

## **La disparition des maladies infectieuses n'est pas due aux vaccins**

Article paru dans NEXUS n° 84 Janvier-Février 2013

Les chiffres le prouvent, les courbes le montrent : les vaccins n'ont pas éradiqué les épidémies. Bien au contraire, ils ont favorisé l'émergence de maladies d'autant plus redoutables qu'elles surviennent sur des sujets adultes au système immunitaire affaibli.

Il existe actuellement un rejet très net du principe vaccinal à cause des nombreux effets secondaires graves qu'il génère. Cependant, même les victimes de l'obligation vaccinale persistent à affirmer que, malgré les risques, les vaccins ont « éradiqué » les maladies infectieuses de la planète.

Or, dès que l'on se penche sur la question, on s'aperçoit qu'il n'en est rien et que certaines épidémies qui ont ravagé nos pays ont disparu sans aucun vaccin, ce que les partisans des vaccins semblent ignorer. Ainsi, en 1348, la peste noire fit périr la majorité de la population française, puis elle a sévi pendant des siècles à travers le monde pour s'éteindre totalement sans aucune vaccination.

Le choléra a, lui aussi, semé la terreur dans notre pays pour disparaître totalement sans aucun vaccin. Si la vaccination contre ces maladies avait existé et avait été obligatoire durant ces périodes critiques, il est probable que l'on aurait attribué cette disparition aux bienfaits des vaccins. Or, il faut imputer ces régressions à d'autres facteurs. Quant à la lèpre, qui existe encore dans certains pays à l'état endémique, elle ne cause plus de ravages comme elle le fit par le passé et les grandes épidémies ne sévissent plus, bien qu'il n'existe aucun vaccin contre cette maladie.

D'une manière générale, il suffit d'observer les courbes de déclin des maladies pour s'apercevoir que ce déclin a toujours commencé bien avant l'introduction des vaccins.

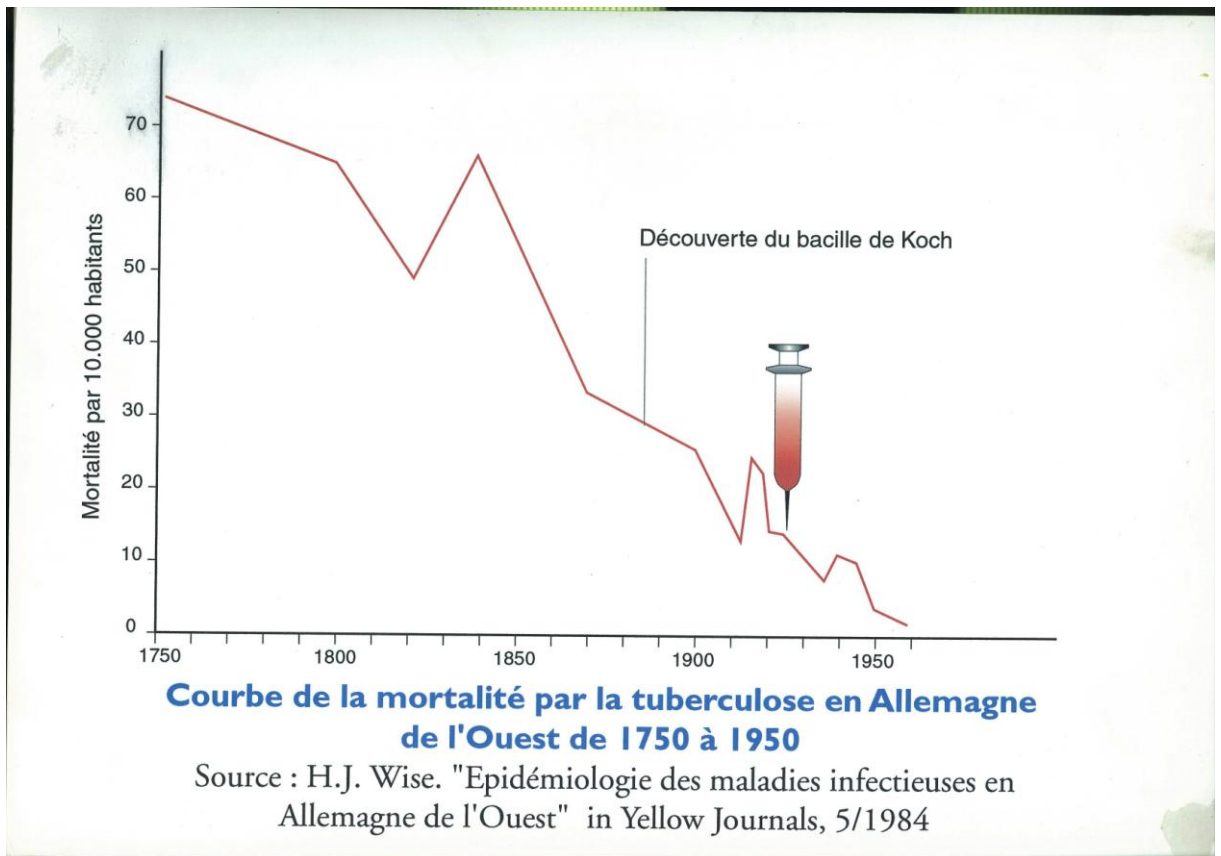
### **Tuberculose et BCG**

Un certain nombre de pays ne vaccinent pas contre la tuberculose, notamment les états-Unis, car le fait d'avoir reçu le BCG entraîne un test tuberculinique positif qui brouille le diagnostic de la maladie en cas de tuberculose. Le fait de vacciner contre le BCG rend plus difficile l'identification de l'infection. On ne peut donc attribuer la diminution spectaculaire des cas de tuberculose au vaccin.

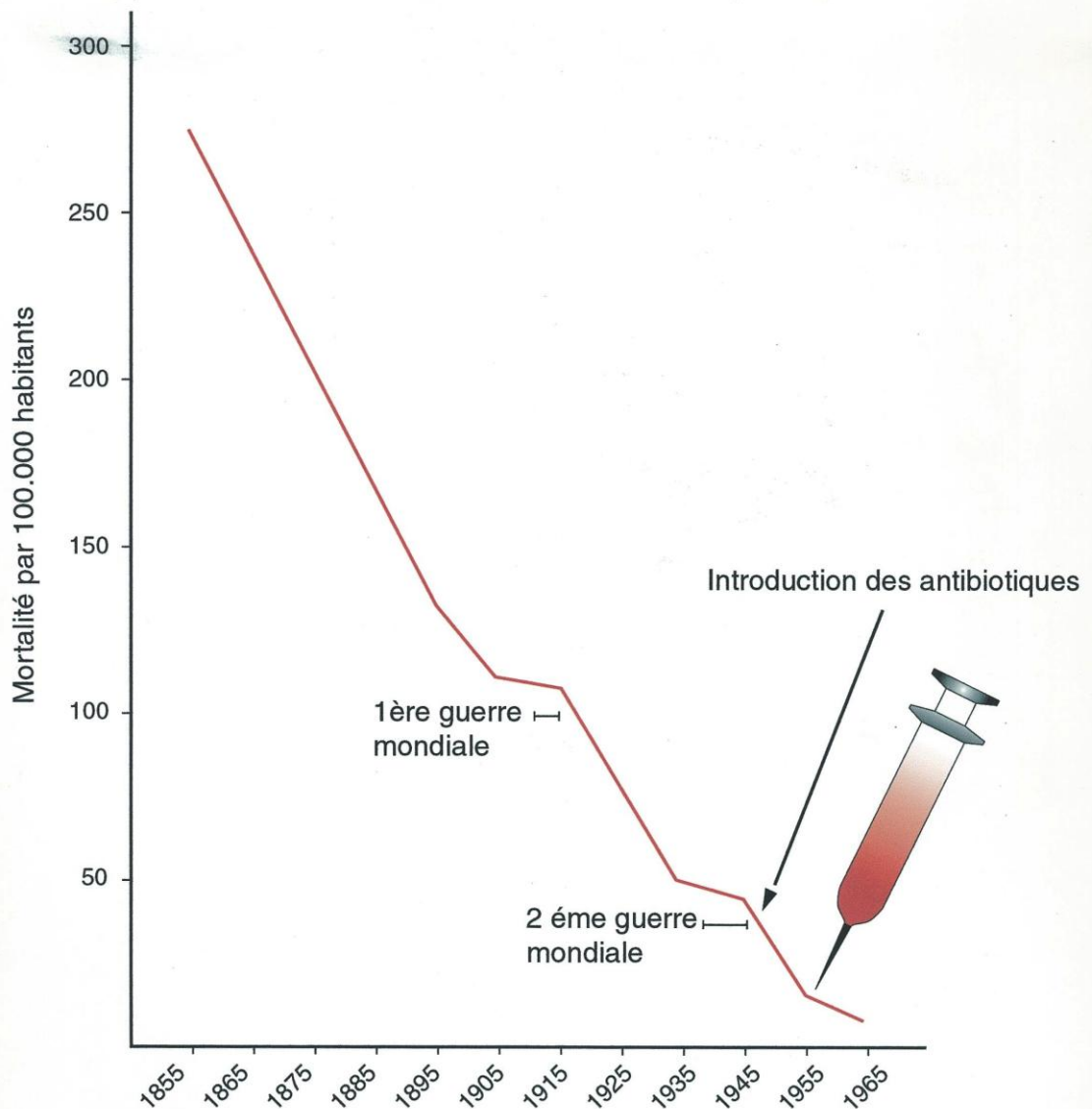
En 1975, la Suède a décidé d'interrompre la vaccination systématique des nouveau-nés. L'incidence de la tuberculose a continué à décroître au même rythme.

Dans son numéro spécial de février 1997, le Bulletin Epidémiologique signalait que sur « 7 594 cas de tuberculose déclarées en France en 1996, parmi les 293 enfants de moins de 15 ans atteints, dont le statut vaccinal est connu, 70 % ont été vaccinés [...]. De nombreuses études montrent que lors d'une épidémie il y a autant de personnes atteintes chez les vaccinés ou les non vaccinés. »

Et si l'on observe la courbe de mortalité en Allemagne entre 1750 et 1950, on remarque que les cas ont diminué bien avant la vaccination.



Quant à la courbe de mortalité en Grande-Bretagne entre 1865 et 1964, elle permet de constater une diminution régulière et spectaculaire des cas, avec des paliers durant les deux guerres, bien avant l'introduction du vaccin en 1955.



## Taux de la mortalité par tuberculose pulmonaire en Angleterre de 1855 à 1964

Source : Erwin A. - Immunization Awareness society in *IAS Newsletter*, vol 10. N° 1 et 2. p.42

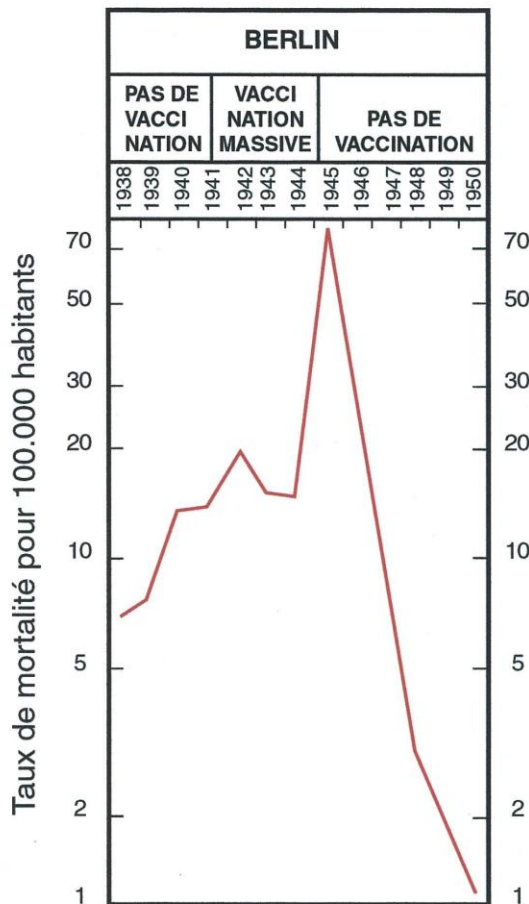
En outre, selon le document sur la tuberculose publié par l'OMS en 2003, 1980 il y avait 29 991 cas en Allemagne et 17 199 cas en France. Or la RFA a supprimé en 1973 l'utilisation du BCG, et la RDA en 2001, il n'y a plus que 6 959 cas de tuberculose, soit 84 cas par million d'habitants en Allemagne, mais en France, malgré (ou à cause de) l'obligation vaccinale qui n'a été supprimée qu'en 2007, on

trouve encore 96 cas par million d'habitant soit un total de 5 814 cas. D'ailleurs, contrairement aux « craintes » des services de santé, lorsque ce vaccin n'a plus été obligatoire et que l'incidence du vaccin a très fortement chuté, on n'a pu déceler le moindre signe d'augmentation des cas liée à cette diminution. Au contraire, il s'est produit une nette diminution des méningites tuberculeuses et moins de cas de tuberculose chez les enfants, même dans les régions les plus exposées.

L'un des arguments avancés pour le maintien du BCG est qu'il protégeait efficacement de la méningite tuberculeuse. Or, dès 1973, le Dr F. Freerksen, directeur de l'Institut de Biologie Expérimentale, précisait : « Le dogme de l'absence de méningite tuberculeuse chez les vaccinés doit être abandonné (entre 1964 et 1968, à Vienne, sur quatre méningites tuberculeuses, deux se sont produites chez des sujets vaccinés). » (cf. *Le Concours médical*, 20 avril 1974, t. 96 [16], p. 2 529-2 530). L'année même, la République Fédérale allemande supprimait ce vaccin. Pour sa part, le Pr. Costil, de l'hôpital Trousseau à Paris, a pu observer huit cas de méningite tuberculeuse, survenus entre 1978 et 1988, chez des enfants vaccinés avec le BCG (cf. *Profil* du 13 juillet 1989).

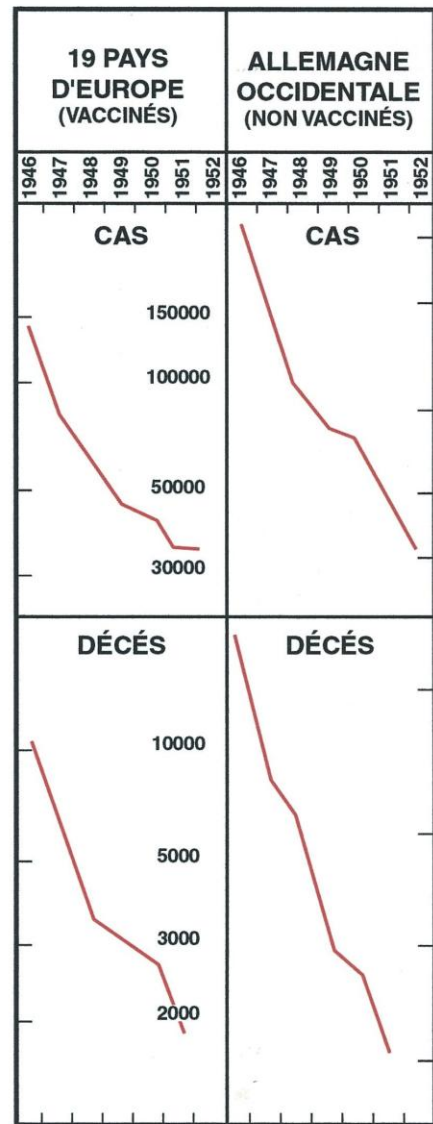
On cite souvent le décès de 6 enfants âgés de moins de 5 ans par la tuberculose en 1995, mais on « oublie » toujours de dire que, sur les 6 enfants, 3 étaient correctement vaccinés par ledit BCG.

Le déclin naturel de la diphtérie est inscrit au crédit de l'action vaccinale, alors qu'il s'agit d'un phénomène spontané de régression épidémique dans tous les pays d'Europe, qu'il y ait eu vaccination ou pas.



### Evolution de la diphtérie à Berlin, de 1938 à 1950

Source : *L'intoxication Vaccinale* par Fernand Delarue, 1977



### Déclin comparé de la diphtérie dans 19 pays (vaccinés) d'Europe et en Allemagne occidentale (non vaccinée), de 1946 à 1952

#### Le cas de la diphtérie

La diphtérie est aussi un exemple frappant de la disparition de la maladie avant la vaccination systématique. En Australie, dès 1923, K. R. Morre avait remarqué que la diphtérie avait autant

régressé dans les localités non vaccinées que dans celles où les vaccinations avaient été recommandées. Son étude a paru dans le *Bulletin de l'office intérieur d'hygiène publique* en 1926. Depuis cette époque, de nombreuses observations basées sur les chiffres fournis par l'OMS ont montré une décroissance identique de la diphtérie en Allemagne, en Hongrie, en Suisse, en Pologne et aux États-Unis (fig. 3).

Quant au Japon non vacciné et au Canada vacciné, l'incidence n'est pas la même, mais la diminution des cas est tout aussi spectaculaire (fig. 4). Entre 1944 et 1952, le Japon, qui avait entrepris une campagne vaccinale, l'arrêta à la suite d'une quarantaine d'accidents vaccinaux mortels. Pourtant, le déclin de la maladie fut remarquable, de onze à quinze fois moins de morbidité et de mortalité, alors que le pays souffrait encore des conséquences de sa défaite : sous-alimentation et misère extrême. Comme le signale Fernand Delarue dans son ouvrage *L'Intoxication vaccinale*, « si la vaccination a semblé faire merveille au Canada, la non-vaccination a elle aussi réalisé des prodiges au Japon ».

En France, de 1945 à 1950, le nombre de décès est tombé de 1839 à 121 chez les enfants de 1 à 14 ans (vaccinés) et de 517 à 34 chez les moins de 1 an (non vaccinés), soit une baisse de 93 % dans les deux cas. Le déclin naturel de la diphtérie est inscrit au crédit de l'action vaccinale, alors qu'il s'agit d'un phénomène spontané de régression épidémique dans tous les pays d'Europe, qu'il y ait eu vaccination ou pas. L'étude la plus complète sur l'incidence de la vaccination antidiphtérique a été faite en 1954 par le Pr Robert Rendu et est parue le 20 février de la même année dans le *Journal de médecine de Lyon*. « Comme cette régression "spectaculaire" a plus ou moins coïncidé avec l'extension de la vaccination dans tous les pays civilisés du monde, on a en a conclu que c'était l'anatoxine qui avait fait reculer la diphtérie. »

Par ailleurs il ne faut pas oublier que la vaccination contre la diphtérie a été suivie par des épidémies de poliomyélite directement liées à la vaccination anti-diphtérique.

### **Poliomyélite et tétanos**

Vers la fin des années 40, on dénombra en Angleterre et au pays de Galles de nombreux cas de poliomyélite après l'injection du vaccin antidiphtérique, ce qui mena à interdire le vaccin dans ces pays en avril 1950. Et sur 1308 cas de paralysie survenus à cette époque chez des enfants âgés de 6 mois à 2 ans, 170 cas étaient liés à une injection antidiphtérique (fig. 5).

Pour le tétanos, la situation est différente. La maladie n'étant pas contagieuse, elle ne se transmet donc pas par contact d'individu à individu, et elle n'est pas immunisante. « Puisqu'un malade guéri du tétanos n'est jamais immunisé contre une seconde atteinte, comment un vaccin pourrait-il mieux protéger de la maladie ? » demandait en 1949 le Dr Robert Rendu, de la faculté de médecine de Lyon, dans *La Presse médicale*. Entre 1943 et 1947, cinq millions au moins d'enfants ont été vaccinés, soit plus de la moitié de la population âgée de 1 à 14 ans. « Cette vaccination massive aurait dû entraîner une diminution considérable du nombre de décès, or les statistiques officielles montrent que le nombre de décès infantiles par tétanos n'a guère varié de 1943 à 1947 (un décès en moyenne par département et par an). »

La courbe de la mortalité moyenne annuelle due au tétanos en Grande-Bretagne et au pays de Galles montre que celle-ci avait amorcé sa descente des décennies avant le début de la vaccination (fig. 6).

En résumé, ce sont les pays où la vaccination est le moins pratiquée qui présentent le moins de cas de tétanos. Il se trouve que la France détient le record de cas de tétanos après le Portugal, alors que dans ces deux pays, cette vaccination est obligatoire.

### **Chlorure de magnésium**

L'enseignement médical nous prévient que la maladie succède à une plaie profonde, souillée de terre ou à une brûlure profonde. Mais il existe des tétanos en l'absence de plaie. Quant au tétanos néonatal qui atteint le nouveau-né essentiellement dans les pays pauvres, il est dû au manque d'hygiène ombilicale à la naissance. Il semblerait que le tétanos, comme la diphtérie, soit une conséquence d'un manque de magnésium.

Il faut savoir que les traitements non officiels reposent sur le chlorure de magnésium dont on connaît l'efficacité dans les états infectieux (diphtérie, tétanos, polio) grâce aux travaux du Dr Neveu et du Pr Delbet. Nicolas Neveu avait rédigé un rapport sur les guérisons qu'il avait obtenues chez des personnes atteintes de diphtérie. Pierre Delbet voulut présenter ce rapport à l'Académie de médecine, mais il se heurta à une opposition farouche de la part du corps médical. C'est dans une lettre adressée au Dr Neveu en date du 16 novembre 1944 qu'il révèle : « La publication de ma communication du 20 juin est définitivement refusée. Le Conseil de l'académie a trouvé, après 6 mois de réflexion, l'argument suivant : en faisant connaître un nouveau traitement de la diphtérie on empêcherait les vaccinations et l'intérêt général est de généraliser ces vaccinations. »

Il ressort de ce rapport que l'Académie de médecine a décidé délibérément d'étouffer un traitement qui aurait pu sauver des milliers de vies, mais qui aurait risqué de concurrencer les vaccins. *Les cahiers de biothérapie* (n° 39, septembre 1973) ont publié les résultats des docteurs Fumeron et Neveu, confirmés par le Dr Chevreuil, de Nantes, et concernant des personnes atteintes de tétanos et considérées comme perdues : ils ont obtenu des résultats spectaculaires en injectant 5 grammes de chlorure de magnésium dans 20 cm<sup>3</sup> de sérum physiologique par voie intraveineuse.

Selon l'OMS, le taux d'anticorps (ou antitoxine) de 0,01 UI/ml est considéré comme protecteur. Mais la présence d'anticorps n'est pas une garantie de sécurité, aussi impose-t-on des rappels tous les cinq ans aux enfants et tous les dix ans aux adultes pour « assurer » la restauration de l'immunité. Or, dans le journal médical *Neurology* (t. 42, 1992), Crone et Rider citent le cas d'un patient âgé de 29 ans atteint d'un tétanos sévère alors qu'il avait été hyper-immunisé en vue de produire une immunoglobuline antitétanique. Son taux d'anticorps était de 3 300 fois le taux considéré comme protecteur.

L'Unicef a acheté 4,3 milliards de doses de vaccins anti tétanos en quinze ans sans faire baisser le moins du monde l'incidence de la maladie.

De même, en 1991 à l'hôpital de Dar es-Salaam, en Tanzanie, sur 10 cas de tétanos chez les nouveau-nés, 9 mères avaient des taux d'anticorps suffisants pour protéger le bébé (jusqu'à 400 fois le taux protecteur).

En août 1987, eut lieu à Leningrad la VIII<sup>e</sup> conférence internationale sur le tétanos. Ce fut l'occasion de faire le point sur le vaccin que les représentants de l'OMS voulaient inclure dans un vaste programme de vaccination. Le Dr Masar démontra alors que sur 28 cas de tétanos en Slovaquie, 20 malades avaient été correctement vaccinés. D'ailleurs, l'Unicef a acheté 4,3 milliards de doses en quinze ans sans faire baisser le moins du monde l'incidence de la maladie.

### **Armées vaccinées**

Dans l'armée française, la plus vaccinée des armées alliées (plus de quatre millions de vaccinations d'octobre 1936 à juin 1940), le taux de morbidité tétanique par mille blessés est resté le même pendant la campagne de 1940 qu'avant ces vaccinations massives. Dans l'armée grecque, non vaccinée, la fréquence du tétanos au cours de la dernière guerre a été sept fois moindre que dans l'armée française.

Dans l'armée américaine, pendant la Deuxième guerre, il y eut 10 millions de mobilisés, un demi-million de blessés et 12 cas de tétanos, 6 chez les non-vaccinés et 6 chez les vaccinés.

En Belgique, le Dr Kris Gaublomme a rassemblé toute une série d'articles, publiés dans *The International Vaccination Newsletter* de septembre 1996, qui corroborent les observations précédentes.

On proclame volontiers que ce vaccin est le mieux toléré et le plus anodin, mais son innocuité est loin d'être démontrée. Les effets indésirables ne sont pas rares et peuvent être graves sur le court ou le long terme.

### **Vaccin anti-hépatite B**

Il en est de même pour le vaccin anti-hépatite B. Lors de la folie vaccinale de 1994 qui a permis de vacciner la moitié de la population française, la courbe de la Courly, qui réunissait les échantillons sanguins provenant de la surveillance épidémiologique de 70 laboratoires d'analyses biologiques dans la région lyonnaise, montrait que l'on avait douze fois plus de cas d'hépatite B en 1978 qu'en 1992. Cette courbe confirmait une nette diminution des cas observés depuis cette époque, donc avant la campagne publicitaire de 1994 en faveur du vaccin.

Entre 1963 et 1979, la fréquence de l'hépatite B était déjà réduite de 90 %, mais cette amélioration est évidemment attribuée aux seules vaccinations, alors que la baisse des cas correspond aux mesures prises pour éviter les transmissions par seringues chez les drogués et des contaminations par le sang chez les transfusés.

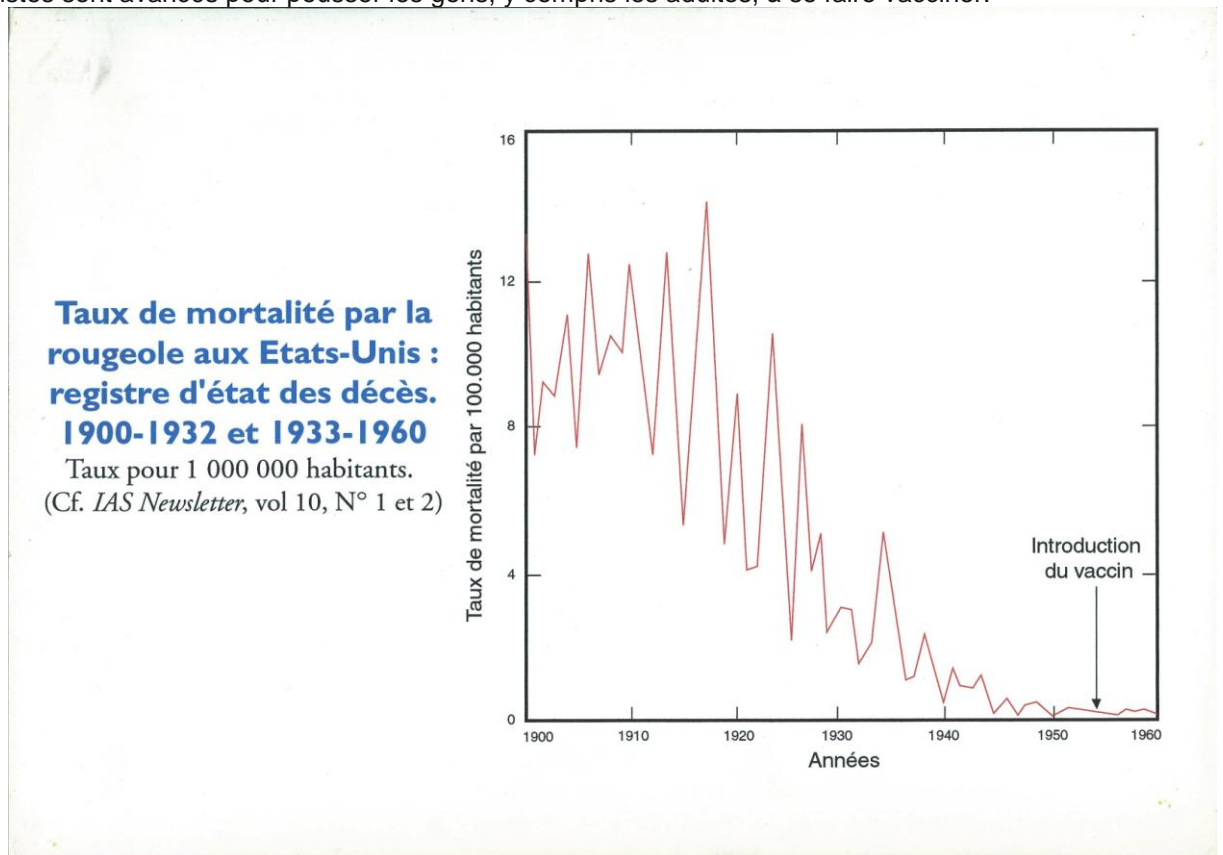
Un constat devrait nous surprendre : depuis l'obligation vaccinale pour le personnel de santé, la décroissance des cas aurait dû être deux fois plus rapide chez eux que dans la population générale, or elle est identique.

### **Flambée de rougeole**

Aux États-Unis, en 1958, on répertoriait environ 800 000 cas de rougeole, mais en 1962, une année avant l'introduction du vaccin, ce chiffre était brusquement tombé à 3 000 (fig. 7). Pendant les quatre années suivantes, ce chiffre a continué à baisser alors que les vaccins administrés pendant cette période furent jugés par la suite parfaitement inutiles au point d'être abandonnés.

Cependant, les vaccinations ont repris de plus belle dès 1978 et, d'après le Dr Mendelsohn, « la mortalité par rougeole a été multipliée par 25 depuis ces campagnes vaccinales ». En résumé, aux États-Unis, la rougeole est en constante augmentation depuis les vaccinations. Et un constat alarmant a été publié en 1995 par les laboratoires SmithKline Beecham, pourtant fabricants de vaccins: « Les rougeoles ont été 18 fois plus nombreuses aux USA en 1990 (27 672 cas) qu'en 1983, malgré une vaccination systématique contre la maladie depuis 1978. » Et en 2006, les CDC (Centers for Disease Control and Prevention) signalaient que 89 % des enfants d'âge scolaire qui avaient contracté la rougeole étaient vaccinés.

En 1986, au Canada, le nombre de cas de rougeole était sept fois plus élevé qu'en 1985. La Suède a abandonné ce vaccin dès 1970 et l'Allemagne dès 1975. La France incrimine paradoxalement le faible taux de couverture vaccinale, alors qu'elle atteint pourtant en moyenne plus de 95 %, et des chiffres alarmistes sont avancés pour pousser les gens, y compris les adultes, à se faire vacciner.

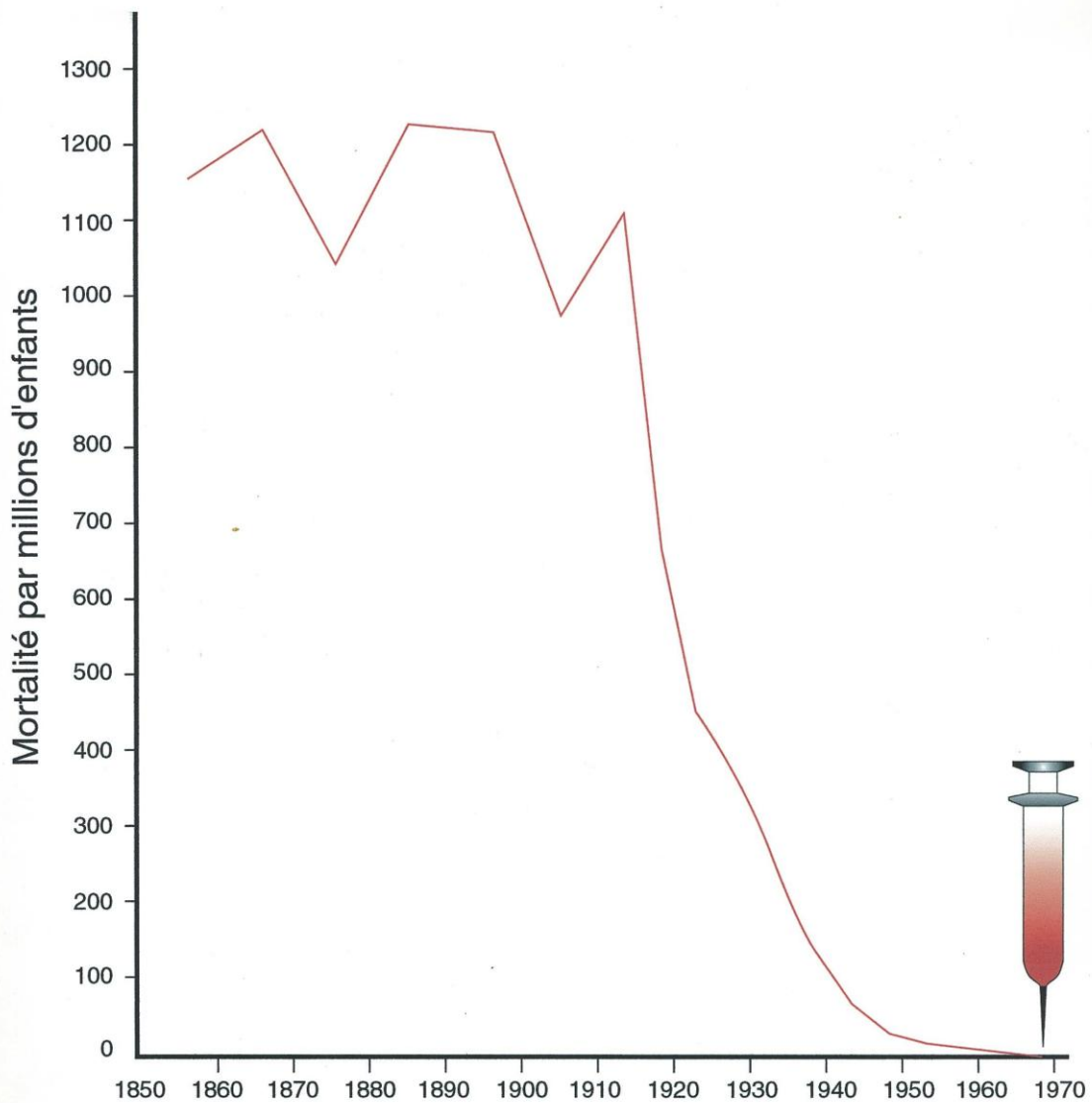


### Oreillons et coqueluche

Il en est de même pour les oreillons, car on a constaté que les fortes couvertures vaccinales (environ 97,6 %) n'empêchent pas l'apparition de la maladie. En avril 2006, une sérieuse épidémie d'oreillons s'est déclarée dans huit États du centre des États-Unis. Ce fâcheux « incident » n'a pas empêché les CDC de persister à affirmer que « le vaccin est efficace à 90 ou 95 % et que l'immunité dure alors plus de 25 ans, sans doute la vie entière ».

Au Royaume-Uni, la mortalité par les oreillons a chuté à partir de 1915, alors que la vaccination n'est intervenue qu'à la fin des années 60 (fig. 8).





**Moyenne annuelle de la mortalité par oreillons  
en Angleterre et au Pays de Galles**  
(par million d'enfants de moins de 15 ans)

Source : Immunization Awareness Society in *IAS Newsletter*,  
vol 10. N° 1 et 2.

Pour ce qui est de la coqueluche, des épidémies se sont déclarées dans des populations à couverture

vaccinale très élevée (entre 81 % et 91 %), notamment en Afrique du Sud en 1988-1989, ou aux États-Unis, où le nombre de cas a doublé. Ainsi, en 1993, dans le Massachusetts, 218 étudiants furent atteints par la coqueluche, alors que 96 % d'entre eux étaient vaccinés.

*Le British Medical Journal of Medicine* (n° 19 de 1995) mentionne des flambées épidémiques dans les pays où s'est généralisée la vaccination, et en 1998, le même journal signalait des épidémies de coqueluche en Hollande, Norvège et Danemark, malgré une couverture vaccinale de 96 %.

De son côté, *Le Quotidien du médecin* du 5 janvier 1994 signalait que des élèves avaient été contaminés par des camarades vaccinés, et non le contraire comme on le prétend souvent.

Le vaccin a fait disparaître les symptômes de la coqueluche, qui n'existe presque plus sous sa forme habituelle, mais il a fait apparaître des formes différentes de la maladie qui atteignent à présent les adultes et les adolescents avec plus de gravité la plupart du temps. La coqueluche est devenue une maladie de l'adulte (*J. Trop. Pédiatr.* vol. 37, 1991).

En 1980, l'OMS claironnait l'éradication de la variole après avoir lancé en 1962 une dernière campagne « d'éradication » à l'échelle mondiale. Consciente que cette vaccination ne parvenait pas à enrayer le mal, l'OMS préconisa alors d'abandonner la vaccination de masse au profit d'une stratégie dite de « surveillance-endiguement ». Ces déclarations officielles du 28 novembre 1972 émanaient du chef du service d'éradication de la variole à l'OMS, le Dr Donald A. Henderson. Elles furent ensuite reprises par *Le Monde* du 21 décembre 1977 et par les Affiches parisiennes et départementales.

Ainsi, l'OMS reconnaît que la disparition de la variole n'est pas due à la vaccination systématique, mais bien à des mesures « d'hygiène » au sens large, seul rempart efficace à la propagation des germes. Mais combien de personnes savent aujourd'hui que la disparition de cette maladie n'est pas due à la vaccination de masse ?

### **Des facilitateurs de maladies**

En résumé, pour attester de l'action bénéfique des vaccins, on se base sur le taux d'anticorps obtenu après une injection. Certes, tout antigène introduit dans l'organisme produit une réaction. La plupart du temps, le système immunitaire exprime cette réaction par la production d'anticorps, mais leur présence ne prouve pas qu'ils vont immuniser l'individu. Leur augmentation signe souvent un affolement des défenses immunitaires. Dans certains cas, ils fortifient la maladie et sont « facilitateurs ». Leurs mécanismes de régulation se trouvent souvent débordés, ce qui fait que des combinaisons anticorps-antigène, appelées « complexes immuns », restent en circulation dans l'organisme, occasionnant des maladies graves. Quant à leur durée de vie produite par un antigène vaccinal, elle est toujours plus courte que celle des anticorps naturels, ce qui indique que la vaccination met en jeu des mécanismes très différents de ceux que provoque la maladie naturelle.

Les vaccins facilitent l'émergence d'autres maladies d'autant que le terrain est affaibli et se laisse assaillir par des germes qui prolifèrent et deviennent virulents. C'est à ce phénomène que Mirko D. Grmek, professeur d'histoire de la médecine à l'École des hautes études, donne le nom de « pathocénose », qui peut expliquer les apparitions et les disparitions des épidémies. Ainsi, la vaccination antivariolique a rendu plus virulent le bacille de Koch, ce qui explique le fléau de la tuberculose au XIX<sup>e</sup> siècle. La vaccination contre la diphtérie couplée avec la vaccination anti-coquelucheuse a rendu virulent le virus de la polio, aussi a-t-on eu des pics épidémiques quelques années après la vaccination systématique contre la diphtérie. Le vaccin contre la polio accompagné du cocktail prévu par le calendrier vaccinal a contribué à l'effondrement du système immunitaire et à l'installation d'un syndrome d'immunodéficience acquise. Le vaccin contre l'hépatite B complète les ravages causés par les autres vaccins et, s'attaquant au système nerveux de l'individu, il facilite l'installation de maladies auto-immunes qui favorisent un vieillissement prématuré. Les vaccins de même que les antibiotiques ne font que diminuer la vitalité du terrain, sa résistance naturelle, et l'altération du terrain devient une source de cancérisation. Et lorsque l'on considère qu'un enfant vacciné ne développe pas telle ou telle maladie et qu'il est immunisé, la réalité est bien différente : il n'a plus la force de réagir. Les maladies chroniques s'installent chez ceux qui ont un niveau de vitalité, d'énergie, très bas. Ils ne font pas de réactions violentes car l'organisme est sapé de l'intérieur.

### **Atteintes cérébrales**

D'après Harris Coulter, éminent spécialiste américain de l'histoire des vaccinations, dans son livre *Vaccination, social violence and criminality*, toute vaccination est susceptible de provoquer une encéphalite légère ou grave. Ce phénomène s'accompagne d'une détérioration des gaines de myéline dans le cerveau. Ces modifications pathologiques conduisent à des handicaps divers et des problèmes de comportement. On considère qu'aux États-Unis, un enfant sur cinq a subi des atteintes cérébrales. Toute manifestation démyélinisante subite semble être directement imputable aux vaccinations, d'autant que des chercheurs ont découvert une similitude entre certains virus et la

structure protéidique de la myéline. Cette découverte capitale explique pourquoi nombre de maladies auto-immunes apparaissent après la vaccination : le corps ne reconnaît plus l'antigène à combattre et s'attaque à ses propres cellules, entraînant des maladies très invalidantes sur le long terme.

Actuellement, les immunologistes s'interrogent sur les poussées épidémiques qui surviennent dans les populations vaccinées et ce constat est évidemment embarrassant pour eux car, à l'évidence, il s'agit d'une faillite de la vaccination, qui non seulement a de terribles effets pervers mais n'a jamais « éradiqué » une maladie.

Après cette lecture, les victimes de l'obligation vaccinale ne pourront plus affirmer que, malgré les risques, les vaccins ont « éradiqué » les maladies infectieuses de la planète, et ces trop nombreuses victimes ne devraient plus hésiter à mettre en balance les terribles effets secondaires des vaccins et la « prétendue éradication » des maladies infectieuses.

By Sylvie Simon - Article paru dans NEXUS n° 84 Janvier-Fevrier 2013

Autres sources :

- Fernand Delarue, *L'Intoxication vaccinale*, éd. du Seuil, 1977.
- A. Flahault, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 20, 1995.
- *Médecine et hygiène*, 12 janvier 1983.
- *Arch. Intern. Med*, 1994.
- Dr Jean Pilette, *La Poliomyélite: quel vaccin? quel risque?* L'Aronde, 1997.
- *Science*, vol. 29, 19-7-85.