About Contact Membership Store Donate Archives USA Canada Latin America Africa Middle East Europe Russia Asia Oceania

GlobalResearch
Centre for Research on Globalization
globalresearch.ca / globalresearch.org

Search Authors... Translate Website
Search... GR Newsletter, Enter Email GO

Italiano Deutsch Português srpski العربية 中文
Notre site en Français: mondialisation.ca
Nuestro sitio en español: Globalizacion
Asia-Pacific Research

US Nato War Economy Civil Rights Environment Poverty Media Justice 9/11 War Crimes Militarization History Science

Bombe. Le « choc » et la surmortalité soudaine de l'Inde (avril-juillet 2021), causés par le déploiement du vaccin Covid à ses débuts ?

Par Pr Denis Rancourt
Recherche mondiale, 07 décembre 2022

Région : Asie
Thème : Science et médecine

Français

Share 0 Like 2 Tweet 0 Email 0 Share Nouveau

Tous les articles de Global Research peuvent être lus dans 51 langues en activant le bouton **Traduire le site Web** sous le nom de l'auteur.

Pour recevoir la newsletter quotidienne de Global Research (articles sélectionnés), cliquez ici .

Suivez-nous sur Instagram et Twitter et abonnez-vous à notre chaîne Telegram . N'hésitez pas à republier et à partager largement les articles de Global Research.

***

Résumé

L'Inde a connu un événement de surmortalité toutes causes confondues *unique, soudain, sans précédent et extraordinairement important en avril-juillet 2021, qui n'est pas correctement expliqué comme une «deuxième vague» ou comme étant causé par une nouvelle variante préoccupante. Après un aperçu de quatre études récemment publiées qui ont quantifié l'événement de surmortalité toutes causes confondues d'avril à juillet 2021, nous donnons dix arguments numérotés expliquant pourquoi nous concluons que l'événement de mortalité extraordinaire a été causé par le déploiement du vaccin en Inde à ses débuts. Par conséquent, il semble que le déploiement précoce du vaccin en Inde en avril-juillet 2021 a été dévastateur, causant la mort d'environ 3,7 millions d'habitants, après l'administration d'environ 350 millions de doses de vaccin.*

*

L'Inde a connu un choc de surmortalité extraordinaire d'avril à juillet 2021, jamais vu dans aucun autre pays du monde.

La mortalité par semaine est passée à près de 700 % de sa valeur de référence en avril 2021, sur la base de 90 municipalités de l'État du Gujarat (Acosta et al. 2022 ; leur Fig. 2), et la mortalité par mois est passée à près de 400 % de sa valeur de référence en juillet 2021, basée sur 19 États indiens, 1,27 milliard d'habitants (Leffler et al. 2022 ; leur Fig. 1). Pour être clair, cela représente des mortalités toutes causes qui sont respectivement 7 fois (par semaine) et 4 fois (par mois) plus élevées que les mortalités toutes causes avant Covid (2019) en Inde.

Cet événement de surmortalité de 4 mois d'avril à juillet 2021 en Inde est décrit dans quatre études indépendantes publiées dans des revues médicales de premier plan (Acosta et al. 2022 ; Jha et al. 2022 ; Leffler et al. 2022 ; Lewnard et al. 2022) ; et il représente la grande majorité des décès toutes causes confondues en excès pour toute la période Covid examinée depuis qu'une pandémie a été déclarée par l'Organisation mondiale de la santé le 11 mars 2020.

Compte tenu des caractéristiques extraordinaires de l'événement de surmortalité de 4 mois d'avril à juillet 2021 en Inde, il est utile de reproduire les chiffres clés desdites études, afin d'en saisir la signification et la nature, comme suit.

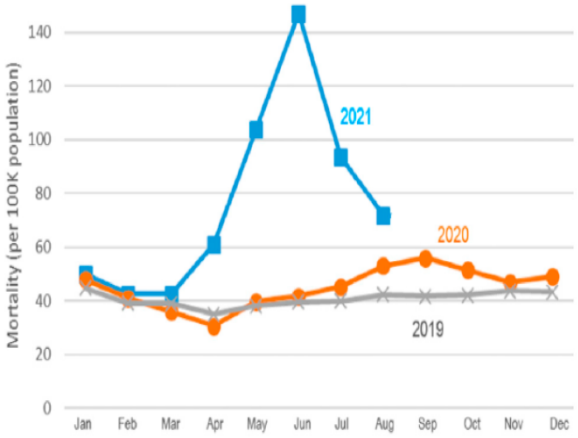


FIGURE 1. Per capita all-cause mortality in India by month, 2019 to 2021, based on 13 states and two union territories, as described in the Methods section. This figure appears in color at www.ajtmh.org.

Figure 1 : Leffler et al. (2022), utilisant 19 États indiens, 1,27 milliard d'habitants, leur Fig. 1.

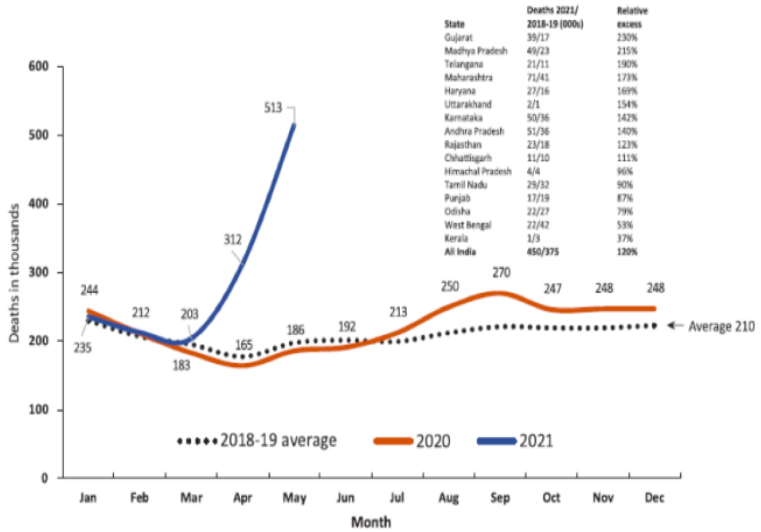


Fig. 3. Reported deaths from all causes in India's Ministry of Health and Family Welfare Management Information System covering 0.2 million health facilities nationally, 2020 and 2021, versus average of 2018–2019, by month. The inset shows the increases in selected states and nationally for the April–May 2021 relative to the 2018–2019 averages for the same months of comparison. Table S6 provides the input data.

Figure 2 : Jha et al. (2022), utilisant 0,2 million d'établissements de santé à l'échelle nationale, leur Fig. 3. Il s'agit essentiellement du même chiffre que la Fig. 1 dans Deshmukh et al. (2021).

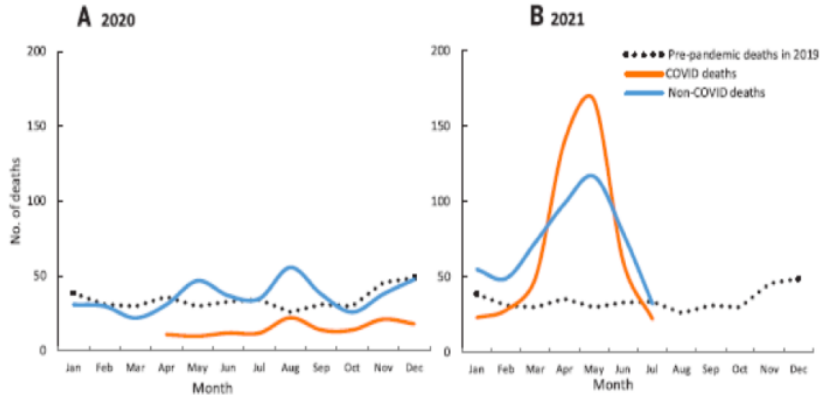


Fig. 2. Monthly reporting of deaths as COVID (including COVID-associated) and non-COVID by month for 2019 to 2021 in a substudy of 57,000 adults in 13,500 households within the COVID Tracker survey (*2*). Table S3 provides the input data. (**A**) 2020 deaths; (**B**) 2021 deaths.

Figure 3 : Jha et al. (2022), à l'aide d'une étude par sondage auprès de 57 000 adultes, leur Fig. 2.

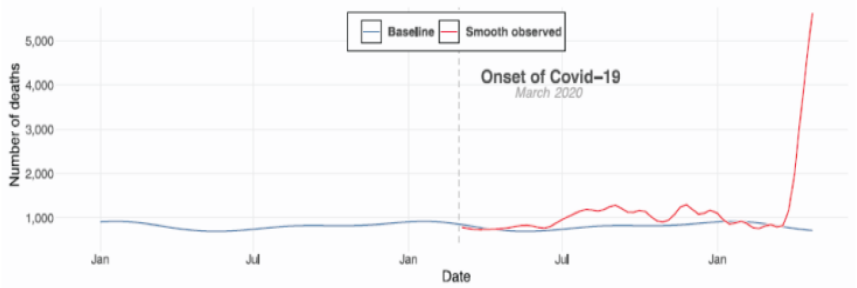


Fig 1. Model fit for weekly death counts. Model fit for weekly death counts amalgamated from multiple municipalities in Gujarat, India. The gray data points are weekly death counts, the dashed-vertical line represents the onset of Covid-19, the blue curve represents the expected weekly death counts based on historical data, and the red curve represents the smooth observed weekly death counts during Covid-19.

https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000824.g001

Figure 4 : Acosta et al. (2022), utilisant les certificats de décès de 90 municipalités de l'État indien du Gujarat, leur Fig. 1.

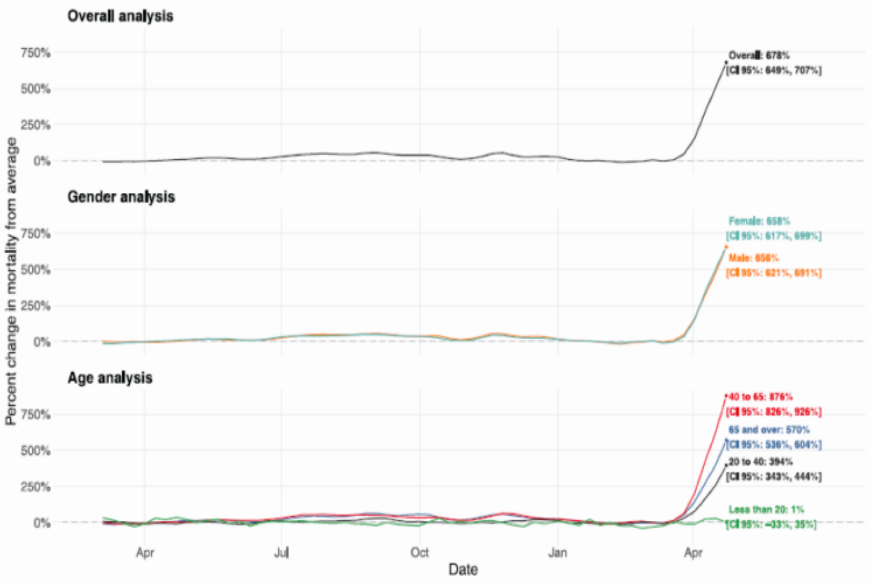


Fig 2. Estimated percent change in mortality from average in Gujarat, India, from March 2020 to April 2021. Estimated percent change in mortality from average in Gujarat, India, from March 2020 to April 2021. The solid-curves represent percent changes from average mortality for each group. 95% confidence intervals were omitted for better readability. The point estimate and corresponding 95% confidence intervals for April 16, 2021, the week of peak excess mortality, are displayed in text on the right and highlighted with a data point.

https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000824.g002

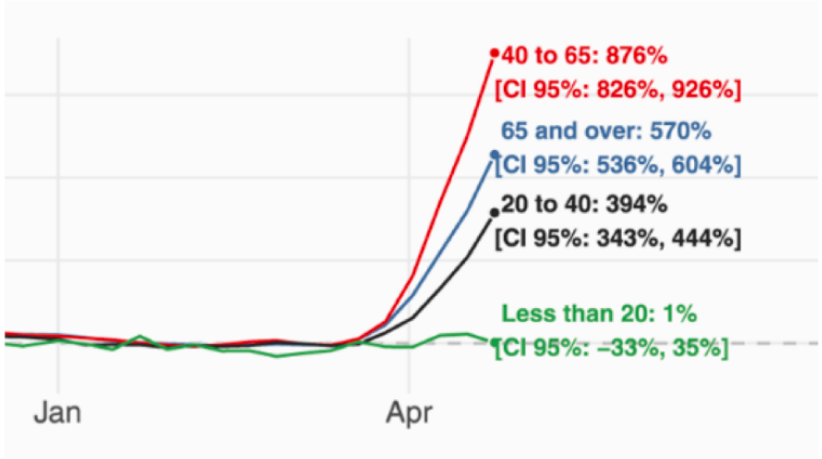


Figure 5 : Acosta et al. (2022), utilisant les certificats de décès de 90 municipalités de l'État indien du Gujarat, leur Fig. 2. Basé sur la mortalité par semaine. (En haut) Figure complète. (Bas) Agrandissement sélectionné.

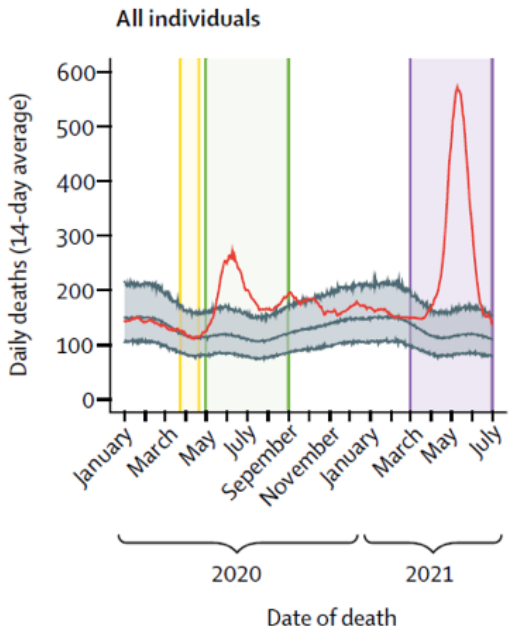


Figure 6 : Lewnard et al. (2022), dans le district de Chennai, en Inde, leur Fig. 1. (Ligne rouge : estimations moyennes mobiles sur 14 jours de la mortalité quotidienne en 2020 et 2021 (décès observés), corrigées pour les rapports décalés basés sur les observations de 2019.)

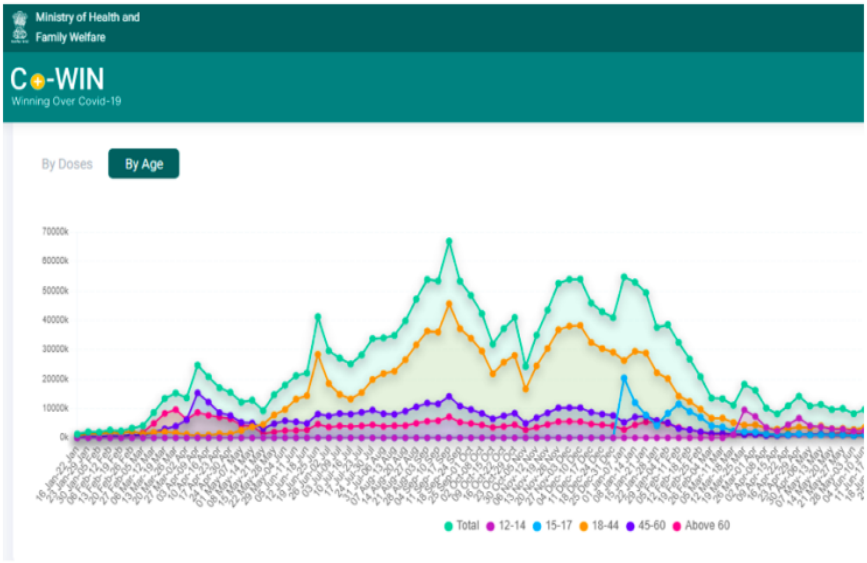
Lorsqu'une caractéristique aussi importante, unique et soudaine de la mortalité toutes causes confondues se produit dans n'importe quelle juridiction, elle exige une enquête approfondie, si la cause n'est pas empiriquement évidente, comme un tremblement de terre massif ou une attaque militaire génocidaire. Cela vaut même pendant une pandémie déclarée, étant donné la nature unique, soudaine, sans précédent et de grande ampleur de l'événement en Inde.

Tous les auteurs cités ci-dessus qui ont rendu compte de l'événement de surmortalité de 4 mois d'avril à juillet 2021 en Inde ont qualifié l'événement de « deuxième vague » de l'Inde et ont utilisé leurs évaluations de la mortalité toutes causes confondues pour déduire que COVID-19 La mortalité est potentiellement largement sous-estimée par les statistiques officielles indiennes sur les décès de Covid.

De l'avis de cet auteur, s'il s'agissait de la "deuxième vague" de l'Inde, alors, par comparaison, l'Inde n'avait pratiquement pas eu de "première vague" et n'avait essentiellement pas eu de pandémie mortelle avant avril 2021.

Aucun des auteurs cités ci-dessus qui ont rendu compte de l'événement de surmortalité de 4 mois d'avril à juillet 2021 en Inde n'a mentionné la coïncidence remarquable que ledit événement de surmortalité coïncide dans le temps avec le déploiement du vaccin en Inde, à partir du 1er mars 2021 avec ceux 60 ans et plus et les personnes de plus de 45 ans et présentant des « comorbidités » (parmi 20 comorbidités répertoriées) (*The Economic Times* , 24 février 2021 ; Ministère de la Santé et du Bien-être familial, Gouvernement indien, 2021), étendue à tous les résidents de plus de 45 ans le 1er avril 2021 ; et coïncidant avec le *Teeka Utsav de 4 jours du gouvernement*("Festival du vaccin") du 11 au 14 avril 2021, au cours duquel quelque 100 millions de doses de vaccin ont été administrées jusqu'à son achèvement : "Les personnes âgées ou celles qui ne sont peut-être pas très éduquées devraient être aidées à se faire vacciner", a déclaré le Premier ministre Modi. (*Monnaie* , 11 avril 2021).

Pour apprécier le déploiement des vaccins en Inde, ses statistiques officielles sont une référence, comme suit.



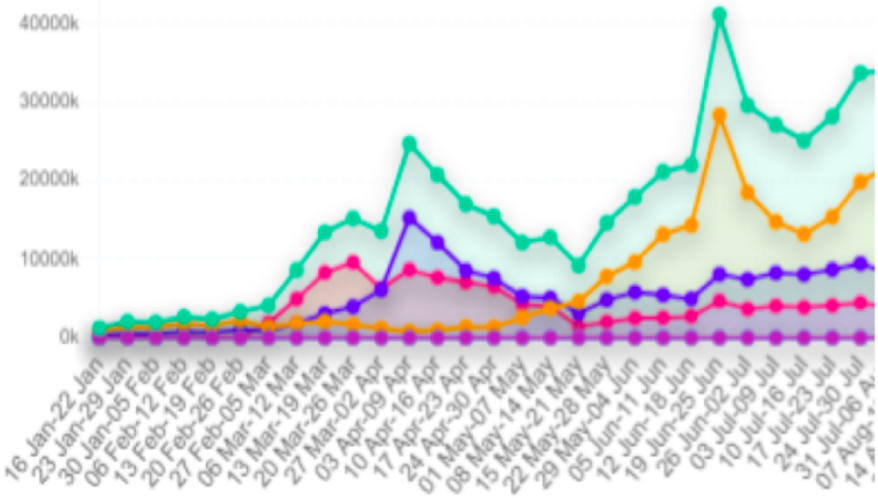
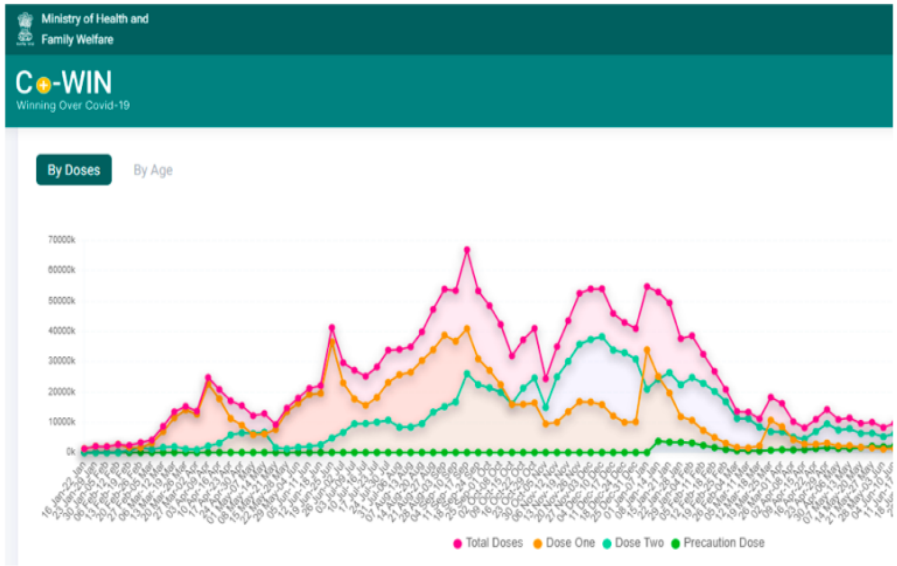


Figure 7 : Ministère de la santé et du bien-être familial, gouvernement indien (2022) : Tableau de bord C+ WIN, par âge, comme indiqué. (Supérieur) Vue large. (Bas) Agrandissement sélectionné.



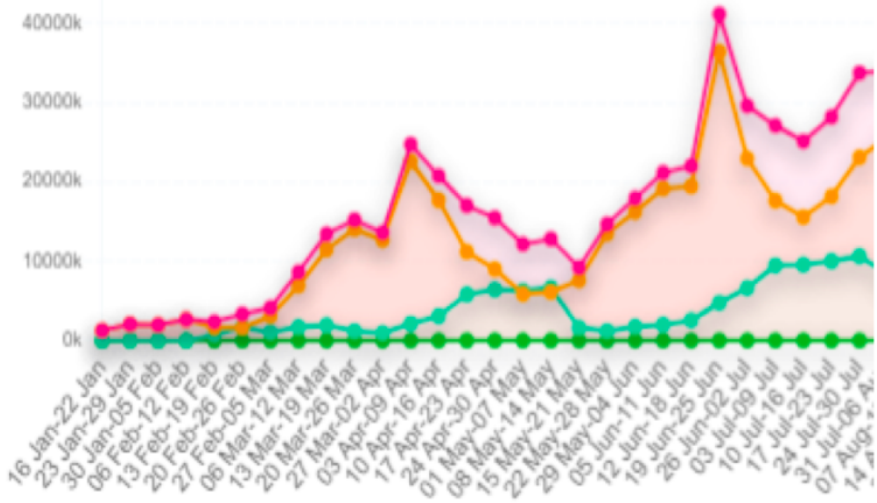


Figure 8 : Ministère de la santé et du bien-être familial, gouvernement de l'Inde (2022) : Tableau de bord C+ WIN, par type de dose, comme indiqué. (Supérieur) Vue large. (Bas) Agrandissement sélectionné.

Pour les raisons suivantes (présentées sous forme de points numérotés), prises ensemble, nous concluons que la flambée de 4 mois d'avril à juillet 2021 de la surmortalité toutes causes confondues en Inde peut être en grande partie ou principalement causée par le déploiement du vaccin à ses débuts.

1. L'événement de mortalité est unique en Inde, soudain, sans précédent, massif et synchrone avec le déploiement du vaccin en Inde pour les résidents les plus âgés et les plus fragiles (comorbidité) (Figures 1-8).

2. En comparaison, en termes relatifs, il n'y a pas eu d'événements de mortalité significatifs et il n'y a pas eu de surmortalité cumulée significative avant avril 2021, pendant plus d'un an de la pandémie déclarée (Figures 1-6).

La pandémie déclarée aurait dû épargner l'Inde pendant plus d'un an, alors qu'elle faisait rage dans de nombreux autres endroits du monde, avant de montrer une multiplication spectaculaire de la virulence, soudainement en avril-juillet 2021, lorsque les vaccins étaient par coïncidence étendu aux personnes âgées et aux personnes souffrant de comorbidités.

3. Le déploiement précoce du vaccin n'a pas été exécuté conformément au plan ambitieux initial, mais a été retardé dans un premier temps par des difficultés de mise en œuvre, puis stimulé par une intervention gouvernementale *ad hoc* (Premier ministre Modi, 11-14 avril 2021 , *Teeka Utsav* , « Festival du vaccin »), qui a encouragé la distribution générale et pénétrante accélérée aux pauvres, aux personnes sans instruction et à ceux qui en ont le plus besoin.

4. Une synchronicité similaire entre l'augmentation de la vaccination associée à une intervention gouvernementale pour accélérer l'administration des vaccins et une augmentation anormale (pic) de la mortalité toutes causes confondues est observée dans le cadre des campagnes dites « d'équité en matière de vaccins » aux États-Unis. Un pic anormal à l'automne 2021 a été interprété comme étant causé par les vaccins et est prédominant dans le groupe d'âge des 25 à 64 ans dans 21 États des États-Unis, notamment l'Alabama, le Mississippi, la Géorgie, la Floride et la Louisiane (Rancourt et al. , 2022). Les données pour le Mississippi sont présentées ci-dessous (figure 9).

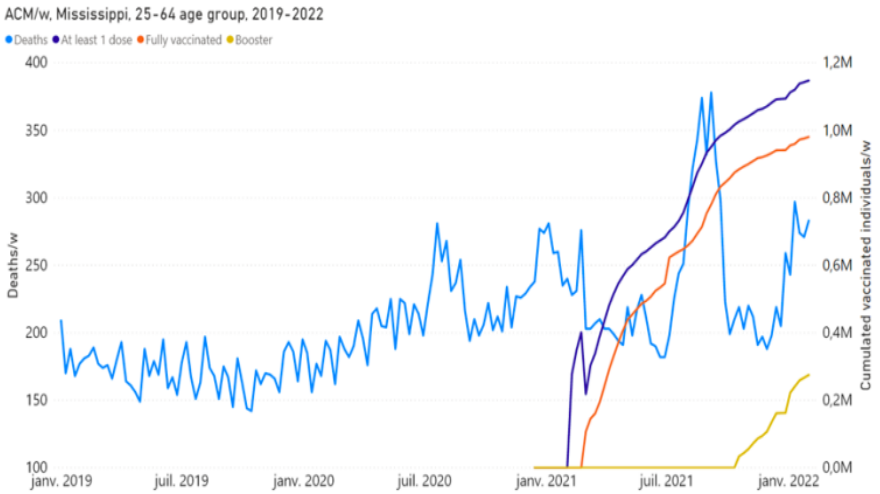


Figure 9 : Rancourt et al. (2022), leur figure 11B. Mortalité toutes causes confondues par semaine (bleu clair), nombre cumulé de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin (bleu foncé), nombre cumulé de personnes complètement vaccinées (orange) et nombre cumulé de personnes ayant reçu une dose de rappel

(jaune) à la semaine de 2019 à 2022, pour la tranche d'âge 25-64 ans dans le Mississippi. Les données sont affichées de la semaine 1 de 2019 à la semaine 5 de 2022.

Dans l'étude de Rancourt et al. (2022), il a été conclu qu'une mortalité importante (détectable par la mortalité toutes causes confondues) induite par le vaccin survenait principalement parmi les groupes fragiles, caractérisés par des degrés élevés de pauvreté, d'invalidité, d'obésité, de diabète et des taux élevés de médicaments. L'injection du vaccin était considérée comme un défi supplémentaire, accélérant souvent et causant la mort chez les résidents souffrant de comorbidités.

5. L'ampleur de l'événement de surmortalité toutes causes confondues d'avril à juillet 2021 (normalisé par la population) est très hétérogène d'une région à l'autre en Inde (références citées ci-dessus). Cela suggère que la surmortalité régionale nette est liée à l'hétérogénéité sous-jacente de l'état de santé et aux différences dans la sélection des groupes d'état de santé, qui ont été effectivement vaccinés dans une région ; plutôt que d'être dû à un taux de mortalité par infection donné (et à son profil d'âge) pour la propagation rapide d'une maladie infectieuse, appliqué à toutes les régions de la même manière.

6. L'événement de surmortalité toutes causes confondues d'avril à juillet 2021 se produit simultanément dans toute l'Inde, tout comme le déploiement national du vaccin et l'intervention du «Festival du vaccin» du Premier ministre Modi, plutôt que de montrer une distribution des heures de début, ce qui serait compatible avec une propagation maladies infectieuses ensemençant différentes régions à des moments différents et se propageant à des rythmes différents en fonction des différences régionales de conditions sociales et sanitaires.

7. La surmortalité toutes causes confondues d'avril à juillet 2021, du moins au début, est nettement plus élevée, sur la base de la mortalité de référence et du pourcentage de mortalité par semaine, pour les résidents de 40 à 64 ans que pour les résidents de 65 ans et plus (~ 880 % contre ~570 %) (Figure 5). Ceci est incompatible avec les études cliniques contrôlées et les observations empiriques, qui constatent que la probabilité de mortalité par infection du décès attribué au COVID-19 est exponentielle avec l'âge (Bonanad et al., 2020 ; Goldstein et Lee, 2020 ; Santesmasses et al., 2020 ; Bauer et al., 2021 ; Elo et al., 2022 ; Sorensen et al., 2022). Cependant, le comportement âge-dépendance est similaire à ce qui est observé pour la période vaccinale de la période Covid par rapport à la période pré-vaccinale Covid aux USA (Rancourt et al., 2022 ; voir leur Fig. 17).

8. Le Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) des États-Unis montre sans ambiguïté un excès de décès toutes causes confondues immédiatement après les injections avec chacun des trois types de vaccins COVID-19 utilisés aux États-Unis, avec un pic important dans les 5 jours suivant l'injection et une surmortalité en décroissance exponentielle s'étendant sur 2 mois après l'injection (Hickey et Rancourt, 2022 ; voir leurs Fig. S3 à S5). La mortalité intégrée par nombre d'injections après l'injection (toxicité de l'injection) augmente de façon exponentielle avec l'âge, tout comme la variabilité de la toxicité d'un lot à l'autre (Hickey et Rancourt, 2022 ; voir leur Fig. S6). Ces dernières observations d'augmentations exponentielles avec l'âge signifient que les injections représentent des défis mortels en proportion de la fragilité du sujet.

9. Des études d'autopsie histopathologiques et immunohistochimiques détaillées ont démontré que les vaccins COVID-19 sont des causes de décès, à la fois chez des sujets par ailleurs en bonne santé et chez des sujets âgés présentant des comorbidités (Choi et al., 2021 ; Schneider et al., 2021 ; Sessa et al. ., 2021 ; Gill et al., 2022 ; Mörz, 2022 ; Schwab et al., 2022).

10. Nous n'avons trouvé aucune étude établissant qu'il y a eu une augmentation (et une chute) soudaine d'une variante préoccupante d'une virulence disproportionnée qui aurait été synchrone ou balayée et aurait causé l'événement de surmortalité toutes causes confondues d'avril à juillet 2021. Par exemple, Dar et al. (2021) postulent que l'événement de "deuxième vague" d'avril-juillet 2021 à Delhi (la capitale de l'Inde) était dû à la variante Delta, qui aurait rapidement balayé Delhi pour devenir prédominante car elle aurait une transmissibilité plus élevée et une évasion immunitaire plus importante que les variantes en circulation concomitante. Cependant, Dhar et al. estimer les caractéristiques nécessaires de Delta en ajustant un modèle aux données épidémiologiques et à la prédominance de la variante estimée par des mesures génomiques à partir de petites cohortes non randomisées. Laissant de côté les grandes incertitudes connues et inconnues tout au long de leur exercice, fondamentalement, les caractéristiques déduites de Delta sont obtenues en s'adaptant aux données, plutôt que d'être mesurées indépendamment dans un essai clinique contrôlé. Dans de telles circonstances, l'événement de mortalité crée une illusion du Delta nécessaire, mais on ne peut conclure qu'un Delta réel a causé l'événement de mortalité.

En conclusion, il semble que le déploiement précoce du vaccin en avril-juillet 2021 en Inde a été dévastateur, causant la mort d'environ 3,7 millions d'habitants (Figure 1), après l'administration d'environ 350 millions de doses de vaccin (dans une population de 1,39 milliard).

Cela correspond à un rapport efficace de mortalité par dose de vaccin (toxicité par dose) d'environ 1 %, soit environ x100 le rapport de mortalité par dose du vaccin Janssen administré aux résidents américains de plus de 65 ans, calculé à partir du VAERS données (Hickey et Rancourt, 2021 ; voir leur tableau 1). Il s'agit également à peu près du même rapport de mortalité vaccinale par dose (1%) que ce qui est cohérent avec le pic anormal de l'automne 2021 de surmortalité toutes causes confondues survenant dans les États très pauvres des États-Unis, qui a été interprété comme étant causé par le vaccin. : Rancourt et al. (2022) et voir les données pour le Mississippi présentées à la figure 9.

Les résidents fragiles sont susceptibles d'être mortellement blessés lors de l'injection et doivent être protégés contre les campagnes d'injection trop enthousiastes ou politiquement motivées mises en œuvre sans évaluation rigoureuse des risques cliniques individuels.

*

Note aux lecteurs : veuillez cliquer sur les boutons de partage ci-dessus. Suivez-nous sur Instagram et Twitter et abonnez-vous à notre chaîne Telegram. N'hésitez pas à republier et à partager largement les articles de Global Research.

***Denis G. Rancourt** , PhD, est chercheur à l'Association des libertés civiles de l'Ontario (ocla.ca).*

Sources

Acosta et al. (2022) : Acosta RJ, Patnaik B, Buckee C, Kiang MV, Irizarry RA, Balsari S, et al. /// Surmortalité toutes causes confondues dans 90 municipalités du Gujarat, en Inde, pendant la pandémie de COVID-19 (mars 2020-avril 2021). /// *PLOS Glob Public Health* , 2022, 2(8): e0000824. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000824

Bauer et al. (2021) : Bauer, P., Brugger, J., König, F. et al. /// Une comparaison internationale de la dépendance à l'âge et au sexe des décès dus au COVID-19 en 2020 : une analyse descriptive. /// *Sci Rep* 11, 19143 (2021). https://doi.org/10.1038/s41598-021-97711-8

Bonanad et al. (2020) : Bonanad C, García-Blas S, Tarazona-Santabalbina F, Sanchis J, Bertomeu-González V, Fácila L, Ariza A, Núñez J, Cordero A. /// L'effet de l'âge sur la mortalité chez les patients atteints de COVID -19 : Une méta-analyse avec 611 583 sujets. /// *J Am Med Dir Assoc.* 2020 juillet;21(7):915-918. doi : 10.1016/j.jamda.2020.05.045. Publication en ligne le 25 mai 2020. PMID : 32674819 ; PMCID : PMC7247470. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.045

Choi et al. (2021) : Sangjoon Choi, SangHan Lee, Jeong-Wook Seo, Min-ju Kim, Yo Han Jeon, Ji Hyun Park, Jong Kyu Lee, Nam Seok Yeo /// Mort subite induite par la myocardite après la vaccination par l'ARNm BNT162b2 COVID-19 en Corée : rapport de cas axé sur les résultats histopathologiques /// *Journal of Korean Medical Science* 2021 ; 36(40) : e286. DOI : https://doi.org/10.3346/jkms.2021.36.e286

Deshmukh et al. (2021) : Yashwant Deshmukh, Wilson Suraweera, Chinmay Tumbe, Aditi Bhowmick, Sankalp Sharma, Paul Novosad, Sze Hang Fu, Leslie Newcombe, Hellen Gelband, Patrick Brown, Prabhat Jha /// Surmortalité en Inde de juillet 2020 à juillet 2021 pendant la pandémie de COVID : enregistrement des décès, décès dans les établissements de santé et données d'enquête /// *medRxiv* 2021.07.20.21260872 ; doi : https://doi.org/10.1101/2021.07.20.21260872

Dar et al. (2021) : Dhar MS, Marwal R, Vs R, Ponnusamy K, Jolly B, Bhoyar RC, Sardana V, Naushin S, Rophina M, Mellan TA, Mishra S, Whittaker C, Fatihi S, Datta M, Singh P, Sharma U, Ujjainiya R, Bhatheja N, Divakar MK, Singh MK, Imran M, Senthivel V, Maurya R, Jha N, Mehta P, AV, Sharma P, Vr A, Chaudhary U, Soni N, Thukral L, Flaxman S, Bhatt S, Pandey R, Dash D, Faruq M, Lall H, Gogia H, Madan P, Kulkarni S, Chauhan H, Sengupta S, Kabra S; Indian SARS-CoV-2 Genomics Consortium (INSACOG)‡, Gupta RK, Singh SK, Agrawal A, Rakshit P, Nandicoori V, Tallapaka KB, Sowpati DT, Thangaraj K, Bashyam MD, Dalal A, Sivasubbu S, Scaria V, Parida A, Raghav SK, Prasad P, Sarin A, Maire S, Ramakrishnan U, Palakodeti D, Seshasayee ASN, Bhat M, Shouche Y, Pillai A, Dikid T, Das S, Maitra A, Chinnaswamy S, Biswas NK, Desai AS, Pattabiraman C, Manjunatha MV, Mani RS, Arunachal Udupi G, Abraham P, Atul PV, Cherian SS. /// Caractérisation génomique et épidémiologie d'une variante émergente du SRAS-CoV-2 à Delhi, en Inde. ///*Sciences* . 19 novembre 2021;374(6570):995-999. doi : 10.1126/science.abj9932. Publication en ligne le 14 octobre 2021. PMID : 34648303 ; PMCID : PMC7612010. https://doi.org/10.1126/science.abj9932

Elo et al. (2022) : Elo, IT et al. /// Évaluation des schémas d'âge de la mortalité par COVID-19 par race et origine ethnique De mars 2020 à octobre 2021 aux États-Unis /// *JAMA Network Open* , 2022, 5(5), p. e2212686. Disponible sur : https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.12686

Gill et al. (2022): James R. Gill, Randy Tashjian, Emily Duncanson /// Résultats cardiaques histopathologiques d'autopsie chez 2 adolescents après la deuxième dose de vaccin COVID-19. /// *Arch Pathol Lab Med* 1er août 2022 ; 146 (8): 925–929. doi : https://doi.org/10.5858/arpa.2021-0435-SA

Goldstein et Lee (2020) : Joshua R. Goldstein, Ronald D. Lee /// Perspectives démographiques sur la mortalité du COVID-19 et d'autres épidémies /// *PNAS* | 20 août 2020 | 117 (36) 22035-22041 /// https://doi.org/10.1073/pnas.2006392117

Hickey et Rancourt (2022) : Hickey, J. et Rancourt, DG /// Nature de la toxicité des vaccins COVID-19 aux États-Unis /// *ResearchGate* [Preprint] (9 février 2022). Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/358489777_Nature_of_the_toxicity_of_the_COVID-19_vaccines_in_the_USA /// Archivé sur : https://archive.ph/LZpRj

Jha et al. (2022) : Jha P, Deshmukh Y, Tumbe C, Suraweera W, Bhowmick A, Sharma S, Novosad P, Fu SH, Newcombe L, Gelband H, Brown P. /// Mortalité liée au COVID en Inde : données d'enquête nationale et santé décès en établissement /// *Science* 375, 667–671, 11 février 2022 /// https://www.science.org/doi/10.1126/science.abm5154

Leffler et al. (2022) : Leffler CT, Lykins V JD, Das S, Yang E, Konda S. /// Analyse préliminaire de la surmortalité en Inde pendant la pandémie de COVID-19. /// *Le Journal américain de médecine tropicale et d'hygiène* . 2022;106(5):1507-1510. doi:10.4269/ajtmh.21-0864 . https://doi.org/10.4269/ajtmh.21-0864

Lewnard et al. (2022) : Joseph A Lewnard, Ayesha Mahmud, Tejas Narayan, Brian Wahl, TS Selvavinayagam, Chandra Mohan B, Ramanan Laxminarayan /// Mortalité toutes causes confondues pendant la pandémie de COVID-19 à Chennai, Inde : une étude observationnelle /// *The Lancet Infectious Diseases* , volume 22, numéro 4, 2022, pages 463-472, ISSN 1473-3099, https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00746-5

Ministère de la santé et du bien-être familial, gouvernement indien (2021) : FAQ sur les vaccins et le programme de vaccination contre la COVID-19 /// https://www.mohfw.gov.in/pdf/FAQsCOVID19vaccinesvaccinationprogramWebsiteupload27Sep.pdf /// consulté le 4 décembre 2022

Ministry of Health and Family Welfare, Government of India (2022) : Tableau de bord C+ WIN, Winning Over COVID-19 /// https://dashboard.cowin.gov.in/ /// consulté le 4 décembre 2022

Mint (11 avril 2021): Rédacteur personnel /// Tika Utsav: PM Modi appelle à une vaccination de masse alors que l'Inde se prépare à vacciner un maximum de personnes /// Mise à jour: 11 avril 2021, 11h24 IST /// https://www .livemint.com/news/india/tika-utsav-pm-modi-calls-for-mass-vaccination-as-india-prepares-to-vaccinate-maximum-people-11618118595162.html /// Archivé sur : https : //archive.ph/YPRy2

Mörz (2022) : Mörz, M. A /// Rapport de cas : Encéphalite nécrosante multifocale et myocardite après vaccination par ARNm BNT162b2 contre le COVID-19. /// *Vaccins* 2022, *10* , 1651. https://doi.org/10.3390/vaccines10101651

Rancourt et al. (2022) : Rancourt, DG, Baudin, M. et Mercier, J. /// COVID-Period Mass Vaccination Campaign and Public Health Disaster in the USA : De la mortalité toutes causes confondues résolue par l'âge/l'état par le temps, résolue par l'âge livraison de vaccins par heure et données socio-géo-économiques /// *Research Gate* (2 août 2022) /// https://www.researchgate.net/publication/362427136_COVID-Period_Mass_Vaccination_Campaign_and_Public_Health_Disaster_in_the_USA_From_agestate-resolved_all-cause_mortality_by_time_age-resolved_vaccine_delivery_by_time_and_economic_data /// Aussi disponible sur : https://vixra.org/abs/2208.0023

Santesmasses et al. (2020) : Santesmasses, D., Castro, JP, Zenin, AA, Shindyapina, AV, Gerashchenko, MV, Zhang, B., Kerepesi, C., Yim, SH, Fedichev, PO et Gladyshev, VN /// COVID -19 est une maladie émergente du vieillissement. /// *Cellule Vieillissante* , 2020, 19 : e13230. /// https://doi.org/10.1111/acel.13230

Schneider et al. (2021) : Schneider, J., Sottmann, L., Greinacher, A. et al. /// Enquête post-mortem sur les décès suite à la vaccination avec les vaccins COVID-19. /// *Int J Legal Med* 135, 2335–2345 (2021). https://doi.org/10.1007/s00414-021-02706-9

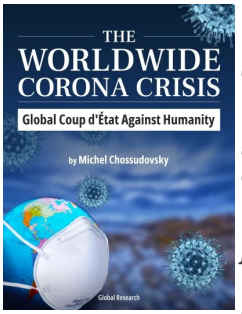
Schwab et al. (2022) : Schwab, C., Domke, LM, Hartmann, L. *et al.* /// Caractérisation histopathologique basée sur l'autopsie de la myocardite après vaccination anti-SARS-CoV-2. /// *Clin Rés Cardiol* (2022). https://doi.org/10.1007/s00392-022-02129-5

Sessa et al. (2021) : Sessa, F. ; Salerno, M.; Esposito, M.; Di Nunno, N.; Zamboni, P.; Pomara, C. /// Résultats d'autopsie et relation de causalité entre le décès et la vaccination contre la COVID-19 : une revue systématique. /// *J. Clin. Méd* . 2021, 10, 5876. https://doi.org/10.3390/jcm10245876

Sorensen et al. (2022) : Sorensen, RJD et al. /// Variation du ratio infection-décès par COVID-19 selon l'âge, le temps et la géographie pendant l'ère pré-vaccinale : une analyse systématique /// *The Lancet* , 2022, 399(10334), pp. 1469-1488. /// Disponible sur : https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02867-1

The Economic Times (24 février 2021): Tous les plus de 60 ans, les 45 ans et plus avec des comorbidités peuvent obtenir le vaccin COVID-19 à partir du 1er mars /// Dernière mise à jour: 24 février 2021, 18h12 IST /// https ://economictimes.indiatimes.com/news/politics-and-nation/all-60-citizens-all-45-people-with-comorbidities-to-get-free-covid-shots-at-govt-facilities-from -mars-1/articleshow/81189171.cms /// Archivé sur : https://archive.ph/c2A9D

L'image en vedette provient de NaturalNews.com



La crise mondiale du coronavirus, coup d'État mondial contre l'humanité

de Michel Chossudovsky

Michel Chossudovsky revient en détail sur la façon dont ce projet insidieux « détruit la vie des gens ». Il fournit une analyse complète de tout ce que vous devez savoir sur la «pandémie» - des dimensions médicales aux répercussions économiques et sociales, aux fondements politiques et aux impacts mentaux et psychologiques.

"Mon objectif en tant qu'auteur est d'informer les gens du monde entier et de réfuter le récit officiel qui a servi de justification pour déstabiliser le tissu économique et social de pays entiers, suivi de l'imposition du" vaccin "mortel" COVID-19 ". Cette crise touche l'humanité dans son ensemble : près de 8 milliards de personnes. Nous sommes solidaires de nos semblables et de nos enfants du monde entier. La vérité est un instrument puissant.

READ MORE: Une étude exhaustive des données allemandes sur la mortalité révèle que les décès excessifs sont étroitement corrélés à la vaccination de masse

ISBN : 978-0-9879389-3-0, **Année :** 2022, PDF Ebook, **Pages** : 164, 15 Chapitres

~~Prix : 11,50 $~~Obtenez le vôtre GRATUITEMENT ! Cliquez ici pour télécharger .

Nous vous encourageons à soutenir le projet de livre électronique en faisant un don via la page de **campagne DonorBox "Worldwide Corona Crisis" de Global Research .**

La source originale de cet article est Global Research
Copyright © Pr Denis Rancourt , Global Research, 2022

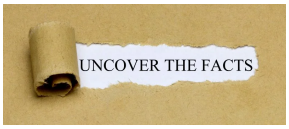
Commentez les articles de Global Research sur notre page Facebook

Devenez membre de Global Research

Articles Liés

1 milliard de dollars de vaccins COVID inutilisés au Canada expireront d'ici la fin de l'année, selon la vérificatrice générale

6 décembre 2022



Vaccins COVID-19 : preuve de létalité. Plus d'un millier d'études scientifiques

20 janvier 2022

Vidéo : Rapport « secret » de Pfizer sur le vaccin Covid. Au-delà de l'homicide involontaire. Les preuves sont accablantes. Le vaccin devrait être immédiatement retiré dans le monde entier

18 mai 2022

Le « vaccin tueur » du Covid. Des gens meurent partout

Meilleur oncologue : le cancer chez les patients explose

Le vaccin à ARNm est un tueur : selon le Washington Post, le récit vacciné "pour une majorité d'Américains

dans le monde. C'est une entreprise criminelle
25 novembre 2022

après des injections de COVID
28 novembre 2022

mourant du coronavirus"
26 novembre 2022

Articles connexes de nos archives

Une étude exhaustive des données allemandes sur la mortalité révèle que les décès excessifs sont étroitement corrélés à la vaccination de masse
30 août 2022

Les vaccins COVID-19 sont la principale cause de surmortalité dans le monde
25 novembre 2022

Surmortalité résultant du déploiement du vaccin ARNm Covid-19. Analyse complète
12 octobre 2022

Translate Website

Share 0 Like 2 Tweet 0 Email 0 Share Nouveau

Articles de :
Pr Denis Rancourt

Avis de non-responsabilité : le contenu de cet article relève de la seule responsabilité de l'auteur ou des auteurs. Le Centre de recherche sur la mondialisation ne sera pas responsable de toute déclaration inexacte ou incorrecte dans cet article. Le Centre de recherche sur la mondialisation autorise la publication croisée d'articles de Global Research sur des sites Internet communautaires, à condition que la source et le droit d'auteur soient reconnus avec un lien hypertexte vers l'article original de Global Research. Pour la publication d'articles de Global Research sous forme imprimée ou sous d'autres formes, y compris des sites Internet commerciaux, contactez : publications@globalresearch.ca

www.globalresearch.ca contient du matériel protégé par le droit d'auteur dont l'utilisation n'a pas toujours été expressément autorisée par le titulaire du droit d'auteur. Nous mettons ce matériel à la disposition de nos lecteurs en vertu des dispositions d'"utilisation équitable" dans le but de faire progresser une meilleure compréhension des problèmes politiques, économiques et sociaux. Le matériel de ce site est distribué sans but lucratif à ceux qui ont exprimé un intérêt préalable à le recevoir à des fins de recherche et d'enseignement. Si vous souhaitez utiliser du matériel protégé par le droit d'auteur à des fins autres que "l'utilisation équitable", vous devez demander l'autorisation du propriétaire du droit d'auteur.

Pour les demandes des médias : publications@globalresearch.ca

Global Research News
I-BOOKS SERIES
Countries Index
Most Popular
Links
Contact
Membership
Online Store

Themes

US NATO War Agenda
Global Economy
Crimes against Humanity
Militarization and WMD
Law and Justice
Police State & Civil Rights
History
9/11 & 'War on Terrorism'
Media Disinformation
Militarization and WMD
Oil and Energy
Police State & Civil Rights
Religion
Poverty & Social Inequality
Science and Medicine
United Nations
US NATO War Agenda
Women's Rights

Geographic Regions

GlobalResearch
Center for Research on Globalization

Privacy Policy

Copyright © 2005-2022 GlobalResearch.ca