

Opinion : Invalidité des modèles contrefactuels de mortalité évitée par la vaccination infantile

Denis G. Rancourt* PhD

Correlation Research in the public interest (correlation-canada.org)

* denis.rancourt@gmail.com

Ce rapport de « Correlation » est publié simultanément sur plusieurs sites Web, notamment :

<https://correlation-canada.org/research/> <https://denisrancourt.ca/> <https://denisrancourt.substack.com/>
https://archive.org/details/@dgr_legal_docs

Tous les rapports de corrélation sont ici : <https://correlation-canada.org/research/>

Citation : Rancourt, DG. Opinion : Invalidité des modèles contrefactuels de mortalité évitée par la vaccination infantile. CORRELATION Research in the Public Interest, Rapport, 29 janvier 2025.
<https://correlationcanada.org/opinion-childhood-vaccination-mortality-averted>

Résumé

J'exprime et soutiens l'opinion selon laquelle tous les modèles qui prétendent calculer la mortalité (en particulier infantile) évitée par les programmes de vaccination sont invalides car ils se fondent sur des données d'efficacité vaccinale et de prévalence et de virulence des agents pathogènes qui sont elles-mêmes invalides.

Même avec des tests idéaux, le nombre contrefactuel de décès dus à un agent pathogène présumé si le programme de vaccination ciblé n'était pas mis en œuvre est impossible à calculer de manière fiable car il est contraire à la réalité biologique : les décès préoccupants sont toujours des événements non linéaires complexes qui impliquent plusieurs facteurs contributifs en interaction qui n'ont pas d'effets additifs.

En outre, les facteurs de mortalité infantile autres que la vaccination sont très variables et de loin plus importants que tout bénéfice présumé du vaccin ; il s'agit principalement des effets délétères des carences nutritionnelles et des expositions incessantes aux défis posés par des environnements de vie toxiques.

La cause sous-jacente est ce que l'on appelle l'extrême pauvreté des États en déroute en raison d'une exploitation financière structurelle qui n'est pas abordée.

Il n'existe aucun exemple connu de baisse de la mortalité infantile ou juvénile mesurée associée temporellement au déploiement d'un programme de vaccination des enfants.

Des études indépendantes suggèrent que, contrairement au dogme, la surmortalité infantile (et non la mortalité infantile évitée) est associée au déploiement et au maintien des programmes de vaccination.

En utilisant directement le taux annuel de mortalité infantile toutes causes confondues, j'estime qu'environ 100 millions de décès infantiles liés au déploiement des vaccins entre 1974 et 2024 dans le monde entier, avec la mise en garde des transformations économiques concomitantes à grande échelle.

Je conclus, dans l'ensemble, que l'industrie de longue date des programmes de vaccination infantile est une entreprise frauduleuse d'exploitation sans fondement.

Les chercheurs de CORRELATION et moi-même ainsi que nos collaborateurs continuons à être engagés dans un vaste programme de recherche sur la mortalité toutes causes confondues et ses associations avec divers facteurs : <https://correlation-canada.org/research/>

Table des matières

Résumé

Table des matières

1. Contexte actuel de la modélisation épidémiologique.

2. Objectif de cet article.

3. Exemple illustratif de l'étude de 2024 de Shattock et al. publiée dans le *Lancet*.

4. Invalidité des données d'entrée pour les modèles contrefactuels de mortalité évitée par la vaccination.

4.1 Les essais cliniques sur la sécurité et l'efficacité des vaccins sont mal conçus, artificiels et invalides.

4.2 Il n'existe pas d'essais cliniques adéquats et de qualité politique sur la sécurité des vaccins infantiles.

4.3 Les facteurs de mortalité infantile autres que la vaccination sont de loin plus importants que tout bénéfice présumé du vaccin.

4.4 Le nombre hypothétique de décès (D0) qui surviendraient à cause du pathogène présumé en l'absence de vaccination présumée bénéfique est impossible à calculer.

5 L'inverse est vrai : des études indépendantes montrent une mortalité infantile excédentaire associée au programme de vaccination.

5.1 Une analyse temporelle corrélative du taux mondial de mortalité infantile et des déploiements de la couverture vaccinale mondiale montre une mortalité infantile excédentaire associée au déploiement du vaccin.

5.2 Des études d'observation sur le terrain montrent une augmentation de la mortalité des nourrissons associée à la vaccination massive dans les pays à faible revenu.

5.3 Des études corrélatives et comparatives révèlent des effets nocifs systématiques associés à la vaccination des nourrissons dans les pays à revenu élevé.

5.4 Limites

6 Conclusion

Remerciements

Références

[Retour au sommaire](#)

1. Contexte actuel de la modélisation épidémiologique

Il n'existe aucune preuve directe sur le terrain que les programmes mondiaux de vaccination des nourrissons réduisent la mortalité infantile ou juvénile, dans les pays ou communautés à revenu faible, moyen ou élevé.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirme gratuitement que des millions de vies sont sauvées chaque année (OMS, 2019), mais le scepticisme initial (England, 1978 ; Hendrickse, 1975) et les preuves contraires persistent (Ahmed et al., 2000 ; Cutler et al., 2006 ; et section 5, ci-dessous).

Ces dernières années, des modèles provisoires et non liés de prévisions épidémiologiques et d'analyses épidémiologiques contrefactuelles produisant des résultats improbables ont inondé la littérature médicale, y compris dans les revues de premier plan.

Ces modèles s'appuient entièrement, de manière erronée et sans esprit critique, sur des estimations de l'efficacité des vaccins et non sur des observations sur le terrain des décès réels et de leurs circonstances individuelles spécifiques.

Ce flot de modèles de ce type est un motif légitime d'inquiétude quant à l'orientation des politiques de santé publique. Selon les mots de Ioannidis et al. (2022) :

« Les prévisions épidémiques ont un bilan douteux, et leurs échecs sont devenus plus flagrants avec la COVID-19. La mauvaise saisie des données, les hypothèses de modélisation erronées, la sensibilité élevée des estimations, le manque d'intégration des caractéristiques épidémiologiques, la médiocrité des données passées sur les effets des interventions disponibles, le manque de transparence, les erreurs, le manque de détermination, la prise en compte d'une ou de quelques dimensions seulement du problème en question, le manque d'expertise dans des disciplines cruciales, la pensée de groupe et les effets d'entraînement, ainsi que les rapports sélectifs sont quelques-unes des causes de ces échecs. ... » (Résumé, p. 423)

« ... Les modèles peu performants et les modèles qui ne fonctionnent bien que pour une seule dimension de l'impact peuvent causer des dommages. Ce n'est pas seulement une question de débat académique, c'est une question de décisions potentiellement dévastatrices et erronées (réf.) » (p. 432)

Dans l'analyse contrefactuelle, « les résultats de l'intervention sont comparés aux résultats qui auraient été obtenus si l'intervention n'avait pas été mise en œuvre. » (BGI Consulting, 2007)

Le manque actuel de normes en matière de prévision et d'exercices contrefactuels donne plus qu'un peu de crédit aux propos de l'ancien rédacteur en chef de Lancet, Richard Horton (2004) :

« ... les revues médicales sont devenues un obstacle important mais peu reconnu à la révélation de la vérité scientifique. Les revues sont devenues des opérations de blanchiment d'informations pour l'industrie pharmaceutique. »

Et on peut accorder plus qu'un peu de crédit à la thèse de l'ancien rédacteur en chef du BMJ, Richard Smith (2005) :

« Les revues médicales sont une extension de la branche marketing des sociétés pharmaceutiques. »

La vague de publications de prévisions et de modèles contrefactuels au mieux douteux sur la mortalité évitée par les campagnes et programmes de vaccination n'est pas sans rapport avec le tsunami de revues systématiques et de méta-analyses utilisées en réalité pour dissimuler des essais cliniques totalement inadéquats et carrément inventés sur l'efficacité des vaccins (Gøtzsche, 2013 ; Ioannidis, 2016a, 2016b), sur lesquels ces modèles sont basés.

Voici quelques exemples de modèles manifestement faux dans le contexte du COVID-19.

-Rancourt et al. (2022) ont montré qu'une analyse contrefactuelle publiée par des scientifiques du gouvernement canadien, concluant qu'environ 1 million de vies avaient été sauvées par les mesures gouvernementales contre la COVID-19 au Canada, y compris la vaccination, est intenable.

-Rancourt et Hickey (2023) ont montré que l'analyse contrefactuelle de Watson et al. (2022), publiée dans *The Lancet Infectious Diseases* et concluant que quelque 14 à 20 millions de décès dans le monde ont été évités grâce aux vaccinations contre la COVID-19, est impossible.

Par ailleurs, et contrairement à l'analyse contrefactuelle de Watson et al. (2022), Rancourt et al. (2023, 2024) ont montré que les déploiements de vaccination contre le COVID-19 sont systématiquement et fortement associés dans le temps à des poussées et des pics de mortalité excédentaire toutes causes confondues, quantifiée à environ 17 millions de décès excédentaires associés au déploiement du vaccin dans le monde pendant la pandémie déclarée.

Voir également la discussion de ce nombre de décès associés au déploiement du vaccin par Rancourt (2024).

Ioannidis et ses coauteurs (2024) ont projeté à tort que 1,4 à 4,0 millions de vies ont été sauvées par les vaccinations contre le COVID-19 dans le monde, jusqu'en octobre 2024.

Les hypothèses sous-jacentes à leur calcul ne sont pas justifiées.

Leur estimation est une comparaison contrefactuelle, mais elle n'utilise pas la modélisation épidémiologique de la propagation contagieuse pour estimer les décès sans intervention. Au lieu de cela, ils utilisent les données de séroprévalence et les décès déclarés dus au COVID-19.

Néanmoins, leur analyse illustre les principales difficultés de tous les modèles épidémiologiques contrefactuels et de prévision basée sur l'efficacité présumée du vaccin et la mortalité estimée si la vaccination n'avait pas été mise en œuvre.

Les difficultés fondamentales sont les suivantes.

Il faut déduire le nombre de décès, D_0 , qui devraient survenir à cause du pathogène présumé en l'absence d'intervention (c'est-à-dire sans vaccination) et utiliser une estimation de l'efficacité du vaccin, E_v , pour prévenir les décès. E_v est la réduction de la probabilité de décès attribuée au vaccin

[Retour au sommaire](#)

par personne présumée mortellement infectée. En termes simples, le nombre de vies sauvées, L_s , (ou décès évités) est alors le produit de D_0 , E_v et de la couverture vaccinale « C_v » :

$$L_s = D_0 \times E_v \times C_v. \quad (1)$$

« C_v » peut être connu avec une certitude relative, alors que D_0 et E_v sont problématiques de manière disjonctive et irréparable. Ioannidis et al. (2024) ne résolvent pas ou ne reconnaissent pas suffisamment ces problèmes :

1. Ils considèrent que l'efficacité du vaccin, E_v , est dérivée des essais cliniques, sans le scepticisme nécessaire, malgré le scepticisme sain exprimé de manière préminente par Ioannidis dans le passé concernant la recherche médicale en général (Ioannidis, 2005) et les essais cliniques en particulier (Ioannidis, 2016a, 2016b).

2. Ils estiment D_0 à partir des données de séroprévalence disponibles, combinées à des estimations des taux de mortalité par infection (IFR), qui à leur tour s'appuient sur les données de séroprévalence et les décès déclarés dus au COVID-19, sans suffisamment remettre en question la validité, la spécificité et la validation des tests ou des analyses de séroprévalence (ils traitent les tests comme une technologie de boîte noire valide), sans parler de la validité douteuse des décès déclarés dus au COVID-19 utilisés dans le calcul des IFR.

Les tests d'anticorps (séroprévalence) approuvés pour le COVID-19 présumé et utilisés dans des études épidémiologiques de haut niveau peuvent se révéler invalides (Rancourt, 2021).

En ce qui concerne la probabilité que les résultats publiés des essais cliniques sur l'efficacité du vaccin contre le COVID-19 soient valides, le rapport de référence de Gøtzsche (2013) ne laisse guère de doute sur le fait que de tels essais pour tout vaccin ne peuvent être considérés comme fiables, étant donné la nature structurelle de l'industrie, sans parler du contexte institutionnel exceptionnellement politisé et capturé de la pandémie déclarée de COVID-19.

Et nous devrions être conscients de la liste générique partielle suivante fournie par Smith (2005) :

Exemples de méthodes permettant aux sociétés pharmaceutiques d'obtenir les résultats qu'elles souhaitent des essais cliniques :

- Effectuez un essai de votre médicament par rapport à un traitement connu pour être inférieur.
- Testez vos médicaments par rapport à une dose trop faible d'un médicament concurrent.
- Effectuez un essai de votre médicament par rapport à une dose trop élevée d'un médicament concurrent (ce qui donne l'impression que votre médicament est moins toxique).

[Retour au sommaire](#)

- Réalisez des essais trop petits pour montrer des différences par rapport aux médicaments concurrents.
- Utilisez plusieurs critères d'évaluation dans l'essai et sélectionnez pour publication ceux qui donnent des résultats favorables.
- Réalisez des essais multicentriques et sélectionnez pour publication les résultats des centres qui sont favorables.
- Réalisez des analyses de sous-groupes et sélectionnez pour publication ceux qui sont favorables.
- Présentez les résultats les plus susceptibles d'impressionner, par exemple, la réduction du risque relatif plutôt qu'absolu.

De plus, Ioannidis et al. (2024) effectuent leur projection des vies sauvées sans lier leur estimation à la mortalité toutes causes confondues mesurée (par temps, par juridiction et par groupe d'âge). Ils négligent simplement d'examiner tout lien avec les données de mortalité concrètes et ils déclarent, sous le titre « Principes généraux », dans leur annexe 1 :

« Dans le calcul de nos estimations, nous ne prenons pas en compte les décès et autres conséquences des effets indésirables des vaccins contre le SRAS-CoV-2, et nous n'effectuons aucun ajustement pour la qualité des années de vie sauvées. De plus, nous ne tentons pas de calculer les effets indirects de la vaccination contre le COVID-19 qui pourraient avoir modulé la surmortalité par un impact sur les causes de décès non liées au COVID-19. »

Il est courant que les modèles contrefactuels et de prévision qui rendent compte des avantages des interventions ne tentent pas de lier leurs résultats souvent fantastiques à des données de mortalité toutes causes confondues concrètes (par exemple, Rancourt et Hickey, 2023).

Les échecs de modélisation épidémiologique de la pandémie de COVID-19 déclarée sont bien plus nombreux que ceux mentionnés ci-dessus (Ioannidis et al., 2022).

Comme s'ils étaient encouragés par ce flot de modélisations épidémiologiques sur le COVID-19, et peut-être motivés par l'hésitation croissante des parents à se faire vacciner à l'ère de la Covid dans le monde occidental (Lazarus et al., 2023), de nombreux articles publiés font désormais des déclarations fantastiques sur les avantages mondiaux des programmes de vaccination des enfants, qui sont le sujet principal du présent article.

2. Objectif de cet article

Récemment, de nombreuses études de modélisation ont été publiées dans des revues médicales spécialisées et de premier plan, dans lesquelles les auteurs prétendent estimer de manière fiable la mortalité historique évitée par les programmes mondiaux de vaccination, en particulier les programmes de vaccination infantile.

Une liste incomplète de ces articles de revues comprend : Auzenberg et al., 2023 ; Carter et al., 2024 ; Cutts et al., 2020 ; Echeverria-Londono et al., 2021 ; Gaythorpe et al., 2021 ; Li et al., 2021 ; Mesa et al., 2023 ; Rouch et al., 2007 ; Shattock et al., 2024 ; Toor et al., 2021 ; Verguet et al., 2015 ; Winter et al., 2022 ; et les références qui y figurent.

Dans le présent article, à la suite de la **section 1**, je soutiens que tous ces modèles de mortalité évitée par les programmes de vaccination universelle (souvent infantile) sont invalides en raison de deux difficultés disjonctives fatales. Ces difficultés disjonctives fatales sont les suivantes :

1. Toutes ces estimations de la mortalité évitée reposent sur des impressions de sécurité et d'efficacité des vaccins issues d'essais cliniques. Les essais cliniques ne sont pas fiables (conçus, truqués) et n'évaluent pas la sécurité. Ils sont inadéquats et inapplicables par conception, quelle que soit l'intention (**sections 1 et 4**).

2. Toutes ces estimations de la mortalité évitée reposent sur des estimations approximatives des décès causés par le pathogène présumé spécifique qui se seraient produits si l'intervention (vaccination) n'avait pas été mise en œuvre. Ces estimations approximatives sont impossibles à réaliser de manière fiable (**sections 1 et 4**).

Je soutiens que le terme informatique proverbial « *garbage in, garbage out* » (*déchets entrants, déchets sortants*) s'applique de manière prééminente dans ces circonstances.

Les études de modélisation publiées ne respectent pas les normes scientifiques en n'incluant jamais de limites d'erreur propagées à partir d'évaluations réalistes des incertitudes fondamentales.

Si elles le faisaient, elles n'auraient aucun résultat à rapporter au-delà de l'inadéquation de l'approche.

Les estimations approximatives utilisées des décès causés par le pathogène présumé spécifique qui se seraient produits si les vaccinations infantiles n'avaient pas été mises en œuvre (**DO, Équation 1**) reposent le plus souvent sur des modèles épidémiologiques cloisonnés de propagation de la contagion (appelés modèles dynamiques), qui ne sont pas validés et qui eux-mêmes ne sont fondamentalement pas fiables.

[Retour au sommaire](#)

Ces estimations approximatives ne sont pas ancrées dans des études comparatives exhaustives sur le terrain, qui ne sont pratiquement jamais entreprises.

Si les chercheurs tentaient dument de valider ou de justifier leurs estimations de la mortalité évitée par des comparaisons avec l'évolution historique de la mortalité toutes causes confondues ou par cause et tous âges confondus ou par âge, ils se heurteraient à la difficulté insurmontable que les taux de mortalité précoce sont principalement déterminés par de nombreux facteurs interactifs autres que la vaccination, et que toute contribution de la vaccination ne peut être déterminée de manière indépendante à partir des données disponibles (**sections 4.3 et 4.4**).

Enfin, il y a le fait gênant qu'à ma connaissance et jusqu'à preuve du contraire, il n'existe aucun exemple connu de baisse de la mortalité infantile ou juvénile mesurée associée temporellement à la mise en place d'une campagne de vaccination infantile ou au lancement d'un programme permanent de vaccination infantile.

Au contraire, des études comparatives font état d'une association positive entre la mortalité infantile et les doses de vaccination administrées aux enfants (**section 5**).

3. Exemple illustratif de l'étude de 2024 de Shattock et al. publiée dans *Lancet*

Un exemple récent du type d'étude qui nous intéresse est l'étude de Shattock et al. (2024).

Les affirmations de Shattock et al. (2024) ne sont pas modestes, avec des résultats cités à 3 chiffres significatifs (Stewart, 2024) :

« Résultats — Depuis 1974, la vaccination a permis d'éviter 154 millions de décès, dont 146 millions chez les enfants de moins de 5 ans, dont 101 millions étaient des nourrissons de moins d'un an. Pour chaque décès évité, 66 années de pleine santé ont été gagnées en moyenne, ce qui se traduit par 10,2 milliards d'années de pleine santé gagnées. Nous estimons que la vaccination a représenté 40 % de la baisse observée de la mortalité infantile mondiale, 52 % dans la région africaine. En 2024, un enfant de moins de 10 ans a 40 % de chances de plus de survivre jusqu'à son prochain anniversaire par rapport à un scénario hypothétique d'absence de vaccination historique. Une probabilité de survie accrue est observée même à un âge avancé. »

Les 154 millions de décès évités grâce à la vaccination au cours des 50 années (1974-2024) correspondent à 5,7 % des décès mondiaux, sur une base annuelle, ce qui est une fantastique avancée médicale. Certains pourraient raisonnablement la qualifier d'incroyable.

[Retour au sommaire](#)

L'affirmation de Shattock et al. (2024) est conforme à une déclaration médiatique faite par l'OMS pour 2019 (OMS, 2019) :

« L'hésitation à se faire vacciner – la réticence ou le refus de se faire vacciner malgré la disponibilité des vaccins – menace d'inverser les progrès réalisés dans la lutte contre les maladies évitables par la vaccination. La vaccination est l'un des moyens les plus rentables pour éviter les maladies : elle permet actuellement d'éviter 2 à 3 millions de décès par an, et 1,5 million de décès supplémentaires pourraient être évités si la couverture vaccinale mondiale s'améliorait. »

Les 2 à 3 millions de décès évités par an revendiqués par l'OMS correspondent à 100 à 150 millions de décès évités au cours de la période de 50 ans étudiée par Shattock et al. (2024), et les 1,5 million de décès supplémentaires évités par an grâce à une couverture vaccinale complète correspondraient à une réduction mondiale d'environ 20 % de la mortalité infantile, en l'absence de toute autre intervention, un exploit vraiment remarquable s'il était réaliste.

L'étude de Shattock et al. (2024) « a été financée par l'OMS. ... Les résultats du modèle ont été fournis par le Vaccine Impact Modelling Consortium (VIMC...) ... VIMC est financé par Gavi, l'Alliance du Vaccin et la Fondation Bill & Melinda Gates. » (p. 2315)

La déclaration d'intérêts des auteurs est donnée comme suit (p. 2315) :

« CLT et KAMG affirment que leur employeur, l'Imperial College, reçoit un financement pour le Vaccine Impact Modelling Consortium de la Fondation Bill & Melinda Gates, de Gavi, la Vaccine Alliance et du Wellcome Trust.

CLT a reçu des honoraires de consultation de GSK pour avoir assisté à une réunion du conseil consultatif sur les vaccins contre le CMV en mai 2022 et est présidente bénévole du comité consultatif scientifique de la Meningitis Research Foundation.

HF affirme que son employeur, la London School of Hygiene & Tropical Medicine, reçoit un financement pour le Vaccine Impact Modelling Consortium de la Fondation Gates.

JFM affirme que son employeur, l'Université de Washington, reçoit des subventions de Gavi et de la Fondation Gates.

KB et KMT affirment que leur organisation Kid Risk a conclu un accord de coopération avec les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis et détient des subventions de la Fondation Gates.

MJF affirme que son employeur, l'université Penn State, est un sous-bénéficiaire de fonds de l'Imperial College de Londres pour une subvention de Gavi et qu'il détient des subventions de la Fondation Gates et de la National Science Foundation des États-Unis.

MJ affirme que son employeur, la London School of Hygiene & Tropical Medicine, reçoit des fonds de l'Institut national de recherche en santé du Royaume-Uni, RCUK ; de la Fondation Gates ; de Gavi ; du Wellcome Trust ; de l'OMS ; de la Commission européenne ; des Centres pour le contrôle et la prévention

[Retour au sommaire](#)

des maladies des États-Unis ; du gouvernement de la région administrative spéciale de Hong Kong ; et du groupe de travail pour la santé mondiale.

RAH et SPS affirment que leur employeur, l'université du Cap, reçoit des subventions de l'African Field Epidemiology Network et des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis.

RGW affirme qu'il reçoit des fonds du Wellcome Trust (numéros de subvention 218261/Z/19/Z), des National Institutes of Health (1R01AI147321-01, G-202303-69963 et R-202309-71190), du Partenariat européen et des pays en développement pour les essais cliniques (RIA208D-2505B), du UK Medical Research Council (CCF17-7779 via SET Bloomsbury), du UK Economic and Social Research Council (ES/P008011/1), de la Bill & Melinda Gates Foundation (INV-004737 et INV-035506) et de l'OMS (2020/985800-0). AL, KLO-B, NB-Z, PL, RCWH et SYS travaillent pour l'OMS.

Tous les autres auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts. »

De tels liens sont courants dans ce type d'articles dans des revues de premier plan, sans parler des intérêts des revues, des éditeurs et des réviseurs (Gøtzsche, 2013).

J'examine ensuite les méthodes énoncées utilisées par Shattock et al. (2024). Au-delà des déclarations générales non spécifiques telles que ...

« Nous avons développé un cadre analytique standardisé pour estimer l'impact du vaccin par personne entièrement vaccinée au fil du temps, en synthétisant les résultats de 22 modèles et en appliquant des méthodes d'imputation basées sur la régression pour garantir l'exhaustivité géographique et temporelle. » (p. 2308)... »

il est clair que Shattock et al. (2024) ont appliqué l'approche habituelle (équation 1 : $L_s = D_0 \times E_v \times C_v$) :

« L'efficacité du vaccin et la couverture vaccinale ont été combinées pour produire une estimation de la couverture vaccinale effective, qui a ensuite été utilisée pour estimer la mortalité et la morbidité attribuables à la maladie dans un scénario hypothétique d'absence de vaccination historique pour les neuf vaccins considérés (annexe pp 25–26). » (p. 2310)

Shattock et al. (2024) ont utilisé deux méthodes différentes pour estimer les décès contrefactuels, D_0 , selon que l'agent pathogène présumé était considéré comme contagieux ou de nature à prévalence de fond.

Pour les agents pathogènes contagieux, ils ont utilisé ce que l'on appelle des « *modèles dynamiques publiés* », tandis que pour les agents pathogènes à prévalence de fond, ils ont utilisé des déterminations de prévalence publiées (p. 2310).

Les modèles dits dynamiques sont des modèles épidémiologiques standard de propagation contagieuse, enrichis des impacts théoriques de l'administration concomitante de vaccins.

Cela a permis à Shattock et al. (2024) de tenir compte théoriquement de ce que l'on appelle le déclin immunitaire (une partie de l'efficacité du vaccin, estimée à partir d'essais cliniques) et d'inclure théoriquement les effets du rappel ou de la non-vaccination complète des individus.

[Retour au sommaire](#)

Les modèles dits dynamiques eux-mêmes n'ont pas été validés et présentent des difficultés insurmontables liées à une sensibilité élevée aux paramètres d'entrée de transmission, de récupération et de virulence, si leurs hypothèses fondamentales sous-jacentes sont même valables (par exemple, Hickey et Rancourt, 2023a, 2023b).

Par exemple, en particulier, les fréquences de contact infectieuses nécessaires sont essentiellement impossibles à déterminer empiriquement (par exemple, Hickey et Rancourt, 2023a, 2023b).

De plus, ces modèles en sont à leurs balbutiements en ce qui concerne la propagation géo temporelle réaliste des infections (Keeling et Rohani, 2008).

Par conséquent, l'étude de Shattock et al. (2024) s'effondre à l'examen de ses prémisses concernant D_0 et E_v , définies dans **l'équation 1**.

Shattock et al. (2024) vont plus loin.

Pour leur figure 2, ils tracent un scénario hypothétique de mortalité infantile mondiale constante sans amélioration (1974-2024) fixé arbitrairement à la valeur de 1974, un scénario hypothétique sans vaccination et la mortalité infantile réelle telle qu'observée (avec vaccination), le tout en fonction du temps depuis 1974.

Le graphique construit correspond à la vaccination responsable de 40 % de la réduction de la mortalité infantile depuis 1974, et de 25 % en 2024. Il s'agit là encore d'affirmations fantastiques selon lesquelles les interventions médicales seraient les seuls facteurs à avoir des effets salvateurs.

Au-delà de l'ampleur fantastique de l'effet revendiqué, la figure 2 de Shattock et al. (2024) est présentée et interprétée de manière incorrecte concernant trois autres aspects :

- **Premièrement.** Il n'y a aucune prise en compte de l'erreur ou de l'incertitude. Aucune plage d'incertitude n'est indiquée pour la répartition entre la mortalité infantile évitée par la vaccination et par tous les autres facteurs ; les limites d'erreur ne sont pas indiquées dans l'article ; et l'article ne discute pas des limites.

L'article ne traite pas des autres facteurs associés à la réduction de la mortalité infantile et des variations géo temporelles de ces facteurs depuis 1974.

Cela est difficile à accepter étant donné la dominance et la variabilité connues des facteurs autres que la vaccination dans la détermination de la mortalité infantile (Armstrong et al., 1999 ; Cutler et Miller, 2004 ; Cutler et al., 2006 ; McKinlay et McKinlay, 1977 ; ONU, 2019 ; Section 4.3).

- **Deuxièmement.** Le panneau C de la figure 2 de Shattock et al. (2024) montre les déploiements mondiaux de vaccins, en pourcentage de couverture vaccinale mondiale par année depuis 1974.

Alors que lesdits déploiements montrent des augmentations rapides avant la saturation, il n'y a pas de diminution temporellement associée du taux de mortalité infantile (panneau A) ou de ralentissement associé des décès infantiles cumulés (panneau B).

[Retour au sommaire](#)

Cela constitue la preuve que les vaccins n'ont au mieux aucun impact bénéfique sur la mortalité infantile, mais l'absence apparente d'association temporelle positive présumée attendue n'est pas mentionnée par Shattock et al. (2024).

• **Troisièmement.** En fait, la figure 2 de Shattock et al. (2024) révèle des corrélations temporelles entre les déploiements de vaccins susmentionnés (augmentation de la couverture vaccinale mondiale, panneau C) et les augmentations du taux de mortalité infantile (panneau A) par rapport aux interpolations linéaires des premières années (1974+) avec une couverture vaccinale plus faible, ce qui est l'opposé d'un bénéfice de la vaccination sur la mortalité infantile. Cela n'est pas mentionné par Shattock et al. (2024).

Ce dernier point est illustré dans ma **figure 1**, ci-dessous, qui utilise les panneaux A et C de la figure 2 de Shattock et al. (2024).

Ici, les lignes verticales grises ajoutées sont des guides pour l'œil, positionnées à environ 1983 et environ 1992.

La ligne droite violette est une extrapolation de la meilleure ligne ajustée sur le taux de mortalité infantile observé entre 1974 et 1983, lorsque la couverture vaccinale mondiale était faible.

La ligne droite verte est une extrapolation de la meilleure ligne ajustée sur le taux de mortalité infantile observé entre 1974 et 1992, ce qui est antérieur à la deuxième génération et aux générations suivantes de déploiements de vaccins.

Les déploiements de vaccins de deuxième génération et des générations suivantes ont eu lieu après que les déploiements de première génération aient atteint un plateau (panneau C).

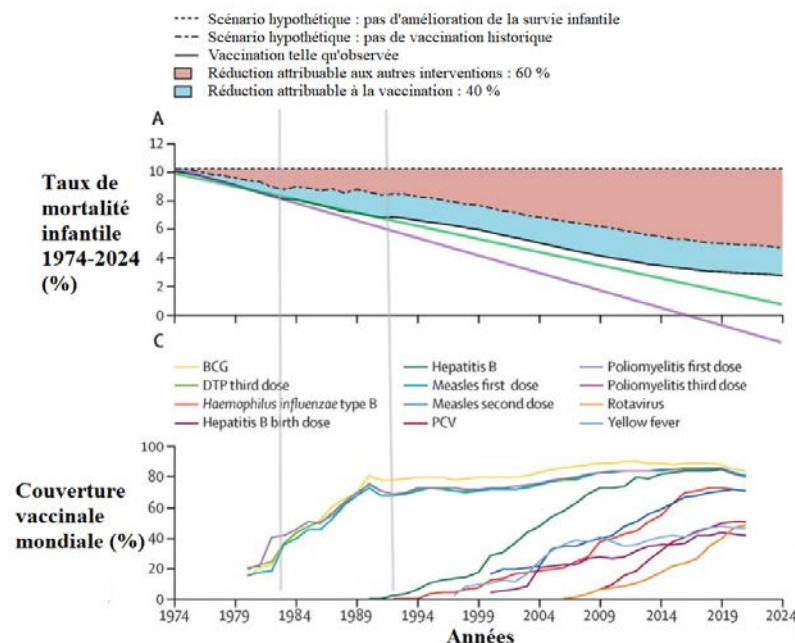


Figure 1.

Panneaux adaptés A (taux mondial de mortalité infantile) **et C** (déploiements mondiaux de la couverture vaccinale) de la Figure 2 de Shattock et al. (2024), avec ajout de lignes verticales grises et de lignes droites violettes et vertes, comme indiqué dans le texte.

Shattock et al. (2024) calculent que 101 millions de décès infantiles ont été évités grâce à la vaccination (zone bleue).

Shattock et al. (2024) calculent — en utilisant de manière remarquable 3 nombres significatifs et aucun intervalle de confiance — que 101 millions de décès de nourrissons de moins d'un an ont été évités grâce à la vaccination (p. 2312), ce qui correspond à la zone bleue de leur figure 2 (**ma figure 1**).

En fait, l'inverse pourrait être vrai.

La différence entre mon extrapolation **en ligne violette** (qui suppose un taux constant de réduction du taux de mortalité infantile grâce à l'amélioration de facteurs autres que la vaccination, devant être corrigé pour donner un taux positif après 2016 environ) et le taux de mortalité infantile tel qu'observé (ligne noire continue, panneau A) correspond à environ 100 millions de décès de nourrissons liés au déploiement de la vaccination entre 1974 et 2024 dans le monde.

Si d'importants changements socio-économiques délétères concomitants ne s'étaient pas produits (à partir des années 1980 et 1990), cela impliquerait qu'environ 100 millions de décès d'enfants (dans le monde, de 1974 à 2024) ne se seraient pas produits si l'intervention de vaccination n'avait pas été mise en œuvre. Shattock et al. (2024) n'ont pas pris cela en compte, alors que cela ressort clairement de leurs propres données.

4. Invalidité des données des modèles contrefactuels de mortalité évitée par la vaccination

Je développe ici chacune des sources mentionnées ci-dessus d'invalidité fondamentale des modèles habituels de prévision et contrefactuels de mortalité évitée par la vaccination.

4.1 Les essais cliniques sur la sécurité et l'efficacité des vaccins sont mal conçus, artificiels et invalides

Les essais cliniques publiés sur l'efficacité des vaccins ne peuvent pas être considérés comme valides car l'ensemble du processus d'essais cliniques et de publication est contrôlé de manière écrasante par une industrie qui tire d'importants profits des vaccins, et cette industrie a amplement, historiquement, systématiquement et à plusieurs reprises démontré sa volonté d'agir frauduleusement au détriment de la mise en danger du public (Gøtzsche, 2013).

L'aperçu documenté de référence de Gøtzsche (2013) prouve que le degré de tromperie et de corruption est astronomique et profondément enraciné. Les chercheurs raisonnables doivent conclure que les évaluations des essais cliniques sur l'efficacité des vaccins sont inutilisables.

Voir également les évaluations corroborantes fondées sur la carrière des rédacteurs en chef de revues médicales de premier plan : Lancet, Horton (2004) ; et BMJ, Smith (2005).

Même en s'appuyant uniquement sur les rapports de revues scientifiques publiés, épurés et filtrés — sans aucune connaissance interne ni accès aux données d'essais au niveau des patients verrouillés par l'industrie — de nombreux chercheurs universitaires avaient déjà démontré en 2003 un fort biais de financement (4 fois) dans les résultats publiés (revues : Bekelman et al., 2003 ; Lexchin et al., 2003). Voir également : Elisha et al. (2021).

[Retour au sommaire](#)

Indépendamment des preuves accablantes de corruption dans la conduite des essais cliniques, Krauss (2018) a expliqué que les caractéristiques déterminantes de la conception des essais cliniques randomisés les rendent intrinsèquement peu fiables dans la plupart des applications, dans son article intitulé « Pourquoi tous les essais contrôlés randomisés produisent des résultats biaisés » (Krauss, 2018). Les principaux problèmes identifiés par Krauss sont nombreux et incluent les caractéristiques structurelles suivantes :

- 1.** La sélection (appelée enrôlement) des participants à l'essai (avant la randomisation) n'est : **(a)** pas aléatoire ; **(b)** pas transparente ; et **(c)** pas représentative de la population cible réelle sur le terrain pour l'intervention médicale prévue.
- 2.** Même en l'absence de manipulation pure et simple, la randomisation appliquée dans la pratique ne donne pas lieu à des groupes de contrôle et d'intervention comparables.
- 3.** Ces aspects des essais et d'autres sont susceptibles d'être biaisés et perturbateurs, sans parler du blocage et de l'enfouissement d'essais et de données qui ne sont pas souhaitables pour l'industrie.
- 4.** Il n'y a aucune transparence concernant l'enrôlement et l'exclusion des participants comptabilisés dans l'essai.

En ce qui concerne le manque de transparence, selon les termes de Mangin et al. (2018), dans le contexte gériatrique de Westernnation, leur 6e recommandation est la suivante :

« 6. Reconnaître et traiter les influences commerciales sur la polypharmacie : les résultats des essais ne devraient pas être mis en œuvre chez les personnes âgées à moins que l'accès à toutes les données disponibles au niveau des patients ne soit fourni.

Des mesures de résultats appropriées devraient être exigées avant d'autoriser des indications qui incluent les populations âgées.

La mesure dans laquelle les intérêts commerciaux peuvent potentiellement déformer les données scientifiques est bien documentée [126,127,128,129,130,131].

Les essais peuvent être structurés pour fournir des résultats commercialement favorables et l'accès aux données des essais au niveau des patients et des événements indésirables est limité, ce qui constitue un motif de prescription préventive [132]. « L'utilisation de résultats intermédiaires, le biais de publication et la surestimation des résultats de recherche nouveaux ou immatures par les médias et les sociétés pharmaceutiques aboutissent à un récit de recherche qui surestime l'efficacité, sous-estime les effets nocifs et alimente l'utilisation inappropriée de médicaments et la polypharmacie [133,134,135].

Le biais des preuves est généralement aggravé par une interprétation biaisée, lorsque les principaux leaders d'opinion ont des conflits d'intérêts avec l'industrie [136]. »

L'accès à toutes les données au niveau des patients (pas seulement les données « disponibles » au niveau des patients, y compris les patients exclus du processus d'essai) n'est pratiquement jamais accordé aux chercheurs indépendants ou concurrents par la société pharmaceutique qui contrôle, dans aucun essai clinique, et peut être présumé être en fait caché même aux agences gouvernementales.

Par conséquent, conformément au principe susmentionné exprimé par Mangin et al. (2018), « les résultats des essais ne devraient pas être mis en œuvre ».

Je ne vois aucune bonne raison pour laquelle ce principe ne serait pas universellement appliqué dans toutes les circonstances dans lesquelles un essai clinique est nécessaire pour tirer un quelconque bénéfice de l'intervention médicale promue, ou dans lesquelles un petit nombre de patients abandonnés ou différents pourrait faire disparaître le bénéfice revendiqué.

En ce qui concerne les nourrissons, les nourrissons en mauvaise santé ne sont pas inclus dans un essai clinique, alors que, dans la pratique, les nourrissons en mauvaise santé sont vaccinés.

Le fait que les nourrissons en mauvaise santé soient systématiquement vaccinés est particulièrement vrai dans les pays à faible revenu dotés de programmes de vaccination universelle promus par l'ONU (Nations Unies), alors que les essais cliniques ont pratiquement toujours été réalisés sur des enfants en bonne santé dans des établissements occidentaux.

De plus, les critères d'exclusion des essais cliniques sont strictement imposés (et ne sont pas appliqués de manière transparente), alors que la décision sur le terrain de ne pas vacciner en raison d'un mauvais état de santé est plus fluide et laissée au jugement clinique ou praticien individuel.

4.2 Il n'existe pas d'essais cliniques adéquats et de qualité réglementaire sur la sécurité des vaccins pour les nourrissons.

Les nourrissons et les enfants sont différents des adultes, notamment en ce qui concerne le développement de leur microbiome intestinal et de leur système immunitaire, et en particulier au cours des premiers mois et jusqu'à l'âge de 3 ans ou plus (Arrieta et al., 2014 ; Laforest-Lapointe et Arrieta, 2017 ; Olin et al., 2018 ; Ygberg et Nilsson, 2012).

Par conséquent, tout essai clinique visant à établir la sécurité d'un vaccin infantile administré à un nourrisson doit surveiller la santé des participants au moins jusqu'à l'âge de 3 ans ou plus.

Cela n'est jamais fait (Brand et Siri, 2024 ; ICAN, 2017).

Tout essai clinique visant à établir la sécurité d'un vaccin infantile administré à un nourrisson doit inclure un groupe témoin sans vaccination ou avec un placebo inerte.

Cela n'est pratiquement jamais fait (Brand et Siri, 2024 ; ICAN, 2017). Il n'existe aucune raison valable de ne pas avoir de groupe témoin ou d'insister sur l'utilisation d'un placebo actif, car les cliniciens, les statisticiens, les soignants et les parents chargés de l'évaluation peuvent ne pas être au courant de l'intervention, et les nourrissons et les enfants ne déclarent pas eux-mêmes subjectivement les effets indésirables.

Sans un tel groupe témoin (pas de vaccination ou placebo inerte), la sécurité n'est pas évaluée.

[Retour au sommaire](#)

Plus important encore, tout essai clinique destiné à établir la sécurité d'un vaccin infantile administré à un nourrisson doit utiliser des participants ayant des états de santé et des vulnérabilités représentatifs de la population cible réelle du vaccin sur le terrain.

Cela n'est jamais fait car il est strictement contraire à l'éthique d'exposer un nourrisson vulnérable ou fragile à une intervention médicale préventive non bénigne et non testée.

Pourtant, à l'échelle de la population, avec les programmes de vaccination réels, de nombreux sujets ne seront pas exclus alors qu'ils ont un mauvais état de santé et des vulnérabilités importantes.

Cela est particulièrement vrai dans les pays et les communautés à faible revenu où la malnutrition et ses conséquences dévastatrices sur la santé sont la norme (Ahmad et al., 2000 ; Bailey et al., 2015 ; England, 1978 ; Gombart et al., 2020 ; Hendrickse, 1975 ; Katoch, 2022 ; Katona et Katona-Apte, 2008 ; Keusch, 2003 ; Rodriguez et al., 2011 ; Scrimshaw, 2003 ; Scrimshaw et al., 1968).

Par conséquent, les essais cliniques dits randomisés de vaccins pour nourrissons ne fournissent aucune information sur leur sécurité et ne permettent pas d'estimer les impacts sur la mortalité infantile des effets indésirables et de la toxicité des vaccins, en particulier dans les pays à faible revenu.

La sécurité des vaccins ne peut pas être présumée dans les prévisions et les modèles théoriques contrefactuels de mortalité. Les résultats d'essais cliniques publiés affirmant l'efficacité des vaccins (**section 4.1**) ne démontrent pas la sécurité des vaccins pour des applications dans le monde réel.

Même si des essais cliniques valides sur la sécurité des vaccins sur les nourrissons et les enfants existaient dans les cliniques et hôpitaux occidentaux, ce qui n'est pas le cas (Brand et Siri, 2024 ; ICAN, 2017), les sujets des essais ne seraient pas comparables aux nourrissons et aux enfants mal nourris et présentant des difficultés différentes dans les pays à faible revenu.

Encore une fois, il existe une forte interaction entre le microbiome intestinal et le système immunitaire dans le développement immunitaire des nourrissons et des enfants, qui détermine la survie et la santé (Arrieta et al., 2014 ; Laforest-Lapointe et Arrieta, 2017 ; Olin et al., 2018 ; Ygberg et Nilsson, 2012).

Par exemple, l'adaptation du microbiome intestinal compense même les défis de la sous-alimentation, et cela constitue à lui seul une bonne raison de ne pas interférer artificiellement directement avec l'immunité.

Un exemple rare d'essais cliniques candidats concernant les effets nocifs de la vaccination des nourrissons vulnérables est le cas des essais cliniques sur les événements cardiorespiratoires chez les nourrissons prématurés, dont on savait déjà qu'ils se produisaient à partir d'études rétrospectives et observationnelles.

Il existe deux essais cliniques comparatifs randomisés (vaccination à 2 mois contre absence de vaccination) pour un résultat défini observé dans les 48 heures (Carbone et al., 2008 ; Greenberg et al., 2025). Les deux études avaient de petites cohortes cliniquement sélectionnées (environ 100 dans chaque groupe de comparaison, sélectionnées en fonction de l'état de santé avant la randomisation) et un nombre insuffisant d'événements observés (environ 10).

[Retour au sommaire](#)

Les deux essais ont soigneusement évité les nourrissons participants présentant des problèmes de santé négatifs ou instables.

Les deux essais rapportent des conclusions contraires. L'essai qui n'a constaté aucun effet nocif de la vaccination indique de manière ambiguë que :

« Les nourrissons qui ont nécessité une ventilation assistée ou une trachéotomie pendant l'étude ont été exclus de la participation » (p. e1086, Carbone et al., 2008) ...

...et ne précise pas les sources de financement de son organisation. L'autre essai contient les déclarations de financement et d'intérêts suivantes (Greenberg et al., 2025) (p. E8) :

« Financement/Soutien : Cette étude a été soutenue par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (contrats du projet d'évaluation de la sécurité des vaccins cliniques...).

Rôle du bailleur de fonds/sponsor : Les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont participé à la conception et à la conduite de l'étude, à l'interprétation des données, à la préparation, à la révision et à l'approbation du manuscrit, ainsi qu'à la décision de soumettre le manuscrit pour publication. ...

Divulgateion de conflits d'intérêts :

Le Dr Greenberg a déclaré avoir été consultant pour Oak Hill Bio en dehors du travail soumis.

Le Dr Staat a déclaré avoir reçu des subventions de Pfizer (étude sur le vaccin contre le virus respiratoire syncytial), de Merck (étude sur le rotavirus) et de Cepheid (diagnostic des infections respiratoires) en dehors du travail soumis.

Le Dr Schlaudecker a déclaré avoir reçu des subventions des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis pendant la conduite de l'étude et des subventions de Pfizer et des services de comité consultatif de Sanofi Pasteur en dehors du travail soumis.

Le Dr Laughon a déclaré avoir reçu des subventions des National Institutes of Health et de la Food and Drug Administration des États-Unis en dehors du travail soumis.

Le Dr Walter a déclaré avoir reçu des subventions de Pfizer (investigateur pour l'essai clinique), Moderna (investigateur pour l'essai clinique), Sequiris (investigateur pour l'essai clinique), Najit Technologies (investigateur pour l'essai clinique) et Clinetic (investigateur pour l'essai clinique) ainsi que des honoraires personnels de Vaxcyte (conseil consultatif), Pfizer (conseil consultatif), Iliad Biotechnologies (consultant) et Shionogi (comité de surveillance de la sécurité des données) en dehors des travaux soumis.

Aucune autre divulgation n'a été signalée. »

Ces deux essais cliniques ne sont pas valables pour l'orientation politique.

De plus, ici aussi, les critères de participation à l'essai et les décisions d'inclusion ne sont pas représentatifs du monde réel des campagnes mondiales de vaccination des nourrissons.

4.3 Les facteurs de mortalité infantile autres que la vaccination sont de loin plus importants que tout bénéfice présumé du vaccin

L'expérience clinique et la recherche nous ont appris depuis longtemps que la mortalité infantile et juvénile dans les pays à faible revenu est bien plus complexe que la vision en tunnel, sans doute sans rapport, des pathogènes spécifiques et des soi-disant campagnes de vaccination contre ces pathogènes spécifiques (England, 1978 ; Hendrickse, 1975).

De même, l'épidémiologie nous informe que des facteurs autres que la vaccination déterminent en grande partie les améliorations de la mortalité infantile (Ahmad et al., 2000 ; Armstrong et al., 1999 ; Black et al., 2003 ; Cutler et Miller, 2004 ; Cutler et al., 2006 ; Hendrickse, 1997 ; Humphries et Bystryanyk, 2015 ;

Jones et al., 2003 ; Liu et al., 2016 ; McKinlay et McKinlay, 1977 ; Scrimshaw, 2003 ; Scrimshaw et al., 1968). Ces points devraient être reconnus par tous les chercheurs en santé publique, y compris ceux qui utilisent des modèles théoriques.

Les commentaires des premiers sceptiques informés sont dignes d'intérêt.

Selon les mots du chercheur en médecine tropicale Hendrickse (1975) :

... il existe un risque considérable que les bénéfiques de la vaccination contre la rougeole ne soient pas à la hauteur des attentes, que ce soit en termes de réduction des coûts de traitement des malades ou de réduction de la mortalité infantile. Les raisons de cette croyance sont les suivantes :

(1) *La plupart des estimations de la mortalité due à la rougeole dans les pays en développement ont été extrapolées à partir de l'expérience hospitalière et une telle extrapolation est notoirement peu fiable.*

(2) *Toutes les preuves disponibles indiquent que la malnutrition est l'un des principaux déterminants de la morbidité et de la mortalité dues à la rougeole dans les pays en développement. La plupart des décès dus à la rougeole surviennent chez des enfants dont le poids est inférieur au 10e centile par rapport à l'âge, et la maladie est particulièrement mortelle chez les enfants atteints de kwashiorkor, une maladie qui a elle-même un taux de mortalité élevé.*

(3) *Une très forte proportion de ceux qui meurent de la rougeole succombent après la phase aiguë de la maladie, dans la phase dite post-rougeole, à des complications infectieuses telles que la bronchopneumonie et la gastro-entérite. ...*

Il convient de rappeler qu'il y a 100 ans, la rougeole était un problème aussi grave en Europe qu'aujourd'hui en Afrique, et pourtant le taux de mortalité dû à cette maladie et à de nombreuses autres maladies infectieuses a diminué jusqu'à des proportions négligeables avec l'amélioration du niveau de vie **bien avant** que les vaccins ne soient disponibles.

Concernant ce dernier point pivot de Hendrickse (1975), voir : Armstrong et al. (1999), Humphries et Bystryanyk (2015) et McKinlay et McKinlay (1977).

Dans la discussion publiée après la présentation de l'article de Hendrickse (1975), les points suivants ont notamment émergé :

- « *La rougeole a été mise en doute comme cause de décès. Quiconque a pratiqué la médecine en Afrique rurale connaît les tout-petits qui courent partout, apparemment très heureux, avec leur sang plein de parasites du paludisme.*

Si une maladie intercurrente, un rhume, une entérite ou (en particulier) la rougeole survient, l'infection à Plasmodium falciparum peut s'aggraver à la vitesse de l'éclair et tuer en 48 heures.

Un bébé mourant en Afrique de l'Ouest a probablement une pneumonie – rougeole ou pas – et une entérite ; le paludisme est invariablement présent, et si l'on devait se prononcer sur la véritable cause du décès, le paludisme devrait probablement obtenir le verdict le plus souvent.

Cependant, la rougeole est une « paille » placée sur le dos du chameau, agissant comme l'une des agressions finales à un enfant déjà malade et affaibli. La rougeole et le paludisme jouent tous deux un rôle important dans la précipitation de la malnutrition et dans les taux de mortalité élevés du groupe d'âge des nourrissons et des tout-petits. »

- « *Les risques du vaccin ont été discutés. Il n'existe pas de chiffres disponibles pour les pays en développement, mais la confiance que les gens ont dans le vaccin peut être considérée comme une assurance qu'il est peu probable que des complications (notamment neurologiques) surviennent plus souvent qu'en Europe.*

Il convient de noter que le dogme selon lequel la rougeole est la principale cause de décès dans les pays à faible revenu est remis en question par des experts et jugé peu probable.

England (1978) a résumé la situation de la manière suivante :

« Les maladies diarrhéiques aiguës et les infections des voies respiratoires supérieures, qu'elles soient présentes ou non, représentent sans aucun doute les causes les plus répandues de mortalité et de morbidité dans les pays les plus pauvres. Toutes deux sont invariablement des syndromes cliniques « ... qui comprennent une minorité d'entités pathologiques connues, une masse prédominante de processus indifférenciés, vraisemblablement infectieux, et un nombre indéfini de maladies non infectieuses » (Scrimshaw et al., 1968) »

Hendrickse (1975) et England (1978) ont tous deux ancré certaines de leurs positions dans le travail colossal de Scrimshaw et al. (1968), qui a été confirmé dans les décennies qui ont suivi (Scrimshaw, 2003).

Il ne fait aucun doute à l'heure actuelle que le dysfonctionnement immunitaire (via le microbiome intestinal) et la sensibilité à diverses infections (à spectre complet) sont largement déterminés par l'état nutritionnel et les carences, en particulier dans les pays et communautés à faible revenu (Bailey et al., 2015 ; Gombart et al., 2020 ; Katoch, 2022 ; Katona et Katona-Apte, 2008 ; Keusch, 2003 ; Rodriguez et al., 2011 ; Scrimshaw, 2003 ; Scrimshaw et al., 1968).

[Retour au sommaire](#)

De même, comme pour toute infection naturelle, même une légère réponse immunitaire à la vaccination est un défi qui peut accélérer la mort d'un nourrisson ou d'un enfant mal nourri, et Scrimshaw et al. (1968) ont rapporté de tels cas rarement documentés.

Fondamentalement, en l'absence de toxicité environnementale, la malnutrition non spécifique (y compris celle de la mère) rend un nourrisson ou un enfant très vulnérable à la mort associée à un large éventail d'infections possibles – infections qui ne surviennent pas ou ne sont pas mortelles ou débilitantes chez les individus bien nourris dans des environnements sains.

Des études mondiales reconnues quantifient ce phénomène, montrant ainsi que les programmes de vaccination ont relativement peu de potentiel pour sauver des vies (Black et al., 2003 ; Jones et al., 2003 ; Liu et al., 2016).

Cela suit le cadre conceptuel proposé par Mosley et Chen (1984), qui exclut l'agression de dominance, la violence et les addictions.

Ainsi, le dysfonctionnement immunitaire et les infections sont les principales causes proximales de mortalité infantile dans les pays à faible revenu.

Le risque correspondant de mortalité infantile dépend à la fois de la forme physique (principalement dépendante des carences nutritionnelles) et de l'exposition (principalement dépendante des conditions de vie et de santé publique).

La condition physique est le facteur dominant dans les cas de malnutrition sévère, tandis que l'exposition contribue de manière significative à la mortalité infantile dans les cas où de fortes toxines environnementales et des agents pathogènes et parasites virulents sont répandus.

Ici, l'exposition à de fortes toxines environnementales et à des agents pathogènes et parasites virulents n'est pas une exposition aux agents pathogènes spécifiques pour lesquels les vaccins sont généralement développés et commercialisés.

Les toxines environnementales fortes sont par exemple l'aflatoxine produite par des champignons poussant sur des aliments de base dans des climats chauds, qui peut être transférée par le lait maternel (Hendrickse, 1997) ; et les agents pathogènes et parasites virulents sont par exemple des protozoaires parasites d'origine fécale transmis par l'eau (Baldursson et Karanis, 2011 ; Cutler et Miller, 2004).

De telles expositions fortes peuvent donc contribuer de manière significative à la mortalité infantile, même avec une prévalence modérée de malnutrition ou en l'absence de malnutrition.

En cas de malnutrition suffisamment sévère, les expositions ambiantes, y compris la vaccination, seront toujours suffisantes pour provoquer une mortalité infantile importante, de la même manière que les sécheresses prolongées et les vents violents trouveront toujours des étincelles pour déclencher des incendies, qu'ils soient causés par la foudre, par des feux de cuisine ou par toute autre source.

De même, l'histoire nous enseigne qu'il est difficile d'avoir une faible mortalité sans un approvisionnement en eau non contaminée par des protozoaires et des parasites provenant des matières fécales.

[Retour au sommaire](#)

En fait, la fréquence d'exposition aux agents pathogènes virulents et aux parasites est déterminée en grande partie par les conditions sanitaires et l'accès à une eau non contaminée, historiquement (Cutler et Miller, 2004), et en particulier dans les pays à faible revenu.

Les épidémies de maladies humaines dues aux protozoaires parasites d'origine fécale transmis par l'eau continuent d'être courantes dans le monde entier, et il n'existe aucune surveillance systématique dans les pays à faible revenu les plus touchés (Baldursson et Karanis, 2011).

La diarrhée qui en résulte est l'une des principales causes de décès chez les jeunes enfants. Pourtant, l'accès à une eau non contaminée continue d'être un problème mondial majeur (ONU, 2019), tandis que des programmes de vaccination complexes (chaîne du froid, etc.), non prouvés (**section 4.1**), constants et croissants continuent d'être priorisés et imposés.

La même persistance et la même inaction sont vraies dans le cas de l'extrême pauvreté et des crises dites d'insécurité alimentaire (ONU, 2023).

Il est hypocrite et inadmissible que des forces influentes obligent les pays à faible revenu à accepter et à mettre en œuvre des programmes universels de vaccination des nourrissons **tout en empêchant les changements structurels** (c'est-à-dire le développement) qui élimineraient la malnutrition chronique, l'eau contaminée, le stockage dangereux des aliments et les bidonvilles urbains (Centre de recherche appliquée, Norwegian School of Economics et al., 2015 ; Fernandez et Hendrikse, 2020).

Non seulement les ressources de santé publique prioritaires manquent, mais les campagnes de vaccination détournent nécessairement les ressources structurelles et humaines de la fourniture de services de santé et d'urgence rudimentaires (Hendrickse, 1975 ; Dietz et Cutts, 1997), y compris la liste fournie par Jones et al. (2003).

Les auteurs diplomatiques ont évoqué la question de l'« efficacité versus l'efficacité » et celle de l'« adéquation verticale versus horizontale » des programmes de santé, tout en admettant que les dispositions des programmes de vaccination sont « controversées » (Clemens et al., 1996 ; Dietz et Cutts, 1997 ; Mills, 1983).

La plupart du temps, cependant, la question est récemment devenue taboue.

4.4 Le nombre hypothétique de décès (D0) qui surviendraient à cause du pathogène présumé en l'absence de vaccination présumée bénéfique est impossible à calculer.

Le nombre hypothétique de décès (**D0, dans l'équation 1**) qui surviendraient à cause du pathogène présumé en l'absence de vaccination présumée bénéfique contre le pathogène présumé ne repose pas sur une détermination ou une valeur présumée de l'efficacité présumée du vaccin (**Ev, dans l'équation 1**).

Au contraire, D0 est un nombre théorique de décès que le modélisateur estime être survenus (contrefactuel) ou surviendront (prévision) à cause d'un pathogène présumé de choix, en l'absence de toute vaccination contre ledit pathogène présumé, tous les autres facteurs étant conservés.

Par conséquent, D0 est un nombre théorique de décès causés par un agent pathogène présumé choisi (par exemple, le virus de la rougeole) qui aurait été entièrement évité si l'on avait rendu par magie ledit agent pathogène présumé parfaitement bénin (disparu), dans la population et la période de temps d'intérêt, tous les autres facteurs agissant de la même manière.

Bien qu'il s'agisse d'une expérience de pensée élégante (et apparemment séduisante), elle est incompatible avec la façon dont la mort survient réellement.

En réalité, les décès préoccupants sont toujours des événements non linéaires complexes qui impliquent plusieurs facteurs contributifs en interaction qui n'ont pas d'effets additifs.

Cela signifie que l'effet d'un agent ou d'une condition donnée dépend de la présence d'autres agents ou conditions contribuant au décès (ou à la survie).

La suppression d'un agent (l'agent pathogène présumé choisi) ne laisse pas les effets des autres agents et conditions inchangés.

Par exemple, il existe un grand nombre de travaux sur les interactions (à la fois positives et négatives) entre la principale cause de décès, à savoir les carences nutritionnelles, et les infections ambiantes, comme nous l'avons amplement expliqué dans **la section 4.3**.

Ainsi, à proprement parler, il est impossible de calculer D0, et sa définition même est incompatible avec la réalité biologique.

Si le modélisateur décide néanmoins d'ignorer cette difficulté fondamentale et insiste pour calculer D0, il se retrouve alors avec des tâches tout aussi impossibles telles que :

- estimer la prévalence à partir d'enquêtes de terrain fragiles utilisant des tests moléculaires non spécifiques et incomplètement validés
- estimer les taux de mortalité par infection à partir d'études cliniques ou épidémiologiques fragiles, sans tenir compte ou connaître les cofacteurs et comorbidités représentatifs de la population

- estimer la prévalence à partir de modèles primitifs dits dynamiques de contagion ou de propagation fragiles et non validés, qui sont à leur tour hypersensibles à des paramètres d'entrée inconnus (tels que les taux de contact infectieux)

Insister sur le calcul de D0 et sur son utilisation pour fournir des orientations politiques aux populations nationales et infranationales est un exercice idéologique, pas scientifique.

5. Le contraire est vrai : des études indépendantes montrent une surmortalité infantile associée aux programmes de vaccination

5.1 L'analyse temporelle corrélative du taux de mortalité infantile mondial et des déploiements de la couverture vaccinale mondiale montre une surmortalité infantile associée au déploiement des vaccins

Comme indiqué ci-dessus dans **la section 3 et la figure 1**, mon analyse du taux de mortalité infantile mondial comparé aux déploiements de la couverture vaccinale mondiale montre qu'il y a environ 100 millions de décès infantiles associés au déploiement des vaccins, entre 1974 et 2024 dans le monde, et non des décès évités par les vaccins.

Ma conclusion selon laquelle il existe une surmortalité infantile mondiale associée aux déploiements de la couverture vaccinale mondiale est indépendante des essais cliniques sur la sécurité et l'efficacité des vaccins (Ev), et est indépendante des estimations de la mortalité contrefactuelle (D0) qui se serait produite si les interventions de vaccination présumées bénéfiques n'avaient pas été mises en œuvre.

En fait, mon estimation d'une surmortalité infantile mondiale associée au déploiement des vaccins repose plutôt sur les changements directement observés et indépendants du modèle du taux de mortalité infantile réel (**panneau A, figure 1**) se produisant de manière synchrone avec les déploiements majeurs de la couverture vaccinale (**figure 1**).

Le taux de mortalité infantile observé augmente (c'est-à-dire des changements positifs de la pente, ou des baisses décélérées de la mortalité infantile) aux périodes d'augmentation de la couverture vaccinale par an : dans une première génération de déploiements de vaccins, 1980-1990, et dans une deuxième génération de déploiements de vaccins, 1990-2015 (**figure 1**).

Ici, la décélération de la baisse de la mortalité infantile est plus importante pour ladite deuxième génération de déploiements de vaccins, en commençant par les vaccins contre l'hépatite B et le PCV (vaccin conjugué contre le pneumocoque) vers 1992 (**figure 1**).

L'important ralentissement de la baisse de la mortalité infantile est également apparent pour les pays à faible revenu dans les travaux quantitatifs approfondis d'Ahmad et al. (2000), concernant la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les grandes régions du monde. Cette décélération n'a pas été

[Retour au sommaire](#)

expliquée et est déroutante compte tenu du grand potentiel d'amélioration, mais elle se produit dans les années où la couverture vaccinale est la plus élevée avec le plus de vaccins.

La corrélation temporelle évidente entre la décélération du déclin de la mortalité infantile et l'augmentation de la couverture vaccinale avec plus de vaccins (**Figure 1**) est une observation épidémiologique immédiate ignorée par tous les chercheurs en modélisation théorique calculant les bénéfices présumés des vaccins sur la mortalité infantile mondiale.

Mon estimation quantitative nécessairement positive d'environ 100 millions de décès infantiles excédentaires dans le monde associés aux déploiements de la couverture vaccinale mondiale est obtenue à partir de l'écart apparent entre le taux de mortalité infantile attendu déduit linéairement des périodes antérieures aux déploiements de vaccins (**scénarios d'extrapolation des lignes vertes et violettes dans le panneau A, Figure 1**) et le taux de mortalité infantile réel (avec mise en œuvre des déploiements de vaccins) (**ligne continue noire, panneau A, Figure 1**).

Cet écart est d'environ 100 millions de décès infantiles, 1974-2024, dans le monde.

Ici, mon « taux de mortalité infantile attendu déduit linéairement de la période précédant les déploiements de vaccins » est un contrefactuel de la mortalité infantile si les vaccins n'avaient pas été mis en œuvre. Contrairement aux contrefactuels des articles de modélisation des décès évités par la vaccination (**Ls, équation 1, section 1**), mon contrefactuel est entièrement basé sur l'estimation de la tendance à la baisse continue de la mortalité infantile due à l'amélioration des conditions de vie en l'absence de vaccination. Elle ne repose pas sur :

- des hypothèses sur la sécurité et l'efficacité des vaccins (Ev), ou...
- des modèles dynamiques de contagion, ou...
- des estimations de la prévalence des maladies, ou...
- des études de séroprévalence et de causes de décès déclarées ou testées.

Les scénarios d'extrapolation linéaire que j'envisage (**lignes vertes et violettes dans le panneau A de la figure 1**) constituent l'approche la plus simple, indépendante du modèle. Toute estimation résultante doit être ajustée pour tenir compte des avantages saturants de l'amélioration des conditions de vie (la mortalité infantile réelle ne peut pas être nulle ou négative).

Une mise en garde importante concernant mon scénario contrefactuel utilisant l'extrapolation linéaire est la suivante.

Les années 1990 ont vu une augmentation spectaculaire de ce que l'on appelle la mondialisation agressive (prédation économique), après la dissolution de l'Union soviétique (URSS) au début des années 1990, qui se poursuit jusqu'à aujourd'hui.

Cela s'est accompagné de pratiques industrielles dangereuses à grande échelle, telles qu'une utilisation accélérée de l'herbicide glyphosate et une augmentation des programmes de vaccination de tous types (Rancourt, 2019).

[Retour au sommaire](#)

Les impacts de cette hyper-mondialisation sur la santé et la mortalité dans les pays à faible revenu auraient pu être variés et importants.

Voir : Centre de recherche appliquée, Norwegian School of Economics et al. (2015) ; Rancourt (2019).

De même, les années 1980 ont été marquées par d'importants ajustements financiers structurels et des conséquences socioéconomiques à l'échelle mondiale, suite à l'adhésion de la Chine à la Banque mondiale en 1980 et à ce que l'on a appelé la réforme et l'ouverture (Committee et al., 2018 :

« Le début des années 1980 a marqué l'émergence de ce que l'on peut aujourd'hui considérer comme l'ère moderne du sans-abrisme »).

Plus précisément, la pauvreté et les inégalités en Afrique subsaharienne ont considérablement augmenté dans les années 1980 (Sala-i-Martin et Pinkovskiy, 2010, leurs figures 5 à 10 et 12 à 14).

5.2 Des études d'observation sur le terrain montrent une augmentation de la mortalité infantile associée à l'introduction massive du vaccin dans les pays à faible revenu

Il a été gênant pour l'industrie des vaccins que plusieurs études d'observation répétées aient montré une multiplication par plusieurs fois (jusqu'à 5) de la mortalité infantile avec l'introduction et l'administration du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche (DTP) dans les pays à faible revenu (Aaby et al., 2012, 2016, 2018 ; Mogensen et al., 2017).

Cela a conduit à ce que l'on peut appeler une tentative organisée de dissimulation de la part de l'OMS (voir Aaby et al., 2016 ; et voir Aaby et al., 2018 et Mogensen et al., 2017).

Il n'est pas inhabituel que l'OMS s'efforce d'éviter systématiquement de reconnaître des preuves significatives des effets nocifs des vaccins (Puliyel et Naik, 2018).

Les études d'observation ont généralement surveillé les décès toutes causes confondues depuis la première visite régulière à la clinique jusqu'à l'âge de 3 ans, chez les enfants vaccinés et non vaccinés dans les régions desservies par la clinique dans un pays à faible revenu. Le biais de sélection pour la vaccination devrait être que les plus fragiles sont moins vaccinés.

Par conséquent, le résultat attendu de ce biais est que les personnes vaccinées auraient une mortalité toutes causes confondues plus faible, mais l'inverse se produit, malgré tout bénéfice présumé de la vaccination DTP.

Il est difficile de ne pas conclure que les campagnes de vaccination DTP ont provoqué une forte augmentation de la mortalité infantile dans les pays à faible revenu, comme l'indique **la figure 1**, sans parler des interactions délétères inconnues entre différents vaccins.

[Retour au sommaire](#)

5.3 Des études corrélatives et comparatives révèlent des effets nocifs systématiques associés à la vaccination des nourrissons dans les pays à revenu élevé

Contrairement aux notions de sécurité et d'efficacité des vaccinations des nourrissons et des enfants, plusieurs auteurs n'ayant aucun intérêt dans l'industrie rapportent :

- une corrélation à l'échelle nationale entre le taux de mortalité infantile et le nombre de doses de vaccination infantile, dans les 30 pays les plus riches ou plus (Goldman et Miller, 2023 ; Miller et Goldman, 2011)
- une corrélation entre les taux d'hospitalisation (et de mortalité) des nourrissons et le nombre de doses de vaccination infantiles reçues, aux États-Unis (données nationales de surveillance des effets indésirables) (Goldman et Miller, 2012)
- des rapports de cotes positifs (vaccinés/non vaccinés) pour les retards de développement, l'asthme et les infections de l'oreille, à partir des bases de données cliniques américaines (Hooker et Miller, 2020)

5.4 Limites

Les principales limites de mon estimation d'environ 100 millions de décès liés aux programmes de vaccination dans le monde entre 1974 et 2024 (**section 5.1**) sont les suivantes :

1. Les décès excédentaires ne sont pas nécessairement directement causés par la toxicité des vaccins chez les nourrissons fragiles, mais peuvent plutôt être dus à des programmes néfastes ou à des changements dans les programmes existants associés au déploiement des programmes de vaccination.

Par exemple, des déploiements supplémentaires de vaccins peuvent être associés à un détournement des ressources structurelles et humaines de la fourniture de services de santé et d'urgence rudimentaires. (Voir Rancourt, 2024, leur section 3.3.6, concernant des exemples de causes de décès liées au déploiement des vaccins.)

2. La mise en garde exprimée à la fin de la **section 5.1** concernant les transformations mondiales survenues dans les années 1980 et à partir des années 1990. Ces mesures auraient augmenté la mortalité infantile (ou ralenti sa baisse) par le biais d'une augmentation de la pauvreté et des inégalités, en grande partie indépendamment des programmes de vaccination (Centre de recherche appliquée, École norvégienne d'économie et al., 2015 ; Comité et al., 2018 ; Rancourt, 2019).

6 Conclusion

« En occultant la profondeur et la complexité des véritables enjeux et en les répétant sans cesse, certaines déclarations et certains concepts ont acquis une crédibilité tout à fait injustifiée. » (England, 1978)

J'ai commencé avec l'objectif de dénoncer des exercices de modélisation théorique ridicules dans lesquels les auteurs prétendent calculer la mortalité évitée par des programmes de vaccination appliqués à l'échelle mondiale, mais j'ai découvert que l'industrie de longue date de l'administration de programmes de vaccination pour sauver de la mort les nourrissons dans les pays à faible revenu **est scientifiquement sans fondement** et constitue une entreprise frauduleuse qui détourne les ressources et l'attention du développement urgent nécessaire pour corriger l'exploitation néocoloniale de masse en cours (Centre for Applied Research, Norwegian School of Economics et al., 2015 ; Fernandez et Hendrikse, 2020).

Il n'existe pratiquement aucun essai clinique de niveau politique sur la sécurité des vaccins pour les nourrissons.

Il n'existe pas d'études contrôlées de toxicité des vaccins pertinentes dans des conditions de terrain réalistes où les nourrissons présentent généralement un ensemble complexe de conditions en interaction (principalement des carences nutritionnelles et de nombreux facteurs de stress environnementaux liés aux toxines de l'approvisionnement alimentaire, à l'eau insalubre et aux parasites virulents, sans parler des conditions atmosphériques difficiles et des conflits armés).

Il n'existe pratiquement aucun essai clinique de niveau politique sur l'efficacité des vaccins, et l'efficacité des vaccins n'a jamais été démontrée de manière fiable dans des études observationnelles ou écologiques exemptes de biais de conception.

À ma connaissance et jusqu'à preuve du contraire, il n'existe aucun exemple connu de baisse de la mortalité infantile mesurée associée temporellement à un déploiement d'une campagne de vaccination infantile ou au lancement d'un programme permanent de vaccination infantile.

La cause principale de la mortalité infantile élevée est l'extrême pauvreté structurellement imposée, associée à une malnutrition sévère et à une exposition incessante aux défis posés par des environnements de vie toxiques. Cette cause n'est pas abordée. L'exploitation financière structurelle n'est pas abordée.

Dans ce contexte, les documents de modélisation théorique ne sont qu'une partie du problème.

En bref, mon opinion réfléchie est la suivante :

- La vaccination des enfants **n'a jamais été prouvée sûre ou efficace**
- Il n'y a jamais eu de baisse de la mortalité infantile ou du jeune enfant concomitante ou consécutive à une campagne de vaccination infantile – **c'est le contraire qui est vrai**
- La santé et la mortalité infantiles et infantes sont majoritairement associées au développement, à la stabilité, à des environnements non toxiques, à la sécurité alimentaire et à la nutrition – **et non aux vaccins**
- L'industrie de longue date des programmes de vaccination infantile **est une entreprise frauduleuse d'exploitation sans fondement**

[Retour au sommaire](#)

- **Les véritables problèmes** de santé infantile et de la population **ne sont pas abordés de manière structurée**
- La modélisation contrefactuelle intéressée est si artificielle qu'elle semble **fallacieuse et fait en réalité partie du problème**

Remerciements

Je tiens à remercier mes anciens co-auteurs et collaborateurs depuis 2020 pour les nombreux et continus échanges et défis, ainsi que toutes les personnes qui soutiennent nos recherches.

Références

- Aaby et al. (2012): Aaby P, Benn C, Nielsen J, et al. /// Testing the hypothesis that diphtheria tetanus pertussis vaccine has negative non-specific and sex-differential effects on child survival in high-mortality countries. /// *BMJ Open* 2012;2:e000707. doi:10.1136/bmjopen-2011000707 /// <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000707>
- Aaby et al. (2016): Aaby, Peter; Ravn, Henrik; Benn, Christine S. /// The WHO Review of the Possible Nonspecific Effects of Diphtheria-Tetanus-Pertussis Vaccine. /// *The Pediatric Infectious Disease Journal* 35(11):p 1247-1257, November 2016. | DOI: 10.1097/INF.0000000000001269 /// <https://doi.org/10.1097/inf.0000000000001269>
- Aaby et al. (2018): Aaby P, Mogensen SW, Rodrigues A, Benn CS /// Evidence of Increase in Mortality After the Introduction of Diphtheria-Tetanus-Pertussis Vaccine to Children Aged 6–35 Months in Guinea-Bissau: A Time for Reflection? /// *Front. Public Health* 2018, 6:79. doi: 10.3389/fpubh.2018.00079 /// <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00079>
- Ahmad et al. (2000): Ahmad OB, Lopez AD, Inoue M. /// The decline in child mortality: a reappraisal. /// *Bull World Health Organ.* 2000;78(10):1175-91. PMID: 11100613; PMCID: PMC2560617. /// <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11100613/>
- Armstrong et al. (1999): Armstrong GL, Conn LA, Pinner RW. /// Trends in Infectious Disease Mortality in the United States During the 20th Century. /// *JAMA.* 1999;281(1):61–66. doi:10.1001/jama.281.1.61 /// <https://doi.org/10.1001/jama.281.1.61>
- Arrieta et al. (2014): Arrieta MC, Stiemsma LT, Amenyogbe N, Brown EM, Finlay B. /// The intestinal microbiome in early life: health and disease. /// *Front Immunol.* 2014 Sep 5;5:427. doi: 10.3389/fimmu.2014.00427. PMID: 25250028; PMCID: PMC4155789. /// <https://doi.org/10.3389/fimmu.2014.00427>
- Auzenbergs et al. (2023): Auzenbergs M, Fu H, Abbas K, Procter SR, Cutts FT, Jit M. /// Health effects of routine measles vaccination and supplementary immunisation activities in 14 highburden countries: a Dynamic Measles Immunization Calculation Engine (DynaMICE) modelling study. /// *Lancet Glob Health.* 2023 Aug;11(8):e1194-e1204. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00220-6. PMID: 37474227; PMCID: PMC10369016. /// [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(23\)00220-6](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(23)00220-6)
- Bailey et al. (2015): Regan L. Bailey, Keith P. West Jr., Robert E. Black /// The Epidemiology of Global Micronutrient Deficiencies /// *Ann Nutr Metab* 1 June 2015; 66 (Suppl. 2): 22–33. <https://doi.org/10.1159/000371618>
- Baldursson and Karanis (2011): Selma Baldursson, Panagiotis Karanis /// Waterborne transmission of protozoan parasites: Review of worldwide outbreaks – An update 2004–2010 /// *Water Research*, Volume 45, Issue 20, 2011, Pages 6603-6614, ISSN 0043-1354, <https://doi.org/10.1016/j.watres.2011.10.013>
- Bekelman et al. (2003): Bekelman JE, Li Y, Gross CP. /// Scope and Impact of Financial Conflicts of Interest in Biomedical Research: A Systematic Review. /// *JAMA.* 2003;289(4):454–465. doi:10.1001/jama.289.4.454 /// <https://doi.org/10.1001/jama.289.4.454>
- BGI Consulting (2007): BGI Consulting /// Methods: Counterfactual analysis /// <https://www.bgiconsulting.it/counterfactual-analysis> (accessed on 4 January 2025)

[Retour au sommaire](#)

Black et al. (2003): Black RE, Morris SS, Bryce J. // Where and why are 10 million children dying every year? // *Lancet*. 2003 Jun 28;361(9376):2226-34. doi: 10.1016/S01406736(03)13779-8. PMID: 12842379. // [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)13779-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(03)13779-8)

Brand and Siri (2024): Russell Brand, Aaron Siri // Aaron Siri REVEALS the Shocking Truth Behind Vaccine Trials – SF509 (video, 1h28m) // *Rumble*, 6 December 2024 livestream, Russell Brand channel (<https://rumble.com/c/russellbrand>) // <https://rumble.com/v5wo69t-aaronsiri-reveals-the-shocking-truth-behind-vaccine-trials-sf509.html> (accessed on 5 January 2025, 304K views)

Carbone et al. (2008): Tracy Carbone, Betty McEntire, Dmitry Kissin, Dorothy Kelly, Alfred Steinschneider, Kimon Violaris, Nilima Karamchandani // Absence of an Increase in Cardiorespiratory Events After Diphtheria-Tetanus-Acellular Pertussis Immunization in Preterm Infants: A Randomized, Multicenter Study. // *Pediatrics*, May 2008; 121 (5): e1085–e1090. 10.1542/peds.2007-2059 // <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2059>

Carter et al. (2024): Austin Carter, William Msemburi, So Yoon Sim, Katy A.M. Gaythorpe, Philipp Lambach, Ann Lindstrand, Raymond Hutubessy // Modeling the impact of vaccination for the immunization Agenda 2030: Deaths averted due to vaccination against 14 pathogens in 194 countries from 2021 to 2030 // *Vaccine*, Volume 42, Supplement 1, 2024, Pages S28-S37, ISSN 0264-410X, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2023.07.033>

Centre for Applied Research, Norwegian School of Economics et al. (2015): Centre for Applied Research, Norwegian School of Economics; Global Financial Integrity; Jawaharlal Nehru University; Instituto de Estudos Socioeconômicos; Nigerian Institute of Social and Economic Research // REPORT: Financial Flows and Tax Havens: Combining to Limit the Lives of Billions of People // *Global Financial Integrity*, December 2015 (136 pages) // <https://gfintegrity.org/report/financial-flows-and-tax-havens-combining-to-limit-the-lives-ofbillions-of-people/> // https://web.archive.org/web/20170420021029/https://gfintegrity.org/wpcontent/uploads/2016/12/Financial_Flows-final.pdf

Clemens et al. (1996): Clemens J, Brenner R, Rao M, Tafari N, Lowe C. // Evaluating New Vaccines for Developing Countries: Efficacy or Effectiveness? // *JAMA*. 1996;275(5):390–397. doi:10.1001/jama.1996.03530290060038 // <https://jamanetwork.com/journals/jama/articleabstract/395707>

Committee et al. (2018): National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Policy and Global Affairs; Science and Technology for Sustainability Program; Committee on an Evaluation of Permanent Supportive Housing Programs for Homeless Individuals. // Appendix B, The History of Homelessness in the United States. // In: *Permanent Supportive Housing: Evaluating the Evidence for Improving Health Outcomes Among People Experiencing Chronic Homelessness*. // Washington (DC): National Academies Press (US); 2018 Jul 11. // Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519584/>

Cutler and Miller (2004): Cutler, David M. and Grant Miller. // The Role of Public Health Improvements in Health Advances: The 20th Century United States // *National Bureau of Economic Research (NBER)*, Working Paper 10511, DOI 10.3386/w10511, Issue Date May 2004 // <https://www.nber.org/papers/w10511> || also published here: *Demography* 42, 1(February 2005), 1-22, <https://doi.org/10.1353/dem.2005.0002>

Cutler et al. (2006): David Cutler, Angus Deaton and Adriana Lleras-Muney // The Determinants of Mortality // *Journal of Economic Perspectives*, Volume 20, Number 3, Summer 2006, Pages 97–120 // DOI: 10.1257/jep.20.3.97 // <https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/jep.20.3.97>

Cutts et al. (2020): F.T. Cutts, E. Dansereau, M.J. Ferrari, M. Hanson, K.A. McCarthy, C.J.E. Metcalf, S. Takahashi, A.J. Tatem, N. Thakkar, S. Truelove, E. Utazi, A. Wesolowski, A.K. Winter // Using models to shape measles control and elimination strategies in low- and middleincome countries: A review of recent applications // *Vaccine*, Volume 38, Issue 5, 2020, Pages 979-992, ISSN 0264-410X, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.11.020>

Dietz and Cutts (1997): Dietz V, Cutts F. // The Use of Mass Campaigns in the Expanded Program on Immunization: A Review of Reported Advantages and Disadvantages // *International Journal of Health Services*. 1997;27(4):767-790. doi: 10.2190/QPCQ-FBF8-6ABX-2TB5 // <https://doi.org/10.2190/QPCQ-FBF8-6ABX-2TB5>

Echeverria-Londono et al. (2021): Echeverria-Londono, S., Li, X., Toor, J. et al. // How can the public health impact of vaccination be estimated? // *BMC Public Health* 21, 2049 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12040-9>

Elisha et al. (2021): Ety Elisha, Josh Guetzkow, Yaffa Shir-Raz & Natti Ronel // Retraction of scientific papers: the case of vaccine research // *Critical Public Health*, 2021, DOI:

[Retour au sommaire](#)

10.1080/09581596.2021.1878109 /// <https://doi.org/10.1080/09581596.2021.1878109>

England (1978): R England /// More myths in international health planning /// *American Journal of Public Health* 1978, 68, 153-159, <https://doi.org/10.2105/AJPH.68.2.153>

Fernandez and Hendrikse (2020): Rodrigo Fernandez, Reijer Hendrikse /// Chapter 19: Offshore Finance /// In book: *The Routledge International Handbook of Financialization* (pp.224-237) Publisher: Routledge, 2020, <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315142876-19/offshore-finance-rodrigo-fernandez-reijer-hendrikse> /// https://www.researchgate.net/publication/341106553_Offshore_Finance

Gaythorpe et al. (2021): Katy AM Gaythorpe, Kaja Abbas, John Huber, Andromachi Karachaliou, Niket Thakkar, Kim Woodruff, Xiang Li, Susy Echeverria-Londono, VIMC Working Group on COVID-19 Impact on Vaccine Preventable Disease, Matthew Ferrari, Michael L Jackson, Kevin McCarthy, T Alex Perkins, Caroline Trotter, Mark Jit /// Impact of COVID-19 related disruptions to measles, meningococcal A, and yellow fever vaccination in 10 countries /// *eLife* 10:e67023, 2021. <https://doi.org/10.7554/eLife.67023>

Goldman and Miller (2012): Goldman GS, Miller NZ. /// Relative trends in hospitalizations and mortality among infants by the number of vaccine doses and age, based on the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 1990-2010. /// *Hum Exp Toxicol.* 2012 Oct;31(10):1012-21. doi: 10.1177/0960327112440111. Epub 2012 Apr 24. Erratum in: *Hum Exp Toxicol.* 2012 Nov;31(11):1190. PMID: 22531966; PMCID: PMC3547435. /// <https://doi.org/10.1177/0960327112440111> /// <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0960327112440111>

Goldman and Miller (2023): Goldman G S, Miller N Z /// Reaffirming a Positive Correlation Between Number of Vaccine Doses and Infant Mortality Rates: A Response to Critics. /// *Cureus* (February 02, 2023) 15(2): e34566. DOI 10.7759/cureus.34566 /// <https://doi.org/10.7759/cureus.34566>

Gombart et al. (2020): Gombart, A.F.; Pierre, A.; Maggini, S. /// A Review of Micronutrients and the Immune System—Working in Harmony to Reduce the Risk of Infection. /// *Nutrients* 2020, 12, 236. <https://doi.org/10.3390/nu12010236>

Gøtzsche (2013): Peter Gøtzsche /// *Deadly Medicines and Organised Crime: How big pharma has corrupted healthcare* /// CRC Press: Taylor & Francis Group, 2013, 310 pages, ISBN-13: 978-1-84619-884-7 (pbk).

Greenberg et al. (2025): Greenberg RG, Rountree W, Staat MA, et al. /// Apnea After 2-Month Vaccinations in Hospitalized Preterm Infants: A Randomized Clinical Trial. /// *JAMA Pediatr.*, Published online January 06, 2025. doi:10.1001/jamapediatrics.2024.5311 /// <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.5311>

Hendrickse (1975): R.G. Hendrickse /// Problems of future measles vaccination in developing countries /// *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, Volume 69, Issue 1, 1975, Pages 31–34, [https://doi.org/10.1016/0035-9203\(75\)90007-3](https://doi.org/10.1016/0035-9203(75)90007-3)

Hendrickse (1997): R.G. Hendrickse /// Of sick turkeys, kwashiorkor, malaria, perinatal mortality, heroin addicts and food poisoning: research on the influence of aflatoxins on child health in the tropics /// *Annals of Tropical Medicine & Parasitology*, 1997, 91:7, 787-793, DOI: 10.1080/00034983.1997.11813204 /// <http://dx.doi.org/10.1080/00034983.1997.11813204>

Hickey and Rancourt (2023a): Hickey J, Rancourt DG /// Predictions from standard epidemiological models of consequences of segregating and isolating vulnerable people into care facilities. /// *PLoS ONE* 2023, 18(10): e0293556. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293556>

Hickey and Rancourt (2023b): Hickey J, Rancourt D G /// Viral Respiratory Epidemic Modeling of Societal Segregation Based on Vaccination Status. /// *Cureus* (December 14, 2023) 15(12): e50520. doi:10.7759/cureus.50520 /// <https://www.cureus.com/articles/203723-viral-respiratory-epidemic-modeling-of-societal-segregation-based-on-vaccination-status#!>

Hooker and Miller (2020): Hooker BS, Miller NZ. /// Analysis of health outcomes in vaccinated and unvaccinated children: Developmental delays, asthma, ear infections and gastrointestinal disorders. /// *SAGE Open Medicine.* 2020;8. doi:10.1177/2050312120925344 /// <https://doi.org/10.1177/2050312120925344> /// <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2050312120925344>

Horton (2004): Richard Horton /// The dawn of McScience /// *New York Review of Books*, 51, 2004, 7-9. /// <https://web.archive.org/web/20160408195148/https://www.nybooks.com/articles/2004/03/11/the-dawn-of-mcscience/>

Humphries and Bystrianyk (2015): Suzanne Humphries, Roman Bystrianyk /// *Dissolving Illusions: Disease, Vaccines, and the Forgotten History* /// ISBN: 1480216895, ISBN-13: 978-

[Retour au sommaire](#)

1480216891 /// author copyrights 2013, 2015; 504 pages /// <https://dissolvingillusions.com/> ICAN (2017): Informed Consent Action Network /// ICAN letter to United States Department of Health and Human Services (HHS) regarding shortcomings in vaccine safety: "Re: HHS Vaccine Safety Responsibilities and Notice Pursuant to 42 U.S.C. § 300aa-31" /// 12 October 2017 (with appendixes) (37 pages) /// <https://icandecide.org/vaccine-safety-debate/> /// <https://web.archive.org/web/20220625000701/https://www.icandecide.org/wpcontent/uploads/2019/09/ICAN-HHS-Notice-1.pdf> (accessed 2025-01-19)

Ioannidis (2005): Ioannidis JPA /// Why Most Published Research Findings Are False. /// *PLoS Med* 2005, 2(8): e124. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020124>

Ioannidis (2016a): Ioannidis, J.P.A. /// The Mass Production of Redundant, Misleading, and Conflicted Systematic Reviews and Meta-analyses. /// *The Milbank Quarterly*, 2016, 94: 485514. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12210> /// <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27620683/>

Ioannidis (2016b): Ioannidis, J.P.A. /// Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett /// *Journal of Clinical Epidemiology*, 2016, Volume 73, 82 - 86 /// <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.02.012>

Ioannidis et al. (2022): John P.A. Ioannidis, Sally Cripps, Martin A. Tanner /// Forecasting for COVID-19 has failed /// *International Journal of Forecasting*, Volume 38, Issue 2, 2022, Pages 423-438, ISSN 0169-2070, <https://doi.org/10.1016/j.ijforecast.2020.08.004>

Ioannidis et al. (2024): John P.A. Ioannidis, Angelo Maria Pezzullo, Antonio Cristiano, Stefania Boccia /// Global estimates of lives and life-years saved by COVID-19 vaccination during 2020-2024 /// *medRxiv* 2024.11.03.24316673; doi: <https://doi.org/10.1101/2024.11.03.24316673> /// <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2024.11.03.24316673v2> (version 2)

Jones et al. (2003): Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS; Bellagio Child Survival Study Group. /// How many child deaths can we prevent this year? /// *Lancet*. 2003 Jul 5;362(9377):65-71. doi: 10.1016/S0140-6736(03)13811-1. PMID: 12853204. /// [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)13811-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(03)13811-1)

Katoch (2022): Om Raj Katoch /// Determinants of malnutrition among children: A systematic review /// *Nutrition*, Volume 96, 2022, 111565, ISSN 0899-9007, <https://doi.org/10.1016/j.nut.2021.111565>

Katona and Katona-Apte (2008): Peter Katona, Judit Katona-Apte /// The Interaction between Nutrition and Infection /// *Clinical Infectious Diseases*, Volume 46, Issue 10, 15 May 2008, Pages 1582–1588, <https://doi.org/10.1086/587658>

Keeling and Rohani (2008): Keeling, Matt J., and Pejman Rohani /// *Modeling Infectious Diseases in Humans and Animals* /// Princeton University Press, 2008, pp. 384. ISBN: 9780691116174. (Chapter Eight: Controlling Infectious Diseases, pp. 291-335.)

Keusch (2003): Keusch GT. /// The history of nutrition: malnutrition, infection and immunity. /// *J Nutr*. 2003 Jan;133(1):336S-340S. doi: 10.1093/jn/133.1.336S. PMID: 12514322. /// <https://doi.org/10.1093/jn/133.1.336s>

Krauss (2018): Alexander Krauss /// Why all randomised controlled trials produce biased results /// *Annals of Medicine*, 50:4, 312-322, DOI: 10.1080/07853890.2018.1453233 /// <https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1453233>

Laforest-Lapointe and Arrieta (2017): Laforest-Lapointe I, Arrieta MC. /// Patterns of Early-Life Gut Microbial Colonization during Human Immune Development: An Ecological Perspective. /// *Front Immunol*. 2017 Jul 10;8:788. doi: 10.3389/fimmu.2017.00788. PMID: 28740492; PMCID: PMC5502328. /// <https://doi.org/10.3389/fimmu.2017.00788>

Lazarus et al. (2023): Lazarus, J.V., Wyka, K., White, T.M. et al. /// A survey of COVID-19 vaccine acceptance across 23 countries in 2022. /// *Nat Med* 29, 366–375 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02185-4>

Lexchin et al. (2003): Lexchin J, Bero L A, Djulbegovic B, Clark O. /// Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review /// *BMJ* 2003; 326 :1167 doi:10.1136/bmj.326.7400.1167 /// <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7400.1167>

Li et al. (2021): Li X, Mukandavire C, Cucunubá ZM, Echeverria Londono S, Abbas K, Clapham HE, Jit M, Johnson HL, Papadopoulos T, Vynnycky E, Brisson M, Carter ED, Clark A, de Villiers MJ, Eilertson K, Ferrari MJ, Gamkrelidze I, Gaythorpe KAM, Grassly NC, Hallett TB, Hinsley W,

[Retour au sommaire](#)

Jackson ML, Jean K, Karachaliou A, Klepac P, Lessler J, Li X, Moore SM, Nayagam S, Nguyen DM, Razavi H, Razavi-Shearer D, Resch S, Sanderson C, Sweet S, Sy S, Tam Y, Tanvir H, Tran QM, Trotter CL, Truelove S, van Zandvoort K, Verguet S, Walker N, Winter A, Woodruff K, Ferguson NM, Garske T; Vaccine Impact Modelling Consortium. /// Estimating the health impact of vaccination against ten pathogens in 98 low-income and middle-income countries from 2000 to 2030: a modelling study. /// *Lancet*. 2021 Jan 30;397(10272):398-408. doi: 10.1016/S01406736(20)32657-X. Erratum in: *Lancet*. 2021 Feb 20;397(10275):670. doi: 10.1016/S01406736(21)00398-6. PMID: 33516338; PMCID: PMC7846814. /// [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32657-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32657-x)

Liu et al. (2016): Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, Lawn JE, Cousens S, Mathers C, Black RE. /// Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. /// *Lancet*. 2016 Dec 17;388(10063):3027-3035. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31593-8. Epub 2016 Nov 11. Erratum in: *Lancet*. 2017 May 13;389(10082):1884. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31212-6. PMID: 27839855; PMCID: PMC5161777. /// [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31593-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31593-8)

Mangin et al. (2018): Mangin, D., Bahat, G., Golomb, B.A. et al. /// International Group for Reducing Inappropriate Medication Use & Polypharmacy (IGRIMUP): Position Statement and 10 Recommendations for Action. /// *Drugs Aging* 35, 575–587 (2018). <https://doi.org/10.1007/s40266-018-0554-2>

McKinlay and McKinlay (1977): John B. McKinlay, Sonja M. McKinlaySource /// The Questionable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century /// *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, Vol. 55, No. 3 (Summer,1977), pp. 405-428 /// Published by: Wiley on behalf of Milbank Memorial Fund /// <http://www.istor.org/stable/3349539>

Mesa et al. (2023): Daniela Olivera Mesa, Peter Winskill, Azra C Ghani, Katharina Hauck /// The societal cost of vaccine refusal: A modelling study using measles vaccination as a case study /// *Vaccine*, Volume 41, Issue 28, 2023, Pages 4129-4137, ISSN 0264-410X, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2023.05.039>

Miller and Goldman (2011): Miller NZ, Goldman GS. /// Infant mortality rates regressed against number of vaccine doses routinely given: is there a biochemical or synergistic toxicity? /// *Hum Exp Toxicol*. 2011 Sep;30(9):1420-8. doi: 10.1177/0960327111407644. Epub 2011 May 4. Erratum in: *Hum Exp Toxicol*. 2011 Sep;30(9):1429. PMID: 21543527; PMCID: PMC3170075. /// <https://doi.org/10.1177/0960327111407644> /// <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0960327111407644>

Mills (1983): Anne Mills /// Vertical vs horizontal health programmes in Africa: Idealism, pragmatism, resources and efficiency /// *Social Science & Medicine*, Volume 17, Issue 24, 1983, Pages 1971-1981, ISSN 0277-9536, [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90137-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90137-5)

Mogensen et al. (2017): Mogensen SW, Andersen A, Rodrigues A, Benn CS, Aaby P. /// The Introduction of Diphtheria-Tetanus-Pertussis and Oral Polio Vaccine Among Young Infants in an Urban African Community: A Natural Experiment. /// *EBioMedicine*. 2017 Mar;17:192-198. doi: 10.1016/j.ebiom.2017.01.041. Epub 2017 Feb 1. PMID: 28188123; PMCID: PMC5360569. /// <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2017.01.041>

Mosley and Chen (1984): W. Henry Mosley and Lincoln C. Chen /// An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries /// *Population and Development Review*, Vol. 10, Supplement: Child Survival: Strategies for Research (1984), pp. 25-45 (21 pages), Published By: Wiley /// <https://doi.org/10.2307/2807954>

Olin et al. (2018): Axel Olin, Ewa Henckel, Yang Chen, Tadepally Lakshminanth, Christian Pou, Jaromir Mikes, Anna Gustafsson, Anna Karin Bernhardsson, Cheng Zhang, Kajsa Bohlin, Petter Brodin /// Stereotypic Immune System Development in Newborn Children /// *Cell*, Volume 174, Issue 5, 2018, Pages 1277-1292.e14, ISSN 0092-8674 /// <https://doi.org/10.1016/j.cell.2018.06.045>

Puliyel and Naik (2018): Puliyel J and Naik P. /// Revised World Health Organization (WHO)'s causality assessment of adverse events following immunization—a critique [version 2; peer review: 2 approved]. /// *F1000Research* 2018, 7:243 /// <https://doi.org/10.12688/f1000research.13694.2>

Rancourt (2019): Rancourt DG /// Geo-Economics and Geo-Politics Drive Successive Eras of Predatory Globalization and Social Engineering — Historical emergence of climate change, gender equity, and anti-racism as State doctrines /// Ontario Civil Liberties Association, 2 April

[Retour au sommaire](#)

2019 (78 pages), OCLA Report 2019-1 | April 2019, https://ocla.ca/wp-content/uploads/2019/04/OCLA_Report_2019-1.pdf /// <https://archive.org/details/rancourtgeopolitics-and-globalization-report-1626881751104-ocla-report-2019-1>

Rancourt (2021): Rancourt, DG /// Do Face Masks Reduce COVID-19 Spread in Bangladesh? Are the Abaluck et al. Results Reliable? /// *denisrancourt.ca* (20 September 2021) /// <https://denisrancourt.ca/entries.php?id=106> - archived: <https://archive.ph/yHbWO> - republished: <https://www.globalresearch.ca/do-face-masks-reduce-covid-19-spread-bangladesh-abaluck-et-al-results-reliable/5756323?pdf=5756323> /// <https://correlation-canada.org/do-face-masks-workin-bangladesh/>

Rancourt (2024): Rancourt, DG. /// Medical Hypothesis: Respiratory epidemics and pandemics without viral transmission. CORRELATION Research in the Public Interest, Report, 02 December 2024. <https://correlation-canada.org/respiratory-epidemics-without-viral-transmission/> /// also published as: Rancourt, D. G. Medical Hypothesis: Respiratory Epidemics and Pandemics Without Viral Transmission. *Preprints* 2024, 2024120480. <https://doi.org/10.20944/preprints202412.0480.v1>

Rancourt et al. (2022): Rancourt, D.G., Baudin, M. and Mercier, J. /// Proof that Canada's COVID-19 mortality statistics are incorrect. /// *Correlation Research in the Public Interest*, 5 October 2022 /// <https://correlation-canada.org/report-proof-that-canadas-covid-19-mortalitystatistics-are-incorrect/>

Rancourt et al. (2023): Rancourt, D.G., Baudin, M., Hickey, J., Mercier, J. /// COVID-19 vaccine-associated mortality in the Southern Hemisphere /// *CORRELATION Research in the Public Interest*, Report, 17 September 2023. <https://correlation-canada.org/covid-19-vaccineassociated-mortality-in-the-southern-hemisphere/> /// also published as: Rancourt DG, Baudin M, Hickey J, Mercier J. "COVID-19 vaccine-associated mortality in the Southern Hemisphere". *Journal of Research and Applied Medicine*, Vol.2 No.2 (July 2024), <https://researchandappliedmedicine.com/revistas/vol2/revista2/canada-ingles.pdf> (English)

Rancourt et al. (2024): Rancourt DG, Hickey J, Linard C. /// Spatiotemporal variation of excess all-cause mortality in the world (125 countries) during the Covid period 2020-2023 regarding socio economic factors and public-health and medical interventions. /// *CORRELATION Research in the Public Interest*, Report, 19 July 2024 (521 pages). <https://correlationcanada.org/covid-excess-mortality-125-countries>

Rancourt and Hickey (2023): Rancourt DG and Hickey J /// Quantitative evaluation of whether the Nobel-Prize-winning COVID-19 vaccine actually saved millions of lives /// *CORRELATION Research in the Public Interest*, Brief Report, 08 October 2023 (115 pages). <https://correlationcanada.org/nobel-vaccine-and-all-cause-mortality/>

Rodríguez et al. (2011): Rodríguez, L.; Cervantes, E.; Ortiz, R. /// Malnutrition and Gastrointestinal and Respiratory Infections in Children: A Public Health Problem. /// *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2011, 8, 1174-1205. <https://doi.org/10.3390/ijerph8041174>

Roush et al. (2007): Roush SW, Murphy TV, Vaccine-Preventable Disease Table Working Group AT. /// Historical Comparisons of Morbidity and Mortality for Vaccine-Preventable Diseases in the United States. /// *JAMA*. 2007;298(18):2155-2163. doi:10.1001/jama.298.18.2155 /// <https://doi.org/10.1001/jama.298.18.2155>

Sala-i-Martin and Pinkovskiy (2010): Xavier Sala-i-Martin and Maxim Pinkovskiy /// African Poverty is Falling...Much Faster than You Think! /// National Bureau of Economic Research, NBER Working Paper No. 15775, February 2010, JEL No. O0,O1,O55 /// https://www.nber.org/system/files/working_papers/w15775/w15775.pdf

Scrimshaw (2003): Scrimshaw NS. /// Historical concepts of interactions, synergism and antagonism between nutrition and infection. /// *J Nutr*. 2003 Jan;133(1):316S-321S. doi: 10.1093/jn/133.1.316S. PMID: 12514318. /// <https://doi.org/10.1093/jn/133.1.316s>

Scrimshaw et al. (1968): Scrimshaw, Nevin Stewart, Taylor, Carl Ernest, Gordon, John Everett & World Health Organization /// Interactions of nutrition and infection / Nevin S. Scrimshaw, Carl E. Taylor, John E. Gordon ; prepared in consultation with seventeen specialists in various countries. /// World Health Organization, 1968, 329 pages, <https://iris.who.int/handle/10665/41782>

Shattock et al. (2024): Shattock AJ, Johnson HC, Sim SY, Carter A, Lambach P, Hutubessy RCW, Thompson KM, Badizadegan K, Lambert B, Ferrari MJ, Jit M, Fu H, Silal SP, Hounsell RA, White RG, Mosser JF, Gaythorpe KAM, Trotter CL, Lindstrand A, O'Brien KL, Bar-Zeev N. /// Contribution of vaccination to improved survival and health: modelling 50 years of the Expanded Programme on Immunization. /// *Lancet*. 2024 May 25;403(10441):2307-2316. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00850-X. Epub 2024 May 2. PMID: 38705159; PMCID: PMC11140691. /// [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(24\)00850-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)00850-x)

[Retour au sommaire](#)

Smith (2005): Smith R. /// Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. /// *PLoS Med.* 2005 May;2(5):e138. doi: 10.1371/journal.pmed.0020138. Epub 2005 May 17. PMID: 15916457; PMCID: PMC1140949. /// <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020138>

Stewart (2024): Ken Stewart /// significant figures /// *Britannica*, Science, Last updated: Dec 16, 2024 /// <https://www.britannica.com/science/significant-figures> (accessed 2025-01-22)

Toor et al. (2021): Jaspreet Toor, Susy Echeverria-Londono, Xiang Li, Kaja Abbas, Emily D Carter, Hannah E Clapham, Andrew Clark, Margaret J de Villiers, Kirsten Eilertson, Matthew Ferrari, Ivane Gamkrelidze, Timothy B Hallett, Wes R Hinsley, Daniel Hogan, John H Huber, Michael L Jackson, Kevin Jean, Mark Jit, Andromachi Karachaliou, Petra Klepac, Alicia Kraay, Justin Lessler, Xi Li, Benjamin A Lopman, Tewodaj Mengistu, C Jessica E Metcalf, Sean M Moore, Shevanthi Nayagam, Timos Papadopoulos, T Alex Perkins, Allison Portnoy, Homie Razavi, Devin Razavi-Shearer, Stephen Resch, Colin Sanderson, Steven Sweet, Yvonne Tam, Hira Tanvir, Quan Tran Minh, Caroline L Trotter, Shaun A Truelove, Emilia Vynnycky, Neff Walker, Amy Winter, Kim Woodruff, Neil M Ferguson, Katy AM Gaythorpe /// Lives saved with vaccination for 10 pathogens across 112 countries in a pre-COVID-19 world /// *eLife*, 2021, 10:e67635. <https://doi.org/10.7554/eLife.67635>

UN (2019): United Nations /// WWAP (UNESCO World Water Assessment Programme). 2019. /// The United Nations World Water Development Report 2019: Leaving No One Behind. /// Paris, UNESCO. (201 pages) /// <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000367306>

UN (2023): United Nations /// Extreme Poverty in Developing Countries Inextricably Linked to Global Food Insecurity Crisis, Senior Officials Tell Second Committee: Delegates Warn Agriculture Sector Underdeveloped, Underfunded, Beset by Crises /// Five major reports presented: A/78/74, A/78/218, A/78/233, A/78/238, A/78/239 /// Seventy-eighth Session, 16th & 17th Meetings (AM & PM), GA/EF/3590, 11 October 2023 /// <https://press.un.org/en/2023/gaef3590.doc.htm> /// <https://web.archive.org/web/20231015114159/https://press.un.org/en/2023/gaef3590.doc.htm>

Verguet et al. (2015): Stéphane Verguet, Mira Johri, Shaun K. Morris, Cindy L. Gauvreau, Prabhat Jha, Mark Jit /// Controlling measles using supplemental immunization activities: A mathematical model to inform optimal policy /// *Vaccine*, Volume 33, Issue 10, 2015, Pages 1291-1296, ISSN 0264-410X /// <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.11.050>

Watson et al. (2022): Watson OJ, Barnsley G, Toor J, Hogan AB, Winskill P, Ghani AC. /// Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study /// *Lancet Infect Dis.* 2022 Sep;22(9):1293-1302. doi: 10.1016/S1473-3099(22)00320-6. Epub 2022 Jun 23. Erratum in: *Lancet Infect Dis.* 2023 Oct;23(10):e400. PMID: 35753318; PMCID: PMC9225255. /// [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00320-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00320-6)

WHO (2019): World Health Organization /// Ten threats to global health in 2019 /// <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019> (accessed on 14 January 2025) /// archived: <https://archive.ph/zW17N>

Winter et al. (2022): Winter, Amy K; Lambert, Brian; Klein, Daniel; Klepac, Petra; Papadopoulos, Timos; Truelove, Shaun; Burgess, Colleen; Santos, Heather; Knapp, Jennifer K; Reef, Susan E; Kayembe, Lidia K; Shendale, Stephanie; Kretsinger, Katrina; Lessler, Justin; Vynnycky, Emilia; McCarthy, Kevin; Ferrari, Matthew; Jit, Mark /// Feasibility of measles and rubella vaccination programmes for disease elimination: a modelling study /// *Lancet Glob Health.* 2022, 10(10):e1412-e1422. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/121808>

Ygberg and Nilsson (2012): Ygberg, S. and Nilsson, A. /// The developing immune system – from foetus to toddler /// *Acta Paediatrica*, 2012, 101: 120-127. /// <https://doi.org/10.1111/j.16512227.2011.02494.x>