


# Huit faits essentiels concernant la surmortalité pendant la période Covid

Denis G. Rancourt,\* PhD 

Correlation Research in the Public Interest ([correlation-canada.org](https://correlation-canada.org))

\* [denis.rancourt@gmail.com](mailto:denis.rancourt@gmail.com)

Cet article sera publié sur plusieurs sites web, notamment :

<https://correlation-canada.org/>

<https://denisrancourt.ca/>

<https://denisrancourt.substack.com/> et sur les sites d'archives.

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

Référence : Rancourt, DG. Huit faits essentiels concernant la surmortalité pendant la période de Covid. CORRELATION Research in the Public Interest, Rapport, 13 mai 2026. <https://correlation-canada.org/eight-pivotal-facts-Covid-period-mortality/>

Zenodo, DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.20162806>

## Résumé

Huit faits essentiels concernant la surmortalité durant la période Covid (2020-2025) sont décrits :

**Fait n°1** : L'ampleur de la surmortalité toutes causes confondues durant la période Covid était de 0,13 % de la population par an.

**Fait n°2** : La surmortalité de la période Covid n'a pas été causée par un agent pathogène respiratoire en propagation.

**Fait n°3** : La majeure partie de la surmortalité durant la période Covid chez les jeunes adultes et les jeunes n'est pas attribuée à des affections respiratoires (COVID-19).

**Fait n°4** : La surmortalité durant la période Covid était fortement hétérogène, liée aux mesures imposées et aux protocoles médicaux dans des juridictions et lieux spécifiques ainsi que dans certains groupes de population.

**Fait n°5** : Le vaccin contre le COVID-19 a nui à de nombreuses personnes et en a tué beaucoup.

**Fait n°6** : Des pics marqués de surmortalité ont été temporellement associés aux déploiements rapides des vaccins et des rappels vaccinaux.

**Fait n°7** : Les études de mortalité différenciées selon le statut vaccinal ne montrent aucun bénéfice statistiquement significatif des vaccins contre le COVID-19 en matière de prévention de la mortalité, ni aucune responsabilité statistiquement significative dans la survenue de décès

**Fait n°8** : Il existe une importante disparité systématique entre les sexes dans la surmortalité de la période Covid selon les principales causes attribuées, y compris les maladies respiratoires (nominalement COVID-19)

Ces constatations empiriques, fondées sur des recherches approfondies, permettent de déduire la cause fondamentale de la surmortalité durant la période Covid.

Toute la surmortalité de la période Covid est interprétée comme résultant des nombreuses agressions gouvernementales produisant des conséquences néfastes sur la santé chez les individus vulnérables via des processus biologiques connus impliquant une réponse biologique extrême au stress, différenciée selon le sexe et dépendante de l'âge (activation soutenue ou irréversible de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, ou axe HPA), conduisant à des décès attribués à des affections respiratoires (« COVID-19 »), circulatoires, intestinales, etc., ainsi qu'à des auto-agressions accidentelles associées à l'usage de drogues et d'alcool.

Ici, les agressions gouvernementales connues comprenaient : la propagande de la peur, les obligations,

[Retour au sommaire](#)

les mesures, les réponses de santé publique et les agressions médicales. Les agressions médicales à grande échelle et répétées comprenaient : les tests, les biais diagnostiques, le port du masque imposé, le confinement, l'isolement, le refus de traitements appropriés, la ventilation mécanique, la sédation, les traitements expérimentaux et inappropriés, ainsi que les campagnes de vaccination. La principale leçon de l'agression gouvernementale durant la période Covid est que le stress physiologique et psychologique (biologique) constituait de façon écrasante la cause sous-jacente dominante de la maladie et de la mort prématurée. La campagne gouvernementale violente liée au Covid — comme toute perturbation structurelle majeure de la société supprimant des ressources, la mobilité, les contacts humains, le statut social et le sens de la vie — a provoqué l'excès de morbidité et de mortalité observé dans tous les groupes d'âge.

## **Table des matières**

### Résumé

**Fait n° 1** : Le taux de surmortalité toutes causes confondues pendant la période de le COVID-19 était de 0,13 % de la population par an.

**Fait n° 2** : La surmortalité pendant la période de le COVID-19 n'était pas due à la propagation d'un agent pathogène respiratoire.

**Fait n° 3** : La majeure partie de la surmortalité pendant la période du COVID-19 chez les jeunes adultes et les jeunes n'est pas attribuable à des affections respiratoires (COVID-19).

**Fait n° 4** : La surmortalité pendant la période du COVID-19 était très hétérogène et liée aux mesures et protocoles médicaux imposés dans certaines juridictions, certains lieux et certains groupes de population.

**Fait n° 5** : Le vaccin contre le COVID-19 a eu des effets néfastes et a causé la mort de nombreuses personnes.

**Fait n° 6** : Les pics importants de surmortalité ont été associés temporellement au déploiement rapide des vaccins et des rappels.

**Fait n° 7** : Les études de mortalité prenant en compte le statut vaccinal ne montrent aucun bénéfice statistiquement significatif en termes de réduction de la mortalité ni aucun effet néfaste sur la mortalité lié aux vaccins contre le COVID-19.

**Fait n° 8** : Il existe une importante disparité systématique entre les sexes concernant la surmortalité pendant la période du COVID-19, toutes causes confondues, y compris (de manière nominale) les décès. COVID-19 (maladie respiratoire)

### Interprétation / Discussion

### Conclusion

### Remerciements

### Références

### Articles antérieurs de l'auteur

### Retour au sommaire

## **« Fait n°1 : L'ampleur de la surmortalité toutes causes confondues durant la période Covid était de 0,13 % de la population par an »**

Dans leur vaste étude portant sur 125 pays, Rancourt et al. (2024) ont conclu, entre autres choses :

*« Le taux global de surmortalité toutes causes confondues dans les 93 pays disposant de données suffisantes au cours de la période de 3 ans 2020-2022 est de  $0,392 \pm 0,002$  % de la population de 2021 [0,13 % de la population de 2021 par an, en moyenne pour chaque année de la période de 3 ans] [...]*

*Notre taux calculé de surmortalité ( $0,392 \pm 0,002$  %) correspond à  $30,9 \pm 0,2$  millions de décès excédentaires estimés à l'échelle mondiale pour la période de 3 ans 2020-2022, toutes causes de surmortalité confondues durant cette période. [...]*

*Nous comprenons la catastrophe de mortalité de la période Covid comme étant précisément ce qui se produit lorsque les gouvernements provoquent des perturbations mondiales et des agressions contre les populations. Nous soulignons l'importance du stress biologique résultant de changements structurels soudains et profonds de la société ainsi que des agressions médicales (y compris le refus de traitement des pneumonies bactériennes, les injections vaccinales répétées, etc.). Nous estimons qu'une telle campagne de perturbations et d'agressions dans un monde moderne produira un taux mondial de mortalité, tous âges confondus, supérieur à 0,1 % de la population par an, comme ce fut également le cas lors de la catastrophe de mortalité de 1918. »*

Le taux annuel mondial de surmortalité toutes causes confondues durant la période Covid 2020-2022 (0,13 % de la population) est inférieur à un dixième du taux moyen mondial de mortalité annuel de 1,4 % de la population, lequel correspond à l'espérance de vie moyenne mondiale à la naissance ( $e_0$ ) de 71 ans.

Cette surmortalité annuelle toutes causes confondues durant la période Covid 2020-2022 (0,13 % de la population) correspond à une réduction de  $e_0$  de la moyenne mondiale de 71 ans à environ 65 ans.

Pour la relation entre l'espérance de vie et le taux de mortalité, voir Liang et al. (2023).

Cela donne l'ordre de grandeur de la surmortalité toutes causes confondues durant la période Covid.

## « Fait n°2 : La surmortalité de la période Covid n'a pas été causée par un agent pathogène respiratoire en propagation »

L'hypothèse selon laquelle la surmortalité toutes causes confondues (tous âges) durant la période Covid était principalement due à, ou provoquée par, un agent pathogène viral respiratoire pandémique en propagation est spécifique et peut être testée. Elle a été testée. Elle est incompatible avec la surmortalité observée. Elle est réfutée.

Hickey et al. (2025) ont utilisé des données à haute résolution de surmortalité toutes causes confondues pour tous les âges (exprimées en scores P) concernant l'Europe et les États-Unis afin de montrer de manière concluante que les schémas géotemporels de mortalité durant les premiers mois de la pandémie déclarée de SARS-CoV-2 sont incompatibles avec le paradigme d'une maladie respiratoire virale en propagation. Sans répéter ici les arguments (mais voir le Fait n°4), ils ont conclu :

*« Cela signifie que le paradigme selon lequel une maladie respiratoire virale en propagation a causé la surmortalité durant la période Covid est faux. Ledit paradigme est réfuté par les observations empiriques des variations géotemporelles à haute résolution (hebdomadaires-mensuelles, au niveau des comtés-régions) de la surmortalité ajustée selon l'âge et la fragilité (score P) sur deux continents de l'hémisphère Nord. Au contraire, la surmortalité semble être entièrement iatrogène et induite par la soi-disant réponse pandémique imposée. »*

Rancourt et al. (2024) ont étudié en détail 125 pays et ont également conclu (sans que je répète ici les arguments) :

*« Les variations spatiotemporelles des taux nationaux de surmortalité toutes causes confondues nous permettent de conclure que la surmortalité toutes causes confondues de la période Covid (2020-2023) dans le monde est incompatible avec une maladie respiratoire virale pandémique comme cause principale de décès. Cette hypothèse, bien qu'on pense qu'elle soit étayée par les campagnes de dépistage, devrait être abandonnée. »*

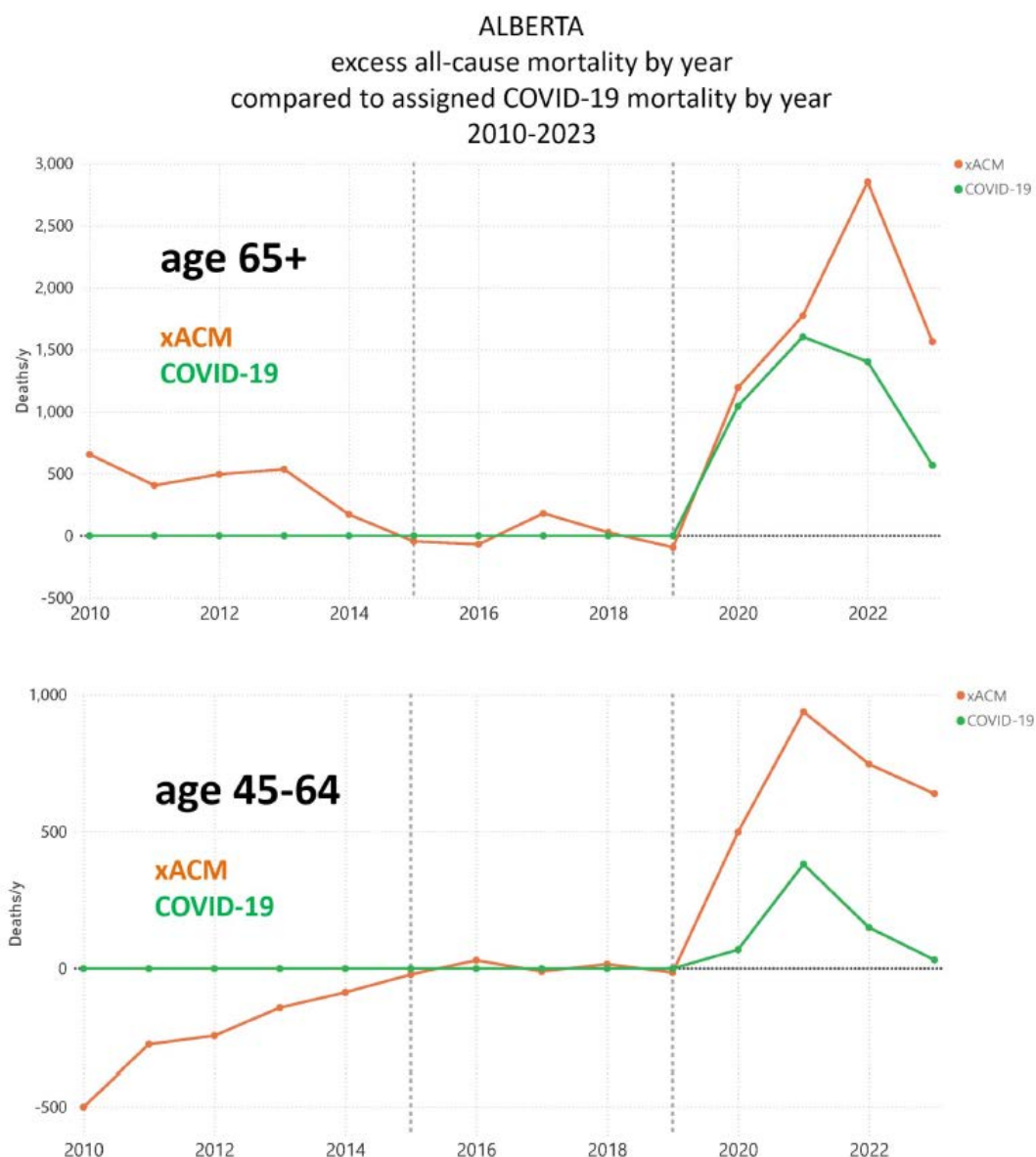
Cela était déjà indiqué dans les données des premiers mois de la pandémie déclarée (Rancourt, 2020). En outre, il n'y avait essentiellement aucune surmortalité toutes causes confondues détectée nulle part dans le monde avant l'annonce administrative arbitraire d'une pandémie le 11 mars 2020, moment où la surmortalité a commencé (Rancourt, 2020 ; Rancourt et al., 2024 ; Hickey et al., 2025).

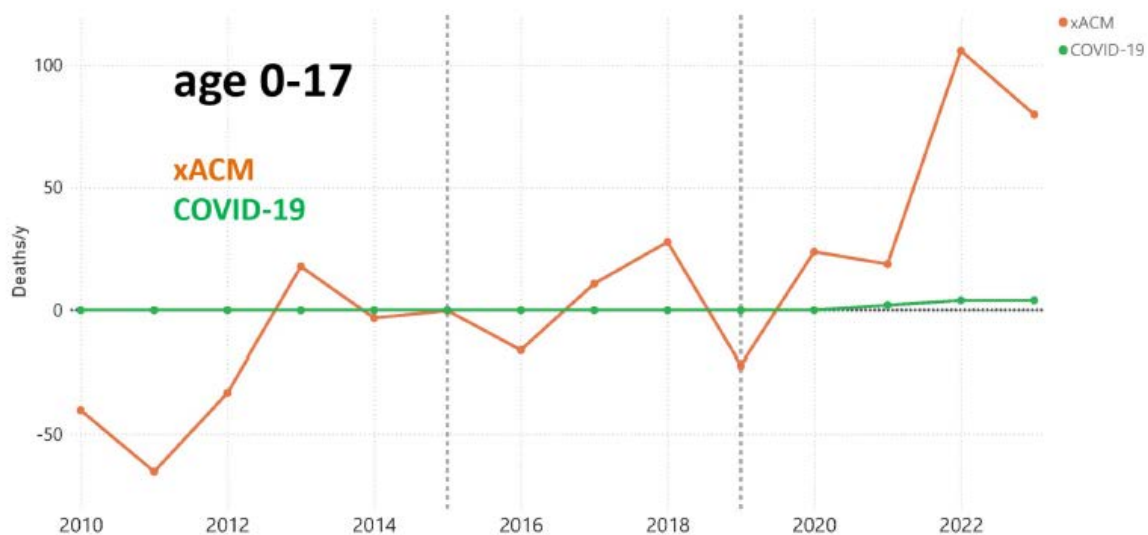
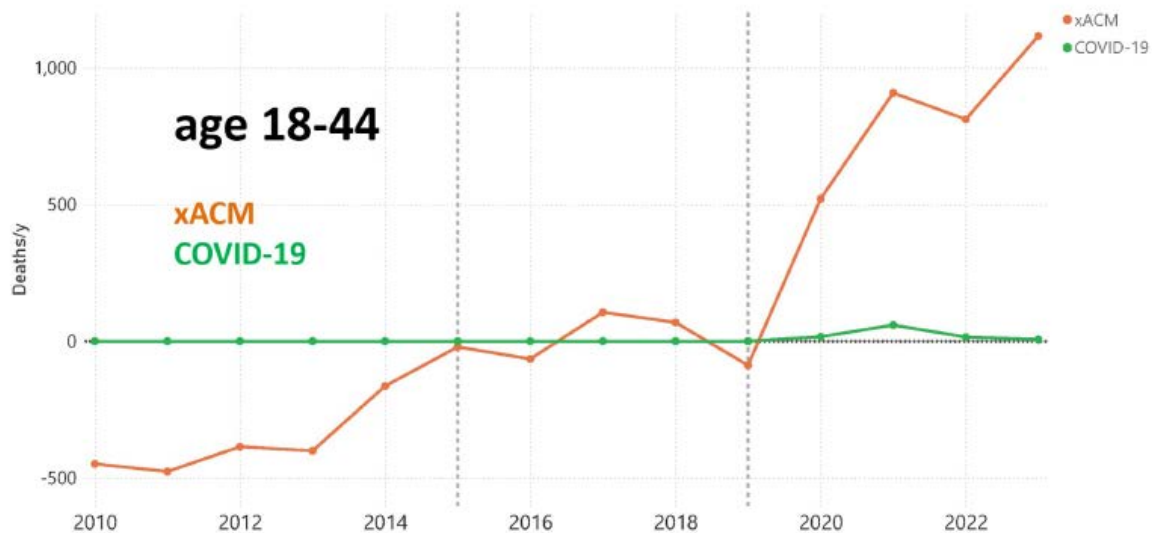
Par conséquent, la surmortalité de la période Covid ne peut pas être due à une pandémie virale respiratoire présumée. Elle doit être comprise autrement.

Il n'y a pas eu de pandémie d'un agent pathogène viral respiratoire virulent et mortel en propagation. En ce qui concerne la mortalité, la question de savoir s'il existait des virus circulants et leurs variants constitue une question académique sans pertinence. Il convient également de noter que le récit de la pandémie virale respiratoire repose sur des technologies et des méthodes complexes sujettes à des ambiguïtés d'interprétation. »

## « Fait n°3 : La majeure partie de la surmortalité durant la période Covid chez les jeunes adultes et les jeunes n'est pas attribuée à des affections respiratoires (COVID-19) »

Bien que la surmortalité toutes causes confondues durant la période Covid chez les personnes âgées se présente souvent sous la forme de pics temporels essentiellement égaux ou comparables aux pics temporels de mortalité attribuée au COVID-19 (c'est-à-dire une mortalité associée à des affections respiratoires), dans les juridictions où la mortalité toutes causes confondues ainsi que les décès attribués au COVID-19 sont enregistrés par groupe d'âge, il est généralement vrai que de loin la majeure partie de la surmortalité toutes causes confondues durant la période Covid (déduite de la tendance historique pré-Covid de la mortalité toutes causes confondues, par groupe d'âge) chez les jeunes adultes et les jeunes n'est pas attribuée à des affections respiratoires (COVID-19) (Mulligan et Arnott, 2022 ; Ruhm, 2023, leur Figure 3A).





**Figure 1 : (Quatre panneaux) Surmortalité annuelle toutes causes confondues (xACM, orange, calculée à partir des années de référence 2015 à 2019) comparée à la mortalité annuelle attribuée au COVID-19 (vert), pour chacun des groupes d'âge suivants : 65 ans et plus, 45-64 ans, 18-44 ans et 0-17 ans (panneaux de haut en bas, comme indiqué), dans la province canadienne de l'Alberta. (Source : Rancourt, 2025a.)**

En d'autres termes, les jeunes n'ont pas connu une surmortalité durant la période Covid principalement associée à des affections respiratoires comme causes sous-jacentes (COVID-19).

**La Figure 1** (quatre panneaux) illustre cela pour la province canadienne de l'Alberta. Ici, la surmortalité toutes causes confondues (xACM, en orange, basée sur les années de référence 2015 à 2019) est comparée à la mortalité attribuée au COVID-19 (en vert), par année, pour chacun des groupes d'âge 65+, 45-64, 18-44 et 0-17 (panneaux de haut en bas, comme indiqué) (Source : Rancourt, 2025a).

L'Alberta est un cas où la surmortalité toutes causes confondues chez les jeunes durant la période Covid est particulièrement élevée, et est liée en partie à des surdoses accidentelles mortelles d'opioïdes.

Une surmortalité toutes causes confondues particulièrement élevée chez les jeunes durant la période Covid (avec une augmentation soudaine en escalier peu après l'annonce d'une pandémie le 11 mars 2020) n'est pas rare, en particulier chez les hommes, dans de nombreuses juridictions occidentales, associée à des décès accidentels liés à la drogue et à l'alcool.

En général, la surmortalité toutes causes confondues chez les jeunes durant la période Covid est toujours significativement plus élevée que la mortalité attribuée au COVID-19 chez les jeunes dans la même juridiction.

Cela est également vrai pour la surmortalité toutes causes confondues durant la période Covid pour tous les âges (total de tous les âges).

Rancourt et al. (2024) ont montré que, dans 91 pays disposant de données suffisantes pour la période 2020 à 2022, le ratio entre la surmortalité toutes causes confondues pour tous les âges et la mortalité attribuée au COVID-19 pour tous les âges était élevé, avec une valeur moyenne par pays de 2,2 (médiane 1,55) et des valeurs élevées allant jusqu'à plus de 6 (**leur section 4.13, leur Figure 22**).

## « Fait n°4 : La surmortalité durant la période Covid était fortement hétérogène, liée aux mesures imposées et aux protocoles médicaux dans des juridictions et lieux spécifiques ainsi que dans certains groupes de population »

Si l'on accepte l'idée de pandémie telle qu'elle est présentée dans la vision dominante, alors l'infection devrait se propager depuis la source (en Chine) vers l'extérieur, via les transports et contacts locaux, régionaux et internationaux, le long des principales voies aériennes, des centres urbains vers les zones rurales, distribuant la mort à tous les individus exposés et suffisamment vulnérables sur son passage inévitable (voir Hickey et al., 2025, pour une discussion des prédictions des modèles les plus avancés concernant la période Covid).

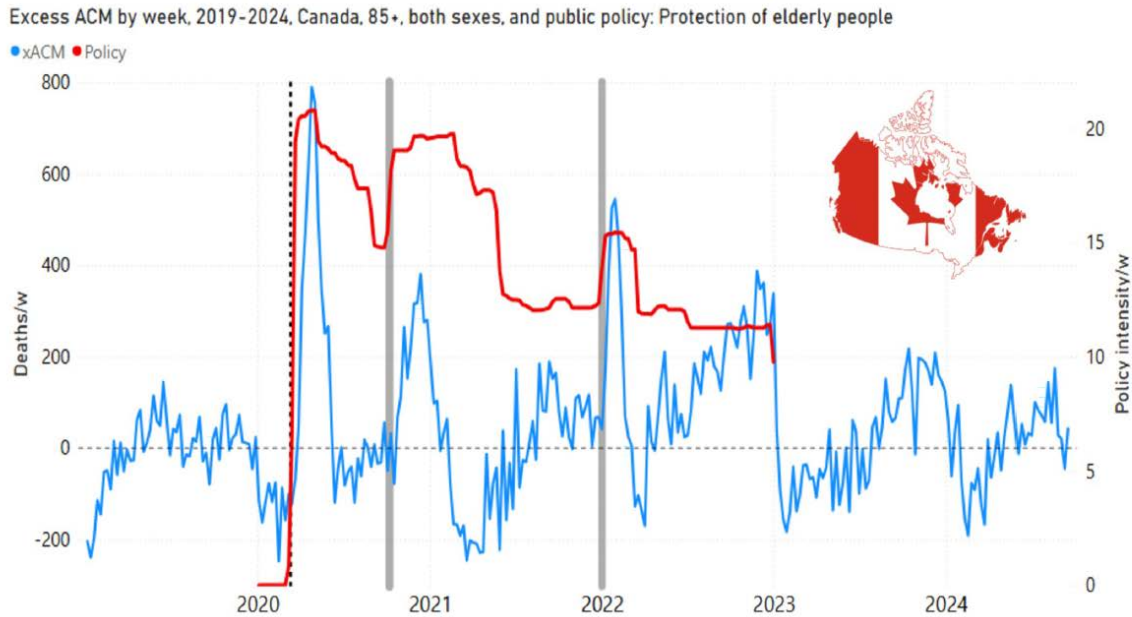
En réalité, rien de tel ne s'est produit. De rares foyers extrêmes de surmortalité séparés par plusieurs milliers de kilomètres étaient souvent synchrones et leurs distributions spatiales étaient anormalement hétérogènes (selon la vision dominante). Des populations non touchées côtoyaient des zones dévastées, et il existait des différences extrêmement importantes dans les taux de létalité par infection déduits pour des populations comparables et voisines (Hickey et al., 2025). En Italie, par exemple, Milan a connu l'un des plus grands pics documentés de surmortalité au début de la période Covid tandis que Rome (avec des protocoles hospitaliers et de santé publique différents) n'a pratiquement connu aucune surmortalité au début de la période Covid (Hickey et al., 2025). Le même type de comportement hétérogène a été observé au niveau des États aux États-Unis (Rancourt et al., 2021, 2022a). Cela s'est également produit au niveau des pays à l'échelle mondiale (Rancourt et al., 2024). Le Canada montre également la même hétérogénéité spatiale et les mêmes liens avec les mesures, les institutions et les conditions, selon les provinces et les régions (Rancourt, 2025a).

Les types de mesures imposées et de protocoles médicaux qui ont été associés de manière synchrone à des poussées significatives de surmortalité dans certaines juridictions et certains lieux, ainsi que dans des groupes de population entiers ou spécifiques, comprenaient :

- **Les confinements soudainement imposés et les ordres de rester à domicile** (Johnson et Rancourt, 2022)
- **Les protocoles médicaux agressifs soudainement imposés** (Hickey et al., 2025)
- **Les campagnes d'intervention de type militaire de porte à porte** (Rancourt et al., 2023a)
- **Les campagnes agressives de première administration des vaccins contre le COVID-19** (Rancourt, 2022, cas de l'Inde ciblant les personnes vulnérables)
- **Les déploiements rapides des rappels vaccinaux contre le COVID-19** (Rancourt, 2025b)
- **Les déploiements rapides des tests COVID-19** (Rancourt, 2025b, p. 108)
- **Les campagnes rapidement appliquées dites d'équité vaccinale** (Rancourt et al., 2022a) et **les campagnes de revaccination** (Fast et al., 2021 ; Mbaeyi et al., 2021)
- **La perte soudaine d'emploi ou d'aide financière** (Rancourt, 2025a, 2025b)

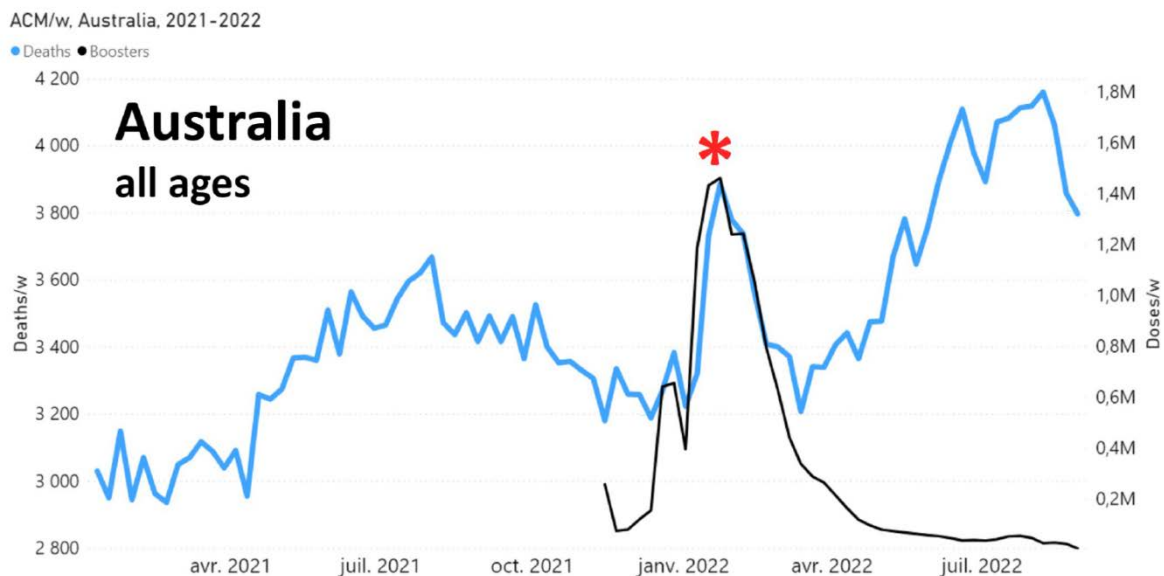
J'ai fourni des exemples graphiques dans de récentes présentations (Rancourt, 2025a, 2025b). Quelques-uns sont montrés ci-dessous

## xACM/w, age 85+ and intensity of protection of elderly people



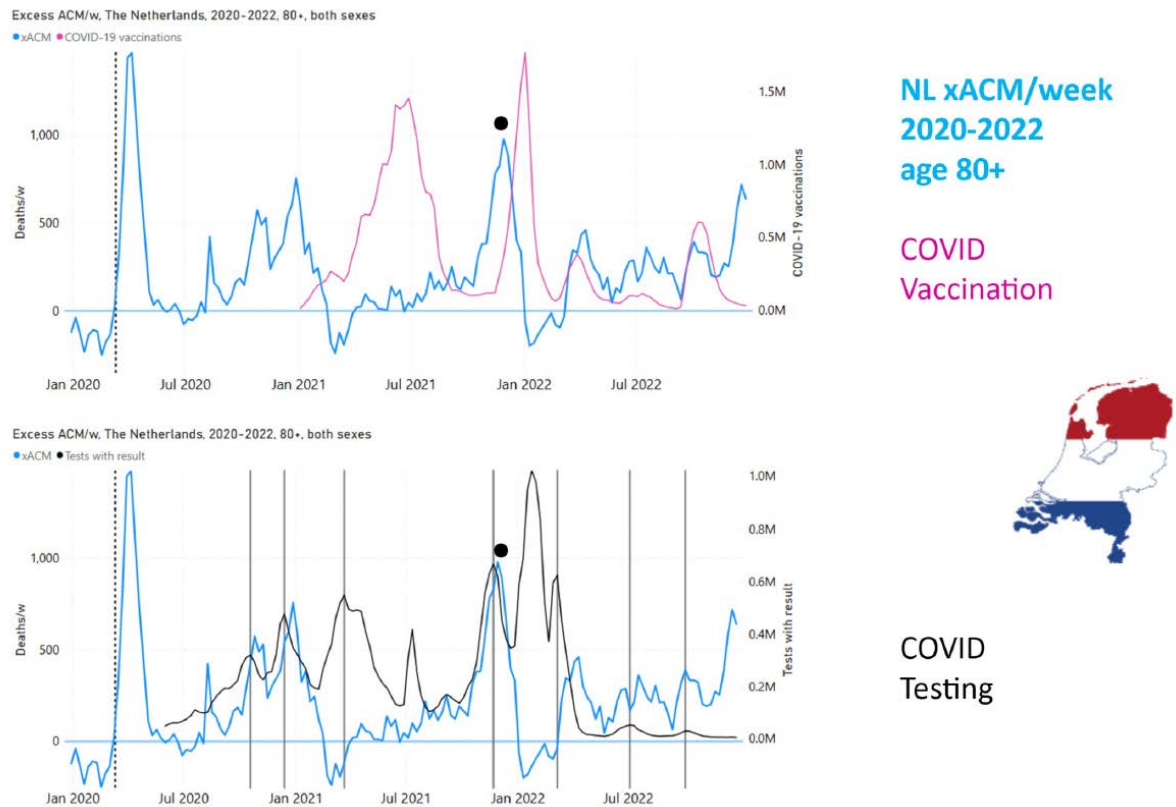
**Figure 2 :** Surmortalité toutes causes confondues chez les personnes de 85 ans et plus (xACM, ligne bleue) comparée à une mesure standard de « protection des personnes âgées » (ligne rouge), par semaine, au Canada. (Source : Rancourt, 2025b, p. 85.)

La figure 2 montre trois pics successifs et marqués de mortalité toutes causes confondues chez les 85 ans et plus (xACM, ligne bleue) immédiatement après chacune des trois augmentations soudaines (ligne pointillée verticale et deux bandes grises verticales) des mesures politiques de « protection des personnes âgées » (ligne rouge), pour le Canada (Source : Rancourt, 2025b, p. 85).



**Figure 3 :** Mortalité toutes causes confondues (décès/semaine, courbe bleue) par semaine en Australie, après la première injection de rappel du vaccin contre le COVID-19. (Source : Rancourt, 2025b, p. 104 ; adapté de Rancourt et al., 2022b.)

La figure 3 illustre un pic sans précédent et marqué (astérisque rouge, ligne bleue) de mortalité toutes causes confondues durant l'été austral 2021-2022 en Australie, coïncidant avec le déploiement de la première dose de rappel du vaccin contre le COVID-19 en Australie (ligne noire) (Source : Rancourt et al., 2022b ; Rancourt, 2025b, p. 104). De nombreuses corrélations aussi frappantes entre les pics de mortalité et les doses de rappel ont été observées à travers le monde (par exemple, Rancourt et al., 2023a ; Rancourt, 2025b).



**Figure 4 :** (Deux graphiques) Surmortalité toutes causes confondues (courbes bleu clair, axe des ordonnées de gauche) chez les personnes de plus de 80 ans aux Pays-Bas, comparée au déploiement de la vaccination contre le COVID-19 (tous âges, toutes doses confondues, courbe rose, axe des ordonnées de droite, graphique supérieur) et au déploiement des tests de dépistage du COVID-19 (tous âges, tous tests confondues, courbe noire, axe des ordonnées de droite, graphique inférieur). Le point noir indique le pic de surmortalité toutes causes confondues mentionné dans le texte. (Source : Rancourt, 2025b, p. 108.)

La figure 4 illustre un pic de surmortalité toutes causes confondues chez les personnes de 80 ans et plus aux Pays-Bas à l'automne 2021 (ligne bleue, point noir), comparé au déploiement de la vaccination contre le COVID-19 (tous âges, toutes doses confondues, ligne rose, graphique supérieur) et au déploiement des tests de dépistage (tous âges, tous tests confondues, ligne noire, graphique inférieur). On observe ici que, tandis qu'un pic important et marqué de déploiement de la vaccination en janvier 2022 suit généralement le pic de surmortalité, ce dernier (point noir) est précédé et synchrone avec un pic marqué de déploiement des tests.

## « Fait n°5 : Le vaccin contre le COVID-19 a nui à de nombreuses personnes et en a tué beaucoup »

Contrairement au mantra de l'industrie selon lequel le vaccin contre le COVID-19 est « sûr et efficace » :

- le vaccin ne peut pas être « sûr » puisqu'il a incontestablement nui à de nombreuses personnes et en a tué beaucoup (voir les références ci-dessous), et
- le vaccin ne peut pas être « efficace » puisque la surmortalité durant la période Covid n'a pas été causée par un agent pathogène respiratoire en propagation (Rancourt, 2020 ; Rancourt et al., 2024 ; Hickey et al., 2025).

Il existe des preuves cliniques et pathologiques que le vaccin contre le COVID-19 a causé des dommages et des décès chez de nombreuses personnes. Par exemple, dans les sources suivantes :

**i. Études d'autopsie détaillées** (par ex., Choi et al., 2021 ; Edler et al., 2021 ; Schneider et al., 2021 ; Sessa et al., 2021 ; Gill et al., 2022 ; Mörz, 2022 ; Murata et al., 2022 ; Suzuki et al., 2022 ; Takahashi et al., 2022 ; Tan et al., 2022 ; Yeo et al., 2022 ; Yoshimura et al., 2022 ; Chaganti et al., 2023 ; de Boer, Crawford, Parsons, 2023 ; Esposito et al., 2023 ; Hulscher et al., 2023, 2024, 2025 ; Jeon et al., 2023 ; Manu, 2023 ; Nushida et al., 2023 ; Onishi et al., 2023 ; Palmer et al., 2023 ; Schwab et al., 2023 ; Souza et al., 2024 ; Koizumi et Ono, 2025 ; Mead et al., 2025 ; Pakanen et al., 2025 ; 51 travaux universitaires sélectionnés par CoVerse, 2026),

**ii. Surveillance des effets indésirables** (Rose et McCullough, 2021 ; Hickey et Rancourt, 2022 ; Johnson et al., 2026),

**iii. Études des pathologies induites par le vaccin** (par ex., Goldman et al., 2021 ; Kuvandik et al., 2021 ; Turni et Lefringhausen, 2022 ; Edmonds et al., 2023 ; Wong et al., 2023),

**iv. Histopathologie et coloration immunohistochimique d'échantillons de biopsies cutanées** (Sano et al., 2023),

**v. Analyse secondaire des événements indésirables graves rapportés dans les essais cliniques randomisés de phase III contrôlés par placebo menés par l'industrie** (par ex., Fraiman et al., 2022),

**vi. Plus de 1 250 publications évaluées par des pairs concernant les effets indésirables des vaccins contre le COVID-19** (React 19, 2022),

**vii. Mise à jour : 3 752 publications évaluées par des pairs concernant les effets indésirables des vaccins contre le COVID-19, selon une revue systématique de la littérature se terminant le 1er mai 2025** (React 19, 2025),

**viii. Mise à jour : 4 551 publications évaluées par des pairs concernant les effets indésirables des vaccins contre le COVID-19, à ce jour (19 avril 2026)** (React 19, 2026), et

**ix. Les programmes connus d'indemnisation des dommages vaccinaux des États dans le monde entier, qui incluent les décès résultant des vaccins contre le COVID-19 (Mungwira et al. 2020 ; Wood et al., 2020 ; Crum et al., 2021 ; Kamin-Friedman et Davidovitch, 2021), où le Japon, le Canada et le Royaume-Uni ont accordé des indemnisations pour des décès induits par les vaccins contre le COVID-19 (The Japan Times, 26 juillet 2022 ; Corbett, 6 septembre 2022 ; Wise, 2022).**

Par conséquent, il ne peut y avoir de doute raisonnable sur le fait que le vaccin contre le COVID-19 cause des dommages et des décès chez de nombreuses personnes.

En outre, concernant la surveillance des effets indésirables et la détection des signaux de sécurité aux États-Unis, indépendamment des biais institutionnels et des biais des prestataires de soins de santé conduisant à ne pas signaler les effets indésirables (Garcia-Abeijon et al., 2023), il existait une cécité intentionnelle au sein de la Food and Drug Administration (FDA) dans les algorithmes d'exploration de données mis en œuvre en lien avec le Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) (Johnson et al., 2026).

Une étude récente concernant les effets indésirables cardiaques induits par les vaccins à ARNm (utilisant un modèle animal) a montré que la toxicité vaccinale survient directement à partir des nanoparticules lipidiques cationiques biodistribuées et en particulier non à partir de la protéine Spike, et que l'effet indésirable est médié par le stress (Mori et al., 2026). Gutsch (2026) a souligné la pertinence de cette étude pour la santé humaine, le stress et l'âge. »

## « Fait n°6 : Des pics marqués de surmortalité ont été temporellement associés aux déploiements rapides des vaccins et des rappels vaccinaux »

Indépendamment du fait que l'on considère un déploiement rapide des vaccins ou des rappels contre le COVID-19 principalement comme une mesure perturbatrice causant un stress physiologique fatal chez les personnes institutionnalisées ou principalement comme l'injection d'une substance toxique pouvant provoquer la mort, il est indéniable qu'il existe de nombreux exemples d'associations temporelles frappantes entre les pics de surmortalité toutes causes confondues durant la période Covid et les pics des campagnes de vaccination (en particulier des rappels), parfois avec des pics corrélés successifs correspondant à des doses vaccinales successives dans une même juridiction (pays ou région) (Rancourt, 2022, 2025a, 2025b ; Rancourt et al., 2022a, 2022b, 2023a, 2023b). **La Figure 3** constitue l'un des nombreux exemples.

Cela ne signifie pas que toutes les fortes poussées soudaines ou tous les pics de mortalité toutes causes confondues coïncident avec des déploiements rapides de vaccins, comme cela est souligné dans la section « **Fait n°4** ». Cela signifie plutôt qu'il existe de nombreux exemples d'associations temporelles étroites entre les campagnes de vaccination contre le COVID-19 et les pics de surmortalité toutes causes confondues.

Lesdites associations temporelles étroites sont systématiques selon l'âge, dans la mesure où la surmortalité par nombre d'injections administrées au groupe d'âge augmente exponentiellement avec l'âge, doublant tous les 4 à 5 ans supplémentaires d'âge (**Rancourt et al., 2023a, leur Figure 17 ; Rancourt et al., 2023b, leur Figure 3**).

Ces résultats ont conduit mes collaborateurs et moi-même à émettre l'hypothèse qu'une toxicité vaccinale mortelle correspondante (dépendante de l'âge, par injection) était à l'œuvre, ce qui a conduit à une estimation calculée d'environ 17 millions de décès vaccinaux mondiaux pour tous les âges d'ici 2023 (Rancourt et al., 2023a, 2023b ; Rancourt, 2023). Cette hypothèse d'une toxicité vaccinale mortelle directe de cette ampleur, bien que convaincante, est incorrecte.

Bien que cette toxicité apparente (1 décès pour 800 injections, en moyenne sur tous les âges et tous les types de doses ; Rancourt et al., 2023a) soit beaucoup plus importante que la toxicité déduite de la surveillance des effets indésirables (**Hickey et Rancourt, 2022, leur Tableau 1**), nous nous attendions à ce qu'elle puisse être confirmée par des données de mortalité toutes causes confondues distinguées selon le statut vaccinal. Ce n'est pas le cas, comme décrit dans la section suivante.

## **« Fait n°7 : Les études de mortalité distinguées selon le statut vaccinal ne montrent aucun bénéfice statistiquement significatif des vaccins contre le COVID-19 en matière de prévention de la mortalité, ni aucune responsabilité statistiquement significative dans la survenue de décès due aux vaccins contre le COVID-19 »**

Une manière robuste de rechercher, confirmer ou réfuter une forte toxicité mortelle du vaccin contre le COVID-19 (comme 1 décès pour 800 injections, en moyenne pour tous les âges, tel qu'inféré des études de corrélation décrites ci-dessus sous le « **Fait n°6** ») consiste à analyser la mortalité toutes causes confondues dans une grande population en distinguant les personnes décédées qui avaient été vaccinées de celles qui n'avaient jamais reçu d'injection du vaccin contre le COVID-19 avant leur décès. Cela est appelé mortalité toutes causes confondues distinguée selon le statut vaccinal. Il peut également s'agir d'une mortalité spécifique à une cause. Le terme « mortalité » implique qu'il s'agit d'une grande population.

Il existe désormais des milliers d'études de mortalité distinguées selon le statut vaccinal (dites études observationnelles) comparant les taux de mortalité des personnes vaccinées et non vaccinées afin de calculer une efficacité vaccinale (VE) positive (bénéfice sauvant des vies) ou négative (responsabilité dans la survenue de décès) des vaccins contre le COVID-19. Toutes ces études de mortalité distinguées selon le statut vaccinal souffrent de biais potentiels et inévitables qui invalident les conclusions faisant état d'une forte VE positive (Hoeg et al., 2023 ; Hulme et al., 2023).

En général, les études observationnelles de mortalité toutes causes confondues n'ont montré aucun bénéfice sauvant des vies de la vaccination contre le COVID-19. Cela est largement démontré dans les critiques quantitatives des calculs contrefactuels (Rancourt, 2025c ; Rancourt et Hickey, 2023, 2025 ; Rancourt et al., 2022c). Les valeurs élevées de VE positive déduites des études cliniques sont sans ambiguïté fausses.

La plupart des biais mentionnés dans les études observationnelles de l'impact vaccinal ont été identifiés et examinés par Agampodi et al. (2024). Je note que la liste d'Agampodi et al. (2024, leur Tableau 1) omet deux importantes sources potentielles de biais :

- i. Un biais du vacciné en bonne santé, dans lequel les cliniciens et médecins traitants décident de ne pas vacciner les patients fragiles, malades ou mourants, par éthique professionnelle et/ou conformément aux recommandations de bonnes pratiques, en raison des difficultés connues et inévitables liées à la vaccination.
- ii. Un biais de classification erronée, dans lequel les personnes injectées sont considérées comme « non vaccinées » pendant une période suivant l'injection (généralement environ deux semaines) en raison du délai présumé nécessaire à l'établissement de l'immunité induite par la vaccination. Cette approche

contournerait incorrectement les effets indésirables de la vaccination immédiatement après l'injection. Des artefacts connexes dans certains rapports gouvernementaux (Royaume-Uni) sont soulevés par Neil et al. (2022) et examinés par Morris (2022).

Le biais du vacciné en bonne santé est souvent important dans les études de mortalité toutes causes confondues distinguées selon le statut vaccinal, même après correction des facteurs de confusion tels que l'âge, le sexe, la race, l'origine ethnique et le site source des données. Par exemple, Xu et al. (2021, 2023) rapportent des valeurs de risque relatif ajusté (aRR) typiquement aussi faibles que 0,35 pour la mortalité non liée au COVID-19, ce qui attribuerait des bénéfices extraordinaires de la vaccination contre le COVID-19 pour toutes les causes sous-jacentes de décès. L'approche correcte consiste à interpréter de tels résultats comme une indication claire d'un important biais du vacciné en bonne santé, comme de nombreux chercheurs l'ont reconnu.

Cependant, les biais connus et anticipés ne seraient pas suffisamment importants pour masquer une très forte VE négative (c'est-à-dire une toxicité mortelle) du vaccin contre le COVID-19 déduite des études de corrélation décrites ci-dessus sous le « Fait n°6 » (comme 1 décès pour 800 injections, en moyenne pour tous les âges, et 1 décès pour 20 injections chez les plus âgés des receveurs). Ladite très forte toxicité vaccinale mortelle serait apparente dans les études de mortalité toutes causes confondues distinguées selon le statut vaccinal, indépendamment des biais résiduels ou persistants.

Les études suivantes de mortalité toutes causes confondues distinguées selon le statut vaccinal montrent que la forte toxicité mortelle du vaccin contre le COVID-19 déduite des études de corrélation décrites ci-dessus sous le « Fait n°6 » (1 décès pour 800 injections, en moyenne pour tous les âges, et 1 décès pour 20 injections chez les plus âgés des receveurs) n'est pas validée. Ladite forte toxicité mortelle du vaccin contre le COVID-19 n'est confirmée dans aucune étude ou donnée distinguée selon le statut vaccinal que j'ai trouvée :

- Aarstad (2026) : Royaume-Uni.
- Acuti Martellucci et al. (2025) : province italienne.
- Alessandria et al. (2025) : données du Royaume-Uni par groupe d'âge.
- Baker et al. (2023) : États-Unis, patients hospitalisés.
- Bakker et al. (2025) : Pays-Bas.
- Ben-USMortality (2024b) : Nouvelle-Zélande.
- Butt et al. (2023) : Qatar.
- Dahl et al. (2026) : Norvège. (voir la discussion par Ben-USMortality, 2024a)
- Furst et al. (2024) : données tchèques, compagnies d'assurance. (avec biais du vacciné en bonne santé démontré)
- Morris (2022) : données du Royaume-Uni par groupe d'âge.
- Sars2.net (2024) : données tchèques.
- Semenzato et al. (2025) : France (mortalité à long terme, âge 18-59 ans).
- Vencalek et al. (2025) : données tchèques.
- Xu et al. (2024) : États-Unis (du 14 décembre 2020 au 11 août 2021).

Aussi frappantes que soient les corrélations entre les pics de surmortalité toutes causes confondues et les campagnes de vaccination et de rappels vaccinaux (**Fait n°6**), elles ne résultent pas de la toxicité vaccinale mortelle elle-même.

Cette hypothèse est réfutée. La toxicité vaccinale mortelle elle-même, bien que réelle et démontrée (**Fait n°5**), est trop faible pour être évidente dans les études observationnelles de mortalité à l'échelle de la population, dans les circonstances rapportées à ce jour.

## **« Fait n°8 : Il existe une importante disparité systématique entre les sexes dans la surmortalité de la période Covid selon les principales causes attribuées, y compris les maladies respiratoires (nominalement COVID-19) »**

La mortalité durant la période Covid, y compris la mortalité attribuée au COVID-19, suit deux caractéristiques universelles de la mortalité humaine dans les sociétés développées.

Premièrement, elle suit la loi de mortalité de Gompertz. C'est-à-dire qu'elle suit une augmentation exponentielle du risque de mortalité avec l'âge, avec un temps de doublement d'environ 7 ou 8 années d'âge (**Bauer et al., 2021, leur Figure 2, pour 16 pays ; Rancourt et al., 2024, leur Figure 49, pour 25 pays européens**).

Deuxièmement, il existe un taux de mortalité significativement et systématiquement plus élevé chez les hommes par rapport aux femmes ( $H > F$ ), dans tous les groupes d'âge après la petite enfance, pour la mortalité toutes causes confondues et pour la mortalité associée aux principales causes sous-jacentes de décès, y compris les décès attribués au COVID-19 (**Bauer et al., 2021, leur Figure 2 ; Ramirez-Soto et al., 2021 ; Rancourt et al., 2021, leur Figure 33 ; Rancourt et al., 2024, leur Figure 49 et Figure 50**).

Il existe également une telle différence entre les sexes  $H > F$  dans le taux global de surmortalité toutes causes confondues durant la période Covid, celui-ci étant significativement et systématiquement plus élevé chez les hommes (**Rancourt et al., 2024, leur Figure 50, pour chacune des années 2020, 2021 et 2022**).

Lorsque ladite surmortalité toutes causes confondues durant la période Covid est exprimée sous forme de score P (c'est-à-dire divisée par la mortalité attendue, et donc ajustée selon la mortalité propre au pays, à l'âge et au sexe), il n'existe pas de différence systématique significative entre les sexes ; les valeurs masculines et féminines ne sont pas significativement et systématiquement différentes, elles sont essentiellement identiques à tous les âges, pour chacune des années 2020, 2021 et 2022 (**Rancourt et al., 2024, leur Figure 51, pour 25 pays européens**).

Ces faits sont importants parce qu'ils suggèrent que la surmortalité toutes causes confondues durant la période Covid ainsi que la mortalité attribuée au COVID-19 (respiratoire) sont causées par essentiellement les mêmes mécanismes que ceux qui causent la mortalité humaine et l'espérance de vie limitée, chez les hommes et les femmes, plutôt que d'être associées à un nouvel agent pathogène spécifique et mortel.

L'intensité de ladite même cause dépendrait bien entendu des circonstances et événements propres à chaque pays (Rancourt, 2025a, 2025b, pour des vues d'ensemble). »

## Interprétation / Discussion

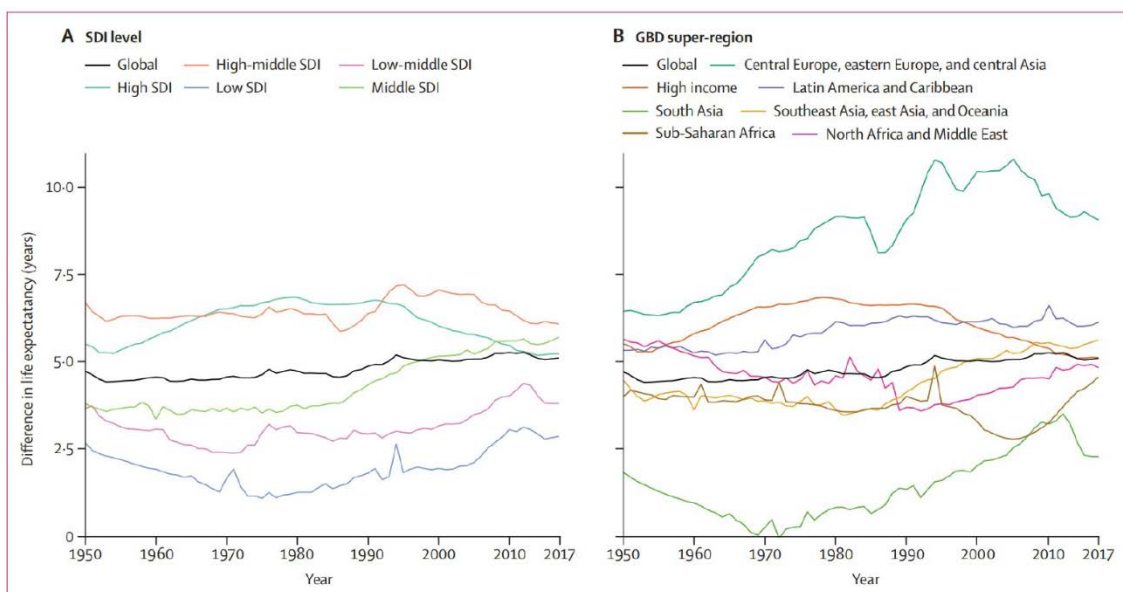
Il y a eu une forte surmortalité partout où la campagne Covid a été imposée par les gouvernements.

Au niveau fondamental, les caractéristiques de la mortalité et de la surmortalité durant la période Covid (**Fait n°8** : augmentation exponentielle avec l'âge, différence entre les sexes H > F) sont biologiques, n'ayant rien de significatif à voir avec un quelconque nouvel agent pathogène responsable d'une pandémie, comme je le soutiens ci-dessous. (Les taux d'infection [cas] chez les hommes et les femmes sont comparables, voire plus élevés chez les femmes, tandis que les taux de létalité par infection calculés sont beaucoup plus élevés chez les hommes (Ramírez-Soto et al., 2021), dans chaque groupe d'âge).

L'augmentation exponentielle de la mortalité avec l'âge est une conséquence fondamentale de la vie elle-même chez les organismes complexes dotés de systèmes d'organes vitaux (Rutenberg et al., 2018 ; Flietner et al., 2025).

La différence de mortalité entre les sexes H > F est universelle dans les pays développés de l'après-Seconde Guerre mondiale et est certainement principalement biologique, comme cela est soutenu ci-dessous. Les graphiques suivants montrent certaines caractéristiques frappantes de ce phénomène. »

**La figure 5** illustre la persistance de l'écart entre les sexes en matière d'espérance de vie à la naissance ( $e_0$ ) (F – H, généralement de 5 ans), de 1950 à 2017, dans les régions et les groupes de pays du monde entier (GBD, 2018, figure 8).



**Figure 8** : Différence d'espérance de vie à la naissance entre les femmes et les hommes selon l'IDS (A) et la super-région GBD (B), 1950-2017. Chaque courbe représente la différence d'espérance de vie entre les femmes et les hommes (espérance de vie des femmes moins espérance de vie des hommes) pour un niveau d'IDS donné en 2017 (A) et selon la super-région GBD (B), pour chaque année entre 1950 et 2017. IDS = Indice sociodémographique. GBD = Étude sur la charge mondiale de morbidité, de traumatismes et de facteurs de risque.

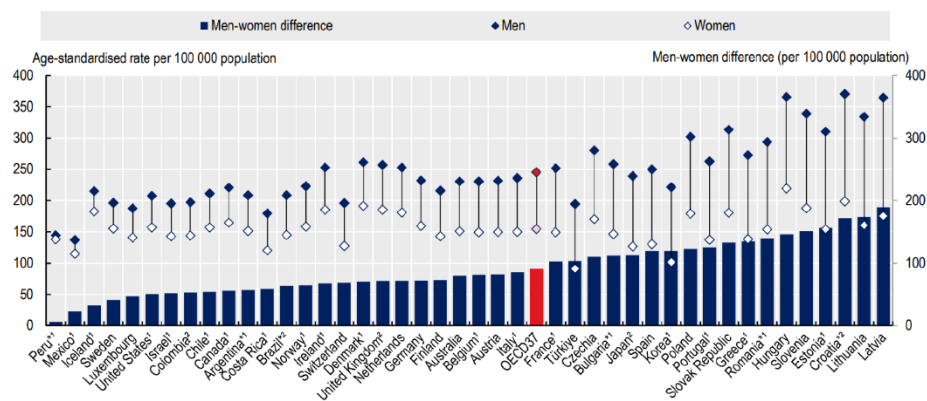
[Retour au sommaire](#)

**Figure 5** : Figure 8 de GBD (2018). Écart entre les sexes en matière d'espérance de vie à la naissance (e0) (F – H), de 1950 à 2017, dans les régions et les groupes de pays du monde entier.

L'espérance de vie systématiquement plus longue des femmes (**figure 5**) implique que les taux de mortalité (mortalité toutes causes confondues par an et par personne du même sexe) sont toujours plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Ceci est vrai à tous les âges après la petite enfance, et ce, pour chacune des principales causes de décès.

La **figure 6** présente les taux de mortalité par cancer standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) chez les hommes et les femmes en 2023 dans plusieurs pays (OCDE, 2025, figure 2.5). Le taux de mortalité par cancer plus élevé chez les hommes est une caractéristique systématique et générale, pour tous les âges et pour chaque tranche d'âge supérieure à 40 ans environ (données non présentées).

**Figure 2.5. Cancer mortality across OECD countries, 2023 (or nearest year)**



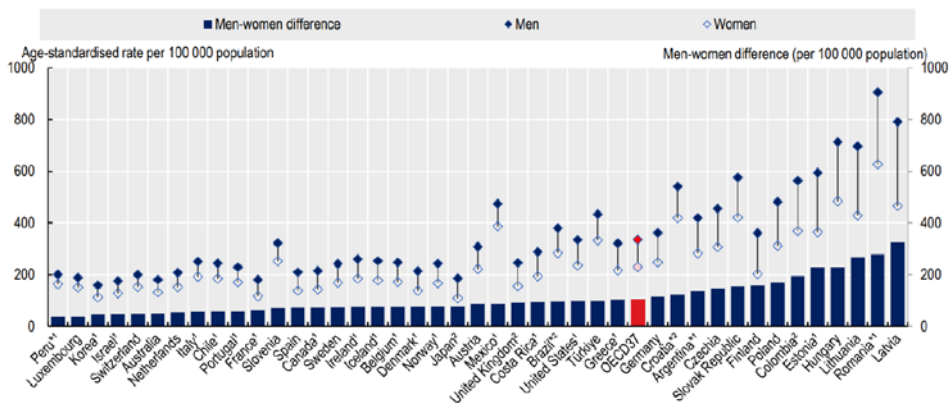
Note: The bar shows the difference in values for men as compared to women. \* Accession/partner country. 1. 2022 data. 2. 2021 data. Source: OECD Health Statistics 2025, based on the WHO Mortality Database.

**Figure 6** : Figure 2.5 de l'OCDE (2025). Taux de mortalité par cancer standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) pour les hommes et les femmes, 2023, dans plusieurs pays.

La **figure 7** présente les taux de mortalité standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) dus aux maladies de l'appareil circulatoire, chez les hommes et les femmes, en 2023, dans plusieurs pays (OCDE, 2025, figure 2.4). Le taux de mortalité plus élevé attribué aux maladies de l'appareil circulatoire chez les hommes est une caractéristique systématique et générale.

**Figure 2.4. Men face about 50% more cardiovascular disease mortality risk than women**

Age-standardised mortality rates due to diseases of the circulatory system, 2023 (or nearest year)



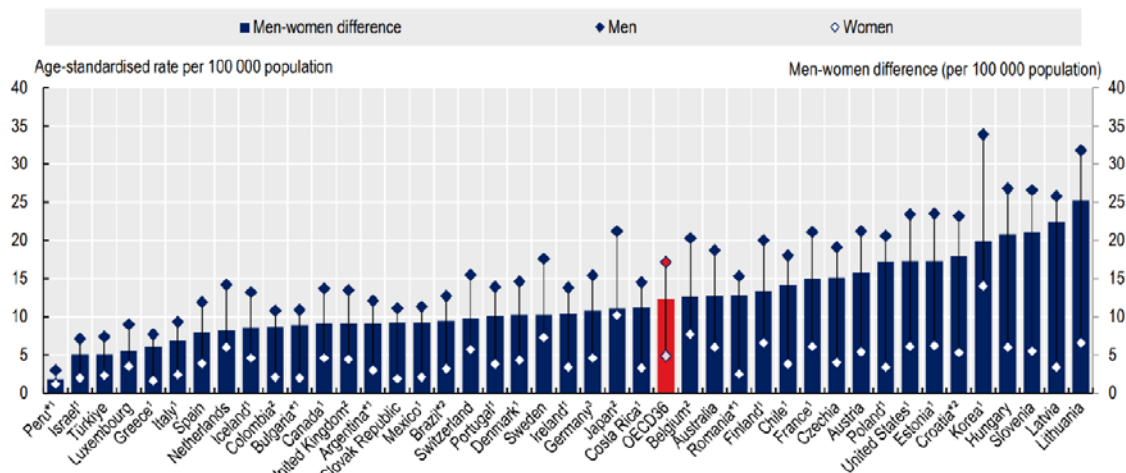
Note: The bar shows the difference in values for men as compared to women. \* Accession/partner country. 1. 2022 data. 2. 2021 data. Source: OECD Health Statistics 2025, based on WHO Mortality Database.

**Figure 7** : Figure 2.4 de l'OCDE (2025). Taux de mortalité standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) pour les maladies du système circulatoire, pour les hommes et les femmes, 2023, dans plusieurs pays.

La **figure 8** présente les taux de mortalité standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) par automutilation intentionnelle, chez les hommes et les femmes, en 2023, dans plusieurs pays (OCDE, 2025, figure 2.8). Les taux de mortalité par automutilation sont systématiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes, ce qui est une caractéristique générale des sociétés du monde entier.

**Figure 2.8. Suicide rates remain two to eight times higher for men than women**

Age-standardised mortality rates due to intentional self-harm, 2023 (or nearest year)



Note: The bar shows the difference in values for men as compared to women. \* Accession/partner country. 1. 2022 data. 2. 2021 data. 3. 2020 data. Source: OECD Health Statistics 2025, based on WHO Mortality Database.

**Figure 8** : Figure 2.8 de l'OCDE (2025). Taux de mortalité standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) pour les automutilations intentionnelles, pour les hommes et les femmes, 2023, dans plusieurs pays.

La différence systématique, robuste et incontestable entre les sexes  $M > F$  dans les taux de mortalité toutes causes confondues (**Figure 5**), dans les taux de mortalité par causes majeures (**Figure 6**, **Figure 7**), ainsi que dans les décès dus à des lésions auto-infligées intentionnelles (**Figure 8**), appelle une explication mécanistique unifiée.

Il existe deux principales écoles de pensée concernant le mécanisme biologique de ladite différence de mortalité  $M > F$ , lesquelles sont le plus souvent avancées et développées indépendamment l'une de l'autre et avec peu de recoupements.

(Il existe également des commentaires secondaires peu convaincants sur des « déterminants culturels » et des différences de comportements de santé entre hommes et femmes, tels que le tabagisme.)

Les deux écoles de pensée pour expliquer la différence de mortalité entre les sexes M > F sont :

- I. La différence de mortalité M > F est due aux différences entre les systèmes immunitaires masculins et féminins et à leurs réponses immunitaires, y compris leur modulation par les hormones sexuelles (par ex., Klein et Flanagan, 2016).
- II. La différence de mortalité M > F est due aux différences entre les sexes dans la physiologie et la biochimie de la réponse au stress, y compris sa modulation par les hormones sexuelles (par ex., Herman et al., 2016 ; James et al., 2023 ; Kudielka et Kirschbaum, 2005).

À mon avis, bien que les hormones sexuelles jouent un rôle important dans les deux propositions, la première (I, système immunitaire) est artificielle et erronée. Elle n'explique pas l'ensemble des observations pertinentes prises ensemble et elle n'est pas démontrée dans les modèles animaux. Par exemple, les maladies cardiovasculaires (**Figure 7**) ont un lien établi avec le stress vécu, et il serait difficile d'attribuer la forte différence entre les sexes dans les suicides (**Figure 8**) au système immunitaire.

En revanche, la seconde (II, dimorphisme sexuel de la réponse au stress) explique de manière cohérente toutes les observations et possède une valeur prédictive globale. Elle trouve son origine dans les travaux expérimentaux fondamentaux de Selye (1936, 1956, 1976a, 1976b) concernant la réponse au stress régulée par l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA).

L'importance dominante et globale du stress physiologique et psychologique dans la détermination de la morbidité et de la mortalité est reconnue chez les sociétés animales non humaines (Sapolsky, 2005), sur la base notamment de mesures de terrain des concentrations de l'hormone principale du stress, le cortisol ; cependant, cette importance centrale du stress est largement et à tort négligée dans la morbidité et la mortalité humaines (Cohen et al., 2007), y compris concernant les maladies respiratoires (Rancourt, 2024).

À mon sens, le fait que la différence de mortalité entre les sexes se maintienne pour différentes causes majeures de décès constitue une preuve solide qu'elle est due au mécanisme de stress de l'axe HPA plutôt qu'au système immunitaire. En outre, le statut de l'individu dans la hiérarchie de dominance sociale de tout animal social est le principal déterminant de sa morbidité et de sa mortalité, principalement en raison des agressions et de l'oppression liées à la dominance (Sapolsky, 2005). Cela implique un rôle central du stress dans la santé de l'individu. Ici, le « stress » perçu et vécu par l'animal individuel recouvre de nombreux facteurs différents pouvant activer différentes voies spécifiques au sein du système de l'axe HPA (par ex., Dickerson et Kemeny, 2004).

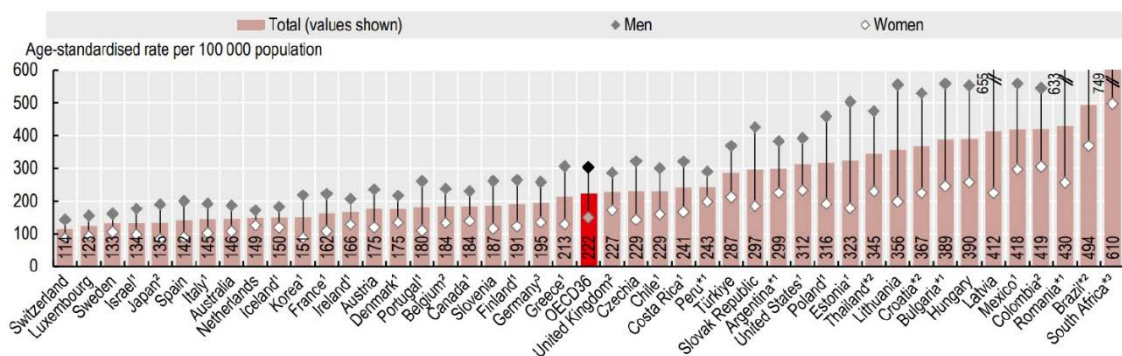
Au-delà des études sur la réponse au cortisol et la dérégulation non fatale de l'axe HPA et sa récupération, la conséquence importante concernant la morbidité et la mortalité est que, dans des conditions de stress soutenu et intense, la réponse HPA, qui par conception mobilise les fonctions corporelles principales (Chu et al., 2024), peut devenir irréversiblement activée, conduisant à la mort, d'une manière ou d'une autre (Mariotti, 2015 ; Selye, 1956 ; Yaribeygi et al., 2017). Si ladite réponse HPA est différenciée selon le sexe, alors la maladie et la mortalité présentent une différence entre les sexes.

[Retour au sommaire](#)

La réponse HPA est beaucoup plus forte chez les mâles, tout en étant quelque peu atténuée par des niveaux élevés de testostérone (les mâles dominants étant plus résistants au stress).

Au-delà des comportements de prise de risque, les stratégies d'évitement du stress, plus marquées chez les mâles, incluent les substances à action rapide (et addictives) qui réduisent le stress : drogues, alcool, tabac, etc., lesquelles comportent à leur tour des risques élevés de décès accidentel. Le résultat est illustré dans la **Figure 9**, qui montre les taux de mortalité standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) pour des causes évitables, chez les hommes et les femmes, en 2023, dans plusieurs pays (OCDE, 2025, leur **Figure 3.4**).

**Figure 3.4. Mortality from avoidable causes, 2023 (or nearest year)**



1. 2022 data. 2. 2021 data. 3. 2020 data. \* Accession/partner country.  
Source: OECD Health Statistics 2025, based on the WHO Mortality Database.

**Figure 9** : Figure 3.4 de l'OCDE (2025). Taux de mortalité standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) pour des causes évitables, pour les hommes et les femmes, 2023, dans plusieurs pays.

\*\*\*

Par conséquent, à la lumière des observations décrites dans les sections de faits ci-dessus, je conclus que, essentiellement, toute la surmortalité de la période Covid, chez les personnes âgées comme chez les jeunes, est due, directement ou indirectement, aux conditions spécifiques et sociétales de stress qui étaient intégrées aux soi-disant réponses gouvernementales et aux campagnes de santé publique.

Cela inclut la mortalité attribuée au COVID-19 (**Fait n°8 ; Rancourt, 2024**).

La toxicité vaccinale elle-même est réelle et inacceptable (**Fait n°5**), mais elle a contribué relativement peu à la très importante (**Fait n°1**) surmortalité toutes causes confondues mesurée.

Les déploiements rapides des vaccins étaient des événements perturbateurs fortement stressants ayant causé de la surmortalité, tout comme les déploiements rapides des tests (**Fait n°4**), mais la toxicité en elle-même était relativement moins mortelle.

## Récemment, Rancourt (2024) l'a formulé ainsi :

*... les déploiements de vaccins COVID-19 mis en cause peuvent être accompagnés de manière synchrone par des interventions médicales et/ou de santé agressives concomitantes, et ces dernières interventions seraient la ou les causes principales pertinentes des décès.*

### Des exemples de telles interventions concomitantes peuvent inclure :

- *l'utilisation de produits de vaccination COVID-19 mal conservés ou mal manipulés*
- *des combinaisons incorrectes de produits de vaccination COVID-19 provenant de différents fabricants*
- *des administrations physiques incorrectes du vaccin COVID-19, réalisées par du personnel pressé ou insuffisamment formé*
- *les tests de dépistage du COVID-19 et les conséquences associées aux résultats positifs*
- *un confinement, une immobilisation et une isolation plus agressifs ou extrêmes pendant le déploiement des vaccins*
- *le stress psychologique lié à la contrainte de revaccination dans un environnement institutionnel*
- *l'administration de vaccins contre la grippe ou d'autres vaccins*
- *l'administration de médicaments destinés à faciliter l'acceptation des injections ou à atténuer leurs effets secondaires*
- *la perturbation des soins habituels des patients, y compris les traitements réguliers, les repas et l'hydratation*
- *le stress transmis par les soignants ou les infections provenant des soignants*
- *etc.*

*Les agressions ainsi associées ou concomitantes peuvent différer dans leur nature et leur intensité d'un pays à l'autre, d'une institution à l'autre, et d'un déploiement de vaccin COVID-19 à un autre (avec plusieurs doses, comme les rappels). Par exemple, Rancourt (2022) discute le cas de l'Inde, comparé aux conséquences des soi-disant campagnes d'équité vaccinale aux États-Unis.*

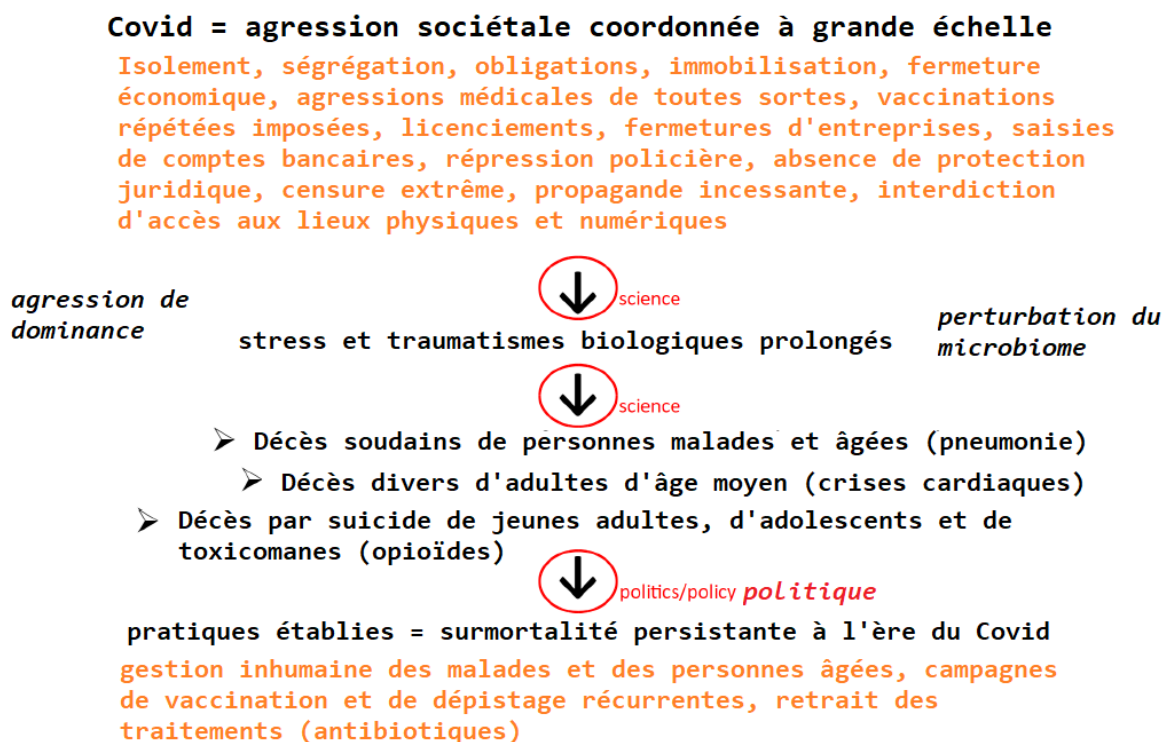
### Fondamentalement, ces types d'actions, comme toute campagne coordonnée et massive d'agressions de grande ampleur :

- obligations,
  - mesures,
  - soi-disant réponses, et
  - agressions médicales incluant les tests, les biais diagnostiques, le port imposé du masque, le confinement, l'isolement, le refus de traitement (en particulier des antibiotiques pour les pneumonies), la ventilation mécanique, la sédation, les traitements expérimentaux et inappropriés, et toute vaccination forcée...
- ... augmentent le stress physiologique et psychologique et induisent ainsi, entre autres voies menant au décès, des pneumonies bactériennes auto-infectieuses mortelles sans transmission chez les personnes âgées et fragiles (Rancourt, 2024).*

L'isolement social et l'immobilisation au lit sont dévastateurs pour les malades et les personnes âgées, sans parler de la privation de contact physique et de la restriction de la respiration.

Même en adoptant des modèles épidémiologiques standard de propagation virale (**qui sont réfutés, Fait n°2**), certaines des mesures les plus sévères, comme la ségrégation des personnes fragiles ou non vaccinées du reste de la population, sont prédites comme étant délétères ou inefficaces (**Hickey et Rancourt, 2023a, 2023b**).

**La Figure 10** montre une représentation graphique de la conclusion selon laquelle « le stress a tout causé » (**Rancourt, 2025b, p. 110**). »



**Figure 10** : Modèle graphique des causes de la surmortalité pendant la période Covid et de ses conséquences institutionnelles. (Source : Rancourt, 2025b, p. 110.)

L'un des principaux enseignements de la gestion agressive de la crise du Covid par les gouvernements est que le stress représente une cause majeure de maladies et de décès prématurés dans les sociétés actuelles ; et que toute campagne gouvernementale violente de ce type entraînerait une surmortalité et une morbidité accrues.

Le corps médical actuel est pour le moins malavisé s'il ne part pas du principe que le stress physiologique et psychologique (biologique) est son point de départ. L'axe HPA doit jouer un rôle interprétatif central au sein de la hiérarchie sociale. De plus, le système médical doit cesser de nuire (James, 2013 ; Makary et Daniel, 2016 ; Panagioti et al., 2019).

## Conclusion

Les dépendances spatiales (juridictionnelles), temporelles, selon le sexe et selon l'âge de la surmortalité durant la période Covid (2020-2025) impliquent ce qui suit :

- Essentiellement toute la surmortalité, y compris la mortalité attribuée au COVID-19, a été fondamentalement causée par les agressions gouvernementales et médicales de la période Covid qui ont produit à la fois des défaillances physiologiques fatales des systèmes biologiques conditionnés par le microbiome, induites par la réponse au stress, et des stratégies mortelles de réduction du stress à haut risque (drogues et alcool) (**Figure 10**).
- Aucun rôle significatif ne peut être attribué à un nouvel agent pathogène respiratoire en propagation.
- Les valeurs positives d'efficacité vaccinale (VE) dérivées des essais cliniques et calculées à partir d'études observationnelles sont fausses.
- Le vaccin contre le COVID-19 a nui à de nombreuses personnes et en a tué beaucoup (**Fait n°5**), mais pas dans une ampleur suffisamment grande pour être visible dans les études observationnelles disponibles de mortalité à l'échelle de la population distinguées selon le statut vaccinal (**Fait n°7**).

## Remerciements

Je tiens à remercier tous mes collaborateurs qui m'ont accompagné et ont participé à la recherche : les docteurs Marine Baudin, Joseph Hickey, John Johnson, Christian Linard et Jérémie Mercier. La plupart de nos publications sont disponibles à l'adresse suivante : <https://correlation-canada.org/>

## Références

- Aarstad (2026): Aarstad J. /// Mortality involving and not involving COVID-19 among vaccinated vs. unvaccinated in England between Apr 21 and May 23 [version 5; peer review: 1 approved, 2 approved with reservations, 2 not approved]. /// *F1000Research* 2026, 14:133, <https://doi.org/10.12688/f1000research.160980.5>
- Acuti Martellucci et al. (2025): Acuti Martellucci, C., Capodici, A., Soldato, G., Fiore, M., Zauli, E., Carota, R., ... Manzoli, L. /// COVID-19 vaccination, all-cause mortality, and hospitalization for cancer: 30-month cohort study in an Italian province. /// *EXCLI Journal*, 2025, 24, 690–707. <https://doi.org/10.17179/excli2025-8400>
- Agampodi et al. (2024): Agampodi S, Tadesse BT, Sahastrabudde S, Excler J-L and Kim JH /// Biases in COVID-19 vaccine effectiveness studies using cohort design. /// *Front. Med.* (2024) 11:1474045. /// <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1474045>
- Alessandria et al. (2025): Alessandria M, Malatesta G, Di Palma G et al. /// All-cause mortality according to COVID-19 vaccination status: An analysis of the UK office for National statistics public data [version 2; peer review: 2 approved]. /// *F1000Research* 2025, 13:886 /// <https://doi.org/10.12688/f1000research.154058.2>
- Baker et al. (2023): Baker TB, Bolt DM, Smith SS, Piasecki TM, Conner KL, Bernstein SL, Hayes-Birchler T, Theobald WE, Fiore MC. /// The Relationship of COVID-19 Vaccination with Mortality Among 86,732 Hospitalized Patients: Subpopulations, Patient Factors, and Changes over Time. /// *J Gen Intern Med.* 2023 Apr; 38(5):1248-1255. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-08007-0>
- Bakker et al. (2025): Bram Bakker, Jona Walk, Ronald Meester. /// Healthy vaccinee and misclassification biases in Dutch observational health data in relation to Covid-19 vaccine effectiveness and safety. /// *ResearchGate*, June 2025, [https://www.researchgate.net/publication/391008852\\_Healthy\\_vaccinee\\_and\\_misclassification\\_biases\\_in\\_Dutch\\_observational\\_health\\_data\\_in\\_relation\\_to\\_Covid-19\\_vaccine\\_effectiveness\\_and\\_safety](https://www.researchgate.net/publication/391008852_Healthy_vaccinee_and_misclassification_biases_in_Dutch_observational_health_data_in_relation_to_Covid-19_vaccine_effectiveness_and_safety)
- Bauer et al. (2021): Bauer, P., Brugger, J., König, F. et al. /// An international comparison of age and sex dependency of COVID-19 deaths in 2020: a descriptive analysis. /// *Sci Rep* 11, 19143 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-97711-8>
- Ben-USMortality (2024a): Ben (US Mortality) /// Norwegian All-Cause Vaccination Study Does NOT Show mRNA Vaccines are Safe & Effective! /// USMortality, substack, 25 December 2024 /// <https://www.usmortality.com/p/norwegian-all-cause-vaccination-study> | Archived: [http://web.archive.org/web/20260000000000\\*/https://www.usmortality.com/p/norwegian-all-cause-vaccination-study](http://web.archive.org/web/20260000000000*/https://www.usmortality.com/p/norwegian-all-cause-vaccination-study)
- Ben-USMortality (2024b): Ben (US Mortality) /// New Zealand's All-Cause Deaths & Mortality by Age & Vaccination Status. /// USMortality, substack, 05 March 2024 /// <https://www.usmortality.com/p/new-zealands-all-cause-deaths-and> | Archived: [http://web.archive.org/web/20260000000000\\*/https://www.usmortality.com/p/new-zealands-all-cause-deaths-and](http://web.archive.org/web/20260000000000*/https://www.usmortality.com/p/new-zealands-all-cause-deaths-and)
- Butt et al. (2023): Butt, A.A., Guerrero, M.D., Canlas, E.B. et al. /// Evaluation of mortality attributable to SARS-CoV-2 vaccine administration using national level data from Qatar. /// *Nat Commun* 14, 24 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41467-022-35653-z>
- Chaganti et al. (2023): Chaganti PD, Konkay K, Karri MD et al. /// Autopsy findings in deaths following severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 vaccination. /// *J Clin Sci Res* 2023; 12: 51-6. DOI: 10.4103/jcsr.jcsr\_147\_22. [https://journals.lww.com/jcsr/Fulltext/2023/12010/Autopsy\\_findings\\_in\\_deaths\\_following\\_severe\\_acute.11.aspx](https://journals.lww.com/jcsr/Fulltext/2023/12010/Autopsy_findings_in_deaths_following_severe_acute.11.aspx) (accessed 11 August 2023)

Choi et al. (2021): Sangjoon Choi, SangHan Lee, Jeong-Wook Seo et al. /// Myocarditis-induced Sudden Death after BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccination in Korea: Case Report Focusing on Histopathological Findings /// *Journal of Korean Medical Science* 2021; 36(40): e286. DOI: <https://doi.org/10.3346/jkms.2021.36.e286>

Chu et al. (2024): Chu B, Marwaha K, Sanvictores T, et al. Physiology, Stress Reaction. [Updated 2024 May 7]. /// In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. /// Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541120/>

Cohen et al. (2007): Sheldon Cohen, Denise Janicki-Deverts, Gregory E Miller /// Psychological Stress and Disease /// *JAMA*, 298(14), pp. 1685–1687. doi: 10.1001/jama.298.14.1685. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17925521/>

Corbett (6 September 2022): Neil Corbett /// Maple Ridge woman compensated for mother's death from COVID-19 vaccine /// *Maple Ridge-Pitt Meadows News*, 6 September 2022, <https://www.mapleridgenews.com/news/maple-ridge-woman-compensated-for-mothers-death-from-covid-19-vaccine/> - archived here: <https://archive.is/wNoYF>

CoVerse (2026): CoVerse.org /// COVID-19 vaccine adverse event research, Collection : Scholarly Works (Public access) /// <https://coverse.org.au/science/> | <https://www.lens.org/lens/search/scholar/list?q=abstract:autopsy%20OR%20title:autopsy&collectonId=232079> (51 results, accessed 19 April 2026)

Crum et al. (2021): Crum T, Mooney K, Tiwari BR. /// Current situation of vaccine injury compensation program and a future perspective in light of COVID-19 and emerging viral diseases. /// *F1000Res*. 2021 Dec 7; 10: 652. doi: 10.12688/f1000research.51160.2. PMID: PMC8733825. <https://doi.org/10.12688/f1000research.51160.2>

Dahl et al. (2026): Dahl J, Tapia G, Bøås H, Bakken IJL, Gulseth HL. /// COVID-19 mRNA vaccination and all-cause mortality in the adult population in Norway during 2021–2023: a population-based cohort study. /// *BMJ Public Health*. 2026; 4:e001859. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2024-001859>

de Boer, Crawford, Parsons (2023): de Boer, H.H., Crawford, N.W. & Parsons, S. /// Commentary on: "Autopsy-based histopathological characterization of myocarditis after anti-SARS-CoV-2-vaccination" by C. Schwab et al.. /// *Clin Res Cardiol* (2023). <https://doi.org/10.1007/s00392-023-02197-1>

Dickerson and Kemeny (2004): Dickerson SS, Kemeny ME. /// Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. /// *Psychol Bull*. 2004 May; 130(3):355-91. Doi: 10.1037/0033-2909.130.3.355. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.3.355>

Edler et al. (2021): Carolin Edler, Anke Klein, Ann Sophie Schröder et al. /// Deaths associated with newly launched SARS-CoV-2 vaccination (Comirnaty®). /// *Legal Medicine*, Volume 51, 2021, 101895, ISSN 1344-6223, <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2021.101895>

Edmonds et al. (2023): Edmonds, R, Schönborn, L, Habben, S, Papparoupa, M, Greinacher, A, Schuppert, F. /// Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia (VITT) after SARS-CoV-2 vaccination: Two cases from Germany with unusual presentation. /// *Clin Case Rep*. 2023; 00:e6883. doi: 10.1002/ccr3.6883. <https://doi.org/10.1002/ccr3.6883>

Esposito et al. (2023): Esposito, M.; Cocimano, G.; Vanaria, F. et al. /// Death from COVID-19 in a Fully Vaccinated Subject: A Complete Autopsy Report. /// *Vaccines* 2023, 11, 142. <https://doi.org/10.3390/vaccines11010142>

Fast et al. (2021): Fast HE, Zell E, Murthy BP, et al. /// Booster and Additional Primary Dose COVID-19 Vaccinations Among Adults Aged ≥65 Years — United States, August 13, 2021–November 19, 2021. /// *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021; 70:1735-1739. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7050e2>

Flietner et al. (2025): Flietner, V., Heidergott, B., den Hollander, F. et al. /// A unifying theory of aging and mortality. /// *Sci Rep* 15, 28766 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-11454-4>

[Retour au sommaire](#)

Fraiman et al. (2022): Joseph Fraiman, Juan Erviti, Mark Jones et al. /// Serious adverse events of special interest following mRNA COVID-19 vaccination in randomized trials in adults. /// *Vaccine*, Volume 40, Issue 40, 2022, Pages 5798-5805, ISSN 0264-410X, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.08.036>

Furst et al. (2024): Fürst T, Bazalová A, Fryčák T ... /// Does the healthy vaccinee bias rule them all? Association of COVID-19 vaccination status and all-cause mortality from an analysis of data from 2.2 million individual health records. /// *International Journal of Infectious Diseases*, 2024; Volume 142, 106976, May 2024 /// <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2024.02.019>

García-Abeijon et al. (2023): García-Abeijon P, Costa C, Taracido M, Herdeiro MT, Torre C, Figueiras A. /// Factors Associated with Underreporting of Adverse Drug Reactions by Health Care Professionals: A Systematic Review Update. /// *Drug Saf.* 2023 Jul; 46(7):625-636. doi: 10.1007/s40264-023-01302-7. <https://doi.org/10.1007/s40264-023-01302-7>

GBD (2018): Global Burden of Disease 2017 Mortality Collaborators. /// Global, regional, and national age-sex-specific mortality and life expectancy, 1950-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. /// *Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):1684-1735. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31891-9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31891-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31891-9)

Gill et al. (2022): James R. Gill, Randy Tashjian, Emily Duncanson /// Autopsy Histopathologic Cardiac Findings in 2 Adolescents Following the Second COVID-19 Vaccine Dose. /// *Arch Pathol Lab Med* 1 August 2022; 146 (8): 925–929. doi: <https://doi.org/10.5858/arpa.2021-0435-SA>

Goldman et al. (2021): Goldman Serge, Bron Dominique, Tousseyn Thomas, Vierasu Irina, Dewispelaere Laurent, Heimann Pierre, Cogan Elie, Goldman Michel. /// Rapid Progression of Angioimmunoblastic T Cell Lymphoma Following BNT162b2 mRNA Vaccine Booster Shot: A Case Report. /// *Frontiers in Medicine*, vol. 8, 2021, DOI: 10.3389/fmed.2021.798095, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.798095>

Gutsch (2026): Maria Gutsch, PhD /// The Single-Cause Fallacy: Why mRNA-LNP Adverse Events Can't Be Reduced to Spike or to Anything Else: The Mori cardiac study showed empty LNPs caused damage while mRNA alone didn't and breaks every single-pathway explanation including spike protein toxicity, modRNA errors, and immune activation. /// *The Offscript Pharmacist* (20 April 2026) /// <https://mariagutsch.substack.com/p/the-single-cause-fallacy-why-mrna> | archived: <https://archive.ph/krt0e>

Herman et al. (2016): Herman JP, McKlveen JM, Ghosal S, Kopp B, Wulsin A, Makinson R, Scheimann J, Myers B. /// Regulation of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Stress Response. /// *Compr Physiol*. 2016 Mar 15; 6(2):603-21. doi: 10.1002/cphy.c150015. <https://doi.org/10.1002/cphy.c150015>

Hickey and Rancourt (2022): Hickey, J. and Rancourt, D.G. /// Nature of the toxicity of the COVID-19 vaccines in the USA /// *ResearchGate* [Preprint] (9 February 2022). Available at: [https://www.researchgate.net/publication/358489777\\_Nature\\_of\\_the\\_toxicity\\_of\\_the\\_COVID-19\\_vaccines\\_in\\_the\\_USA](https://www.researchgate.net/publication/358489777_Nature_of_the_toxicity_of_the_COVID-19_vaccines_in_the_USA) /// Archived at: <https://archive.ph/LZpRj>

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 DG /// Viral Respiratory Epidemic Modeling of Societal Segregation Based on Vaccination Status. /// *Cureus* (December 14, 2023) 15(12): e50520. doi: 10.7759/cureus.50520. /// <https://doi.org/10.7759/cureus.50520>

Hickey et al. (2025): Hickey, J., Rancourt, D. G., Linard, C. /// Constraints from Geotemporal Evolution of All-Cause Mortality on the Hypothesis of Disease Spread During COVID /// Preprints.org, <https://doi.org/10.20944/preprints202506.1240.v1> | <https://hal.science/hal-05123573v1>

Hoeg et al. (2023): Høeg TB, Duriseti R, Prasad V. /// Potential "Healthy Vaccinee Bias" in a Study of BNT162b2 Vaccine against Covid-19. /// *N Engl J Med.* 2023 Jul 20; 389(3): 284-285.  
<https://doi.org/10.1056/nejmc2306683>

Hulme et al. (2023): Hulme WJ, Williamson E, Horne EMF, Green A, McDonald HI, Walker AJ, Curtis HJ, Morton CE, MacKenna B, Croker R, Mehrkar A, Bacon S, Evans D, Inglesby P, Davy S, Bhaskaran K, Schultze A, Rentsch CT, Tomlinson L, Douglas IJ, Evans SJW, Smeeth L, Palmer T, Goldacre B, Hernán MA, Sterne JAC. /// Challenges in Estimating the Effectiveness of COVID-19 Vaccination Using Observational Data. /// *Ann Intern Med.* 2023 May; 176(5): 685-693.  
<https://doi.org/10.7326/m21-4269>  
| Erratum in: *Ann Intern Med.* 2023 Jul; 176(7): 1016. <https://doi.org/10.7326/L23-0217>

Hulscher et al. (2023): Hulscher, N.; Hodkinson, R.; Makis, W.; Malhotra, A.; McCullough, P. /// Autopsy Proven Fatal COVID-19 Vaccine-Induced Myocarditis. /// *Preprints 2023*, 2023071198. <https://doi.org/10.20944/preprints202307.1198.v1>

[Note: This critical review article was deplatformed from: <https://ssrn.com/abstract=4496137>]

Hulscher et al. (2024): Nicolas Hulscher, Paul E. Alexander, Richard Amerling, Heather Gessling, Roger Hodkinson, William Makis, Harvey A. Risch, Mark Trozzi and Peter A. McCullough. /// A Systematic REVIEW of Autopsy findings in deaths after covid-19 vaccination. /// *Forensic Science International*, (2024) doi: <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2024.112115> (Journal Pre-proof copy accessed on 25 June 2024)

Hulscher et al. (2025): Nicolas Hulscher, Roger Hodkinson, William Makis, Peter A. McCullough. /// Autopsy findings in cases of fatal COVID-19 vaccine-induced myocarditis. (Review) /// *ESC Heart Failure*, 2025, Oct; 12(5): 3212-3225. /// <https://doi.org/10.1002/ehf2.14680>

James (2013): James JT. /// A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. /// *J Patient Saf.* 2013 Sep; 9(3): 122-8. doi: 10.1097/PTS.0b013e3182948a69.  
<https://doi.org/10.1097/pts.0b013e3182948a69>

James et al. (2023): James KA, Stromin JI, Steenkamp N, Combrinck MI. /// Understanding the relationships between physiological and psychosocial stress, cortisol and cognition. /// *Front. Endocrinol.* 2023, 14: 1085950. doi: 10.3389/fendo.2023.1085950.  
<https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1085950>

Jeon et al. (2023): Jeon YH, Choi S, Park JH et al. /// Sudden Death Associated With Possible Flare-Ups of Multiple Sclerosis After COVID-19 Vaccination and Infection: A Case Report and Literature Review. /// *J Korean Med Sci.* 2023 Mar 13; 38(10):e78. doi: 10.3346/jkms.2023.38.e78. PMID: 36918031; PMCID: PMC10010908.  
<https://doi.org/10.3346%2Fjkms.2023.38.e78>

Johnson and Rancourt (2022): Johnson, J.A. and Rancourt, D.G. /// Evaluating the Effect of Lockdowns On All-Cause Mortality During the COVID Era: Lockdowns Did Not Save Lives /// ResearchGate [preprint] (9 July 2022) (16 pages), <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.34191.46242> | And published by Brownstone Institute (6 September 2022): <https://brownstone.org/articles/lockdowns-did-not-save-lives/>

Johnson et al. (2026): Ron Johnson (Chairman), U.S. Senate Permanent Subcommittee on Investigations, Majority Staff Interim Report /// Unmasked: How Biden Health Officials Purposely Turned a Blind Eye Toward COVID-19 Vaccine Safety Signals /// Senate PSI Majority Staff Interim Report – April 29, 2026 (FINAL), Homeland Security & Governmental Affairs, Permanent Subcommittee on Investigations /// <https://www.hsgac.senate.gov/subcommittees/investigations/hearings/unmasked-how-biden-health-officials-purposely-turned-a-blind-eye-toward-covid-19-vaccine-safety-signals/> / /// Report (39pp): <https://www.hsgac.senate.gov/wp-content/uploads/Senate-PSI-Majority-Staff-Interim-Report-April-29-2026-FINAL.pdf> | Archived: [http://web.archive.org/web/20260000000000\\*/https://www.hsgac.senate.gov/wp-content/uploads/Senate-PSI-Majority-Staff-Interim-Report-April-29-2026-FINAL.pdf](http://web.archive.org/web/20260000000000*/https://www.hsgac.senate.gov/wp-content/uploads/Senate-PSI-Majority-Staff-Interim-Report-April-29-2026-FINAL.pdf)

Kamin-Friedman and Davidovitch (2021): Kamin-Friedman, S., Davidovitch, N. /// Vaccine injury compensation: the Israeli case. /// *Israel Journal of Health Policy Research*, 10, 54 (2021).  
<https://doi.org/10.1186/s13584-021-00490-w>

[Retour au sommaire](#)

Klein and Flanagan (2016): Klein, S., Flanagan, K. /// Sex differences in immune responses. /// *Nat Rev Immunol* 16, 626–638 (2016). <https://doi.org/10.1038/nri.2016.90>

Koizumi et al. (2025): Koizumi, T, Ono, M. /// Cardiac Multiple Micro-Scars: An Autopsy Study. /// *J Am Coll Cardiol Case Rep.*, 2025 Mar, 30 (5). /// <https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2024.103083>

Kudielka and Kirschbaum (2005): Kudielka BM, Kirschbaum C. /// Sex differences in HPA axis responses to stress: a review. /// *Biol Psychol.* 2005 Apr; 69(1): 113-32. doi: 10.1016/j.biopsycho.2004.11.009. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2004.11.009>

Kuvandik et al. (2021): Anil Kuvandık, Ecenur Özcan, Simay Serin, Hülya Sungurtekin. /// Creutzfeldt-Jakob Disease After the COVID-19 Vaccination. /// *Turk J Intensive Care*, DOI: 10.4274/tybd.galenos.2021.91885. [https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article\\_50671/TYBD-0-0.pdf](https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_50671/TYBD-0-0.pdf)

Liang et al. (2023): Liang, H., Guo, Z. & Tuljapurkar, S. /// Why life expectancy over-predicts crude death rate /// *Genus* 79, 9 (2023). <https://doi.org/10.1186/s41118-023-00188-8>

Makary and Daniel (2016): Makary M A, Daniel M. /// Medical error—the third leading cause of death in the US /// *BMJ* 2016; 353 :i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>

Manu (2023): Manu, Peter MD. /// Fatal Myocarditis After COVID-19 Vaccination: Fourteen Autopsy-Confirmed Cases. /// *American Journal of Therapeutics* 30(3): p e259-e260, May/June 2023. | DOI: 10.1097/MJT.0000000000001631. [https://journals.lww.com/americantherapeutics/Fulltext/2023/06000/Fatal\\_Myocarditis\\_After\\_COVID\\_19\\_Vaccination\\_.9.aspx](https://journals.lww.com/americantherapeutics/Fulltext/2023/06000/Fatal_Myocarditis_After_COVID_19_Vaccination_.9.aspx) (accessed 11 August 2023)

Mariotti (2015): Mariotti, A. /// The Effects of Chronic Stress On Health: New Insights Into the Molecular Mechanisms of Brain–Body Communication. /// *Future Science OA*, 2015, 1(3). <https://doi.org/10.4155/fso.15.21>

Mbaeyi et al. (2021): Mbaeyi S, Oliver SE, Collins JP, et al. /// The Advisory Committee on Immunization Practices' Interim Recommendations for Additional Primary and Booster Doses of COVID-19 Vaccines — United States, 2021. /// *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021; 70: 1545–1552. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7044e2>

Mead et al. (2025): M. Nathaniel Mead, Jessica Rose, William Makis, Kirk Milhoan, Nicolas Hulscher, Peter A. McCullough. /// Myocarditis after SARS-CoV-2 infection and COVID-19 vaccination: Epidemiology, outcomes, and new perspectives. /// *Int. J. Cardiovasc. Res. Innov.* Jan-Mar 2025, VOL. 3, ISSUE 1, pp. 1-43, <https://doi.org/10.61577/ijcri.2025.100001>

Mori et al. (2026): Mori, G., Yamamoto, M., Ishikawa, K. et al. /// Mitochondrial vulnerability underlies myocarditis from COVID-19 mRNA vaccine. /// *Nat Commun* (2026). <https://doi.org/10.1038/s41467-026-71295-1>

Morris (2022): Jeffrey Morris /// Vaccine insights from English population-wide COVID/non-COVID deaths split by vaccination status/age /// *COVID-19 Data Science* blog, updated 14 January 2022 /// <https://www.covid-datascience.com/post/assessing-updated-uk-ons-data-on-covid-19-non-covid-19-deaths-split-by-vaccination-status-and-age> | Archived: <https://archive.ph/YuwJl>

Mörz (2022): Mörz, M. A /// Case Report: Multifocal Necrotizing Encephalitis and Myocarditis after BNT162b2 mRNA Vaccination against COVID-19. /// *Vaccines* 2022, 10, 1651. <https://doi.org/10.3390/vaccines10101651>

Mulligan and Arnot (2022): Mulligan CB, Arnott RD. /// The Young were not Spared: What Death Certificates Reveal about Non-Covid Excess Deaths. /// *Inquiry.* 2022 Jan-Dec;59:469580221139016. Doi: 10.1177/00469580221139016. <https://doi.org/10.1177/00469580221139016>

Mungwira et al. (2020): Mungwira RG, Guillard C, Saldaña A, Okabe N, Petousis-Harris H, Agbenu E, et al. /// Global landscape analysis of no-fault compensation programmes for vaccine injuries: A review and survey of implementing countries. /// *PLoS ONE* 15(5): e0233334. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233334>

Murata et al. (2022): Murata K, Nakao N, Ishiuchi N et al. /// Four cases of cytokine storm after COVID-19 vaccination: Case report. /// *Front. Immunol.* 13:967226. doi: 10.3389/fimmu.2022.967226. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.967226>

Neil et al. (2022): Martin Neil, Norman Fenton, Joel Smalley, Clare Elizabeth Honor Craig, Joshua Guetzkow, Scott McLachlan, Jonathan Engler, Dan Russell, Jessica Rose /// Official mortality data for England suggest systematic miscategorisation of vaccine status and uncertain effectiveness of Covid-19 vaccination. /// ResearchGate, January 2022. DOI: 10.13140/RG.2.2.28055.09124 /// [https://www.researchgate.net/publication/357778435\\_Official\\_mortality\\_data\\_for\\_England\\_suggest\\_systematic\\_miscategorisation\\_of\\_vaccine\\_status\\_and\\_uncertain\\_effectiveness\\_of\\_Covid-19\\_vaccination](https://www.researchgate.net/publication/357778435_Official_mortality_data_for_England_suggest_systematic_miscategorisation_of_vaccine_status_and_uncertain_effectiveness_of_Covid-19_vaccination)

Nushida et al. (2023): Hideyuki Nushida, Asuka Ito, Hiromitsu Kurata et al. /// A case of fatal multi-organ inflammation following COVID-19 vaccination. /// *Legal Medicine*, Volume 63, 2023, 102244, ISSN 1344-6223, <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2023.102244>

OECD (2025): Organisation for Economic Co-operation and Development /// Health at a Glance 2025: OECD Indicators. /// OECD Publishing, Paris, 2025, 244pp, <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>

Onishi et al. (2023): Naoaki Onishi, Yuki Konishi, Toshiyuki Kaneko et al. /// Fulminant myocarditis with complete atrioventricular block after mRNA COVID-19 vaccination: A case report. /// *Journal of Cardiology Cases*, 2023, ISSN 1878-5409, <https://doi.org/10.1016/j.jccase.2023.01.004>

Pakanen et al. (2025): Lasse Pakanen, Tuomo Nieminen, Paula Kuvaja, Hanna Nohynek, Sirkka Goebeler, Miia Artama, Petteri Hovi. /// COVID-19 vaccination as a rare potential etiology for cause of death after medicolegal autopsy. A Finnish nationwide study. /// *Vaccine: X*, Volume 24, 2025, 100645, <https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2025.100645>

Palmer et al. (2023): Michael Palmer et al. /// *mRNA Vaccine Toxicity* /// Publisher: D4CE.org | version 1.0 (July 28, 2023), pp. 204. | <https://d4ce.org/mRNA-vaccine-toxicity/> (available as a free download) /// See Chapter 4: Pathological evidence of immunological harm due to mRNA vaccines

Panagioti et al. (2019): Panagioti M, Khan K, Keers R N, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E et al. /// Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis /// *BMJ* 2019; 366 :l4185. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4185>

Ramírez-Soto et al. (2021): Ramírez-Soto MC, Ortega-Cáceres G, Arroyo-Hernández H. /// Sex differences in COVID-19 fatality rate and risk of death: An analysis in 73 countries, 2020-2021. /// *Infez Med.* 2021 Sep 10;29(3):402-407. doi: 10.53854/liim-2903-11. <https://doi.org/10.53854/liim-2903-11>

Rancourt (2020): Rancourt, D.G. /// All-cause mortality during COVID-19 — No plague and a likely signature of mass homicide by government response /// *Zenodo*, 2020. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17196019>

Rancourt (2022): Rancourt, DG /// Probable causal association between India's extraordinary April-July 2021 excess-mortality event and the vaccine rollout /// *Correlation Research in the Public Interest*, 5 December 2022 /// <https://correlation-canada.org/report-probable-causal-association-between-indias-extraordinary-april-july-2021-excess-mortality-event-and-the-vaccine-rollout/>

| *Zenodo* (6 December 2022), <https://doi.org/10.5281/zenodo.17188794>

Rancourt (2023): Rancourt, D. G. /// Denis G Rancourt conference presentation slides and text, All-cause mortality world-wide and Romania (Covid era). /// International Covid Summit (ICS), Bucharest, Romania (2023, November 18). /// *Zenodo*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.19598446>

[Retour au sommaire](#)

Rancourt (2024): Rancourt, D. G. /// Medical Hypothesis: Respiratory Epidemics and Pandemics Without Viral Transmission. /// *Preprints 2024*, 2024120480. <https://doi.org/10.20944/preprints202412.0480.v1>

Rancourt (2025a): Rancourt, D. G. /// Denis G Rancourt conference presentation slides, Towards understanding the government assault and persistent excess mortality (Canada focus). /// *An Injection of Truth: Healing Humanity*, Calgary, Alberta, Canada (2025, March 3). *Zenodo*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.18526099>

Rancourt (2025b): Rancourt, D. G. /// Denis G Rancourt conference presentation slides, EXCESS MORTALITY - What really caused it, really? (Covid era). /// *Back to the Future - Restoring Hippocrates, Trust & Sovereignty in Modern Medicine*, Driebergen-Rijsenburg, Netherlands (2025, October 25). /// *Zenodo*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.18529853>

Rancourt (2025c): Denis Rancourt. /// False that 1-4M lives saved by COVID-19 vaccination during 2020-2024. /// *Correlation Research in the Public Interest*, 29 July 2025. /// <https://correlation-canada.org/1-4m-lives-saved-false/> | Denis G Rancourt. (2025). Review of: "Global Estimates of Lives and Life-Years Saved by COVID-19 Vaccination During 2020-2024". *Qeios*. doi:10.32388/TIMOSA. <https://doi.org/10.32388/TIMOSA>

Rancourt and Hickey (2023): Rancourt, D.G., 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. <https://correlation-canada.org/nobel-vaccine-and-all-cause-mortality/> | *Zenodo*. <https://zenodo.org/records/17168141>

Rancourt and Hickey (2025): Rancourt, DG, Hickey, J. /// Did the COVID-19 vaccine save millions of lives in the USA? Quantitative assessment of published claims. /// *CORRELATION Research in the Public Interest*, Report, 06 October 2025, <https://correlation-canada.org/did-covid-vaccines-save-millions-of-lives-in-usa/> | *Zenodo*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17289481>

Rancourt et al. (2021): Rancourt, D.G., Baudin, M. and Mercier, J. /// Nature of the COVID-era public health disaster in the USA, from all-cause mortality and socio-geo-economic and climatic data. /// *Research Gate* (25 October 2021) /// <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.11570.32962> /// <https://correlation-canada.org/Mortality-public-health-disaster-USA/> /// <https://zenodo.org/records/19207039>

Rancourt et al. (2022a): Rancourt, D.G., Baudin, M. and Mercier, J. /// COVID-Period Mass Vaccination Campaign and Public Health Disaster in the USA: From age/state-resolved all-cause mortality by time, age-resolved vaccine delivery by time, and socio-geo-economic data /// *Research Gate* (2 August 2022) /// <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.12688.28164> /// <https://correlation-canada.org/covid-period-mass-vaccination-campaign-and-public-health-disaster-in-the-usa/> /// *Zenodo*. <https://zenodo.org/records/17195683>

Rancourt et al. (2022b): Rancourt, D. G., Baudin, M., & Mercier, J. (2022). Probable causal association between Australia's new regime of high all-cause mortality and its COVID-19 vaccine rollout. *Zenodo*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.10638.43849> | <https://zenodo.org/records/17188676>

Rancourt et al. (2022c): 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-mortality-statistics-are-incorrect/> | *Zenodo*. <https://zenodo.org/records/17195379>

Rancourt et al. (2023a): Rancourt, D. G., Baudin, M., Hickey, J., & Mercier, J. /// COVID-19 vaccine-associated mortality in the Southern Hemisphere. /// *Zenodo* (2023). <https://doi.org/10.5281/zenodo.17166015>

Rancourt et al. (2023b): Rancourt, D.G., Baudin, M., Hickey, J. and Mercier, J. /// Age-stratified COVID-19 vaccine-dose fatality rate for Israel and Australia /// *Correlation Research in the Public Interest*, 9 February 2023 /// <https://correlation-canada.org/report-age-stratified-covid-19-vaccine-dose-fatality-rate-for-israel-and-australia/> /// *Zenodo*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17188034>

[Retour au sommaire](#)

Rancourt et al. (2024): Denis G Rancourt, Joseph Hickey, Christian Linard. /// 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, 2024, pp.521. (hal-05110349) /// <https://hal.science/hal-05110349>

React 19 (2022): React 19. /// 1250+ COVID Vaccine Publications and Case Reports: Collection of peer reviewed case reports and studies citing adverse effects post COVID vaccination. /// 9 July 2022, <https://react19.org/1250-covid-vaccine-reports/>, archived here: <https://archive.ph/T4hPV>  
React 19 (2025): React 19. /// "A systematic literature survey of COVID-19 vaccine adverse events: A REACT19 Research Project" /// EXECUTIVE SUMMARY (Survey period ending May 1, 2025), 66 pages, Prepared by: Jeffrey M. Jones, MD, PhD; Mobeen Syed, MD; React19 Medical Board. /// <https://react19.org/science-and-research/reviews-surveys-studies/lit-survey-vaccine-aes-react19>  
/// PDF accessed on 17 April 2026: <https://react19.org/images/pdfs/documentsurvey.pdf>

React 19 (2026): React 19. /// "4,551 Science Publications" /// <https://react19.org/science> (accessed 19 April 2026) /// archived page: <https://archive.ph/rXZRr>  
/// Co-hosted, curated and searchable at CoVerse.org: <https://coverse.org.au/science/>

Rose and McCullough (2021): Jessica Rose, Peter A. McCullough /// A Report on Myocarditis Adverse Events in the U.S. Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) in Association with COVID-19 Injectable Biological Products, *Current Problems in Cardiology* (2021). /// doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2021.101011>  
|  
<https://web.archive.org/web/20211007022704/https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146280621002267> (full paper archived)

Ruhm (2023): Christopher J Ruhm. /// The Evolution of Excess Deaths in the United States During the First 2 Years of the COVID-19 Pandemic. /// *American Journal of Epidemiology*, Volume 192, Issue 12, December 2023, Pages 1949–1959, <https://doi.org/10.1093/aje/kwad127>

Rutenberg et al. (2018): Rutenberg AD, Mitnitski AB, Farrell SG, Rockwood K. /// Unifying aging and frailty through complex dynamical networks. /// *Exp Gerontol.* 2018 Jul 1;107:126-129. doi: <https://doi.org/10.1016/j.exger.2017.08.027>

Sano et al. (2023): Sano H, Kase M, Aoyama Y, Sano S. /// A case of persistent, confluent maculopapular erythema following a COVID-19 mRNA vaccination is possibly associated with the intralesional spike protein expressed by vascular endothelial cells and eccrine glands in the deep dermis. /// *J Dermatol.* 2023 May 8. doi: 10.1111/1346-8138.16816. Epub ahead of print. PMID: 37154426. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.16816>

Sapolsky (2005): Robert M Sapolsky /// The Influence of Social Hierarchy on Primate Health (Review) /// *Science*, 29 April 2005, vol. 308, pages 648-652. DOI: 10.1126/science.1106477. <https://www.pinniped.net/sapolsky2005.pdf>

Sars2.net (2024): Sar2.net (anonymous researcher) /// Czech individual-level mortality data by vaccination status (part 4) – sars2.net /// <https://sars2.net/czech4.html>  
(First published 2024-08-08 UTC, last modified 2026-03-02 UTC) | Archived: [http://web.archive.org/web/20260000000000\\*/https://sars2.net/czech4.html](http://web.archive.org/web/20260000000000*/https://sars2.net/czech4.html)

Schneider et al. (2021): Schneider, J., Sottmann, L., Greinacher, A. et al. /// Postmortem investigation of fatalities following vaccination with COVID-19 vaccines. /// *Int J Legal Med* 135, 2335–2345 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00414-021-02706-9>

Schwab et al. (2023): Schwab, C., Domke, L.M., Hartmann, L. et al. /// Autopsy-based histopathological characterization of myocarditis after anti-SARS-CoV-2-vaccination. /// *Clin Res Cardiol* 112, 431–440 (2023).. <https://doi.org/10.1007/s00392-022-02129-5>

Selye (1936): SELYE, H. /// A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents /// *Nature* 138, 32 (1936). <https://doi.org/10.1038/138032a058>

[Retour au sommaire](#)

Selye (1956): Hans Selye /// *The Stress of Life* /// McGraw-Hill Publ., ©1956, 1976, 1984 /// Paperback, revised edition, 1978, ISBN 0-07-056212-1, pp. 515.

Selye (1976a): Hans Selye /// *Stress in Health and Disease* /// 1st Edition - January 1, 1976, (encyclopedic book and systematic review) pp. 1302 /// eBook ISBN: 9781483192215 /// <https://www.sciencedirect.com/book/9780407985100/stress-in-health-and-disease>

Selye (1976b): Selye H. /// Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions /// *Can Med Assoc J.* 1976 Jul 3; 115(1):53-6. PMID: 1277062; PMCID: PMC1878603. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1878603/>

Semenzato et al. (2025): Semenzato L, Le Vu S, Botton J, Bertrand M, Jabagi MJ, Drouin J, Cuenot F, Olié V, Dray-Spira R, Weill A, Zureik M. /// COVID-19 mRNA Vaccination and 4-Year All-Cause Mortality Among Adults Aged 18 to 59 Years in France. /// *JAMA Netw Open.* 2025 Dec 1; 8(12):e2546822. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.46822>

Sessa et al. (2021): Sessa, F.; Salerno, M.; Esposito, M.; Di Nunno, N.; Zamboni, P.; Pomara, C. /// Autopsy Findings and Causality Relationship between Death and COVID-19 Vaccination: A Systematic Review. /// *J. Clin. Med.* 2021, 10, 5876. <https://doi.org/10.3390/jcm10245876>

Sousa et al. (2024): Sousa, P.M.B.d.; Silva, E.A.; Campos, M.A.G.; Lages, J.S.; Corrêa, R.d.G.C.F.; Silva, G.E.B. /// Fatal Myocarditis following COVID-19 mRNA Immunization: A Case Report and Differential Diagnosis Review. /// *Vaccines* 2024, 12, 194. <https://doi.org/10.3390/vaccines12020194>

Suzuki et al. (2022): Hideto Suzuki, Ayako Ro, Aya Takada, Kazuyuki Saito, Kino Hayashi. /// Autopsy findings of post-COVID-19 vaccination deaths in Tokyo Metropolis, Japan, 2021. /// *Legal Medicine*, Volume 59, 2022, 102134, ISSN 1344-6223, <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2022.102134>

Takahashi et al. (2022): Motonori Takahashi, Takeshi Kondo, Gentaro Yamasaki et al. /// An autopsy case report of aortic dissection complicated with histiolymphocytic pericarditis and aortic inflammation after mRNA COVID-19 vaccination, /// *Legal Medicine*, Volume 59, 2022, 102154, ISSN 1344-6223. <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2022.102154>

Tan et al. (2022): Lii Jye Tan, Cai Ping Koh, Shau Kong Lai, Woon Cheng Poh, Mohammad Shafie Othman, Huzlinda Hussin. /// A systemic review and recommendation for an autopsy approach to death followed the COVID 19 vaccination. /// *Forensic Science International*, Volume 340, 2022, 111469, ISSN 0379-0738, <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2022.111469>

*The Japan Times* (26 July 2022): Japan grants first payment for death related to COVID vaccination. /// <https://www.japantimes.co.jp/news/2022/07/26/national/science-health/japan-first-covid-19-vaccine-compensation/>  
- archived here: <https://archive.ph/OfUhm>

Turni and Lefringhausen (2022): Conny Turni and Astrid Lefringhausen /// COVID-19 vaccines – An Australian Review. /// *Journal of Clinical & Experimental Immunology.* 7(3):491-508. <https://www.opastpublishers.com/open-access-articles/covid19-vaccines-an-australian-review.pdf>

Vencalek et al. (2025): Vencalek, O., Furst, T., Princova, E. et al. /// The Mirror of Erised: a retrospective population-wide study of Czech all-cause mortality data by COVID-19 vaccination status. /// *BMC Public Health* 25, 2427 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23619-x>

Wise (2022): Wise J. /// Covid-19: UK makes first payments to compensate injury or death from vaccines. /// *BMJ* 2022; 377:o1565 doi: 10.1136/bmj.o1565. <https://www.bmj.com/content/377/bmj.o1565>

Wong et al. (2023): Hui-Lee Wong, Ellen Tworokoski, Cindy Ke Zhou et al. /// Surveillance of COVID-19 vaccine safety among elderly persons aged 65 years and older. /// *Vaccine*, Volume 41, Issue 2, 2023, Pages 532-539, ISSN 0264-410X, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.11.069>

[Retour au sommaire](#)

Wood et al. (2020): Nicholas Wood, Kristine Macartney, Julie Leask, Peter McIntyre. /// Australia needs a vaccine injury compensation scheme: Upcoming COVID-19 vaccines make its introduction urgent. /// *Australian Journal of General Practice (AGJP)*, doi: 10.31128/AJGP-COVID-36. <https://doi.org/10.31128/ajgp-covid-36>

Xu et al. (2021): Xu S, Huang R, Sy LS, Glenn SC, Ryan DS, Morrisette K, Shay DK, Vazquez-Benitez G, Glanz JM, Klein NP, McClure D, Liles EG, Weintraub ES, Tseng HF, Qian L. /// COVID-19 Vaccination and Non-COVID-19 Mortality Risk - Seven Integrated Health Care Organizations, United States, December 14, 2020-July 31, 2021. /// *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021 Oct 29; 70(43): 1520-1524. doi: 10.15585/mmwr.mm7043e2. /// <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7043e2>

Xu et al. (2023): Stanley Xu, Runxin Huang, Lina S. Sy, Vennis Hong, Sungching C. Glenn, Denison S. Ryan, Kerresa Morrisette, Gabriela Vazquez-Benitez, Jason M. Glanz, Nicola P. Klein, Bruce Fireman, David McClure, Elizabeth G. Liles, Eric S. Weintraub, Hung-Fu Tseng, Lei Qian. /// A safety study evaluating non-COVID-19 mortality risk following COVID-19 vaccination. /// *Vaccine*, Volume 41, Issue 3, 2023, Pages 844-854, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.12.036>

Xu et al. (2024): Xu S, Sy LS, Hong V, Farrington P, Glenn SC, Ryan DS, Shirley AM, Lewin BJ, Tseng HF, Vazquez-Benitez G, Glanz JM, Fireman B, McClure DL, Hurley LP, Yu O, Wernecke M, Smith N, Weintraub ES, Qian L. /// Mortality risk after COVID-19 vaccination: A self-controlled case series study. /// *Vaccine*. 2024 Mar 7; 42(7): 1731-1737. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2024.02.032>

Yaribeygi et al. (2017): Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. /// The impact of stress on body function: A review. /// *EXCLI J.* 2017 Jul 21; 16:1057-1072. doi: 10.17179/excli2017-480. <https://doi.org/10.17179/excli2017-480>

Yeo et al. (2022): Audrey YEO, Benjamin KUEK, Mandy LAU et al. /// Post COVID-19 vaccine deaths - Singapore's early experience, /// *Forensic Science International*, Volume 332, 2022, 111199, ISSN 0379-0738, <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2022.111199>

Yoshimura et al. (2022): Yukihiro Yoshimura, Hiroaki Sasaki, Nobuyuki Miyata et al. /// An autopsy case of COVID-19-like acute respiratory distress syndrome after mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccination /// *International Journal of Infectious Diseases* 121 (2022) 98–101, <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2022.04.057>

## Articles antérieurs de l'auteur

Rancourt, D. G. (2014). Self-Image-Incongruence Theory of Individual Health. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.20102545>

Rancourt, D. G. (2011). A Theory of Chronic Pain - A social and evolutionary theory of human disease and chronic pain. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.20102709>