



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

Search Authors...



Translate Website

Search...



GR Newsletter, Enter Email



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

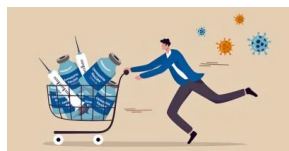


Association causale probable entre le nouveau régime australien de mortalité élevée toutes causes confondues et son déploiement du vaccin COVID-19

Par [le Pr Denis Rancourt](#) , [le Dr Marine Baudin](#) et [le Dr Jérémie Mercier](#)

Recherche mondiale, 21 décembre 2022

Région : Océanie
Thème : Science et médecine



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.

Abstrait

La mortalité toutes causes confondues par semaine en Australie montre qu'il n'y avait pas de surmortalité détectable 13 mois après le début de la pandémie déclarée, suivie d'une augmentation progressive de la mortalité à la mi-avril 2021, synchronisée avec le déploiement du vaccin COVID-19 donnant la priorité aux personnes âgées, résidents handicapés et autochtones.

La surmortalité au cours de la période de vaccination (mi-avril 2021 à août 2022 ; 14 % de mortalité toutes causes plus élevée que lors des récentes périodes de pré-vaccination de même durée ;

62 millions de doses de vaccin administrées) était de $31 \pm 1\ 000$ décès, soit plus du double des décès enregistrés à partir de ou avec le COVID-19.

De plus, un pic de mortalité toutes causes confondues (mi-janvier à mi-février 2022 ; 2 600 décès) est synchronisé du déploiement rapide du rappel (9,4 millions de rappels, même période), et n'est pas dû à une canicule climatique.

Nous donnons treize arguments numérotés pour expliquer pourquoi nous concluons que la surmortalité en Australie est causalement associée au vaccin COVID-19.

Le taux de mortalité par injection de vaccin (vIFR) correspondant est d'environ 0,05 %, ce que nous comparons aux valeurs vIFR estimées du système américain de notification des événements indésirables liés aux vaccins (VAERS) et des données de mortalité toutes causes confondues pour l'Inde, les États du sud des États-Unis, le Michigan (États-Unis) et Ontario (Canada).

*

L'Australie a connu une augmentation significative et soutenue de la mortalité toutes causes confondues, à commencer par le déploiement du vaccin COVID-19 destiné aux résidents à haut risque à la mi-avril 2021, alors qu'elle n'a enregistré aucun excès de mortalité toutes causes détectable jusqu'à ce point pendant 13 mois d'une pandémie déclarée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) le 11 mars 2020.

À partir de la mi-avril 2021, la mortalité toutes causes par semaine en Australie montre une augmentation soutenue de > 10 %, au cours de laquelle elle ne revient jamais à sa valeur basse saisonnière (d'environ 3 000 décès/semaine) et atteint des sommets de > 4 000 décès /semaine en juin-juillet-août 2022. L'augmentation progressive de la mortalité toutes causes confondues reste importante jusqu'à la date finale des statistiques gouvernementales officielles actuellement consolidées (semaine 34 de 2022, semaine se terminant le 28 août 2022) (Australian Bureau of Statistics, 2022a).

Au cours de la période mesurée de l'augmentation progressive de la mortalité toutes causes confondues (mi-avril 2021 à août 2022 ; mortalité toutes causes confondues supérieure de 14 % à celle des récentes périodes de pré-vaccination de même durée ; 62 millions de doses de vaccin administrées) il y a eu 31 ± 1 000 décès excédentaires de toutes causes en Australie, alors qu'aucun décès excédentaire n'a été détecté au cours des 13 mois précédents depuis la déclaration d'une pandémie (de la mi-mars 2020 à la mi-avril 2021).

La surmortalité toutes causes confondues suite au déploiement du vaccin COVID-19 (31 000 décès, de mi-avril 2021 à août 2022) est plus du double du nombre total de décès enregistrés comme étant dus ou avec le COVID-19 (14 014 décès, 1er janvier 2020 jusqu'au 29 août 2022 ; OMS, consulté le 20 décembre 2022, <https://covid19.who.int/region/wpro/country/au>).

Les points ci-dessus sont corroborés et illustrés dans les figures suivantes.

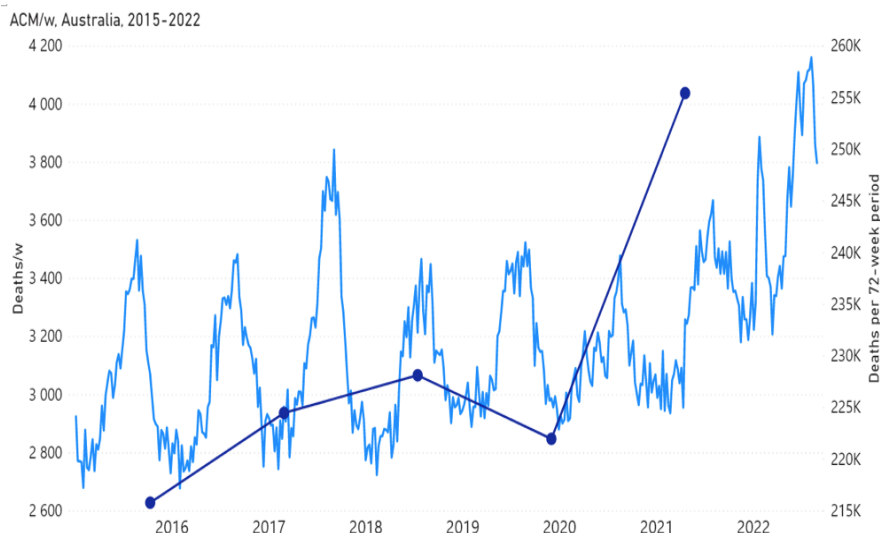


Figure 1A : Mortalité toutes causes confondues en Australie, tous âges confondus, de la semaine 1 2015 (semaine se terminant le 4 janvier 2015) à la semaine 34 2022 (semaine se terminant le 28 août 2022). Bleu clair : mortalité toutes causes confondues par semaine, échelle y de gauche. Bleu foncé : Mortalité toutes causes confondues intégrée sur des périodes successives et non chevauchantes de 72 semaines (de la semaine 15 2021 à la semaine 34 2022, pour la période la plus récente), échelle y de droite. Chaque point est positionné sur l'axe des abscisses à la 1ère semaine de sa période d'intégration de 72 semaines. (Source des données : Bureau australien des statistiques, 2022a.)

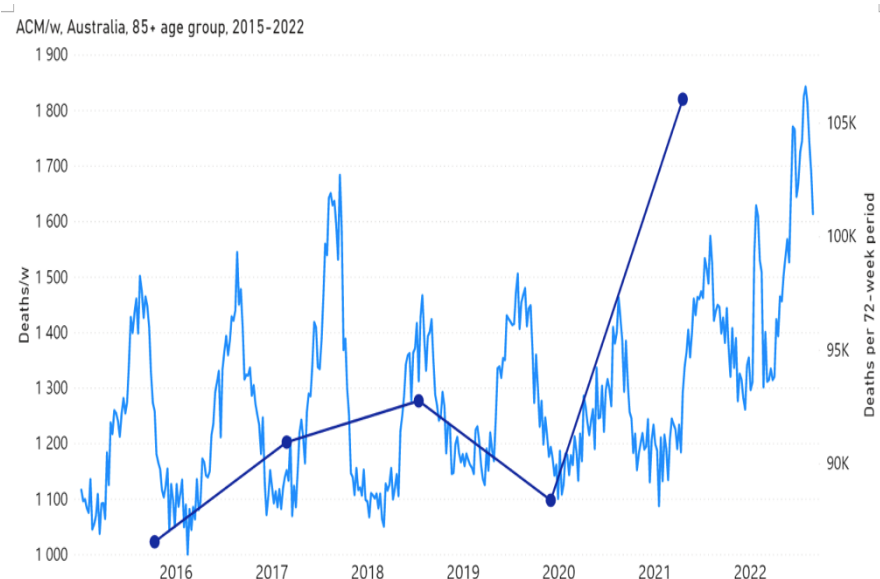


Figure 1B : Mortalité toutes causes confondues en Australie, à partir de 85 ans, de la semaine 1 2015 (semaine se terminant le 4 janvier 2015) à la semaine 34 2022 (semaine se terminant le 28 août 2022). Bleu clair : mortalité toutes causes confondues par semaine, échelle y de gauche. Bleu foncé : mortalité toutes causes confondues intégrée sur des périodes successives et non chevauchantes de 72 semaines (semaine 15 2021 à semaine 34 2022, pour la période la plus récente), échelle y de droite. Chaque point est positionné sur l'axe des abscisses à la 1ère semaine de sa période d'intégration de 72 semaines. (Source des données : Bureau australien des statistiques, 2022a.)

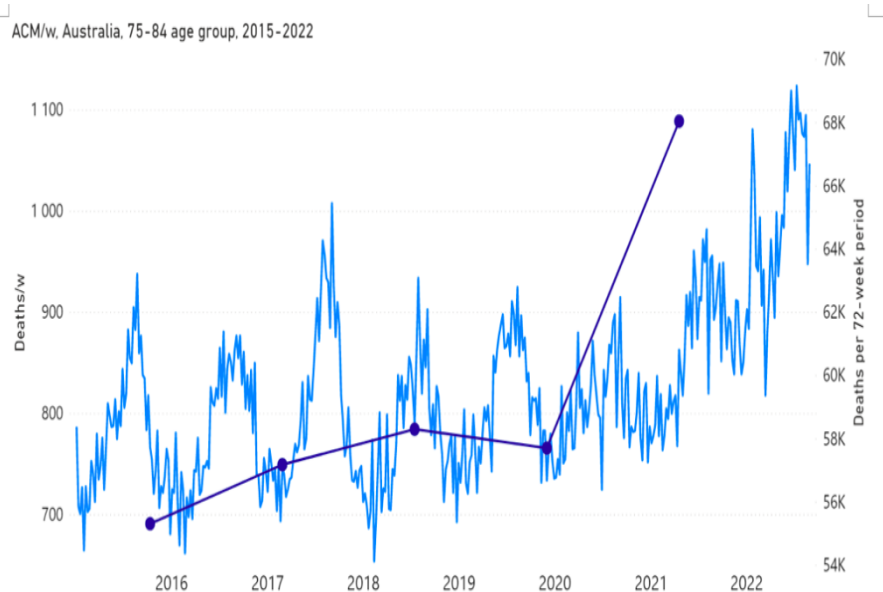


Figure 1C : Mortalité toutes causes confondues en Australie, âgés de 75 à 84 ans, de la semaine 1 2015 (semaine se terminant le 4 janvier 2015) à la semaine 34 2022 (semaine se terminant le 28 août 2022). Bleu clair : mortalité toutes causes confondues par semaine, échelle y de gauche. Bleu foncé : Mortalité toutes causes confondues intégrée sur des périodes successives et non chevauchantes de 72 semaines (de la semaine 15 2021 à la semaine 34 2022, pour la période la plus récente), échelle y droite. Chaque point est positionné sur l'axe des abscisses à la 1ère semaine de sa période d'intégration de 72 semaines. (Source des données : Bureau australien des statistiques, 2022a.)

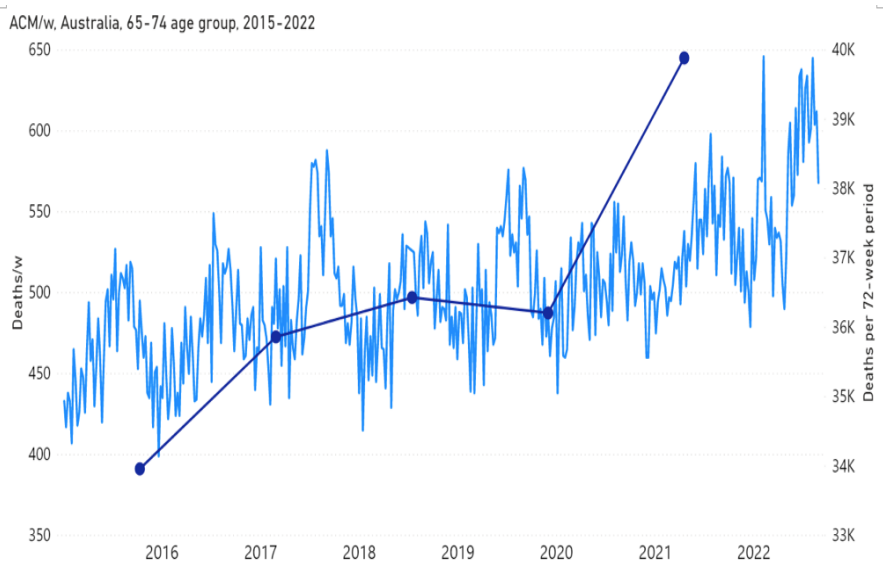


Figure 1D : Mortalité toutes causes confondues en Australie, âgés de 65 à 74 ans, de la semaine 1 2015 (semaine se terminant le 4 janvier 2015) à la semaine 34 2022 (semaine se terminant le 28 août 2022). Bleu clair : mortalité toutes causes confondues par semaine, échelle y de gauche. Bleu foncé : Mortalité toutes causes confondues intégrée sur des périodes successives et non chevauchantes de 72 semaines (de la semaine 15 2021 à la semaine 34 2022, pour la période la plus récente), échelle y droite. Chaque point est positionné sur l'axe des abscisses à la 1ère semaine de sa période d'intégration de 72 semaines. (Source des données : Bureau australien des statistiques, 2022a.)

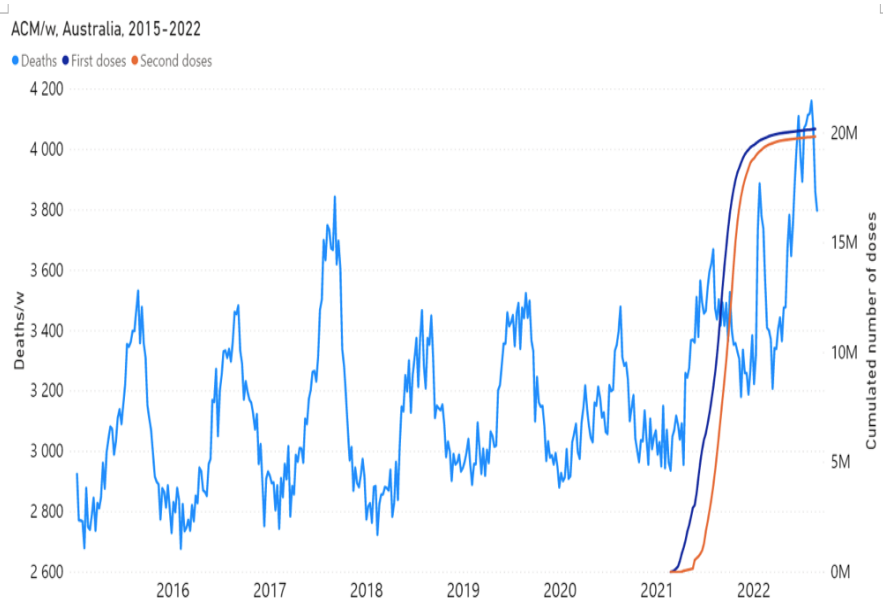


Figure 2 : Mortalité toutes causes confondues en Australie, tous âges confondus, de la semaine 1 2015 (semaine se terminant le 4 janvier 2015) à la semaine 34 2022 (semaine se terminant le 28 août 2022), par rapport au déploiement du vaccin COVID-19. Bleu clair : mortalité toutes causes confondues par semaine, échelle y de gauche. Bleu foncé : 1ères doses cumulées du vaccin. Orange : Cumul des 2e doses du vaccin. (Sources des données : Australian Bureau of Statistics (2022a) ; et <https://www.covid19data.com.au/vaccines> , consulté le 14 décembre 2022.)

Le déploiement du vaccin est illustré plus en détail ci-dessous.

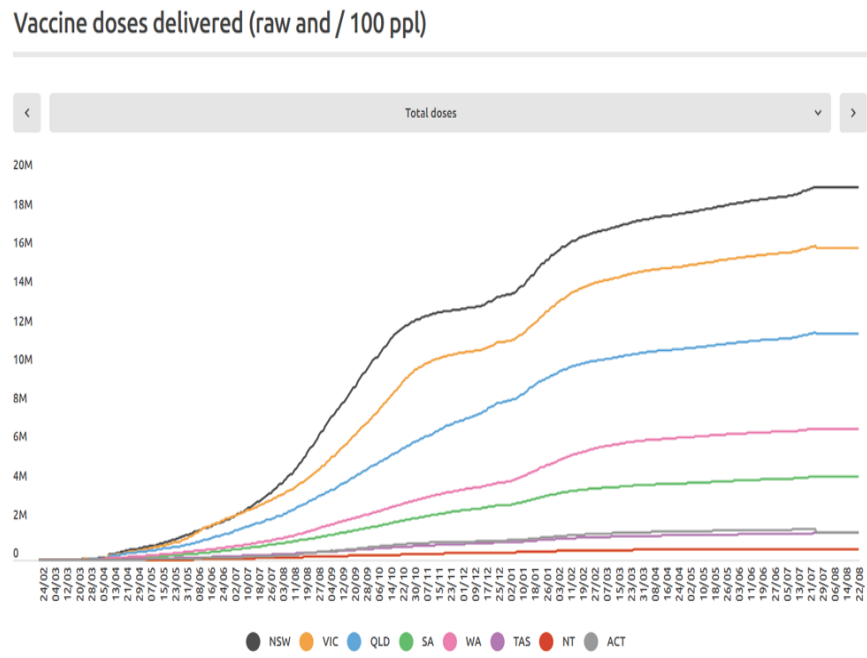


Figure 3A : Doses cumulées de vaccin COVID-19 administrées (tous types de doses) par heure (du 24 février 2021 au 22 août 2022) par État en Australie (comme indiqué, dans l'ordre NSW, VIC, QLD, SA, WA, TAS, NT , LOI). (Source : <https://www.covid19data.com.au/vaccines> , consulté le 20 décembre 2022.)

Daily reports of COVID-19 vaccinations (use tabs or dropdown)

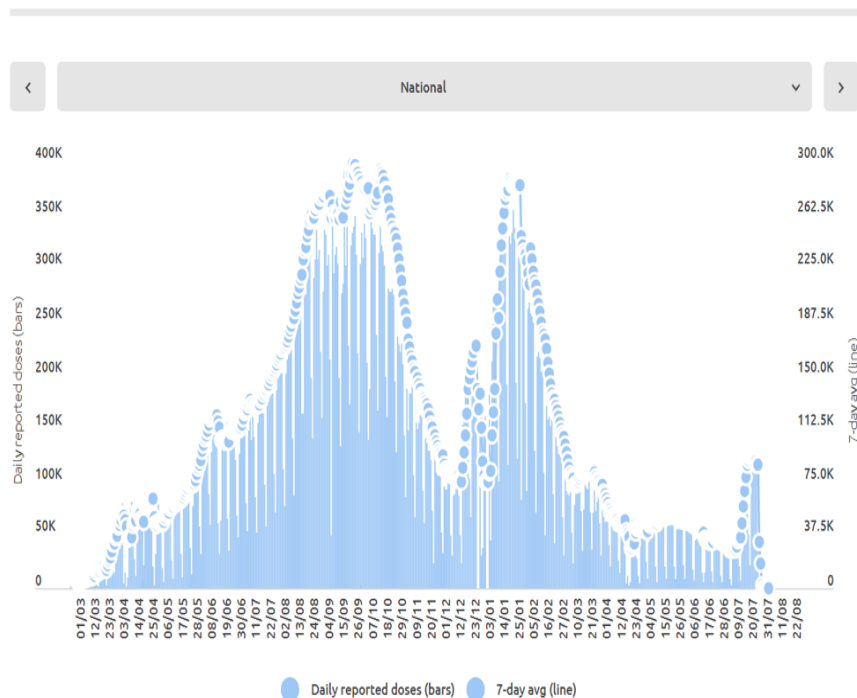


Figure 3B : Doses quotidiennes et quotidiennes moyennes sur 7 jours du vaccin COVID-19 (tous les types de dose) administrées par heure (du 1er mars 2021 au 22 août 2022) en Australie. (Source : <https://www.covid19data.com.au/vaccines> , consulté le 20 décembre 2022.)

Les données de mortalité et de vaccination spécifiquement pour l'État de Victoria (VIC), Australie, sont présentées, par exemple, comme suit.

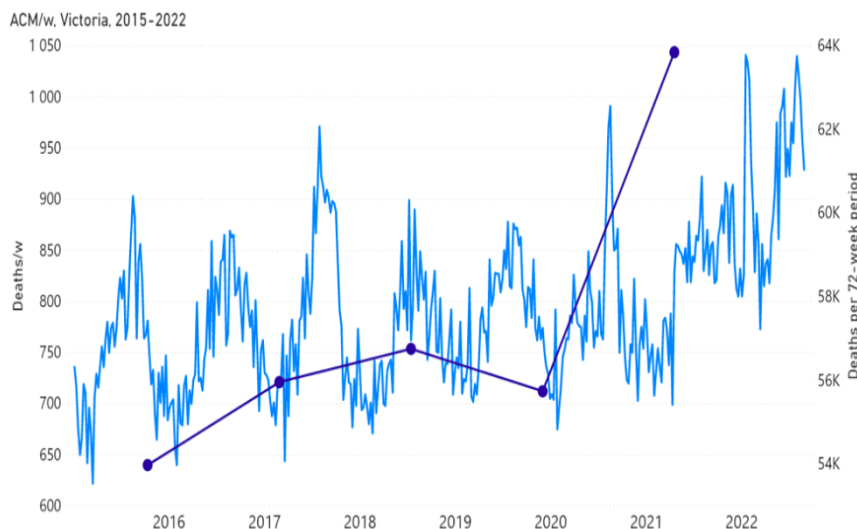


Figure 4A : Mortalité toutes causes confondues dans l'État de Victoria (VIC), Australie, tous âges confondus, de la semaine 1 2015 (semaine se terminant le 4 janvier 2015) à la semaine 34 2022 (semaine se terminant le 28 août 2022). Bleu clair : mortalité toutes causes confondues par semaine, échelle y de gauche. Bleu foncé : mortalité toutes causes confondues intégrée sur des périodes successives et non chevauchantes de 72 semaines (semaine 15 2021 à semaine 34 2022, pour la période la plus récente), échelle y de droite. Chaque point est positionné sur l'axe des abscisses à la 1ère semaine de sa période d'intégration de 72 semaines. (Source des données : Bureau australien des statistiques, 2022a.)

Daily reports of COVID-19 vaccinations (use tabs or dropdown)

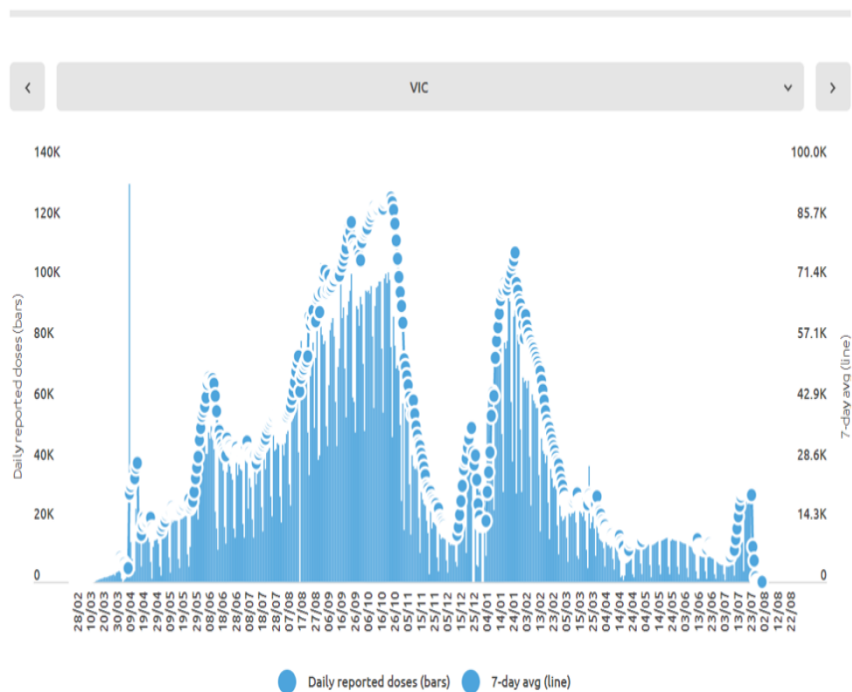


Figure 4B : Doses quotidiennes et quotidiennes moyennes sur 7 jours du vaccin contre la COVID-19 (tous types de doses) administrées par heure (du 28 février 2021 au 22 août 2022) dans l'État de Victoria (VIC), Australie. (Source : <https://www.covid19data.com.au/vaccines> , consulté le 20 décembre 2022.)

L'augmentation progressive de la mortalité est évidente dans la figure 1 (A à C), et elle est synchrone avec le déploiement du vaccin COVID-19 (figures 2, 3 et 4).

La transition par étapes vers un régime de mortalité toutes causes plus importante est également observée dans les différents États d'Australie. L'exemple de Victoria est illustré à la figure 4. Le même phénomène se produit dans la mortalité toutes causes confondues des huit États d'Australie, mais pas clairement dans les NT (Territoire du Nord) (annexe 1).

En plus du changement par étapes décrit ci-dessus du régime de mortalité toutes causes confondues, il y a un pic important de mortalité toutes causes confondues, d'une durée totale de sept semaines, de la mi-janvier à la mi-février 2022. Il ne correspond pas à une caractéristique saisonnière et est synchrone avec une forte augmentation de l'administration de doses de vaccin COVID-19 (figures 1, 3B et 4), qui était le déploiement du rappel (3e doses) en Australie. Ledit pic de mortalité toutes causes confondues, d'une durée de 7 semaines, est prédominant dans les États NSW, QLD et VIC, mais n'est essentiellement pas présent dans les autres États (annexe 1). Le déploiement du booster est illustré dans les figures 5 et 6 suivantes.

Vaccine 3rd doses (boosters)

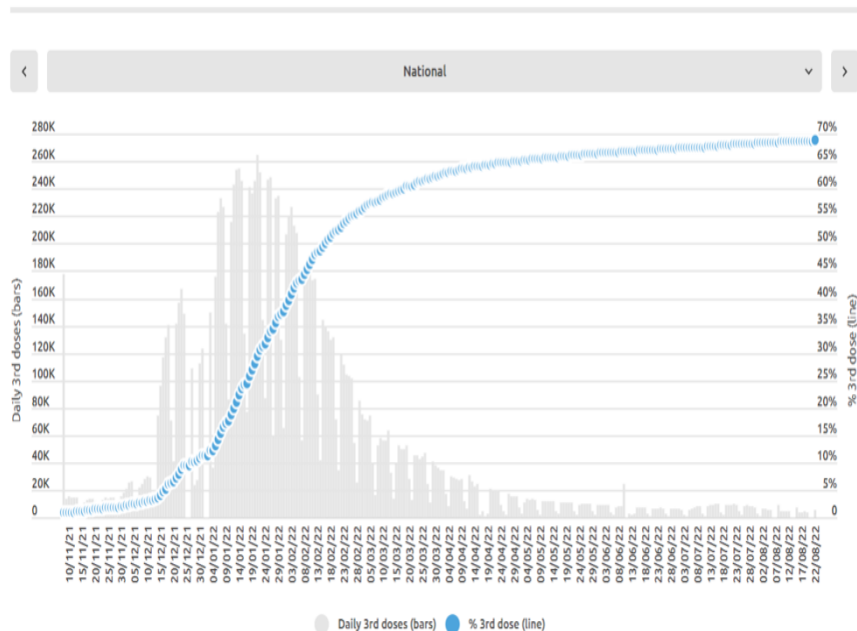


Figure 5 : Déploiement du rappel quotidien et cumulatif (3e doses) en Australie. L'axe temporel va du 10 novembre 2021 au 22 août 2022. (Source : <https://www.covid19data.com.au/vaccines> , consulté le 20 décembre 2022.)

Des comparaisons directes entre la mortalité toutes causes confondues par semaine pour le pic de mi-janvier à mi-février 2022 et l'administration de rappel par semaine sont présentées ci-dessous, pour l'Australie et pour les États NSW, VIC et QLD (figures 6A à 6D).

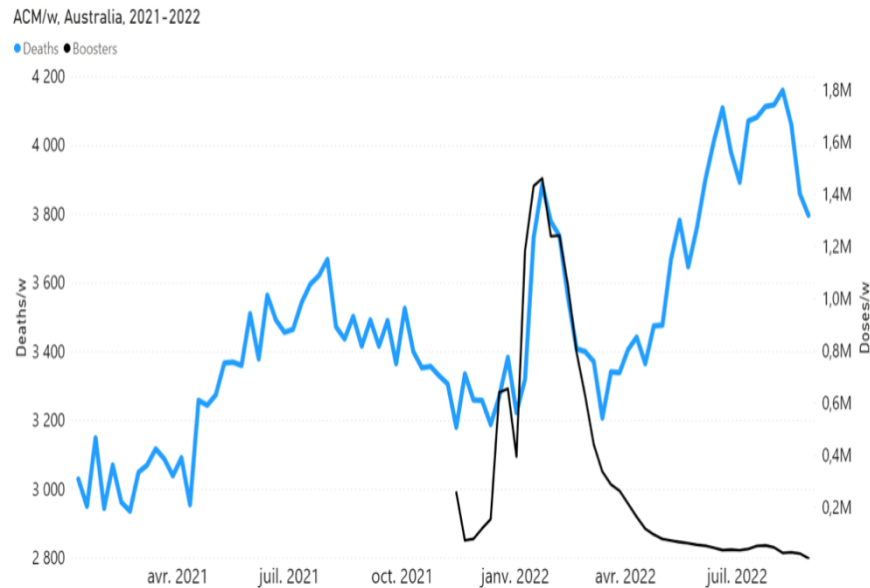


Figure 6A : Faits saillants du pic de mortalité de la mi-janvier à la mi-février 2022, par rapport à l'administration d'un rappel (3e dose), en Australie. Mortalité toutes causes confondues par semaine (bleu clair) et doses de rappel administrées par semaine (noir) de 2021 à 2022. (Sources des données : Bureau australien des statistiques (2022a) ; et <https://www.covid19data.com.au/vaccines> , consulté le 14 décembre 2022.)



Figure 6B : Faits saillants du pic de mortalité de la mi-janvier à la mi-février 2022, par rapport à l'administration de rappel (3e dose), en Nouvelle-Galles du Sud (Australie). Mortalité toutes causes confondues par semaine (bleu clair) et doses de rappel administrées par semaine (noir) de 2021 à 2022. La mortalité et l'administration de rappel concernant la Nouvelle-Galles du Sud. (Sources des données : Australian Bureau of Statistics (2022a) ; et <https://www.covid19data.com.au/vaccines> , consulté le 14 décembre 2022.)



Figure 6C : Faits saillants du pic de mortalité de la mi-janvier à la mi-février 2022, par rapport à l'administration d'un rappel (3e dose), à VIC (Australie). Mortalité toutes causes confondues par semaine (bleu clair) et doses de rappel administrées par semaine (noir) de 2021 à 2022. La mortalité et l'administration de rappel concernent la VIC. (Sources des données : Australian Bureau of Statistics (2022a) ; et <https://www.covid19data.com.au/vaccines> , consulté le 14 décembre 2022.)

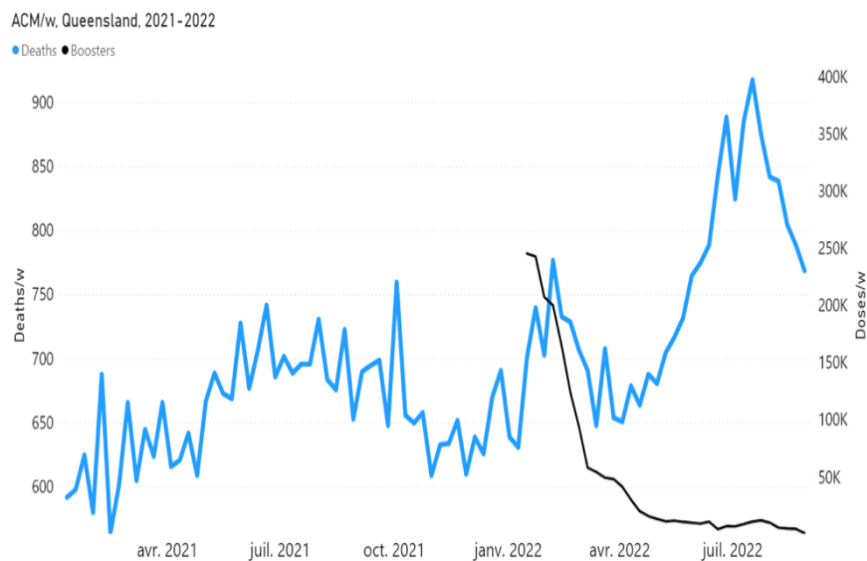


Figure 6D : Faits saillants du pic de mortalité de la mi-janvier à la mi-février 2022, par rapport à l'administration de rappel (3e dose), dans le QLD (Australie). Mortalité toutes causes confondues par semaine (bleu clair) et doses de rappel administrées par semaine (noir) de 2021 à 2022. La mortalité et l'administration de rappel concernent le QLD. (Sources des données : Australian Bureau of Statistics (2022a) ; et <https://www.covid19data.com.au/vaccines> , consulté le 14 décembre 2022.)

La surmortalité intégrée dans le pic de durée de 7 semaines, par rapport à sa ligne de base, est d'environ 2 600 décès, contre environ 9,4 millions de doses de rappel administrées pendant la durée du pic de mortalité. Cela correspond à un taux de mortalité par injection de vaccin (vIFR) d'environ 0,03 %, qui à son tour n'est pas trop différent du vIFR de 0,008 % pour les sujets américains de 65 ans et plus injectés avec le vaccin Janssen, calculé à partir du Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) données par Hickey et Rancourt (2022) (leur tableau 1).

Une hypothèse alternative pour le pic de mortalité d'une durée de 7 semaines serait qu'il a été causé par une vague de chaleur estivale australienne affectant l'Australie orientale. Cette hypothèse n'est pas tenable avec les données climatiques et de mortalité, que nous démontrons en annexe 2.

Pour les raisons suivantes (présentées sous forme de points numérotés), prises ensemble, nous concluons que le régime soutenu de 16 mois (mi-avril 2021 à août 2022) de surmortalité toutes causes confondues en Australie peut être largement ou principalement causé par son vaccin déploiement, y compris le rappel (3e doses).

1 - Il existe une association temporelle claire entre le nouveau régime de surmortalité toutes causes confondues et le déploiement du vaccin, alors que l'Australie n'avait pas de surmortalité détectable jusqu'au début du déploiement, pendant les 13 mois d'une pandémie déclarée par le OMS le 11 mars 2020. (Figures 1, 2, 4 et 6 ; et Annexe 1)

2 – La surmortalité pendant la période de vaccination (mi-avril 2021 à août 2022) pour l'Australie (tous âges confondus) est de 31 000 (\pm 1 000) décès (Figure 1A), soit plus du double du nombre total de décès enregistrés comme provenant de ou avec COVID-19 (14 014 décès, du 1er janvier 2020 à la semaine se terminant le 29 août 2022 ; OMS, consulté le 15 décembre 2022, <https://covid19.who.int/region/wpro/country/au>).

Notez que le pourcentage du nombre total de décès attribués au COVID-19 qui sont « avec le COVID-19 » (plutôt que « du au COVID-19 ») varie entre environ 10 % et 30 %, au cours de la période de janvier 2022 à août 2022 (Australian Bureau of Statistics, 2022b ; leur figure intitulée « Proportion de décès dus à et avec le COVID-19 pendant la vague Omicron » et voir « Proportion de décès dus à et avec le COVID-19 pendant la vague Omicron par État d'enregistrement »). Ici, le décès "du COVID-19" signifie que le COVID-19 est désigné comme "la cause sous-jacente du décès en tant que maladie ou affection qui a déclenché le train d'événements morbides conduisant au décès", tandis que d'autres maladies et affections signalées comme contribuant au décès sont « appelées causes associées » (Australian Bureau of Statistics, 2022c). En fait, 95.

La question est inévitable : pourquoi les Australiens commenceraient-ils soudainement (au début du déploiement du vaccin) à mourir de plus de quelque chose, sinon entièrement autre que le COVID-19, après 13 mois d'une pandémie déclarée au cours de laquelle il n'y avait aucun excès détectable de tout- causer la mort?

3 – Le vIFR moyen pendant la période de vaccination (mi-avril 2021 à août 2022) pour l'Australie serait donc :

$$31 \text{ K décès} / 62 \text{ M doses de vaccin}[1] = 0,05 \%$$

qui est supérieur au vIFR de 0,008 % pour les sujets américains de 65 ans et plus injectés avec le vaccin Janssen, calculé à partir des données du VAERS (Hickey et Rancourt, 2022 ; leur tableau 1), et inférieur à l'estimation de 1 % calculée pour l'excès surmortalité en Inde (Rancourt, 2022), et pour des pics de surmortalité dans plusieurs États du sud des États -Unis (Rancourt et al., 2022). En tant que tel, le vIFR moyen estimé de 0,05 % pour l'Australie se situe dans une fourchette attendue pour des circonstances réelles.

4 – En plus du régime de mortalité toutes causes décrit ci-dessus (mi-avril 2021 à août 2022), il y a un pic important de mortalité toutes causes de la mi-janvier à la mi-février 2022, avec une durée complète de sept semaines, qui est synchrone avec une forte augmentation de la dose de vaccin COVID-19 (Figures 1, 3B, 4 et 6). Ladite grande augmentation de la dose de vaccin a été le déploiement du rappel (3e dose) en Australie (figures 5 et 6).

Nous soulignons que la figure 6, montrant un degré élevé de synchronicité (en position et en largeur) entre le pic de mortalité toutes causes confondues de la mi-janvier à la mi-février 2022 et le schéma d'administration du rappel (3e dose), la poussée d'administration du rappel étant généralement menant la flambée de la mortalité d'environ 1 semaine, représente une preuve solide d'une relation causale ; la plus forte que nous ayons vue dans les données sur la mortalité toutes causes confondues.

5 - Ledit pic important de mortalité toutes causes confondues de la mi-janvier à la mi-février 2022 a une surmortalité intégrée dans sa durée de 7 semaines, par rapport à sa ligne de base, d'environ 2 600 décès, contre environ 9,4 millions de doses de rappel délivrées sur la durée du pic de mortalité. Cela correspond à un vIFR calculé pour le pic de mortalité spécifique :

$$2,6 \text{ K décès} / 9,4 \text{ M doses vaccinales}^{[2]} = 0,03 \%$$

dont la valeur est comparable à celle obtenue (0,05 %) pour le vIFR moyen de la période de vaccination (mi-avril 2021 à août 2022) pour l'Australie.

6 – L'impact du déploiement serait soudain, comme observé (Figures 1, 2, 4A et 6 ; et Annexe 1), car l'Australie a donné la priorité aux résidents âgés, handicapés et aborigènes (Gouvernement australien – Département de la santé et des soins aux personnes âgées, 2021) .

7 - L'augmentation progressive de la mortalité toutes causes confondues, dans le régime de surmortalité toutes causes confondues (mi-avril 2021 à août 2022) se produit simultanément à la mi-avril 2021 dans toute l'Australie, dans les huit États (voir annexe 1), plutôt que de montrer une quelconque distribution des heures de début, ce qui serait compatible avec une propagation d'une maladie infectieuse ensemençant différentes régions à différents moments et se propageant à des rythmes différents en fonction des différences régionales de conditions sociales et sanitaires.

À cet égard, les modèles théoriques de propagation et d'émergence de pandémies montrent une grande sensibilité des résultats dynamiques à l'ensemencement, à la taille de la population sociétale et aux conditions sociales et sanitaires déduites (Parham et Michael, 2011 ; Hasegawa et Nemoto, 2016 ; Ma et al., 2022) .

8 - Les données du VAERS des États-Unis montrent sans ambiguïté un excès de décès toutes causes confondues immédiatement après les injections de 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 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 par injection ou vIFR) augmente de façon exponentielle avec l'âge, tout comme la variabilité d'un lot à l'autre de l'effet toxique (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 histopathologiques et d'autopsie immunohistochimiques détaillées ont démontré que les vaccins COVID-19 sont des causes de décès, tant chez des sujets par ailleurs en bonne santé que 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 ; Yoshimura et al., 2022).

10 – Le gouvernement australien interprète à la fois les résultats des tests (cas) et la mortalité comme se produisant en quatre « vagues », qu'il décrit par période comme suit (Australian Bureau of Statistics, 2022b) :

- « Vague 1 : survenue entre mars et mai 2020. La variante prédominante au cours de la vague 1 était la souche virale d'origine.
- Vague 2 : se produisant entre juin et novembre 2020. La vague 2 s'est produite principalement à Victoria. La variante au cours de la vague 2 était la souche virale d'origine.
- Onde delta : se produisant entre juillet et décembre 2021.

- Onde d'Omicron : telle qu'elle s'est produite en 2022 (jusqu'à fin septembre 2022). En raison de la longueur de cette vague et du nombre plus élevé de décès [...].

Nous n'avons trouvé aucune étude établissant une base scientifique pour l'attribution de ces ondes par le gouvernement australien. En outre, l'attribution dudit Gouvernement est inconciliable avec :

1. l'absence de surmortalité détectée en mars-mai 2020 (Figure 1 ; et Annexe 1),
 2. l'absence de surmortalité détectée en Australie (Figure 1A) et à Victoria (Figure 4A) sur la période juin-novembre 2020 (et voir Annexe 1),
- une vague de variante delta (juillet-décembre 2021) qui aurait raté à la fois la poussée progressive de la surmortalité toutes causes confondues à la mi-avril 2021 et le pic de 7 semaines de la mi-janvier à la mi-février 2022 en surmortalité toutes causes confondues - provoquer la mortalité, et
1. une onde de variante d'Omicron (2022) qui aurait provoqué deux caractéristiques distinctes et importantes de la surmortalité toutes causes confondues, à savoir le pic d'une durée de 7 semaines de la mi-janvier à la mi-février 2022 et la forte poussée qui a suivi à partir de mai 2022 (Figure 1A).

La situation interprétative officielle est similaire, bien que moins sophistiquée, à celle employée par Dhar et al. (2021) qui ont postulé 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 plus grande immunité échapper que les variantes circulant de façon concomitante. Cependant, Dhar et al. estimer les caractéristiques nécessaires de Delta en ajustant un modèle aux données épidémiologiques et à la prédominance du variant 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 inférées de Delta sont obtenues par ajustement aux données, plutôt que d'être mesuré de manière indépendante dans un essai clinique contrôlé. Dans de telles circonstances, l'événement de mortalité crée une illusion du delta nécessaire pour Delhi, mais on ne peut pas conclure qu'un delta réel a causé l'événement de mortalité.

De même, l'attribution par le gouvernement australien des vagues de COVID-19 pour l'Australie n'est qu'un exercice de dénomination des résultats de test rapportés (statistiques de cas), couplé à des mesures génomiques rares et peu fiables (Australian Government - Department of Health and Aged Care, 2022). L'attribution du gouvernement australien est contredite par des données concrètes sur la mortalité toutes causes confondues en fonction du temps.

11 – Une synchronicité similaire entre l'administration des doses vaccinales et la surmortalité toutes causes confondues est observée dans le cadre des campagnes dites « d'équité vaccinale » 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 7).

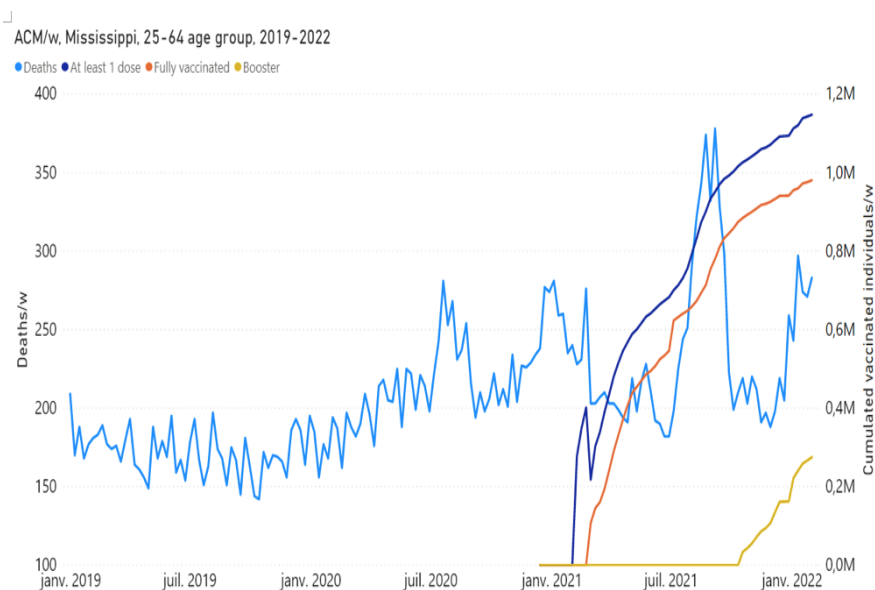


Figure 7 : Rancourt et al. (2022), leur figure 11B. Mortalité toutes causes confondues par semaine (bleu clair), nombre cumulé de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin (bleu foncé), nombre cumulé de personnes complètement vaccinées (orange) et nombre cumulé de personnes ayant reçu une dose 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.

12 – Un autre exemple de synchronicité probablement causale entre un déploiement rapide du vaccin COVID-19 donnant la priorité aux résidents âgés, fragiles et handicapés et un important excès de mortalité toutes causes confondues est celui de l'Inde (Rancourt, 2022). Dans ce cas, le déploiement précoce du vaccin 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 (dans une population de 1,39 milliard). Cela correspond à une vIFR efficace (toxicité par dose) d'environ 1 %. Il s'agit également à peu près du même vIFR (1 %), ce qui est cohérent avec le pic anormal de l'automne 2021 de surmortalité toutes causes confondues survenant dans les États à forte pauvreté des États-Unis, qui a été interprété comme étant causé par le vaccin (Rancourt et al., 2022 ; et voir les données pour le Mississippi illustrées à la figure 7).

De toute évidence, les résidents fragiles sont susceptibles d'être mortellement blessés par l'injection et doivent être protégés contre les campagnes d'injection gérées par l'État mises en œuvre sans évaluation stricte des risques cliniques individuels. Il semble que le vIFR COVID-19 à l'échelle de la population puisse atteindre 1 % (États de l'Inde et du sud des États-Unis) et qu'il soit d'environ 0,05 % en Australie.

L'Inde et l'Australie n'avaient pratiquement aucune surmortalité toutes causes confondues détectable après la déclaration d'une pandémie par l'OMS, jusqu'à leurs déploiements respectifs de vaccins COVID-19, ce qui rend l'association de synchronicité relativement facile à attribuer.

13 – Deux autres exemples de synchronicité entre un déploiement rapide du vaccin COVID-19 donnant la priorité aux résidents âgés et vulnérables et un excès important de mortalité toutes causes confondues se produisent pour le Michigan, États-Unis (Rancourt et al., 2022) et l'Ontario, Canada.

Les chiffres clés pour le Michigan, aux États-Unis, sont les suivants (Figure 8). Le COVID-19 vIFR dans le déploiement principal du vaccin au Michigan est comparable en valeur à celui de la période de vaccination pour l'Australie (0,05 %).

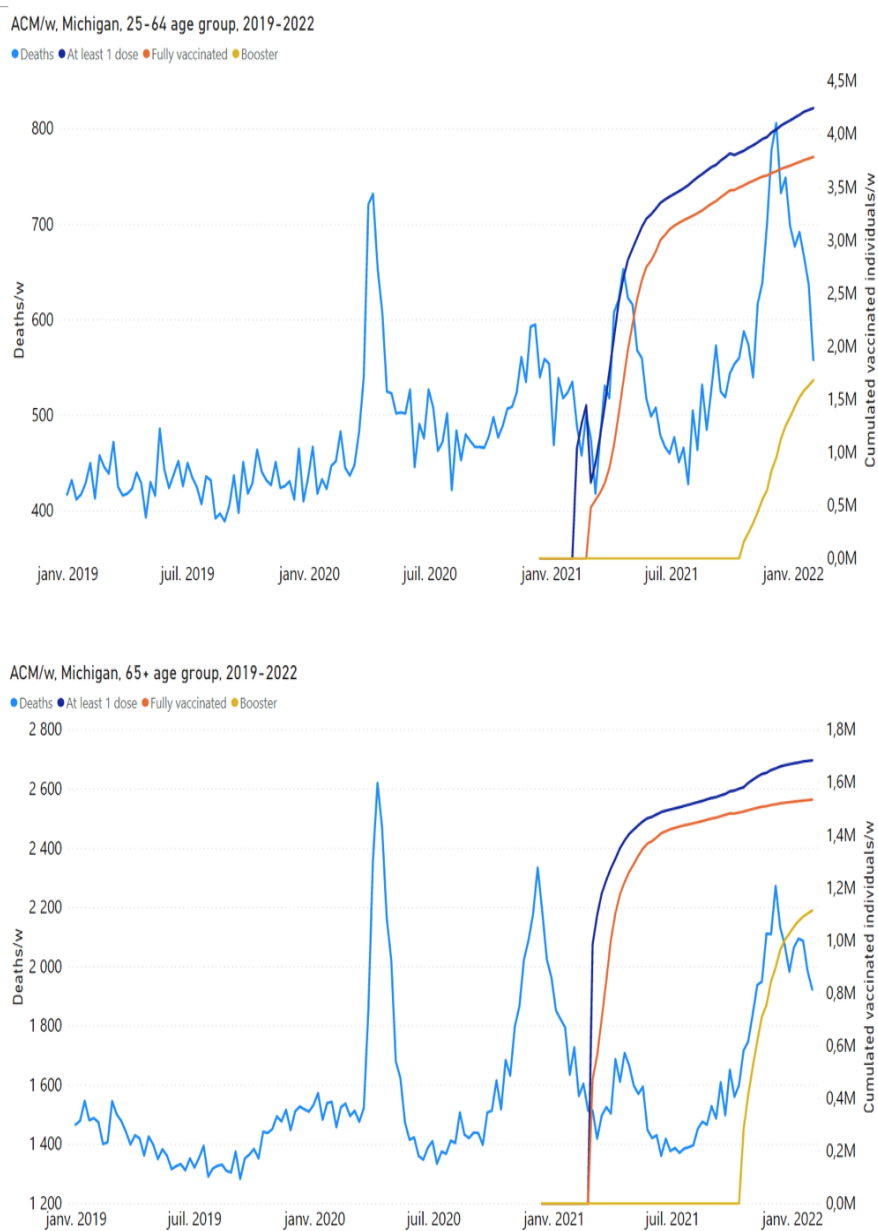


Figure 8 : Mortalité toutes causes confondues par semaine (bleu clair), nombre cumulé de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin (bleu foncé), nombre cumulé de personnes entièrement vaccinées (orange) et nombre cumulé de personnes ayant reçu une dose de rappel (jaune) par semaine de 2019 à 2022, et par groupe d'âge pour le Michigan, USA. Les données sont affichées de la semaine 1 de 2019 à la semaine 5 de 2022. Panneau supérieur : (Rancourt et al., 2022 ; leur

Figure 11G) Michigan, tranche d'âge 25-64 ans. Pour la tranche d'âge 25-64 ans, les données de vaccination concernent la tranche d'âge 18-64 ans. Panneau inférieur : (Rancourt et al., 2022 ; leur Figure 11H) Michigan, tranche d'âge de 65 ans et plus. Les ruptures discontinues du nombre cumulé d'individus vaccinés sont des artefacts.

Un chiffre clé pour l'Ontario, Canada est le suivant (Figure 9).

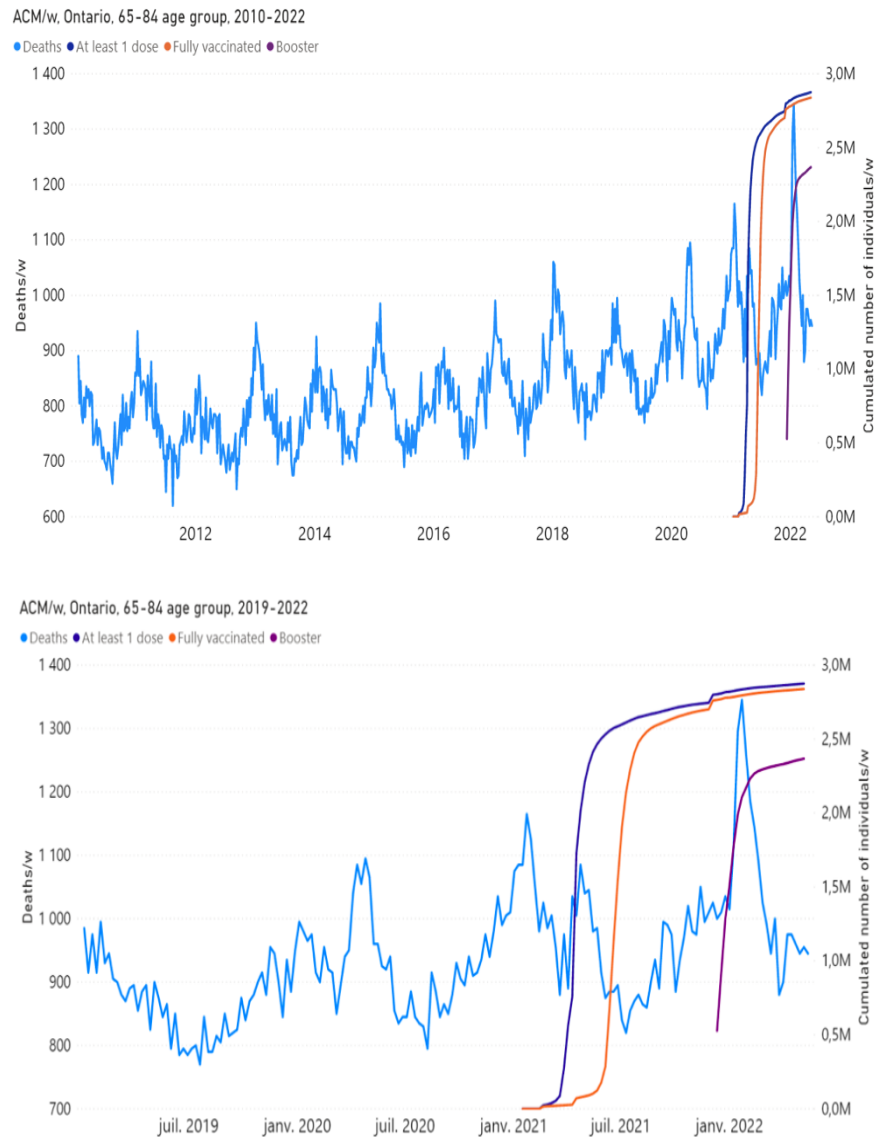


Figure 9 : Mortalité toutes causes confondues par semaine (bleu clair), nombre cumulé de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin (bleu foncé), nombre cumulé de personnes entièrement vaccinées (orange) et nombre cumulé de personnes ayant reçu une dose de rappel (violet) par semaine de 2010 à 2022 (panneau supérieur) et de 2019 à 2022 (panneau inférieur), dans la province de l'Ontario, Canada. La mortalité et la vaccination concernent le groupe d'âge 65-84 ans. (Rancourt et al., manuscrit en préparation)

Un pic non saisonnier clair est observé dans ce groupe d'âge (65 à 84 ans) en Ontario, qui est synchronique avec le déploiement du vaccin contre la COVID-19 dans ce groupe d'âge (figure 9); et un pic de mortalité particulièrement important et aigu est synchronique avec le déploiement du rappel dans ce groupe d'âge la saison hivernale suivante (Figure 9). Là encore, les vIFR COVID-19 correspondants sont comparables en valeur à celle de la période de vaccination pour l'Australie (0,05 %).

Comme discussion plus approfondie, nous formulons les observations et commentaires suivants.

Comme indiqué ci-dessus, moins de la moitié environ des décès excédentaires de toutes causes au cours de la période de vaccination sont des décès enregistrés comme décès dus au COVID-19. Les décès enregistrés par COVID-19 ont les propriétés suivantes (Australian Bureau of Statistics, 2022c) :

1. L'attribution du décès "du COVID-19" versus "avec COVID-19" est basée sur une évaluation qualitative susceptible de biais
 2. 4 % des décès « dus au COVID-19 » dans les certificats de décès australiens avaient des « séquences causales d'événements » non liées au COVID-19 et/ou des « affections chroniques préexistantes »
- Les statistiques de décès par âge et par sexe sont typiques des statistiques de décès toutes causes confondues dans les sociétés occidentales

61. Les trois « résultats de maladie aiguë les plus couramment certifiés de COVID-19 » étaient : la pneumonie (61,4 %), l'insuffisance respiratoire (15 %) et d'autres infections (11,2 %)

62. Les trois affections préexistantes les plus courantes dans les décès certifiés « avec COVID-19 » étaient : les affections cardiaques chroniques (39,0 %), la démence (30,5 %) et les affections respiratoires chroniques (17,8 %).

Par conséquent, il est raisonnable d'en déduire que les injections de vaccins ont causé la mort en fournissant un défi supplémentaire et important à des sujets déjà chroniquement fragiles ou vulnérables, et que le COVID-19 lui-même n'a peut-être pas apporté une contribution significative, comme nous l'avons déjà démontré pour les États du Sud des États-Unis (Rancourt et al., 2022), et comme cela est évident pour l'Inde (Rancourt, 2022).

Dans ce contexte, et compte tenu des « résultats de maladie aiguë les plus couramment certifiés du COVID-19 », il est important de noter que l'Australie, comme pratiquement toutes les juridictions occidentales, a considérablement réduit ses prescriptions d'antibiotiques après qu'une pandémie a été déclarée par l'OMS (Gillies et al., 2021 ; Rancourt et al., 2022). Cela signifierait que non seulement les résidents chroniquement fragiles ont été confrontés aux injections toxiques, mais qu'ils n'ont peut-être pas non plus reçu les traitements normaux contre les infections bactériennes respiratoires.

Enfin, nous notons qu'il commence à y avoir une certaine reconnaissance dans les médias grand public suggérant que les dommages causés par les vaccins en Australie pourraient être beaucoup plus importants que ce que l'establishment médical admet généralement. Le récent témoignage public et la soumission au Parlement de l'ancien député fédéral et ancien président de l'Association médicale australienne (AMA), le Dr Kerryn Phelps, se démarquent à cet égard (Chung, 2022).

En conclusion, la pandémie déclarée aurait dû épargner entièrement à l'Australie tout décès détectable pendant plus d'un an, alors qu'elle faisait rage dans de nombreux autres endroits du monde, avant de montrer la moindre virulence, soudainement à la mi-avril 2021, lorsque les vaccins ont été par coïncidence déployés auprès des personnes âgées et des plus vulnérables. De plus, un pic brutal de mortalité toutes causes confondues (mi-janvier à mi-février 2022) serait synchrone du déploiement rapide du rappel vaccinal (3e doses) par pure coïncidence, sans qu'aucune explication (plausible ou non) ne soit fournie.

Au contraire, notre analyse nous amène à conclure que la surmortalité au cours de la période de vaccination ($31 \pm 1\ 000$ décès, de la mi-avril 2021 à août 2022 ; une mortalité toutes causes confondues supérieure de 14 % à celle des périodes de pré-vaccination récentes de la même période durée ; 62 millions de doses vaccinales administrées), soit plus du double des décès enregistrés à partir ou avec le COVID-19, et le pic de mortalité toutes causes confondues (mi-janvier à mi-février 2022 ; 2 600 décès), qui est synchrones avec le déploiement rapide du rappel (9,4 millions de doses de rappel, même période) sont causalement associés au vaccin COVID-19. Nous donnons treize arguments numérotés pour expliquer pourquoi nous tirons cette conclusion.

Le taux de mortalité par injection de vaccin (VIFR) correspondant est d'environ 0,05 %, ce qui est intermédiaire entre la valeur du VAERS pour les personnes âgées de 65 ans et plus avec le vaccin Janssen aux États-Unis (0,008 %) et la valeur pour le déploiement du vaccin en Inde et pour les États du sud de les États-Unis soumis à des campagnes « d'équité vaccinale » (1 %).

Bien sûr, cela est diamétralement opposé à la proposition selon laquelle le vaccin COVID-19 aurait sauvé des vies ; une proposition qui n'est pas étayée par une étude approfondie des données de mortalité toutes causes confondues (Rancourt et al., 2022).

*

Sources

Australian Bureau of Statistics (2022a) : Australian Bureau of Statistics /// « Provisional Mortality Statistics » /// ABS (25 novembre 2022), consulté le 12 décembre 2022, <https://www.abs.gov.au/statistics/health/causes-deces/statistiques-provisoires-de-mortalite/derniere-publication>

Australian Bureau of Statistics (2022b) : Australian Bureau of Statistics /// « COVID-19 Mortality by wave » /// ABS (25 novembre 2022), consulté le 16 décembre 2022, <https://www.abs.gov.au/articles/vague-mortalite-covid-19>.

Australian Bureau of Statistics (2022c) : Australian Bureau of Statistics /// « COVID-19 Mortality in Australia: Deaths register until 31 October 2022 » /// ABS (16 novembre 2022), consulté le 16 décembre 2022, <https://www.abs.gov.au/articles/covid-19-mortality-australia-deaths-registered-until-31-october-2022>

Gouvernement australien – Département de la santé et des soins aux personnes âgées (2021) : *Département de la santé et des soins aux personnes âgées* (26 mars 2021) /// « COVID-19 vaccination – Disability Priority groups for COVID-19 Vaccination Program : Phase 1b » /// consulté le 15 décembre 2022, <https://www.health.gov.au/resources/publications/covid-19-vaccination-disability-priority-groups-for-covid-19-vaccination-program-phase-1b>, PDF.

Gouvernement australien - Département de la santé et des soins aux personnes âgées (2022) : Équipe de surveillance du centre national des incidents COVID-19 /// "Renseignements sur les maladies transmissibles - COVID-19 Australie : Rapport épidémiologique 65 - Période de rapport se terminant le 28 août 2022" /// *Département de Health and Aged Care*, 2022, Volume 46 (19 septembre 2022), <http://health.gov.au/cdi>, <https://doi.org/10.33321/cdi.2022.46.57> /// consulté le 18 décembre 2022

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>

Chung (2022): Frank Chung /// Le Dr Kerryn Phelps révèle une blessure «dévastatrice» du vaccin Covid, dit que les médecins ont été «censurés»: le Dr Kerryn Phelps a rompu son silence sur une blessure «dévastatrice» du vaccin Covid, critiquant les régulateurs pour «censure» débat public avec «menaces» envers les médecins. /// *news.com.au* (20 décembre 2022 - 17h59), <https://www.news.com.au/technology/science/human->

[1] Doses cumulées de vaccin COVID-19 administrées : toutes les doses, y compris les rappels, sont comptées individuellement ; administré du 14 avril 2021 au 25 août 2022, 63,01 M – 1,36 M = 62 M. Our World in Data, consulté le 16 décembre 2022 : <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&Interval=Cumulative&Relative+to+Population=false&Color+by+test+positivity=false&country=~AUS&Metric=Vaccine+doses>

[2] Estimation à l'aide des doses cumulatives de vaccin COVID-19 administrées : toutes les doses, y compris les rappels, sont comptées individuellement ; administré du 8 janvier 2022 au 21 février 2022, 53,4 M – 44,0 M = 9,4 M. Our World in Data, consulté le 16 décembre 2022 : <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&Interval=Cumulative&Relative+to+Population=false&Color+by+test+positivity=false&country=~AUS&Metric=Vaccine+doses>

L'image présentée provient de *Children's Health Defence*

Annexe 1 : Augmentation progressive de la mortalité toutes causes confondues à la mi-avril 2021 dans tous les États d'Australie

Ici, nous montrons les données de mortalité toutes causes confondues pour l'Australie et pour chaque État d'Australie (comme indiqué dans les panneaux de la figure A1-F1), et y compris les intégrations de la période de vaccination de 72 semaines, décrites dans le présent article.

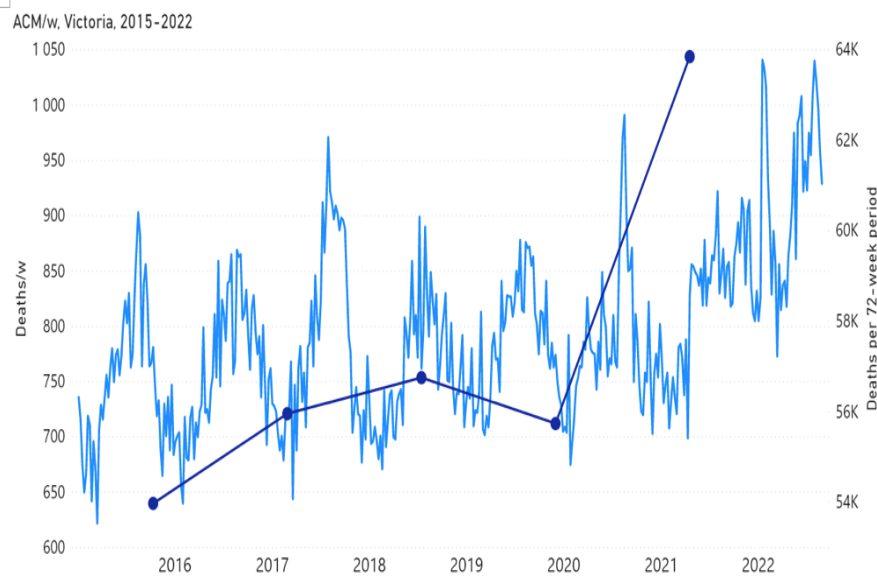
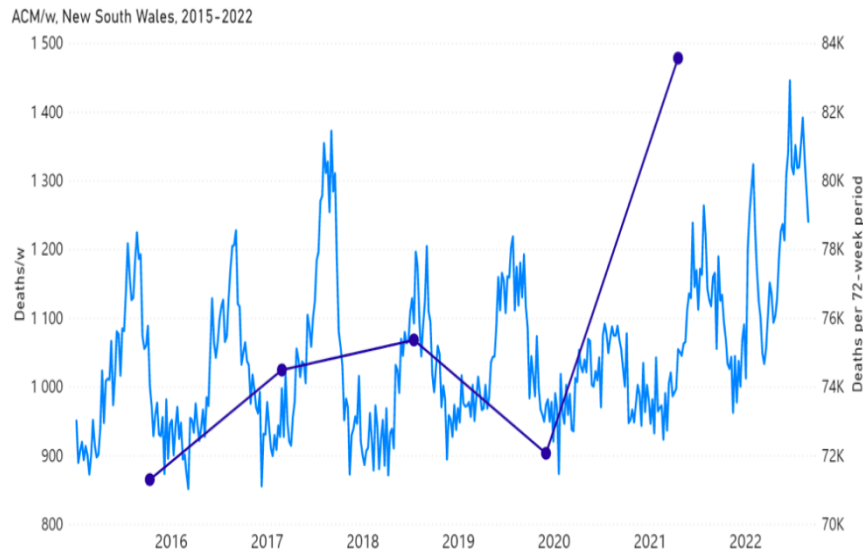
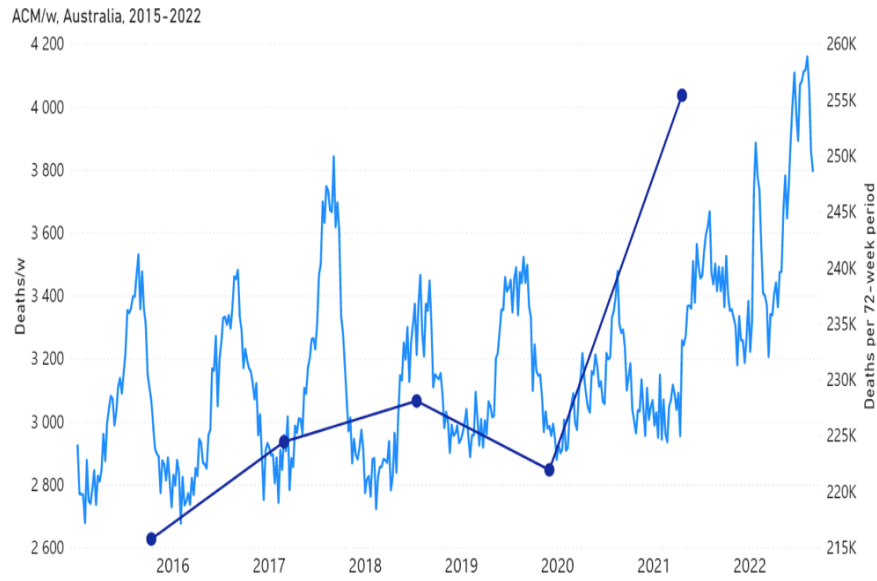
Nous fournissons également le tableau suivant des surmortalités correspondantes pendant la période vaccinale.

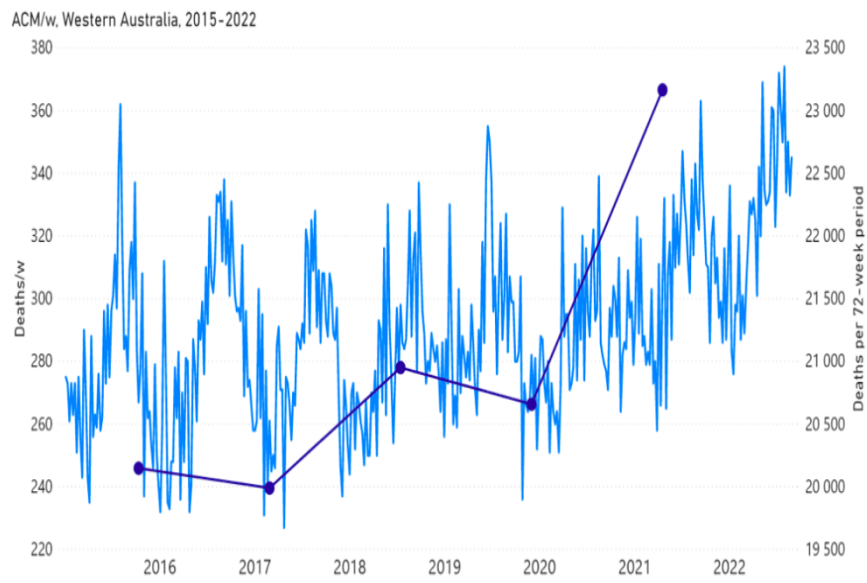
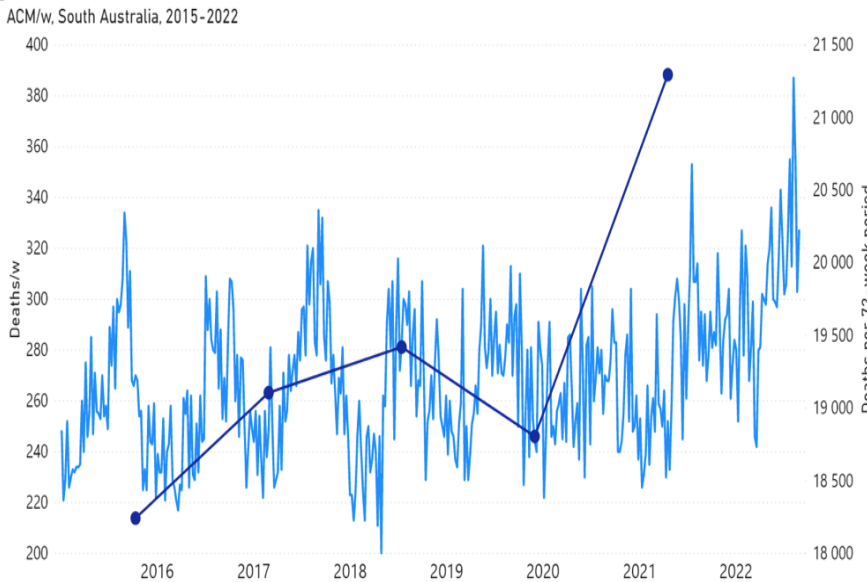
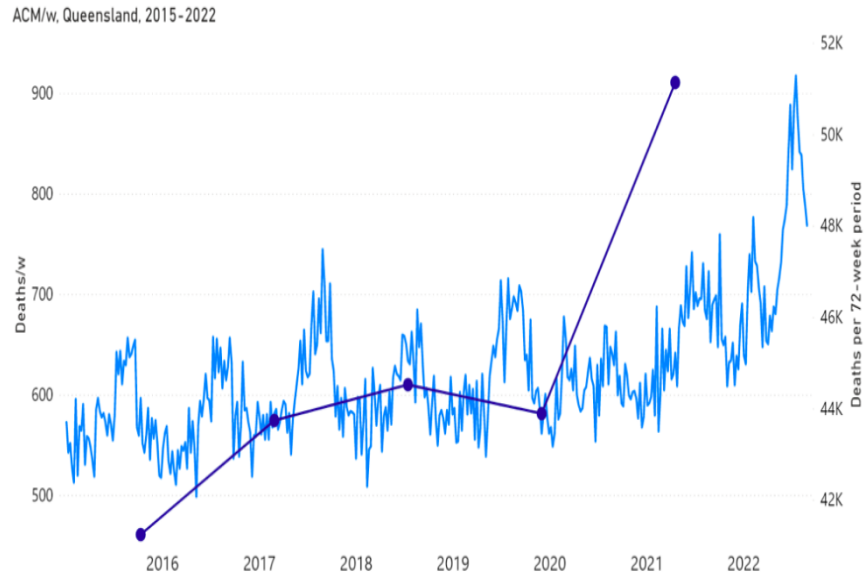
Tableau A1-T1 : Mortalité toutes causes confondues (72 semaines), différences et ratios

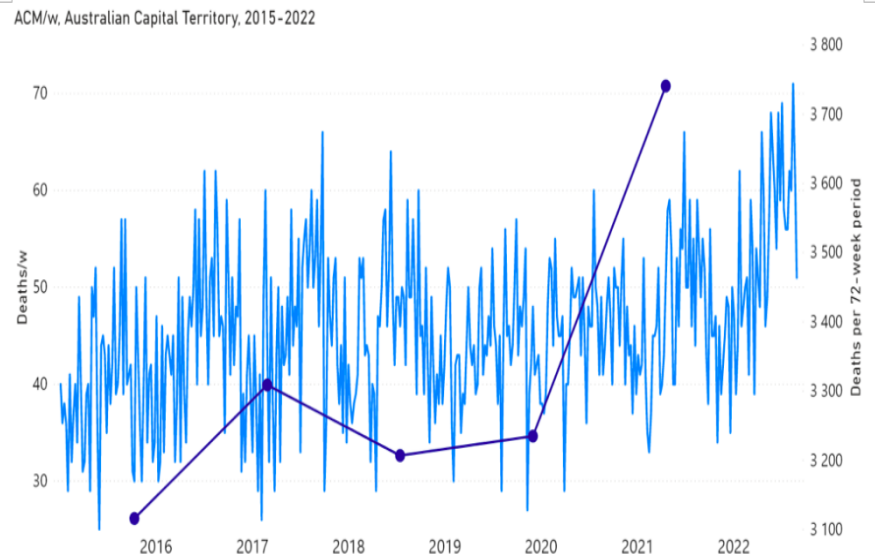
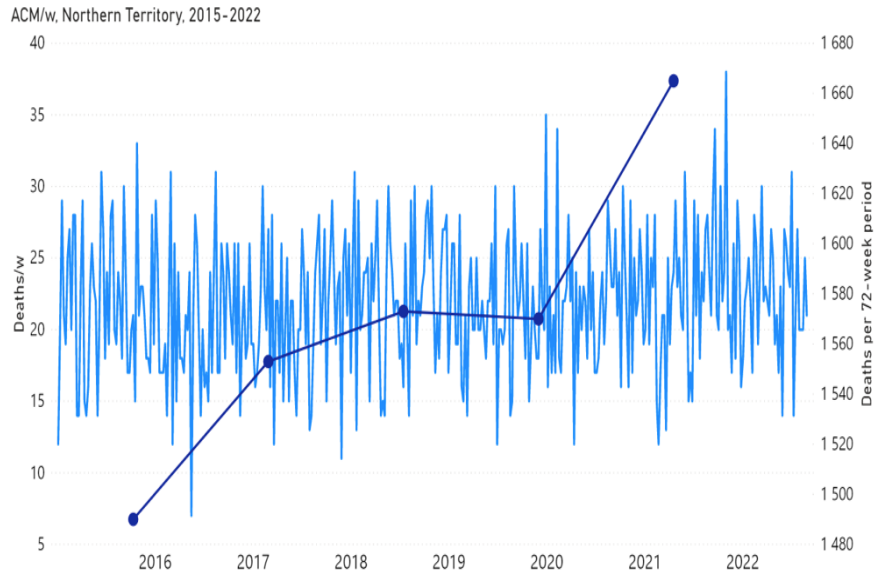
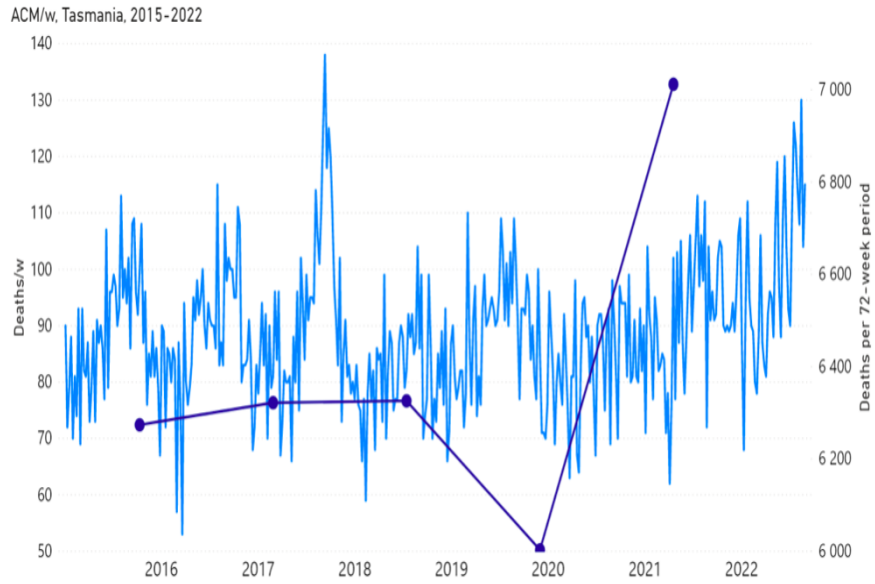
State	Population (M) (2022)	Baseline Period (K)*	Vaccination Period (K)	Excess (K)	Excess /Baseline (%)	Excess deaths (per 100K)
Australia	25.979	224.5	255.5	31.0	13.8	119
NSW	8.154	74	83.6	9.6	13.0	120
VIC	6.614	56.0	63.85	7.85	14.0	120
QLD	5.322	43.9	51.1	7.2	16.4	135
SA	1.821	19	21.3	2.3	12.1	130
WA	2.785	20.8	23.2	2.4	11.5	86
TAS	0.572	6.2	7.0	0.8	12.9	140
NT	0.251	1.57	1.67	0.1	6.4	40
ACT	0.457	3.22	3.74	0.52	16.1	110

*La mortalité intégrée de la période de référence à 72 semaines a été estimée à partir d'une inspection des valeurs sur les graphiques (Figure A1-F1) pour les périodes antérieures à la période de vaccination, de manière à être représentatives de la valeur qui serait prévu en l'absence de campagne de vaccination et de ses effets.

La figure A1-F1 (contenant 9 panneaux) suit.







ANNEXE 2 : Pic de mortalité mi-janvier à mi-février 2022 non causé par une canicule

Cette annexe porte sur la question de savoir si le pic important de la mi-janvier à la mi-février 2022 de la mortalité toutes causes confondues en Australie (survenant en NSW, VIC et QLD ; voir l'annexe 1) peut être dû à une vague de chaleur climatique.

Il est important de se pencher sur cette question car des pics de mortalité toutes causes confondues sont souvent associés à des canicules estivales exceptionnelles dans les pays des latitudes moyennes (ex. Rancourt et al., 2022, cité dans le présent article).

La vague de chaleur la plus importante à avoir touché l'est de l'Australie au cours des trois dernières décennies a eu lieu en 2009. Le rapport du gouvernement [Australian Government - Bureau of Meteorology, Special Climate Statement 17: The exceptionnelle January-February 2009 heatwave in south-eastern Australia (publié le 4 février 2009, mis à jour le 12 février 2009), <http://www.bom.gov.au/climate/current/statements/scs17d.pdf>, consulté le 18 décembre 2022] le décrit ainsi :

"Une vague de chaleur exceptionnelle a touché le sud-est de l'Australie fin janvier et début février 2009. Les conditions les plus extrêmes se sont produites dans le nord et l'est de la Tasmanie, la plupart de Victoria et les zones frontalières adjacentes de la Nouvelle-Galles du Sud, et le sud de l'Australie du Sud, avec de nombreux records établis à la fois pour les températures diurnes et nocturnes élevées ainsi que pour la durée des fortes chaleurs.

Il y a eu deux épisodes majeurs de températures exceptionnellement élevées, du 28 au 31 janvier et du 6 au 8 février, avec des températures légèrement inférieures mais toujours très élevées persistant dans de nombreuses régions de l'intérieur pendant la période intermédiaire.

Cette canicule exceptionnelle de 2009 n'a pas provoqué de pic significatif de mortalité toutes causes confondues, comme le montre la figure A2-F1 ci-dessous. En fait, les vagues de chaleur ne provoquent essentiellement pas de pics de mortalité toutes causes confondues en Australie, probablement parce qu'il fait toujours chaud en été. La figure A2-F1 ne montre aucun pic, 1980-2022, qui pourrait être interprété comme des pics de canicule estivale.

De plus, il n'y a pas de déclarations spéciales sur le climat (SCS) 2006-2022 du gouvernement australien, Bureau of Meteorology, qui peuvent être interprétées comme étant associées ou associées de manière similaire au pic important de la mi-janvier à la mi-février 2022 dans la mortalité toutes causes confondues se produisant en Australie orientale (NSW, VIC, QLD) (voir annexe 1). Voir la liste des SCS ici : <http://www.bom.gov.au/climate/current/statements/>. Archivé le 18 décembre 2022 ici : <https://archive.vn/WDIPA>

Et le gouvernement australien, Bureau of Meteorology, « Monthly Weather Review, Australia, January 2022 » rapport [Code produit IDCKGC1AR1. Préparé le 27 avril 2022. <http://www.bom.gov.au/climate/mwr/aus/mwr-aus-202201.pdf>] ne mentionne aucun événement climatique ou météorologique qui pourrait être associé à la mi-janvier à la mi-février 2022 pic important de mortalité toutes causes confondues survenant en Australie orientale (NSW, VIC, QLD).

Le fait que le pic de mortalité toutes causes confondues de 2022 ne soit pas dû à une vague de chaleur est à nouveau corroboré par les quatorze cartes de températures quotidiennes maximales pour l'Australie présentées ci-dessous, pour les années et les dates indiquées sur les cartes.

[Source : <http://www.bom.gov.au/climate/> . Plus précisément : http://www.bom.gov.au/jsp/awap/temp/rmse_archive.jsp?map=maxave&period=daily&year=2022&month=1&day=12]

Le pic important de la mi-janvier à la mi-février 2022 de la mortalité toutes causes confondues survenu dans l'est de l'Australie (NSW, VIC, QLD) (voir annexe 1) - illustré à la figure A2-F1 et aux figures 1, 2, 4A et 6 de le présent article — n'est pas dû à un événement ou une anomalie climatique, météorologique ou de température.

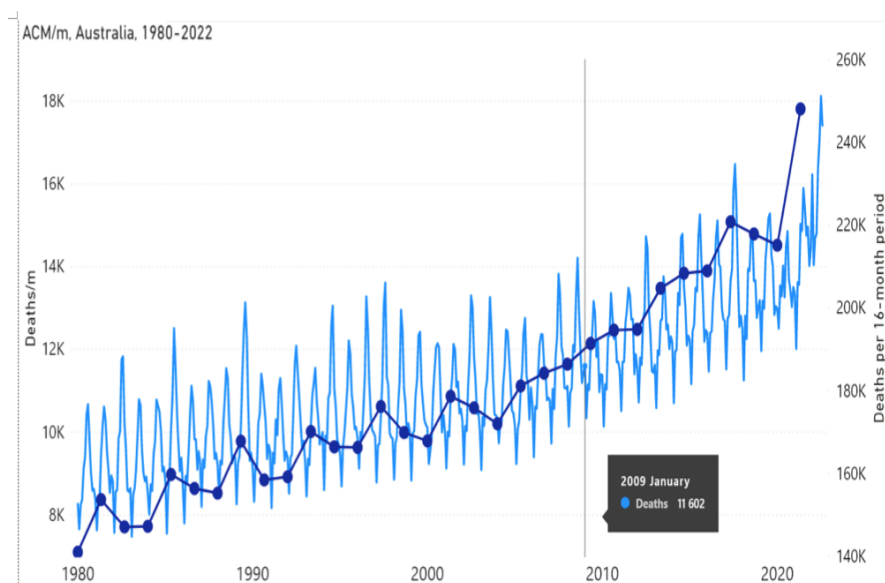
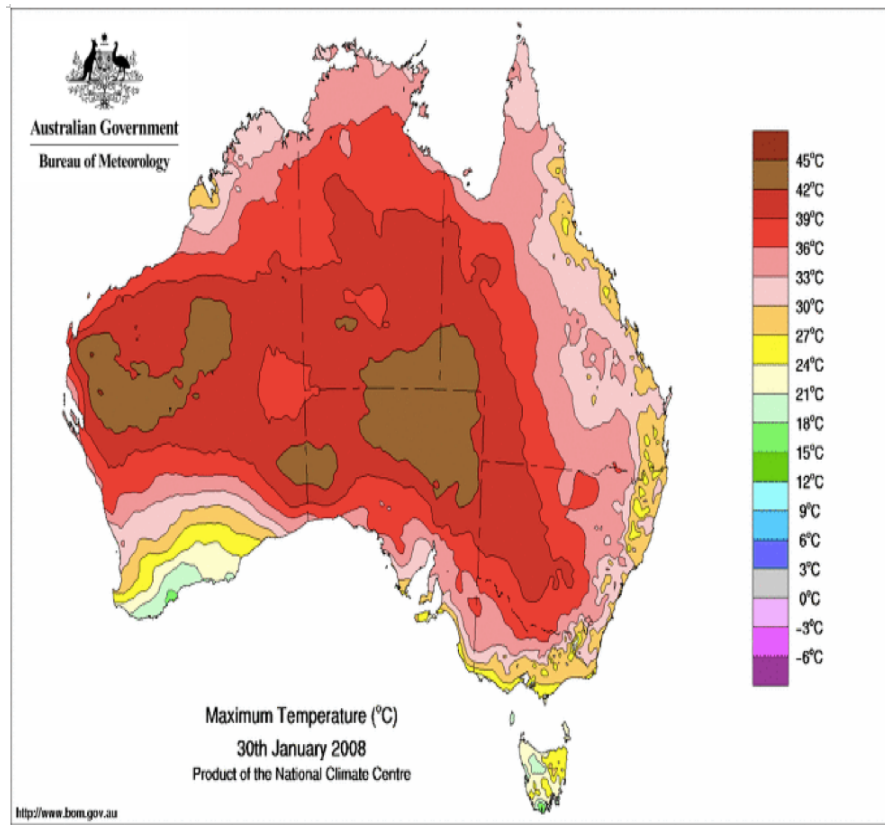
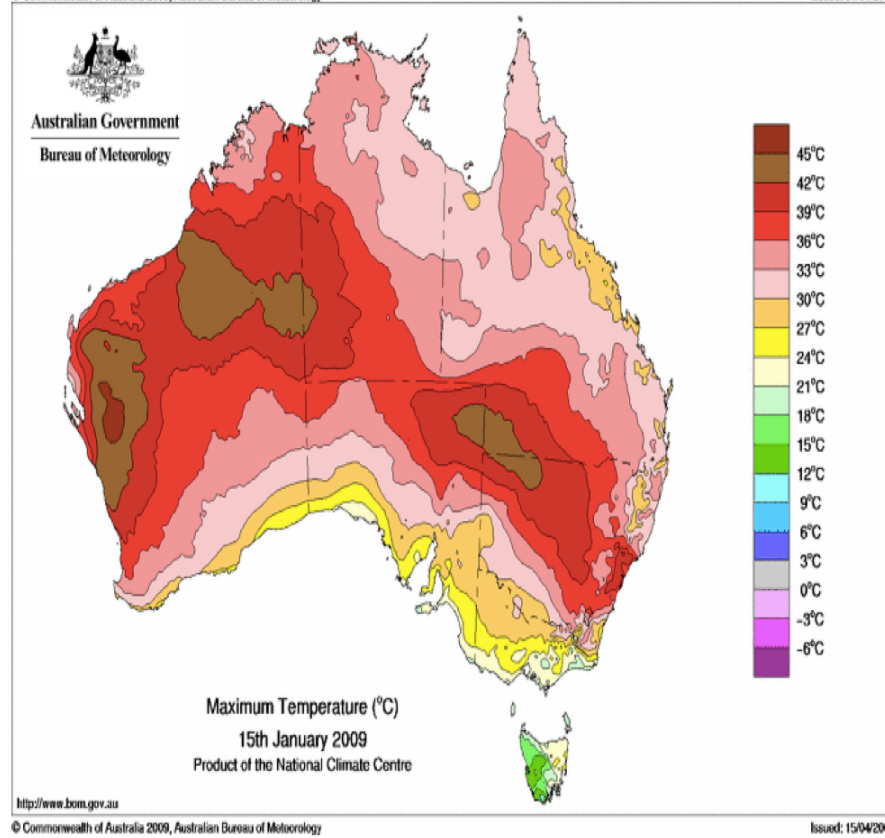


Figure A2-F1 : Mortalité toutes causes en Australie, tous âges confondus, de janvier 1980 à août 2022. Bleu clair : Mortalité toutes causes par mois, échelle y gauche. Bleu foncé : mortalité toutes causes confondues intégrée sur des périodes de 16 mois successives et sans chevauchement (de mai 2021 à août 2022, pour la période la plus récente), échelle y de droite. Chaque point est positionné sur l'axe des abscisses au 1er mois de sa période d'intégration de 16 mois. La ligne verticale étiquetée montre janvier 2009, qui a connu une vague de chaleur record et pratiquement aucune augmentation associée de la mortalité. Février a une mortalité plus faible car il ne compte généralement que 28 jours. (Source des données : Bureau australien des statistiques (2022a) pour 2015-2022 ; Nations Unies (2022) pour 1980-2014.)



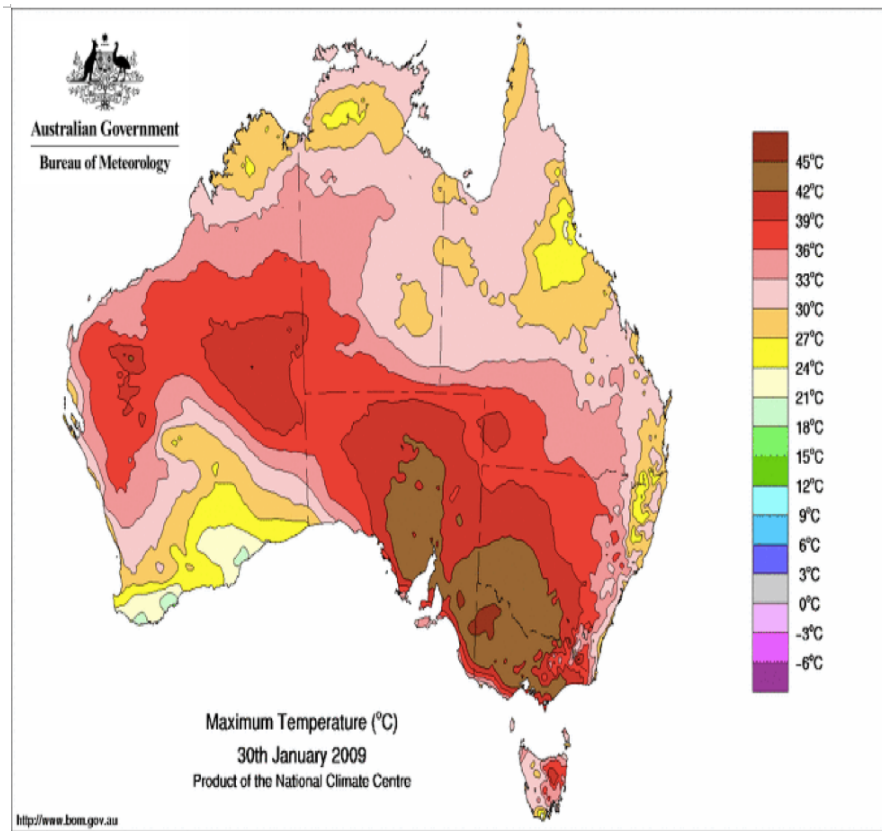
© Commonwealth of Australia 2008, Australian Bureau of Meteorology

Issued: 31/01/2008



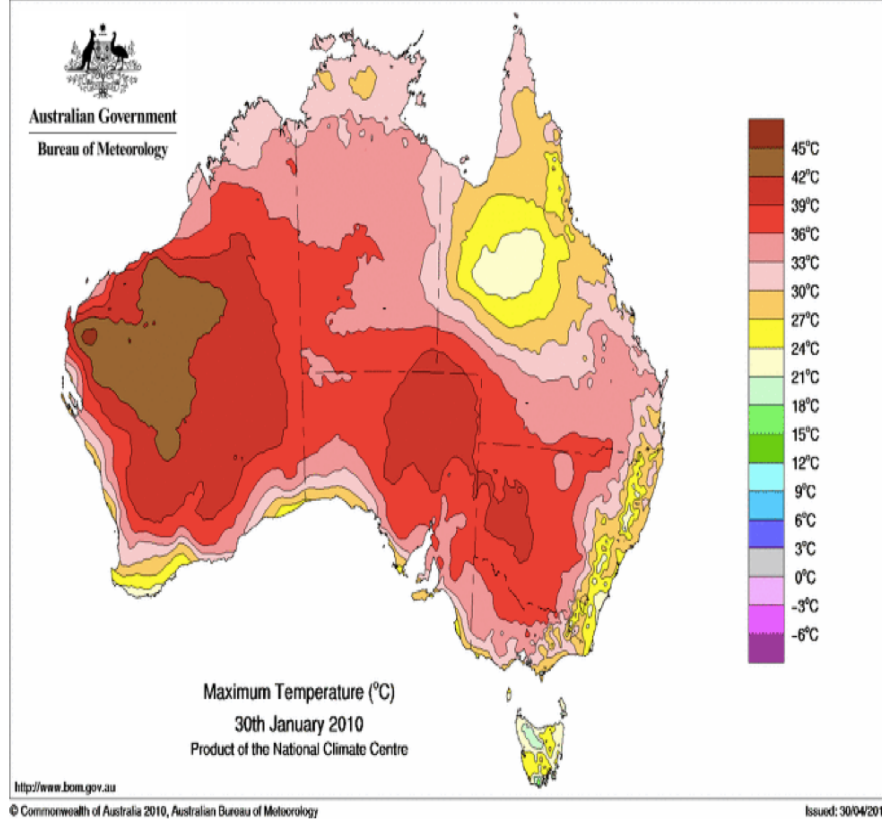
© Commonwealth of Australia 2009, Australian Bureau of Meteorology

Issued: 15/04/2009



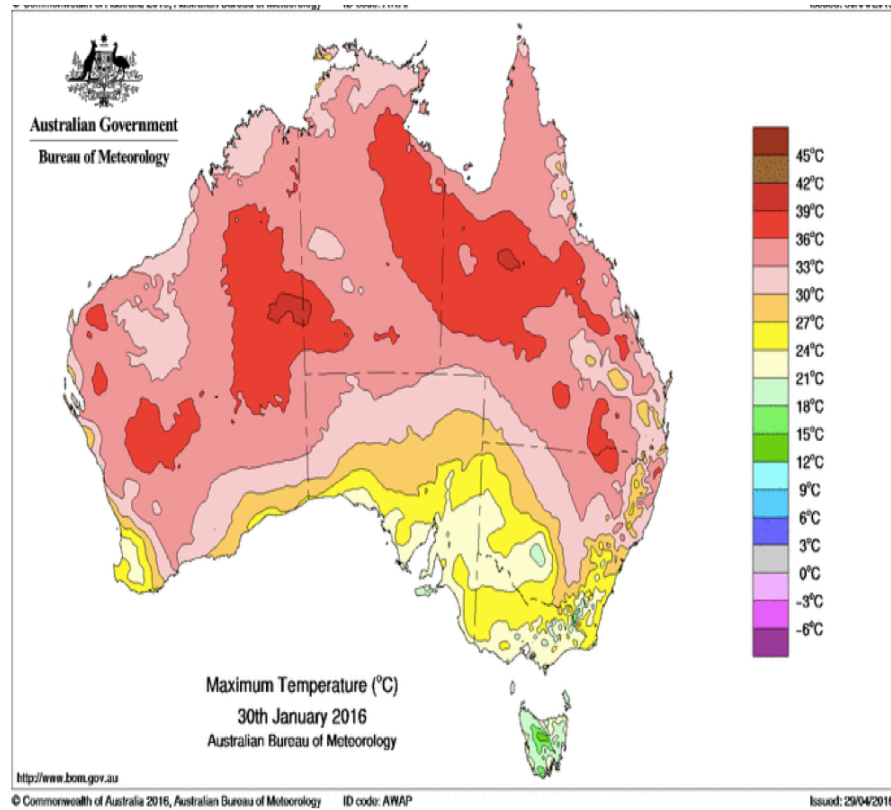
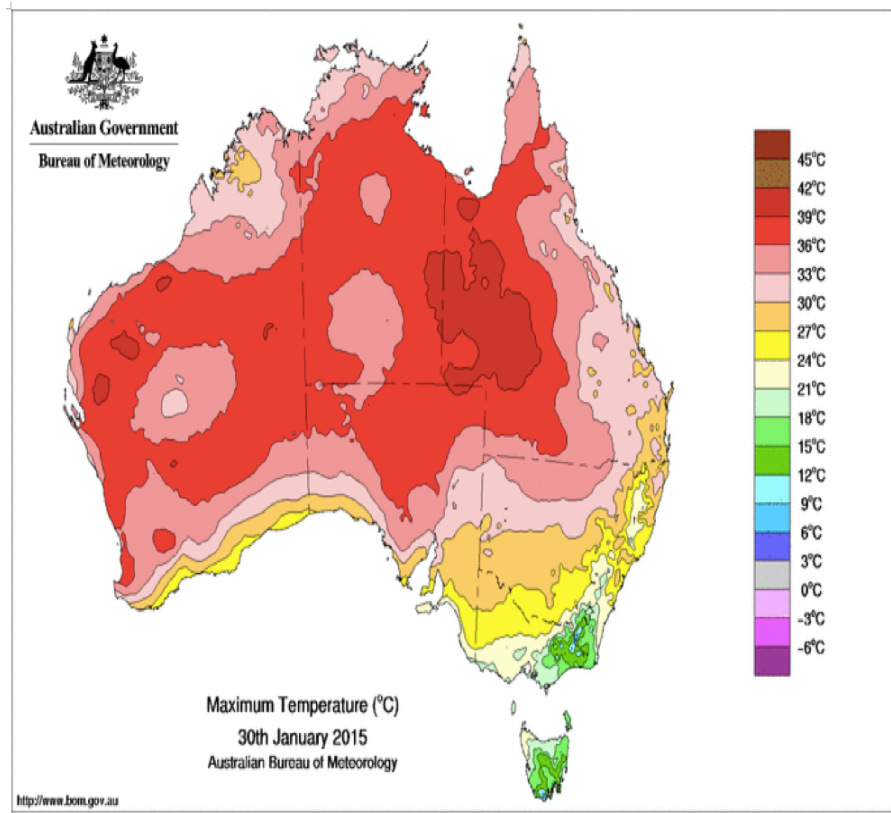
© Commonwealth of Australia 2009, Australian Bureau of Meteorology

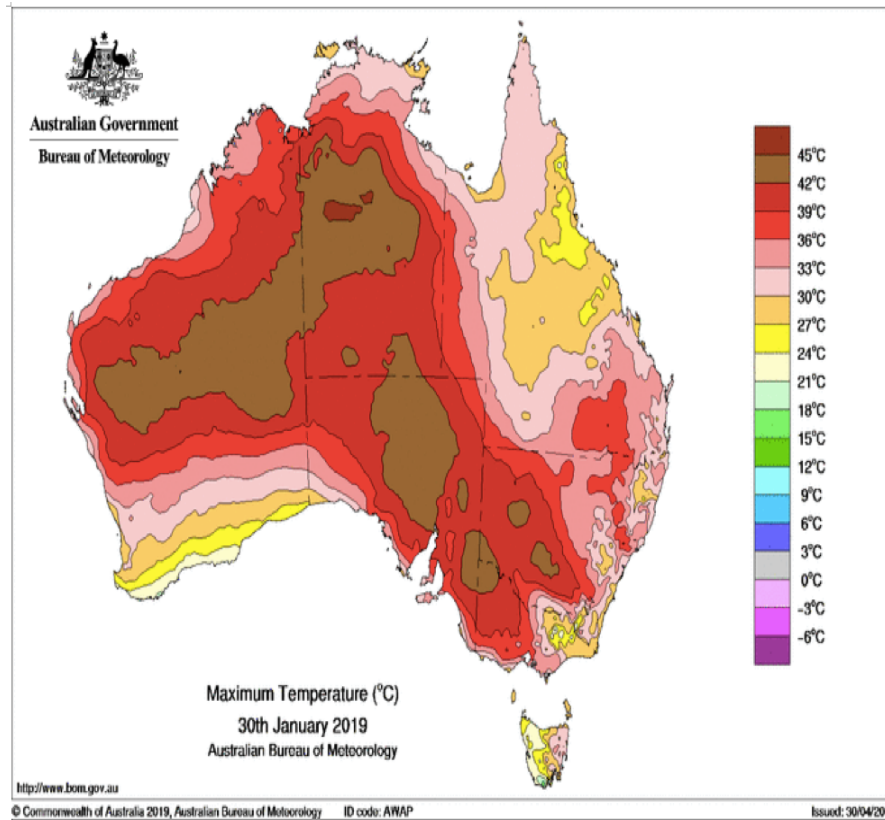
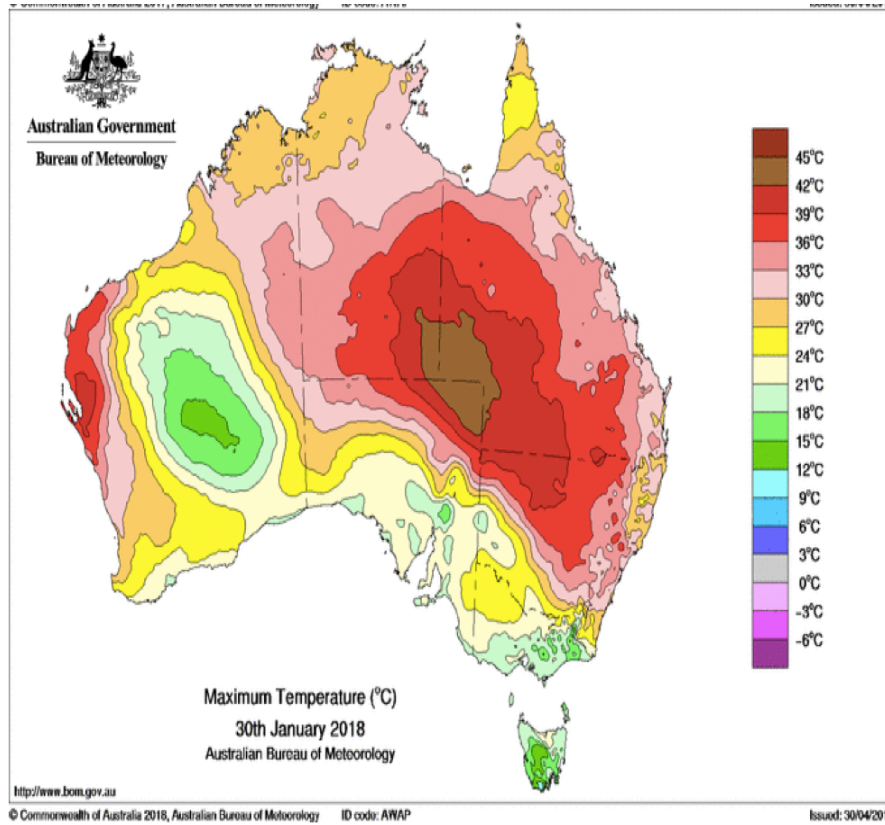
Issued: 30/04/2009

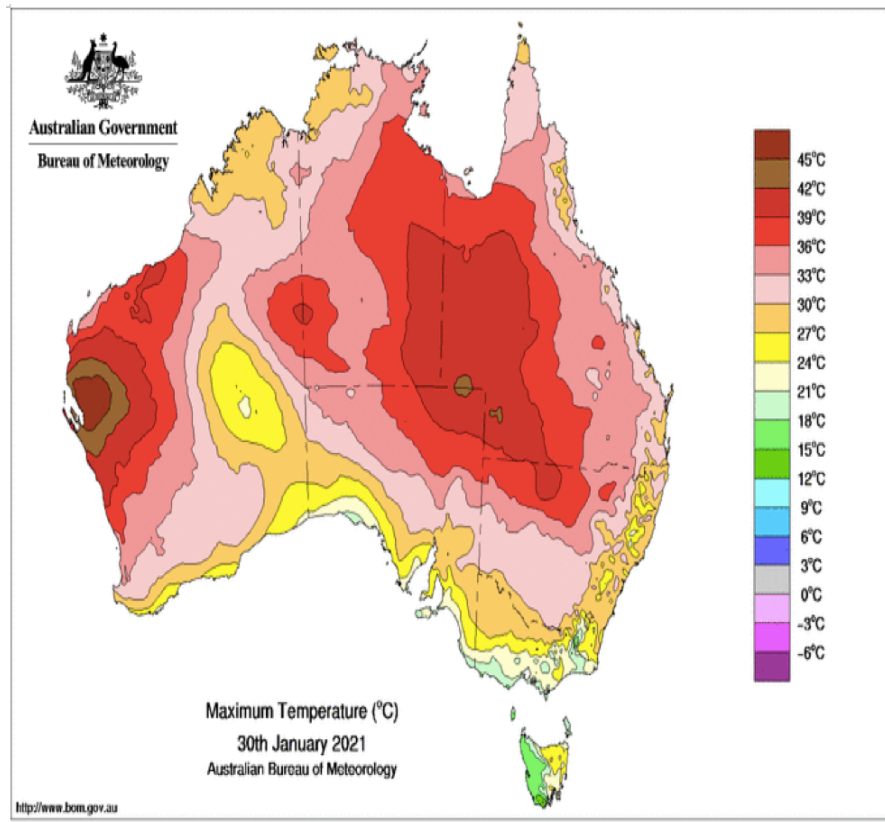
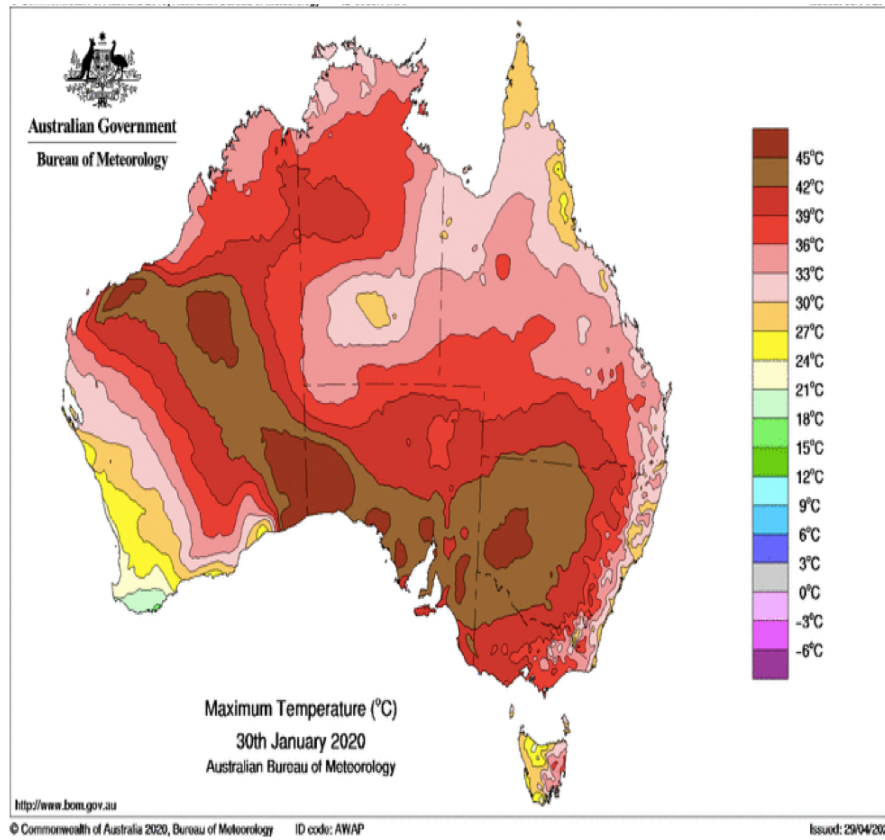


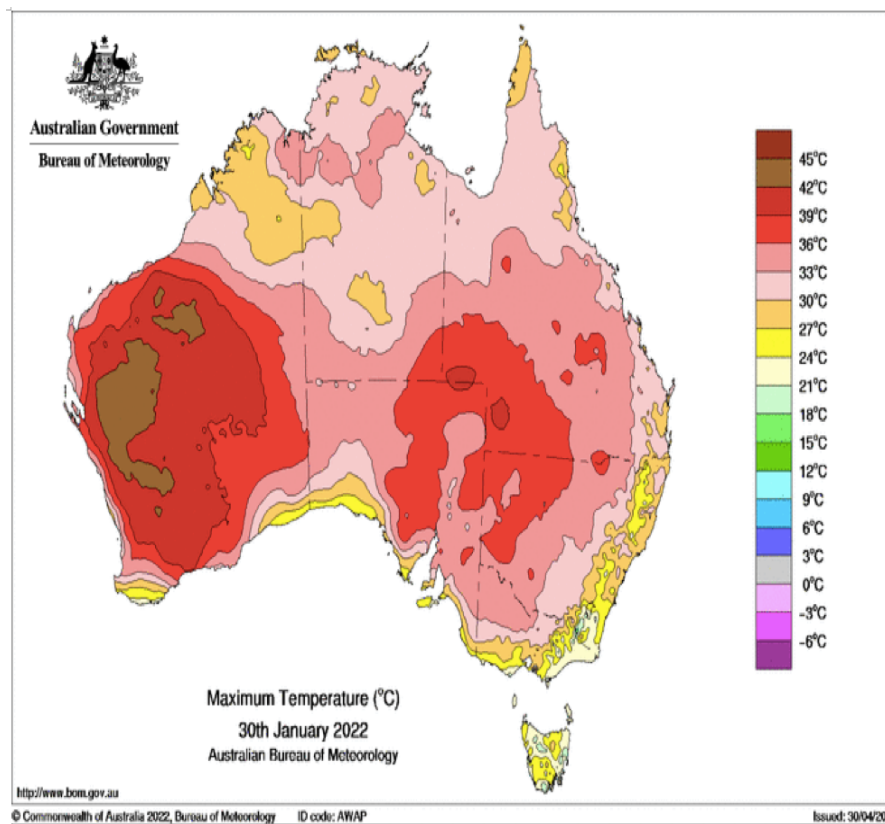
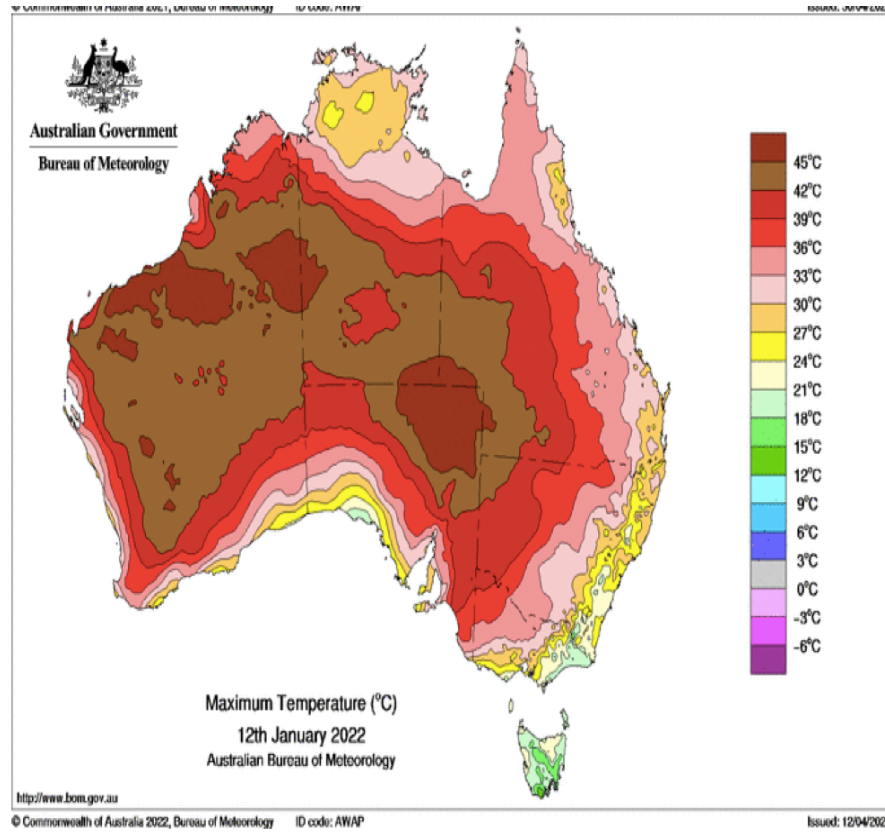
© Commonwealth of Australia 2010, Australian Bureau of Meteorology

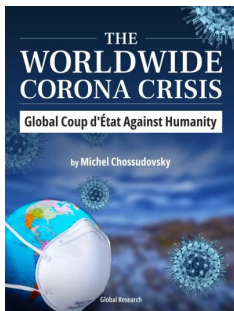
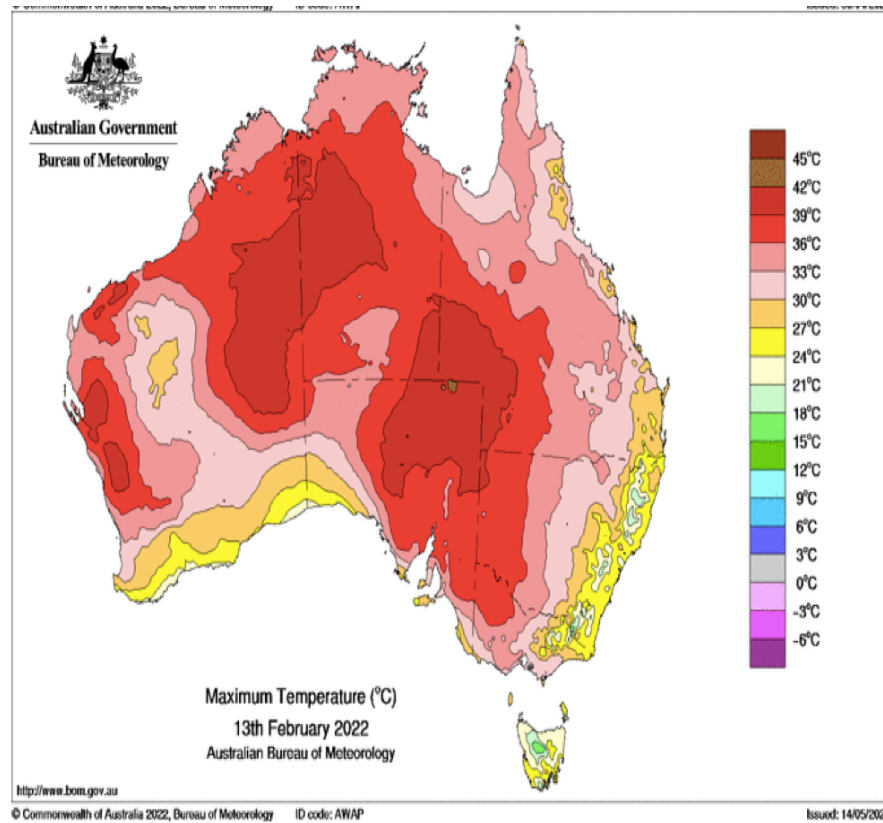
Issued: 30/04/2010











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

de Michel Chossudovsky

Michel Chossudovsky reviews in detail how this insidious project “destroys people’s lives”. He provides a comprehensive analysis of everything you need to know about the “pandemic” — from the medical dimensions to the economic and social repercussions, political underpinnings, and mental and psychological impacts.

“My objective as an author is to inform people worldwide and refute the official narrative which has been used as a justification to destabilize the economic and social fabric of entire countries, followed by the imposition of the “deadly” COVID-19 “vaccine”. This crisis affects humanity in its entirety: almost 8 billion people. We stand in solidarity with our fellow human beings and our children worldwide. Truth is a powerful instrument.”

READ MORE: Proof That Canada's COVID-19 Mortality Statistics Are Incorrect

ISBN: 978-0-9879389-3-0, Year: 2022, PDF Ebook, Pages: 164, 15 Chapters

Price: ~~\$11.50~~ Get yours for FREE! [Click here to download.](#)

We encourage you to support the eBook project by making a donation through Global Research's [DonorBox “Worldwide Corona Crisis” Campaign Page.](#)

The original source of this article is Global Research

Copyright © Prof Denis Rancourt, Dr. Marine Baudin, and Dr. Jérémie Mercier, Global Research, 2022

[Comment on Global Research Articles on our Facebook page](#)

[Become a Member of Global Research](#)

Related Articles



Conservative Risk Benefit Analyses Decide Against COVID-19 Vaccination

Dec 12, 2022



New Autopsy Report Reveals Those Who Died Suddenly Were Likely Killed by the COVID Vaccine

Dec 11, 2022



Four Takeaways from Sen. Johnson's Panel on COVID-19 Vaccines

Dec 7, 2022





‘Obsolete, Misguided’: Critics Call Out Pfizer’s Plan for Bivalent Booster for Kids Under 5

Dec 7, 2022



Bombshell. India’s “Shock” and Sudden Excess Mortality (April-July 2021), Caused by Covid Vaccine Rollout In its Early Stages?

Dec 6, 2022



Covid-19 Vaccine Boosters: False and Misleading Efficacy Claims—What Is the Motivation?

Nov 9, 2022

Related Articles from our Archives

Bombshell. India's "Shock" and Sudden Excess Mortality (April-July 2021), Caused by Covid Vaccine Rollout In its Early Stages?

7 December 2022

COVID-19 Vaccines Are the Main Cause of Excess Mortality Around the World

25 November 2022

New Zealand: A Study Finds a 10% Rise in Excess Mortality in Age Groups Who Have Had Booster COVID Injections

14 July 2022

Translate Website

Share 2 Like 1 Tweet 0 Email 0 Share 3

Articles by:

Prof Denis Rancourt, Dr. Marine Baudin, and Dr. Jérémie Mercier

Disclaimer: The contents of this article are of sole responsibility of the author(s). The Centre for Research on Globalization will not be responsible for any inaccurate or incorrect statement in this article. The Centre of Research on Globalization grants permission to cross-post Global Research articles on community internet sites as long the source and copyright are acknowledged together with a hyperlink to the original Global Research article. For publication of Global Research articles in print or other forms including commercial internet sites, contact: 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 dans le cadre 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

Geographic Regions

- 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



[Privacy Policy](#)

Copyright © 2005-2022 GlobalResearch.ca