

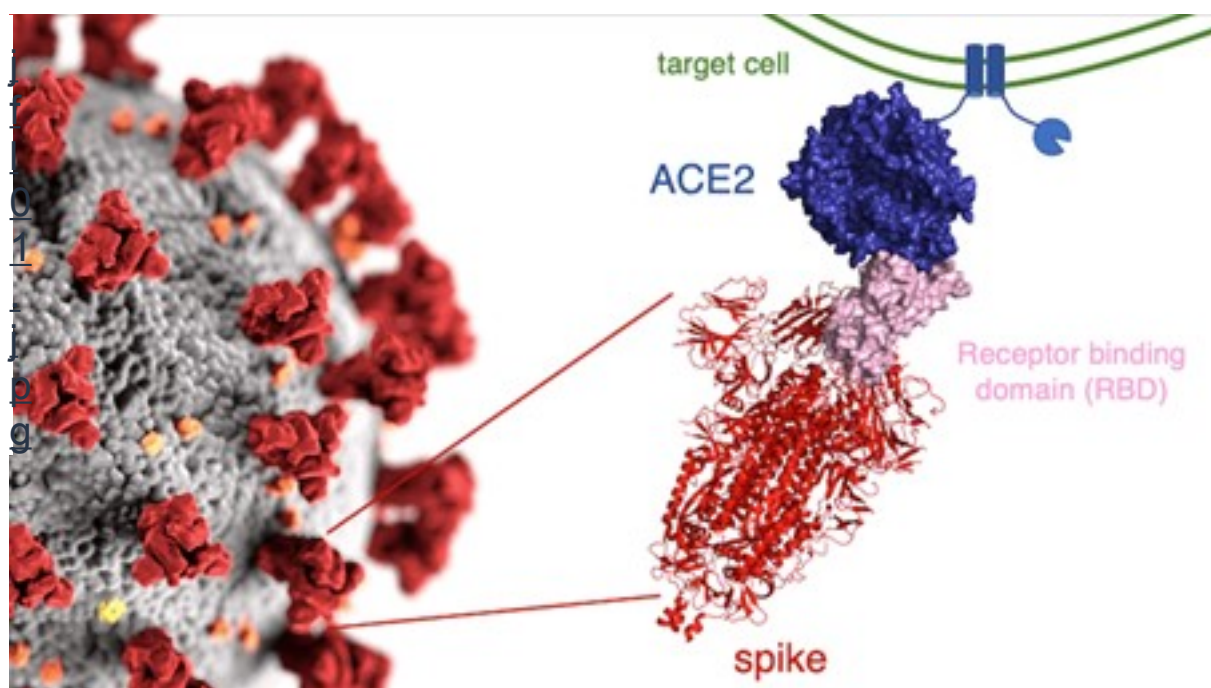
Injections géniques : leurs mécanismes dans le détail

(Contrôle-Clic pour ouvrir les hyperliens)

Tout d'abord, aucun média, aucun scientifique ne pourra hélas prétendre que les 4 vaccins disponibles en France aujourd'hui, se contenteraient d'utiliser le seul principe viral, ainsi que le faisait la méthode vaccinale « classique », c'est à dire celle des vaccins qu'on administrait avant ceux que l'on teste maintenant, depuis 7 à 8 mois contre le SarsCov2.

Car pour ces vaccins "habituels", on injectait directement l'antigène, qui pouvait être le virus lui-même, entier, désactivé et contenant toutes ses protéines (comme le vaccin chinois Sinovac, ou le français Valneva). Également, cet antigène peut-être une protéine seule (comme Novavax), qui est donc en l'occurrence et à ce jour, la protéine Spike. Attention, dans ces deux cas d'antigène classique, la quantité de spike présente est limitée et surtout elle est désactivée ; cela va faire produire au corps des anticorps contre le virus mais ces protéines injectées en quantité définie, vont ensuite être éliminées.

Venons en maintenant aux vaccins où l'on injecte de l'ARNm (Pfizer, Moderna) ou **de l'ADN** (Sputnik, Astrazeneca, **Janssen**) qui vont faire produire aux cellules humaines la protéine spike, protéine activée donc, qui devient alors l'antigène de façon indirecte. Il faut ajouter qu'on ne sait pas précisément quelles cellules vont le faire et que de toute façon, là n'est pas leur fonction normale !



Issu de (Starr TN et al., 2020)

Certains mécanismes biologiques nous expliquent la toxicité des vaccins qui utilisent des technologies génétiques à base d'ARNm et d'ADN, visant la fabrication par l'organisme humain d'une réplique de la protéine spike du SARS-CoV2. Une fois cette protéine produite, elle induit une réaction immunitaire qui dans l'idéal visé, assurerait la simple élaboration d'anticorps contre le virus.

La protéine « Spike » en question (dite « de pointe » en français) permet au virus qui provoque le COVID, de s'ancrer sur les cellules humaines grâce à son récepteur : l'ACE2. L'image précédente représente cette liaison avec en rouge les protéines spike du virus qui lui donnent d'ailleurs le nom de coronavirus (couronne) ; la partie rose de la protéine spike (RBD ou domaine de liaison au récepteur) est la partie précise qui permet la liaison au récepteur ACE2 (en bleu) et permet ensuite au virus de pénétrer dans la cellule humaine où il va libérer son ARN et se répliquer avant d'infecter d'autres cellules.

Le récepteur ACE2 est une protéine qui traverse la membrane des cellules qui la contiennent (on dit qu'elle est transmembranaire), et s'appelle Angiotensin-converting enzyme 2.

Alors, pourquoi la Spike est-elle toxique :

Commençons par parler du virus. Notre « malchance », est que le récepteur ACE2 est une protéine clé pour notre santé ! C'est une enzyme (une protéine qui facilite des réactions chimiques) qui a des missions extrêmement positives et cruciales pour notre organisme : elle aide à réguler la pression sanguine et surtout, ce qui est particulièrement clé dans la pathologie du COVID, elle est très importante pour lutter contre l'inflammation dans notre organisme ! Et le COVID est une pathologie inflammatoire.

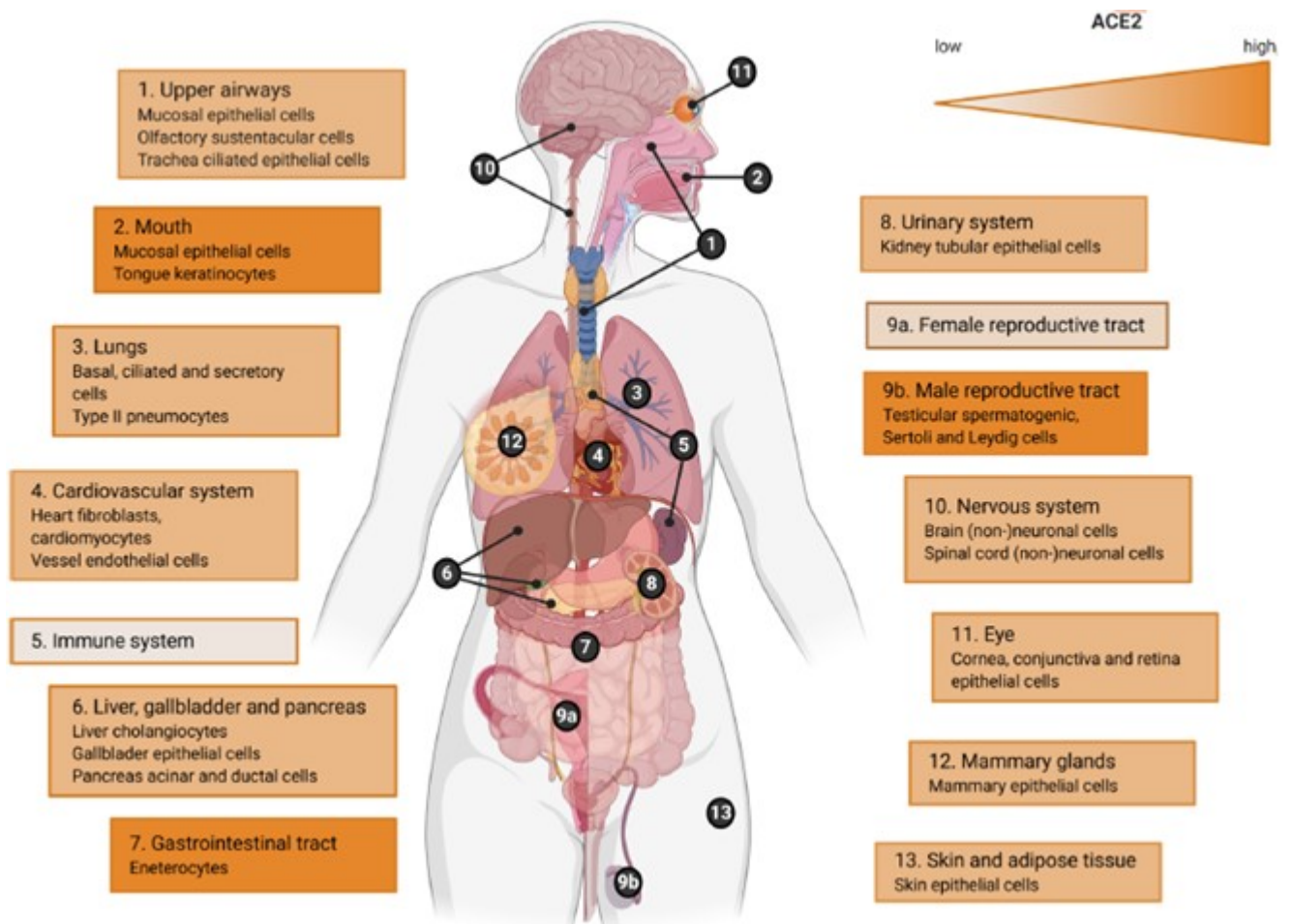
Le virus se fixe donc sur une protéine très utile pour l'équilibre de notre santé. En étant sollicitée/occupée par son lien avec le virus, l'ACE2 ne peut plus jouer son rôle anti-inflammatoire essentiel. Cela crée un déséquilibre avec une autre enzyme avec laquelle elle est normalement en balance : l'ACE (l'Angiotensin-converting enzyme) qui elle, active l'inflammation et qui elle, est laissée libre par le virus. La conséquence de ce déséquilibre ACE2/ACE est une hyper-inflammation qui se développe par l'intermédiaire de quatre voies biochimiques majeures qui seront ré-évoquées plus bas.

Donc c'est précisément en se liant à ACE2 que la protéine spike du virus SARS-CoV2 produit une part significative de l'inflammation que l'on observe dans le COVID ! Et qui peut conduire au fameux « orage de cytokines », à la pneumonie et au syndrome de détresse respiratoire aiguë potentiel (ARDS) avec coagulation et enfin à la mort.

Et c'est cette même protéine spike que l'on demande aux vaccins ARNm et ADN de produire en grande quantité (incontrôlée) dans notre organisme ! Avec la même affinité pour le récepteur ACE2, donc capable de déclencher les mêmes processus inflammatoires que la spike du virus, ceci étant bien connu dans la littérature scientifique depuis dix ans au moins et donc aussi par les fabricants de vaccins.

La toxicité diffuse de spike dans l'organisme, est disséminée par le virus mais aussi par les vaccins:

Le deuxième problème très préoccupant qui décuple la toxicité de cet interaction Spike/ACE2 est que ces récepteurs ACE2 sont présents à peu près partout dans l'organisme : pharynx, trachée, poumons, sang, cœur, vaisseaux, intestins, cerveau, organes génitaux masculins et reins, et aussi dans les liquides organiques (mucus, salive, urine, liquide céphalo-rachidien, sperme et lait maternel) (Trypsteen W et al., 2020).



Aperçu du niveau d'expression des récepteurs ACE2 dans l'organisme - Le gradient de couleur (orange) indique le niveau bas ou élevé d'expression d'ACE2 dans les tissus ou les fluides biologiques. Les plus hauts niveaux ont été détectés dans la cavité orale, le tractus gastrointestinal et le système reproducteur masculin - De (Trypsteen W et al., 2020)

Cela a pour conséquence pour le virus, de pouvoir créer cette inflammation dans de nombreux organes. D'ailleurs, la majorité des patients atteints de COVID présentent divers autres symptômes en plus de troubles respiratoires, notamment des dysfonctionnements neurologiques, cardiovasculaires, intestinaux et rénaux (Argenziano MG et al., 2020) (Huang Cet al., 2020) (Lin L et al., 2020) (Chu KH et al., 2005) (Mao L et al., 2020).

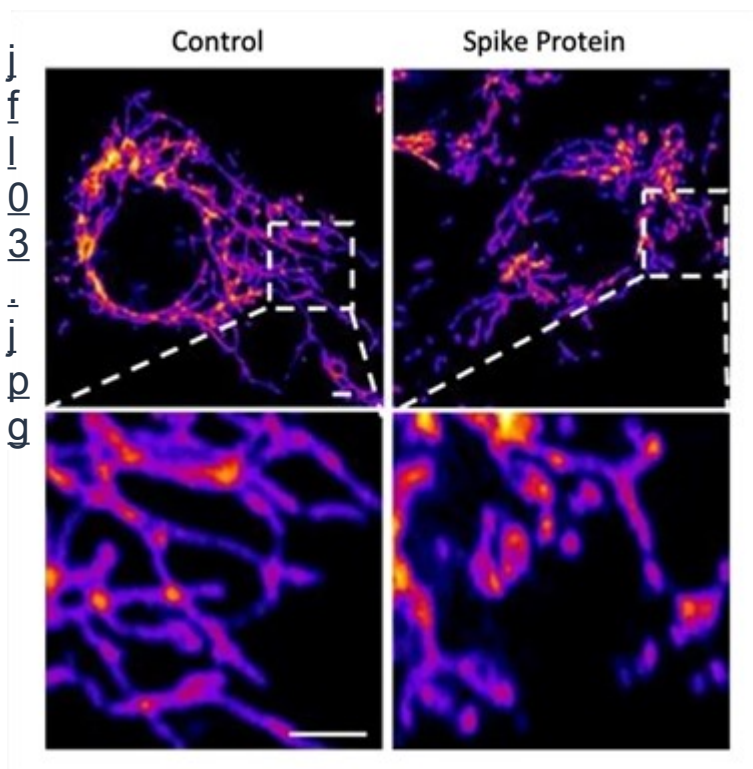
La protéine spike étant présente dans le SARS-CoV2 (et ses variants) et dans les vaccins la produisant, cette toxicité s'applique donc à la fois au COVID (formes graves mais aussi COVID longs) mais aussi potentiellement à tous les vaccins qui reposent sur une production non maîtrisée de protéine spike par les cellules, au contraire des vaccins qui sont réalisés à partir de virus entier désactivé ou à base de protéine spike désactivée. En effet, on sait maintenant qu'après injection de tels vaccins, on retrouve cette protéine spike à la fois à la surface des cellules (là où les fabricants nous avaient dit qu'elle se retrouverait) mais on retrouve aussi une quantité importante libre et circulant dans le sang et atteignant différents organes y compris le cerveau. Tous ces organes, cerveau compris, exprimant des récepteurs ACE2.

L'inflammation peut avoir lieu partout y compris dans des organes vitaux : cœur, cerveau, foie, reins...

Alors pourquoi les dossiers des firmes vaccinales (Moderna, Pfizer) ne donnent que des informations (très incomplètes) sur la toxicité de l'ARNm ? Et rien sur la sécurité de la protéine spike !? Peut-être parce que des chercheurs ont montré que la protéine spike à elle seule, pouvait induire des thromboses. Et on parle bien ici de la spike seule, sans le virus entier, comme dans le cas des vaccins ARNm et ADN produisant de la spike (Nuovo GJ, et al., 2021). Il a été démontré en effet qu'une partie des protéines spike synthétisées par les cellules cibles du vaccin se retrouvent sous forme libre et circulent dans le sang où elles peuvent interagir avec les récepteurs ACE2 exprimés par diverses cellules, y compris les plaquettes, favorisant ainsi les phénomènes inflammatoires évoqués (Angeli F et al., 2021) (Zhang S et al., 2020).

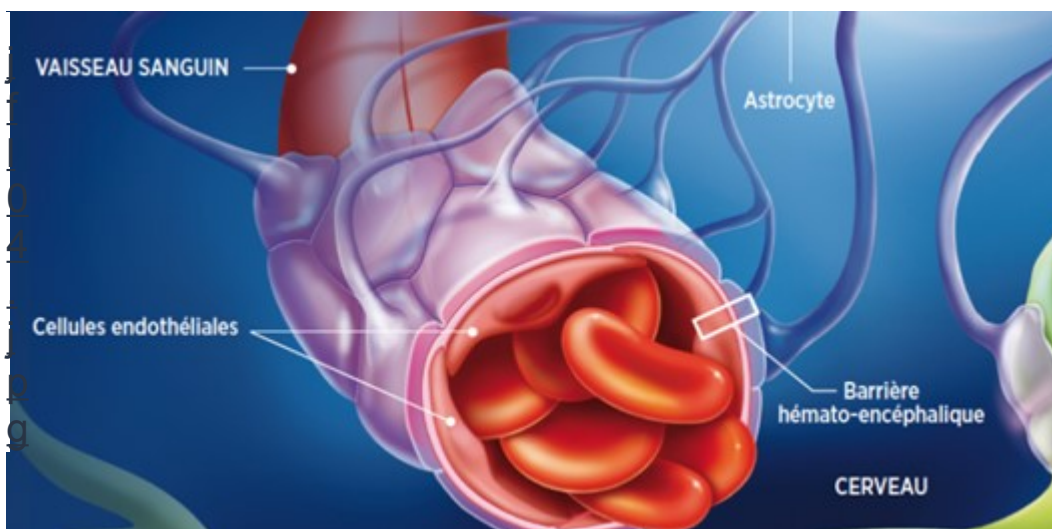
Concernant la toxicité de la protéine spike issue des vaccins:

Une étude très intéressante a montré qu'en utilisant un pseudo-virus à la surface duquel on a exprimé la protéine spike (partie S1 qui contient le RBD) du SARS-CoV2 mais dépourvu d'ARN viral, on provoquait une inflammation et des dommages dans les artères et les poumons de souris exposées par voie intratrachéale (Lei et al., 2021). La même chose a été observée sur des cellules humaines épithéliales (celles qui tapissent la paroi de nos vaisseaux) avec attaque des mitochondries (compartiment qui fabrique l'énergie de la cellule). Ce travail montre clairement que la protéine spike seule, non associée au reste du génome viral, est suffisante pour provoquer les dommages cardiovasculaires associés au COVID-19. Les implications pour les vaccins sont évidemment très préoccupantes !



Les images prises en microscopie confocale ci-dessus (Lei et al., 2021) montrent la fragmentation de la mitochondrie dans des cellules endothéliales vasculaires traitées avec la protéine Spike SARS-CoV-2 (à droite) par rapport à des cellules normales (à gauche).

Au moins aussi préoccupant, dans une étude in vitro, des chercheurs ont montré que la spike seule (partie S1) induisait une perte d'intégrité de la barrière hémato-encéphalique (qui sépare les vaisseaux irriguant le cerveau du système nerveux central) sur un modèle reconstituant cette barrière, ce qui suggère la possibilité d'une inflammation dans les vaisseaux du cerveau et dans le cerveau lui-même (Buzhdygan et al., 2020).



Ce passage de la barrière hémato-encéphalique a été confirmé chez la souris et la protéine spike a été observée sur les neurones dans tout le cerveau (Rhea EM et al., 2021). C'est très perturbant car on sait que l'ARNm des vaccins peut atteindre le cerveau (Bahl et al., 2017), comme le précise aussi l'Agence Européenne du Médicament (EMA) à hauteur de 2% de la concentration plasmatique (European Medicines Agency, 2021). Cet ARNm peut y produire de la protéine spike et les récepteurs ACE2 étant très nombreux dans le cerveau, on peut s'attendre à des problèmes d'ordre nerveux ou de dégénérescence? notamment de cellules qui ne sont pas renouvelées.

D'autre part, la protéine spike du SARS-CoV2 et du vaccin en mobilisant ACE2 induit aussi une diminution de la sérotonine, ce qui aggrave ou peut provoquer des états dépressifs voire suicidaires (Klempin F et al., 2018) (de Melo LA et al., 2020).

À noter aussi que des pertes d'odorat (anosmie) ont été décrites suite à la vaccination chez des sujets négatifs au COVID, ce qui montre que des symptômes identiques au COVID peuvent apparaître et avoir été déclenchés uniquement par la protéine spike (Konstantinidis I et al., 2020).

Au vu de [ces travaux accessibles facilement sur les bases de données](#) ou même Google... tout chercheur ou médecin consciencieux devrait se poser la question de la

toxicité de la protéine spike dans les vaccins. Les déclarations de l'AFP, des politiques quelles que soient leur fonction, ou des fameux « fact Checkers » doivent être ignorées au profit d'une vraie recherche critique? car il en va de la santé de la plupart des humains sur cette planète, enfants compris, puisqu'on est entré dans une « logique » de vaccination de masse.

En fait, de nombreux chercheurs et médecins dans le monde ont conscience et observent la toxicité de ces nouvelles thérapies géniques, mais on leur donne peu de place dans les médias dans ce cadre très contrôlé de la doxa du COVID et de la vaccination comme seule solution à la crise que nous traversons, comme évoqué dans cette vidéo du Conseil Scientifique Indépendant du 29 avril 2021.

Les préoccupations légitimes sur le sujet passent parfois le filtre, comme cette lettre du Dr J. Patrick Whelan de l'Université de Californie dans un courrier de décembre 2020 à la FDA : <https://www.regulations.gov/document/FDA-2020-N-1898-0246>

« Aussi important soit-il d'arrêter rapidement la propagation du virus en immunisant la population, ce serait bien pire si des centaines de millions de personnes subissaient des dommages durables, voire permanents, de leur système microvasculaire cérébral ou cardiaque à la suite d'un défaut d'appréciation à court terme, un effet involontaire des vaccins à base de protéines de pointe, pleine longueur sur ces autres organes.

Une prudence particulière sera de mise en ce qui concerne la vaccination potentielle à grande échelle des enfants, avant qu'il n'y ait des données réelles sur l'innocuité ou l'efficacité de ces vaccins dans les essais pédiatriques qui ne font que commencer. »

C'est tout simplement du bon sens, de l'éthique et tout d'abord un peu de recherche bibliographique puisque sa lettre est étayée de publications.

Ce qui est plus grave encore, c'est que la toxicité de la spike seule (comme dans les vaccins) est connue depuis plus de dix ans (Chen IY et al., 2010) avec le SARS-CoV1 ! Et **la protéine spike du SARS-CoV-1 est identique à 76-78% à celle du SARS-CoV-2 (Wan Y et al., 2021). Ainsi, des études in vivo ont démontré que la protéine de pointe du SARS-CoV-1 aggravait l'insuffisance pulmonaire aiguë par des voies inflammatoires similaires au SARS-CoV2 (Kuba K et al., 2005) (Patra T et al., 2020).**

Encore pire, des études remontant aussi à l'infection par le MERS-CoV et le SARS-CoV-1 ont montré que **les vaccins basés sur la protéine spike entière induisaient une forte réponse inflammatoire immunitaire dans de nombreux organes et en particulier dans le poumon et le foie (Czub M et al., 2005) (Weingartl H et al., 2004). Dans ces études in vivo chez le furet, non seulement la vaccination n'a pas empêché l'infection mais les animaux vaccinés ont présenté des réponses inflammatoires significativement plus fortes que les animaux témoins et une nécrose focale dans le tissu hépatique !**

Ces études et d'autres ont montré qu'il était très difficile de vacciner contre les coronavirus (Jaume M et al., 2012. Même Peter Daszak, le directeur d'EcoHealth Alliance qui a servi de relai financier entre le NIAID américain du Dr Fauci en collaboration avec Ralph S. Baric (Université Caroline du Nord) et le laboratoire chinois de Wuhan, et qui ont très probablement conduit à l'unicité de ce SARS-Cov2, a écrit sur les coronavirus que

« certains d'entre eux peuvent provoquer la maladie du SARS chez des modèles murins humanisés. Ils ne sont pas traitables avec les anticorps monoclonaux thérapeutiques et vous ne pouvez pas vacciner contre eux avec un vaccin ».

Quels vaccins diffusent la spike et quelles conséquences ?

En effet, c'est cette grande différence qu'il faut rappeler entre les vaccins :

- les vaccins dits « classiques » où l'on injecte directement l'antigène qui est, soit le virus entier désactivé et contenant toutes les protéines du virus (le vaccin chinois Sinovac, le vaccin français Valneva), soit une protéine (Novavax), qui est à ce jour la spike. Dans les deux cas, la quantité de spike présente est limitée (et désactivée) ; cela va faire produire au corps des anticorps contre le virus mais ces protéines injectées sont en quantité définie et vont ensuite être éliminées.
- les vaccins où l'on injecte de l'ARNm (Pfizer, Moderna) ou de l'ADN (Sputnik, Astrazeneca, Janssen) qui vont faire produire aux cellules humaines la protéine spike qui devient alors l'antigène de façon indirecte. Il faut ajouter qu'on ne sait pas précisément quelles cellules vont le faire et que de plus ce n'est pas leur fonction normale de toute façon !!

Une étude de Pfizer montre que **l'ARNm a été détectée dans la plupart des tissus** dès les premiers instants après injection (15 minutes) et les résultats confirment que le site d'injection et le foie sont les principaux sites de distribution (EMA, 2021). De faibles niveaux de radioactivité ont été détectés dans la plupart des tissus, les taux les plus élevés dans le plasma, étant observés une à quatre heures après la dose. Après 48 heures (avec un maximum des concentrations observées 8 à 48h), on retrouve cet ARNm surtout dans le foie (jusqu'à 21,5 %), les glandes surrénales, la rate ($\leq 1,1$ %) et les ovaires ($\leq 0,1$ %).

Ainsi, ce qui paraît « beau » sur le papier, pour beaucoup de scientifiques, semble aussi totalement inconsideré et potentiellement très dangereux, en dehors même de la toxicité clairement établie de la spike pour de nombreux autres scientifiques ! Même si trop de ces derniers se taisent.

En réalité, la production de protéine spike par cet ARNm se fait de façon anarchique et on ne sait pas précisément combien de temps cette protéine toxique est produite et demeure présente dans les cellules de nos organes mais aussi dans la circulation sanguine. Il semble qu'on la retrouve après plusieurs semaines avec la possibilité de produire une inflammation chronique dans de nombreux organes.

En plus de la spike qui est libre et circulante, **la spike est aussi exprimée sur les cellules endothéliales et peut activer les plaquettes sanguines et activer la coagulation**, ce qui conduit aussi à des thromboses (en libérant du facteur plaquettaire 4 ou PF4) (Hermans C et al, 2021) (Greinacher A et al., 2021).

Le problème est donc que les vaccins qui induisent la production de protéine spike ont un potentiel inflammatoire et oxydant très fort et sur une durée qu'il est difficile encore

d'évaluer, étant donné qu'on ne le sait pas précisément par les études de sécurité très incomplètes des fabricants. L'humanité presque entière fait l'objet d'un test clinique. On verra bien ! Une étude a montré que la protéine était retrouvée pendant au moins 15 jours après vaccination pour Moderna, avec un pic entre un et cinq jours à environ à 68 ng/L (nanogramme = milliardième de gramme par litre de plasma) (Ogata AF et al., 2021). Plus d'études sont nécessaires bien sûr mais ce travail aurait dû être fait et publié par les firmes elles-mêmes, étant donné la toxicité connue de cette protéine, et cela n'a pas choqué ni la FDA, ni l'EMA ni l'OMS !

Avec la deuxième injection (à partir de 21 jours) c'est un nouveau boost de spike qui est produit alors même que les anticorps et l'organisme sont en train de travailler à l'élimination de cette protéine. Même si Ogata et son équipe observent une présence beaucoup plus courte que pour la première dose (quelques jours), on a potentiellement une inflammation qui peut être chronique et étalée sur plusieurs semaines pouvant ainsi déstabiliser durablement l'équilibre inflammatoire dans les vaisseaux sanguins, le foie, le cerveau, les reins etc.

On parle donc ici de la possibilité de provoquer les mêmes symptômes que le COVID mais aussi potentiellement de promouvoir toutes les maladies inflammatoires à moyen et long terme (cardiovasculaires, neurologiques, cancers, auto-immunes) en particulier chez les sujets qui ont déjà un terrain inflammatoire (diabète par ex) ou des antécédents. « Nous devrions surveiller soigneusement les conséquences à long terme de ces vaccins, surtout lorsqu'ils sont administrés à des individus, par ailleurs en bonne santé » (Suzuki YJ, Gychka SG, 2021).

Ces vaccins ont des effets secondaires graves, morts vaccinales et pathologies inflammatoires à plus long terme

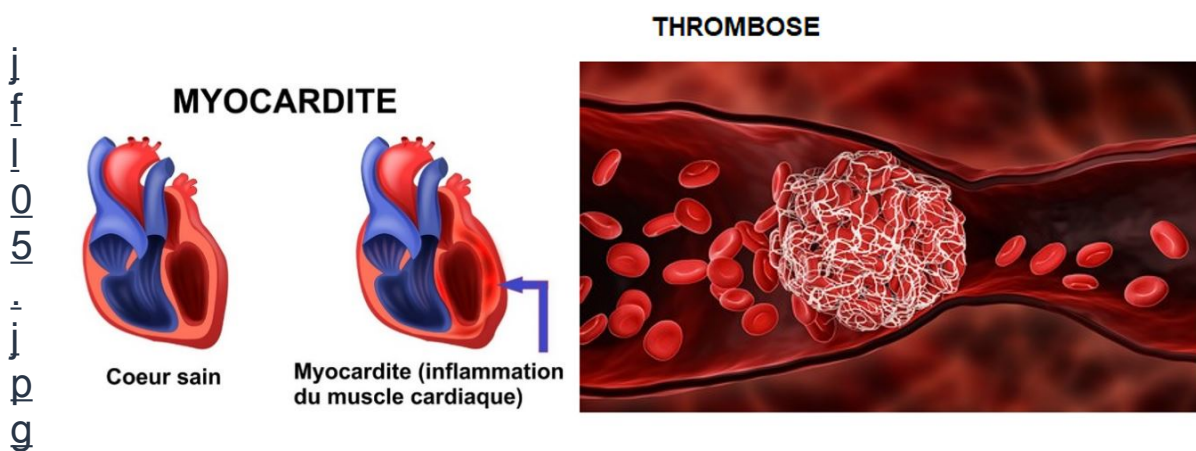
À court terme, on observe donc une mortalité importante largement sous-évaluée par les États et les médias avec environ 1000 morts déjà en France. Il est au passage assez inquiétant que les médias nient ou ignorent ces chiffres alors même que ces données sont officielles et accessibles si on fait l'effort de les rechercher (CDC-VAERS, Eudravigilance).

Beaucoup de personnes avaient prévu cette sous-évaluation pharmacologique, étant donné que les entreprises pharmaceutiques se sont désresponsabilisées des effets secondaires graves vis-à-vis des États qui eux, ont fait de même avec les citoyens. C'est ce qui explique en bonne partie qu'on estime que les remontées des effets secondaires ne représentent qu'environ 10% de la réalité.

Au niveau de ces effets graves, on sait en particulier que des thromboses sont dues directement à la vaccination, ainsi que des myocardites et péricardites, AVC etc. avec des taux élevés de D-dimères (marqueur de la coagulation) et de CRP (protéine C réactive : marqueur de l'inflammation) (Greinacher A et al., 2021) (Diaz GA et al., 2021) (Dionne A et al., 2021).

La thrombose est la présence anormale d'un caillot de sang qui entraîne une occlusion partielle ou totale? soit d'une veine (thrombose veineuse ou "phlébite"), soit d'une artère (infarctus, AVC).

La myocardite est une inflammation du myocarde (muscle qui, en se contractant, permet au sang de circuler dans les vaisseaux sanguins et de nourrir les organes du corps) entraînant la destruction de ses cellules et diminuant ainsi sa capacité de contraction et sa capacité à fournir un apport en sang. Progressivement, le cœur n'est donc plus capable de pomper du sang. L'inflammation peut s'étendre à tout le muscle cardiaque ou se limiter à une ou quelques zones. Une inflammation étendue dans tout le cœur peut entraîner une insuffisance cardiaque importante, de graves troubles du rythme cardiaque et parfois une mort subite.



L'inflammation à la base de ces phénomènes survient très probablement, comme évoqué précédemment, quand les protéines spike circulantes viennent réagir avec les récepteurs ACE2 omniprésents dans l'organisme et dérégler l'équilibre ACE2/ACE (Seneff S and Nigh, 2021) (Ogata AF et al., 2021). Et justement, on sait que dans presque toutes les conditions pathologiques, en particulier celles du système cardiovasculaire mais aussi neuro-dégénératives, il existe une diminution du rapport ACE2/ACE au sein des organes (Bernardi S et al., 2012) (Lavrentyev EN et al., 2009) (Mizuiru S et al., 2008) (Yuan YM et al., 2015) (Kehoe PG et al., 2016).

Dans une étude post vaccination avec le vaccin AstraZeneca des thromboses ont été observées chez onze sujets (entre 22 et 49 ans, moyenne 36 ans) ayant développé des thromboses veineuses dont neuf cérébrales, trois avec des embolies pulmonaires. Six des patients sont décédés de ces effets secondaires graves, à un âge où on ne meurt presque jamais du COVID (Greinacher A et al., 2021).

Devant le silence assourdissant et le déni des politiques, des médecins de plateau de télévision aux multiples conflits d'intérêts, **c'est finalement les chercheurs qui expriment leurs craintes devant ces effets graves** et demandent au moins que l'on fasse un suivi post vaccinal : « *L'évaluation doit inclure une formule sanguine complète, une analyse des D-dimères, du fibrinogène, un panel de coagulation, des fonctions rénales et hépatiques et des électrolytes, ainsi qu'un test ELISA PF4-héparine si disponible* » (Long B et al., 2021).

Pour ce qui est de la neurotoxicité, les effets secondaires graves post vaccination peuvent être liés vraisemblablement à la circulation de l'ARNm vers le cerveau mais aussi à la circulation de spike libre dans le sang qui passe la barrière hématoencéphalique (Buzhdygan et al., 2020) (Rhea EM et al., 2021). En plus des **effets neurologiques observés (dont paralysie de Bell)** dans les premiers mois de vaccination, les maladies neurodégénératives seront à suivre dans les années à venir. (Voir Stéphanie Seneff [SARS-Cov2 Vaccines & neurodegenerative disease](#))

Des hépatites aussi sont observées suite à la vaccination impliquant potentiellement des réactions auto-immunes (Bril F et al., 2019) (Rocco A et al., 2021) dont certaines mortelles (Rela M et al., 2021). Les auteurs s'excusent presque de l'exprimer (ici AstraZeneca) : *« Alors qu'un patient s'est rétabli sans incident, un autre a succombé à une maladie du foie... Nous espérons que notre rapport ne dissuadera pas les campagnes de vaccination COVID. Cependant, nous espérons également faire prendre conscience de ses effets secondaires potentiels et du rôle accru de la pharmacovigilance dans l'orientation du traitement »*.

Il est à noter que les études préliminaires sur les vaccins, comme AstraZeneca par exemple, le furent sur des sujets assez jeunes et ont exclu les participants atteints de troubles sévères et/ou non contrôlés de maladies cardiovasculaires, gastro-intestinales, hépatiques, rénales, endocriniennes/métaboliques, de maladies neurologiques, ainsi que les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes (Voysey M et al., 2021). C'est donc une façon de minimiser les effets secondaires graves et au final ces populations sont les premières à être vaccinées massivement parce que fragiles...

Facilitation par les anticorps:

Il faut aussi rappeler le phénomène appelé ADE (facilitation par les anticorps en français), où, **quand on a des anticorps défectueux ou pas assez compétents** (ils sont appelés facilitants), **les cellules immunitaires portant les anticorps contre le virus le reconnaissent, mais au lieu de le détruire, vont l'« ingérer » et finalement contribuer à sa diffusion**. La production d'anticorps facilitants a été observée dans de nombreuses maladies virales et/ou après vaccination (virus de la dengue, Zika, Ebola, VIH, SARS-CoV, MERS-CoV, rougeole, [péritonite infectieuse féline](#), etc.).

Ceci a été brillamment vulgarisé par les Dr Fantini et Sabatier (Univ Aix- Marseille) dans [cet article](#).

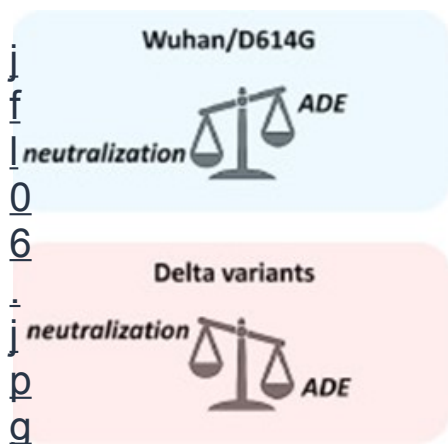
En résumé, il existe trois catégories d'anticorps fabriqués suite à une infection virale ou une vaccination :

- les anticorps qui n'ont aucun effet sur l'infection virale (anticorps neutres),
- les anticorps qui bloquent l'infection virale (anticorps neutralisants),
- les anticorps qui facilitent l'infection virale (anticorps facilitants).

Dans le contexte actuel, **si les anticorps qui sont acquis par les personnes qui se vaccinent** avec les vaccins actuels, basés sur l'ARNm et ADN du SARS-CoV2 initial (février 2020), **devenaient inefficaces pour détruire le variant delta** ou les futurs variants (parce que ces virus auraient trop évolué, muté), alors **ces variants se**

multiplieraient encore plus facilement au contact de ces anticorps (dits alors facilitants), et les personnes infectées pourraient faire souvent une forme plus grave.

Les auteurs de cet article ont aussi publié leur travail de modélisation, qui montre que les anticorps facilitant la diffusion du virus (ADE), ont plus d'affinités avec la protéine spike que les anticorps neutralisants en ce qui concerne le variant delta (au contraire de ce qui est observé avec la souche originale du ARS-Cov2 de 2020, Wuhan/D614G) !



D'où la conclusion des auteurs : "*Nous suggérons donc d'évaluer au plus vite, dans les sérums d'individus vaccinés, la balance neutralisation/ADE sur le variant Delta.*" (Yahi Net al., 2021). Cela pourrait expliquer l'inefficacité constatée des vaccins Pfizer et Moderna par exemple (utilisés en France) sur les contaminations. En ce qui concerne l'évolution de la pathologie en formes graves, pour l'efficacité de la vaccination il est un peu tôt pour en parler, et les données officielles manquent de transparence, nous serons fixés en octobre-novembre.

Ce phénomène se produit beaucoup plus fréquemment avec des vaccins qu'avec les anticorps produits lors d'une infection (Ulrich H et al., 2020) (Lee WS et al., 2020) (Cardozo T et al., 2021). C'est aussi un phénomène qui pourrait expliquer en partie le très grand nombre de vaccinés qui développent le COVID et en meurent, comme les non vaccinés (ex d'Israël, UK, Islande). **Il n'est pas idéal, voire dangereux, de vacciner en pleine épidémie.**

Concernant le débat sur la possibilité d'intégration de l'ARN à l'ADN:

Tous les scientifiques reconnaissent qu'on ne connaît pas les risques de ce type de vaccin à long terme. Le plus grand serait que cet ARNm ou ADN s'intègre à notre génome et produise de la protéine spike. Ce genre de phénomène, en plus de produire de la spike de façon continue, peut aussi venir interférer au niveau du génome sur des gènes promoteurs de tumeurs et induire des cancers. Ceci est un **phénomène possible et décrit, réalisé par les enzymes de type transcriptases inverses** (d'ARN à ADN).

La possibilité, et ce serait le pire, que l'ARN s'intègre définitivement dans l'ADN (deux enzymes au moins du corps humain sont capables de le faire) (Zhang, L et al., 2021) (Chandramouly G et al., 2021). Là, il s'agirait alors d'une flambée de cancers qui

pourraient être observée entre un et dix ans. Maladies neurologiques et auto-immunes peuvent aussi en découler (Seneff S and Nigh, 2021).

Note sur les adjuvants:

Certains des nanolipides utilisés par Pfizer ou Moderna pour encapsuler l'ARNm, n'ont jamais été utilisés, ni en injection, ni par voie orale, non présentés sur le site de référence de l'ECHA (type nanolipides ALC-1059) et dont les sous-produits sont des **cancérogènes potentiels connus (N,N-Dimethyltetradecylamine)** (EMA, 2021).

Il y a aussi la présence d'adjuvants allergisants, comme le **PEG qui peut entraîner jusqu'à un choc anaphylactique** (Shiraishi K et al., 2019) (Kounis NG et al., 2021)

Un point préoccupant, en plus de la toxicité de la spike, est que ces nanolipides sont aussi connus pour entraîner des **problèmes de coagulation**. En fait, Moderna l'admet, même si on lit le brevet sur l'injection de vaccin ARNm encapsulé dans des nanolipides, qui est la base de la technique des vaccins actuels: WO 2017/099823 A1. COMPOSITIONS AND METHODS FOR DELIVERY OF THERAPEUTIC AGENTS. 15 June 2017.

« Dans certains modes de réalisation, l'effet indésirable comprend une coagulopathie, une coagulation intravasculaire disséminée (DIC), la thrombose vasculaire, la pseudo-allergie liée à l'activation du complément (CARPA), la réponse de phase aiguë (APR), ou une combinaison de celles-ci. » Il est même prévu dans ce brevet l'ajout d'anticoagulants, antiallergiques ! :

« Dans certains modes de réalisation, l'agent (molécule qu'on peut ajouter) inhibe l'activation plaquettaire. Dans certains modes de réalisation, l'agent est un inhibiteur de l'agrégation plaquettaire. Dans certains modes de réalisation, l'inhibiteur de l'agrégation plaquettaire est l'aspirine ou le clopidogrel (PLAVIX®). Dans certains modes de réalisation, l'inhibiteur de l'agrégation plaquettaire est choisi parmi l'aspirine/pravastatine, le cilostazol, le prasugrel, l'aspirine/dipyridamole, le ticagrelor, le cangrelor, l'élinogrel, le dipyridamole et la ticlopidine. Dans certains modes de réalisation, l'agent inhibe le CD36 » (MODERNA, 2017). »

On note clairement que les effets néfastes de ces nanolipides ont beaucoup en commun avec ceux du COVID, y compris dans leur mode d'action inflammatoire (voie du complément) (Bumiller-Bini V et al., 2021) !

Conclusion:

La littérature scientifique montre que les formes graves et les décès observés, en particulier avec les vaccins de type ARNm et ADN que l'on nomme un peu rapidement vaccins parce qu'ils produisent bien des anticorps dirigés contre le virus SARS-CoV2, peuvent être expliqués par des mécanismes biologiques et biochimiques qui dépassent les précédentes méthodes.

Cette toxicité, en particulier due à la protéine Spike, est connue depuis plus de dix ans. Certains des adjuvants et les nanolipides entourant l'ARNm sont aussi préoccupants et

peuvent participer aux effets secondaires graves observés, dont, en particulier, les thromboses.

Nous n'avons pas suffisamment de recul sur ces technologies géniques comme les nomme leur inventeur principal lui-même, Robert Malone. Il serait plus sage de recommander des vaccins classiques (malgré les risques présents aussi d'ADE) ou avec une protéine spike désactivée et des adjuvants plus sûrs et connus. Cela pourrait d'ailleurs inciter de nombreux citoyens éclairés ou non à se faire vacciner.

Nous assistons donc à une totale expérimentation à l'aveugle à l'échelle planétaire et c'est inacceptable, car le risque est totalement inconsideré notamment au vu de la mortalité et de la létalité faible de cette maladie du COVID. La létalité (mortalité chez les gens qui contractent le virus) est en moyenne, dans le monde, située entre 0.5 et 1% contre 0.1% pour la grippe (John Hopkins data, July 2021).

Il est encore temps de regarder en face les vrais bénéfices et les vrais risques de cette vaccination, et en particulier chez les jeunes, alors qu'il sont très peu affectés par la maladie, et que les vaccins n'empêchent pas la contamination. Ne perdons pas de vue que la vaccination, en dehors des populations à risques, s'adresse à des sujets sains, à qui l'éthique impose de ne leur faire courir aucun risque, *primum non nocere*.

Références Dr J-F LESGARDS,

Angeli F, Spanevello A, Reboldi G, Visca D, Verdecchia P. SARS-CoV-2 vaccines: Lights and shadows. *Eur J Intern Med*. 2021 Jun;88:1-8.

Argenziano MG, Bruce SL, Slater CL, Tiao JR, Baldwin MR, Barr RG, et al. Characterization and clinical course of 1000 patients with coronavirus disease 2019 in New York: retrospective case series. *Bmj-British Medical Journal*. 2020; 369.

Bahl, K., Senn, J. J., Yuzhakov, O., Bulychev, A., Brito, L. A., Hassett, K. J. ... Ciaramella, G. (2017). Preclinical and Clinical Demonstration of Immunogenicity by mRNA Vaccines against H10N8 and H7N9 Influenza Viruses. *Molecular Therapy* 25(6): 1316-1327.

Bril F, Al Diffalha S, Dean M, Fettig DM. Autoimmune hepatitis developing after coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccine: Causality or casualty? *J Hepatol*. 2021 Jul;75(1):222-224.

Bumiller-Bini V, de Freitas Oliveira-Toré C, Carvalho TM, Kretschmar GC, Gonçalves LB, Alencar NM, Gasparetto Filho MA, Beltrame MH, Winter Boldt AB. MASPs at the crossroad between the complement and the coagulation cascades - the case for COVID-19. *Genet Mol Biol*. 2021 Mar 17;44(1 Suppl 1):e20200199.

Buzhdygana, T. P., DeOrec, B. J., Baldwin-Leclair, A., Bullock, T. A., McGary, H. M., Ramirez, S. H. (2020). The SARS-CoV-2 Spike Protein Alters Barrier Function ... in 2D Static and 3D Microfluidic in-Vitro Models of the Human Blood-Brain Barrier. *Neurobiology of Disease* 146: 105131.

Cardozo T, Veazey R. Informed consent disclosure to vaccine trial subjects of risk of COVID-19 vaccines worsening clinical disease. *Int J Clin Pract*. 2021 Mar;75(3):e13795.

Chandramouly G, Zhao J, McDevitt S, Rusanov T, Hoang T, Borisonnik N, Treddinick T, Lopezcolorado FW, Kent T, Siddique LA, Mallon J, Huhn J, Shoda Z, Kashkina E, Brambati A, Stark JM, Chen XS, Pomerantz RT. Polθ reverse transcribes RNA and promotes RNA-templated DNA repair. *Sci Adv*. 2021 Jun 11;7(24):eabf1771.

Chen IY, Chang SC, Wu HY, Yu TC, Wei WC, Lin S, Chien CL, Chang MF. Upregulation of the chemokine (C-C motif) ligand 2 via a severe acute respiratory syndrome coronavirus spike-ACE2 signaling pathway. *J Virol*. 2010 Aug;84(15):7703-12.

Chu KH, Tsang WK, Tang CS, Lam MF, Lai FM, To KF, et al. Acute renal impairment in coronavirus associated severe acute respiratory syndrome. *Kidney Int*. 2005; 67[2]:698–705.

de Melo LA, Almeida-Santos AF. Neuropsychiatric Properties of the ACE2/Ang-(1-7)/Mas Pathway: A Brief Review. *Protein Pept Lett*. 2020;27(6):476-483.

Diaz GA, Parsons GT, Gering SK, Meier AR, Hutchinson IV, Robicsek A. Myocarditis and Pericarditis After Vaccination for COVID-19. *JAMA*. 2021 Aug 4.

Dionne A, Sperotto F, Chamberlain S, et al. Association of Myocarditis With BNT162b2 Messenger RNA COVID-19 Vaccine in a Case Series of Children. *JAMA Cardiol*. Published online August 10, 2021.

[EMA Public Assessment Report on Pfizer-BioNTech Vaccine](#). (2020). Accessed 5/2/21.

Greinacher A, Thiele T, Warkentin TE, Weisser K, Kyrle PA, Eichinger S. Thrombotic Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCov-19 Vaccination. *N Engl J Med*. 2021 Jun 3;384(22):2092-2101.

Hermans C, Goldman M. Thromboses et vaccins : un nouveau défi de la pandémie COVID-19. *Louvain Med* 2021 Avril : 140 : 207-215.

[John Hopkins data, july 2021](#).

Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China, *The Lancet* 395 (10223) (2020) 497–506.

Jaume M, Yip MS, Kam YW, Cheung CY, Kien F, Roberts A, et al. SARS CoV subunit vaccine: antibody-mediated neutralisation and enhancement. *Hong Kong Med J* 2012;18(Suppl 2):31–6.

Klempin F, Mosienko V, Matthes S, Villela DC, Todiras M, Penninger JM, Bader M, Santos RAS, Alenina N. Depletion of angiotensin-converting enzyme 2 reduces brain serotonin and impairs the running-induced neurogenic response. *Cell Mol Life Sci*. 2018 Oct;75(19):3625-3634.

Konstantinidis I, Tsakiropoulou E, Hähner A, de With K, Poulas K, Hummel T. Olfactory dysfunction after coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccination. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2021 May 28;10.1002/alr.22809.

Kuba K, Imai Y, Rao S, Gao H, Guo F, Guan B, Huan Y, Yang P, Zhang Y, Deng W, Bao L, Zhang B, Liu G, Wang Z, Chappell M, Liu Y, Zheng D, Leibbrandt A, Wada T, Slutsky AS,

Liu D, Qin C, Jiang C, Penninger JM. A crucial role of angiotensin converting enzyme 2 (ACE2) in SARS coronavirus-induced lung injury. *Nat Med*. 2005 Aug;11(8):875-9.

Lee WS, Wheatley AK, Kent SJ, DeKosky BJ. Antibody-dependent enhancement and SARS-CoV-2 vaccines and therapies. *Nat Microbiol*. 2020 Oct;5(10):1185-1191.

Lei Y, Zhang J, Schiavon CR, He M, Chen L, Shen H, Zhang Y, Yin Q, Cho Y, Andrade L, Shadel GS, Hepokoski M, Lei T, Wang H, Zhang J, Yuan JX, Malhotra A, Manor U, Wang S, Yuan ZY, Shyy JY. SARS-CoV-2 Spike Protein Impairs Endothelial Function via Downregulation of ACE 2. *Circ Res*. 2021 Apr 30;128(9):1323-1326.

Lin L, Jiang X, Zhang Z, Huang S, Zhang Z, Fang Z, et al. Gastrointestinal symptoms of 95 cases with SARS-CoV-2 infection. *Gut*. 2020; 69[6]:997–1001.

Long B, Bridwell R, Gottlieb M. Thrombosis with thrombocytopenia syndrome associated with COVID-19 vaccines. *Am J Emerg Med*. 2021 May 25;49:58-61.

Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA neurology*. 2020:e201127

MODERNA, INC. WO 2017/099823 A1. COMPOSITIONS AND METHODS FOR DELIVERY OF THERAPEUTIC AGENTS. 15 June 2017.

Nuovo GJ, Magro C, Shaffer T, Awad H, Suster D, Mikhail S, He B, Michaille JJ, Liechty B, Tili E. Endothelial cell damage is the central part of COVID-19 and a mouse model induced by injection of the S1 subunit of the spike protein. *Ann Diagn Pathol*. 2021 Apr;51:151682.

Ogata AF, Cheng CA, Desjardins M, Senussi Y, Sherman AC, Powell M, Novack L, Von S, Li X, Baden LR, Walt DR. Circulating SARS-CoV-2 Vaccine Antigen Detected in the Plasma of mRNA-1273 Vaccine Recipients. *Clin Infect Dis*. 2021 May 20:ciab465.

Patra T, Meyer K, Geerling L, Isbell TS, Hoft DF, Brien J, Pinto AK, Ray RB, Ray R. SARS-CoV-2 spike protein promotes IL-6 trans-signaling by activation of angiotensin II receptor signaling in epithelial cells. *PLoS Pathog*. 2020 Dec 7;16(12):e1009128.

Rela M, Jothimani D, Vij M, Rajakumar A, Rammohan A. Auto-immune hepatitis following COVID vaccination. *J Autoimmun*. 2021 Jul 3;123:102688.

Rhea EM, Logsdon AF, Hansen KM et al. The S1 Protein of SARS-CoV-2 Crosses the Blood-Brain Barrier in Mice. *Nature Neuroscience* 2021; 24: 368-378.

Rocco A, Sgamato C, Compare D, Nardone G. Autoimmune hepatitis following SARS-CoV-2 vaccine: May not be a casualty. *J Hepatol*. 2021 Jun 9:S0168-8278(21)00412-8.

Seneff S and Nigh G. Worse Than the Disease? Reviewing Some Possible Unintended Consequences of the mRNA Vaccines. *International Journal of Vaccine Theory, Practice, and Research* 2(1), May 10, 2021 Page | 38

Shiraishi K, Yokoyama M. Toxicity and immunogenicity concerns related to PEGylated-micelle carrier systems: a review. *Sci Technol Adv Mater*. 2019 Apr 15;20(1):324-336.

Starr TN, Greaney AJ, Hilton SK, Ellis D, Crawford KHD, Dingens AS, Navarro MJ, Bowen JE, Tortorici MA, Walls AC, King NP, Veessler D, Bloom JD. Deep Mutational Scanning of SARS-CoV-2

Receptor Binding Domain Reveals Constraints on Folding and ACE2 Binding. *Cell*. 2020 Sep 3;182(5):1295-1310.e20.

Suzuki YJ, Gychka SG. SARS-CoV-2 Spike Protein Elicits Cell Signaling in Human Host Cells: Implications for Possible Consequences of COVID-19 Vaccines. *Vaccines (Basel)*. 2021 Jan 11;9(1):36.

Ulrich H, Pillat MM, Tárnok A. Dengue Fever, COVID-19 (SARS-CoV-2), and Antibody-Dependent Enhancement (ADE): A Perspective. *Cytometry A*. 2020 Jul;97(7):662-667.

Voysey M, Clemens SAC, Madhi SA, Weckx LY, Folegatti PM, Aley PK, et al. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. *Lancet* 2021;397(10269):99–111.

Wan Y, Shang J, Graham R, Baric RS, Li F. Receptor Recognition by the Novel Coronavirus from Wuhan: an Analysis Based on Decade-Long Structural Studies of SARS Coronavirus. *J Virol*. 2020 Mar 17;94(7):e00127-20.

Weingartl H, Czub M, Czub S, Neufeld J, Marszal P, Gren J, Smith G, Jones S, Proulx R, Deschambault Y, Grudeski E, Andonov A, He R, Li Y, Copps J, Grolla A, Dick D, Berry J, Ganske S, Manning L, Cao J. Immunization with modified vaccinia virus Ankara-based recombinant vaccine against severe acute respiratory syndrome is associated with enhanced hepatitis in ferrets. *J Virol*. 2004 Nov;78(22):12672-6.

Yahi N, Chahinian H, Fantini J. Infection-enhancing anti-SARS-CoV-2 antibodies recognize both the original Wuhan/D614G strain and Delta variants. A potential risk for mass vaccination ? *J Infect*. 2021 Aug 9:S0163-4453(21)00392-3.

Yu J, Yuan X, Chen H, Chaturvedi S, Braunstein EM, Brodsky RA. Direct activation of the alternative complement pathway by SARS-CoV-2 spike proteins is blocked by factor D inhibition. *Blood*. 2020 Oct 29;136(18):2080-2089.

Zhang S, Liu Y, Wang X, Yang L, Li H, Wang Y, Liu M, Zhao X, Xie Y, Yang Y, Zhang S, Fan Z, Dong J, Yuan Z, Ding Z, Zhang Y, Hu L. SARS-CoV-2 binds platelet ACE2 to enhance thrombosis in COVID-19. *J Hematol Oncol*. 2020 Sep 4;13(1):120.

Dr J-F LESGARDS