaux peuvent aider à prévenir La propagation du COVID-19* » ?

Une réponse vient de la page Web du Bureau de santé du district de Simcoe-Muskoka (Ontario, Canada) intitulée « FAQ's - Wearing a Face Covering in Indoor Public Spaces », mise à jour le 24 juillet 2020. Cette dernière page Web contient la section :

[27]

Quelles sont les preuves qui appuient l'utilisation de masques ?

Il existe **de plus en plus de preuves scientifiques** qui indiquent que l'utilisation généralisée des revêtements du visage par toutes les personnes diminue la propagation des gouttelettes respiratoires. Les experts en Santé publique soutiennent également l'utilisation généralisée des masques faciaux pour réduire la transmission du COVID-19.

Sur [ce lien](#), vous trouverez une collection d'avis d'experts et d'études sur les revêtements du visage. Cette liste est à titre informatif uniquement et n'est pas représentative de tous les articles et études disponibles sur le sujet, et cette liste ne couvre pas non plus tous les articles et études qui sont examinés par notre personnel et notre médecin hygiéniste.

Ledit « [lien](#) » renvoie à une page Web du bureau de Santé publique de Wellington-Dufferin-Guelph, intitulée « *Votre santé / COVID-19 Information pour Le public / sources d'information fiables* », consultée le 28 juillet 2020. Cette dernière page Web a une section intitulée « OPINIONS D'EXPERTS », comportant huit (8) entrées, et une section intitulée « PREUVES ET ÉTUDES SUR LES COUVERTURES DU VISAGE (MISE À JOUR LE 23 JUILLET) », comportant trente (30) entrées.

Les huit (8) soi-disant « opinions d'experts » ne sont que des commentaires de type « op-ed » ne fournissant aucune nouvelle donnée, preuve ou perspective. Celles-ci ne constituent pas « un ensemble croissant de preuves émergentes » et n'ajoutent aucune preuve.

Les trente (30) soi-disant « preuves et études » (ES) peuvent être décrites comme suit, en les numérotant ES-1 à ES-30 dans l'ordre indiqué (ordre alphabétique du premier auteur) :

ES-1 à ES-30 : Aucune de ces études n'est un ECR, que les résultats (infections) soient « vérifiés » (confirmés en laboratoire) ou non. Certaines sont en fait des opinions de style « d'opinion ». Certaines sont des études de modélisation provisoires. Certaines sont des études de population. Certaines sont des études de filtrage de masque physique. Quelques-unes sont des rapports de synthèse. Quelques-unes prétendent être des « méta-analyses » ou des « revues systématiques » d'anciens ECR et d'études non ECR (voir ci-dessous). Aucun ne peut être considéré comme un ajout à « un ensemble croissant de preuves émergentes », du moins non utilisable au niveau des politiques. Tous sont sensibles à un biais important.

ES-1 : « Alberta Health Services COVID-19 Scientific Advisory Group. Rapport de réponse rapide : Quelle est l'efficacité du port de masques médicaux, y compris des masques faits maison, pour réduire la propagation du COVID-19 dans la communauté ? Mis à jour en juin 2020. » [29] →

Les deux premières puces de la section intitulée « Messages clés du résumé des preuves » sont (Page 1) :

- Les masques médicaux étant souvent associés à d'autres interventions IPC et ayant une conformité variable, les essais cliniques sur l'efficacité des masques médicaux ont été difficiles. **Les revues systématiques d'essais contrôlés randomisés dans les établissements de soins de santé n'ont pas démontré de réduction significative des infections respiratoires aiguës, (IRA), des SG ou des infections virales confirmées en laboratoire avec l'utilisation d'un masque médical**, bien qu'il soit reconnu qu'il y avait des défauts méthodologiques et des études moins puissantes dans les données analysées.
- **Il y a peu de preuves cliniques en faveur de l'utilisation de masques médicaux dans la communauté, avec de multiples essais randomisés démontrant des résultats mitigés qui, lorsqu'ils sont regroupés, ne démontrent aucune réduction significative des infections respiratoires aiguës (IRA), des SG ou des infections virales confirmées en laboratoire.** Il existe des études de qualité inférieure montrant une réduction des taux d'infection virale dans les foyers, de la transmission d'infections respiratoires virales dans le

cadre de rassemblements de masse et dans les résidences universitaires lorsqu'elles sont associées à des interventions d'hygiène des mains.

La troisième et dernière puce est :

- **Il existe des preuves limitées des préjudices liés au port de masque communautaire et aucune étude identifiée n'a systématiquement examiné les préjudices potentiels.** Ces préjudices pourraient inclure des modifications comportementales telles que la compensation des risques / le non-respect de l'éloignement social ou des pratiques optimales d'hygiène des mains, l'auto-contamination, l'induction d'éruptions faciales et l'augmentation des difficultés respiratoires réelles ou perçues. Il existe également des inquiétudes concernant la mauvaise observance ou la tolérance des masques chez les enfants ou ceux qui ont des problèmes cognitifs et des difficultés de communication.

La dernière puce est :

- La transmission pré-symptomatique et la transmission asymptomatique du SRAS-CoV-2 ont été décrites, mais la mesure dans laquelle elles contribuent à la propagation dans la communauté n'est pas claire. **À ce stade, il n'y a aucune preuve directe que l'utilisation d'un masque en tissu médical ou fait maison ou l'utilisation plus large des masques dans la communauté réduit considérablement ce risque.** Pour plus d'informations, reportez-vous à la revue rapide sur la transmission asymptomatique du SRAS-CoV-2.

ES-7 : « Chu DK, Akl EA, Duda S et al. Distanciation physique, masques faciaux et protection oculaire pour prévenir la transmission de personne à personne du SRAS-CoV-2 et COVID-19 : une revue systématique et une méta-analyse. Lancette, 2020 » →

L'article de DK Chu présente de nombreux problèmes. Il a été décrit dans notre lettre à l'OMS comme suit (P. 5-6) :

« L'étude Chu a été financée par l'OMS. Il ne contient aucun essai contrôlé randomisé, mais utilise plutôt un méli-mélo de données sur les associations de facteurs mal définis. La propre appréciation de DK Chu et al. de la « certitude » concernant leur conclusion au sujet des masques est « FAIBLE », ce qui signifie «notre confiance dans l'estimation de l'effet est limitée; l'effet réel pourrait être sensiblement différent de l'estimation de l'effet» (leur tableau 2), mais un tel résultat est à la base de votre recommandation aux gouvernements. »

ES-18 : « Liang M, Gao L, Cheng C, et al. Efficacité du masque facial dans la prévention de la transmission du virus respiratoire : une revue systématique et une méta-analyse. *Voyage Med Infect Dis.* 28 mai 2020. » →

L'étude Liang prétend être une revue systématique et méta-analyse, mais elle n'applique pas PRISMA-P [Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols], ni n'effectue une analyse de fiabilité GRADE [Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations], qui est la norme établie dans une telle recherche médicale destinée à être utilisée pour l'orientation politique. Si Liang appliquait GRADE, il échouerait, car ses études incluses sont pour la plupart des « études cas-témoins » sans ECR, et parce que ses intervalles de confiance englobent les résultats menant à la recommandation opposée de masques : "GRADE guidelines 6. Rating the quality of evidence—imprecision", par Guyatta et al., in *Journal of Clinical Epidemiology*.

ES-21 : «MacIntyre CR, Chughtai AA. Une revue systématique rapide de l'efficacité des masques faciaux et des respirateurs contre les coronavirus et autres virus respiratoires transmissibles pour la communauté, les agents de santé et les patients malades». *Int J Nurs Stud.* 2020. →

Les co-auteurs, MacIntyre et Chughtai, ont tous deux travaillé pour ou avec 3M (un important fabricant propriétaire de masques et de respirateurs) et travaillent maintenant ensemble ; comme ils l'admettent dans la déclaration obligatoire de « conflit d'intérêts ». MacIntyre a fait une industrie ou écrit des articles sur les masques dans des revues scientifiques, qui ont à plusieurs reprises refondu d'anciennes études d'ECR. C'est un de plus dans ce modèle.

Les auteurs MacIntyre et Chughtai affirment que « Les résultats ont été rapportés conformément aux critères PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Moher et al., 2015) ». (Leur section « 2. Méthodes », dernière phrase). En fait, c'est faux. Les directives numérotées suivantes de PRISMA n'ont pas été suivies par MacIntyre et Chughtai (tableau 3) :

#13 Énumérer et définir tous les résultats pour lesquels des données seront recherchées, y compris la priorisation des résultats principaux et supplémentaires, avec une justification.

#14 Décrire les méthodes prévues pour évaluer le risque de biais d'études individuelles, y compris si cela sera fait au niveau des résultats ou de l'étude, ou les deux; indiquer comment ces informations seront utilisées dans la synthèse des données.

#15a Décrire les critères selon lesquels les données de l'étude seront synthétisées quantitativement.

#15b Si les données sont appropriées pour la synthèse quantitative, décrire les mesures récapitulatives prévues, les méthodes de traitement des données et les méthodes de combinaison des données d'études, y compris toute exploration prévue de la cohérence (p. Ex., I2, tau de Kendall).

#15c Décrire toute analyse supplémentaire proposée (p. Ex. Analyses de sensibilité ou de sous-groupe, méta-régression).

#15d Si la synthèse quantitative n'est pas appropriée, décrire le type de résumé prévu # 16 Spécifiez toute évaluation prévue du ou des méta-biais (par exemple, biais de publication entre les études, rapport sélectif dans les études)

#17 Décrire comment la force du corpus de preuves sera évaluée (p. Ex., GRADE)

N'ayant pas présenté un iota de nouvelles preuves, MacIntyre et Chughtai concluent (P. 5) :

En résumé, il existe un nombre croissant de preuves appuyant les trois indications de la protection respiratoire – communauté, personnel soignant et patients malades (contrôle à la source).

Le travail de MacIntyre et Chughtai n'est pas une science qui peut être utilisée pour guider les politiques publiques. C'est insalubre et trompeur.



APRÈS - P R O P O S

Depuis près de 18 mois maintenant il est clair que l'objectif de cette expérience d'ingénierie sociale / Grande Manipulation était bien, comme nombreux nous l'avions décrit et dénoncé de rendre le PORT DU MASQUE OBLIGATOIRE puis la VACCINATION ANTICOVID OBLIGATOIRE enfin le PASS SANITAIRE OBLIGATOIRE pour nous TRACKER/KONTRÔLER/PUCER le temps qu'il nous resterait à (sur)vivre !

Cette preuve documentaire supplémentaire pour nous permettre de dire NON à cet instinct de mort et pour ENSEMBLE décider que la mascarade est TERMINÉE et que nous choisissons la VIE !

Car si nous ne nous levons pas en masse pour STOPPER les gouvernements COVIDistes et totalement totalitaires il en est fini de nous, de l'Humanité et surtout de notre Humanité !

Ci-dessous vous trouverez tous les documents et vidéos déjà existants et que nous pouvons brandir pour mettre fin ENSEMBLE à la DICTATURE SANITAIRE en ôtant nos MASQUES / MUSELIÈRES qui sont tout sauf sanitaires... Nous le devons aux générations futures qui, si nous laissons faire sans (ré)agir les psychopathes eugénistes transhumanistes aux manettes ne viendront, tout simplement, pas !



À vous de voir si c'est vraiment la (sur)Vie que vous voulez pour vous-mêmes, vos enfants et petits-enfants ?

JBL1960

DOSSIER SPÉCIAL CORONAVIRUS

BIBLIOTHÈQUE PDF (+ de 300 PDFs & Suppléments)

CHRONIQUES & INSTANTANÉS DU PRESQUE D^r. T'CHÉ-RIEN + Étude fournie par le Presque Dr. T'Ché-RIEN : L'hydroxychloroquine est protectrice pour le cœur, et non nuisible : une revue systématique ► <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32839670/> + la dernière chronique N° 305 de 4 pages ► <https://jbl1960blog.files.wordpress.com/2021/06/proteine-spike-Les-scientifrics-savaient-par-rien-Le-23-juin-2021-enrichie-par-jbl.pdf>

Phoenix, Poème pour VIVRE DEBOUT à conter aux Enfants de la Terre de Zénon dans LES CHRONIQUES DE ZÉNON

Les Capsules(#55) de La Croix du Sud sur Rumble

Dernier Bulletin Hebdo du Réseau Sentinelles de la semaine 24 de l'année 2021 du 7 au 13 juin 2021 ► <https://www.sentiweb.fr/5333.pdf> qui prouve que l'épidémie est terminée avec 1 CAS pour 100 000 habitants !

Vidéo d'1H02MN3S du Pr. Christian Velot Docteur en Sciences Médicales et Biologie, spécialisé en génétique moléculaire, généticien moléculaire et Professeur à l'Université de Paris-Saclay, Président du conseil scientifique du CRIIGEN. par le Collectif VRAI du 16 juin 2021 + Note d'expertise pour le grand public sur les vaccins ayant recours aux technologies OGM (version PDF) par le Pr. Christian Velot ► <https://jbl1960blog.files.wordpress.com/2020/11/2020-09-note-d-expertise-vaccins-gm-c.velot-02-traite-02.pdf>

Vidéo <https://www.bitchute.com/video/TH2HAmTp40xq/> : Entretien avec le D^r Robert Malone, inventeur de la technologie d'injection ARNm « La protéine spike du SRAS-CoV-2 est cytotoxique, la FDA le savait » et elle nous est injectée... Traduction de l'extrait par Résistance 71 le 20 juin 2021 en analyse dans ce billet ► <https://jbl1960blog.wordpress.com/2021/06/20/videos-et-pdfs-indispensables-pour-comprendre-pourquoi-il-est-urgent-de-refuser-la-vaccination-de-masse-contre-le-covid/>

PDF N° 300 de 27 pages les preuves de la création du SRAS-CoV-2 / COVID-19 à l'Université de Caroline du Nord ► <https://jbl1960blog.files.wordpress.com/2021/06/coronavirus-saga-vt-march-2020-aujourd'hui-via-r71-et-jbl-juin-2021.pdf>

INÉDIT À DIFFUSER SANS PITIÉ ► DOSSIER PDF N° 120621 de 28 pages
► Pourquoi & Comment dire NON en masse à l'Injection Transgénique
(OGM) Expérimentale contre le COVID-19 ►
<https://jbl1960blog.files.wordpress.com/2021/06/dossier-pour-dire-non-a-linjection-transgenique-experimentale-jbl1960-juin-2021.pdf>

Le Code de Nuremberg interdit toute expérimentation médicale sur
Les humains ► [https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm CodeNuremberg TradAmiel.pdf](https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm%20CodeNuremberg%20TradAmiel.pdf)

La Convention d'Oveido : Décret n° 2012-855 du 5 juillet 2012
portant publication de la convention pour la protection des droits
de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des
applications de la biologie et de la médecine : convention sur
les droits de l'homme et la biomédecine, signée à Oviedo le 4
avril 1997 ►

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000026151968>

La vaccination est un acte médical et comme n'importe quel autre
acte médical IL PEUT ÊTRE REFUSÉ ►
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section Lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006149827/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section/Lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006149827/) Raison pour laquelle elle ne peut être
rendue OBLIGATOIRE !

1) PDF N° 243 de 24 pages ►
<https://jbl1960blog.files.wordpress.com/2021/02/stats-covid.pdf>

2) PDF N° 263 de 26 pages auteur anonyme ►
<https://jbl1960blog.files.wordpress.com/2021/03/covid-19-des-statistiques-au-scandale-21-mars-2021-suite.pdf>



ALARME PORT DU MASQUE : La privation d'oxygène provoque des dommages neurologiques irréversibles... + NOUVELLE VERSION TRACT-PDF sur 1 page ▶
<https://jbl1960blog.files.wordpress.com/2020/10/tract-pdf-covid19-business-et-dictature-rouen-25-08-2020.pdf>

REFUSONS DE PORTER LE MASQUE / LA MUSELIÈRE À PARTIR DE MAINTENANT et il sera plus facile de REFUSER la suite des festivités prévues par l'oligarchie ;

3 ▶ **<https://jbl1960blog.files.wordpress.com/2020/08/non-au-port-dune-muselic3a8re-par-tous-partout-par-jbl1960-aoc3bbt-2020.pdf>**

2 ▶ **<https://jbl1960blog.files.wordpress.com/2020/07/non-au-muselage-sanitaire-insoumission-facteur-devolution-20-juillet-20-par-jbl.pdf>**

1 ▶ **<https://jbl1960blog.files.wordpress.com/2020/07/non-au-muselage-sanitaire-les-preuves-que-les-masques-ne-protegent-pas-du-coronavirus-16-juillet-2020.pdf>**

+ TRACT-PDF R/V : Enquête sur le masque ▶
<https://jbl1960blog.files.wordpress.com/2020/07/analyse-masque-virus-tract.pdf>

Si les masques fonctionnent pourquoi nous confiner et tout verrouiller ? Et si ça ne fonctionne pas, pourquoi nous obliger à les porter dehors, à la plage, dans les bois ? Dedans partout et de nous interdire l'accès des espaces publics si nous ne le portons pas ?



Maintenant remplacez Masque par Injection ! Voilà pourquoi nous devons nous lever et refuser de porter dès à présent une muselière qui nous le savons depuis le début est INEFFICACE et même DANGEREUSE pour notre santé !

Car, tout comme le Pr. Denis G. Rancourt, nous vous avons démontré que l'injection expérimentale anticovid en plus d'être INEFFICACE contre les coronavirus SRARS/MERS, sont DANGEREUSES pour les humains et alors que des traitements précoces existent, en France ils sont INTERDITS ! Énième preuve qu'ils ne nous veulent pas guéris !

Restons INCONTRÔLABLES & IMPRÉVISIBLES !

JBL1960