

Rapport Vaccins Covid 2ème Partie

JPhilippe Santourian

Mai 2021

Table des matières

Introduction.....	3
L’horizon change sans changer.....	5
Les Mutations ont eu lieu: Les premiers vaccins sont obsolètes. Leur sécurité discutable.....	8
Les mutations et l’inefficacité des vaccins.....	8
Les mutations.....	8
L’inefficacité des vaccins covid.....	11
La sécurité vaccinale discutable.....	16
Les syndromes grippaux.....	16
Les Cas Graves depuis le début de la vaccination.....	17
Les thromboses.....	19
Les myocardites.....	20
Les différences et points communs entre vaccin covid et virus covid.....	21
Entre teasing commercial, dissonances cognitives et stratégie sociale.....	22
Vivre ensemble, mais chacun chez soi.....	22
Les Dissonances Cognitives.....	23
Teasing commercial: tant qu’on aura une arme absolue à promouvoir.....	24
Addenda.....	25
A bientôt pour la suite.....	26
Bibliographie.....	27

Introduction

Vous avez été nombreux à apprécier le premier rapport sur les vaccins Covid. Il portait essentiellement sur les phases 1 et 2 des essais cliniques. Depuis lors, les phases 3 et 4 sont encore en cours jusqu'en 2022, et vous êtes nombreux encore, et de manière très légitime, à me poser des questions à propos de ces phases, que ce soit par téléphone ou pendant les consultations. Le travail qui suit va me permettre de vous répondre d'une manière aussi détaillée que possible, nous épargnant le temps dont nous ne disposons que rarement au cours des consultations¹. Il est encore incomplet puisque nous sommes encore en pleine période de recueil des données. Non exhaustif, il aura probablement encore une suite dans les mois qui viennent.

J'ai réalisé ce travail en me basant sur l'étude d'au moins deux sources.

La fiabilité de la première, est *a priori* suffisante, à condition d'en assurer une lecture attentive et une critique aussi médicale que possible. Il s'agit des études mises à disposition sur les sites de publication Scientifiques, Biologiques, Pharmacologiques, et/ou Médicales (comme Medline, Cochrane, etc....) pour le grand public autant que pour les médecins et autres scientifiques.

Elle nécessite des pré-requis dont tout-un chacun ne dispose pas. C'est donc de mon devoir d'en assurer une lecture, une critique, et une restitution aussi vulgarisée que possible, sans tomber dans la caricature, pour vous exposer l'état d'avancée des connaissances sur les vaccins Covid.

Pour la deuxième source, c'est par le caractère très factuel de son rôle de rapporteur, qui n'est ni bon, ni mauvais en soi, que je l'ai choisie. Il s'agit des rapports officiels de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament sur les Effets indésirables suite à la vaccination covid.

Elle nécessite aussi un minimum de pré-requis médical, bien moindre toutefois que la première. Mais elle nécessite aussi un éclairage de la réalité de terrain de cet organisme. En effet, comme toutes ses cousines du même acabit, il s'agit d'une institution où le respect des procédures est le corrolaire à la mise en oeuvre des protocoles, dans le cadre d'une modélisation des actes².

En clair: elle est soumise à l'inertie des horaires de fonctionnement, au traitement des informations par la coordination des différents temps de travail de chacun, selon une logique qui exclue d'emblée le surmenage, et selon une modélisation du temps de travail susceptible de corriger les données plusieurs mois plus tard, lorsque le temps nécessaire, mais institutionnel, aura permis de traiter ce qui aurait dû l'être (ou n'aurait pas dû) plusieurs mois en arrière.

Autrement dit, ses données, pour intéressantes qu'elles soient par l'éclairage statistique qu'elles apportent, ne peuvent être que **minorées** au moment de leur publication.

C'est en gardant ce point à l'esprit qu'il me semble lucide d'en assurer une lecture et une interprétation³.

1 Mais il n'exclue pas les éventuels échanges dont nous aurons besoin en consultation le cas échéant.

2 Si vous n'avez rien compris à cette phrase, mais que vous avez remarqué que vous n'avez rien compris, c'est que vous êtes attentif.

3 l'ANSM, dans sa grande prudence et sagesse, énonce elle même en préambule, que ses rapports ne peuvent être considérés comme exhaustifs.

J'estime que le patient doit être libre dans le choix des soins qu'il entreprend pour sa santé. Pour pouvoir exercer cette liberté, il doit être informé au mieux de nos connaissances *autant que de nos ignorances*, ou de l'état de nos recherches.

Pour vous informer et vous éclairer autant que possible sur les vaccins covid, deux questions me paraissent déterminantes pour que vous puissiez exercer votre choix:

- Les vaccins covid sont ils efficaces à prévenir le covid?
- Les vaccins covid sont ils sans danger ?

Par cet éclairage et ces informations, je souhaite vous aider sincèrement à répondre, *par vous même*, à ces questions.

Bonne lecture.

Jphilippe Santourian, 1er mai 2021

L'horizon change sans changer

Souvenez vous la première partie :

- ➔ Les fournisseurs des vaccins aux Etats du Monde restent les mêmes et leur pedigree n'a pas changé....pour l'instant. Le voici dans le tableau ci-dessous(Gotzsche, 2017) :

2009	Pfizer condamné à <u>4 billions⁴ de dollars</u> pour.... A <u>4 million de dollars</u> pour.... et à <u>430 millions de dollars</u> pour....	1-Promotion illégale de 4 drogues dont...la prégabaline (Lyrica) 2- Essai in vivo de Trovafloxacin chez des Nigériens(1996!) ⁵ 3-pour promotion illégale du Neurontin dans des indications abusives (douleurs chroniques, migraines et simples céphalées)
2010	Astrazeneca condamné à <u>520 million de dollars⁶</u> pour...	Corruption à la prescription et vente illégale(non approuvée par la FDA) de Quetiapine(XEROQUEL^R) ⁷
2012	JJ condamné à <u>1,1 billion de dollars</u> pour....	Corruption de médecins et collusion entre médecins d'essai et directeur médical de JJ, là la prescription ⁸ du neuroleptique Risperidone RISPERDAL^R

- ➔ l'écologie change
- ➔ les excès sont néfastes et délétères⁹
- ➔ le risque de mutation morbide est réel: comment faire la part des choses entre l'évolution naturelle et celle induite....?

L'écologie virale change. Concernant les virus respiratoires, ce n'est pas un scoop¹⁰. L'étude suivante en témoigne par sa recherche active et les analyses phylogénétiques, phylogeographiques, la classification des souches, la sélection des analyses, et modélisation de structure¹¹, à propos des mutations du virus respiratoire sars-cov 2, en Afrique du Sud. (Tegally et al., 2020)

4 Un billion = un million de million (1000 Milliards)

5 Ayant entraîné décès et séquelles neurologiques graves et définitives (dont cécité). Cette molécule est retirée du marché en raison.....de sa toxicité hépatique.

6 Le bénéfice d'Astrazeneca à la vente de la quetiapine dans ces conditions s'éleva en 2009 à **4,9 billion de dollars**.

7 Les (pseudo) indications à la prescription du Xeroquel vont de l'agression (!) aux troubles du sommeil, en passant par la gestion de la colère (!), les troubles de l'humeur, la démence, la dépression, l'anxiété, le stress post traumatic, le syndrome d'hyperactivité et de déficit de l'attention et la maladie d'Alzheimer (!).

8 JJ mentent en prétendant le contraire de l'effet indésirable du Risperdal sur le poids (qu'il majore et non pas qu'il réduit), et , par des pots de vins, permettent une large prescription chez les enfants et les personnes âgées.

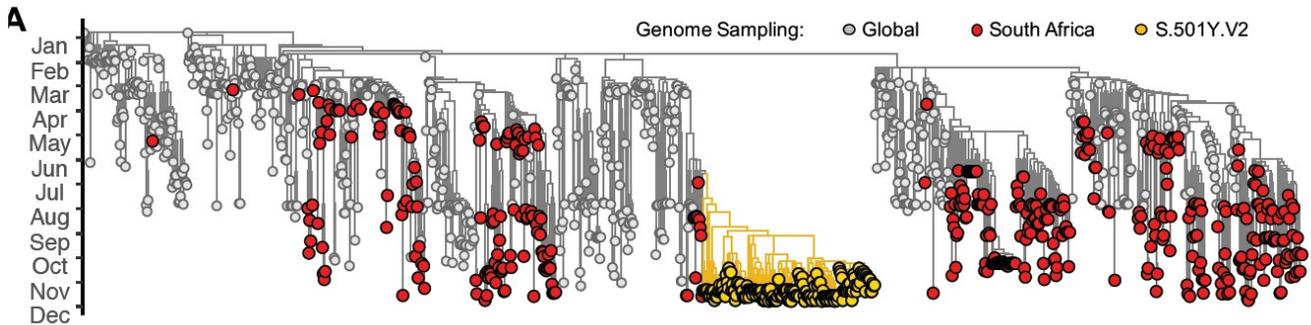
9 Cf hypothèse de multi résistance virale à l'image des staphylocoques doré multi R, évoquée dans la première partie du Rapport Covid Santourian.

10 Je me répète à dessein. La pédagogie, c'est l'Art de la répétition.... J'évoquerai cette iatrogénie plus loin.

11 De la protéine Spike. C'est la "vedette" sur laquelle se polarise une grande partie de la recherche. Pourquoi ? Car c'est elle, en quelque sorte qui est la clé de l'invasion cellulaire virale, et qu'elle se transforme au gré des événements pour pouvoir poursuivre son travail d'ouverture de la membrane cellulaire humaine.

The initial phylogenetic analysis allowed us to identify a large cluster of sequences (n=190) with multiple spike mutations. We extracted this cluster and constructed a preliminary

Un premier groupe de 190 lignées, juste en Afrique du Sud. Ça ne laisse rêveur que les technoscientocrates qui semblent à la fois découvrir, et faire découvrir la biologie au public, tout en ayant la prétention de la gérer ou de l'anticiper par des protocoles, procédures et autres organigrammes¹².

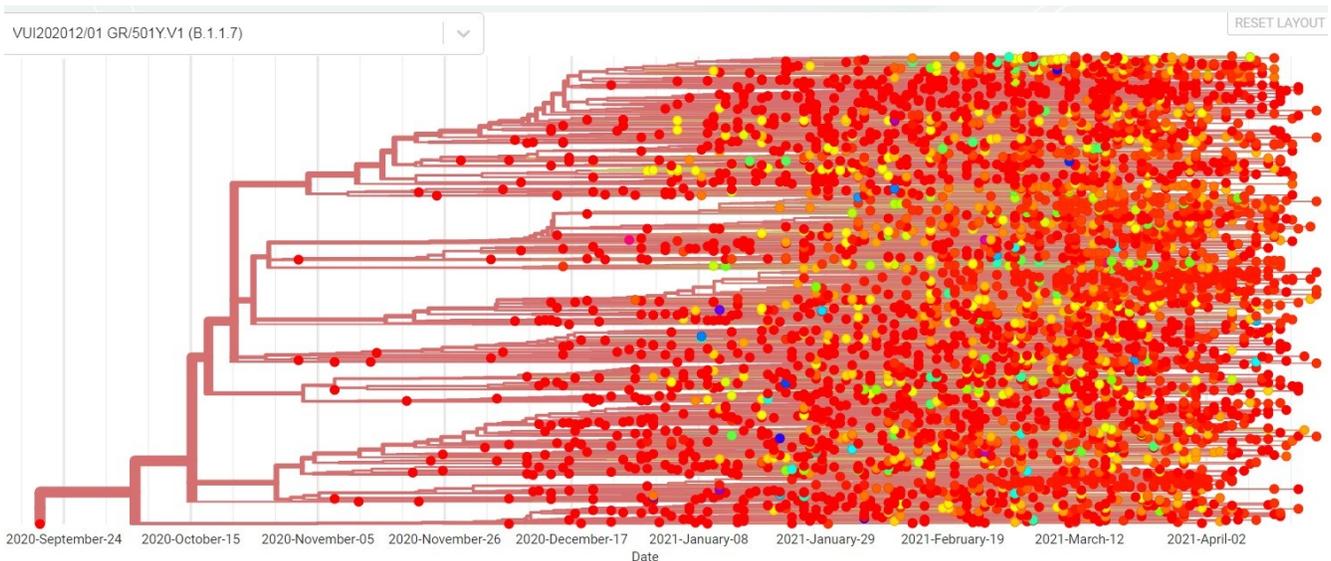


(Tegally et al., 2020)

Il y a aussi bien entendu les vaccinocrates, qui comptent gérer les quelques 60 000 mutations par anticipation vaccinale.

7. ↑ (en) Koyama, Takahiko, Platt, Daniel et Parida, Laxmi, « Variant analysis of SARS-CoV-2 genomes », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 98, n° 7, juin 2020, p. 495–504 (PMID 32742035, PMID 7375210, DOI 10.2471/BLT.20.253591, lire en ligne [archive] [html], consulté en free) :

« We detected in total 65776 variants with 5775 distinct variants. »



<https://www.gisaid.org/hcov19-variants/>

Cela laisse songeur mmm ?!

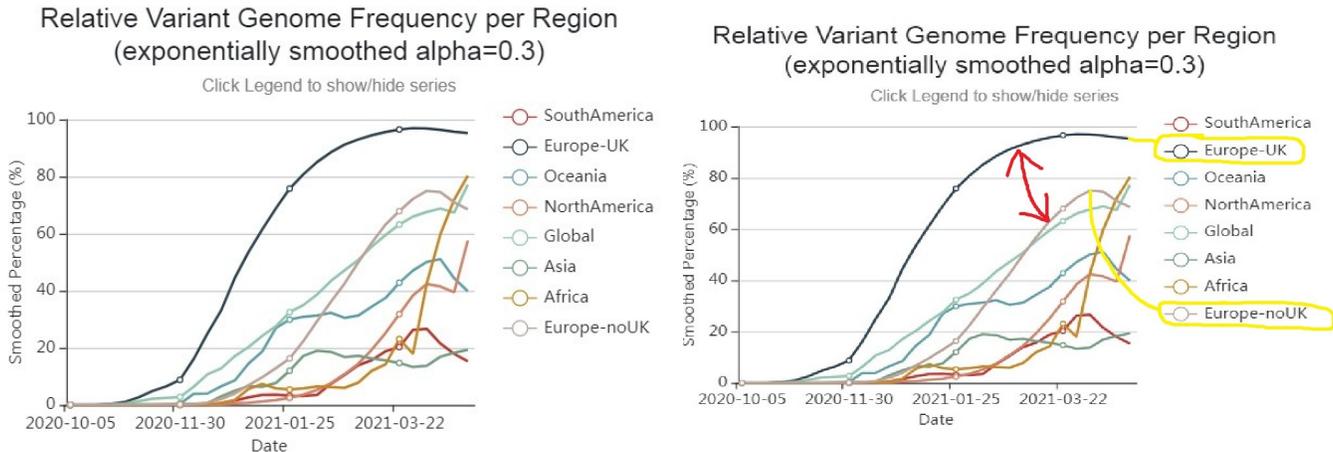
12 Qui fonctionnent, un peu quand même, sur le principe du “dîtes nous ce dont vous avez besoin, on vous expliquera comment vous en passer”.

Les vaccinatistes envisagent très sérieusement d’obtenir, pour toute la planète, une protection totale, voire définitive-quoique ré-actualisable tous les 6 mois- sur les quelques 60 000 mutants ci dessus: tous les points colorés.....Une bagatelle.

D’après le graphique ci-dessous, l’Europe et l’UK semblent être les régions où la croissance des mutants est la plus forte

<https://www.gisaid.org/hcov19-variants/>

Noter le delta entre “Europe-UK” et “Europe-noUK”



Je me garderai bien d’en conclure quoi que ce soit. C’est d’ailleurs très intéressant car l’UK est passée par une période de confinement sérieux et sévère en même temps qu’une période de vaccination de masse. Et pourtant, quelle “bouillon de culture virale”, si on peut en juger par le delta !

Pour l’Europe, le nombre de pays et de politiques différentes – en ces deux termes en tout cas(vaccination de masse et confinement)- auxquels se rajoutent des politiques frontalières hétérogènes rendent l’interprétation des plus hardies....

Comme je l’évoquai dans le précédent “Rapport Vaccin”, nous ne pourrons bientôt plus faire la part des choses entre l’évolution naturelle virale et celle qui aura été induite “de main d’Homme”¹³.

13 Et je n’évoque pas seulement les interventions chimiques à outrance dont font probablement partie les vaccins covid, mais aussi des modifications de vie sociale, prolongées, qui, forcément, vont avoir un impact intrinsèque: écosystème microbien (virus, parasite, bactérie) modifié; et un impact extrinsèque (dysrégulation immunitaire par dysphorie socio-induite)

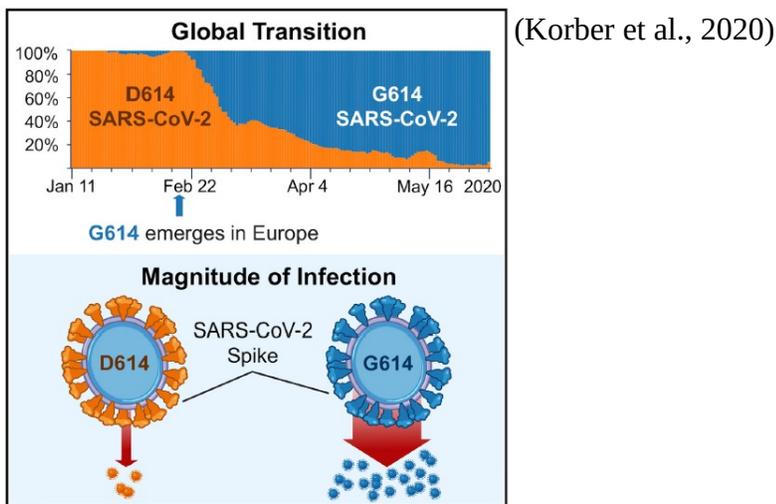
Les Mutations ont eu lieu: Les premiers vaccins sont obsolètes. Leur sécurité discutable.

Les mutations et l'inefficacité des vaccins

Les mutations

Depuis un an, l'écologie virale "sars-cov-2" a changé. Certains avancent plus de 70 000 mutations, dont la plupart ne semblent pas avoir de conséquences particulières.

D'après cet article, le plus gros changement semble être celui de la forme et de la dispersion¹⁴. Le D614 (Wuhan virus) semble laisser la place au G614(Korber et al., 2020), de manière progressive au cours de l'année 2020.



Toutefois, des mutations engendrant des souches plus virulentes ont lieu en fin d'année 2020¹⁵.

Le mois qui suit les premiers essais de vaccination *in vivo*, un nouveau mutant apparaît en décembre 2020 : le P.1 au Brésil (et le B.1.1.7 en Grande Bretagne¹⁶). Un autre apparaît un peu plus tôt encore (en octobre 2020) en Afrique du Sud, le B.1.351.

Coïncidence ou lien de cause à effet¹⁷, personne ne peut trancher.

Résumons nous:

- ✓ le B 1.1.7 (UK : décembre 2020)
- ✓ le P.1 (Brésil :décembre 2020)
- ✓ le B 1.351 (Afrique du Sud :octobre 2020)

14 Le G614 semble se disperser de manière plus importante que le D614 si on peut en juger par les recherches d'acide nucléique *in vivo* dans la population.

15 Presque en même temps que se termine les phases 2 de vaccinations et que débutent les phases 3 de vaccination: les vaccinations de masse.

16 Nous y reviendrons plus tard, puisqu'il semble que ce soit avec la technologie astrazeneca que les essais de phase 2 ont été conduits dans le UK

17 Entre la vaccination de masse et l'émergence de mutants plus virulents.

Si les essais de phase 1 étaient plus que prometteurs (JP, 2021), on peut se demander sur quoi sont basés les affirmations, promesses et espoirs des laboratoires Pfizer à propos de la protection de leurs premiers vaccins de milieu d'année 2020 sur les nouveaux variants de fin d'année 2020.

En effet, non seulement je ne trouve pas de trace d'études le mentionnant, mais primo et a contrario, je trouve des études qui mettent en évidence exactement le contraire, auxquelles j'ajoute un commentaire du Directeur de l'unité Virus et Immunité de l'Institut Pasteur qui laisse perplexe pour le moins, et pas rassuré pour le pire:

Ainsi, Olivier Schwartz, directeur de l'unité Virus et immunité de l'Institut Pasteur, repris dans "le Quotidien du Médecin" du 09 avril 2021-je cite:

*"Nous pensons qu'il est **crucial** d'utiliser des souches virales infectieuses **authentiques**, en plus des pseudovirus, pour évaluer la sensibilité virale aux anticorps neutralisants".*

Effectivement, cela semble crucial-le mot est faible-, puisque, pour commencer:

-toutes les études de phase 1 et 2 ont été menées sur des macaques sains et des humains sains, et que les anticorps des sujets vaccinés ont été testés sur des lentivirus, depuis mai à décembre 2020¹⁸.

-et que pour finir, les études qui sont désormais pratiquées *semblent* commencer à utiliser les authentiques souches de mutants pour tester les anticorps des patients qui ont été vaccinés.

Eloquentes et bien moins prometteuses,voici ce qu'on peut y lire:

To assess neutralization activity of vaccine-elicited antibodies against B.1.351, serum samples from group 1 participants who had negative SARS-CoV-2 serostatus at enrollment and varying pseudovirus neutralization assay titers to the original D614G spike virus at 14 days after the second injection were tested with pseudovirus and live-virus neutralization assays for activity against the B.1.351 variant.^{14,21} Testing of neu-

(Madhi et al., 2021)

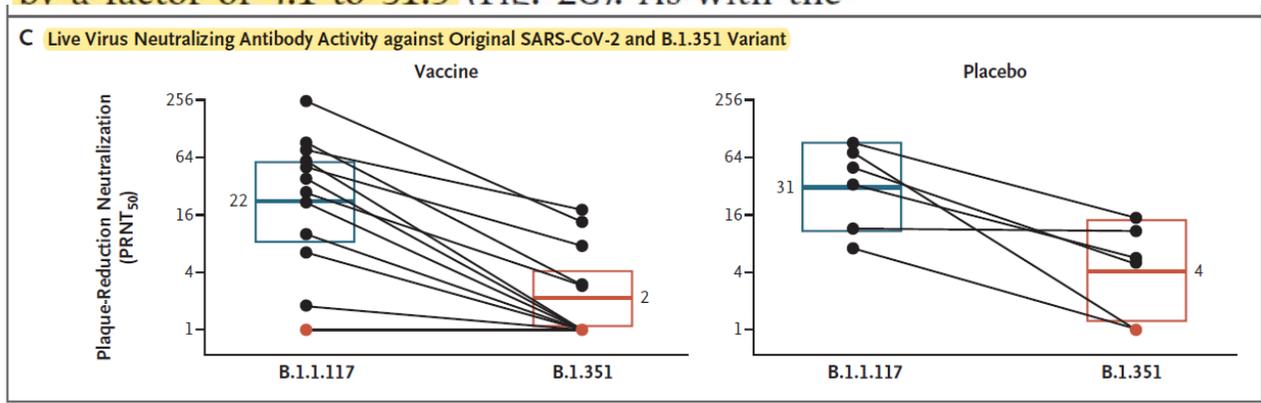
Souvenez vous, les premières études avaient fait l'objet d'"essai de neutralisation" sur des lentivirus(JP, 2021). **Pas** sur la souche de coronavirus d'origine. L'extrapolation était hardie. Cette fois-çi, on utilise le "live-virus" pour comparer.....

Et les résultats sont loin de rappeler l'espoir d'il y a 6 mois.
Et pour cause. Je résume:

- Tout d'abord, les études de phase 2 semblent utiliser des pseudovirus et non la souche authentique
- ensuite, à l'arrivée des mutants, on songe à utiliser la souche authentique pour assurer l'efficacité annoncée à partir des résultats sur les pseudovirus
- enfin, le virus à muté plus de 60 000 fois, et certains d'entre eux, une faible minorité, à certains endroits du globe, sont ravageurs, et incitent à revoir le mode d'affirmation de l'efficacité des anticorps vaccino-induits.

L'inefficacité des vaccins covid

activity against B.1.1 and B.1.351. Seven of the 12 participants (58%) with neutralization activity against B.1.1 had undetectable neutralization activity against the B.1.351 variant, and the remaining 5 showed neutralization that was lower by a factor of 4.1 to 31.5 (Fig. 2C). As with the



(Madhi et al., 2021) Autrement dit, le vaccin ChAdOx1¹⁹ est inefficace pour protéger contre la variant Sud Africain B.1.351.

Cette absence d'immunité par anticorps²⁰, semble concerner autant les primo-infections naturelles que les vaccinés, d'après l'étude Britannique et Thaïlandaise. (Zhou et al., 2021)

Overall, these results suggest that previous infection or vaccination with ancestral strains of SARS-CoV-2 may not provide adequate protection against B.1.351.

L'absence d'immunisation des virus respiratoires n'est pas nouvelle. Elle est connue depuis qu'on connaît les multiples virus respiratoires (rhinovirus, grippe, VRS, ...).

Se lancer à corps perdu dans cette quête était idiot. Mais cela pourrait bien être aussi iatrogène.

¹⁹ Astrazeneca

²⁰ qu'il faut toutefois bien distinguer de l'immunité humorale et macrophagique. Cette dernière, rappelez vous, est probablement celle que dupe le virus. (JP, 2020)

How much further mutation in the RBD these antibodies will be able to withstand is **not known**, but the use of cocktails of antibodies to hedge against viral variants occurring either during a single infection, or at a population level, appears to be a sound strategy. However, **it must be recognized that the use of mAb therapy or prophylaxis, particularly for extended periods in chronically infected immunocompromised individuals, is likely to drive the emergence of resistance mutations.**

Les thérapies par Anticorps monoclonal sont connues pour faire émerger des mutations résistantes(Zhou et al., 2021). Or vacciner, spécialement avec les technologies de ciblage (comme celles de Moderna et Pfizer²¹), n'équivaut il pas à faire produire des anticorps monoclonaux ? C'est aller devant de sérieux problèmes que d'insister dans cette voie, compte tenu des virus responsables de sras, qui mutent plus vite que l'humain ne pourra jamais contenir par une illusoire "couverture vaccinale".

Voici une nouvelle étude, cette fois ci concernant le variant britannique B. 1. 1. 7.

Qu'il soit noté, à toutes fins utiles, que la méthodologie utilisée ici, pour tester les anticorps produits, est celle de pseudovirus B 1.1.7. Autrement dit de virus générés par laboratoire, à partir du virus initial de Whuan D614.

Generation of S mutants

Amino acid substitutions were introduced into the **D614G** pCDNA_SARS-CoV-2_S plasmid as previously described⁵³ using the QuikChange Lightning Site-Directed Mutagenesis kit, following the manufacturer's instructions (Agilent Technologies, Inc., Santa Clara, CA).

Sequences were checked by Sanger sequencing.

C'est intéressant de voir à quel point la technologie permet de créer in vitro tel ou tel mutant. Et pourtant, encore une fois, rappelez vous, une certaine partie du monde scientifique démentait les hypothèses du Pr Montagnier lorsqu'il énonçait le fait que le sars-cov-2 puisse être le résultat d'essais foireux de création d'un virus en laboratoire.

Preparation of **B.1.1.7** or TM SARS-CoV-2 S glycoprotein-encoding-plasmid used to produce SARS-CoV-2-MLV based on overlap extension PCR. Briefly, a modification of the overlap extension PCR protocol⁵⁴ was used to **introduce the nine mutations of the B.1.1.7 lineage or the three mutations in TM mutant in the SARS-CoV-2 S gene.** **In a first step,** 9 DNA fragments with overlap sequences were amplified by PCR from a plasmid (phCMV1, Genlantis) encoding the full-length SARS-CoV-2 S gene (BetaCoV/Wuhan-Hu-1/2019,

21 Ce qui laisserait plus d'espoir avec les autres technologies, comme Sinovac, *en théorie*. La pratique vient de nous montrer le contraire: les vaccins Chinois auraient en fait une capacité médiocre d'entraîner une réponse immunitaire adéquate.

Cette parenthèse refermée, le papier en question est un peu confus pour moi (Collier et al., 2021), je trouve, mais voici ce que j'ai pu en dégager en y remettant un peu d'ordre:

- 37 patients vaccinés ont eu un prélèvement de sang pour tester leurs anticorps produits (suite à la vaccination) vis à vis de pseudovirus: le pseudo D614 et le pseudo mutant B1.1.7.²²
- un panel de sérum issues du sang de 15 patients convalescents de l'infection initiale à D614 Wuhan sars-cov2 a été également testé vis à vis du pseudo mutant B1.1.7.
- et enfin un panel de 60 anticorps monoclonaux sont aussi testés sur le même principe.
- **Les trois groupes montrent un faible taux de neutralisation du mutant B1.1.7**
- une certaine inconnue quant à l'affinité du B1.1.7 pour le récepteur humain cellulaire (ACE).

Cette autre étude, toujours réalisée à partir de pseudovirus mimant **les nouveaux variants Brésiliens, Japonais, Sud Africains, et Britanniques**, servant de tests pour mesurer l'efficacité des anticorps post vaccinaux, semble mettre en évidence la même perte d'efficacité des anticorps post vaccinaux. (Garcia-Beltran et al., 2021)

Noter les différents mutants sur la droite que j'ai entourés en rouge, totalement indifférents aux anticorps vaccinés. Prometteur, n'est ce pas ?....

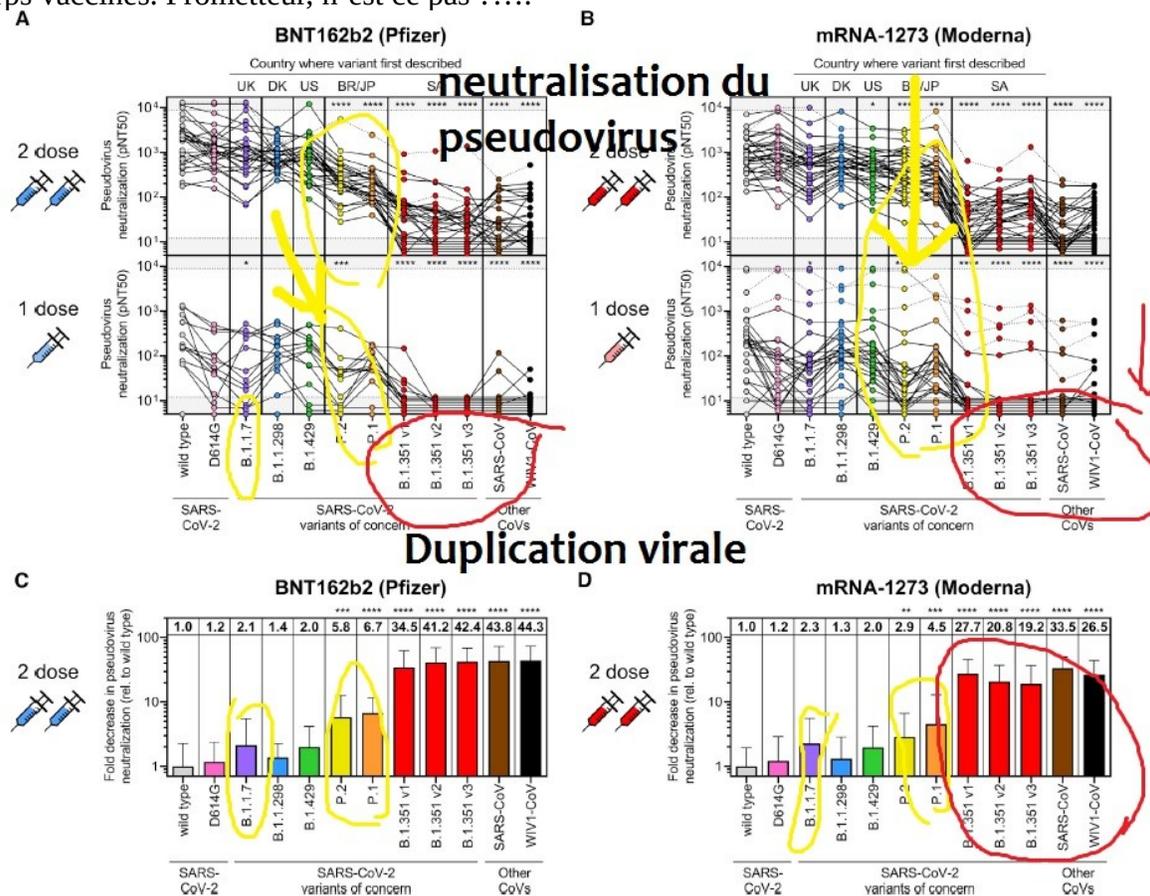


Figure 4. Sera from COVID-19 vaccine recipients cross-neutralize some but not all SARS-CoV-2 variants of concern

22 Cette extrapolation de pseudovirus de laboratoires aux authentiques virus est issue d'études qui montrent une corrélation entre les résultats qu'on peut obtenir en utilisant l'un ou l'autre. (Schmidt et al., 2020)

Noter aussi que les auteurs s'accordent à penser que, les pseudovirus mutants étant en quelques sorte "fabriqués" pour exprimer les mutations sur certains domaines des "pics" (spike) du virus qui permettent son entrée cellulaire, il n'est pas encore certain que les autres mutations qui peuvent exister ailleurs que dans cette région, ne soient pas immunogènes en terme de virulence, d'échappement aux vaccins, ou de transmission.(Garcia-Beltran et al., 2021)

Importantly, our studies rely on pseudoviruses, which are only capable of modeling the ACE2-dependent entry step of the SARS-CoV-2 life cycle. While numerous studies have now demonstrated a close correlation between neutralization titers measured against pseudovirus and live SARS-CoV-2 cultures (Wang et al., 2020; Ju et al., 2020; Pinto et al., 2020; Yang et al., 2020; Moore et al., 2004; Crawford et al., 2020; Riepler et al., 2020), it is unclear what impact additional mutations located outside of the spike may have on immunological escape, virulence, infectivity, or pathogenesis. Several recent reports and preprints, including studies conducted by Pfizer as well as Moderna, have produced similar findings in terms of vaccine potency against B.1.1.7 and B.1.1.298 variants but substantially less neutralization resistance by B.1.351 than we measured. However, we would caution that each study was done with

Ça aussi, c'est très encourageant.....

Ceci étant posé, je vous propose de regarder d'un peu plus près le séquençage suivant(Collier et al., 2021):

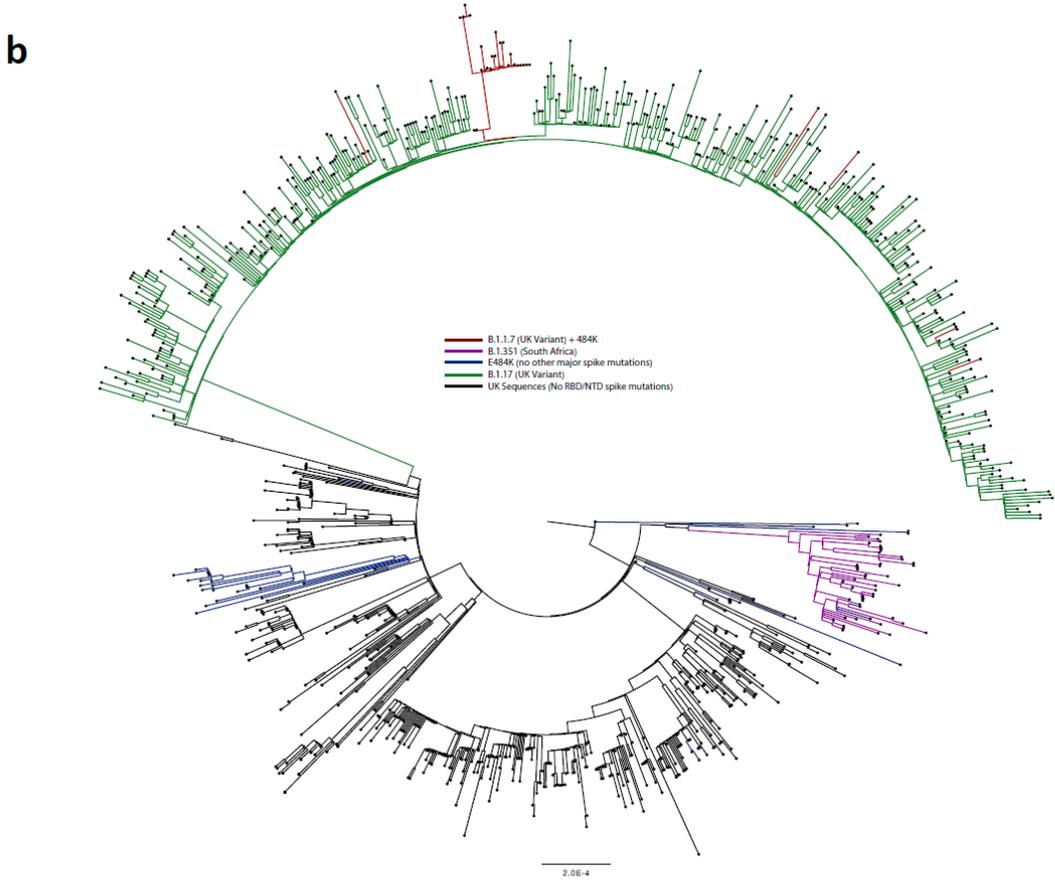


Figure 2. E484K appearing in background of B.1.1.7 with evidence of transmission a. Representation of Spike RBM:ACE2 interface (PDB: 6M0J) with residues E484, N501 and K417 highlighted as spheres coloured by element **b**. Maximum likelihood phylogeny of a subset of sequences from the United Kingdom bearing the E484K mutation (green) and lineage B.1.1.7 (blue), with background sequences without RBD mutations in black. As of 11th Feb 2021, 30 sequences from the B.1.1.7 lineage (one cluster of 25 at top of phylogenetic tree) have acquired the E484K mutation (red). c. Sequence accumulation over time in GISAID for UK sequences with B.1.1.7 and E484K. RBD – receptor binding domain; NTD – N terminal domain.

(Collier

et al., 2021)

- ✓ N’y a-t-il pas, soit de l’idiotie, soit de l’optimisme excessif, à croire qu’un vaccin dirigé contre un virus de l’année passée, dont le seul mutant exposé ici se décline en plus de 800 sous-mutants, puisse assurer une production d’anticorps “polyvalents” , capables de faire bouclier contre environ 800 sous mutants issues d’un mutant lui même cherchant, selon toute vraisemblance, à contourner les anticorps du vaccin ?
- ✓ Si la vaccination, sur le plan individuel, peut être un moyen de prophylaxie , vis à vis de certains microbes, n’y a t il pas là, en germe, l’ébauche d’une démonstration du risque mutagène de la vaccination collective concernant ce virus respiratoire ?

La sécurité vaccinale discutable

Les syndromes grippaux

Je voudrai souligner ceci:

-si un syndrome grippal post vaccinal est un phénomène tolérable chez un sujet jeune et en bonne santé, il en est tout autrement chez une personne âgée et/ou aux comorbidités et/ou immuno-déficiente. Dans ce cas de figure, c'est la porte ouverte aux complications cardio vasculaires: déshydratation aigüe, embolie, phlébite, ne serait-ce que par grabatisation²³ chez le sujet âgé, et aux pneumopathies chez les immuno-déficients. Allez savoir quelles "effets indésirables" sévères pourront être celles concernant les patients aux comorbidités. C'est là l'objet des phases 3 et 4.

Or, souvenez vous:

- Les personnes "cibles": celles qui devraient avoir l'appui d'une protection vaccinale devraient être les personnes les plus fragiles et les plus âgées.
- Un vaccin qui véhiculent autant de syndrome grippal en fréquence ne remplit pas l'innocuité qu'on en attend dans cette population.
- Doit on encore rajouter²⁴ que l'ANSM décompte entre 20 et 24% de cas grave chaque semaine(*Suivi des cas d'effets indésirables des vaccins COVID-19*, n.d.), pour comprendre que ce vaccin n'est pas adapté ?

A ce stade des études de phase 3 et 4, et compte tenu des effets indésirables et chiffres inquiétants que recueillent l'ANSM, j'estime que ces phases 3 et 4 devraient être stoppées par les comités d'éthique des études, ne serait-ce que devant les syndromes grippaux post vaccinal.

Mais le contre argument est dévastateur: "*on vaccinera les jeunes et celles et ceux qui sont en bonne santé pour qu'ils ne propagent pas l'infection*".

Contre-argument qui ne résiste pas à l'analyse des faits et du recueil des données, et que je détaille dans la section ci-dessous: "Dissonances cognitives de Référence".

Les jeunes, moins jeunes, sans facteurs de risques, vont donc se faire vacciner et être observés au cours des phases 3 et 4, les mois en cours jusqu'en 2022 au minimum. Juste pour vérifier s'ils vont bien protéger le reste fragile de la population, sans risque supplémentaire pour eux.

Les faits démentent déjà cette belle hypothèse, comme je le détaille dans les sections suivantes.

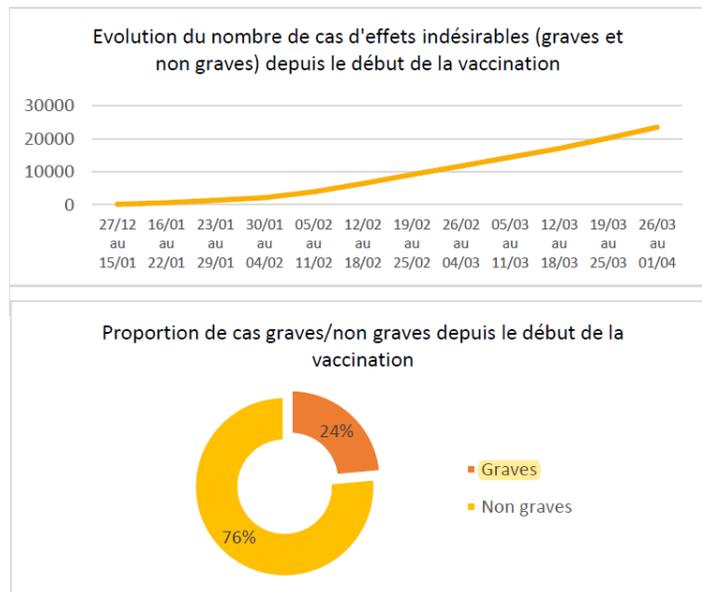
23 Or, à ce risque s'ajoute désormais celui des thromboses induites par le vaccin lui même.

24 Je vais en parler plus bas.

Les Cas Graves depuis le début de la vaccination

Sur le site de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), en France, ont été répertoriés pas moins de 24% de cas graves²⁵. (Suivi des cas d'effets indésirables des vaccins COVID-19, ANSM)

Sur le nombre d'effets indésirables du vaccin, c'est déjà plus que ce qu'a fait le virus du mois de mars 2020²⁶.



Zoom sur les effets Effets Indésirables graves dits « d'intérêt particulier »

Ces effets sont déjà suivis pour d'autres vaccins en raison de préoccupations émanant des professionnels de santé ou des usagers.

Effets indésirables graves dits « d'intérêt particulier »	Nombre d'effets sur la période* (n=236)	Nombre d'effets Cumulés* (n=1811)
Cardiomyopathie provoquée par le stress	0	3
Maladie coronarienne (Cardiopathie ischémique)	4	54
Insuffisance cardiaque	11	84
Myocardite	0	7
Troubles du rythme cardiaque	30	323
Erythème polymorphe	0	2
Vasculite	3	15
Affections hépatiques aiguës	1	20
Accidents vasculaires cérébraux	31	167
Embolie pulmonaire	19	77
Maladie hémorragique	18	111
Ischémie des membres	12	55
Thrombocytopénie	5	18
Thrombose veineuse profonde	28	120
Arthrite	2	26
Diabète tout confondu	1	19
Anosmie ou agueusie	0	5
Convulsions généralisées	11	50
Méningoencéphalite	1	3
Méningite aseptique	0	2
Paralysie faciale	6	62
Syndrome de Guillain-Barré	0	2
Insuffisance rénale aiguë	0	15
Syndrome de détresse respiratoire aiguë	0	8
Mortalité toute cause	32	386
COVID-19	19	124
Hypersensibilité et anaphylaxie de grade II et III	2	53

* A noter qu'à chaque cas notifié correspond une personne ayant manifesté un ou plusieurs effets graves dits « d'intérêt particulier »

25 Sur les 3289 nouveaux cas enregistrés du 26 mars au 01 avril 2021. (période de 7 jours, au cours de laquelle 1 955 000 injections ont été réalisées).

26 Je vous rappelle que le taux de létalité, strictement clinique et non basé sur les tests, était d'environ 8% en mars 2020. Et qu'il se situe à 2% en début d'année 2021 (cf addenda).....

Essentiellement des décès, des troubles du rythme cardiaque, des AVC, des thromboses, et...le meilleur pour la fin: des COVID-19 !

Calculons le taux de léthalité:

- sur ceux qui présentent des symptômes suite à la vaccination sur cette période: elle est à 13%²⁷
- sur ceux qui présentaient des symptômes suite au virus en mars 2020: elle était estimée à 8%.

Concluez.

²⁷ 32 morts / 236 effets indésirables graves dit "d'intérêt particulier". Cf tableau de l'ANSM

Les thromboses

L'Agence nationale de la sécurité du médicament nous a alerté par deux fois: une fois en mars 2021 et une autre fin avril 2021:

Il est important de préciser ici qu'il s'agit de thromboses survenant *dans des régions inhabituelles du corps, et chez des sujets de moins de 50 ans, en bonne santé*. Toute comparaison avec les taux d'incidence moyen des thromboses serait donc absurde et hors de propos.

Pour autant, l'ANSM déclare que cette fréquence est supérieure à celle qui s'attendrait dans la population générale sans vaccin.

Résumé

- Un lien de causalité entre la vaccination avec Vaxzevria et la survenue de thromboses en association avec une thrombocytopénie est considéré comme plausible.
- Bien que de tels effets indésirables soient très rares, leur fréquence dépasse ce que l'on pourrait attendre dans la population générale.

Une estimation de l'incidence des troubles vasculaires (thromboses, embolie, maladie hémorragique, AVC, ischémie cardiaque) sur la semaine du 26 mars 2021 est de un cas pour 20 000 (Suivi des cas d'effets indésirables des vaccins COVID-19, ANSM).

On corrige ce taux par une pondération en deux points:

-primo, nous sommes toujours en cours de recueil.

-deuxio, il faut tenir compte de la moyenne des rapports d'Effets indésirables qui remonte aux agences de sécurité²⁸, estimée à 1/100.

Ce chiffre passe donc à 1/200.

C'est déjà moins le fun.

Et manque de chance, ce sont les plus jeunes (moins de 60 ans) qui présentent ces thromboses.

Mettons le toutefois en exergue avec le risque initial de mourir du covid *pour la même tranche d'âge* (avec le virus de mars 2020 dans la série Marseillaise et non celui qui pourrait être véhiculé par les mutations rebelles aux vaccins):

Table 5

Age stratified multivariable analyses adjusted on comorbidities and severity of the disease addressing associations between treatment (HCQ-AZ \geq 3 days) and clinical outcomes/viral shedding clearance (n = 3,737).

Cox proportional hazard models ^a	HCQ-AZ \geq 3 days n event/n total (%)	Other treatment n event/n total (%)	Hazard ratio 95% confidence interval (ref. Other treatment)	p-value
Death and/or ICU transfer^b				
Patients \geq 31 years (n = 2,882)	35/2,365 (1.5%)	58/517 (11.2%)	0.18 0.11–0.27	<0.0001
Patients aged \geq 60 years (n = 702)	25/503 (5.0%)	35/199 (17.6%)	0.30 0.18–0.51	<0.0001

(Lagier et al., 2020)

1,5/100 pour le groupe traité.

✓ Soit 3/200 malades suite au virus qui passent en USI ou qui décèdent, avec traitement.

✓ Pour les malades suite au vaccin: 1/200 cas de thrombose inhabituelle potentiellement mortelle.

Concluez.

28 Estimée à 1/100.(Gotzsche, 2017)

Les myocardites

Près de 70 cas de myocardites²⁹ en cours de déclaration sur les plus de 5 millions de vaccinés Israéliens (“Could the Pfizer Vaccine Lead to Heart Inflammation, or Myocarditis? | Health.com,” n.d.).

Ce qui fait un taux voisin d’environ 1/100 000³⁰.

On corrige ce taux par les points de pondération suivants:

-primo: ce ne sont que les premiers retours. Nous sommes en cours de recueil.

-deuxio: La moyenne des rapports d’effets indésirables qui remonte aux agences de sécurité, estimée à 1/100 effets indésirables(Gotzsche, 2017).

Cela fait un chiffre-actuel-encore très probablement sous-estimé- de 1/10 000.

Oui, un cas de myocardite sur 10 000 vaccinations.

Pas très sécurisant tout de même.

Notez au passage que je ne relaie pas là les dernières déclarations du Ministère de la Santé d’Israël(“COVID-19: Israel finds possible link between vaccine, myocarditis cases - The Jerusalem Post,” n.d.):

The researchers wrote: “At this stage, according to preliminary findings, which need further corroboration, there is an impression of a higher number than expected, especially for ages up to the age of 30. A more advanced report on the subject will be prepared soon.”

“The impression is that there is an increase in the incidence of the phenomenon especially in young men on the scale of 1:20,000 after vaccination,” they added. “It is likely that the onset of myocarditis is associated with receiving the vaccine (especially the second dose).”

Qui pourraient être des informations alarmantes. Qui méritent d’être vérifiées.

Nous sommes en cours de recueil.

A titre d’indications toutefois, vous pourrez noter les chiffres rapportés sur la série des vaccinations en UK entre décembre 2020 et avril 2021(*COVID-19 mRNA Pfizer-BioNTech Vaccine Analysis Print*, n.d.).

29 Le terme myocardite est une contraction de “myocarde” , signifiant muscle du coeur, et du suffixe “ite”, signifiant “inflammation”. Les myocardites, le plus souvent, sont des maladies immunitaires.

30 70/7 000 000 d’individu = 1 pour 100 000.

Les différences et points communs entre vaccin covid et virus covid

Rendu là, l ne vous aura pas échappé que les différences entre les deux semble résider dans leur tropisme de prédilection pathologique, lorsque le patient devient symptomatique. Il y a aussi des points communs....

- Ainsi, le virus covid, lorsqu'il entraîne des symptômes sévères, serait plutôt générateur de pneumonie parfois asphyxiante, pouvant évoluer vers les troubles de la coagulation, chez une population fragile³¹.
- Le vaccin covid, quant à lui, lorsqu'il entraîne des symptômes sévères, semble générer directement des troubles de la coagulation, potentiellement handicapants à vie ou parfois mortels, ainsi que des troubles cardiaques³², chez des sujets sains.
- Points communs: tous les deux, vaccin et virus, ne sont pas immunisants sur le long terme, ni face aux nouveaux mutants.

Mais ces contrastes frappants risquent de devenir de plus en plus confus au fur et à mesure que l'on va soigner les malades du vaccins **et** du virus en même temps³³.....Cette double contrainte ne risque-t-elle pas de peser davantage encore sur un système hospitalier à l'agonie ?

Personnellement, je pense qu'on en sait assez sur les vaccins covid pour que les comités d'Ethique qui les chaperonnent stoppent cette gabegie³⁴.

31 Obèse, hypertendu, immunodéficient, âgé, noir,....

32 En cours de recueil et d'analyse

33 Comme disait si bien mon patron de Cardiologie: "on peut très bien avoir la vérole et tenir un bureau de tabac"

34 Et c'est un euphémisme.

Entre teasing commercial, dissonances cognitives et stratégie sociale

Vivre ensemble, mais chacun chez soi

On en parlait depuis longtemps sans y parvenir. De plus en plus de mal pour “vivre ensemble”. Plus on parlait de discrimination, et moins on respectait l’individu au profit des procédures et protocoles qui normatisent en promettant l’inverse. Une prise en charge personnalisée, oui, mais finalement la même pour tout le monde. Comment peindre, sans peindre, tout en peignant.³⁵

Voilà que le “pass sanitaire” stigmatisera celles et ceux qui prétendent au droit de choisir leur soin par la délivrance du “passeport vaccinal” à celles et ceux qui, par intérêt, par peur, par idéologie, par hasard, par dépit ou encore par peur de la ségrégation, auront reçues les injections discriminatives.

Je me permet ici une petite analogie avec le monde de la “santé mentale”(Jean-Philippe, 2020) .Qui, soit disant, serait la conséquence de la “crise” du covid. Après la dernière version du DSM, la psychiatrie est devenue industrielle : symptômes → classification dsm → délivrance de psychotropes → prescription de psychothérapies(Venet, n.d.). Voilà le protocole sanitaire en “santé mentale”. Une prise en charge personnalisée: la même pour tous les B137³⁶.

Extrapoler au monde de la “santé covid” n’est pas très difficile:

Afin de pouvoir désormais gérer les infections virales respiratoires, voici venu: le confinement, le couvre-feu, le pass sanitaire et la couverture vaccinale. Voilà le quatuor de la santé institutionnelle. C’était trop compliqué de chercher les personnes cibles. On va appliquer ça...à tout le monde. Et comme, au bas mot, le virus en question a déjà muté à plus de 60 000 fois, nous en avons pour 60 000 années (ou mois, ou semaines, selon sa vitesse de mutation³⁷) avec cette nouvelle institution de la santé.

Il va falloir s’y faire.

Vivre ensemble, oui. Mais chacun chez soi pendant les périodes de confinement, et tous couverts, pas trop près pendant les périodes de couvre-feu³⁸.

35 “Le swing sans swing, c’est pas du swing” Les Forbans.

36 Le DSM et les caisses de sécurité sociale, dans une logique normative bienveillante, mais qui aime l’ordre plus que l’humain, ont désormais des tiroirs à numéros et chiffres dans lequel tout un chacun doit rentrer. Il suffit d’avoir les symptômes qui vous classent dans telle ou telle catégorie.

37 Un simple calcul peut nous en donner une estimation: 60 000 mutations en 12 mois, c’est plus de 4 000 mutations mensuelles. Une bagatelle....

38 Vaccinés ou pas d’ailleurs, puisqu’aucun vaccin ne permet à ce jour-sauf erreur de ma part-de réduire la transmission microbienne en général, et encore moins virale en particulier

Les Dissonances Cognitives

Il y a des Dissonances Cognitives qui doivent être sélectionnés afin de ne pas (plus) servir de repères:

-la comparaison du nombre de décès liés au covid d'un pays à un autre: rien n'est homogène d'un pays à un autre: accès au test, fiabilité des tests, et diagnostic du décès. Par ailleurs, on ne peut comparer un pays à un autre: infrastructure sanitaire, écosystème microbien, niveau de vie moyen et particulier, Ce mode de comparaison doit cesser.

-le taux de mortalité du virus: nombre de décès/nombre de cas. Là encore, il est aussi discutable que le premier. A la rigueur, en excluant les tests de salives, et en restant strictement clinique, comme c'était le cas en mars et avril 2020, on peut considérer comme fiable celui de cette période. Les taux de mortalité qui suivent les mois de mars et avril 2020 ne peuvent être considérés comme rigoureux, pour les mêmes raisons énoncées au premier point.³⁹
Ce mode de comparaison doit cesser.

-la fameuse "couverture vaccinale" anti-covid. En admettant qu'elle existe, ce ne sera sans doute pas dans un pays où l'inertie institutionnelle et le confort personnel⁴⁰, reportant même l'intention de l'action jusqu'à son oubli dans la confusion; que sa mise en oeuvre sera à la hauteur de la vitesse qu'elle demande pour anticiper les 5000 mutations virales mensuelles. Ainsi:

- ✓ À titre d'exemple, certains patients âgés et polypathologiques⁴¹, prennent respectueusement rendez vous pour leur première injection au mois de juin 2021,
- ✓ pendant que d'autres, bien plus jeunes et sans comorbidités vont s'engorger dans les vaccindrômes pour se faire piquer hier.
- ✓ Certains médecins vaccinateurs décident même de ne plus vacciner compte tenu de l'absurdité logistique et intellectuelle de leur tâche⁴²: *"très vite, la vaccination s'est ouverte, à ce moment-là, aux pompiers, vétérinaires, infirmières... Dans la grande majorité des cas, les patients ont souligné que ces autres professionnels ne connaissent pas leurs antécédents, et QUID de la prise en charge en cas d'effets secondaires?"* Dr Pierre Frances; Puis encore *"par exemple, l'information de l'ouverture de la vaccination aux plus de 60 ans à la mi-avril sans facteurs de risque: dès qu'on l'a su, on a appelé les patients pour leur dire qu'on avait des doses, mais certains ont répondu qu'ils préféreraient attendre mi-avril, parce qu'à cette date, ils peuvent avoir un Pfizer"*, raconte le Dr Christine Argelès. Puis: *"on nous a expliqué qu'il ne fallait pas mélanger les vaccins entre eux, et maintenant, c'est possible, Véran nous l'a dit. Pour moi,*

39 Cf addenda

40 se parant souvent du costume de la vertu et du bien commun....

41 polypathologie=comorbidité

42 Egora n°292 page 15-16 "J'ai décidé de ne plus vacciner" les généralistes découragés par la galère d'AstraZeneca, par Marion Jort.

c'est clair: **je n'ai plus confiance en ce qui nous est indiqué**, tranche sévèrement (Dr) Bernard Abbal. **Ça devient ingérable...alors j'ai décidé de tout arrêter**"

- ✓ moyennant quoi, à raison de un à 2 millions d'injections par semaine, il faudra compter **deux années**⁴³, au franchissement vaccinal des 80% de la population Française, supposés nécessaires et suffisants pour atteindre la fameuse "couverture vaccinale".
- ✓ Il faut croire que le pouvoir institutionnel technocratique est si puissant qu'il puisse figer un virus **au point de l'empêcher de muter pendant deux ans**, juste le temps pour qu'on pique tout le monde avec un vaccin, qui- faut-il le rappeler- n'est pas assez efficace sur les mutants apparus depuis **moins d'un an**⁴⁴.

Concluez.

- Dissonance numéro 4: "ceux qui sont vaccinés limitent la contagion". Faux: les cas de covid post vaccinal sont avérés, que ce soit par l'ANSM, ou dans mon expérience personnelle au cabinet, ou même tout autour de vous. Conclusion: le vaccin covid n'empêche pas la contagion⁴⁵. A la rigueur, on pourrait le vendre comme un énième "geste barrière", s'ajoutant aux autres, s'il était sans risque et efficace contre les mutants⁴⁶.

Diabète tout confondu	1	19
Anosmie ou agueusie	0	5
Convulsions généralisées	11	50
Méningoencéphalite	1	3
Méningite aseptique	0	2
Paralysie faciale	6	62
Syndrome de Guillain-Barré	0	2
Insuffisance rénale aiguë	0	15
Syndrome de détresse respiratoire aiguë	0	8
Mortalité toute cause	32	386
COVID-19	19	124
Hypersensibilité et anaphylaxie de grade II et III	2	53

* À noter qu'à chaque cas notifié correspond une personne ayant manifesté un ou plusieurs effets graves dits « d'intérêt particulier »

(Suivi des cas d'effets indésirables des vaccins COVID-19, n.d.)

Teasing commercial: tant qu'on aura une arme absolue à promouvoir....

Je n'ai là pas besoin de références à vous fournir, pour exposer le programme de propagande.

Après l'"imparfait vaccin"⁴⁷, voici du teasing sur le "spray vaccinal anticovid", et un "nouveau" traitement.

Plus d'un an, que dure la promotion de la "solution finale".

43 En étant le plus optimiste possible.

44 Et dont l'innocuité est de plus en plus douteuse....

45 Ce qui, je le répète, n'était pas une nouveauté concernant un vaccin à virus respiratoire. La protection des autres par les vaccinés, pour un virus respiratoire qui mute plus vite que son ombre, c'est un fantasme.

46 Et là, je vous laisse conclure.

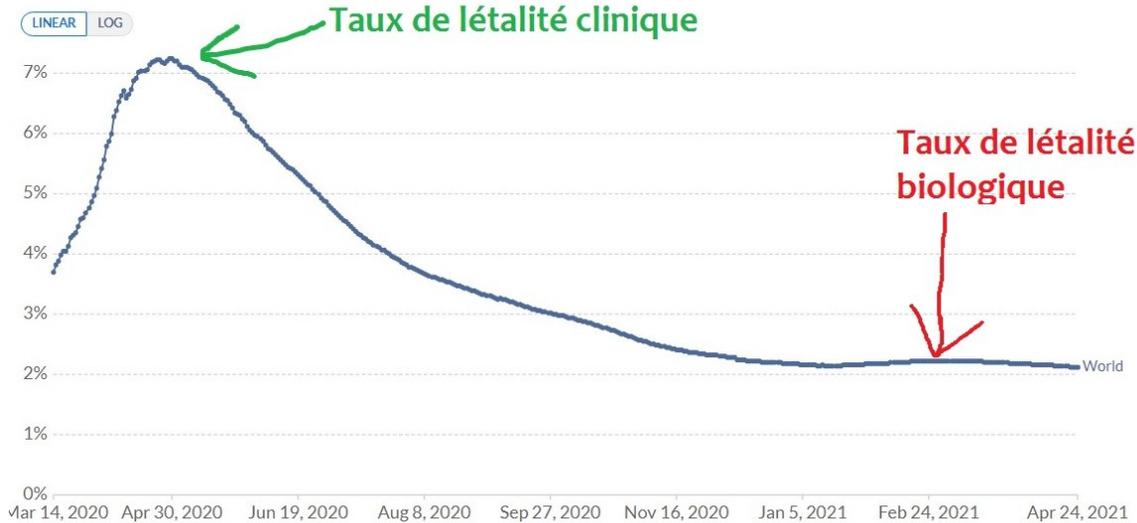
47 Ce qui semble être un euphémisme....

Addenda

Un indicateur mensonger

Case fatality rate of the ongoing COVID-19 pandemic

The Case Fatality Rate (CFR) is the ratio between confirmed deaths and confirmed cases. During an outbreak of a pandemic the CFR is a poor measure of the mortality risk of the disease. We explain this in detail at OurWorldInData.org/Coronavirus



Au mois de mars et avril, le taux de létalité était globalement fiable. Il était basé sur le rapport entre le nombre de personnes qui décédaient d'un sars, sur le nombre de personnes présentant un tableau clinique grippal ou pseudo-grippal. Souvenez vous: pas de tests disponibles à cette époque.

C'est d'ailleurs cette observation qui a été le point d'alerte:

En février 2020, ce taux de létalité était à 3,4%, et grimpait de manière inquiétante. PAS DE TESTS fiables à l'époque. Juste du diagnostique clinique.⁴⁸

(Fung, Yuen, Ye, Chan, & Jin, 2020)

Case fatality	• 9.6% worldwide	• 3.4% worldwide as of 24 February 2020 (4.0% in Hubei Province, China, and 0.84% elsewhere)
	SARS-COV 2002	SARS-COV -2 COVID19
Transmissibility	• $R_0 = 2^a$	• $R_0 = 3-4^b$

C'est à partir de mai 2020 jusqu'à ce jour que les tests biologiques ont servis de calcul selon le rapport entre le nombre de décès avec un test positif, sur le nombre totale de personnes testées positives. Ce qui n'est pas un indicateur fiable de létalité par virus. Ces deux types de rapports sont différents et ne sauraient être utilisés pour comparaison.

48 Sauf en Chine, bien entendu, et sauf pour certaines équipes en France, comme celle de l'IHU de Marseille.....

A bientôt pour la suite.....

Au terme de cette lecture, j'espère que vous y voyez un peu plus clair et que vous déciderez, pour vous, ce qui vous paraît le plus salubre.

Sinon, n'hésitez pas à me poser toutes les questions

La suite dans les mois qui viennent.

Bibliographie

- Collier, D. A., De Marco, A., Ferreira, I. A. T. M., Meng, B., Datir, R., Walls, A. C., ... Gupta, R. K. (2021). SARS-CoV-2 B.1.1.7 sensitivity to mRNA vaccine-elicited, convalescent and monoclonal antibodies. *MedRxiv : The Preprint Server for Health Sciences*, 10(2), 12. <https://doi.org/10.1101/2021.01.19.21249840>
- Could the Pfizer Vaccine Lead to Heart Inflammation, or Myocarditis? | Health.com. (n.d.). Retrieved April 29, 2021, from <https://www.health.com/condition/infectious-diseases/coronavirus/pfizer-vaccine-heart-inflammation-myocarditis>
- COVID-19: Israel finds possible link between vaccine, myocarditis cases - The Jerusalem Post. (n.d.). Retrieved April 29, 2021, from <https://www.jpost.com/health-science/covid-19-israel-finds-possible-link-between-vaccine-myocarditis-cases-666237>
- COVID-19 mRNA Pfizer-BioNTech Vaccine Analysis Print.* (n.d.).
- Fung, S. Y., Yuen, K. S., Ye, Z. W., Chan, C. P., & Jin, D. Y. (2020, January 1). A tug-of-war between severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 and host antiviral defence: lessons from other pathogenic viruses. *Emerging Microbes and Infections*. Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1736644>
- Garcia-Beltran, W. F., Lam, E. C., St. Denis, K., Nitido, A. D., Garcia, Z. H., Hauser, B. M., ... Balazs, A. B. (2021). Multiple SARS-CoV-2 variants escape neutralization by vaccine-induced humoral immunity. *Cell*. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.03.013>
- Gotzsche, P. c. (2017). *Deadly Medicines and Organised Crime*. (C. P. T. and F. Group, Ed.).
- Jean-Philippe, S. (2020). *Auriculothérapie et Pharmacodépendance*. Retrieved from <http://ekladata.com/Fws4YsFG0Uz0a-cqJwngkCvF5ns.pdf>
- JP, S. (2020). *Rapport Covid*.
- JP, S. (2021). *Rapport Vaccins Covid première partie*.
- Korber, B., Fischer, W. M., Gnanakaran, S., Yoon, H., Theiler, J., Abfalterer, W., ... Montefiori, D. C. (2020). Tracking Changes in SARS-CoV-2 Spike: Evidence that D614G Increases Infectivity of the COVID-19 Virus. *Cell*, 182(4), 812-827.e19. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.06.043>
- Lagier, J. C., Million, M., Gautret, P., Colson, P., Cortaredona, S., Giraud-Gatineau, A., ... Zandotti, C. (2020). Outcomes of 3,737 COVID-19 patients treated with hydroxychloroquine/azithromycin and other regimens in Marseille, France: A retrospective analysis. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 36. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101791>

- Madhi, S. A., Baillie, V., Cutland, C. L., Voysey, M., Koen, A. L., Fairlie, L., ... Izu, A. (2021). Efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 Covid-19 Vaccine against the B.1.351 Variant. *New England Journal of Medicine*, NEJMoa2102214. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2102214>
- Schmidt, F., Weisblum, Y., Muecksch, F., Hoffmann, H. H., Michailidis, E., Lorenzi, J. C. C., ... Bieniasz, P. D. (2020). Measuring SARS-CoV-2 neutralizing antibody activity using pseudotyped and chimeric viruses. *Journal of Experimental Medicine*, 217(11). <https://doi.org/10.1084/JEM.20201181>
- Suivi des cas d'effets indésirables des vaccins COVID-19.* (ANSM).
- Tegally, H., Wilkinson, E., Giovanetti, M., Iranzadeh, A., Fonseca, V., Giandhari, J., ... de Oliveira, T. (2020, December 22). Emergence and rapid spread of a new severe acute respiratory syndrome-related coronavirus 2 (SARS-CoV-2) lineage with multiple spike mutations in South Africa. *MedRxiv*. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.12.21.20248640>
- Venet, E. (n.d.). *Manifeste pour une psychiatrie artisanale.* (Verdier, Ed.).
- Zhou, D., Dejnirattisai, W., Supasa, P., Liu, C., Mentzer, A. J., Ginn, H. M., ... Screaton, G. R. (2021). Evidence of escape of SARS-CoV-2 variant B.1.351 from natural and vaccine-induced sera. *Cell*. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.02.037>