

Novembre 2021  
Février 2022

Injections Expérimentales de  
Prévention

Jphilippe Santourian

## Table des matières

Rappel sur la chronologie.....	4
Le Numérique au secours des Sénateurs.....	8
Vers une politique de gestion des catastrophes.....	9
Foi et Sur-estimations comme Postulats, Echecs Réels Constatés.....	10
Publication des résultats des dernières études.....	13
Le principe du Double Aveugle et de la Randomisation.....	16
Le Dosage Optimal: Sans Danger et Efficace.....	18
La composition des Injections Expérimentales de Prévention.....	19
Composition et dosage.....	19
Adjuvants.....	20
Suivi des Rapports de l'ANSM.....	21
Quantitatif.....	21
AZ et JJ: un risque pour la santé supérieur au covid chez les moins de 55 ans.....	21
Pf chez les adultes: des Effets secondaires en proportions moins importantes que dans la population générale.....	22
Qualitatif.....	24
N'empêche pas la transmission ni la contagiosité.....	24
N'empêche pas de tomber malade.....	24
Les Formes Sévères chez les patients à risque.....	24
Suivi des Courbes d'incidence pays par pays.....	26
Seychelles.....	27
United Kingdom.....	28
Denmark.....	29
Laos.....	30
Thaïlande.....	31
Vietnam.....	32
France.....	33
Arménie.....	34
Brazil.....	35
Suède.....	36
Afrique du Sud.....	37
Inde.....	38
Norvege.....	39
Israël.....	40
United States.....	41
Canada.....	42
Suisse.....	43
Perspectives.....	44
Des brevets et des projets.....	44
Les Mutations par excès d'usage d'un produit expérimental de prévention.....	48
Bibliographie.....	49



# Rappel sur la chronologie

“Remember...” Michel Audiard , *Les Tontons Flingueurs*.

Nous voici rendus au mois de février 2022.

Toute la population-ou presque, en France, et dans certains autres pays, est convaincue de la pertinence d'une nouvelle dose pour vivre “comme avant”, car les jauges sont supprimées (pour l'instant), et que *c'est par la dose* que récule l'épidémie de sars-cov2 et de ses variants passés et à venir depuis ces derniers 11 mois d'injections en masse.

La liberté est pour demain, à condition que chacun soit responsable.

Et la responsabilité-mieux même – la citoyenneté est de prendre une nouvelle dose.

Celle qui libérera.

La prochaine.

C'est toujours la prochaine qui fonctionnera.

On veut y croire.

Oui, on veut y croire.

Car à la lecture des faits, on est plutôt déçu des premières doses, malgré toutes les promesses faites à leur égard.....Mais n'anticipons pas:

Reprenons un peu la chronologie:

-**en avril 2021**, je vous exposais les résultats des études préliminaires effectuées chez les macaques, lors des études de milieu d'année 2020 (études de Van Dormal pour les Astra et Jenssen, Corbett pour les Pifzer. cf tableau ci dessous et bibliographie):

- ✓ les injections previennent la transmission: en effet les macaques décapités à J15 d'un arrosage de sarscov2 , mais injectés depuis 50 jours ont un portage nasal du virus inférieur au groupe placebo.
- ✓ Les injections previennent la maladie et la dangerosité de la maladie: en effet les macaques décapités à J15 d'un arrosage de sarscov2, mais injectés depuis 50 jours, ont été moins malades avant leur décapitation et présentent, à la nécropsie, moins de lésions pulmonaires que le groupe placebo.
- ✓ Les injections sont sans danger: en effet les macaques décapités à J15 n'ont pas souffert de troubles de santé majeur pendant les 50 jours qui ont suivit l'injection.

Moyennant quoi, le produit donne de bonne garantie d'efficacité (97%)et de tolérance (100%), sur des macaques qui ne souffrent d'aucune co-morbidités humaines qui, je vous le rappelle, étaient celles qui rendaient la maladie sévère. Passons.

Il devrait permettre de venir à bout de l'épidémie “en deux coups de cuillère à pots”.

-en juillet 2021, je vous exposais les résultats des études effectuées sur les humains avec le même produit. Les injectés tombaient malades autant voire plus que les non- injectés devant les nouveaux variants du virus, à tel point que les taux d'efficacité chutaient à moins de 20% (études de Mahdi et études de Zhou : cf tableau ci dessous et bibliographie). A ce stade on pouvait répondre clairement aux questions qu'on se pose encore à ce jour.

- ✓ les injections previennent elle la maladie ? Non.
- ✓ Les injections empêchent elle la contagion et la transmission? Non.
- ✓ Les injections permettent-t-elles de réduire la sévérité de la maladie ? Une étude de Polack semble le démontrer.....

C'est à ce moment **que le modèle du produit change.**

"Tous vaccinés, tous protégés", repris de partout, devient un slogan miteux et mensonger.

D'ailleurs, il va disparaître en fin d'année 2021.

Les belles promesses depuis un an à propos de l'efficacité à 95-97% sur la prévention de la maladie par l'injection ET sur la transmission de la maladie par l'injection s'écroulent.

C'est à partir de ce moment que la promotion de ce produit expérimental change. En fait, on vient de constater qu'après UN AN d'essais, **il n'aura aucun effet sur la transmission des prochains variants, qu'il n'empêchera pas celui qui le prend de tomber malade**, mais, on en a la preuve irréfutable (encore une..!): il protège des formes graves *du variant de juillet à novembre 2021*. Donc, c'est logique, il devrait protéger vis à vis des formes graves des prochains variants, **pour toujours.**

Les Français nous auront pardonné nos promesses exagérées de l'année 2020 et début 2021. Que dis je "pardonné" ?

Ils les ont déjà oubliées. D'ailleurs, rien qu'à les voir tomber les masques et s'embrasser le coeur léger après l'injection, ils n'auront même pas compris avant l'année prochaine, que cette surestimation sur la protection et la contagiosité par la dose injectée, n'était que fumées et miroirs.

C'est le moment de **communiquer sur les formes sévères** et les promesses de protection de ce produit contre les formes sévères.

**A condition, et c'est évident à la lecture des études que je détaille plus loin, qu'il soit repris une troisième fois, et plus si affinités.....**

Voilà comment s'achève l'année 2021, et comment commence l'année 2022. Dans une nouvelle tentative de persuasion hasardeuse et spéculative. Exactement comme nous étions passé de l'année 2020 à l'année 2021. Dans les promesses.

Avec, certes, pour l'année en cours, bien moins d'espoirs qu'au départ, car la "vie d'avant", il va falloir en faire le deuil.

Je vais tenter donc de vous exposer certains des mécanismes qui me semblent à l'origine de cette **habitude de l'erreur**, avant de faire le point sur la situation de manière très factuelle **par la lecture des études scientifiques** et des rapports de l'ANSM de l'année 2021, pour tenter d'envisager une perspective.

Autant vous prévenir dès maintenant: elle n'a rien de réjouissante.....



	Phase 1 (étude prometteuse)			Phase 2 (étude prometteuse)			Phase 3 ( <b>Réalité</b> )		
	Effets indésirables	Protection	Contagiosité	Effets indésirables	Protection	Contagiosité	Effets indésirables	Protection	Contagiosité
ADENO VIRUS <sup>1</sup>	aucun	<b>95-98%</b> (van Doremal et al., 2020)	Non explorée	100% modestes	Il existe une production d'anticorps "neutralisants" chez plus de 95% des sujets vaccinés (Ramamy et al., 2020)	Non explorée	<b>25 à 50% majeurs</b> (Suivi des cas d'effets indésirables des vaccins COVID-19, ANSM.)	<u>Moins de 20%</u> sur tous les variants (Madhi et al., 2021)	Persistante
mARN <sup>2</sup>	aucun	<b>95-98%</b> (Corbett et al., 2020)	réduite	100% modestes (Polack et al., 2020)	Réduirait les passages en USI ou Réanimation (Polack et al., 2020)	Non explorée	<b>25% majeurs</b> Suivi des cas d'effets indésirables des vaccins COVID-19, ANSM)	<u>Moins de 20%</u> sur tous les variants (Zhou et al., 2021)	Persistante
VVI <sup>3</sup>	aucun	<b>95-98%</b>	Non explorée	100% modestes	Réduite à entre 20 et 50%	Non explorée	inconnue	inconnue	Persistante
Temporalité	Mai à aout 2020			Juillet à novembre 2020			Janvier <b>2021</b> à juin <b>2021</b>		

- 1 Technologie Adénovirus dans lequel le génôme du sars-cov2, souche de mars 2021 (alors que plus de 60 000 mutants sont arrivés depuis...): Astra Zeneca.
- 2 Enveloppe lipidique avec partie du génôme à l'origine de la protéine d'épingle (spike): Moderna et Pfizer
- 3 VVI: Vaccin Vivant Atténué: Technologie Sinopharm.

# Le Numérique au secours des Sénateurs

*Quelle chance pour ceux qui gouvernent que les hommes  
ne pensent pas.*

*(Adolf Hitler)*

“*Le numérique, un puissant antivirus*”. Voilà ce qu’on peut lire comme titre de la première partie du rapport n° 673 du sénat du mois de juin 2021.(De, 2021)

Mais de quel virus s’agit il ?

Si c’est d’un virus informatique qu’on parle, nul doute que la phrase soit à propos.

S’il s’agit d’un virus microbiologique, alors il y a confusion: du “numérique anti-virus microbiologique”, on demande à voir.

Et 20 mois après l’épidémie de mars 2020, le constat est bien éloquent: le numérique n’empêche ni les virus microbiologiques de se multiplier, ni de s’épandre, ni de changer.

Il y a encore un autre sens au “numérique anti-virus microbiologique”, c’est celui d’assurer la continuité de la vie économique et sociale. Or, le rapport est clair à ce sujet. Ce propos ne sera pas celui du rapport, pas plus que celui de la recherche scientifique, SAUF pour la MODELISATION EPIDEMIOLOGIQUE, qui appuie les décisions politiques (page 7 et suivantes du rapport du Sénat n° 673).

Je vous voir venir, chers lectrices et ches lecteurs. Après 20 mois d’échecs d’un “numérique anti-virus microbiologique”, vous vous dîtes peut être: “ces modélisations ne seraient elles pas foireuses?”

Et j’en entends aussi d’autres qui me diront: “la modélisation scientifique appuyant **quelles** décisions politiques?” .....

Admettons donc que la reflexion soit celle d’**encourager la modélisation épidémiologique à partir de l’usage du numérique pour appuyer les décisions politiques.**

Poursuivons la lecture du rapport n673 du sénat: la politique actuelle semble bien axée sur la gestion des catastrophes.

## Vers une politique de gestion des catastrophes

Le naufrage sanitaire actuel n'est pas une énième crise à laquelle on ne pouvait s'attendre, il faut être franc.

Depuis au moins 20 ans, les hôpitaux sont dépecés en moyens matériels et humains, et la recherche indépendante laisse la place à des firmes pharmacologiques en plein essor sur le plan commercial pendant que les organismes de contrôle de santé, gangrenés par le confort personnel, une habitude de la médiocrité et une inertie institutionnelle endémique, fournissent le terreau fertile à des pratiques de plus en plus frauduleuses.

Pour autant, l'usage d'une certaine sémantique éloigne le monde politique de la responsabilité. Après tout, une "crise" par çà par là, ça ne peut être que le fait des aléas de la vie, du hasard, de la .....fatalité. Moyennant quoi, l'ère politique dans laquelle nous entrons doucement semble bien être celle des crises successives pour lesquelles les sénateurs se font un devoir au mieux d'anticiper, avec l'usage du numérique comme moyen principal, sinon exclusif, leur survenue, mais aussi, au pire d'encadrer la catastrophe le cas échéant, toujours avec le même outil.

Page 52 du rapport du sénat n673 du mois de juin 2021: *"l'utilité des outils numériques dans la gestion de crise dépasse le seul domaine sanitaire, et s'étend également à d'autres types de crises, liées en particulier aux risques dits NRBC pour nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (...)* peuvent résulter d'une attaque volontaire (conventionnelle ou terroriste, en particulier **bioterroriste**) mais aussi d'un accident industriel ou d'une catastrophe naturelle (y compris sans dimension NRBC: tsunami, tremblement de terre, inondation, etc...)"(De, 2021)

*"Nous sommes en guerre"*E.Macron. Une guerre biologique. Ce bioterrorisme dont se fait l'écho le rapport des sénateurs.

*"un agent pathogène volontairement conçu pour faire le plus de mal possible, le plus rapidement possible"* (page 59).

Cela tombe assez mal en fait, une attaque bioterroriste à un moment où les politiques successives sur le plan sanitaire ont anémié un système de santé déjà à l'agonie.

C'est pourtant simple: il va falloir s'en passer, du système de santé.

C'est une partie du message: il va .falloir. s'en . passer.

*"le meilleur moyen de ne pas saturer l'hôpital (à l'agonie.NDA), c'est de ne plus tomber malade"*J Castex

Et le meilleur moyen de s'en passer, c'est l'usage d'un "numérique anti-viral microbiologique", et d'une thérapie génique expérimentale<sup>4</sup>.....qui-soyons francs-ne fonctionnent toujours pas 20 mois après sa mise en oeuvre.

"Mais alors, pourquoi persévérer ?" Me direz vous. A mon avis, beaucoup de confusions préludent à l'obstination mortifère à laquelle nous assistons.

---

4 Nommée "vaccination", abusivement selon moi et selon certaines pointures dans ce domaine.

## Foi et Sur-estimations comme Postulats, Echecs Réels Constatés

Certains points préudent à l'obstination mortifère à laquelle nous assistons, selon moi:

-d'abord, la réponse politique - qui se veut médicale- à cette attaque bioterroriste.

D'emblée, il y a **méprise par surestimation**: le "vaccin" est, d'emblée, considérée comme "tout-puissant". On **sur-estime son pouvoir**.

*"on n'insistera jamais assez sur l'immense succès collectif que représentent le développement de vaccins très innovants et leur production massive dans un temps aussi court: la vaccination est le pilier principal de la sortie de crise".* P125 du rapport n°673 du sénat du mois de juin.

Et **on n'envisage pas de plan B en cas d'échec potentiel**.<sup>5</sup>

Il fonctionne. Il fonctionnera. Cela ne fait aucun doute.

Il faut avoir.....**la Foi**.

Il protège de la transmission, on l'a annoncé.

**Mais la réalité est tout autre**, si on peut en juger par l'actualité (fin novembre 2021-fin février 2022) et les études qui paraissent (dont la lecture sera faite plus en aval).

**En réalité**, il ne protège pas. Ce serait même l'inverse.

Il avait été dit qu'il protège des formes graves.

**En réalité**, cela reste plus que douteux. Voire même, cela pourrait bien être l'inverse.

Une dose suffisait en début d'année selon les fabricants.

Ce serait mieux d'en avoir une deuxième en milieu d'année en fonction de la technologie des fabricants.

Finalement une troisième serait nécessaire d'après les études scientifiques. On a bel et bien **surestimé** son pouvoir.

Même après trois doses, certains ne sont pas protégés, comme si avec deux doses on l'était davantage que sans.....

Il en faudra une quatrième.

...

**Il faut avoir la Foi**.

-ensuite l'outil numérique est **fiable**, et, souvenez vous, un "puissant anti-virus" (page 7 du rapport du sénat").

De quel(s) outil(s) parle-t-on ?

Des applications sur smartphones au départ, du passeport sanitaire ensuite, et dans une moindre mesure de mesures plus intrusives que certains sénateurs trouvent séduisantes: "*les bracelets électroniques, la désactivation du passeport sanitaire pour les transports en commun (?NDA), détection automatique de la plaque d'immatriculation par les radars, portiques de contrôle dans les magasins, caméras thermiques dans les restaurants, utilisation d'objets connectés obligatoires, contrôle des fréquentations, contrôle des transactions permettant d'imposer une amende automatique de détecter un achat à caractère médical (pouvant suggérer soit une contamination, soit un acte de contrebande en période de pénurie), etc....*" p56 du rapport du Sénat du mois de juin 2021 n°673

Là aussi, il faut avoir la Foi, au départ.

---

<sup>5</sup> D'ailleurs souvenez vous, il n'est pas dans la ligne politique de rénover le service de santé publique anémié depuis 20 ans.

Puis il suffit de constater:

Les applications sur smartphones:

**Un fiasco.**

Page 108: “comment expliquer cet échec ? A vrai dire Tousanticovid illustre parfaitement les contradictions françaises à l’égard du numérique (...) très peu utilisé et dont l’impact sur la progression de l’épidémie **est plus que douteux**”.

P 115:à propos du “contact tracing”: “cette application **a-t-elle été utile** ? A ce jour on peut considérer que **non, ou presque**”.

Il fallait donc un autre outil: le “**passport sanitaire**”, qui se révèle **une véritable passoire à virus microbiologique à ce jour** (fin novembre 2021-février 2022), alors que le même rapport, au mois de juin en fait “**un outil précieux dans le cadre de la sortie de la crise actuelle**” (page 121), au seul motif de l’attente des Français de sortir de la crise! “60% d’entre eux se déclarent désormais favorables au dispositif et prêts à s’y conformer, afin de retrouver une “vie normale””.

p119: “le contact tracing reste fondamentalement une solution peu efficace au regard des possibilités ouvertes par des technologies **plus intrusives**”

D’où la nécessité du passage au passeport sanitaire.

Et-fallait il s’y attendre ?-le passeport sanitaire démontre déjà son inefficacité comme anti-viral microbiologique, tout autant que la vaccination qui en est son corrolaire, comme on l’a vu plus haut.

En fait, dans la réalité, tout porte à croire que la toute puissance du numérique comme “anti-viral microbiologique” a été également une **sur-estimation.**

Mais les échecs successifs, au lieu de conduire à sa remise en question, semblent participer à l’obstination d’un usage encore plus intrusif du numérique comme “anti-virus microbiologique”.

Les peuples sont ils mûrs pour des mesures plus intrusives ?

Après tout, il faut avoir la Foi.....?

Il est écrit page 60 du rapport du Sénat N°673:

“Mais elle (la crise actuelle nda) nous donne aussi toutes les bonnes raisons de recourir davantage aux outils numériques, en conscience et en responsabilité-parce qu’ils sont potentiellement **bien plus efficaces que les autres méthodes,**

-parce qu’ils **pourraient** permettre de retrouver **bien plus rapidement** nos libertés “physiques”,

-et parce que **si nous ne le faisons pas, d’autres le feront pour nous.**

-Et, face à une crise majeure, **nous n’aurons pas d’autre choix que de leur demander leur aide, et il sera alors trop tard pour défendre nos principes démocratiques.”**

- **Les autres méthodes ?** Soigner les malades avec un système de santé à la hauteur serait donc moins efficace qu’utiliser le numérique et un produit expérimental qui démontre son inefficacité à prévenir les contaminations ?
- **“pourraient”** permettre de retrouver bien plus rapidement nos libertés “physiques”. Au conditionnel, tout autant que promotionnel.....
- **“d’autres le feront pour nous”** . Qui? De qui semblent les sénateurs Français avoir peur ? Qui menacerait la France à ce point là ?



## Publication des résultats des dernières études

*“Moins blanc que blanc, je sais ce que c’est comme couleur, c’est gris clair. Mais plus blanc que blanc, c’est quoi comme couleur ?....C’est nouveau ça vient de sortir!” Coluche*

Je vais tenter ici de vous faire un retour sur certaines des études qui ont jalonné l’année 2021. Je ne peux être exhaustif, cela va de soit, mais j’espère que cette sélection au hasard pourra donner une vue d’ensemble aussi factuelle que possible sur ce qui a été pratiqué en terme d’essais cliniques au cours de l’année 2021:

Je vous rappelle que l’année 2021 est un chevauchement des phases 2 et 3: ces étapes cherchent à déterminer la dose efficace non toxique. J’y reviendrai en détail plus loin.

Ceci étant posé, commençons.

Terminons l’année 2020:

En octobre 2020 une équipe internationale met en évidence que les dosages d’inoculation de BNT162b1 et BNT162b2 à 100µg sont potentiellement dangereux: **Ils font chuter le taux de lymphocyte de manière excessive**. Elle reconnaît, dans le même temps, que la réponse par anticorps produits suite à la stimulation par les BNT162b1 et BNT162b2, s’il est authentifié chez une majorité de patients-cobayes, pourrait bien assurer **un degré de protection** encore **inconnu** (juin 2020(Walsh et al., 2020)

Une autre étude, en octobre 2020, met en évidence que les doses de 100µgramme n’entraînent pas d’augmentation plus importante des anticorps que 30µg. (juin et octobre 2020)-(Mulligan et al., 2020)

La dose la moins toxique semble donc se situer entre 10 et 30µg, pour les adultes.

Mais le degré de toxicité n’est pas très clair encore, et, en plus des rapports éloquentes des ANSM au cours de **l’année 2021**, une autre étude met en évidence une augmentation de l’HBA1C, des problèmes au niveau du TP, et une baisse globale de la réponse anti virale en avril 2021, suite aux injections préventives. (Liu et al., 2021)

Il faut toutefois faire preuve de persévérance, puisque la seule stratégie de soin est celle de la prévention par inoculation.....

A ce stade, toutefois, la dose efficace n’est toujours pas clairement apparue, puisque -je vous le rappelle- **les études mettent en évidence des échappements à chaque nouveau variant**.

Mais, une chose devient claire: les doses à 100µg doivent être exclues chez les adultes, n’apportant aucun bénéfice en terme d’anticorps et pouvant générer une baisse des lymphocytes de manière inquiétante.

Pour l’instant, vous l’aurez compris, les études mettent en évidence une production d’anticorps suite aux inoculation **chez les adultes sains**, certes inconstante; sans trop de toxicité recherchée si on ne dépasse pas 30µg pour un adulte, et d’une efficacité à réduire la duplication virale plutôt réduite lorsqu’ils apparaissent.

Qu’il soit noté, à toutes fins utiles, que les réponses sérologiques (production d’anticorps suite aux inoculations) sont encore bien plus hasardeuses chez les patients immuno-déprimés.

L'efficacité des anticorps produits suite à l'inoculation de prévention se réduit donc sur les nouveaux variants du virus initial, mais on note aussi, en septembre 2021, **une augmentation de la susceptibilité à un nouveau variant 4 mois après la dernière dose** (septembre 2021)(Keehner et al., 2021)

De quoi s'agit-il ?

Gazit et ses collègues mettent en évidence, dans un article scientifique du mois d'août 2021, à partir d'une étude observationnelle sur trois modèles d'inoculations différentes, rétrospective sur 3 mois, comparant les taux de ré-infections suite aux infections naturelles versus les immunisations par simple dose d'inoculation ou doubles doses d'inoculation: le résultat est le suivant sur le plan statistique: Les personnes ayant été infectées par le covid sans avoir reçu de doses- ont un **risque de refaire une infection jusqu'à plus de 20 fois inférieur par rapport aux personnes ayant reçu deux doses sans avoir été infectées par le covid auparavant**. Ainsi, il existe potentiellement une **sensibilité accrue pour les personnes double dosées à une nouvelle infection par coronavirus** que par rapport à celles et ceux qui ont été infectés sans avoir été inoculés(="vaccinés") (Gazit et al., 2021)

Que faire, face à cette réalité qui vient réduire à presque néant les surestimations optimistes de 2020?

Peut-être serait-il plus pertinent d'inoculer le produit expérimental plus tôt dans la vie ?

C'est ce que se propose d'étudier Frenck et ses collègues en mars 2021, donc plusieurs mois avant d'avoir les preuves de la médiocrité du produit expérimental:

3 semaines de suivi après avoir inoculé deux doses à 3 semaines d'intervalle chez environ 2 000 adolescents mettent en évidence un **ratio infection/ non infection clairement en faveur du produit expérimental**: jugez plutôt : **3 infections covid pour les adolescents ayant été double dosés vs 12 infections covid chez celles et ceux qui ne reçoivent rien**(Frenck et al., 2021)

Eloquent, non?

Mais vous pourriez objecter, entre autres, que 3 semaines d'observation, c'est relativement court (par rapport aux trois mois d'observation de l'étude de Gazit(citée plus haut) par exemple),....

Autre point sur lequel il paraît nécessaire de revenir: quid des prises de sang chez ces adolescents pour apprécier un éventuel signal de toxicité.....

On commence à être un peu habitué à ces études aussi courtes qu'enthousiastes....

Mais poursuivons sur le chemin délicat de l'utilité de ce produit expérimental: Il n'empêche manifestement ni la contagion, ni la maladie.

Pourrait-il prévenir la sévérité de la maladie ? Même si ce raccourci est un non-sens sur le plan scientifique (je le détaille plus loin), il faut impérativement essayer d'en obtenir une réponse.

Déjà, en décembre 2020, un article scientifique mettait en évidence, sur une étude portant sur plus de 40 000 humains, qu'à partir de **7 jours après la 2ème dose**, le risque pour **une personne inoculée était au moins 6 fois inférieur de faire une forme sévère** que les autres: OR à 6.(Polack et al., 2020)

Au mois de mai février 2021, Dagan et ses collègues de Tel Aviv en Israël, dans une étude rétrospective, trouvent des chiffres **relativement peu convaincants pour l'efficacité à prévenir la maladie et les formes symptomatiques, entre le 14ème et le 20ème jour après la première dose**: 46% et 57% respectivement, ce qui laisse envisager un pouvoir de protection relatif de **50%**.....Autant dire qu'il ne faut pas compter dessus pour prévenir la transmission ou la contagion.

Sur les formes sévères, entre le 14ème et le 20ème jour après la première dose, l'efficacité de l'injection ne monterait pas au delà de 62%.....Mais elle est retrouvée à 100% dans les 6 jours qui suivent la deuxième dose. Attention: au delà de 6 jours, les données ne sont pas disponibles pour les catégories de patients à risque listés dans cette étude.(Dagan et al., 2021)

Plus tard, en Israël, au mois de mai 2021, une étude met en évidence, sur les hospitalisations du mois de février à mars 2021 un OR de 10 à 20 en faveur des inoculés versus les non-inoculés par le produit expérimental, sur les paramètres suivants: infection symptomatique ou pas, hospitalisation, sévérité, et décès.

Autrement dit, les personnes qui ne sont pas inoculés risque 10 à 20 fois plus d'être infectés, hospitalisés, avoir une forme sévère et mourir.

Dans la même étude, le taux de létalité reste élevé à 11% avec 60% de décès hospitalier (Haas et al., 2021)

Un peu plus tard, un mois plus tard, en juin 2021, une étude contradictoire apparaît encore en Israël, sur 152 patients doublement inoculés versus les non-inoculés:

-pas d'effet sur la sévérité, ni sur la mortalité : elles sont similaires dans les deux groupes (inoculés doubles doses/ pas d'inoculation) (janvier février avril mars 2021) chez tous les doubles dosés , 8 jours ou plus après leur deuxième dose.(152 full doses)(Brosh-Nissimov et al., 2021)

Encore plus tard, en novembre 2021, le même constat contradictoire tombe à nouveau, après 4 mois de suivi:

**pas de différence sur la mortalité dans les deux groupes . Et, de plus: le nombre d'arrêts cardiaques dans le groupe inoculés est supérieur à celui des non inoculés.....(Thomas et al., 2021)**

**2021 s'achève donc dans une cascade d'études de phase 2 et 3:**

-qui convergent pour constater que le produit expérimental **n'empêche ni la contagion, ni la maladie, ni la transmission.**

-qui **divergent** sur le potentiel pouvoir protecteur du produit expérimental de prévention vis à vis des formes sévères.

S'il était avéré, les études qui précèdent mettent en évidence que ce pouvoir serait **au mieux relatif** (50%), et **assez fugace: pas plus de trois mois.**

# Le principe du Double Aveugle et de la Randomisation

“je ne suis qu’un employé, moi je n’ai rien vu” Happy Days

Sur le site du gouvernement “clinical trials” sont postés, plus ou moins régulièrement, les protocoles des études en cours.

Celle dont j’ai pris l’“encart” ci dessous en fait partie.

Study Type :Interventional (Clinical Trial)  
Estimated Enrollment :43998 participants  
Allocation:Randomized  
Intervention Model:Parallel Assignment  
Masking:Triple (Participant, Care Provider, Investigator)  
Primary Purpose:Prevention  
Official Title:  
A PHASE 1/2/3, PLACEBO-CONTROLLED, RANDOMIZED, OBSERVER-BLIND, DOSE-FINDING STUDY TO EVALUATE THE SAFETY, TOLERABILITY, IMMUNOGENICITY,  
AND EFFICACY OF SARS-COV-2 RNA VACCINE CANDIDATES AGAINST COVID-19 IN HEALTHY INDIVIDUALS  
Actual Study Start Date :April 29, 2020  
Estimated Primary Completion  
Date :  
May 2, 2023  
Estimated Study Completion  
Date :  
May 2, 2023

Plus de 40 000 participants. Ils sont choisis “au hasard”: c’est la **randomisation**<sup>6</sup>. Toutefois, les critères d’inclusion des patients sont très limitatifs, comme je vous le démontrerai plus loin.

Injecteurs et injectés ne connaissent jamais la nature du produit étudié: c’est le principe du **Double Aveugle**. Notez d’ailleurs qu’il s’agit là d’un “triple aveugle” (surligné en jaune à la 5ème ligne).

A toutes fins utiles, je vous laisse lire la date estimée de fin de l’étude: **Mai 2023**.

Quelle est la nature du produit injecté, puisque personne ne doit le savoir ?

## Arms and Interventions

Go to ▾

Arm	Intervention/treatment
Experimental: 10 µg dose, 18-55 years of age (2 doses)	Biological: BNT162b1 Intramuscular injection
	Biological: BNT162b2 Intramuscular injection
Experimental: 20 µg dose, 18-55 years of age (2 doses)	Biological: BNT162b1 Intramuscular injection
	Biological: BNT162b2

Il y a des doses de **10 µg**, de **20 µg**, et puis.....roulement de tambour, il y a.....

<sup>6</sup> Ce principe est bien entendu de la théorie. La pratique est légèrement différente, comme vous le constatez.

Arm	Intervention/treatment
Experimental: 30 µg dose, ≥12 years of age (2 doses)	Biological: BNT162b2 Intramuscular injection
Placebo Comparator: Placebo, 18-55 years of age	Other: Placebo Intramuscular injection
Placebo Comparator: Placebo, 65-85 years of age	Other: Placebo Intramuscular injection
Placebo Comparator: Placebo, ≥12 years of age	Other: Placebo Intramuscular injection
Experimental: 100 µg dose, 18-55 years of age (2 doses)	Biological: BNT162b1 Intramuscular injection
Vaccination of Placebo recipients with BNT162b2 - Stage 1 Participants ≥16 years of age who originally received placebo and are eligible for COVID-19 vaccination following any local or national recommendations will be offered the opportunity to receive BNT162b2 as part of the study.	Biological: BNT162b2 Intramuscular injection
Vaccination of placebo recipients with BNT162b2 - Stage 2 Participants ≥16 years of age who originally received placebo will be offered the opportunity to receive BNT162b2 at defined points as part of the study.	Biological: BNT162b2 Intramuscular injection
	Intramuscular injection

.....des doses de 30 µg, des doses de 40 µg, des doses de 100 µg, et, bien entendu, des doses de placebo. Ces dernières étant, historiquement en tout cas, de l'eau salée.

Je vous rappelle que nous sommes dans un chevauchement des phases 2 et 3.

Les phases 2 se proposent de déterminer la dose efficace et la dose toxique.

Les phases 3 comparent le nouveau médicament à ce qui existait déjà pour soigner la maladie.

Vous voyez bien que les phases 2 et 3 se déroulent dans le même temps.

Le protocole d'étude dont j'utilise l'exemple ci dessus pour illustration est tout à la fois une phase 2 et 3, à quelques précisions près:

- ✓ tout d'abord, ce sont la **prévention de la transmission de la maladie et de sa survenue** que se propose d'étudier ces protocoles d'études.
- ✓ ensuite, la comparaison avec ce qui existe déjà pour soigner ne peut se faire puisqu'il n'existerait rien pour soigner<sup>7</sup>. Ce "rien" est censé donc être représenté par les doses de placebo.
- ✓ enfin, ce protocole d'étude se propose de durer au moins 3 ans.

<sup>7</sup> Ce conditionnel est important, puisque, dans les faits, la maladie se soigne, certes de manière très hétérogène dans le monde, d'une manière plus ou moins optimale selon les lieux, les praticiens ou les équipes, que ce soit au début de la maladie ou en phase aigüe. J'ai détaillé cette partie dans "Raiders of the Lost Care", dont je conseille la lecture pour en apprendre davantage.

# Le Dosage Optimal: Sans Danger et Efficace

*“Des chercheurs on en trouve. Des Trouveurs, on en cherche....” Anonyme*

Le “Sans danger” est une chimère. Les rapports de l’ANSM sont éloquents. Il suffit de les lire.

La grande hétérogénéité des effets secondaires peut s’expliquer par les différents dosages de chaque dose <sup>8</sup>, l’état initial du chacun (morbide vs sain), et le mode d’administration douteux (les Intra musculaires sont dévoyées).

Comme je l’ai montré plus haut, **les études sur l’effet des hautes doses sur les lymphocytes est alarmante**, autant que celles effectuées à propos des conséquences d’injection sur le système immunitaire. Elles peuvent être étayées par un rapport de septembre sur des autopsies mettant en évidence l’infiltrat lymphocytaire multi tissulaire. (“Pathologists’ Shocking Finding from Deaths after COVID-19 Jabs | Principia Scientific Intl.,” n.d.)

L’efficacité, quant à elle, je l’ai détaillée aussi bien que possible plus haut.

---

8 Qui peuvent être considérées comme de l’eau salée jusqu’à preuve du contraire par l’analyse d’un laboratoire indépendant.

# La composition des Injections Expérimentales de Prévention

## Composition et dosage

Comme je l'écrivais plus haut, la composition et le dosage du produit injectable de prévention sont encore assez nébuleux.

Pour ce qui est du **dosage**, cela s'éclaircit **très doucement**, selon les laboratoires qui commercialisent leur produit:

Pour les technologies AstraZeneca et Janssen, aucune mention du dosage en microgramme n'est faite sur les flacons, jusqu'en juillet et août 2021, environ. Je n'ai pas eu l'occasion de consulter les flacons passés cette date, mais il semble qu'ils ne soient plus en circulation fin d'année 2021.

Pour les technologies Pfizer, aucune mention du dosage en microgramme n'est faite depuis le début d'année 2021 jusqu'à cette fin d'année 2021.

Pour les technologies Moderna, le dosage est clairement indiqué. Je vais y revenir plus loin.

Alors, voici quelques questions:

- Avez vous demandé à votre injecteur s'il connaît le dosage qu'il vous injecte ?
- Vous a-t-il donné un chiffre en microgrammes ?

Si nous considérons que les phases 2 et 3 se chevauchent encore jusqu'en 2023, il est dans la logique même de l'esprit de ces études **que personne ne connaisse le dosage**.

- En effet, rappelez vous le principe du double aveugle (cf chapitre plus haut): l'injecteur ne sait pas ce qu'il injecte, et l'injecté ne sait pas ce qu'il reçoit.
- En effet, rappelez vous les objectifs d'une phase 2: déterminer la dose efficace et la dose toxique.
- En effet, rappelez vous l'objectif d'une phase 3: comparer au traitement précédent qui existe: comme il n'en existerait pas, on compare à "rien": le "rien" est cette eau salée qu'on nomme "placebo".

Pour la composition du principe actif, il est question de BNT162b1, BNT162b2, ChadOx, etc..... et je vous renvoie aux rapports "vaccins covid". Ce qui attire mon attention sur le protocole de biontech serait plutôt le fait qu'au moins 3 types de produits se succèdent au fil du temps: le BNT162b1, puis le BNT162b2, et, dernièrement le BNT162SA, qui serait fabriqué à partir du variant sud-africain de fin d'année 2020.

Et enfin, après analyse de l'étiquette des flacons Moderna, il s'avère que leurs flacons dosent à **100 µg chacune de leur dose individuelle**.

Ce qui peut expliquer pourquoi les effets secondaires peuvent être si sévères, sans aucun bénéfice démontré, comme je l'ai expliqué plus haut à propos de l'étude de biontech sur le décompte des lymphocytes après des doses à 100 µg.

# Adjuvants

Quant **aux adjuvants** des produits injectables de prévention, c'est bien plus rapide de vous en parler: A ce jour (fin d'année 2021), personne, à ma connaissance, chez les injecteurs, ne dispose d'une quelconque **notice** fournissant la composition des fioles dans lesquelles il prélève ce qu'il doit injecter.

La seule source officielle qui pourrait, à la rigueur, évoquer le sujet, serait celle du cerfa de contre indications à la vaccination, qui dispose dans sa liste pré-formatée de contre-indications, l'allergie au PEG et aux polysorbates.

Il y aurait donc, pour le moins, du **Poly-Ethylène Glycol**, et du **Polysorbate**. Information déduite du cerfa 5236101 des contre-indications.

Pour le reste, nous ne pouvons que nous en tenir aux expériences d'analyse non-officielles, indépendantes, qui sont bien moins laconiques.....

Une de ces analyses que j'aimerais citer ici est celle du Dr Young Robert(Biontech, Lonza, & Astrazeneca, 2021), rapportée par Me Brusa et son équipe de Réaction 19. Sa lecture est pour le moins intéressante.

Les adjuvants détectés par cette analyse sont:

- de l'oxyde de graphène sous forme de nanoparticules de graphènes ou rGO: oxyde de Graphène réduit.
- du chrome, du soufre, de l'aluminium, du bismuth, du cuivre, du titane, du vanadium, du fer et même des agrégats d'acier (alliage de fer, chrome et de nickel), du plomb, du cadmium, du selenium
- dans certains échantillons, un "corps allongé" de 50 microns, ressemblant à Trypanosoma cruzi.
- le PEG, l'alcool ethylénique

# Suivi des Rapports de l'ANSM

“L'urgence n'est pas si urgente”. Les Inconnus.

## Quantitatif

### AZ et JJ: un risque pour la santé supérieur au covid chez les moins de 55 ans

Dans ce domaine, tout le travail est de faire des comparaisons censées.

Ainsi, les chiffres bruts d'effets secondaires méritent d'être suivi dans leur évolution, une fois seulement que leurs valeurs initiales ont été comparées à la moyenne de leur survenue dans la population générale, surtout qu'ils constituent toujours une sous-estimation de la réalité de terrain.

Ainsi, souvenez-vous, en avril 2021, les effets secondaires des AstraZeneca et JJ concernant les thromboses sévères survenant dans des territoires atypiques ont été difficiles à camoufler.

Comme le démontre le tableau ci dessous, **il était plus dangereux de se faire vacciner par les technologies Astrazeneca et Janssen, que de tomber malade du covid, pour les moins de 55 ans.**

Au 08 avril 2021 <sup>9</sup>	Observés suite au Vaccin Covid (Non exhaustif)	Attendus dans la population non vaccinée
Accident Vasculaire Cérébral	0,002% <sup>10</sup>	0,2% <sup>11</sup>
Hémorragie Intra Cérébrale	?	0,2%
Thrombose Veineuse Cérébrale	<b>6,48/1 000 000</b> <sup>12</sup>	5/1 000 000(Meissner, Sibon, Orgogozo, & Rouanet, 2007)
Embolie Pulmonaire	3/100 000	200/100 000
Thrombose veineuse Périphérique		
<b>Thrombose Splanchnique</b>	<b>3/100 000</b> <sup>13</sup>	0,7/100 000(“Thromboses veineuses splanchniques,” n.d.)
<b>Taux de Léthalité</b>	<b>19%</b> <sup>14</sup>	15% <sup>15</sup>

9 À partir du Rapport hebdomadaire de l'ANSM: Agence Nationale de Sécurité du Médicament

10 194 (pfizer)+13(Moderna)+46 (AZ) /10 000 000 d'injections. Chiffres officiels de l'ANSM, qui ne prétendent pas être exhaustifs.

11 140 000 nouveaux cas par an en France. Chiffres officiels de l'INSEE.

12 11(AZ)+13(thrombo-embolie sans précision pour Moderna)= 24/ 3 700 000 d'injections Chiffres officiels de L'ANSM. Pas de comptabilisation dans cette pathologie concernant Pfizer. Chiffres ne prétendant pas être exhaustifs.

13 77(AZ)/2 700 000 d'injections. Chiffres officiels de l'ANSM, qui ne prétendent pas être exhaustifs.

14 405(Pf.)+7(Mod)+65(AZ)/ 1989 (Pf.)+87 (Mod)+65 (AZ).Chiffres officiels de l'ANSM, qui ne prétendent pas être exhaustifs.

15 Chiffres officiels World in Data: taux de létalité CLINIQUE du mois de mars 2020 en France: nombre de morts/nombres de patients symptomatiques.

Dès lors, les vaccins de technologie AZ et JJ ont été **CLAIREMENT DECONSEILLÉS** au moins de 55ans. Leur dangerosité était trop visible et allait devenir compliquée à justifier, pour les moins de 55ans.

Non seulement les thromboses splanchniques représentaient ,suite aux vaccins AZ et JJ, 4 fois ce qui est attendu dans le population générale sans vaccin, mais le taux de léthalité de la vaccination AZ et JJ, à cette période (avril 2021) dépassait celui de la maladie covid ( 19% vs 15%).

Autant dire que le risque de mourrir était plus du côté du produit expérimental de prévention, que du coté du covid, à cette période, pour les moins de 55 ans.

## **Pf chez les adultes: des Effets secondaires en proportions moins importantes que dans la population générale**

<b>Pathologies</b>	<b>Déclarés à l'ANSM post injection expérimentale: dates de lecture:30/09/2021 ou 29/04/2021.</b>	<b>&lt; ; &gt;; ou comparaison impossible</b>	<b>Observés dans la population générale</b>
HTA(hypertension Artérielle)	56/ 12 000 000	comparaison impossible	Très variable d'une région à une autre en France, et d'un pays à un autre....
AVC(Accident Vasculaire Cérébral)	55/ 12 000 000 injections	<	0,2%
Myocardite/ Péricardite	38/ 12 000 000 injections	<	0,04%
Trouble du Rythme cardiaque	248/12 000 000 injections	<	Fibrillation atriale :1,4%
Zona	132/12 000 000	<<	3 à 5/1000
Méningo encephalite zostéreinne	2/12 000 000 injections	<<	0,5 à 5% selon les séries dans la littérature.
Déséquilibre diabétiques	11/12 000 000 injections	<<	15% diabete type 2 chaque année
thrombopénie/ thrombopénie immunologique/hématomes spontanés	20/12 000 000 injections	<<	1/30 000
Aplasie médullaire idiopathique	Aplasie médullaire:2 pancytopenie: 4 /12	<<	1/250 000 (HAS)

	000 000		
Hémophilie acquise	<b>2/12 000 000 injections/ 4mois</b> (au 15 avril 2021)	<	<b>L'hémophilie acquise</b> est estimée, selon certaines séries, à <b>1,5/un million/an</b> (UK) et concerne <b>les sujets âgés</b> . <sup>16</sup>
Polyarthrite rhumatoïde	6/ 12 000 000 injections	<	0,3 à 0,8% (ameli)
Néphropathie glomérulaires	8/12 000 000 injections	<	6/100 000 (adultes)
Troubles menstruels	Non quantifiés au 29 avril 2021		
Syndrome inflammatoire multisystémique	6/79 000 000 injections (au 4 novembre 2021: exclusivement chez les garçons de 13 à 16 ans)	<	520/70 000 000 (13 juin 2021: HAS online)
Syndrome d'activation des macrophages	<b>3 cas/ 12 000 000 injections/4 mois</b> (au 14 avril 2021) (soit 2,5/10 000 000)	>	10% de 0,16/100 000 (incidence de la maladie de Still), soit <b>1,6/10 000 000</b>

Bibliographie consultée pour évaluation de l'incidence des effets secondaires post vaccinaux dans la population générale sans vaccin covid:

Accident Vasculaire Cérébral (Insee)  
 Myocardite/pericardite(Lampejo, Durkin, Bhatt, & Guttman, 2021)  
 Trouble du Rythme cardiaque("Fibrillation atriale | La Revue du Praticien," n.d.)  
 (Mbaye et al., 2010)  
 Zona(Kawai, Gebremeskel, & Acosta, 2014)  
 Méningoencephalite zostérienne(Yasuda et al., 2019)  
 Déséquilibre diabétique(Wu, Ding, Tanaka, & Zhang, 2014)  
 Thrombopénies ("Orphanet: Thrombopénie immunitaire," n.d.)  
 Aplasie médullaire idiopathique (HAS)  
 hémophilie acquise(Mingot-Castellano, Núñez, & Rodríguez-Martorell, 2017)  
 polyarthrite rhumatoïde (ameli)  
 néphropathie glomérulaire("Néphropathies glomérulaires graves de l'adulte," n.d.)  
 syndrome d'activation des macrophages(Grom & Mellins, 2010)

<sup>16</sup> L'hémophilie héréditaire concernerait environ 30 enfants sur 100 000 naissances masculines. **L'espérance de vie d'un hémophile est réduite d'environ 30 à 40% par rapport à la moyenne**

## Qualitatif

*“Les promesses n’engagent que celles/ceux qui y croient” Anonyme*

### N’empêche pas la transmission ni la contagiosité

Un peu plus haut, j’ai détaillé certaines études scientifiques de l’année 2021 afin d’apporter le faisceau de convergence scientifique à propos de la transmission et de la contagiosité.

Dans le chapitre suivant, j’égraine pays par pays **l’échec** de ce produit expérimental à prévenir la transmission et la contagiosité.

Ce fait est en contradiction avec les **promesses** basées sur les études des mois d’avril à septembre 2020 (cf introduction et historique).

Le “vaccin citoyen”, afin de “protéger les autres” est illusoire.

En faire la promotion dans ce sens relève de l’abus de confiance.

Ces injections expérimentales sont impuissantes à remplacer les mesures d’hygiène de base, ainsi que les “gestes barrières”, en période d’épidémie.

### N’empêche pas de tomber malade

Tous mes patients qui ont été injectés avec une , deux ou trois doses ont été contaminés par un mutant ou autre du coronavirus sars-cov2, ont fait des formes symptomatiques, et certains des formes sévères.

### Les Formes Sévères chez les patients à risque.....

C’est faire preuve tout à la fois d’amateurisme et d’un manque d’humilité de parler de **LA** sévérité **d’une maladie dont le virus change continuellement**. En effet, **la sévérité est sans doute contingente autant-sinon davantage- du variant, que de la thérapie envisagée** (qu’elle se veuille curative ou, dans ce cas précis, préventive).

Ainsi ce raccourci, pour séduisant qu’il puisse paraître, **reste du domaine de l’anticipation**. De la spéculation. Tout au plus.

Les études en cours restent d’ailleurs très prudentes sur ce point, comme en témoignent celles et ceux qui les lisent dans le détail.

A ce propos, je vous rappelle les études de Mahdi (et coll.) ou celles de Zhou (et coll.) des premiers mois de l’année 2021, qui témoignaient d’une efficacité sur la duplication virale, à propos des nouveaux mutants, **réduite de plus de moitié** (et parfois davantage sur certains mutants) par rapport aux spéculations qui avaient précédé.

Dès lors, on ne pouvait qu’être prudent quant au pouvoir protecteur sur la sévérité potentielle des ces variants, *et encore davantage sur la sévérité potentielle des mutants à venir*.

C'est ce qui a conduit certains investigateurs et auteurs d'études, à faire des prospections et comparaisons dans les services hospitaliers entre celles et ceux qui avaient besoin de soins intensifs, selon leur "statut" vaccinal.

Dans la mesure où ces comparaisons restent délicates, compte tenu du concept de "*patient à risque de faire une forme sévère*", et du fait que tous les autres paramètres que le statut vaccinal, **doivent être égaux par ailleurs**, les auteurs ont multipliés les outils statistiques pour tenter de répondre à une question qui -rappelons le- **se posera à nouveau sur chaque variant**, et à laquelle -rappelons le- personne ne pourra répondre **qu'a posteriori**.

J'ai évoqué certaines études à ce sujet dans le chapitre plus haut "publication des résultats des dernières études".

Ainsi, après le concept de "sévérité de la maladie", qui, vous l'aurez compris, est un indicateur maladroit, le concept des patients à risque mérite aussi d'être étudié.

En effet, au départ, il était question d'âge (ce serait les "plus de 80 ans" qui feraient des formes "sévères"), de sexe (les hommes plus sévèrement touchés), de couleur (les noirs étant plus sévèrement touchés), de statut immunitaire, de diabète, d'hypertension, d'obésité, de fumeur (souvenez vous, le tabagisme était considéré comme protecteur...), et ainsi de suite.

Suite à mon travail de recueil, ici en France, j'ai trouvé, dans mon échantillon, des exceptions à ce concept, et j'ai été **témoin, au cours du soin, de malades qui ont fait des formes sévères sans correspondre à ces "patients à risque"**.

Je dois dire qu'il me faut donc être sceptique sur ce concept. **Il faut étudier encore les maladies induites par le coronavirus sars-cov2 et ses mutants passés et à venir. Avec modestie.**

## **Suivi des Courbes d'incidence pays par pays**

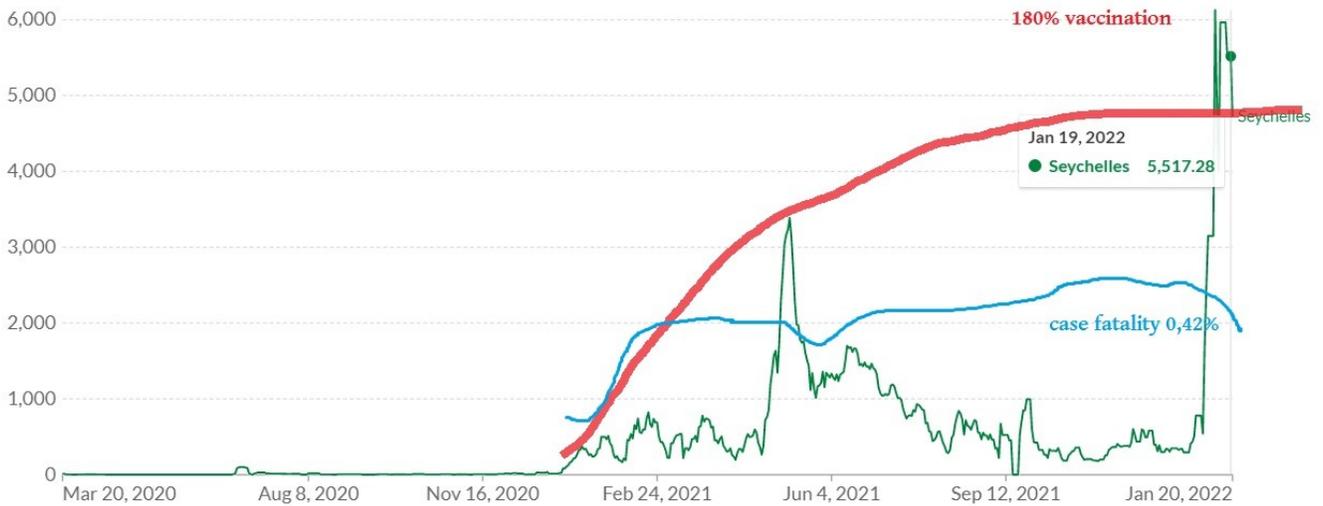
# Seychelles

## Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

7-day rolling average. Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.

Our World in Data

LINEAR LOG



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

▶ Mar 20, 2020 ◯ Jan 20, 2022

Plus de 180% de vaccination atteint autour du mois de septembre 2021.

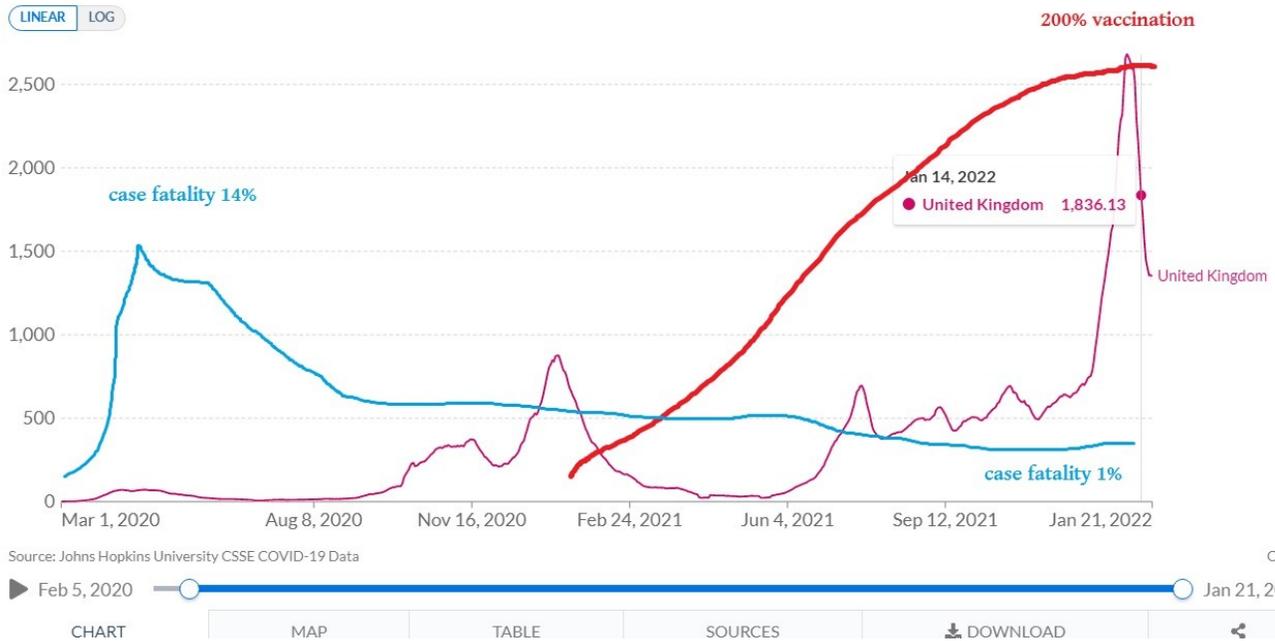
En janvier, l'épidémie repart de plus belle, et plus fort que jamais.

Le taux de léthalité semble baisser.

# United Kingdom

## Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

7-day rolling average. Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.



Avec une couverture vaccinale à plus de 200%, l'épidémie repart en dents de scie à partir du mois d'août 2021 pour repartir en flèche en décembre 2021-janvier 2022.

Aucun effet sur la transmission et la contagiosité.

Le taux de léthalité est constant.

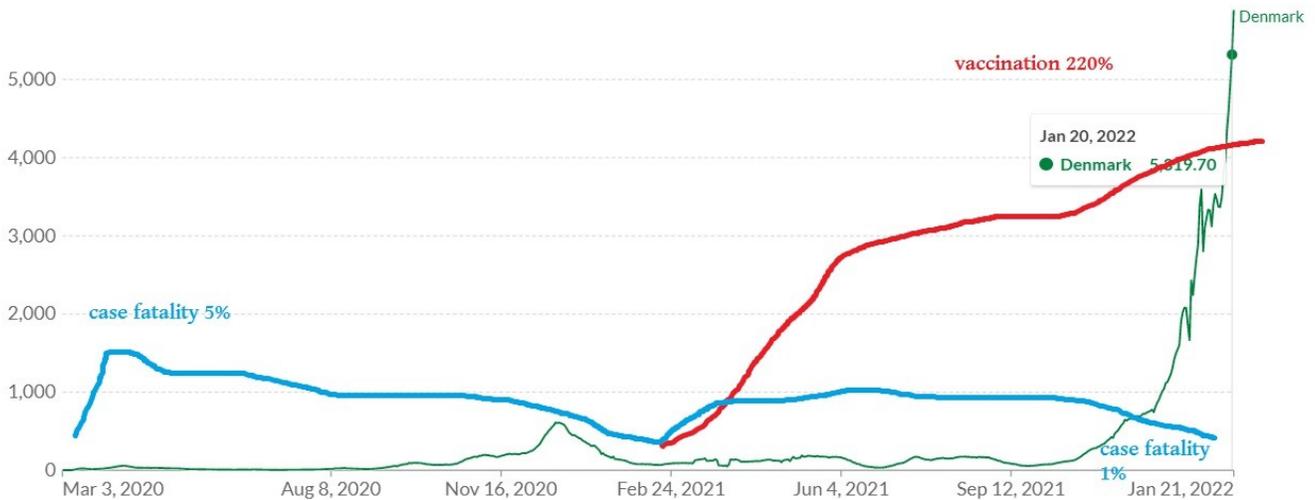
# Denmark

## Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

7-day rolling average. Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.



LINEAR LOG



Une couverture vaccinale de 220% n'empêche pas la plus grosse épidémie de covid en fin d'année 2021.

Une tendance à la baisse du taux de léthalité peut être notée.

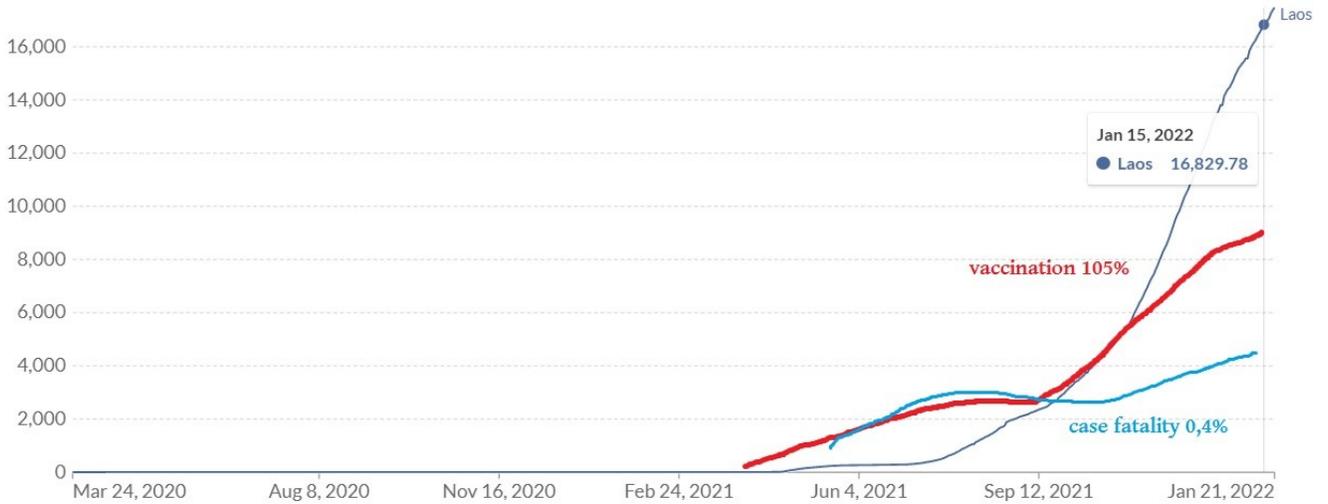
# Laos

## Cumulative confirmed COVID-19 cases per million people

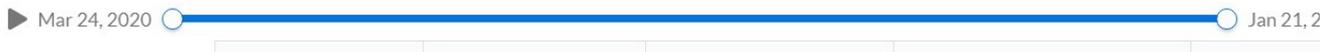
Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.



**LINEAR** LOG



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data



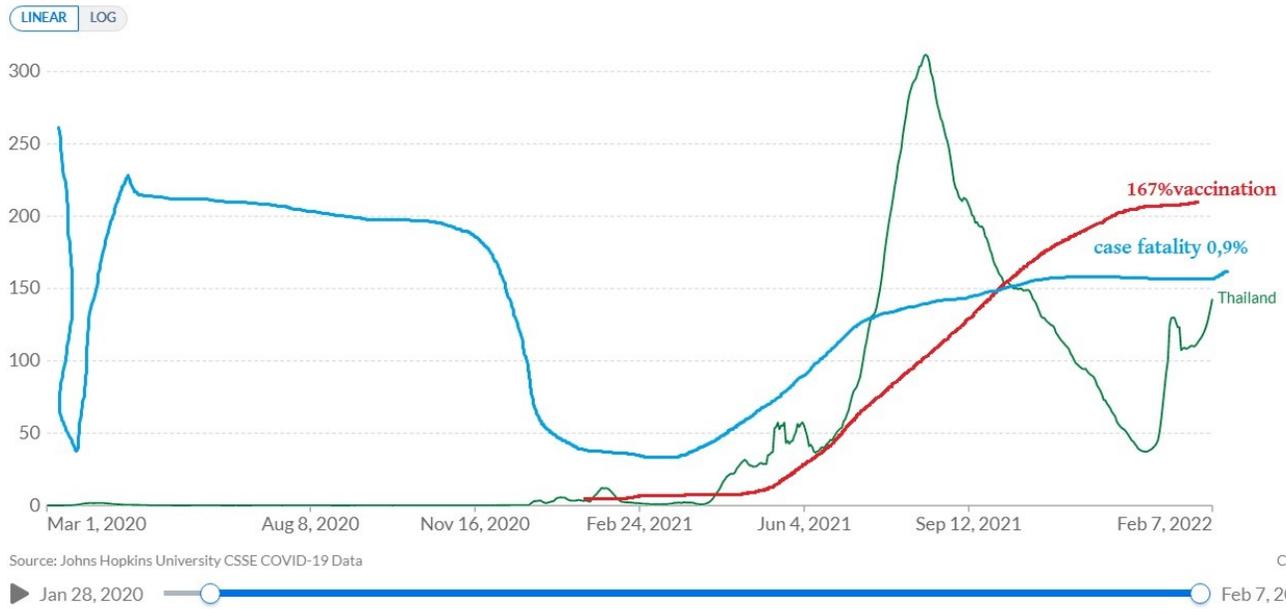
Une vaccination à plus de 105% est contemporain d'une flambée des cas, une montée en flèche de l'épidémie et une relative augmentation du taux de léthalité.

# Thaïlande

## Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

7-day rolling average. Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.

Our World  
in Data



167% de vaccination n'empêche pas deux épidémies successives:

-la première est contemporaine du début de la campagne vaccinale

-la deuxième est en train de monter (février 2022)

# Vietnam

METRIC

Confirmed cases

INTERVAL

Cumulative

Relative to Population

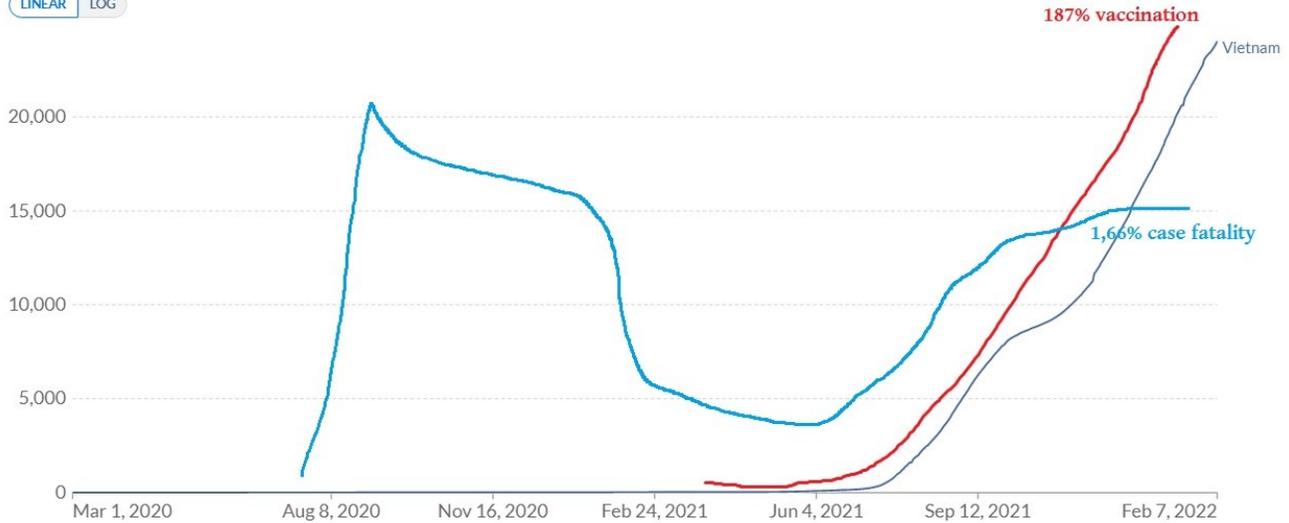
Color by test positivity

## Cumulative confirmed COVID-19 cases per million people

Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.

Our World in Data

**LINEAR** LOG



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

▶ Jan 23, 2020 ◀ Feb 7, 2022

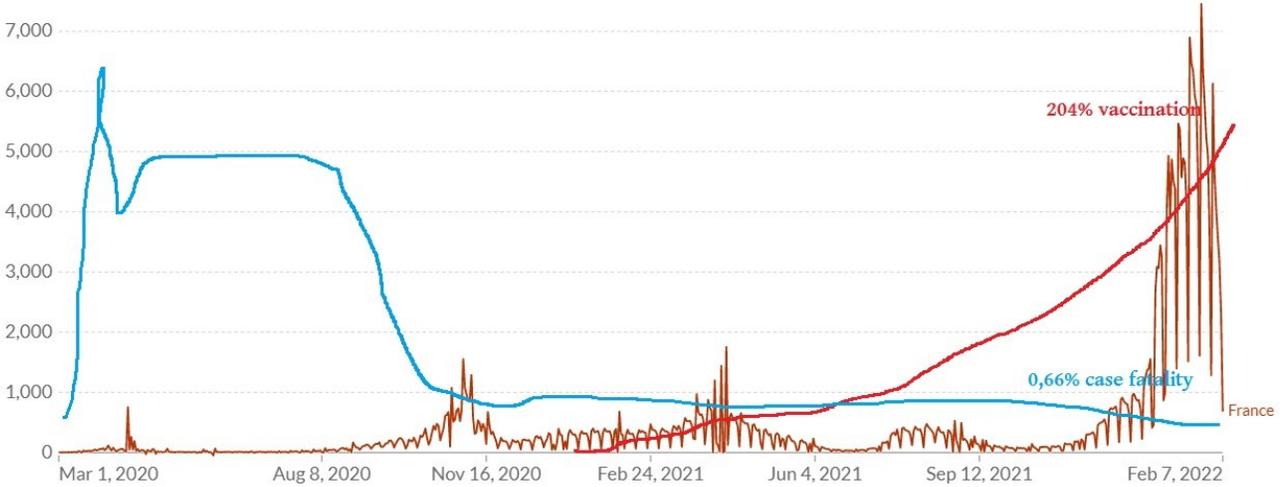
Depuis le début de la campagne de vaccination, le nombre de cas augmente sans cesse, malgré 187% de “couverture vaccinale”.

# France

Confirmed cases  New per day   Relative to Population  Color by test positivity

## Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

Jan 24, 2020  Feb 7, 2022

CHART

MAP

TABLE

SOURCES

DOWNLOAD



204 % de vaccination pour aboutir à une épidémie sans commune mesure quantitative avec celle qui a précédée.

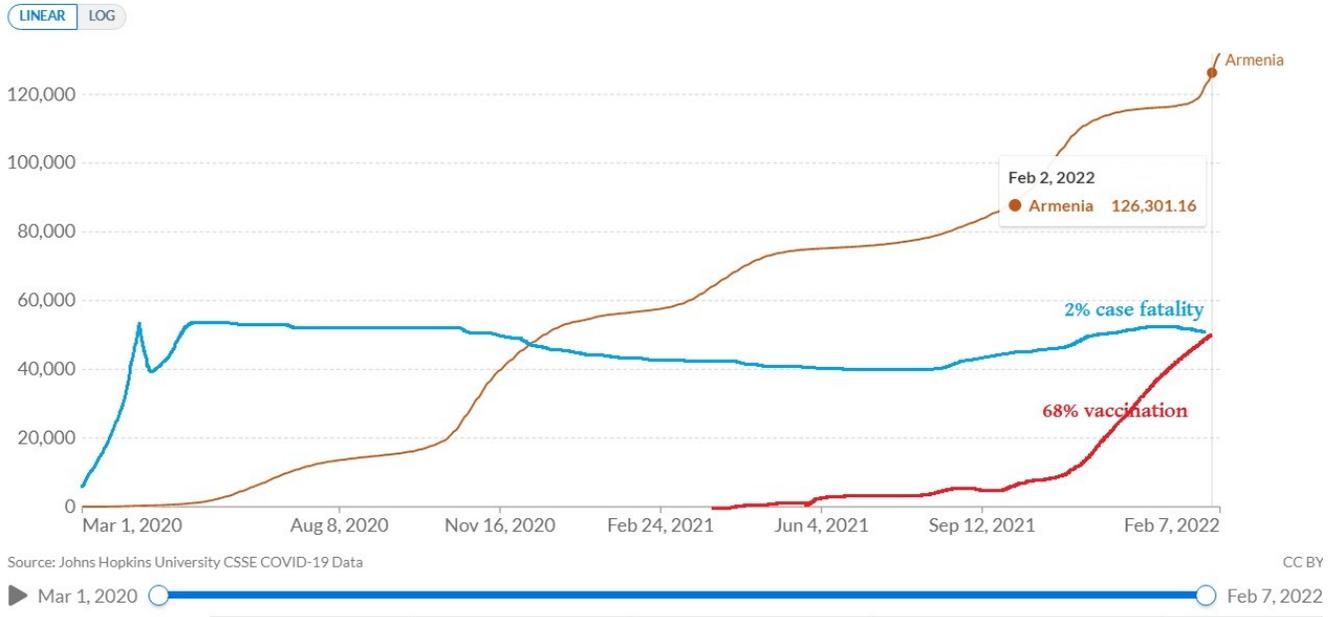
Le taux de léthalité est sensiblement en baisse.

# Arménie

## Cumulative confirmed COVID-19 cases per million people

Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.

Our World  
in Data



68% de vaccination sont contemporains d'une montée du nombre de cas, avec une relative réduction du taux de létalité après une légère hausse.

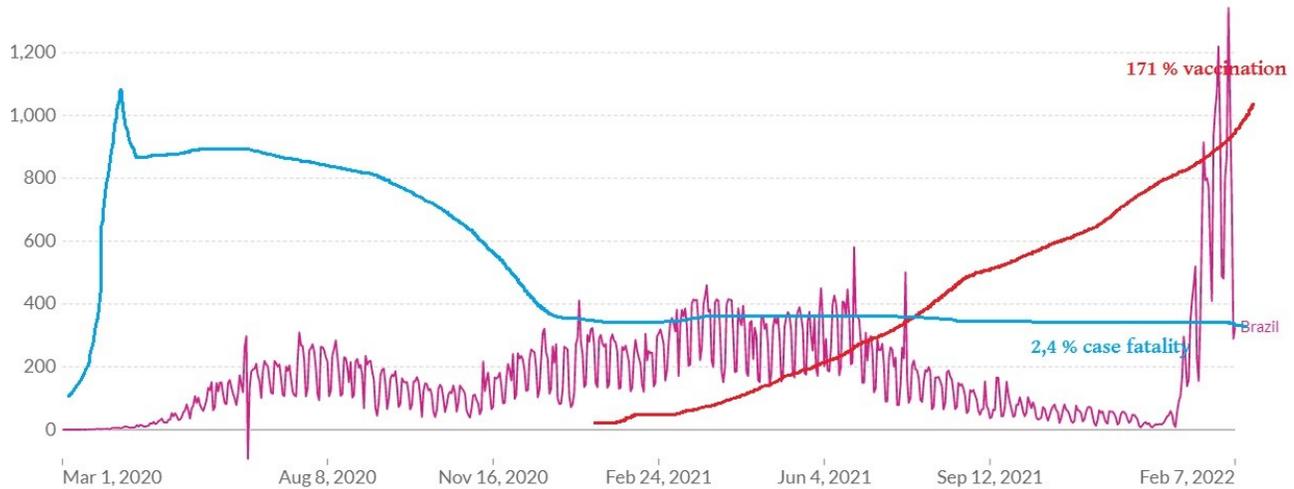
# Brazil

## Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.

Our World  
in Data

LINEAR LOG



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

Feb 26, 2020 Feb 7, 2022

171% de vaccination contemporains d'une épidémie la plus importante de l'histoire du covid.

Taux de léthalité stable.

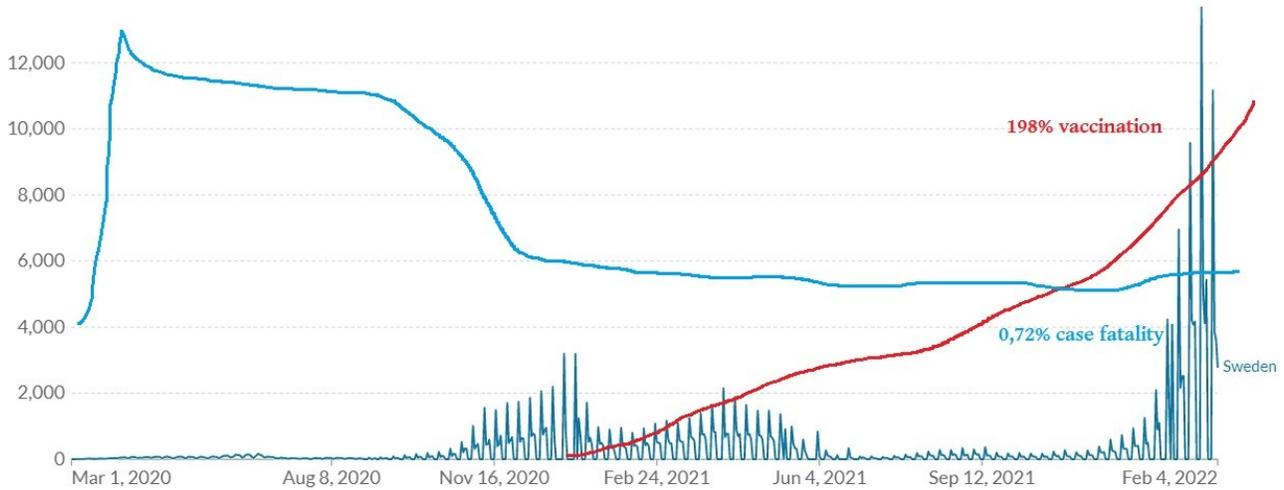
# Suède

## Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.



LINEAR LOG



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

Feb 1, 2020 Feb 4, 2022

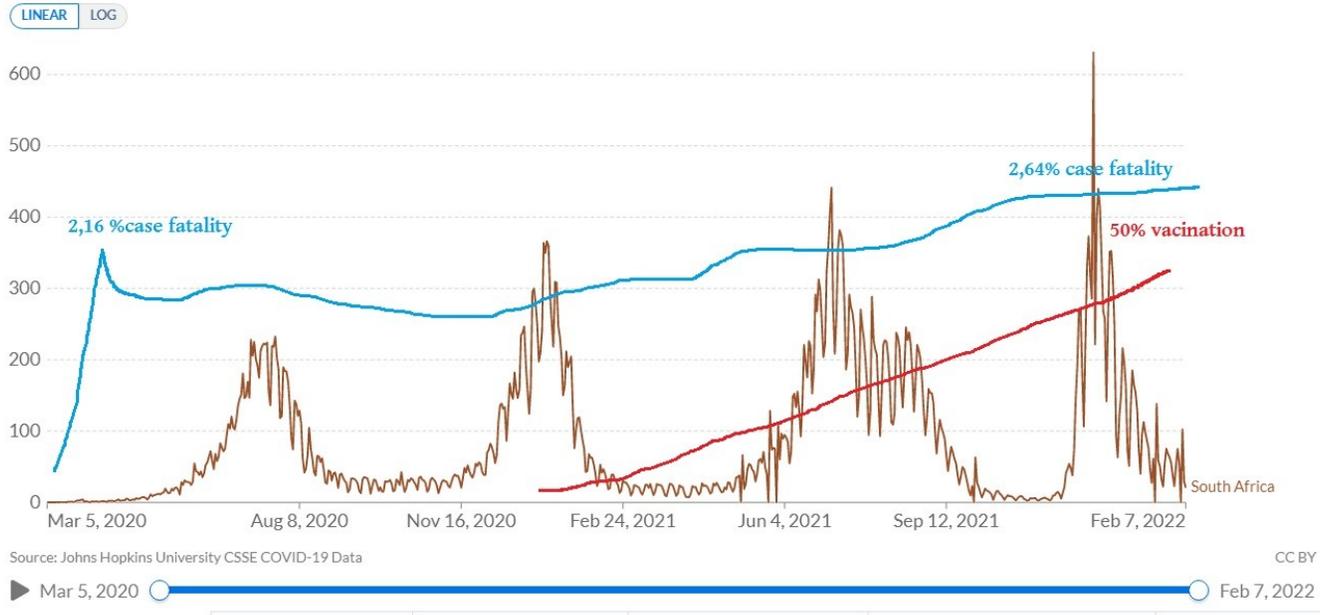
198% de vaccination et la nouvelle épidémie est la plus importante de l'histoire du covid.

# Afrique du Sud

## Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.

Our World  
in Data



**50%** de vaccination et **fait intéressant**, une dernière épidémie relativement plus haute que la précédente, mais largement plus FAIBLE que dans les pays à fort taux d'injections.

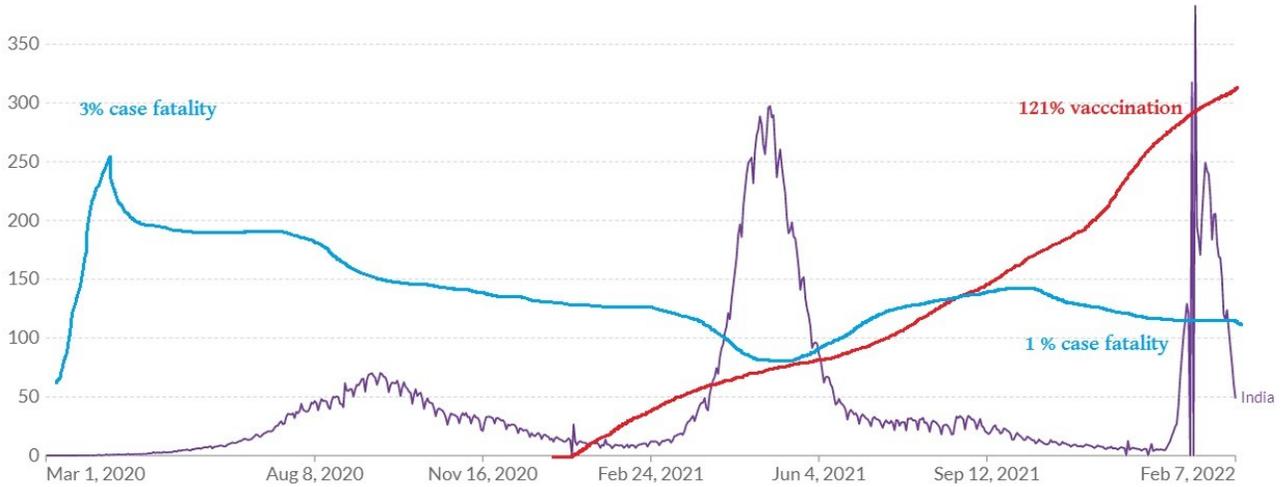
# Inde

## Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.

Our World in Data

LINEAR LOG



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

▶ Jan 30, 2020 ◯ Feb 7, 2022

**121%** de vaccination contemporain d'une nouvelle épidémie sensiblement plus haute que celle de l'été 2021.

Taux de léthalité constant.

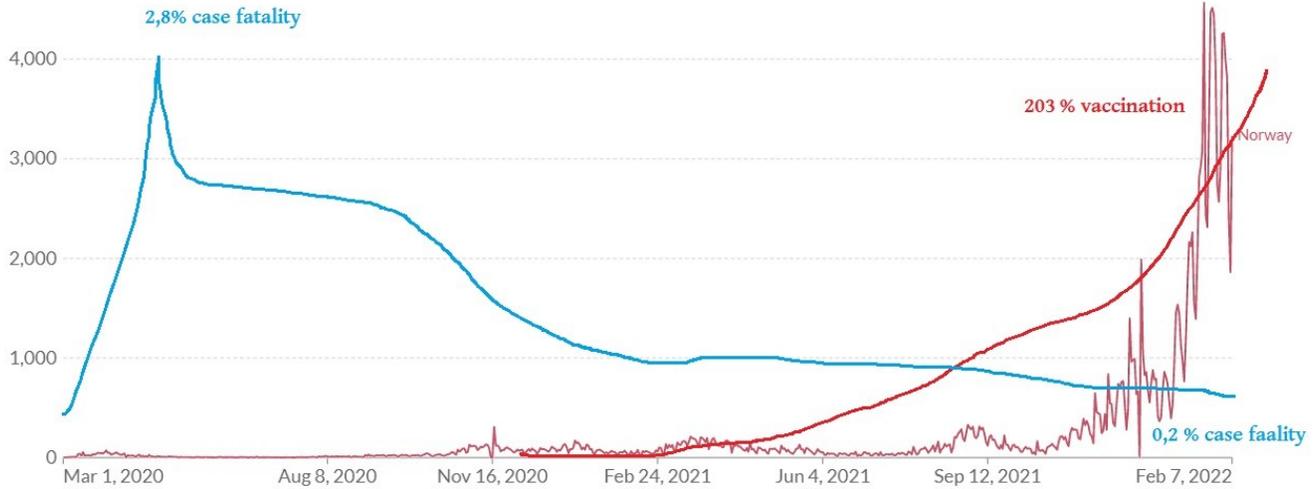
# Norvege

## Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.

Our World  
in Data

LINEAR LOG



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

Feb 26, 2020 Feb 7, 2022

CHART

MAP

TABLE

SOURCES

DOWNLOAD

SHARE

203% de vaccination et une épidémie RECORD.

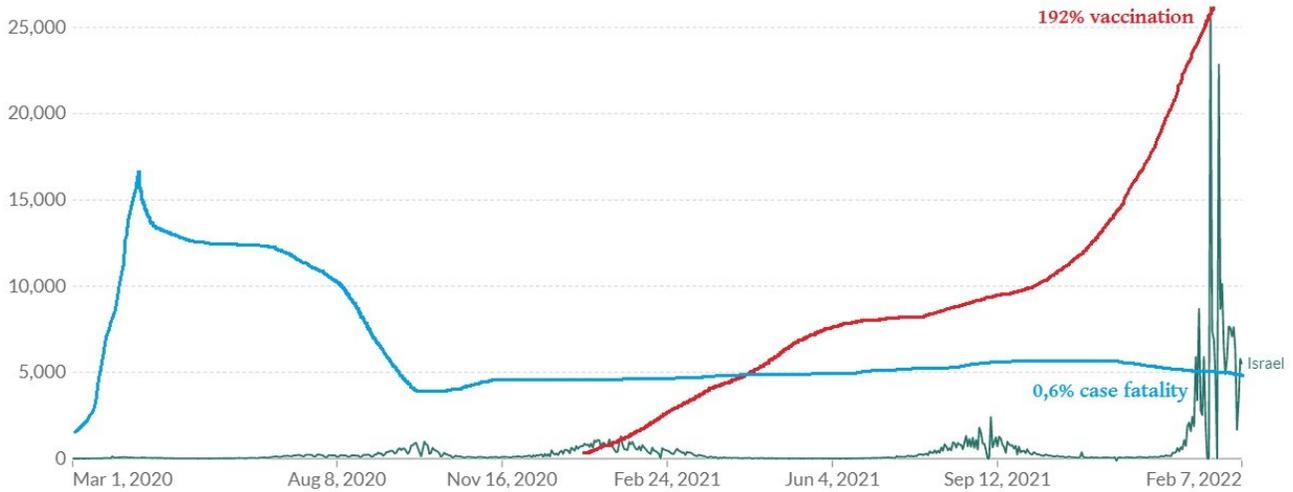
# Israël

## Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.



LINEAR LOG



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

Feb 21, 2020 Feb 7, 2022

**192%** de vaccination et une épidémie SPECTACULAIRE.

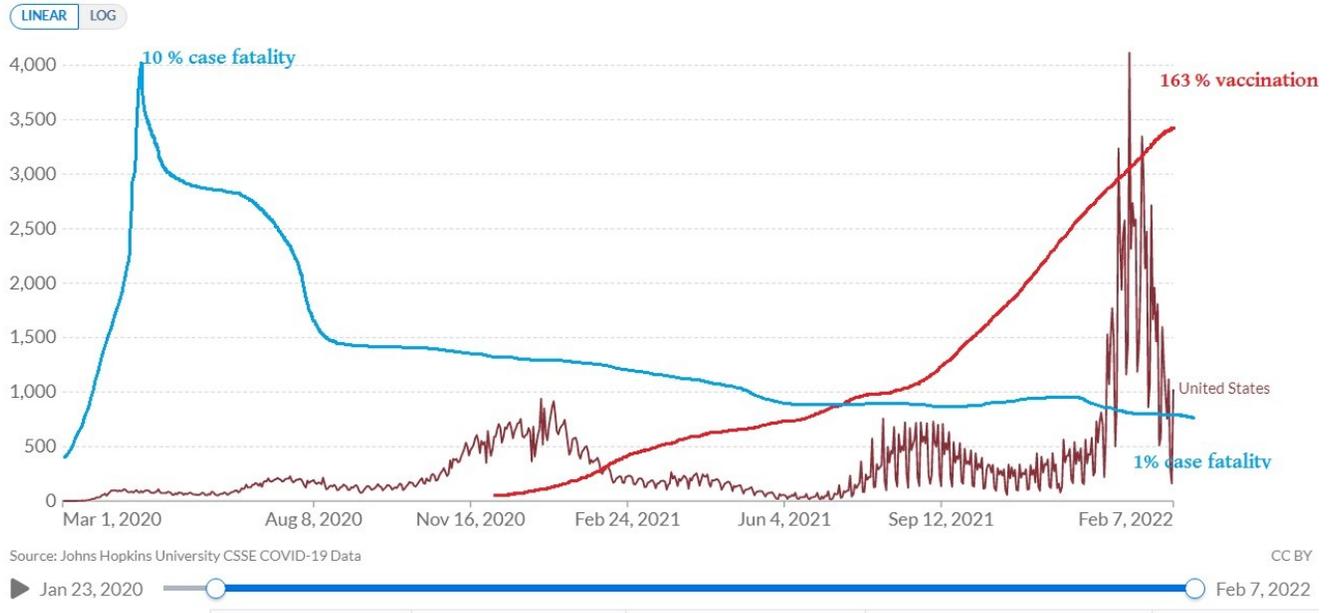
Taux de léthalité constant.

# United States

## Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.

Our World  
in Data



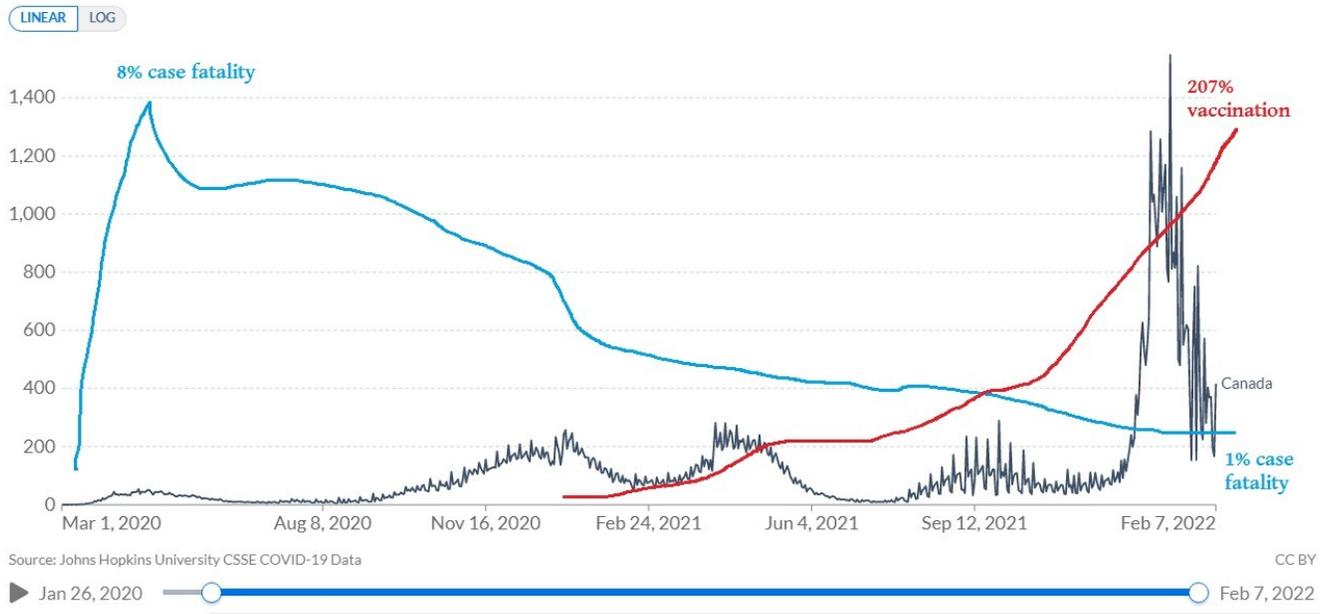
163 % de vaccination et une épidémie SPECTACULAIRE.

Taux de léthalité constant.

# Canada

## Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.



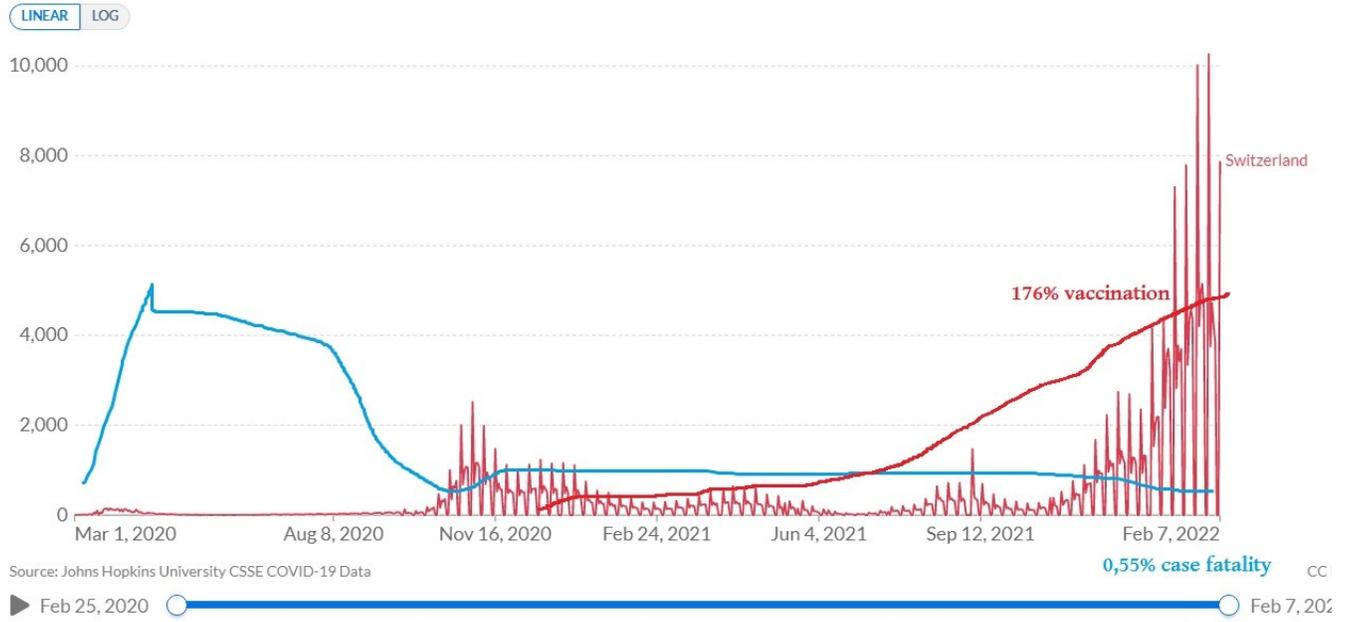
207% de vaccination et une épidémie SPECTACULAIRE

Taux de léthalité constant.

# Suisse

## Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.



176% de vaccination et une épidémie MAJEURE.

Taux de léthalité en légère baisse.

# Perspectives

## Des brevets et des projets...

que celle de Hitler. Car avec tout le respect que l'on doit aux explications historiques, sociologiques ou économiques, le fonctionnaire qui ouvre le robinet de gaz pour asphyxier des enfants, et même celui qui a inventé ce dispositif, sont des êtres humains et ont été des enfants. Tant que l'opinion publique ne veut pas comprendre que d'innombrables meurtres psychiques sont perpétrés tous les jours sur des enfants, et que la société doit en subir les conséquences nous allons à tâtons dans un labyrinthe obscur — malgré toutes les bonnes intentions des plans de désarmement.

Il n'est pas inutile de rappeler que les recherches sur les thérapies génétiques de prévention, dénommées parfois abusivement “vaccins”, sont nombreuses. A toute fin utile, qu'il soit rappelé qu'on compte entre 150 et 170 candidats de thérapies de ce genre à travers le monde. Les Instituts, Universités, Laboratoires, centres biologiques de recherches, et autres organismes de recherche et développement à ce sujet se comptent aussi par centaine. (“Methods and systems of prioritizing treatments, vaccination, testing and/or activities while protecting the privacy of individuals US20210082583, colonnes 27 à 48 ,” n.d.)

Ci dessous, un encart à titre d'exemple, mais ouvrez le document (listé dans la bibliographie) et faites défiler les pages des colonnes 27 à 48, vous allez découvrir un autre monde.

-continued

Platform	Type of candidate vaccine	Developer	Coronavirus target	Current stage of clinical evaluation/regulatory status-Coronavirus candidate	Same platform for non-Coronavirus candidates
Replicating Viral Vector	M2-deficient single replication (M2SR) influenza vector	UW-Madison/FluGen/Bharat Biotech	SARS-CoV2	Pre-Clinical	influenza
Replicating Viral Vector	Newcastle disease virus vector (NDV-SARSCoV-2/Spike)	Intravacc/Wageningen Bioveterinary Research/Utrecht Univ.	SARS-CoV2	Pre-Clinical	
Replicating Viral Vector	Avian paramyxovirus vector (APMV)	The Lancaster University, UK	SARS-CoV2	Pre-Clinical	
RNA	Self-amplifying RNA	Gennova	SARS-CoV2	Pre-Clinical	
RNA	mRNA	Seleuk University	SARS-CoV2	Pre-Clinical	
RNA	LNP-mRNA	Translate Bio/Sanofi	SARS-CoV2	Pre-Clinical	
RNA	LNP-mRNA	Pasteur CanSino	SARS-CoV2	Pre-Clinical	
RNA	LNP-encapsulated mRNA cocktail encoding VLP	Biologics/Precision NanoSystems	SARS-CoV2	Pre-Clinical	
RNA	LNP-encapsulated mRNA encoding RBD	Fudan University/Shanghai Jiao Tong University/RNACure Biopharma	SARS-CoV2	Pre-Clinical	

Ce sont des milliers voire des millions de personnes impliquées dans cette technologie. Un marché colossal.

Il serait bien naïf de croire qu'un tel marché soit à la merci du "bon-vouloir" populaire.

Ce "progrès" est en marche.

Quoi qu'il en coûte.....

Il n'est pas non plus inutile de rappeler que les opérations de gains de fonction sur les virus font partie également des recherches en biologie moléculaire.

Le Pr Montagnier avait émis l'hypothèse que la souche initiale du sars-cov2 était potentiellement un essai de vaccin.

Le Dr Henrion Claude nous a ensuite parlé des opérations de "gain de fonction", consistant à modifier le génôme d'un virus pour le rendre plus virulent, comme faisant l'objet de brevet: elle nous en fait la démonstration sur le brevet suivant:("Insertion of furin protease cleavage sites in membrane proteins and uses thereof," 2004)

Dans lequel est expliqué comment il est possible de modifier le génôme du virus pour en modifier les protéines de surface membranaire, afin d'en faciliter sa pénétration dans une cellule animale ou humaine.

A peu près dans le même temps, Santourian vous avait expliqué que ces recherches faisaient l'objet de publications sérieuses, et que la famille des coronavirus était particulièrement étudiée, sur ce sujet. Le coronavirus murin avait fait l'objet de modifications génomiques dans ce sens, afin de réduire au maximum la réponse initiale par interféron, lors de la phagocytose par les macrophages.(Jean-Philippe, 2020)

(Volk et al., 2020)

Avons nous à ce jour quelques indices nous permettant d'en déduire que ces pratiques sont désormais considérées comme dangereuses et interdites ?

Non.

Silence quasi absolu à ce sujet.

Sauf peut être dans le rapport du sénat de juin 2021(De, 2021), et encore, de manière très lointaine, lorsqu'il est question du bioterrorisme, et évoqué par l'approche "gestionnaire" future d'une catastrophe de ce genre par l'outil numérique salvateur, en conjonction avec les thérapies géniques préventives.

Le PROBLEME

GAINS DE FONCTION sur les VIRUS  
=BIOTERRORISME

Les SOLUTIONS PROPOSEES

<p>OUTILS NUMERIQUES d'ACCOMPAGNEMENT DES CATASTROPHES (application iphone couplée ou non avec sécurité sociale, tracement, passeport sanitaire, passeport vaccinal,.....)</p>	<p>THERAPIES GENIQUES EXPERIMENTALES (vaccins ARN messenger, thérapie génique,.....)</p>	<p>MESURES SOCIALES (couvre feu, restrictions sociales, confinement, ...)</p> <p>MESURES INCITATIVES (propagande, Doctrines, Nudge,...)</p> <p>MESURES COERCITIVES: (menaces, discriminer l'accès à la citoyenneté sur critères de santé numérique,.....)</p>	<p>MESURES d'Hygiène (lavage des mains, masques, gants, tests,....),</p> <p>REDUIRE les possibilités de SOIN Hospitalier et ambulatoire</p> <p>REDUIRE et/ou CONDITIONNER l'ACCES AU SOIN</p>
--	--	---	---

Les Résultats Constatés

<p>Un millefeuille d'application numérique très largement sous employée (moins de 3% de la population..) et dont l'efficacité sur la réduction de l'épidémie est plus que mauvaise</p>	<p>En février 2022, les injections expérimentales de prévention n'ont eu aucun effets sur: -la contagion -la contamination -la protection de la maladie quel que soient les variants du virus initial</p> <p>En revanche, il semble qu'après injection, il existe une sensibilité covid exacerbée dans les 3 semaines qui suivent l'injection, et une relative protection (50%) sur les formes sévères de fin d'année 2021, dans une fenêtre temporelle de 2 mois après le premier mois qui suit l'injection.</p>	<p>Division sociale: des extrémistes apparaissent: -les fanatiques du vaccin d'un côté. -les fanatiques de la théorie du complot d'un autre côté.</p> <p>Entre les deux, une minorité est à l'équilibre.</p>	<p>Réduction de la santé globale: suicides, désengagement social et professionnel, retards de plus en plus important dans la prise en charge des cancers et autres troubles chroniques de santé....</p> <p>Augmentation des inégalités sociales.</p>
--	---	--	--

# Les Mutations par excès d'usage d'un produit expérimental de prévention

Je ne peux qu'évoquer ce point de vigilance, une fois de plus.

Pour cette fois encore, je n'ai pas eu le temps suffisant pour faire une revue de la littérature à ce sujet.

Mais il me semble important d'en parler.

S'il est concevable d'envisager une immuno-thérapie préventive face au covid de manière individuelle sans risque pour l'écologie virale de mutations plus dangereuses que les précédentes, il en va autrement lorsqu'on abuse, en masse, d'un procédé chimique reconnu comme favorisant les mutations multi-résistantes.

J'en avais déjà parlé à propos de l'usage excessif des **anticorps monoclonaux**.

Abuser d'un produit de prévention expérimental, en masse, **comme c'est le cas actuellement**, pourrait se révéler, à terme, moins salvateur qu'on l'envisageait au départ.

La dernière épidémie en date en est elle une illustration ?

Dès lors, **peut on encore parler d' "évolution naturelle "** d'un virus, sur lequel la pression de sélection est à échelle de peuples entiers ?

.....

A suivre.

Jphilipps Santourian, mars 2022

# Bibliographie

- Biontech, A., Lonza, A., & Astrazeneca, O. (2021). Regnum Galliae Regnum Mariae Composition des pseudo-vaccins Résumé Méthodologie et techniques.
- Brosh-Nissimov, T., Orenbuch-Harroch, E., Chowers, M., Elbaz, M., Nesher, L., Stein, M., ... Wiener-Well, Y. (2021). BNT162b2 vaccine breakthrough: clinical characteristics of 152 fully vaccinated hospitalized COVID-19 patients in Israel. *Clinical Microbiology and Infection : The Official Publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 27(11), 1652–1657. <https://doi.org/10.1016/J.CMI.2021.06.036>
- Corbett, K. S., Flynn, B., Foulds, K. E., Francica, J. R., Boyoglu-Barnum, S., Werner, A. P., ... Graham, B. S. (2020). Evaluation of the mRNA-1273 Vaccine against SARS-CoV-2 in Nonhuman Primates. *New England Journal of Medicine*, 383(16), 1544–1555. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2024671>
- Dagan, N., Barda, N., Kepten, E., Miron, O., Perchik, S., Katz, M. A., ... Balicer, R. D. (2021). BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting. *New England Journal of Medicine*, 384(15), 1412–1423. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2101765>
- De, S. O. (2021). SENAT: RAPPORT D ' INFORMATION du MOIS de JUIN, (1).
- Fibrillation atriale | La Revue du Praticien. (n.d.). Retrieved February 26, 2022, from <https://www.larevuedupraticien.fr/dossier/fibrillation-atriale>
- Frenck, R. W., Jr., Klein, N. P., Kitchin, N., Gurtman, A., Absalon, J., ... Gruber, W. C. (2021). Safety, Immunogenicity, and Efficacy of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Adolescents. *The New England Journal of Medicine*, 385(3), 239–250. <https://doi.org/10.1056/NEJMORA2107456>
- Gazit, S., Shlezinger, R., Perez, G., Lotan, R., Peretz, A., Ben-Tov, A., ... Patalon, T. (2021). Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections. *MedRxiv*, 2021.08.24.21262415. <https://doi.org/10.1101/2021.08.24.21262415>
- Grom, A. A., & Mellins, E. D. (2010). Macrophage activation syndrome: advances towards understanding pathogenesis. *Current Opinion in Rheumatology*, 22(5), 561. <https://doi.org/10.1097/01.BOR.0000381996.69261.71>
- Haas, E. J., Angulo, F. J., McLaughlin, J. M., Anis, E., Singer, S. R., Khan, F., ... Alroy-Preis, S. (2021). Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and COVID-19 cases, hospitalisations, and deaths following a nationwide vaccination campaign

in Israel: an observational study using national surveillance data. *The Lancet*, 397(10287), 1819–1829. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00947-8/ATTACHMENT/687306D0-D11D-455C-BD73-1D4556C1F770/MMC1.PDF](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00947-8/ATTACHMENT/687306D0-D11D-455C-BD73-1D4556C1F770/MMC1.PDF)

Insertion of furin protease cleavage sites in membrane proteins and uses thereof. (2004).

Jean-Philippe, S. (2020). Rapport Covid-19. Retrieved from <http://ekldata.com/AstmIwybV7wqH0-MXtvAzFFFWU4.pdf>

Kawai, K., Gebremeskel, B. G., & Acosta, C. J. (2014). Systematic review of incidence and complications of herpes zoster: towards a global perspective. *BMJ Open*, 4(6). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2014-004833>

Keehner, J., Horton, L. E., Binkin, N. J., Laurent, L. C., Pride, D., Longhurst, C. A., ... Torriani, F. J. (2021). Resurgence of SARS-CoV-2 Infection in a Highly Vaccinated Health System Workforce. *The New England Journal of Medicine*, 385(14), 1330–1332. <https://doi.org/10.1056/NEJMC2112981>

Lampejo, T., Durkin, S. M., Bhatt, N., & Guttmann, O. (2021). Acute myocarditis: aetiology, diagnosis and management. *Clinical Medicine (London, England)*, 21(5), E505–E510. <https://doi.org/10.7861/CLINMED.2021-0121>

Liu, J., Wang, J., Xu, J., Xia, H., Wang, Y., Zhang, C., ... Liu, Z. (2021). Comprehensive investigations revealed consistent pathophysiological alterations after vaccination with COVID-19 vaccines. *Cell Discovery*, 7(1). <https://doi.org/10.1038/S41421-021-00329-3>

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>

Mbaye, A., Pessinaba, S., Bodian, M., Mouhamadou, B. N., Mbaye, F., Kane, A., ... Kane, A. (2010). La fibrillation atriale, fréquence, facteurs étiologiques, évolution et traitement dans un service de cardiologie de Dakar, Sénégal. *The Pan African Medical Journal*, 6, 16. Retrieved from [/pmc/articles/PMC3120987/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3120987/)

Meissner, W., Sibon, I., Orgogozo, J.-M., & Rouanet, F. (2007). Thromboses veineuses cérébrales. *EMC - Angéiologie*, 2(1), 1–7. [https://doi.org/10.1016/S1290-0176\(07\)40129-6](https://doi.org/10.1016/S1290-0176(07)40129-6)

Methods and systems of prioritizing treatments, vaccination, testing and/or activities while protecting the privacy of individuals US20210082583. (n.d.). Retrieved January 20, 2022, from <https://patentscope.wipo.int/search/en/detail.jsf?docId=US320331550&tab=NATIONALBIBLIO>

Mingot-Castellano, M. E., Núñez, R., & Rodríguez-Martorell, F. J. (2017). Acquired haemophilia: Epidemiology, clinical presentation, diagnosis and treatment. *Medicina Clinica*, 148(7), 314–322. <https://doi.org/10.1016/J.MEDCLI.2016.11.030>

- Mulligan, M. J., Lyke, K. E., Kitchin, N., Absalon, J., Gurtman, A., Lockhart, S., ... Jansen, K. U. (2020). Phase I/II study of COVID-19 RNA vaccine BNT162b1 in adults. *Nature* |, 586, 589. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2639-4>
- Néphropathies glomérulaires graves de l'adulte. (n.d.).
- Orphanet: Thrombopénie immune. (n.d.). Retrieved February 26, 2022, from [https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC\\_Exp.php?Lng=FR&Expert=3002](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=3002)
- Pathologists' Shocking Finding from Deaths after COVID-19 Jabs | Principia Scientific Intl. (n.d.). Retrieved December 12, 2021, from <https://principia-scientific.com/pathologists-shocking-finding-from-deaths-after-covid-19-jabs/>
- Polack, F. P., Thomas, S. J., Kitchin, N., Absalon, J., Gurtman, A., Lockhart, S., ... Gruber, W. C. (2020). Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *New England Journal of Medicine*, 383(27), 2603–2615. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2034577>
- Ramasamy, M. N., Minassian, A. M., Ewer, K. J., Flaxman, A. L., Folegatti, P. M., Owens, D. R., ... Zizi, D. (2020). Safety and immunogenicity of ChAdOx1 nCoV-19 vaccine administered in a prime-boost regimen in young and old adults (COV002): a single-blind, randomised, controlled, phase 2/3 trial. *The Lancet*, 396(10267), 1979–1993. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32466-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32466-1)
- Suivi des cas d'effets indésirables des vaccins COVID-19.* (n.d.).
- Thomas, S. J., Moreira, E. D., Kitchin, N., Absalon, J., Gurtman, A., Lockhart, S., ... Jansen, K. U. (2021). Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine through 6 Months. *The New England Journal of Medicine*, 385(19), 1761–1773. <https://doi.org/10.1056/NEJMOA2110345>
- Thromboses veineuses splanchniques. (n.d.). Retrieved June 6, 2021, from <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-586/thromboses-veineuses-splanchniques>
- van Doremalen, N., Lambe, T., Spencer, A., Belij-Rammerstorfer, S., Purushotham, J. N., Port, J. R., ... Munster, V. J. (2020). ChAdOx1 nCoV-19 vaccine prevents SARS-CoV-2 pneumonia in rhesus macaques. *Nature*, 586(7830), 578–582. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2608-y>
- Volk, A., Hackbart, M., Deng, X., Cruz-Pulido, Y., O'Brien, A., & Baker, S. C. (2020). Coronavirus Endoribonuclease and Deubiquitinating Interferon Antagonists Differentially Modulate the Host Response during Replication in Macrophages. *Journal of Virology*, 94(11). <https://doi.org/10.1128/JVI.00178-20/ASSET/450C87A1-5610-4ACB-8DF4-CF9CF15DA820/ASSETS/GRAPHIC/JVI.00178-20-F0006.JPEG>
- Walsh, E. E., Frenck, R. W., Falsey, A. R., Kitchin, N., Absalon, J., Gurtman, A., ... Gruber, W. C. (2020). Safety and Immunogenicity of Two RNA-Based Covid-19 Vaccine Candidates. *New England Journal of Medicine*, 383(25), 2439–2450. <https://doi.org/10.1056/NEJMOA2027906>

Wu, Y., Ding, Y., Tanaka, Y., & Zhang, W. (2014). Risk Factors Contributing to Type 2 Diabetes and Recent Advances in the Treatment and Prevention. *International Journal of Medical Sciences*, *11*(11), 1185. <https://doi.org/10.7150/IJMS.10001>

Yasuda, R., Minami, K., Ogawa, A., Okada, H., Terakawa, R., Koike, Y., ... Higuchi, T. (2019). Herpes zoster and meningitis in an immunocompetent child: A case report. *Journal of Medical Case Reports*, *13*(1), 1–4. <https://doi.org/10.1186/S13256-019-2082-Z/TABLES/2>

Zhou, D., Dejnirattisai, W., Supasa, P., Liu, C., Mentzer, A. J., Ginn, H. M., ... Sreaton, 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>