

Pourquoi demander une autopsie après le décès d'une personne vaccinée avec un « vaccin » à ARN messager anti-COVID-19 ?

Quels examens réclamer afin d'établir le lien de causalité entre l'injection et le décès ?

** À la mémoire du Pr Arne BURKHARDT, histopathologiste, décédé en 2023.
(Le protocole d'autopsie -pages 36 à 42- de ce document est la traduction du protocole du Dr Burkhardt)*

*Version du 18 juin 2023 réalisée en fonction des informations scientifiques
internationales connues à ce jour.*

Ont notamment contribué à la réalisation de ce document :

Me Jean-Pierre JOSEPH
Avocat au barreau de Grenoble

Me Virginie de ARAUJO-RECCHIA
Avocat au barreau de Paris

Dr H. BANOUN
Dr N. DELEPINE
Dr G. DELEPINE
**Dr C. ESCARGUEL (Traitements
précoces)**
Dr S. GAYET
Dr G. MAUDRUX
Dr JM. SABATIER, (SRA)

Ainsi que de nombreux scientifiques et cliniciens souhaitant rester anonymes.

Initiateur et coordinateur : JL DUHAMEL (Juriste/MBA/CEIPI)

Hélène BANOUN, Pharmacien, Biologiste

Diplôme de pharmacien, option Biologie, Université de Dijon, juin 1979

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris, 1979-1982

Chargée de recherches INSERM, Institut Gustave Roussy, UA 140 (pharmacologie moléculaire), Villejuif, 1982-1986

Certificat d'Études Supérieures d'Immunologie Générale, Université Paris-Sud, Chatenay Malabry, 1981

Certificat d'Études Supérieures d'Hématologie, Université René Descartes, Paris V, 1987

Certificat d'Études Supérieures de Diagnostic Biologique Parasitaire, Université Paris Sud, Chatenay Malabry, 1987

Certificat d'Études Supérieures de Bactériologie et Virologie, Lauréat de la Faculté, Université René Descartes, Paris V, 1989

Certificat d'Études Supérieures de Biochimie (par équivalence), 1982

Diplôme d'Études Approfondies de Pharmacologie Moléculaire et Cellulaire, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, juin 1980

Docteur d'État ès Sciences Pharmaceutiques, Université Paris Sud, Chatenay Malabry, 18 juin 1984

Publications et expertises sur la COVID-19:

<https://www.webofscience.com/wos/author/record/2107575>

<https://orcid.org/0000-0001-8391-7989>

Docteur Nicole DELEPINE, Pédiatre, Oncologue

Thèse de Doctorat en Médecine

Paris CHU Saint Antoine – 1973

Ancien Chef de Clinique – Assistant des Hôpitaux de Paris

UER Lariboisière – Saint Louis – 1973-1980.

Chargée d'Enseignement à la Faculté Saint Louis Lariboisière 1981-89

Spécialiste en Pédiatrie (1973)

Médecin Compétent qualifié en Cancérologie (1987)

Diplôme d'Université : Administration et Economie de la Santé Université Paris VII, Faculté Saint Louis Lariboisière Mémoire sur les « Implications juridiques éthiques et économiques des Références Médicales Opposables ». Janvier 1996.

Titres hospitaliers :

- Ancien **Interne des Hôpitaux** de CHU (1969-1973).
- Ancien **Chef de Clinique – Assistant des Hôpitaux de Paris** 1973 à 1980 (
- **Médecin des Hôpitaux** 1980-2014. Médecin des Hôpitaux honoraire 2014 à ce jour
- **Responsable de l'unité d'oncologie pédiatrique** de l'Hôpital Universitaire Raymond Poincaré Garches AP/HP.

Autres titres :

- Médaille de bronze de l'Académie de Médecine en 1984.
- Médaille d'Argent de l'Académie de Médecine en 1985
- Nommée expert-clinicien par le Ministère en 1984.

– Membre Honoraire de la Société Américaine d'Oncologie Clinique (ASCO)

– Ex-Membre de la Société Française du Cancer (SFC), de la Société Européenne d'Oncologie Médicale (ESMO) de la European Association for Cancer Research (EACR),

– Maître de conférences au Collège de médecine des Hôpitaux de Paris,

– Ex-Membre de la Fédération Française des Oncologues Médicaux et de la Collégiale des Oncologues des Hôpitaux de Paris.

Docteur Gérard DELEPINE, Chirurgien orthopédique, oncologue

Titres hospitaliers :

- Interne des Hôpitaux de Paris
- Ancien assistant du Service d'Orthopédie de Créteil (1976-1983)
- Attaché consultant des hôpitaux de Paris

Titres universitaires :

- Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Paris
- Ancien Assistant d'Anatomie (1981) de la faculté de Créteil
- Ancien Assistant de chirurgie expérimentale de la Faculté de Créteil
- Spécialité de chirurgie générale
- Compétence d'orthopédie
- Compétence de cancérologie
- Certificat de statistiques appliquées à la médecine

Fonctions hospitalières :

- Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
- Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris
- Ancien Attaché du Service des Maladies Sanguines et Tumorales (Hôpital Paul Brousse) des Professeurs MATHE, MISSET. Attaché du Service d'Orthopédie Infantile Hôpital Robert Debré APHP de 1988 à 1991
- Consultant spécialiste du Carrefour d'Orthopédie cancérologique du Département de Cancérologie de l'Hôpital Henri Mondor
- Attaché du service d'oncologie pédiatrique de l'hôpital Raymond Poincaré de 2006-2012
- Attaché du Service d'Orthopédie de l'hôpital Henri Mondor 1983-2013

Sociétés savantes :

- Ex-Membre de la Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOFCOT), du Groupe d'Etudes des Tumeurs Osseuses (GETO) de la Société Française de Cancérologie privée, de la Société Européenne de Chirurgie Cancérologique (ESSO)
- *Ex Member of Surgical Committee of European Intergroup for osteosarcoma (working party of EORTC and MRC)* de 1982 à 1986, ex-Membre du Groupe d'Etudes des prothèses de reconstruction pour tumeur (PETAL), de la Société Européenne de Chirurgie des Cancers des os et des parties molles (EMSOS), de la Société Européenne d'Oncologie médicale (E.S.M.O), de la Société Américaine d'Oncologie Clinique (A.S.C.O)

Docteur C. ESCARGUEL, Microbiologiste (traitements précoces)

Ancien président du syndicat national des praticiens des hôpitaux généraux
Ancien directeur et créateur de sociétés de biotechnologies : international Mycoplasma (aujourd'hui Elitech), Bio véto test (aujourd'hui Virbac)
Collaborateur à l'IHU de Marseille (directeur d'une startup en génie-génétique: Gene & Green Tech)
Collaborateur du Professeur Luc Montagnier dans le domaine des coopérations "bactéries/virus" dans le SIDA

Aujourd'hui co-président de l'association de malades covid-longes (UPGCS) et membre du conseil scientifique de la fondation Montagnier (Genève)

Docteur G. MAUDRUX, Médecin

Ancien interne des hôpitaux de Grenoble
Ancien assistant des hôpitaux de Grenoble
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Grenoble
Ancien président de la Caisse de Retraite des Médecins de France
Ancien Président d'Action Santé
Ancien président de la Caisse Maladie des Professions Libérales
Membre de l'Académie de Chirurgie

Docteur S. GAYET, Médecin infectiologue et hygiéniste

Anciennement médecin des hôpitaux au Centre hospitalier régional et universitaire (CHRU) de Strasbourg, chargé d'enseignement universitaire, expert et auditeur en gestion des risques infectieux associés aux soins, ainsi que conférencier dans le domaine de la santé. Spécialisé en médecine interne, maladies infectieuses et hygiène. Compétent en hépato-gastroentérologie. Contributeur dans le domaine de la santé du journal Atlantico.fr (près de 300 articles), concepteur et responsable du congrès annuel "La rencontre des métiers de la santé à Strasbourg", concepteur et co-responsable du diplôme d'université "Qualité et gestion des risques dans les établissements de santé", concepteur et responsable de stages de formation continue à l'Université de Strasbourg, en hygiène hospitalière, qualité et gestion des risques en établissement de santé, ainsi que concepteur et responsable du site "Qualite-securite-soins.fr".

Expérience :

- Depuis septembre 1989 : Médecin au CHRU de Strasbourg - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et enseignant à la faculté de médecine de Strasbourg en tant que Praticien hospitalier et universitaire (PHU).
- Depuis septembre 1994 : Responsable de l'Antenne régionale d'Alsace de la lutte contre les infections associées aux soins (dont les infections nosocomiales) au CHRU de Strasbourg - Hôpitaux Universitaires
- Depuis novembre 2016 : Membre du Comité Scientifique Medi Formation
- Depuis septembre 2005 : Responsable Antenne régionale d'Alsace de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN d'Alsace)
- Depuis 1995 : Chargé d'enseignement d'Université de Strasbourg
- Depuis 2008 : Premier vice-président et vice-président du conseil scientifique de l'Observatoire régional de la santé d'Alsace.
-

Formation :

- 1975 -1989 : Faculté de médecine de Nancy, docteur en médecine, Médecine interne - Maladies infectieuses, Lauréat de la faculté
- 1975 - 1989 : CHU de Nancy, Doctorat de médecine, Internat maladies infectieuses, Médaille d'Or de l'internat du CHU de Nancy

- Diplômé en antibiothérapie hospitalière, hygiène hospitalière, pédagogie médicale, communication, virologie et bactériologie, qualité et gestion des risques en santé, et éthique médicale.

Docteur JM. SABATIER, Docteur en Biologie Cellulaire et Microbiologie, HDR en Biochimie, Directeur de recherche au CNRS (Système Rénine-Angiotensine – SRA)

- Rédacteur-en-chef des revues "*Infectious Disorders - Drug Targets*", "*Coronaviruses*", "*Venoms and Toxins*".
- Editeur de la série de livres sur les coronavirus.
- Rédacteur-en-chef de la revue "*Antibiotics*" (section: "Peptides anti-microbiens").
- Editeur Associé pour la revue "*Frontiers in Pharmacology*".
- Membre du comité éditorial de 70 revues scientifiques internationales, dont "*Journal of Biological Chemistry*", "*Molecules*", "*Peptides*", "*Antibiotics*", et "*Frontiers in Pharmacology*".
- Expertise d'articles pour 102 revues scientifiques (telles que PNAS, *National Science Review*, *TIPS*, *Trends in Immunology*, *Molecular Pharmacology*, *PLoS One*, *Journal of Molecular Biology*, *Biochemical Journal*, *Biomolecules*, *Oncotarget*, etc.).
- **A édité 20 numéros spéciaux, 11 livres et 4 chapitres de livres, et a déposé 55 brevets (chimie et biologie).**
- A évalué des projets scientifiques pour diverses institutions nationales et internationales (Institut Pasteur International Network (*Transdisciplinary Research Projects*), IPT, MRC, BARD, ISF, CNRS, ANR, CEA, AIRD, ANSES, *Foundation Arthritis*, Languedoc-Roussillon committee, Ville de Paris (Recherche & Innovation)).
- A reçu le prix "Citoyen de l'année" pour ses travaux sur les antiviraux.

Réalisations :

- 2012 Award of the best scientific advance, XVIIème Rencontres Transfrontalières Capteurs et Biocapteurs, Tarragona (Spain), 2012.
 - 2003 *Award of best communication*, 5ème Colloque de l'Institut Fédératif Jean Roche de Biologie des Interactions Cellulaires, France.
 - 1998-06 Four « Prix de Thèse » for my Ph.D students, Université de la Méditerranée.
 - 1996 *Achievement Award* (ABI, Raleigh, US).
 - 1995 *International Man of the Year Award* (IBC, Cambridge, UK).
- Neosystem Award for the most distinguished work on structure-activity relationship studies of peptides, 9th Peptides & Proteins Meeting, Aussois (France).*
- 1993 *Citizen of the Year Award* (Nouvel Economiste, France) *for the design and chemical synthesis of SPC3, a multibranched peptide construction with anti-HIV activity.*

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	8
A. LA MALADIE COVID-19 CAUSÉE PAR LE VIRUS SARS-CoV-2	9
B. LA NOUVELLE « MALADIE de l'ARNm » CAUSÉES PAR LES « VACCINS » ANTI-COVID-19 À ARN MESSAGER	10
1. LE MECANISME	10
2. LES MALADIES POUVANT ÊTRE DÉCLENCHÉES PAR LES INJECTIONS À ARN messenger, la « maladie de l'ARNm » ANTI-COVID-19	11
2.1. Les causes du déclenchement des maladies suite à une ou plusieurs injections d'ARN messenger anti-COVID-19	11
2.1.1. Les quantités démesurées d'ARN messenger injectés	12
2.1.2. La toxicité des nano-particules lipidiques dans lesquelles sont encapsulés les ARN messenger	12
2.1.3. L'absence totale de contrôle de la biodistribution de l'ARNm et de sa production de protéines SPIKE vaccinales	12
2.1.4. Les manipulations géniques effectuées sur les ARN messenger injectés aux conséquences incontrôlées sur le court, moyen et long terme	13
2.1.5. La très longue durée de vie des protéines SPIKE produites par les cellules de la personne injectée et leurs concentrations	14
2.2. Les maladies déclenchées par la « maladie de l'ARNm » à l'antigène protéine SPIKE	15
2.2.1. Les très nombreuses maladies causées par le dérèglement du Système Rénine-Angiotensine	15
2.2.2. Les maladies à prions	19
2.2.3. Les réactions auto-immunes localisées dont certaines sont IRREVERSIBLES	20
2.2.4. Les maladies d'immuno-dépression partielle	21
3. LA TRANSMISSIBILITÉ DE LA NOUVELLE PATHOLOGIE INOCULÉE, LA « MALADIE DE L'ARNm » A L'ANTIGENE PROTEINE SPIKE	21
4. CONCLUSION DU PARAGRAPHE B	22
C. LES AUTRES CONSÉQUENCES COMMUNES AUX INJECTIONS À ARN MESSAGER	24

II. PROTOCOLE D'AUTOPSIE	29
A. RÉSUMÉ	29
B. REMARQUES PRÉLIMINAIRES	31
1. Délai d'observation entre la vaccination et un effet indésirable	31
2. Pathologies post-vaccinales	31
C. AUTOPSIE	35
1. Inspection du corps	35
1.1. Cavités corporelles	35
1.2. Thorax	35
1.3. Abdomen	36
1.4. Cerveau	36
1.5. Autres organes	36
1.6. Cœur (cas de myocardite, par exemple)	36
2. Prélèvement de tissus	37
3. Considérations générales	37
4. Évaluation d'échantillons d'organes de personnes décédées après la vaccination Covid	38
4.1. Dans tous les cas et sur tous les organes	38
4.2. En cas d'inflammation, définition complémentaire par immuno-histochimie, en fonction du tableau histologique	38
4.3. Si l'on soupçonne une "infection post-vaccinale"	39
4.4. Si l'on soupçonne un décès par événement cardio-vasculaire d'origine inflammatoire ou thrombotique	39
5. Approche complémentaire	41
ANNEXE 1 : Note d'expertise du Pr. JM CLAVERIE :	42
ANNEXE 2 : Traduction informatique de la page du site internet de Project VERITAS (journalistes d'investigation) et extraction du passage ECA2 / Corona virus et rapport du Major Murphy dans les documents déclassifiés.	49
ANNEXE 2 bis : Authentification des documents du Major MURPHY et du Projet Veritas par le Sénateur Johnson (traduction)	60
ANNEXE 3 : La fin d'un mythe : "Si c'est un virus, pas d'antibiotique ?" Dr Claude ESCARGUEL	63

I. INTRODUCTION

La maladie « **COVID-19** » (aigüe ou Covid long) est causée par **le virus SARS-CoV-2 (A.)**, qui intègre différents composants dont :

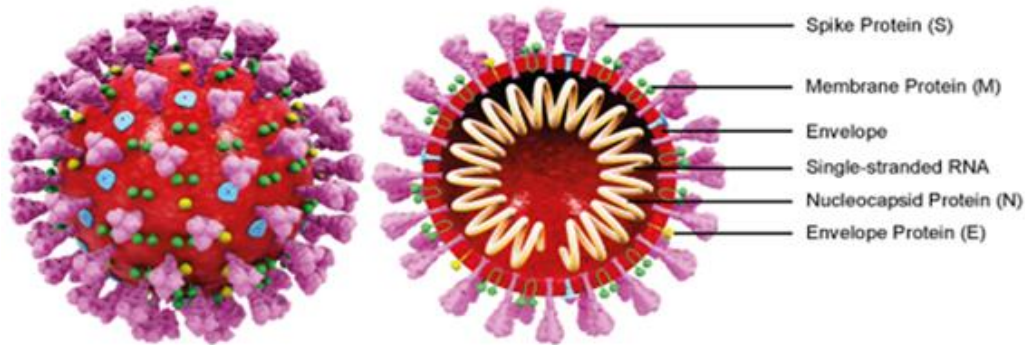


Figure 1. virus SARS-CoV-2

Les « VACCINS » à ARN messenger anti-COVID-19 **ne produisent, eux, que l'antigène¹ du SARS-CoV-2, la protéine SPIKE**, soit une petite partie du virus SARS-CoV-2 **et non le virus entier.**



Figure 2. Protéine SPIKE (antigène du SARS-CoV-2)

La production de la protéine SPIKE est lancée, dès que l'ARN messenger pénètre la cellule et qu'il prend le contrôle de la machinerie cellulaire de réplication.

L'un des dangers de la **nouvelle technologie de « vaccins » à ARN messenger synthétiques** est qu'il n'y a aucune maîtrise ni de la quantité, ni de la qualité de l'antigène produit (ici, la protéine SPIKE du virus SARS-CoV-2).

Or, on constate que les injections d'ARN messenger peuvent déclencher diverses **nouvelles « pathologies d'inoculation »** (B.), faussement qualifiées d'« effets indésirables ».

Ces nouvelles pathologies, dues aux injections d'ARN messenger, sont rebaptisées « **maladie de l'ARNm** » (« *mRNA diseases* » en anglais) par nombre de scientifiques.

¹ Un antigène est une macromolécule qui, reconnue le système immunitaire d'un organisme, peut déclencher une réaction immunitaire.

A. LA MALADIE COVID-19 CAUSÉE PAR LE VIRUS SARS-CoV-2

Le virus SARS-CoV-2 est un virus de la famille des coronavirus, qui provoque la maladie COVID-19. C'est un virus à ARN (Acide Ribonucléique), parfois appelé ribovirus, dont le matériel génétique est constitué d'ARN.

Le SARS-CoV-2 complet est composé d'un **ARN, et non d'un ARN messager**, enfermé dans une membrane lipidique, dans laquelle sont incrustés divers éléments, dont plusieurs protéines SPIKE (Figure 1).

Cet ARN viral contient une instruction biologique qui va ordonner aux cellules de la personne infectée de répliquer le virus. Ces copies du SARS-CoV-2 complet vont ensuite répandre l'infection à d'autres cellules.

L'instruction biologique de l'ARN du virus se décompose en « **sous-instructions biologiques spécifiques** », qui ont pour but de faire copier chacun des composants du virus : une instruction biologique pour copier l'ARN du SARS-CoV-2, une instruction pour copier la protéine N nucléocapside, une pour la M membranaire, une pour la E enveloppe, une pour la SPIKE, etc.

Une fois entré dans la cellule, l'ARN du SARS-CoV-2 prend le contrôle de la machinerie cellulaire, qui se met à produire des copies du virus dans la cellule. Une fois la copie du virus réalisée, la cellule expulse le nouveau virus copié, afin qu'il colonise d'autres cellules, où il pratiquera la même opération. En cas de production trop importante de virus, la cellule peut exploser et répandre son contenu dans l'organisme. D'autres cellules sont alors infectées.

Les maladies, telles que le COVID-19, Ebola, le SRAS, la grippe, l'hépatite C, la fièvre du Nil occidental, la poliomyélite, la rougeole, etc. sont causées par des virus à ARN.

B. LA NOUVELLE « MALADIE de l'ARNm » CAUSÉE PAR LES « VACCINS » ANTI-COVID-19 À ARN MESSAGER

1. LE MECANISME

Les produits biologiques Pfizer ou Moderna à injecter contiennent des ARN messager (ou ARNm), qui sont des copies de la sous-instruction biologique évoquée au paragraphe I.1. L'ARN messager synthétique injecté n'est qu'un fragment de l'ARN du virus, dédié uniquement à la production de protéine SPIKE. En effet, les ARN messager injectés Pfizer ou Moderna ne sont programmés biologiquement que pour produire de la protéine SPIKE du SARS-CoV-2 (figure 2) **et non l'intégralité du virus.**

Ces ARN messager sont transportés vers les cellules de la personne « vaccinée », encapsulés dans des **nanoparticules lipidiques.**

Ensuite, le mécanisme est le suivant :

- L'ARN messager pénètre dans la cellule et prend le contrôle de la machinerie cellulaire, mais il ne produit QUE de la protéine SPIKE ;
- La cellule exprime à sa surface la protéine SPIKE qui, soit reste collée à la surface de la cellule, soit est relâchée dans l'organisme.

La cellule peut également exploser en cas de surcharge de production et relâcher dans l'organisme toutes les protéines SPIKE contenues dans son cytoplasme.

Dans le schéma théorique, les protéines SPIKE diffusées par une multitude de cellules productrices sont reconnues comme des ennemis par le système immunitaire, **qui s'attaque à tout élément contenant ou composé de l'antigène protéine SPIKE.**

Le virus SARS-CoV-2 entré dans l'organisme par infection naturelle se retrouve donc théoriquement attaqué et détruit par le système immunitaire. Le sujet injecté serait ainsi protégé contre une future infection naturelle.

2. LES MALADIES POUVANT ÊTRE DÉCLENCHÉES PAR LES INJECTIONS À ARN messenger, la « maladie de l'ARNm » ANTI-COVID-19

Des causes biologiques (2.1.) sont à l'origine des pathologies déclenchées par la « maladie de l'ARNm » (2.2.)

2.1 Les causes du déclenchement des maladies suite à une ou plusieurs injections d'ARN messenger anti-COVID-19

Outre le fait qu'une infection naturelle contractée quelques temps après l'injection anti-COVID-19 ne sera peut-être pas reconnue par le système immunitaire, car les coronavirus mutent très rapidement, derrière le schéma théorique de protection très séduisant, exposé ci-dessus, se cachent de sérieux problèmes qui ne pouvaient pas être ignorés par les laboratoires pharmaceutiques Pfizer et Moderna, au moment de la conception de ces nouveaux « vaccins ».

Nombre de ces problèmes étaient abondamment documentés, avant l'utilisation de cette nouvelle technologie et bien avant le lancement des campagnes d'injection massive de la population française, en 2021.

La « maladie de l'ARNm » à l'antigène protéine SPIKE est une nouvelle pathologie d'inoculation, différente de l'infection naturelle au virus SARS-CoV-2 qui provoque le COVID-19.

Elle déclenche, certes, des symptômes ou maladies identiques à celle du COVID-19, mais elle pourrait aussi être à l'origine de nouvelles pathologies, telles que les « **turbo cancers** », **les myocardites, les hémorragies cérébrales, les cancers du foie**, etc.

Elle regroupe donc de nombreuses maladies, **dont certaines peuvent être mortelles à très court terme** (quelques jours après l'injection d'ARN messenger), **à moyen terme ou à long terme.**

La « maladie de l'ARNm » à l'antigène protéine SPIKE, **et toutes les maladies qu'elle peut déclencher dans une multitude d'organes, peut s'expliquer notamment par :**

2.1.1. Les quantités démesurées d'ARN messenger injectés

D'après les calculs du Professeur J-M CLAVERIE², le nombre d'ARN messenger injectés représente, pour le produit Pfizer, l'équivalent de la quantité d'ARN messenger se trouvant dans **6m³ de fluide nasal infecté** et, pour une injection du produit Moderna, **de 23 m³**.

2.1.2 La toxicité des nanoparticules lipidiques dans lesquelles sont encapsulés les ARN messenger

Les nanoparticules lipidiques, vectrices et protectrices de l'ARN messenger vaccinal, sont constituées de nouveaux composants jamais utilisés en médecine et potentiellement toxiques³.

2.1.3. L'absence totale de contrôle de la biodistribution de l'ARNm et de sa production de protéines SPIKE vaccinales

Les nanoparticules lipidiques porteuses de l'ARN messenger du vaccin circulent dans le sang et se répandent, après l'injection, dans tout le corps et dans tous les organes (l'ARNm passe aussi dans le lait maternel et traverse la barrière placentaire), **sans que l'on sache précisément où et dans quelle quantité.**

Les protéines SPIKE vaccinales produites à partir des ARN messenger circulent également dans le sang et atteignent tous les organes (elles passent, en particulier, la barrière hémato-encéphalique), **sans que l'on sache, non plus, précisément à quel endroit et dans quelle quantité.**

Les ARN messenger vaccinaux et les protéines SPIKE produites par les cellules persistent plusieurs mois dans le corps des personnes vaccinées⁴.

² Cf ANNEXE 1 : Note d'expertise du Pr JM CLAVERIE.

Professeur Jean-Michel CLAVERIE, Professeur de médecine de l'Université Aix-Marseille, Directeur de l'institut de Microbiologie de la Méditerranée et du laboratoire Information Génomique et Structurale.

³ Segalla, G. (2023). Chemical-physical criticality and toxicological potential of lipid nanomaterials contained in a COVID-19 mRNA vaccine. *International Journal of Vaccine Theory, Practice, and Research*, 3(1), 787-817. <https://doi.org/10.56098/ijvtpr.v3i1.68>

⁴ Banoun H. Current state of knowledge on the excretion of mRNA and spike produced by anti-COVID-19 mRNA vaccines; possibility of contamination of the entourage of those vaccinated by these products. *Infect Dis Res*. 2022;3(4):22. <https://doi.org/10.53388/IDR20221125022>

2.1.4. Les manipulations géniques effectuées sur les ARN messenger injectés aux conséquences incontrôlées sur le court, moyen et long terme

Les ARN messenger vaccinaux ne sont pas la copie conforme de la partie du virus naturel dédiée à la production de la protéine SPIKE.

Les ARN messenger synthétiques ont été modifiés par les fabricants, afin de les rendre plus stables et, donc, plus robustes. **Ces modifications ont notamment pour but de leur permettre de produire un maximum d'antigène de protéines SPIKE, avant d'être dégradés, ce qui n'est pas sans conséquence.**

Afin de rendre leurs ARN messenger plus robustes, voire indestructibles, les fabricants ont, notamment, modifié leur composition dans trois zones critiques :

- a)** Enrichissement du couple de base G et C (il fait partie des bases composant les acides nucléiques ADN et ARN) ;
- b)** Rallongement de la queue de polyadénylation (la polyadénylation consiste en l'addition d'une queue poly(A), une succession de nombreux ribonucléotides de type Adénosine (A), à l'extrémité des ARNm) ;
- c)** Remplacement des uridines (qui sont l'un des quatre constituants principaux de l'ARN) par des pseudo-uridines, alors qu'il est reconnu qu'elles provoquent des problèmes de reconnaissance par la machinerie cellulaire, qui pourraient produire des mutants de la protéine SPIKE. La technologie de remplacement par des pseudo-uridines n'est pas bien maîtrisée aujourd'hui ⁵.

En résumé, pour chaque injection d'ARN messenger, on ne connaît :

- **Ni la quantité de protéine SPIKE qui sera produite à chaque injection ;**
- **Ni la quantité de protéine SPIKE qui sera produite par chaque ARN messenger injecté ;**
- **Ni la durée pendant laquelle les cellules de l'organisme injecté vont produire de la protéine SPIKE ;**
- **Ni à quel endroit, dans quels organes et dans quelles quantités les ARN messenger vont pénétrer les cellules ou les groupes de cellules.**

⁵ Banoun H, mRNA: vaccine or gene therapy ? The safety issues of regulation, Researchgate, June 2023 https://www.researchgate.net/publication/369076978_mRNA_vaccine_or_gene_therapy_The_safety_issues_of_regulation

On peut rajouter à cet inquiétant constat :

a) Le risque de l'intégration des ARN messager vaccinaux modifiés au génome humain, ce qui conduit inévitablement à la transmission de l'information génique synthétique à la descendance de la personne infectée.

Il n'est pas improbable que, dans ces conditions, la production de protéines SPIKE puisse être relancée par l'organisme lui-même. Il produirait alors ses propres ARN messager de production de protéine SPIKE et provoquerait, de ce fait, l'une des nombreuses pathologies de la « maladie de l'ARNm » à l'antigène protéine SPIKE.

L'intégration au génome humain de l'ARN messager à l'antigène protéine SPIKE a été démontrée *in vitro*. L'intégration au génome humain de l'ARN du virus a été démontrée chez des personnes infectées⁶ ;

b) Le risque que les ARN messager vaccinaux soient capables de persister dans l'organisme et de relancer la production de protéines SPIKE, longtemps après l'injection, ceci pouvant provoquer des résurgences dans le temps des pathologies liées à l'« maladie de l'ARNm » ;

c) Le risque de phénomènes d'erreurs de copie, qui produisent des mutants de la protéine SPIKE et créent des risques importants d'agglomération et de dépôt d'amas de protéines (maladies à prions). De surcroît, la protéine SPIKE, elle-même, pourrait se comporter comme un prion et engendrer des maladies neuro-dégénératives⁷.

2.1.5. La très longue durée de vie des protéines SPIKE produites par les cellules de la personne injectée et leurs concentrations

Les protéines SPIKE vaccinales persistent longtemps chez les personnes vaccinées, au minimum plusieurs mois⁸.

⁶ <https://www.aimsib.org/2022/03/20/retrotranscription-et-integration-dans-le-genome-de-larn-viral-et-ou-vaccinal-que-sait-on/> Rétrotranscription et intégration dans le génome de l'ARN viral et/ou vaccinal : que sait-on ?

⁷ Idrees D, Kumar V. SARS-CoV-2 spike protein interactions with amyloidogenic proteins: Potential clues to neurodegeneration. *Biochem Biophys Res Commun*. 2021 May 21;554:94-98. doi: 10.1016/j.bbrc.2021.03.100. Epub 2021 Mar 24. PMID: 33789211; PMCID: PMC7988450.

⁸ Banoun H. Current state of knowledge on the excretion of mRNA and spike produced by anti-COVID-19 mRNA vaccines; possibility of contamination of the entourage of those vaccinated by these products. *Infect Dis Res*. 2022;3(4):22. <https://doi.org/10.53388/IDR20221125022>.

IMPORTANT : Lors d'une infection naturelle **sévère** par le virus SARS-CoV-2 déclenchant la maladie COVID-19, la concentration de protéines SPIKE médiane observée peut être de **50 picogrammes par millilitre** avec des maximums à **1 000 picogrammes par millilitre**. Ces concentrations **sont extrêmement rares**, car peu de malades développent une forme sévère de la maladie COVID-19.

Après une injection avec un « vaccin » à ARN messager anti-COVID-19, des concentrations allant jusqu'à **150 picogrammes par millilitre** sont couramment observées, mais elles peuvent atteindre **10 000 picogrammes par millilitre** chez les individus présentant une thrombocytopénie induite par le « vaccin » à ARN messager⁹.

2.2. Les maladies déclenchées par la « maladie de l'ARNm » à l'antigène protéine SPIKE

Les connaissances actuelles permettent de répartir les pathologies de la « maladie de l'ARNm » à l'antigène protéine SPIKE en quatre groupes :

- Les maladies liées au dérèglement du système Rénine-Angiotensine ;
- Les maladies à prions ;
- Les maladies auto-immunes ;
- Les immunodépressions partielles.

2.2.1. Les très nombreuses maladies causées par le dérèglement du Système Rénine-Angiotensine

Un empoisonnement à l'antigène protéine SPIKE, ce qui est le cas lorsqu'elle se trouve en quantité massive dans le corps humain, peut neutraliser les récepteurs ECA2 du Système Rénine-Angiotensine, dont la fonction est de dégrader l'Angiotensine 2.

L'excès d'Angiotensine 2 qui en résulte sature les récepteurs AT1R et dérègle gravement le système Rénine-Angiotensine. La production de mutants de la protéine SPIKE par l'utilisation de N1-méthyl pseudo-uridines favorise aussi la saturation des récepteurs ECA2.

⁹ Cosentino M, Marino F. The spike hypothesis in vaccine-induced adverse effects: questions and answers. Trends Mol Med. 2022 Oct;28(10):797-799. doi: 10.1016/j.molmed.2022.07.009. Epub 2022 Sep 12. PMID: 36114089; PMCID: PMC9494717.

La dangerosité du dérèglement du Système Rénine-Angiotensine, due à la saturation des récepteurs ECA2 par la protéine SPIKE, est **connue depuis fort longtemps**.

Elle a été notamment identifiée lors de l'épidémie de SARS-CoV-1, dès 2003 :

- **NATURE, novembre 2003** : L'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 est un récepteur fonctionnel du coronavirus du SRAS¹⁰ ;
- **CELL MOLL LIFE SCI, novembre 2004** : L'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 : un récepteur fonctionnel du coronavirus du SRAS¹¹ ;
- **J VIROL, octobre 2004** : Les rétrovirus pseudotypés avec la protéine de pointe du coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère infectent efficacement les cellules exprimant l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2¹² ;

La dangerosité du dérèglement du Système Rénine-Angiotensine a été rappelée, en mars 2018, dans des documents déclassifiés et authentifiés¹³ de la DARPA¹⁴ (la *Defense Advanced Research Projects Agency*, la DARPA, est une agence du département de la Défense des États-Unis, chargée de la recherche et développement des nouvelles technologies destinées à un usage militaire) « **Le SARS-CoV-2, ci-après dénommé SARSr-CoV-WIV, est une chimère synthétique de protéine de pointe conçue pour s'attacher aux récepteurs ACE2 de l'être humain** ».

Ces interactions dangereuses de l'antigène protéine SPIKE avec le système Rénine-Angiotensine ont aussi été rappelées et parfaitement décrites par le Dr. Jean-Marc SABATIER¹⁵, dès début 2020^{16 17 1819}, **donc avant l'injection massive des populations**, et dans de nombreuses revues scientifiques internationales^{20 21 22 23 24}.

¹⁰ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14647384/>

¹¹ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15549175/>

¹² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15367630/>

¹³ Cf ANNEXE 2 bis : Authentification des documents du Major MURPHY et du Projet Veritas par le Sénateur Johnson (traduction)

¹⁴ Cf ANNEXE 2 : Traduction informatique de la page du site internet du projet VERITAS (journalistes d'investigation) et extraction du passage ECA2 / Corona virus et le rapport du Major Joseph MURPHY dans les documents déclassifiés. <https://www.projectveritas.com/news/military-documents-about-gain-of-function-contradict-fauci-testimony-under/>

¹⁵ Jean-Marc SABATIER, Docteur en Biologie Cellulaire et Microbiologie, HDR en Biochimie, Directeur de recherche au CNRS.

¹⁶ Infectious Disorders – Drug Targets, par les Docteurs Zhijian Cao, Yingliang Wu, Emmanuelle Faucon et Jean-Marc Sabatier.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32370727/>

¹⁷ Cao Z, Wu Y, Faucon E, Sabatier JM. SARS-CoV-2 & Covid-19: Key-Roles of the 'Renin-Angiotensin' System / Vitamin D Impacting Drug and Vaccine Developments. *Infect Disord Drug Targets*. 2020;20(3):348-349. doi: 10.2174/1871526520999200505174704.

Pour plus de détails, voir la vidéo « Maladies COVID 19 et Système Rénine-Angiotensine par le Dr Jean-Marc SABATIER »²⁵.

Or, la saturation décrite des récepteurs AT1R peut déclencher les maladies suivantes :

CERVEAU : maux de tête, confusion, inflammation, insomnie, hypoguesie, accident vasculaire cérébral (AVC), myalgie, Encéphalopathie ;

FOIE : augmentation des taux de bilirubine et d'aminotransférase, stéatose microvasculaire, dégénérescence des hépatocytes, hépatite ;

REINS : oligurie, hématurie, protéinurie, diminution de la pression artérielle, lésions rénales chroniques aiguës, insuffisance rénale ;

TRACTUS GASTRO-INTESTINAL : nausées, vomissements, diarrhées, anorexie, douleurs abdominales, infections microbiennes ;

POUMONS : Toux sèche, éternuements, rhinorrhée, maux de gorge, dyspnée, pneumonie, syndrome de détresse respiratoire (SDRA) ;

CŒUR : insuffisance cardiaque, inflammations (Myocardite et Péricardite), fibrillations auriculaires, syndrome coronarien aigu, hypertension, dysfonctionnement endothélial, maladies microvasculaires, thrombo-embolie, fibrose, palpitations, arythmies ;

ORGANES REPRODUCTEURS : dommages sur les organes reproducteurs pouvant entraîner la perte de fécondité ;

¹⁸ El-Arif G, Farhat A, Khazaal S, Annweiler C, Kovacic H, Wu Y, Cao Z, Fajloun Z, Khattar ZA, Sabatier JM. The Renin-Angiotensin System: A Key Role in SARS-CoV-2-Induced COVID-19. *Molecules*. 2021 Nov 17;26(22):6945. doi: 10.3390/molecules26226945.

¹⁹ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35408447/>

Angiotensin II Type I Receptor (AT1R): The Gate towards COVID-19-Associated Diseases

²⁰ Moghaddar M, Radman R, Macreadie I. Severity, Pathogenicity and Transmissibility of Delta and Lambda Variants of SARS-CoV-2, Toxicity of Spike Protein and Possibilities for Future Prevention of COVID-19. *Microorganisms*. 2021; 9(10):2167. <https://doi.org/10.3390/microorganisms9102167>

²¹ Almejdi, A.M., Khoder, G., Alchakee, A.S. et al. SARS-CoV-2 spike protein: pathogenesis, vaccines, and potential therapies. *Infection* 49, 855–876 (2021). <https://doi.org/10.1007/s15010-021-01677-8>

²² 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 Y. SARS-CoV-2 Spike Protein Impairs Endothelial Function via Downregulation of ACE 2. *Circ Res*. 2021 Apr 30;128(9):1323-1326. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.121.318902. Epub 2021 Mar 31. PMID: 33784827; PMCID: PMC8091897 <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.318902>

²³ Cho, Leonardo Andrade, Gerald S. Shadel, Mark Hepokoski, Ting Lei, Hongliang Wang, Jin Zhang, Jason X.-J. Yuan, Atul Malhotra, Uri Manor, Shengpeng Wang, Zu-Yi Yuan, John Y.-J. Shyy, Letarov, A.V., Babenko, V.V. & Kulikov, E.E. Free SARS-CoV-2 Spike Protein S1 Particles May Play a Role in the Pathogenesis of COVID-19 Infection. *Biochemistry Moscow* 86, 257–261 (2021). <https://doi.org/10.1134/S0006297921030032>

²⁴ Cho, Leonardo Andrade, Gerald S. Shadel, Mark Hepokoski, Ting Lei, Hongliang Wang, Jin Zhang, Jason X.-J. Yuan, Atul Malhotra, Uri Manor, Shengpeng Wang, Zu-Yi Yuan, John Y.-J. Shyy, Letarov, A.V., Babenko, V.V. & Kulikov, E.E. Free SARS-CoV-2 Spike Protein S1 Particles May Play a Role in the Pathogenesis of COVID-19 Infection. *Biochemistry Moscow* 86, 257–261 (2021). <https://doi.org/10.1134/S0006297921030032>

²⁵ <https://crowdbunker.com/v/NZV54J6DsS>

PANCRÉAS : diminution du flux sanguin pancréatique, inflammation, fibrose, résistance à l'insuline, diabète sucré ;

Le dérèglement du Système Rénine-Angiotensine est aussi responsable :

- **De cancers**, car le système Rénine-Angiotensine est impliqué dans la différenciation et la prolifération cellulaire, et il favorise la croissance des vaisseaux sanguins ; « Des études de cancérogénicité, de tumorigénicité et de suppression immunitaire auraient dû être réalisées, **car deux études ont suggéré que les vaccins ARNm pouvaient induire une immunotolérance.**

En outre, la protéine spike peut interagir avec le suppresseur de tumeur (p53)²⁶. Il serait donc judicieux d'explorer l'effet tumorigène *in vivo* et de surveiller les éventuels cancers développés par les personnes vaccinées à long terme, d'autant plus qu'il a été suggéré que les cancers peuvent être réactivés par les vaccins ARNm ou se développer après une vaccination ARNm [voir note 5 page 12].

- De **maladies auto-immunes**, car le système Rénine-Angiotensine pilote l'immunité innée ;
- D'une **hypokaliémie**, déficit de potassium dans le sang qui peut être responsable de pathologies très sévères, y compris le syndrome de **fatigue chronique**, et la **paralysie des membres** ;
- Du syndrome d'activation macrophagique, que l'on appelle le **SAM** ;
- Du syndrome d'activation mastocytaire, **SAMA** ;
- De la pullulation des bactéries du colon au niveau de l'intestin grêle, que l'on appelle le **SIBO**.

PATHOLOGIES POUVANT ETRE MORTELLES A COURT TERME :

Certaines de ces pathologies peuvent être mortelles à court terme.

Tel est le cas du syndrome de détresse respiratoire (SDRA), de l'insuffisance cardiaque, la myocardite, de la péricardite, de la fibrillation auriculaire, du syndrome coronarien aigu, de

²⁶ <https://osf.io/2ts54/> : Les protéines p53 et BRCA1 sont des **protéines suppresseur de tumeur** bien connues qui régulent les gènes en aval en réponse à de nombreux stress cellulaires et sont fréquemment mutées dans le cancer humain p53 (Silver Daniel P. et David M. Livingston). **On observe qu'il est inhibé par le SARS-CoV 2 (Stingi Aureliano et Lu).**

l'hypertension, du dysfonctionnement endothélial, des maladies microvasculaires, de la thrombo-embolie, de la fibrose, des inflammations (cœur, cerveau etc.), des palpitations, des arythmies, de la diminution du flux sanguin pancréatique, de la pneumonie ou de l'accident vasculaire cérébral (AVC). Un des principaux types d'arythmie, la fibrillation auriculaire, est responsable d'AVC graves par formation de caillots par le sang qui stagne dans l'oreillette du cœur.

La quantité astronomique d'ARNm vaccinal injecté, cumulée au fait qu'un ARN messager synthétique est capable de produire un nombre indéterminé d'antigènes protéines SPIKE, voire des mutants de la SPIKE originale, rendait **l'intoxication du corps injecté prévisible**.

Les fabricants savaient qu'une telle intoxication pouvait produire des effets très néfastes, voire mortels, pour le sujet injecté, à court, à moyen et à long terme, notamment en causant un dérèglement du Système Rénine-Angiotensine.

2.2.2 Les maladies à prions

Les maladies à prions sont des maladies cérébrales (qui peuvent aussi, mais plus rarement, toucher d'autres organes) dégénératives rares, progressives, **fatales et actuellement incurables**. Elles sont dues à la transformation d'une protéine en une forme altérée, appelée prion.

Les manipulations effectuées sur les ARN messager injectés, et notamment le remplacement des uridines (un des quatre constituants principaux de l'ARN) par des pseudo-uridines (technologie mal maîtrisée aujourd'hui), provoquent des problèmes de reconnaissance à la machinerie cellulaire. La cellule colonisée par l'un de ces ARN messager produit également des mutants de la protéine SPIKE. Ces mutants de protéines mal formés, cumulés à la quantité incontrôlée de protéines SPIKE produites conduisent à la création de prions²⁷.

Le système immunitaire ne parvient pas à les éliminer, car les prions résistent aux protéases (enzymes chargés du nettoyage des protéines-déchets).

²⁷ Idrees D, Kumar V. SARS-CoV-2 spike protein interactions with amyloidogenic proteins: Potential clues to neurodegeneration. *Biochem Biophys Res Commun*. 2021 May 21;554:94-98. doi: 10.1016/j.bbrc.2021.03.100. Epub 2021 Mar 24. PMID: 33789211; PMCID: PMC7988450.

Ce nouveau type de prions se comporte comme les prions que nous connaissons déjà et qui sont à l'origine de baisses cognitives très significatives, de démence précoce, etc.

Une étude récente, de feu le Professeur MONTAGNIER, du Dr. Claire MORET-CHALMIN et du Dr. PEREZ, a clairement démontré la causalité entre l'injection anti-COVID et l'apparition de nombreux cas de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, depuis 2021²⁸.

2.2.3. Les réactions auto-immunes localisées dont certaines sont IRREVERSIBLES

Les quantités très importantes d'ARN messenger injectées qui, entre autres, pénètrent le cœur et le cerveau, ne sont pas absorbées uniformément par les cellules. La localisation des absorptions peut créer des zones où sont concentrées la production d'antigène protéine SPIKE.

Comme nous l'avons vu, certaines des protéines SPIKE produites sont éjectées de la cellule, avant de circuler dans l'organisme, alors que d'autres restent accrochées à la cellule productrice.

Les cellules productrices et les protéines SPIKE restées accrochées sur celle-ci deviennent alors une cible pour le système immunitaire. La première phase de l'attaque provoque des inflammations (myocardites, pour le cœur) qui, elles-mêmes, conduisent inévitablement à la mort cellulaire, la nécrose.

Il se crée alors des zones de nécrose, des « trous » cellulaires irréversibles sur des organes dont les cellules ne se régénèrent pas, comme le cœur, le cerveau, etc.

Ces zones de nécroses peuvent, par exemple, expliquer les décès brutaux, consécutifs à une insuffisance cardiaque (maladie du « cœur spongieux ») ou les hémorragies, notamment cérébrales (nécroses des cellules endothéliales des vaisseaux sanguins du cerveau).

²⁸ Perez, J.-C., Moret-Chalmin, C., & Montagnier, L. (2023). Emergence of a New Creutzfeldt-Jakob Disease: 26 Cases of the Human Version of Mad-Cow Disease, Days After a COVID-19 Injection. *International Journal of Vaccine Theory, Practice, and Research*, 3(1), 727–770. <https://doi.org/10.56098/ijvtpr.v3i1.66>

2.2.4. Les maladies d'immunodépression partielle

Les vaccins ARN messager pourraient induire un phénomène d'immunotolérance^{29 30}.

Ce phénomène peut favoriser les infections et les cancers.

3. LA TRANSMISSIBILITÉ DE LA NOUVELLE PATHOLOGIE INOCULÉE, LA « MALADIE DE L'ARNm » A L'ANTIGÈNE PROTEINE SPIKE

Il existe un risque de transmission de cette **nouvelle pathologie d'inoculation**.

En effet, à l'agent pathogène injecté (l'ARN messager vaccinal) s'ajoute l'agent pathogène créé, la protéine SPIKE. Ces deux agents pathogènes pourraient être contagieux et être, tous deux, à l'origine du phénomène de *shedding* (excrétion). Ceci a été démontré pour le passage dans le lait maternel de femme vaccinée^{31 32 33 34}. Les mères allaitantes peuvent donc contaminer leurs bébés par l'ARNm vaccinal.

Les nanoparticules lipidiques porteuses de l'ARNm du vaccin se répandent après l'injection dans tout le corps, selon les études animales disponibles. Chez l'homme, l'ARNm vaccinal est retrouvé dans la circulation sanguine, de même que la SPIKE vaccinale.

Or, il a été démontré que les nanoparticules lipidiques peuvent être excrétées par les fluides corporels (sueur, expectoration, lait maternel, etc.) et passer la barrière placentaire. Les nouvelles nanoparticules qui se forment et encapsulent la protéine SPIKE vaccinale

²⁹ Irrgang et al, 2022; Irrgang et al Class switch toward noninflammatory, spike-specific IgG4 antibodies after repeated SARS-CoV-2 mRNA vaccination. *Sci Immunol.* 2023 Jan 27;8(79):eade2798. doi: 10.1126/sciimmunol.ade2798. Epub 2023 Jan 27. PMID: 36548397; PMCID: PMC9847566.;] [Gao FX, Wu RX, Shen MY, Huang JJ, Li TT, Hu C, Luo FY, Song SY, Mu S, Hao YN, Han XJ, Wang YM, Li L, Li SL, Chen Q, Wang W, Jin AS. Extended SARS-CoV-2 RBD booster vaccination induces humoral and cellular immune tolerance in mice. *iScience.* 2022 Dec 22;25(12):105479. doi: 10.1016/j.isci.2022.105479. Epub 2022 Nov 2. PMID: 36338436; PMCID: PMC9625849.

³⁰ Gao FX, Wu RX, Shen MY, Huang JJ, Li TT, Hu C, Luo FY, Song SY, Mu S, Hao YN, Han XJ, Wang YM, Li L, Li SL, Chen Q, Wang W, Jin AS. Extended SARS-CoV-2 RBD booster vaccination induces humoral and cellular immune tolerance in mice. *iScience.* 2022 Dec 22;25(12):105479. doi: 10.1016/j.isci.2022.105479.

³¹ Yeo KT, Chia WN, Tan CW, Ong C, Yeo JG, Zhang J, Poh SL, Lim AJM, Sim KHZ, Sutamam N, Chua CJH, Albani S, Wang LF, Chua MC. Neutralizing Activity and SARS-CoV-2 Vaccine mRNA Persistence in Serum and Breastmilk After BNT162b2 Vaccination in Lactating Women. *Front Immunol.* 2022 Jan 11;12:783975. doi: 10.3389/fimmu.2021.783975. PMID: 35087517; PMCID: PMC8787073.

³² Low JM, Gu Y, Ng MSF et al. Codominant IgG and IgA expression with minimal vaccine mRNA in milk of BNT162b2 vaccinees. *NPJ Vaccines.* 2021 Aug 19;6(1):105. <https://doi.org/10.1038/s41541-021-00370-z>

³³ Hanna N, Heffes-Doon A, Lin X, et al. Detection of Messenger RNA COVID-19 Vaccines in Human Breast Milk. *JAMA Pediatr.* Published online September 26 2022. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.3581>

³⁴ Golan Y, Prael M, Cassidy AG et al. COVID-19 mRNA Vaccination in Lactation: Assessment of Adverse Events and Vaccine-Related Antibodies in Mother-Infant Dyads. 2021 *Front. Immunol.* 12:777103. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.777103>

peuvent également provoquer des contaminations interhumaines, par inhalation et à travers la peau (saine ou lésée), ainsi que par voie orale ⁸.

Les contaminations pourraient également se produire lors de rapports sexuels, *via* le sperme.

4. CONCLUSION DU PARAGRAPHE B

Bien que le rapport du Major MURPHY, de l'US Marine Corps, et les documents fournis par les journalistes d'investigation du Projet VERITAS concernant les activités de **Peter DASZAK de l'organisation EcoHealth Alliance** et celles d'**Antoni FAUCI** du NIAID (*National Institute of Allergy and Infectious Diseases*) (documents authentifiés, notamment par le Sénateur JOHNSON¹³) avaient parfaitement identifié **dès mars 2018**³⁵ :

➤ Que « **le SARS-CoV-2 est un vaccin recombinant de chauve-souris, créé par les Américains, ou son virus précurseur. Il a été créé dans le cadre d'un programme de l'Alliance EcoHealth, à l'Institut de virologie de Wuhan (WIV), comme le suggèrent les rapports relatifs à l'hypothèse de la fuite du laboratoire. Les détails de ce programme ont été dissimulés depuis le début de la pandémie** » ;

➤ Que « le SARS-CoV-2, ci-après dénommé SARSr-CoV-WIV, est **une chimère synthétique de protéine de pointe conçue pour s'attacher aux récepteurs ACE2 de l'être humain**, insérée dans un SARSr-CoV recombinant de colonne vertébrale de chauve-souris » ;

➤ Que « En raison de sa nature connue, **la maladie du SARSr-CoV-WIV est facilement résolue par un traitement précoce qui inhibe la réplication virale qui propage les protéines spike dans le corps** (qui induisent une réponse immunitaire hyperactive nuisible lorsque le corps tente **d'éliminer les spikes des récepteurs AEC2**) » ;

➤ Qu'« un grand nombre des premiers protocoles de traitement **ignorés par les autorités** fonctionnent, parce qu'ils inhibent la réplication virale ou modulent la réponse immunitaire à la protéine spike, ce qui est logique dans le contexte de ce qu'EcoHealth a

³⁵ Cf ANNEXE 2.

créé. Certains de ces protocoles de traitement inhibent également l'action de la protéine spike modifiée. Par exemple, **l'ivermectine (identifiée comme curative, en avril 2020) fonctionne à toutes les phases de la maladie, car elle inhibe la réplication virale et module la réponse immunitaire.** Il convient de noter que le phosphate de chloroquine (**Hydroxychloroquine, identifié comme curative, en avril 2020)** est identifié dans la proposition comme un inhibiteur du SARS-CoV, tout comme l'interféron (**identifié comme curatif, en mai 2020)** » ;

➤ Que « **les vaccins codés par un gène, ou " ARNm ", fonctionnent mal,** car ils sont des répliquations synthétiques des protéines de pointe du SARSr-CoV-WIV déjà synthétiques et ne possèdent aucun autre épitope. L'ARNm demande aux cellules de produire des copies synthétiques de la protéine de pointe synthétique du SRASr-CoV-WIV, directement dans la circulation sanguine, où elles se propagent et produisent la même tempête immunitaire ACE2 que le vaccin recombinant. De nombreux médecins du pays ont constaté que les symptômes des réactions au vaccin reflètent les symptômes de la maladie, ce qui corrobore la nature synthétique et la fonction similaires des protéines de pointe respectives.

Les personnes vaccinées n'ont aucun moyen de défense contre l'entrée dans la circulation sanguine, mais leur nez les protège de la protéine quasi-espèce recombinante pendant l'"infection naturelle" (mieux connue sous le nom d'inoculation par aérosol) ».

Bien que d'autres traitements précoces aient été identifiés, dès 2020, particulièrement celui préconisé par les collaborateurs du **Professeur Luc MONTAGNIER**, notamment par le **Dr. Claude ESCARGUEL** (antibiotiques macrolides ou cyclines ayant une action virostatique par action sur les bactéries et une action anti-inflammatoire^{36 37}, **l'injection de substances géniques en phase d'essais cliniques, avec les risques qu'elle comportait, a néanmoins été préférée par les autorités publiques.**

³⁶ Cf ANNEXE 3 : **La fin d'un mythe : "Si c'est un virus, pas d'antibiotique ?"** Dr Claude ESCARGUEL

³⁷ Janvier 2021

COVID-19: Can early home treatment with Azithromycin alone or with Zinc help prevent hospitalisation, death, and long-COVID-19?

[https://www.researchgate.net/publication/348217105_COVID-](https://www.researchgate.net/publication/348217105_COVID-19_Can_early_home_treatment_with_Azithromycin_alone_or_with_Zinc_help_prevent_hospitalisation_death_and_long-COVID-19_A_review)

[19_Can_early_home_treatment_with_Azithromycin_alone_or_with_Zinc_help_prevent_hospitalisation_death_and_long-COVID-19_A_review](https://www.researchgate.net/publication/348217105_COVID-19_Can_early_home_treatment_with_Azithromycin_alone_or_with_Zinc_help_prevent_hospitalisation_death_and_long-COVID-19_A_review)

C. LES AUTRES CONSÉQUENCES COMMUNES AUX INJECTIONS À ARN MESSAGER

Malgré les risques considérables associés à cette nouvelle technologie des « vaccins » à ARN messenger, tels qu'exposés ci-dessus, ceci **non seulement pour les « vaccins » anti-COVID-19, mais aussi tous les autres « vaccins » à venir utilisant cette technologie**, de façon inquiétante, les fabricants semblent bel et bien vouloir envahir massivement et rapidement le marché du vaccin, sans plus de précaution.

De façon tout aussi inquiétante, **les autorités de santé européennes et françaises n'ont toujours pas imposé la conduite d'essais précliniques et cliniques préalables complets et approfondis pour cette nouvelle technologie de « vaccins » à ARNm⁵.**

Certes, des essais cliniques, mais beaucoup trop limités et très insuffisants pour une technologie totalement nouvelle, sont en cours pour des vaccins ARNm contre la grippe, qui devraient être prochainement disponibles.

* **On remarquera de façon surprenante** que, les agences de réglementation européennes et américaines ont décidé que **les « vaccins » à ARNm échapperaient à la réglementation spécifique aux produits de thérapie génique.**

S'ils avaient été soumis à cette réglementation, ils auraient dû subir des **contrôles stricts**, auxquels ils ne sont pas soumis, en tant que vaccins contre une maladie infectieuse.

Pourtant leur principe d'action en fait des produits de thérapie génique^{38 5}.

En d'autres termes, les autorités sont prêtes à laisser, notamment, **les enfants et les femmes enceintes** se faire inoculer ces produits, même en l'absence d'essais cliniques sérieux.

³⁸ Présentation de H Banoun à la Commission Nationale d'Enquête citoyenne du Canada « ARNm : vaccin et/ou thérapie génique ? » NCI Commission d'Enquête Nationale Citoyenne Canadienne sur la COVID pour le Québec, 12 mai 2023.

<https://www.researchgate.net/publication/370749394> ARNm vaccin etou therapie genique NCI Commission d'Enquete Nationale Citoyenne Canadienne sur la COVID pour le Quebec 12 mai 2023

Ceci, malgré la découverte progressive des conséquences délétères des « vaccins » ARNm, à savoir :

- **Les très nombreuses maladies causées par le dérèglement du Système Rénine-Angiotensine ;**
- **Les maladies à prions ;**
- **Les réactions auto-immunes : destruction cellulaire potentielle sur de nombreux organes qui ne se régénèrent pas comme le cœur, le cerveau, etc. ;**
- **Les maladies d'immunodépression partielle ;**
- **et toutes les maladies dues aux « vaccins » à ARN messenger qui ne sont pas encore identifiées.**

Ce laisser-faire des autorités sanitaires pose de nombreuses questions.

Curieusement, l'aspect légal ne semble pas, non plus, avoir été pris en compte par les autorités sanitaires françaises, notamment en ce qui concerne :

- La possible **modification du génome humain et de sa descendance**, ce qui est strictement interdit par la Convention d'Oviedo (1997) signée par 29 pays dont la France ;
- Le principe de respect de **l'intégrité du corps humain**, qui est notamment assuré par les lois « Bioéthique » de 1994, qui ont introduit dans le Code civil les articles 16 et suivants.

Ainsi, l'article 16-1 alinéa 1^{er} du Code civil dispose que « *chacun a droit au respect de son corps* » ;

- Le principe d'**inviolabilité du corps humain**.

Ainsi, l'article 16-1 alinéa 2 du Code civil dispose que « *le corps humain est inviolable* » et l'article 16-3 que « *il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain* », sauf en cas de « *nécessité médicale* » et avec « *le consentement de l'intéressé* ».

Les principes d'intégrité et d'inviolabilité du corps humain et de consentement libre et éclairé, préalable à toute intervention médicale, figurent également dans le Code de la santé publique (Article L. 1111-4), le Code de déontologie médicale (article 36 et article R.

4127-36 du Code de santé publique), le « Code » de Nuremberg (1947), la Déclaration d'Helsinki (1996) signée par 45 pays dont la France, la Résolution 2361 du Conseil de l'Europe (28 janvier 2021) et par la jurisprudence de la CEDH (CEDH, Salvetti c/Italie, 9 juillet 2002, n°42197/98).

Peut-on sérieusement considérer, étant donné le caractère insidieux et non-contrôlé des mécanismes de la technologie des « vaccins » à ARN messager exposés, que la prise de contrôle génique du corps humain sans le consentement libre et éclairé des intéressés respecte ces principes ?

Références :

- **Serment d'Hippocrate (-460//377) :** « *je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion* » ;
- **Code civil :** Article 16-1 : « *chacun a le droit au respect de son corps. Le corps est inviolable* » ;
- **Code de déontologie médicale, article 36 :** Article R. 4127-36 du Code de santé publique : « *le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences* » ;
- **Loi Kouchner (4 mars 2002) :** Article L. 1111-4 du Code de santé publique : « *toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* » ;
- **Code de Nuremberg (1947) :** « *le consentement du sujet humain est absolument essentiel. Le pacte international relatif aux droits civils et politiques a repris cette interdiction contre toute expérimentation involontaire, dans son texte de 1966 qui stipule :*

nul ne peut être soumis sans son consentement à une expérience médicale ou scientifique » ;

➤ **Déclaration de Genève pour les médecins (1948)** : « je respecterai l'autonomie et la dignité de mon patient. Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiles, même sous la contrainte. Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception. Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci » ;

➤ **Déclaration d'Helsinki (1996) signée par 45 pays dont la France**, Article 25 : « la participation de personnes capables de donner un consentement éclairé à une recherche médicale doit être un acte volontaire. Aucune personne capable de donner son consentement éclairé ne peut être impliquée dans une recherche sans avoir donné son consentement libre et éclairé » ;

➤ **Convention d'Oviedo (1997) signée par 29 pays dont la France**, Article 5 : « une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques. La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement » ;

Et Article 13 – **Interventions sur le génome humain** : « une intervention ayant pour objet de **modifier le génome humain ne peut être entreprise que pour des raisons préventives, diagnostiques ou thérapeutiques et seulement si elle n'a pas pour but d'introduire une modification dans le génome de la descendance** » ;

➤ **CEDH, Arrêt Salvetti (2002)** : « en tant que traitement médical non volontaire, la vaccination obligatoire constitue une ingérence dans le droit au respect de la vie privée, garanti par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales » (CEDH, Salvetti c/Italie, 9 juillet 2002, n°42197/98) ;

➤ **Résolution 2361 du Conseil de l'Europe (28 janvier 2021)** : avis consultatif : « L'Assemblée demande instamment aux États membres et à l'Union européenne :

Article 731 : de s'assurer que les citoyennes et les citoyens sont informés que la vaccination n'est pas obligatoire et que personne ne subit de pressions politiques, sociales ou autres pour se faire vacciner, s'il ou elle ne souhaite pas le faire personnellement.

Article 732 : de veiller à ce que personne ne soit victime de discrimination pour ne pas avoir été vacciné, en raison de risque potentiel pour la santé ou pour ne pas vouloir se faire vacciner ».

II. PROTOCOLE D'AUTOPSIE

A. RÉSUMÉ

Vu la **nature complètement nouvelle des vaccins ARNm**, il convient de tenir compte de deux considérations essentielles :

D'une part, il n'y a **aucune raison de limiter dans le temps** l'imputation, donc le lien de causalité, entre l'injection et un effet indésirable.

Au contraire, l'une des particularités de ces injections est la possibilité que la production de protéines SPIKE vaccinale continue, au sein de l'organisme, pendant une période indéterminée.

D'autre part, il ne faut **pas limiter la recherche des pathologies induites par le vaccin aux signaux reconnus par la pharmacovigilance.**

En effet, les vaccins ARNm sont une technologie nouvelle, aux conséquences inconnues. Ainsi, la pharmacovigilance est loin d'avoir répertorié l'ensemble des effets indésirables possibles des injections ANRm et les cliniciens constatent, au fil du temps, la déclaration d'un nombre anormal de pathologies inexplicables, telles que les « turbo-cancers » ou le déclenchement inexplicable de maladies auto-immunes qui étaient jusque-là dormantes.

Le document ci-dessous reprend le protocole qu'une équipe allemande d'anatomo-pathologistes a mis au point pour établir un éventuel lien entre un décès et l'injection de l'un des vaccins à ARNm. Il a été complété par d'autres sources émanant de la littérature scientifique récente sur la question³⁹.

³⁹ <https://pathologie-konferenz.de>

<https://odysee.com/@fr:d/press-conference-death-by-vaccination-undeclared-components-of-COVID-19-vaccines:b>

[https://pathologie-konferenz.de/Tod nach COVID-19-Impfung www pathologie-konferenz de.pdf](https://pathologie-konferenz.de/Tod_nach_COVID-19-Impfung_www_pathologie-konferenz_de.pdf)

Conférence de presse : Mort par vaccination / Composants non déclarés des vaccins COVID-19

Notes et suggestions concernant l'examen post-mortem (autopsie) des personnes décédées dans le cadre de la vaccination Covid, Prof. Dr. Arne Burkhardt, Laboratoire de pathologie Reutlingen Obere Wässere 3-7, 72764 Reutlingen, Allemagne

<https://theredlist.co.za/en/how-to-obtain-an-autopsy-to-prove-vaccine-injury>

<https://theredlist.co.za/storage.za/d5238a31-13ff-4345-a0a5-3daa79a54e96/Dr-Burkhardt-Autopsy-Procedure.pdf>

Les points essentiels de ce protocole sont : la recherche d'événements thrombo-emboliques (tant au niveau macroscopique, que microscopique), de vascularites et de myocardites, de réactions auto-immunes, de réactions inflammatoires particulières de et de matières étrangères (lipides provenant des particules nanolipidiques vectrices du vaccin, par exemple, impuretés métalliques ou autres).

Outre l'examen du corps et de tous les organes, des prélèvements de tissus et de sang doivent être effectués : examens microscopiques, d'histochimie, recherche d'ARNm vaccinal ou de SPIKE produite par le vacciné (dans les tissus inflammés et nécrosés).

En cas d'atteinte du cerveau, la détection de l'ARNm dans le cerveau (en dehors de toute infection virale au SARS-CoV-2 documentée) signera la présence d'ARNm vaccinal.

En cas de thrombose, il faut rechercher la présence massive de plaquettes, ainsi que les facteurs moléculaires de la coagulation (facteur anti-plaquettaire 4, facteur von Willebrand, facteur VIII. Lorsque la thrombose est associée à une thrombopénie (chute du nombre de plaquettes causée par une consommation excessive des plaquettes), la présence d'anti-FP4 signe le mécanisme immunologique de l'agrégation des plaquettes.

Ceci peut être complété par l'étude des polymorphismes génétiques favorisant les maladies thrombotiques. La recherche de microthromboses doit être effectuée dans tous les organes par examen microscopique, ainsi que la présence de cellules de type CD4+. La présence de cellules T à prédominance CD4 signera le mécanisme à médiation immunitaire de la pathologie (donc due à la réaction immunologique au vaccin).

Pour les décès par myocardite, il faut demander la recherche d'une infiltration lymphocytaire du muscle cardiaque qui détruit les fibres et également de signes de thrombose. Il faut également rechercher une extravasation des globules rouges (sortis des vaisseaux, leur habitat normal) et des signes de cardiomyopathie de type Taotsubo, toxique ou de stress.

B. REMARQUES PRÉLIMINAIRES

1. Délai d'observation entre la vaccination et un effet indésirable

Pour les vaccins classiques, le délai habituel d'observation des effets indésirables est généralement de quelques semaines (6 à 8), mais, dans le cas des vaccins ARNm, ceci n'est aucunement justifié scientifiquement.

Pour les vaccins ARNm fondés sur une nouvelle formulation, une nouvelle technologie et un nouveau mode d'action, la **recherche du lien entre les effets indésirables et la vaccination ne devrait pas être temporellement limitée**^{40 41}.

En effet, l'ARNm du vaccin (et la SPIKE produite par les personnes vaccinées à partir de cet ARNm) persiste pendant des mois dans le corps⁴². Il n'y a donc aucune raison de limiter dans le temps la possibilité d'imputation d'un lien de causalité entre l'injection et un effet indésirable.

2. Pathologies post-vaccinales

Il n'y a aucune raison, non plus, de limiter les autopsies aux décès causés par certaines pathologies seulement. De nouvelles pathologies, non encore reconnues par la pharmacovigilance comme étant des causes possibles de décès post-vaccinaux, doivent être prises en compte puisque, par définition, les pathologies que causent les injections

⁴⁰ DOI 10.33140/JCEI.07.03.03 Conny Turni and Astrid Lefringhausen (2022) COVID-19 vaccines - An Australian Review. Journal of Clinical & Experimental Immunology. 7(3):491-508. Sept 2022

⁴¹ Banoun, H., & Provost, P. (2023). A 6-Week Time Period May not be Sufficient to Identify Potential Adverse Events Following COVID-19 Vaccination. International Journal of Vaccine Theory, Practice, and Research, 3(1). <https://doi.org/10.56098/ijvtpr.v3i1.67>
<https://ijvtpr.com/index.php/IJVTpr/article/view/67>
<https://qg.media/blog/laurent-mucchielli/a-quel-moment-surviennent-les-effets-secondaires-lies-a-la-vaccination-anti-covid/>

A quel moment surviennent les effets secondaires liés à la vaccination anti-Covid ?

⁴² Etat actuel des connaissances sur l'excrétion de l'ARNm et de la spike produite par les vaccins à ARNm anti-Covid-19 ; possibilité de contamination de l'entourage des personnes vaccinées par ces produits

Article publié dans Infectious Disease Research
November 2022

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03891675>

Version française de :

Banoun H. Current state of knowledge on the excretion of mRNA and spike produced by anti-COVID-19 mRNA vaccines; possibility of contamination of the entourage of those vaccinated by these products. Infect Dis Res. 2022;3(4):22.

<https://doi.org/10.53388/IDR20221125022>

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03891682>

ARNm sont encore **largement méconnues, tout comme le moment de leur apparition.**

Ainsi, il est probable que plus le temps passera, plus les pathologies post-vaccinales se diversifieront. Ceci signifie que, à ce jour, la pharmacovigilance ne recense qu'une petite partie des effets secondaires réels des injections ARNm.

Rappelons que la protéine SPIKE du virus est toxique en elle-même. Or, il est désormais admis que les personnes vaccinées produisent une quantité inconnue de protéines SPIKE et que celles-ci peuvent continuer à circuler dans le corps pendant une durée indéterminée et, en tout état de cause, supérieure à six mois et à créer des dommages à de nombreux organes³⁸.

Il en résulte que, *a priori*, **tous les décès post-vaccinaux (sauf accidents ou suicides) doivent être investigués pour rechercher une relation de causalité avec le vaccin.**

Il est étonnant que les décès suspects survenus dans les 7 jours de l'injection ne soient pas systématiquement investigués. Pourtant, une récente publication scientifique japonaise montre que, sur 46 autopsies, la plupart des décès étaient dus à des évènements cardiaques ou thrombotiques post-vaccinaux⁴³.

Notons que d'autres causes que les évènements thrombotiques peuvent être attribuées au vaccin : il suffit de consulter les effets indésirables les plus fréquemment rapportés sur le site Eudravigilance de la pharmacovigilance européenne.

Parmi ceux-ci : désordres sanguins et lymphatiques, désordres cardiaques, problèmes auditifs, désordres gastro-intestinaux, « désordres généraux » (dont mort cardiaque, mort cérébrale, mort clinique, défaillance multi-organe néo-natale, mort subite de l'enfant, mort due à l'épilepsie, etc.), infections, désordres musculo-squelettiques et du tissu conjonctival, désordres du système nerveux, désordres psychiatriques, du système reproducteur et des seins, respiratoires et thoraciques, de la peau et sous-cutanés, vasculaires, procédures chirurgicales.

⁴³ Suzuki H, Ro A, Takada A, Saito K, Hayashi K. Autopsy findings of post-COVID-19 vaccination deaths in Tokyo Metropolis, Japan, 2021. *Leg Med (Tokyo)*. 2022 Nov;59:102134. doi: 10.1016/j.legalmed.2022.102134. Epub 2022 Aug 20. PMID: 36037554; PMCID: PMC9392553.

Il ne s'agit là que des effets reconnus, à ce jour, par la pharmacovigilance européenne, lesquels ne couvrent pas l'ensemble des effets rapportés (certains n'étant pas considérés comme constituant, pour le moment, un signal valable), ni des effets à venir et encore inconnus.

Les publications de cas cliniques reliant des pathologies non encore reconnues par la pharmacovigilance aux vaccins ARNm sont très nombreuses.

Signalons, en particulier : hépatite⁴⁴, exacerbation de diabète⁴⁵, abcès cérébral⁴⁶, maladie neurodégénérative⁴⁷, glomérulonéphrite⁴⁸, atteinte rénale⁴⁹, neuropathie périphérique⁵⁰, pneumonie⁵¹, fibrose pulmonaire⁵², syndrome multi-inflammatoire⁵³, maladies de peau⁵⁴, pancréatite⁵⁵, syncope, appendicite, crise d'hypertension avec hémorragie intracrânienne,

⁴⁴ Martin-Navarro L, de Andrea C, Sangro B, Argemi J. In situ detection of vaccine mRNA in the cytoplasm of hepatocytes during COVID-19 vaccine-related hepatitis. *J Hepatol.* 2023 Jan;78(1):e20-e22. doi: 10.1016/j.jhep.2022.08.039. Epub 2022 Sep 15. PMID: 36116717; PMCID: PMC9474959.

⁴⁵ Partenope C, Pedranzini Q, Petri A, Rabbone I, Prodham F and Bellone S (2023) AVP deficiency (central diabetes insipidus) following immunization with anti-COVID-19 BNT162b2 Comirnaty vaccine in adolescents: A case report. *Front. Endocrinol.* 14:1166953. doi: 10.3389/fendo.2023.1166953

⁴⁶ Accorsi EK, Chochua S, Moline HL, Hall M, Hersh AL, Shah SS, Britton A, Hawkins PA, Xing W, Onukwube Okaro J, Zielinski L, McGee L, Schrag S, Cohen AL. Pediatric Brain Abscesses, Epidural Empyemas, and Subdural Empyemas Associated with Streptococcus Species - United States, January 2016-August 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2022 Sep 16;71(37):1169-1173. doi: 10.15585/mmwr.mm7137a2. PMID: 36107787; PMCID: PMC9484804

⁴⁷ Seneff S, Kyriakopoulos A M, Nigh G, et al. (February 11, 2023) A Potential Role of the Spike Protein in Neurodegenerative Diseases: A Narrative Review. *Cureus* 15(2): e34872. DOI 10.7759/cureus.34872

⁴⁸ Waldman et al. COVID-19 Vaccination and New Onset Glomerular Disease: Results from the IRocGN2 International Registry. *Kidney360* 4(3):p 349-362, March 2023. | DOI: 10.34067/KID.0006832022

⁴⁹ Zamora, J.I.; López-Martínez, M.; Patricio Liebana, M.; Leon Román, J.C.; Bermejo, S.; Vergara, A.; Agraz, I.; Terrades, N.R.; Azancot, M.A.; Toapanta, N.; et al. Epidemiology of Immune-Mediated Glomerulopathies before and after SARS-CoV-2 Vaccination: A Tertiary Referral Hospital Experience. *J. Clin. Med.* 2023,12,2420. <https://doi.org/10.3390/jcm12062420>

⁵⁰ Sukockiene

, E.; Breville, G.; Fayolle, D.; Nenchu, U.; Uginet, M.; Hübers, A. Case Series of Acute Peripheral Neuropathies in Individuals Who Received COVID-19 Vaccination. *Medicina* 2023, 59, 501. <https://doi.org/10.3390/medicina59030501>

⁵¹ Yoo H, Kim SY, Park MS, Jeong SH, Park SW, Lee HL, Lee HK, Yang SH, Jegal Y, Yoo JW, Lee J, Kang HK, Choi SM, Park J, Kim YW, Song JW, Park JH, Choi WI, Choi HS, Park C, Park JW, Chung MP. COVID-19 Vaccine-Associated Pneumonitis in the Republic of Korea: A Nationwide Multicenter Survey. *J Korean Med Sci.* 2023 Apr;38(14):e106.

⁵² Ghincea A, Ryu C, Herzog EL. An Acute Exacerbation of Idiopathic Pulmonary Fibrosis After BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccination: A Case Report. *Chest.* 2022 Feb;161(2):e71-e73. doi: 10.1016/j.chest.2021.07.2160. PMID: 35131075; PMCID: PMC8814523

⁵³ Grome, H. N., Threlkeld, M., Threlkeld, S., Newman, C., Martines, R., Reagan-Steiner, S....Dunn, J. (2021). Fatal Multisystem Inflammatory Syndrome in Adult after SARS-CoV-2 Natural Infection and COVID-19 Vaccination. *Emerging Infectious Diseases*, 27(11), 2914-2918. <https://doi.org/10.3201/eid2711.211612>

⁵⁴ Alhayaza, R, Alhayaza, G, Algarni, A, Alhumidi, A, AlHarithy, R. Generalized morphea following COVID-19 vaccine: Case report and literature review. *Clin Case Rep.* 2023; 11:e7133. doi:10.1002/ccr3.7133

⁵⁵ Bangolo AI, Akhter M, Auda A, Akram R, Nagesh VK, Athem D, Thomas R, Tibalan L, Trivedi M, Mushtaq S, Singh N, Bagale P, Arana GV Jr, Khan T, Sharma S, Mynedi S, Patel DD, Saini M, Chinthakuntla MR, Ahmed K, Gad M, Gondhi SDDR, Arana G, Gurumoorthy RB, Weissman S. A Case Report of Acute Severe Necrotizing Pancreatitis following the Johnson & Johnson Vaccine against the Novel SARS-CoV-2. *Case Rep Infect Dis.* 2023 Mar 22;2023:9965435. doi: 10.1155/2023/9965435. PMID: 37008512; PMCID: PMC10060063

hémophilie acquise⁵⁶, thyroïdite⁵⁷, démence progressive suite à une encéphalite post-vaccinale⁵⁸.

À la limite, des chutes mortelles consécutives ou non à une fracture pourraient être liées aux vaccins ARNm. En effet, ceux-ci peuvent provoquer une nécrose soudaine de l'articulation de l'épaule, sans doute par hypercoagulabilité et par thromboses⁵⁹. Il n'est pas impossible que le vaccin soit à l'origine du même phénomène sur la tête du fémur.

De plus, les vaccins ARNm provoquent, à long terme (plus de 6 mois), une immunotolérance et une immunodéficiency, lesquelles favorisent les infections et les cancers.

Ainsi, de nombreux témoignages de patients et de personnels de santé font état de cancers atypiques et de « turbo-cancers » (réactivation de cancers stabilisés en rémission, avec une évolution très rapide et souvent fatale).

Il est aussi question d'infections profondes nécessitant des chirurgies beaucoup plus fréquentes, depuis les injections anti-covid. Cependant, une telle baisse de capacité du système immunitaire est donc aspécifique et sera difficilement imputable au vaccin ARNm par une autopsie⁶⁰.

⁵⁶ PSUR#1 Pfizer https://tkp.at/wp-content/uploads/2023/01/1.PSUR_organial.pdf EMA 19 August 2021, 19 december 2020 through 18 june 2021

⁵⁷ S.N. Sendur, S.H. Oğuz and U. Ünlütürk, COVID-19 vaccination and thyroiditis, Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, <https://doi.org/10.1016/j.beem.2023.101759>

⁵⁸ Jung HS, Hong YJ, Kim SH, Oh YS, Lee SB, Lee MA, Park JW. Post COVID-19 Vaccination Encephalitis as a Cause of Subacute Progressive Dementia: A Case Report and Literature Review. Dement Neurocogn Disord. 2023 Apr;22(2):81-83. doi: 10.12779/dnd.2023.22.2.81. Epub 2023 Apr 30. PMID: 37179691; PMCID: PMC10166676

⁵⁹ Kashkosh A, Peake CM, Narvani AA, Imam MA. Spontaneous Avascular Necrosis of the Humeral Head Following COVID-19 Vaccination. Arch Bone Jt Surg. 2023;11(2):140-143. doi: 10.22038/ABJS.2022.67994.3243. PMID: 37168826; PMCID: PMC10165676

⁶⁰ The impact of BNT162b2 mRNA vaccine on adaptive and innate immune responses Konstantin Föhse, Büsra Geckin, Martijn Zoodma, Gizem Kilic, Zhaoli Liu, Rutger J.Röring, Gijs J. Overheul, Josephine S. van de Maat, Ozlem Bulut, Jacobien J. Hoogerwerf, Jaap ten Oever, Elles Simonetti, Heiner Schaal, Ortwin Adams, Lisa Müller, Philipp NiklasOstermann, Frank L. van de Veerdonk, Leo A.B. Joosten, Bart L. Haagmans, Reinout van Crevel, Ronald P. van Rij, Corine GeurtsvanKessel, Marien I. de Jonge, Yang Li, JorgeDomínguez-Andrés, Mihai G. Netea medRxiv 2021.05.03.21256520; doi:<https://doi.org/10.1101/2021.05.03.21256520>

Uversky, V.N.; Redwan, E.M.; Makis, W.; Rubio-Casillas, A. IgG4 Antibodies Induced by mRNA Vaccines Generate Immune Tolerance to SARS-CoV-2'spike Protein by Suppressing the Immune System. Preprints.org 2023, 2023030441. <https://doi.org/10.20944/preprints202303.0441.v1> .

Spike protein (inc vax) induced immunodeficiency & carcinogenesis megathread #30: Immunoglobulin class switching to IgG4 <https://doorlesscarp953.substack.com/p/spike-protein-inc-vax-induced-immunodeficiency-819>

L'hypothèse d'une tolérance immunitaire

<https://www.covid-factuel.fr/2022/12/29/lhypothese-dune-tolerance-immunitaire/comment-page-1/#comment-165516>

Les points essentiels du protocole d'autopsie proposé sont : la recherche d'événements thrombo-emboliques (tant au niveau macroscopique que microscopique) de vascularite et de myocardite, de réactions inflammatoires particulières, réactions auto-immunes et de matières étrangères (lipides des particules nanolipidiques vectrices du vaccin, par exemple, ou impuretés métalliques ou autres).

C. AUTOPSIE

1. Inspection du corps

- Inspection minutieuse de l'ensemble du tégument ;
- décoloration dans les réactions allergiques et exanthémateuses, par exemple coloration brune en cas d'hémosidérose dans le cadre d'une vascularite leucoclastique ;
- Échantillons de tissus prélevés à l'endroit de la vaccination (tissus sous-cutanés et musculaires) ;
- Observation des ganglions lymphatiques axillaires du côté de l'injection et des éventuels ganglions lymphatiques hypertrophiés ;
- Vérification des veines de la jambe inférieure et, en particulier chez les personnes alitées, vérification de la présence de thrombus dans les veines de la plante des pieds.

1.1. Cavités corporelles

- Ouverture des trois cavités corporelles conformément à la pratique courante ;
- Prélèvement histologique sur tous les organes et les lésions inhabituelles (infarctus, hémorragies, thrombus, etc.).

1.2. Thorax

- Vérification de la thromboembolie en coupant les vaisseaux.
- Vérification des lésions focales ;
- Éventuellement, in-toto-fixation des deux poumons et préparation par coupes sérielles ;
- Prélèvements histologiques du muscle cardiaque en différentes localisations ;

Loacker, Lorin, Kimpel, Janine, Bánki, Zoltán, Schmidt, Christoph Q., Griesmacher, Andrea and Anliker, Markus. "Increased PD-L1 surface expression on peripheral blood granulocytes and monocytes after vaccination with SARS-CoV2 mRNA or vector vaccine" *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*, vol. 61, no. 1, 2023, pp. e17-e19. <https://doi.org/10.1515/cclm-2022-0787>

Éventuellement, examen du système de conduction, en particulier en cas de mort subite, du cœur - région du nœud auriculo-ventriculaire (nœud d'Aschoff-Tawara).

1.3. Abdomen

- Attention particulière à la rate (histologie) et aux plaques de Peyer ;
- Coupe des veines du foie jusqu'à la périphérie (maladie veino-occlusive) ;
- Ovaires (rechercher les dépôts supposés de matières étrangères).

1.4. Cerveau

- Examen des infarctus / hémorragies ;
- Si possible, fixation in toto et examen neuropathologique après fixation. Attention particulière : vena terminalis.

En cas d'atteinte du cerveau, la détection de l'ARNm dans le cerveau (en dehors de toute infection virale au SARS-CoV-2 documentée) signera la présence d'ARNm vaccinal.

Les techniques utilisées sont la PCR la Rt-PCR et l'hybridation *in situ* (ISH) ⁶¹ .

1.5. Autres organes

- Observation de l'hypophyse.

Essentiel : examen des yeux en cas de problèmes visuels du défunt et examen de l'oreille interne chez les patients souffrant d'une perte d'audition.

1.6. Cœur (cas de myocardite, par exemple)

- Rechercher une infiltration lymphocytaire du muscle cardiaque qui détruit les fibres et également les signes de thrombose.

Ces infiltrations sont typiques des infections virales, histologiquement souvent confondues avec une infection (granulocytes). L'infiltration est typiquement petite focale-multifocale, donc souvent non détectée.

- Rechercher la destruction des fibres musculaires cardiaques, une hypertrophie asymétrique du ventricule gauche, un épaississement de la paroi du ventricule droit, une dégénérescence myxomateuse du feuillet postérieur de la valve mitrale et une hypertrophie

⁶¹ Hirschbühl K, Schaller T, Märkl B, Claus R, Sipos E, Rentschler L, Maccagno A, Grosser B, Kling E, Neidig M, Kröncke T, Spring O, Braun G, Bösmüller H, Seidl M, Esposito I, Pablik J, Hilsenbeck J, Boor P, Beer M, Dintner S, Wylezich C. High viral loads: what drives fatal cases of COVID-19 in vaccinees? - an autopsy study. *Mod Pathol.* 2022 Aug;35(8):1013-1021. doi: 10.1038/s41379-022-01069-9. Epub 2022 Apr 1. PMID: 35365771; PMCID: PMC8974809.

du muscle papillaire postéro-médian, une myocytolyse cardiaque et une fibrose généralisée⁶².

- Rechercher des signes de cardiomyopathie de type Takotsubo, toxique ou de stress : la lésion myocardique observée dans ces cœurs post-vaccinaux est différente de la myocardite typique et ressemble davantage à une cardiomyopathie de stress (toxique) médiée par les catécholamines⁶³.

2. Prélèvement de tissus

- Échantillonnage de routine de tous les organes, en plus des échantillons susmentionnés :
- Prélèvement sur toutes les lésions reconnaissables, en particulier les thrombi avec la paroi vasculaire Prélèvement sur les muscles striés, au moins 2 localisations, dans tous les cas les muscles de la jambe inférieure ;
- Prélèvements de moelle osseuse sur 2 zones hématopoïétiques actives différentes ;
- Prélèvement dans la glande parotide - **(phénomènes auto-immuns ?)**.

Pour une revue des aspects histopathologiques des manifestations cutanées, un article qui les recense dans les cas dus à la maladie Covid peut être utile⁶⁴.

3. Considérations générales

- Documentation photographique de tous les changements pertinents et des résultats normaux importants. Conservation des organes jusqu'à ce que les échantillons histologiques aient été évalués, en vue d'éventuels examens complémentaires.
- Inclusion des échantillons histologiques compatibles avec des examens immunohistologiques / PCR supplémentaires (fragments de virus).

⁶² [https://www.journalofcardiologycases.com/article/S1878-5409\(22\)00112-8/fulltext](https://www.journalofcardiologycases.com/article/S1878-5409(22)00112-8/fulltext)

Hoshino N, Yanase M, Ichiyasu T, Kuwahara K, Kawai H, Muramatsu T, Ishii H, Tsukamoto T, Morimoto SI, Izawa H. An autopsy case report of fulminant myocarditis: Following mRNA COVID-19 vaccination. *J Cardiol Cases*. 2022 Dec;26(6):391-394. doi: 10.1016/j.jccase.2022.06.006. Epub 2022 Jul 4. PMID: 35812802; PMCID: PMC9250935.

⁶³ R. Gill, Randy Tashjian, Emily Duncanson; Autopsy Histopathologic Cardiac Findings in 2 Adolescents Following the Second COVID-19 Vaccine Dose. *Arch Pathol Lab Med* 1 August 2022; 146 (8): 925-929. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35157759/>

⁶⁴ Rongioletti F, Ferreli C, Sena P, Caputo V, Atzori L. Clinicopathologic correlations of COVID-19-related cutaneous manifestations with special emphasis on histopathologic patterns. *Clin Dermatol*. 2021 Jan-Feb;39(1):149-162. doi: 10.1016/j.clindermatol.2020.12.004. Epub 2020 Dec 14. PMID: 33972045; PMCID: PMC7832768

- S'il n'y a pas d'autolyse notable, conservation pour la microscopie électronique - recherche de particules/fragments de virus, de matériaux inhabituels, etc.

4. Évaluation d'échantillons d'organes de personnes décédées après la vaccination Covid

- microscopie, histologie, immunohistochimie.

4.1. Dans tous les cas et sur tous les organes

- Recherche d'éléments doublement réfringents ;

- Coloration : HE, PAS, fer ;

- La **présence de la protéine spike vaccinale** peut également être recherchée dans les tissus enflammés et nécrosés : il s'agit d'immunohistochimie (à l'aide d'anticorps dirigés contre les protéines à rechercher) afin de détecter la protéine Spike et la protéine Nucléocapside (deux protéines du virus SRAS-CoV-2) dans les tissus.

La présence abondante de la spike (présente dans le virus et produite après le vaccin) et l'absence de protéine de nucléocapside (présente uniquement dans le virus et pas produite suite au vaccin) signe la responsabilité du vaccin et non d'une infection par le virus SARS-CoV-2 de la Covid-19 ⁶⁵.

- Il faut également rechercher une extravasation des globules rouges : L'augmentation de la perméabilité vasculaire induite par la vaccination peut jouer un rôle important dans les effets indésirables cardio-vasculaires ⁶⁶.

4.2. En cas d'inflammation, définition complémentaire par immuno-histochimie, en fonction du tableau histologique

Pour rechercher le mécanisme à médiation immunitaire de la pathologie (donc due à la réaction immunologique au vaccin), il faut rechercher un infiltrat particulier de cellules T à

⁶⁵ "A case report : Necrotizing multifocal encephalitis and myocarditis after BNT162b2 mRNA vaccination against COVID-19", publiée par Mörz dans la revue Vaccines.
<https://www.mdpi.com/2076-393X/10/10/1651>

⁶⁶ Aikawa T, Ogino J, Aikawa N, Oyama-Manabe N. Pericarditis with Increased Vascular Permeability after COVID-19 Vaccination. Intern Med. 2022 May 15;61(10):1623-1624. doi: 10.2169/internalmedicine.9407-22. Epub 2022 Mar 19. PMID: 35314555; PMCID: PMC9177361.

prédominance CD4 (et rechercher la présence du même infiltrat dans le muscle deltoïde au site d'injection vaccinal, ce qui argumentera en faveur de la responsabilité du vaccin)⁶⁷.

Autres cellules spécialisées à rechercher :

- CD 3 (lymphocytes T)
- CD 8 (lymphocytes cytotoxiques) - CD 14 monocytes
- CD 20 (lymphocytes B)
- CD 56 adhésion cellulaire
- CD 68 macrophages
- CD 31/ D2-40 endothélium
- Complément

4.3. Si l'on soupçonne une "infection post-vaccinale"

Confirmation par la mise en évidence de l'ARN ou de la nucléocapside du SARS-CoV-2, si possible par microscopie électronique. La présence de nucléocapside (N) signe l'infection par le virus car le vaccin n'induit pas la production de N.

4.4. Si l'on soupçonne un décès par événement cardio-vasculaire d'origine inflammatoire ou thrombotique

Il est possible de demander une résonance magnétique nucléaire (IRM) cardiaque *post-mortem*.

En cas de thrombose, la recherche d'anticorps anti-plaquettaires 4 (pour le diagnostic de VITT : thrombose associée à une thrompopénie (chute du nombre de plaquettes causée par une consommation excessive des plaquettes) permet d'investiguer le mécanisme immunologique de l'agrégation des plaquettes. Ceci peut être complété par l'étude des polymorphismes génétiques favorisant les maladies thrombotiques ⁶⁸ : les personnes présentant des fragilités sont les plus susceptibles de subir des effets indésirables du vaccin.

⁶⁷ Schwab C, Domke LM, Hartmann L, Stenzinger A, Longerich T, Schirmacher P. Autopsy-based histopathological characterization of myocarditis after anti-SARS-CoV-2-vaccination. Clin Res Cardiol. 2022 Nov 27;1-10. doi: 10.1007/s00392-022-02129-5. Epub ahead of print. PMID: 36436002; PMCID: PMC9702955.

⁶⁸ Baronti, A.; Gentile, F.; Manetti, A.C.; Scatena, A.; Pellegrini, S.; Pucci, A.; Franzini, M.; Castiglione, V.; Maiese, A.; Giannoni, A.; et al. Myocardial Infarction Following COVID-19 Vaccine Administration: Post Hoc, Ergo Propter Hoc? Viruses 2022,14,1644. <https://doi.org/10.3390/v14081644>

Selon l'INSERM, le virus [par l'intermédiaire de sa protéine spike toxique, qui est aussi produite en grande quantité chez les vaccinés] est associé à un risque élevé de thromboses dans la maladie covid-19 sévère [c'est-à-dire lorsqu'une grande quantité de spike est produite]. Ces thromboses sont dues principalement à une hypercoagulabilité, à laquelle participe une élévation des facteurs von Willebrand et du facteur VIII, impliqués dans l'hémostase⁶⁹.

Le bilan de thrombophilie peut être fait à distance d'un épisode thrombotique⁷⁰.

Rechercher le facteur VIII qui peut être élevé par anomalie génétique et peut être une prédisposition aux thromboses⁷¹.

Recherche d'autres facteurs de prédisposition génétique aux thromboses

- un déficit en antithrombine ;
- un déficit en protéine C ;
- un déficit en protéine S ;
- une résistance à la protéine C activée et la recherche de la mutation facteur V Leiden associée ;
- la mutation G20210A du gène du facteur II ⁷² .

La recherche de microthromboses doit être effectuée dans tous les organes par examen microscopique : le cœur, le cerveau, le foie, les reins et les glandes surrénales (artérioles et capillaires).

Rechercher la présence massive de plaquettes dans les thrombis (un thrombus est le produit final de la coagulation sanguine situé dans un vaisseau sanguin), signe de lésion de l'endothélium vasculaire.

Rechercher par immunohistochimie la présence de cellules de type CD4+ : comme dit plus haut [II.2], les thrombi CD61 et CD42b positifs dans les organes (région sous-capsulaire

⁶⁹ <https://www.inserm.fr/dossier/thrombose-veineuse-phlebite/> Covid-19 et thrombose, 13/06/2021).

⁷⁰ https://www.portailvasculaire.fr/sites/default/files/docs/fiche_lmv_018_prescription_d_un_bilan_de_thrombophilie.pdf

⁷¹ <https://www.em-consulte.com/article/16208/elevation-du-facteur-viii-coagulant-et-risque-de->

⁷² <https://www.stago.fr/l-hemostase/tests-clinique/thrombophilie/comment-diagnostiquer-une-thrombophilie-constitutionnelle/le-diagnostic-etilogique/>

des glandes surrénales par exemple) signent le mécanisme à médiation immunitaire de la pathologie⁷³.

5. Approche complémentaire

Avec l'accord des proches et probablement du procureur, inclusion en paraffine et coupes histologiques (HE (hematoxyline & éosine), PAS, FE) de tous les organes. Observation des lésions, y compris au site d'injection du vaccin. Examen concomitant par un pathologiste de référence.

Enfin, en fonction des résultats, mise en place d'investigations complémentaires dans un laboratoire spécialisé coopérant ou dans un laboratoire de référence.

⁷³ Kaimori R, Nishida H, Uchida T, Tamura M, Kuroki K, Murata K, Hatakeyama K, Ikeda Y, Amemiya K, Nishizono A, Daa T, Mori S. Histopathologically TMA-like distribution of multiple organ thromboses following the initial dose of the BNT162b2 mRNA vaccine (Comirnaty, Pfizer/BioNTech): an autopsy case report. *Thromb J.* 2022 Oct 6;20(1):61. doi: 10.1186/s12959-022-00418-7. PMID: 36203145; PMCID: PMC9540301.

ANNEXE 1 :

Note d'expertise du Pr. JM CLAVERIE :

Les vaccins à ARN messagers (ARNm) sont-ils surdosés ?

Jean-Michel Claverie (31 Mars 2022)

Ce que contient Comirnaty (Pfizer/BioNTech) :

- La substance active est un vaccin à ARNm contre la COVID-19. Après dilution, le flacon contient 5 doses de 0,3 ml constituées de 30 microgrammes d'ARNm chacune.
- Les autres composants sont :
 - ((4-hydroxybutyl)azanediyl)bis(hexane-6,1-diyl)bis(2-hexyldécanoate)
 - 2-[(polyéthylène glycol)-2000]-N,N-ditétradécylacétamide (ALC-0159)
 - 1,2-Distéaroyl-sn-glycéro-3-phosphocholine (DSPC)
 - cholestérol
 - chlorure de potassium
 - phosphate monopotassique
 - chlorure de sodium
 - phosphate disodique dihydraté - saccharose
 - eau pour préparations injectables

Ce que contient le COVID-19 Vaccine Moderna :

- Il s'agit d'un flacon multidose, qui contient 10 doses de 0,5 ml.
- Une dose (0,5 ml) contient 100 µg d'ARN messager (ARNm) (encapsulé dans des nanoparticules lipidiques SM-102).
- Les autres ingrédients sont :
 - le lipide SM-102
 - cholestérol
 - 1,2-distéaroyl-sn-glycéro-3-phosphocholine (DSPC)
 - 1,2-dimyristoyl-rac-glycéro-3-méthoxypolyéthylène glycol-2000 (PEG-2000 DMG)
 - trométamol
 - chlorhydrate de trométamol
 - acide acétique
 - acétate de sodium trihydraté
 - saccharose
 - chlorure de sodium
 - eau pour préparations injectables

Calcul du nombre de molécules d'ARNm dans une dose de vaccin

1- Nous obtenons la séquence nucléotidique précise des ARNm à partir du site de partage de données académiques github.com (voir annexe)[1]:

Assemblies-of-putative-SARS-CoV2-spike-encoding-mRNA-sequences-for-vaccines-BNT-162b2-and-mRNA-1273

2- Nous calculons la masse molaire de chacun des ARNs:

Pour BioNTech/Pfizer_BNT-162b2_vaccine: 1341,379 kDa (1.341.379 Da)

Pour Moderna_mRNA-1273_vaccine: 1288,795 kDa (1.288.795 Da)

3- Nous calculons à combien de molécules réelles correspondent les dosages indiqués (30 microgrammes et 100 microgrammes)

Pfizer :

$6,02 \times 10^{23}$ (nombre d'Avogadro) molécules correspondent à 1.341.379 g

30 microgrammes correspondent donc à :

$$\frac{6,02^{23}}{1.341.379} \times 30 \times 10^{-6} = 1,35 \times 10^{13}$$

Moderna :

$6,02 \times 10^{23}$ (nombre d'Avogadro) molécules correspondent à 1.341.379 g

100 microgrammes correspondent donc à :

$$\frac{6,02^{23}}{1.288795} \times 100 \times 10^{-6} = 4,67 \times 10^{13}$$

Comparaison avec le nombre de virus dans le cas d'infection naturelle [2]

Les nombres ci-dessus sont véritablement astronomiques, quand on sait qu'un patient est considéré comme très positif avec une valeur de PCR Ct=24, et que cela correspond à $2 \cdot 10^6$ virus/ml (millilitre)

L'injection d'une dose de Pfizer délivre donc autant de mRNA (gène) de la protéine Spike que ce qui est contenu dans

$$\frac{1,35 \times 10^{13}}{2 \times 10^6} = 0,675 \times 10^7 ml$$

De fluide nasal infecté, soit : **6750 litres !**

Dans le cas de Moderna, cela correspond à : **23 m³** de fluide nasal.

D'autres comparaisons illustrent également les quantités astronomiques de mRNA injecté.

Par exemple, il a été calculé que, lors d'une infection au SARS-CoV2, un malade (dans son ensemble) produit de 1 et 100 milliards (10^9 à 10^{11}) particules de virus au pic de l'infection [3].

Conclusion 1 :

L'injection de ces vaccins ne mime absolument pas le processus d'infection naturel par le SARS-CoV2, mais constitue une modification locale de la concentration en ARNm totalement non physiologique pour les cellules qui l'incorporent. Même au cours d'une infection virale très virulente, on estime que le nombre de molécules d'ARN messenger ne dépasse pas une centaine d'exemplaires par cellule infectée, pour les gènes viraux les plus fortement exprimés.

Conclusion 2 :

- 1- La nécessité d'injecter une telle quantité d'ARN messenger montre l'inefficacité de la technologie actuelle pour « forcer » l'incorporation d'ARN exogène dans les cellules,
- 2- De telles quantités (de l'ordre de 10^{13}) rendent possibles la survenue d'évènements génétiques rares (intégration, recombinaison avec des transcrits endogènes, recombinaison avec d'autres virus, etc) dont les probabilités d'occurrences sont de l'ordre de 10^{-9} à 10^{-6} . La possibilité d'une intégration génomique, longtemps considérée comme improbable vient d'ailleurs d'être démontrée dans cette étude ([Ref. 4], avec des quantités expérimentales d'ARNm largement inférieures à 10^{13})
- 3- Des quantités aussi non-physiologiques ne peuvent que s'accompagner d'effets indésirables sur lesquels nous n'avons aucune information étant donné l'inexpérience que nous avons dans la manipulation de telles doses d'ARN, dont il faut aussi rappeler que seul environ 55%

correspondent à des molécules intactes, le reste étant constitué de « morceaux » mal définis.[5]

- 4- Finalement, une publication récente, par le laboratoire Moderna lui-même, décrit **la présence d'impuretés** totalement inattendues dans le principe actif même du vaccin, dans lequel une partie de l'ARNm injecté est **modifiée par une réaction chimique** avec l'enveloppe lipidique des nanoparticules chargées de le véhiculer à l'intérieur des cellules [6]. S'agissant d'une modification chimique inconnue à ce jour, dont la toxicité éventuelle n'a pas été évaluée, cette découverte aurait dû poser la question de la suspension éventuelle de l'autorisation conditionnelle de mise sur le marché, ce qui n'a pas été fait. La même modification chimique a probablement lieu également dans le vaccin BNT-162b2 de BioNTech/Pfizer (dont la composition est proche de celle de la préparation de Moderna), mais à ma connaissance, aucune vérification n'a été publiée.

Traduction (abstract de [6]):

La chromatographie liquide haute performance en phase inversée (RP-IP HPLC) a été utilisée pour identifier une classe d'impuretés formées par des réactions lipidiques: ARN messenger; de telles réactions sont généralement indétectables par les techniques traditionnelles d'analyse de la pureté de l'ARN. Les modifications identifiées rendent l'ARN messenger intraduisible, entraînant une perte d'expression des protéines. Plus précisément, les impuretés électrophiles dérivées du composant lipidique cationique ionisable s'avèrent être responsables. Les mécanismes impliqués dans la formation d'espèces réactives comprennent l'oxydation et l'hydrolyse subséquente de l'amine tertiaire. Il reste donc essentiel d'assurer des méthodes analytiques robustes et un contrôle de fabrication rigoureux pour assurer la stabilité de l'ARN messenger.

Bizarrement cette admission claire d'un défaut dans le processus de fabrication industriel du vaccin ne semble pas avoir alerté les autorités sanitaires européennes ou françaises responsables des autorisations d'utilisation et de mise sur le marché (pourtant toujours conditionnelle à ce jour).

Références :

[1] <https://github.com/NAalytics/Assemblies-of-putative-SARS-CoV2-spike-encoding-mRNA-sequences-for-vaccines-BNT-162b2-and-mRNA-1273>

[2] <https://elifesciences.org/articles/57309>

[3] <https://www.pnas.org/content/118/25/e2024815118>

<https://www.lemonde.fr/blog/realitesbiomedicales/2020/11/24/covid-19-combien-un-etre-humain-infecte-par-le-sars-cov-2-renferme-t-il-de-particules-virales/>

[4] Zhang L, Richards A, Barrasa MI, Hughes SH, Young RA, Jaenisch R. Reverse-transcribed SARS-CoV-2 RNA can integrate into the genome of cultured human cells and can be expressed in patient-derived tissues. Proc Natl Acad Sci U S A. 2021 May 25;118(21):e2105968118. doi: 10.1073/pnas.2105968118.

[5] <https://www.eurekalert.org/news-releases/894496>

[6] Packer M, Gyawali D, Yerabolu R, Schariter J, White P. A novel mechanism for the loss of mRNA activity in lipid nanoparticle delivery systems. Nat Commun. 2021 Nov 22;12(1):6777. doi: 10.1038/s41467-021-26926-0.

Jean-Michel Claverie, Dr Sc.
Professeur émérite de Médecine (PU-PH), Aix-Marseille Université, APHM
Spécialiste en génomique et virologie
E-mail: Jean-Michel.Claverie@univ-amu.fr
Tel: +33(0)607330625

Fait à Marseille, le 31 mars 2022



Annexes : séquences intégrales des ARNm

```
>Spike-encoding_RNA_from_BioNuech/Pfizer_BNU-162b2_vaccine_4175
GAGAAUAAACUAGUAUUCUUCUGGUCACAGACUCAGAGAGAACCAGCCACCAUGUUCGUGUUCUUCUGGUGUCUGUCG
UCUGGUGUCCAGCCAGUGUGUAGAACUCAGACCACAGAACACAGCUGCCUCCAGCCUACACCAACAGCUUUUACAGAGGGC
UGUACUACCCCGACAAGGUGUUCAGAUCCAGCGUGUCACUCUACCCAGGACCUUUCUUCUGCCUUUCUUCAGCAACGUG
ACCUUGUUCACAGCCAUCCAGUUCGCGCACCAUUGGCACCAAGAGAUUCGACAACCCCGUGUCUCCUUCACAGCGG
GGUGUACUUUCCAGCACCAGAGAUUCAACUAUCAGAGGUCGUAUCUUCGCGCACACUUGGACAGCAAGACCCAGA
GCCUGUCUAGUCGUGAACACGCCACCAACGUGGUAUCAAGUGUGCGAGUUCAGUUCUGCAACGACCCUUCUUCGGGC
GUCUACUACCAAGAACAAAGAGCUGGAUGGAAAGCGAGUUCGCGGUGUACAGCAGCGCCAAACUUCGACCUUCGA
GUACGUGUCCAGCCUUUCUGAUGGACUUGGAAAGCAAGCAGGGCAACUUCAGAAACUUCGCGGAGUUCUGUUUAGA
ACAUCGACGGCUACUUCAGAUUCAGCAAGCACACCCUUAUCAACCCUGGCGGGAUUCGCCUACAGGGCUUCUCUGCU
CUGGAACCCUUGGUAUCUGCCAUCCGCAUCAACUACCCGGUUUCAGACACUUCGCGCCUGCACAGAAAGCUACCU
GACACUUGGCGAUAGCAGCAGCGGAUGGACAGCUGGUCGCGCCUUAUCUUCGUGGCUACUUCGAGCCUAGAAACUUC
UGCUAGAUAACAACGAGAACGGCACCAUCACCGACGCGUGGAUUGUGUCUUGGAUUCUUCAGAGGAGACAAAGUGCC
CUGAAGUCCUUCACCGUGGAAAGGGCAUCUACAGACCAGCAACUUCGCGGUGCAGCCACCGAAUCCUUCGCGGUU
CCCCAAUACACCAUUCUGUGCCUUCGCGGAGGUGUUCAAUUGCCACAGAUUCGCGUUCUGUACGCCUGGAAACCGGA
AGCGAUACAGCAAUUCGUGGCCGACUACUCCGUGUCUACUACUCCGCGAGUUCAGCACCUCUUCAGUACGUGCUAC
UCCCUACCAAGCUGAACGACUUCUGUCUUCACAAACGUGUACGCGCAGCAGUUCUGUACUCCGGGAGAUAGUGCGGCA
GAUUGCCUUCGAGACAGAGGCAAGUUCGCGACUACAUCUACAGUUCGCGGAGCUUCACCGGCUUGUGAUUGCCU
GGAAACAGCAACACUUGGACUCAAAGUCGCGGCAACUACAUCUACUUCGCGGUGUUCGCGGAAUGUCAAUCUGAAG
CCUUCGAGCGGGACUUCACCGAGAUUCUACGCGCGGACGACCCUUCUUAACCGGCGUGGAAAGGUUCUACUCUUA
CUUCCACUGCAGUCCUACCGCUUCUUCAGCCCAAAUUGGCGUGGCUAUCAGCCUACAGAGUUGGUGUGCAGUUCG
AACUGUCGUAUGCCUUCGACAGUUGCGGCCUUAAGAAAGCACCACUUCUGUAGAACAACUUCGUGAACUUCAC
UUCACCGGCGUACCGGACCGGCGUGUCAGACAGAGAGCAACAGAGUUCUUCGCGCAUUCAGCAGUUCGCGGGAUAU
CGCGAUACACAGCAGCGGUUAGAGAUCCCCAGACACUGGAAUUCUGGACUACCCUUCGAGCUCUGCGGAGUGU
CUGUAUCACCCUGGACCAACACAGCAUUCAGGUGGAGUUCUACAGGACGUGAACUUCGAGUUCGCGGAGUUC
GCCAUUCACGCGGACUACGUCGACACCUACAUGGCGGGUGUACUCCACCGGACGAAUGUUCUUCAGACAGCGCGG
UCUGAUUCGAGCCGAGCAGUGAACAAUAGCUACGAGUGGACAUCCCAUCGCGCGUGGAAUUCUGCGCAGUACAG
CACAGACAAACAGCCUUCGAGAGCCAGAAAGCGUGGCCAGCCAGAGCAUCAUUGCCUACACAUGUUCUGGGCGCGG
AACAGCGUGGCUACUCUACAACUUCUUCGCUAUCUCCACCAACUUCACCAUCAGCUGACACAGAGAUUCGCGUGU
GUCAUGACCAAGACAGCGGAGUUCACCAUGUACAUUCGCGGCAUUCACCGAGUUCUACCCUUCGUGCUGCAGU
ACGGCAGCUUCUGCACCCAGCUGAAUAGACCCUGACAGGGAUCGCGUGGAAACAGGACAAGAACACCCAAGAGGUGUUC
GCCAAGUGAAGCAGAUCAACAAGACCCUUCUUAUCAAGGACUUCGCGGCUUCAUUCAGCCAGAUUCUGCGGAAUC
UAGCAAGCCAGCAAGCGGAGUUCUUCAGGAGCCUGCUGUUAACAAGUACACUGGCGCAGCGCGGCUUCAUCAAGC
AGUAGGCGAUUCUGCGGCGACUUCGCGCAGGGAUCUGAUUUCGCGCCAGAAUUCAGGACUUCAGAGUUCGCGU
CCUCUGCUGACCGAUAGAGAUUCGCGCAGUACACAUUCGCGCUGUGGCGGCAACAUCACAAGCGGCGGACAUUUG
AGCAGGCGCGCUCUGCAGAUCCUUCUUCUUAUGCAGAUUGCCUACCGGUUCAACGGCAUCGGAGUACCCAGAAUGUC
UGUACGAGAACCAAGCUGUUCGCGCAACCAUUAACAGCGCCUUCGCGAAGAUUCAGGACAGCCUAGCAGCAGCA
AGCGCCUGGGAAAGCUGCAGGAGGUGGUAACCAAGAAUGCCAGGACUGAACACCCUUGGUAAGCAGCUGUCCUCAA
CUUCGCGGCAUCAGCUCUGUCGUAACGAUUCUUCGAGCAGCUGGACCCUUCGAGGCGGAGGUGCAGAUUCGACAG
UGAUACAGGCGAGCUGCAGAGCCUUCAGACAUACGUGACCCAGCAGCUGAUUCAGAGCCGCGGAGAUUAGAGCCUUCG
AAUCUGCGCGCCACCAAGAUUCUGAGUGUGUGUGGCGCAGAGCAAGAGAGUGGACUUCUUCGCGCAAGGGCUACCA
GAUGAGCUUCUUCAGUCUGCCUUCACGCGGUGGUGUUCUGCAGCUGACAUUUGGCGGCUAAGAGAAAGAAUUC
CCACCGCUCAGCCAUUCGCGCAGCAGGCAAGCCACUUCUUCAGAGAGGCGUGUUCGUGUCCAGCGCACCCAUUGG
UUCGUGACACAGCGGAAUUCUUCAGAGCCCGAGAUCAUACCAACCGGACACCUUCGUGUCUGGCAUCUGGACGUGU
GAUCGGCAUUGUAAACAUCGUGUACGACCCUUCGAGCCGAGCUGGACAGCUUCAAGAGGAAACUGGACAAGUACU
UUAAGAACCACACAAGCCCGACGUGGACUUGGGCGAUUUCAGCGGAAUUCAGUCCAGCGUGGAAUUCAGAAAGAG
AUCGACCGGCUAAGCAGGUGGCCAAGAAUUCGAAACGAGAGCCUGAUCGACCGUACAAGAACUGGGAAAGUACGAGC
CAUCAAGUGGCGCUGGUAUCUUCGCGGCGUUAUCGCGGACUGAUUCGCAUCGUGAUGGUCACAUCUUCGUGUUC
GCAUGACACAGCUGUGUAGCUGCCUAGAGGGUGUUGUAGCUGUGGACGUCUGCAAGUUCGACGAGGACGAUUCUGAG
CCCGUGCUGAAGGGCGUGAAACUGCACUACACUAGUAGUACUGGACUGGUAUCGCAUCGACGCAUUCGUGUUCG
UCCCGUCCUGGUAACCCCGAGUUCUCCCGGACUUCGCGGUCGCGGUAUGUCUCCACUCCACUCCUCCAGCCACU
CUGCUAGUUCAGACACUCCCAAGCACGAGCAUUCGAGCUCAAAACGCUUAGCCUAGCCACACCCCGGAAACAG
CAGUUAUAAACUUAGCAAUAAACGAAAGUUUAACUUAAGCUAUCUAAACCCAGGUGUGUCAAUUCGUGCCAGCCAC
ACCCUGGAGCUAGCA
```

>Spike-encoding_RNA_from_Moderna_mRNA-1273_vaccine_4004
GGGAAUUAAGAGAGAAAAGAGUAAGAAGAAAUAUAGACCCCGCGCCGCCACCAUGUUCGUGUUCUGGUGUGUGU
GCCCCUGGUGAGCAGCCAGUGCGUAACCCUGACCACCCGACCCAGCUGCCACCAGCCUACACCAACAGCUUACCCGGG
GCGUUCUACUACCCGCACAAGGUGUUCGGAGCAGCGUCCUGCACAGCACCAGGACCUUUCUGCCUUCUUCAGCAAC
GUGACCUUGGUUCCACGCCAUCCACGUGAGCGGCACCAACGGCACCAGCGGUUCGACAACCCCGUGUCGCCUUAACGA
CGGCGUGUACUUCGCCAGCACCAGAAAGAGCAACAUAUCCGGGGCUGGAUUCUGCGCACCCUUGGACAGCAAGACCC
AGAGCCUGCUGAUUCGUAUAAACGCCACCAACGUGGUGUAUCAAGGUGUGCGAGUUCAGUUCUGCAACGACCCUUCUG
GGCGUGUACUACCAAGAACAACAAGAGCUGGAUUGGAGAGCGAGUUCGGGUGUACAGCAGCGCCAAACAACUGCACCUU
CGAGUACGUGAGCCAGCCUUCUGAUGGACCCUGGAGGGCAAGCAGGCAACUUAAGAACCUGCGGGAGUUCGUGUUA
AGAAUUCGACCGCUUUAAGAUCUACAGCAAGCACACCCAAUUAACUUGGUGCGGGAUUCGCCAGGGGUUCUCA
GCCUGGAGCCUUGGUGGACCCUCCAUCCGGAUCAACAUACCCGGUUCAGACCCUUGCGGCCUUGCACCCGGAGCUA
CCUGACCCAGGCACAGCAGCAGCGGGUGGACAGCAGGGCGCGGCUUACUACGUGGGCUACCCUGCAGCCCGGACCU
UCCUGUGAAGUAACAACGAGAACGGCACCAUACCCGACCGCGUGGACUCCGGCCUUGGACCCUUGAGCGAGCAAGUGC
ACCCUGAAGAGCUUACCCGUGGAGAAGGGCAUCUACAGACCCAGCAACUUCGGGUGCAGCCACCGAGAGCAUCGUGCG
GUUCCCCAACCAACCCUUGGCCUUCGGGAGGUGUUAACGCCACCCGGUUCGCCAGCGUGUACGCCUGGAAACC
GGAAAGCGAUACAGUCCUGCGGGGACUACAGCGUGCUGUACAAACAGCGCCAGCUUCAGCACCUUUAAGUGCUACGGC
GUGAGCCCCAACAGCUAAGCAGCUGUCUACCAACCGUUAACCGCGACAGCUUCGUAUCCGUGGCGACGAGGUGCG
GCAGUUCGACCCCGGACAGCAGGCAAGAUCCGGGACUACAACUACAAGUCCGACGACUUAACCGGCUCCGUGAUCG
CCUGGAACAGCAACAACCCUGCAGCAGGUGGGCGGCAACUACAACUACCCUGUACCCGGUUCUCCGGAAAGAGCAACCU
AAGCCUUCGAGCGGGCAUCAGCACCAGAUUACCAAGCCGGUCCACCCUUGAACGGCGUGGAGGGGUUCAACUG
CUACUUCUUCUGCAGAGCUACGGCUUCCAGCCCAACAGCGCGUGGCUACCCAGCCUACCGGGUGGUGUGUGAGCU
UCCAGCUGUCGACGCCCCAGCCACCGUGUGUGGCCCAAGAAGAGCACCACUUGGUGAAGAACAGUGCGUAACUUC
AAUUAACCGCCUUAACCGGCACCGGCGUGCUGACCCAGAGCAACAAGAAAUUCUGCCUUCAGCAGUUCGGCCGGGA
CAUCGCCGACACCACCGACCGUGUGCGGGAUCCCCAGACCCUGGAGAUCCUGGCAUACCCUUCGACGUUCGGCGGG
UGAGCGUGAUCACCCAGGCACCAACACAGCAACCAGGUGGCCUGUGUACAGGACGUGAACUCCAGGACGUGAACUCC
GUGGCAUCCACCGCCAGCAGCACCACCCUUGCGGGUUCACAGCACCAGCAGCAACGUGUUCAGACCCGGCCGG
UUGCCUGAUCGGCGCCGAGCAGUGAACACAGCUACGAGUGCGACAUCCCAUCGGCGCCGGCAUCUGGCCAGCUACC
AGACCCAGACCAUUAACCCCGAGGGCAAGGAGCGUGGCCAGCAGAGCAUUAUCGCCUACACCAUGAGCCUGGGCGCC
GAGAACAGCGUGCCUACAGCAACAACAGCAUCGCCAUCCCAACUACCAUACAGCUGACCCAGAGAUUCUGCC
CGUGAGCAUGACCAAGACCAGCGUGGACUGCAACAUUAUUAUCGCGGACAGCACCAGUGCAGCAACCCUGCUGCUG
AGUACGGCAGCUUCUGCACCAGCUGAACCGGGCCUGACCCGGCAUCGCCUGGAGCAGGACAAGAACCACCGAGGUG
UUCGCCAGGUAAGCAGAUUAACAAGACCCUCCAUAAAGGACUUCGGCGGCUUAACUUCAGCCAGAUUCUGCCCGA
CCCCAGCAAGCCAGCAAGCGGAGCUUAUCGAGGACUUCGUGUUAACAAGGUGACCCUAGCCGACGCCGGCUUAUCA
AGCAGUACGGCGACUGCCUUGGGGACAUAGCCCGCCGGACCCUGAUUCGCGCCAGAGUUAACAGGCCUGACCCUGCUG
CCUCCCCUGCUGACCCAGAGAUUAUCGCCAGUACACCAGCGCCUUGUAGCCGGAACCAUACCCAGCGCGUGGACUUC
CGGCGCUGGAGCCGCUUCGAGAUCCUUCGCCAUGCAGAUUGGCCUACCGGUUAACGGCAUCGGCGUGACCCAGAACG
UGCUGUACGAGAACCAGAGCUGAUCGCCAACAGUUAACAGCGCCAUCCGGCAAGAUCCAGGACAGCCUGAGCAGCAC
GCUAGCGCCUUGGGCAAGCUGCAGGACGUGGUGAACAGACCCAGGCCUUAACACCCUUGGUGAAGCAGCUGAGCAG
CAACUUCGGCGCCAUACAGCAGCGUGGUAACGACAUCCUGAGCCGGCGUGACCCUCCGAGGCCGAGGUGCAGAUCCAGC
GGCUGAUCACUGCCCGGCGUGCAGAGCCUGCAGACCUACGUGACCCAGCAGCUGAUCCGGGCCCGCGAGAUUCGGCCAGC
GCCAACCCUGGCCCCCAAGAUGAGCGAGUGCGUGCUGGGCCAGAGCAAGCGGGUGGACUUCUGCGGCAAGGGCUUACCA
CCUGAUGAGCUUUCAGAGCGCACCCACCGGAGUGGUGUUCUGCACGUGACCUACGUGCCCGCCAGGAGAAGAACU
UCACCACCGCCCGACCCAUUCGCCACGACGGCAAGGCCACUUCUCCCGGAGGGCGUGUUCGUGAGCAACGGCACCCAC
UGGUUCUGGACCCAGCGGAACUUCUACGAGCCCGAGAUACACCACCGACAACACCUUCGUGAGCGGCAACUGCGACGU
GGUGAUCGGCAUCGUGAACAACACCGUGUACGAUCCUUCGAGCCCGAGCUGGACAGCUUAAGGAGGAGCUGGACAAGU
ACUUAAGAAUACACCCAGCCCCGACGUGGACCCUGGCGGACAUACGGGCAUAAACCGCCAGCGUGGUGAACAUCCAGAAG
GAGAUCAUCGGCUGAACGAGGUGGCAAGAACCUGAACGAGAGCCUGAUCGACCCUGCAGGAGCUGGGCAAGUACGAGCA
GUACAUAAGUGGGCCUGGUAUCUUGCGGGCUUAUCGCGGGCUGAUCGCCAUCGUGAUGGUGACCAUACUGCUGU
GCUUGAUGACCCAGCUGCAGCUGCCUGAAGGGCUGUUGCAGCUGCGGACGUGCUGCAAGUUCGACGAGGACGACAGC
GAGCCCGUGCUGAAGGGCGUGAAGCUGCACUACCCUGAUAUAGGCGUGGACCCUGGGGCCUAGCUUCUUGCCCUUG
GGCCUCCCCAGCCCCUCCUCCUCCUGCACCCGUAACCCCGUGGUCUUGAAUAAAGUCUGAGUGGGCGGCAAAAA
AAAA

ANNEXE 2 :

Traduction informatique de la page du site internet de *Project VERITAS* (journalistes d'investigation) et extraction du passage ECA2 / Corona virus dans les documents déclassifiés et du rapport du Major Murphy.

<https://www.projectveritas.com/news/military-documents-about-gain-of-function-contradict-fauci-testimony-under/>

[WASHINGTON, D.C. – 10 janvier 2022] *Project Veritas* a obtenu des documents surprenants et inédits concernant les origines du COVID-19, la recherche sur le gain de fonction, les vaccins, les traitements potentiels qui ont été supprimés et les efforts du gouvernement pour le dissimuler.

Les documents en question proviennent d'un rapport de la *Defense Advanced Research Projects Agency*, mieux connue sous le nom de DARPA, qui étaient cachés dans un disque partagé « **top-secret** ».

La DARPA est une agence du département américain de la Défense chargée de faciliter la recherche technologique avec des applications militaires potentielles.

Ces documents comprennent également un rapport séparé de l'inspection générale du ministère de la Défense, rédigé par le Major Joseph MURPHY, de l'*US Marine Corps*, et ancien cadre de la DARPA, qui alerte sur les dangers de la proposition d'*EcoHealth Alliance* (**projet DEFUSE**), en réponse à l'appel d'offres PREEMPT de la DARPA du **18 janvier 2018**.

Le rapport du Major MURPHY indique qu'*EcoHealth Alliance* a approché la DARPA, en mars 2018, à la recherche de financement pour mener des recherches sur le gain de fonction des coronavirus transmis par les chauves-souris. La proposition, nommée **Project DEFUSE**, a été rejetée par la DARPA pour des raisons de sécurité et parce qu'elle violait le moratoire sur la recherche de fonction.

Selon ce rapport, le NIAID (*National Institute of Allergy and Infectious Diseases*), sous la direction du Dr. Fauci, a poursuivi les recherches à Wuhan, en Chine, et sur plusieurs sites à travers les États-Unis.

Le Dr. Fauci a soutenu à plusieurs reprises, sous serment, que le NIH et la NIAID n'ont pas été impliqués dans la recherche sur le gain de fonction avec *EcoHealth Alliance*. Mais, selon les documents obtenus par *Project Veritas*, qui expliquent pourquoi la proposition d'*EcoHealth Alliance* a été rejetée, la DARPA a certainement classé la recherche comme étant du gain de fonction.

"La proposition ne mentionne ni n'évalue les risques potentiels de la recherche sur le gain de fonction (GoF)", selon la lettre de rejet de la DARPA.

Le rapport du major Murphy poursuit, en détaillant la grande inquiétude suscitée par le programme de gain de fonction COVID-19, la dissimulation de documents, la suppression de traitements curatifs potentiels des maladies causées par les coronavirus modifiés, comme l'ivermectine et l'hydroxychloroquine, et les vaccins à ARNm.

Project Veritas a contacté la DARPA pour obtenir des commentaires sur les documents cachés et s'est entretenu avec le chef des communications, Jared Adams, qui a déclaré : **"Cela ne me semble pas normal"**, lorsqu'on lui a demandé comment les documents étaient restés secrets ?

"Si quelque chose réside dans un environnement classifié, il doit être marqué de manière appropriée", a déclaré Adams. *"Je ne connais pas du tout de documents non-marqués qui résideraient dans un espace classifié, non ?."*

Dans une vidéo révélant cette histoire, le PDG de *Project Veritas*, **James O'Keefe**, a posé une question fondamentale à la DARPA :

« Qui à la DARPA a pris la décision d'enterrer le rapport original ? Ils auraient pu alerter le Pentagone, la Maison Blanche ou le Congrès, ce qui aurait pu empêcher toute cette pandémie, qui a entraîné la mort de 5,4 millions de personnes dans le monde et causé beaucoup de douleur et de souffrance à plusieurs millions d'autres ».

Le Dr. Anthony Fauci n'a pas encore répondu à une demande de commentaire.

Extraits des documents déclassifiés :

1. SARS-CoV-2 is an American-created recombinant bat vaccine, or its precursor virus. It was created by an EcoHealth Alliance program at the Wuhan Institute of Virology (WIV), as suggested by the reporting surrounding the lab leak hypothesis. The details of this program have been concealed since the pandemic began. These details can be found in the EcoHealth Alliance proposal response to the DARPA: PREEMPTⁱⁱ program Broad Agency Announcement (BAA) HR00118S0017, dated March 2018ⁱⁱⁱ - a document not yet publicly disclosed.

The contents of the proposed program are extremely detailed. Peter Daszak lays out step-by-step what the organization intends to do by phase and by location. The primary scientists involved, their roles, and their institutions are indicated. The funding plan for the WIV work is its own document. The reasons why nonpharmaceutical interventions like masks and medical countermeasures like the mRNA vaccines do not work well, can be extrapolated from the details. The reasons why the early treatment protocols work as curatives are apparent.

Traduction :

« 1. Le SARS-CoV-2 est un vaccin recombinant de chauve-souris créé par les Américains, ou son virus précurseur. Il a été créé dans le cadre d'un programme d'EcoHealth Alliance à l'Institut de virologie de Wuhan (WIV), comme le suggèrent les rapports relatifs à l'hypothèse de la fuite du laboratoire. Les détails de ce programme ont été dissimulés depuis le début de la pandémie. Ces détails se trouvent dans la réponse de la proposition d'EcoHealth Alliance à la Broad Agency Announcement (BAA) HR00118S0017 du programme PREEMPT de la DARPA, datée de mars 2018.

« Le contenu de la proposition de programme est extrêmement détaillé. Peter Draszak décrit étape par étape ce que l'organisation compte faire, phase par phase et par lieu. Les principaux scientifiques impliqués, leur rôle et leurs institutions y sont indiqués. Le plan de financement des travaux de l'Institut de virologie de Wuhan (WIV) est un document à part entière. Les raisons pour lesquelles les interventions non pharmaceutiques comme les masques et les contre-mesures médicales comme les vaccins à ARNm ne fonctionnent pas bien peuvent être extrapolées à partir des détails. La raison pour laquelle les protocoles **de traitement précoce fonctionnent comme des curatifs est évidente** ».

Couverture de la proposition d'EcoHealth Alliance, sur laquelle on distingue clairement des **soldats** et des **chauve-souris** :



Traduction du rapport du Major Joseph Murphy :

De ; Murphy, Joseph P Maj USMC DAPA DIRO (USA) <XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX>

Envoyé :

To : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Cc :

Objet :

Capt xxx,

Merci de votre réponse.

Je me permets de vous communiquer certaines informations relatives à COVID dont je ne pense pas que xxxx ou votre directeur soit au courant. Vous avez probablement vu en début de semaine que de nouveaux documents officiels reliant les NIH et EcoHealth Alliance à l'Institut de Virologie de Wuhan ont été publiés par The Intercept. Je suis tombé sur d'autres documents compromettants et j'ai produit une analyse peu après avoir quitté la DARPA le mois dernier. Ce rapport a été acheminé au bureau de l'IG du DOG.

Je ne suis pas sûr que la signification de ce que j'ai communiqué soit comprise par ceux qui ont reçu le rapport.

Les décisions concernant les vaccins ne semblent pas être éclairées par l'analyse des documents. Les principaux points sont les suivants : le SRAS-CoV-2 correspond aux variantes du vaccin contre le SRAS que le programme NIH-EcoHealth fabriquait à Wuhan ; le ministère de la Défense a rejeté la proposition de programme parce que les vaccins seraient inefficaces et parce que les protéines de pointe insérées dans les variantes étaient jugées trop dangereuses (gain de fonction) ; le ministère de la Défense exige maintenant une analyse ; cette situation répond aux critères d'interdiction ou d'abandon des vaccins jusqu'à ce que la toxicité de la protéine de pointe puisse être étudiée. Le document contient également des informations sur les médicaments qui traitent efficacement les CoV SARRS du programme.

C'est la raison pour laquelle je vous contacte. J'essaie d'aider les responsables de l'aide à s'attaquer aux vaccins et au mandat avec le maximum d'informations disponibles. Je voulais vous transmettre ces informations.

Plusieurs des documents référencés dans le rapport de l'IG ont depuis été déclassifiés.

N'hésitez pas à me contacter si vous avez des questions.

V/R

Major Joe Murphy USMC
Liaison du programme maritime
Code 34 & 35
Bureau de la recherche navale

NON-CLASSIFIÉ

**DEFENSE ADVANCED RESEARCH PROJECTS AGENCY
675 NORTH RANDOLPH STREET
ARLINGTON, VA 22203-2114**

13 août 21

**De : COMMANDANT DU CORPS DES MARINES FELLOW, DARPA
À : INSPECTEUR GÉNÉRAL**

**Subj : ENQUÊTE SUR L'ORIGINE DU SRAS-CoV AVEC LE PROGRAMME DU
GOUVERNEMENT AMÉRICAIN ANALYSE DE DOCUMENTS NON DIVULGUÉS**

Ref : (1) Diapositive exécutive HR00118S0017 EcoHealth Alliance DEFUSE
(2) HR00118S0017 - PREEMPT-FP-019-PM Résumé (sélectionnable - non recommandé)
(3) PREEMPT Volume 1 n° ESS HR00118S0017 EcoHealth Alliance DEFUSE
(4) PREEMPT Volume 2 EHA Final HR00118S0017 EcoHealth Alliance
DEFUSE
(5) SF424 2 0-V2.0 HR000SOO17 EcoHealth Alliance DEFUSE
(6) WIV Budget packet HR000SOO17 EcoHealth Alliance DEFUSE
(7) WS00094394-RR_KeyPersonExpanded_2_0-V.2 HR00118S0017
EcoHealth Alliance DEFUSE
(8) WS00094394-RR_PersonalData_1_2-V1.2 HR00118S0017
EcoHealth Alliance DEFUSE

1. Le SARS-CoV-2 est un vaccin recombinant de chauve-souris créé par les Américains, ou son virus précurseur. Il a été créé dans le cadre d'un programme de l'Alliance EcoHealth à l'Institut de virologie de Wuhan (WIV), comme le suggèrent les rapports relatifs à l'hypothèse de la fuite du laboratoire. Les détails de ce programme ont été **dissimulés depuis le début de la pandémie**. Ces détails se trouvent dans la réponse de la proposition de l'Alliance EcoHealth à la Broad Agency Announcement (BAA) HR00118S0017 du programme PREEMPT de la DARPA, datée de mars 2018 - un document qui n'a pas encore été rendu public.

Le contenu de la proposition de programme est extrêmement détaillé. Peter Daszak décrit étape par étape ce que l'organisation compte faire, phase par phase et par lieu. Les principaux scientifiques impliqués, leurs rôles et leurs institutions sont indiqués. Le plan de financement des travaux du WIV est un document à part entière. Les raisons pour lesquelles **les interventions non-pharmaceutiques comme les masques et les contre-mesures médicales comme les vaccins ARNm ne fonctionnent pas bien peuvent être déduites des détails. Les raisons pour lesquelles les protocoles de traitement précoce fonctionnent comme des traitements curatifs sont évidentes.**

La forme du SRAS-CoV-2 telle qu'elle est apparue est probablement un précurseur du SRAS-CoV humanisé recombinant, délibérément virulent, qui devait faire l'objet d'une ingénierie inverse dans un vaccin vivant atténué contre le SRAS-CoV. Sa nature peut être déterminée à partir de l'analyse de son génome et du contexte fourni par la proposition de l'Alliance EcoHealth. La combinaison de cette analyse avec les collectes de renseignements américains sur Wuhan facilitera cette détermination.

NON-CLASSIFIÉ

NON-CLASSIFIÉ

Une fois synthétisées avec la proposition d'EcoHealth Alliance, les données américaines confirment qu'EcoHealth Alliance a effectué le travail proposé. Les analystes produisent leurs rapports dans le vide, sans le contexte fourni par la proposition. En tant que membre de la DARPA, j'ai pu voir les deux, et je peux faire la synthèse. Par exemple, le personnel du WIV identifié dans les rapports de renseignement est nommé dans la proposition, ces personnes utilisent le lexique de la proposition dans les collections, et les variants du virus proposés pour l'expérimentation sont identiques à celles glanées par les collections. De plus, je suis également au courant des informations obtenues par les enquêteurs du bureau du Congrès et par DRASTIC, qui corroborent davantage le fait que le programme détaillé dans la réponse du BAA a été mené jusqu'à son arrêt en avril 2020.

L'objectif du programme EcoHealth, appelé DEFUSE dans la proposition, était d'inoculer les chauves-souris dans les grottes du Yunnan, en Chine, où des cas confirmés de SRAS-CoV ont été découverts.

Ostensiblement, cela permettrait de prévenir une autre pandémie de SRAS-CoV ; le système immunitaire des chauves-souris serait renforcé pour empêcher l'émergence d'un SRAS-CoV mortel. Le langage spécifique utilisé est "inoculer aux chauves-souris de nouvelles protéines chimériques polyvalentes de type spike pour renforcer leur mémoire immunitaire adaptative contre des virus spécifiques à haut risque". Étant donné qu'il s'agit d'un projet lié à la défense, il est logique qu'EcoHealth ait d'abord soumis la proposition au ministère de la Défense, avant de s'adresser aux NIH/NIAID. La réponse au BAA est datée de mars 2018 et a été soumise par Peter Daszak, président de l'Alliance EcoHealth.

La DARPA a rejeté la proposition parce que les travaux étaient trop près de violer le moratoire sur le gain de fonction (GoF), malgré ce que Peter Daszak dit dans la proposition (que les travaux ne le feraient pas). Comme on le sait, le Dr Fauci du NIAID n'a pas rejeté la proposition. Les travaux ont eu lieu au WIV et sur plusieurs sites aux États-Unis, identifiés en détail dans la proposition.

La réponse d'EcoHealth Alliance au BAA PREEMPT est placée avec d'autres documents de proposition dans le dossier PREEMPT sur le disque partagé JWICS (top secret) du DARPA Biological Technologies Office, adresse : Nnetwork/filer/BTO/CI Folder PREEMPT.

Ce dossier est resté vide pendant un an. Les fichiers, totalement dépourvus de données de classification ou de distribution, ont été placés dans ce dossier en juillet 2021, ce qui coïncide manifestement avec les reportages des médias, mon enquête et celle du sénateur Paul sur les programmes de gain de fonction des NIH/NIAID. La nature non-marquée, combinée au timing indique que les documents étaient cachés. Aucun dossier à la DARPA n'est non-marqué dans la distribution ou la classification, y compris les documents exclusifs. De plus, PREEMPT est un programme non-classifié.

Les fichiers sont aussi maintenant détenus par le Marine Corps Intelligence Activity (MCIA). Ils sont identifiés en référence ci-dessus.

2. Le SARS-CoV-2, ci-après dénommé SARSr-CoV-WIV, est **une chimère synthétique de protéine de pointe conçue pour s'attacher aux récepteurs ACE2 de l'être humain et**

NON-CLASSIFIÉ

NON-CLASSIFIÉ

insérée dans un SARSr-CoV recombinant de colonne vertébrale de chauve-souris. Il s'agit probablement d'un vaccin vivant qui n'a pas encore été modifié pour atteindre un état plus atténué, que le programme a cherché à créer avec sa version finale. Il a fui et s'est répandu rapidement, parce qu'il a été aérosolisé pour pouvoir infecter efficacement les chauves-souris dans les grottes, mais il n'était pas encore prêt à infecter les chauves-souris, c'est pourquoi il ne semble pas infecter les chauves-souris. La raison pour laquelle la maladie est si déroutante, est parce qu'il s'agit moins d'un virus, que de protéines de pointe modifiées qui se baladent dans un essaim de quasi-espèces de SARSr-CoV. Plus il est proche de la forme finale du vaccin vivant atténué, plus il est probable qu'il se soit désatténué depuis la fuite initiale, en août 2019.

L'utilité de certaines contre-mesures peut être extrapolée à partir des documents :

- L'équipe a sélectionné les SARSr-CoVs qui étaient les plus résistants aux anticorps monoclonaux et au vaccin.
- Il n'est pas pratique d'inoculer les chauves-souris directement avec des piqûres, et les chauves-souris ne peuvent pas non plus contracter d'infections respiratoires à partir de gouttelettes. L'équipe a donc mis au point un aérosol pour administrer les inoculations directement dans les grottes. Pour s'assurer de son bon fonctionnement, ils ont développé l'aérosol à des civettes.

La proposition indique que l'interféron, le Remdesivir et le phosphate de chloroquine inhibent la réplication virale du SARSr-CoV.

En raison de sa nature (désormais) connue, **la maladie du SARSr-CoV-WIV est facilement résolue par un traitement précoce qui inhibe la réplication virale qui propage les protéines spike dans le corps (qui induisent une réponse immunitaire hyperactive nuisible lorsque le corps tente d'éliminer les spikes des récepteurs AC2).**

Un grand nombre des premiers protocoles de traitement ignorés par les autorités fonctionnent, parce qu'ils inhibent la réplication virale ou modulent la réponse immunitaire à la protéine spike, ce qui est logique dans le contexte de ce qu'EcoHealth a créé. Certains de ces protocoles de traitement inhibent également l'action de la protéine spike modifiée. Par exemple, **l'ivermectine (identifiée comme curative, en avril 2020) fonctionne à toutes les phases de la maladie, car elle inhibe la réplication virale et module la réponse immunitaire.** Il convient de noter que le phosphate de chloroquine (**Hydroxychloroquine, identifié comme curative, en avril 2020**) est identifié dans la proposition comme un inhibiteur du SARS-CoV, tout comme l'interféron (**identifié comme curatif, en mai 2020**).

Les vaccins codés par un gène, ou " ARNm ", fonctionnent mal, car ils sont des répliquons synthétiques des protéines de pointe du SARSr-CoV-WIV déjà synthétiques et ne possèdent aucun autre épitope. L'ARNm demande aux cellules de produire des copies synthétiques de la protéine de pointe synthétique du SARSr-CoV-WIV, directement dans la circulation sanguine, où elles se propagent et produisent la même tempête immunitaire ACE2 que le vaccin recombinant. De nombreux médecins du pays ont constaté que les symptômes des réactions au vaccin reflètent les symptômes de la maladie, ce qui corrobore la nature synthétique et la fonction similaires des protéines de pointe respectives.

Les personnes vaccinées n'ont aucun moyen de défense contre l'entrée dans la circulation sanguine, mais leur nez les protège de la protéine quasi-espèce recombinante pendant l'"infection naturelle" (mieux connue sous le nom d'inoculation par aérosol).

NON-CLASSIFIÉ

NON-CLASSIFIÉ

En outre, la proposition d'EcoHealth indique qu'une " approche vaccinale ne présente pas une couverture épitopique suffisante pour protéger contre les quasi-espèces de coronavirus ". Par conséquent, ils ont essayé de faire fonctionner les vaccins par " un renforcement immunitaire marqué via des inoculateurs de vaccins utilisant des protéines de pointe recombinantes polyvalentes chimériques ". La nature de l'utilisation d'un vaccin à base de protéine de pointe avec un épitope, contre un vaccin à base de protéine de pointe avec une quasi-espèce peut expliquer la réponse inhabituelle (et potentiellement préjudiciable) des anticorps parmi les vaccinés aux nouvelles variantes de COVID. Fondamentalement, les connaissances fournies par la proposition indiquent que le risque de renforcement dépendant des anticorps (ADE) lié à la vaccination devrait être évalué en priorité, en plus de la réalité selon laquelle les vaccins à épitope unique auront peu d'effet contre le SARSr-CoV-WIV, comme indiqué dans la proposition.

Le potentiel de désatténuation du SARSr-CoV-WIV requiert une attention immédiate. Par le passé, il a été prouvé que les vaccins vivants se désatténaient. Si c'est le cas du SARSr-CoV-WIV, la campagne de vaccination de masse constitue en fait un gain de fonction accéléré pour ce virus. Étant donné qu'il a été conçu pour tuer les chauves-souris à partir d'un SRAS-CoV sensible à l'homme, la vaccination de l'homme contre ce virus lui permet en fait de regagner sa fonction vers une forme plus désatténuée et sensible à l'homme. L'une des étapes du programme DEFUSE consiste à améliorer la protéine de pointe du SARS-CoV-WIV, afin qu'elle soit plus robuste contre les vaccins monoclonaux. Les mécanismes d'amélioration de la protéine de pointe du SARSr-CoV-WIV (autres que l'ingénierie directe) consistent à le mettre à l'épreuve avec des animaux qui possèdent des anticorps dirigés contre la protéine de pointe. **Le virus atténué mourra ou adaptera sa forme pour neutraliser les anticorps de la protéine spike. L'intention était d'effectuer cette tâche sur des souris humanisées, puis sur des souris "batifiées".**

Au lieu de cela, on l'a fait avec la population mondiale.

Le SARSr-CoV-WIV n'est pas destiné à tuer les chauves-souris, mais à les immuniser. Cette nature peut expliquer son innocuité générale pour la plupart des gens, et sa nocivité pour les personnes âgées et les personnes souffrant de comorbidité, qui sont en général plus sensibles aux réactions vaccinales. Le caractère asymptomatique s'explique également par l'intention vaccinale des créateurs du vaccin (un bon vaccin ne génère pas de symptômes). On pourrait s'attendre à de tels effets dans le cas d'un vaccin immature ou d'un vaccin ayant fait l'objet d'une ingénierie inverse pour passer d'une forme plus virulente à une forme atténuée. L'effet de la protéine spike sur les récepteurs ACE2 exacerbe la nocivité en fonction de l'âge et de la comorbidité. La nature de la désatténuation du SARSr-CoV-WIV indiquera également sa virulence future, bien qu'on sache que sa nature neutralise en fin de compte la menace, puisque des traitements efficaces peuvent être mis en œuvre en toute confiance.

3. DRASTIC et d'autres scientifiques mettront au propre ma description de la nature et de la progression du SARSr-CoV-WIV dans le cadre du programme DEFUSE. Ces informations sont suffisantes pour un rapport d'enquête et plus que suffisantes pour corriger la stratégie actuelle de lutte contre la pandémie. Auparavant, la nation ne se connaissait pas elle-même, ni ne connaissait l'adversaire dans le conflit de la pandémie. Maintenant, elle connaît les deux. Le problème peut être formulé de manière appropriée et spécifique face à une hypothèse confirmée. La limitation de la transmission de la maladie peut être abandonnée comme objectif stratégique implicite, car ce n'est pas le problème réel,

NON-CLASSIFIÉ

NON-CLASSIFIÉ

elle n'est pas non plus réellement réalisable. La stratégie consistera à aligner les protocoles de traitement précoce et la prophylaxie sur les moyens curatifs connus. Ce plan d'action permettra d'atteindre l'objectif stratégique de résolution clinique pour ceux qui sont sensibles aux effets indésirables de l'inoculation du SARS-CoV-WIV.

4. On me demandera inévitablement comment j'ai compris cela et comment j'ai découvert les documents. La réponse à la pandémie est devenue l'objectif principal de mes efforts en tant que membre du DARPA. La DARPA a travaillé sur un certain nombre d'innovations en matière de pandémie et une grande partie de son équipe était familiarisée avec la biodéfense. J'ai eu l'occasion de m'asseoir au dernier rang, d'observer et d'écouter les efforts du gouvernement. Ma qualité de membre de la DARPA, peu contraignante, m'a également permis d'observer et de lire le terrain. Cette observation a pris de l'ampleur, au point de devenir une série de rapports, comme ceux que préparerait un éclaireur militaire chargé d'investiguer un problème.

Ces rapports m'ont servi de réflexion itérative sur le problème pendant plusieurs mois. Finalement, je suis arrivé à l'hypothèse que ce qui avait fuité du WIV pouvait être un vaccin de chauve-souris ou son précurseur. Il était possible que les États-Unis tentent d'éviter une épidémie de SARS-CoV en l'arrêtant à sa source, non pas en stoppant les infections chez les humains, mais en stoppant les infections chez les chauves-souris. Les Américains sont créatifs, même s'ils sont imprudents, et suffisamment confiants sur le plan technologique pour tenter l'expérience. Ce concept semblait s'inscrire dans le cadre du programme PREEMPT, et DRASTIC avait découvert que certains spécimens du programme PREDICT de l'USAID avaient été obtenus en Afrique et envoyés au WIV. De plus, la nature inhabituelle et la pathologie du virus laissaient penser qu'il pourrait s'agir d'un vaccin ou d'un produit similaire.

Un défi technologique aussi difficile que l'inoculation de chauves-souris en Chine serait d'abord tenté à la DARPA. Le niveau massif de suppression d'informations du "Projet Manhattan", exécuté par le gouvernement et la Trusted News Initiative, indique qu'il serait couvert si quelque chose de mauvais se produisait. L'hypothèse de la fuite du laboratoire et les querelles entre le sénateur Paul et le Dr Fauci indiquent que la dissimulation était plus localisée. De plus, une couverture réelle serait plus rigoureuse avec la paperasse. J'ai donc supposé que les fichiers non-classifiés seraient cachés sur un réseau de plus haut niveau et je les ai trouvés là où je m'y attendais. J'ai compris ce qu'ils étaient et leur contenu, j'ai sorti les fichiers et j'ai compilé ce rapport.

8/13/2021

X

Joseph Murphy

Marjor, US Marine Corps

Signed by : MURPHY.JOSEPH.PATRICK 1275023554



24 March 2018

Dear Committee for DARPA PREventing EMerging Pathogenic Threats (PREEMPT),

Please accept the following proposal to the PREventing EMerging Pathogenic Threats (PREEMPT, HR001118S0017) program. The PI for this project is:

Dr. Peter Daszak
President, EcoHealth Alliance
460 W. 34th Street, 17th Floor
New York, NY 10001
212-380-4474
daszak@ecohealthalliance.org

Title: Project Defuse: Defusing the Threat of Bat-Borne Coronaviruses

Amount of the Requested Proposal: \$14,209,245

Thank you for your time, and I look forward to hearing from you. If you have any questions, do not hesitate to call or email me.

Yours sincerely,



**Local conservation.
Global health.**

EcoHealth Alliance
460 West 34th Street, 17th Floor
New York, NY 10001-2320
212.380.4460

EcoHealthAlliance.org

NON-CLASSIFIÉ

ANNEXE 2 bis :

Authentification des documents du Major MURPHY et du Projet Veritas (traduction).

<https://www-ronjohnson-senate-gov.translate.goog/2022/1/senator-johnson-demands-answers-from-dod-on-disclosure-about-covid-19-origins-and-early-treatment? x tr sl=en& x tr tl=fr& x tr hl=fr& x tr pto=wapp>

Le sénateur Johnson demande des réponses au DoD sur la divulgation des origines du COVID-19 et du traitement précoce

12 janvier 2022

[Facebook](#)

[Twitter](#)

[E-mail](#)

[Imprimer](#)

WASHINGTON — Mardi, le sénateur américain Ron Johnson (R-Wis.), membre de haut rang du sous-comité permanent des enquêtes, a envoyé une lettre au secrétaire du ministère de la Défense (DOD) Lloyd Austin et au sous-secrétaire à la Défense pour la recherche et l'ingénierie Heidi Shyu exigeant des informations sur une divulgation d'août 2021 du major Joseph Murphy de l'*US Marine Corps*. Le sénateur a appris que cette divulgation avait été envoyée au bureau de l'inspecteur général du DOD (OIG) et que ce bureau l'avait renvoyée au bureau de la recherche et de l'ingénierie du DoD pour enquête.

Le sénateur a écrit : « *Selon la divulgation du major, EcoHealth Alliance (EcoHealth), en collaboration avec l'Institut de virologie de Wuhan (WIV), a soumis une proposition en mars 2018 à la Defense Advanced Research Projects Agency (DARPA) concernant le SRAS-CoV. La proposition comprenait un programme, appelé DEFUSE, qui cherchait à utiliser une nouvelle protéine de pointe chimérique du SRAS-CoV pour inoculer les chauves-souris contre le SRAS-CoV. Bien que la DARPA ait rejeté la proposition, la divulgation allègue qu'EcoHealth a finalement exécuté la proposition DEFUSE jusqu'en avril 2020 par l'intermédiaire des National Institutes of Health et du National Institute of Allergy and Infectious Diseases. La divulgation met en évidence plusieurs traitements potentiels, tels que l'ivermectine* ».

Le texte intégral de la lettre est disponible [ici](#) et ci-dessous.

11 janvier 2022

L'honorable Lloyd J. Austin III
secrétaire de la Défense
Département américain de la Défense
1000 Défense Pentagone
Washington, DC 20301

Heidi Shyu
Sous-secrétaire à la Défense
pour la Recherche et l'Ingénierie
département de la Défense
Le Pentagone
Washington, DC 20301

Cher Secrétaire Austin et Sous-Secrétaire Shyu,

Le 10 janvier 2022, Project Veritas a publié une divulgation d'août 2021 du major Joseph Murphy du US Marine Corps concernant les origines du COVID-19. Selon le document, le major Murphy a envoyé la divulgation au bureau de l'inspecteur général (OIG) du ministère de la Défense (DoD) pour enquête. Je crois comprendre que la divulgation a ensuite été renvoyée par le DoD OIG au bureau de recherche et d'ingénierie du DoD pour une enquête plus approfondie.

Selon la divulgation du major, EcoHealth Alliance (EcoHealth), en collaboration avec l'Institut de virologie de Wuhan (WIV), a soumis une proposition en mars 2018 à la Defense Advanced Research Projects Agency (DARPA) concernant le SRAS-CoV. La proposition comprenait un programme, appelé DEFUSE, qui cherchait à utiliser une nouvelle protéine de pointe chimérique du SRAS-CoV pour inoculer les chauves-souris contre le SRAS-CoV. Bien que la DARPA ait rejeté la proposition, la divulgation allègue qu'EcoHealth a finalement exécuté la proposition DEFUSE jusqu'en avril 2020 par l'intermédiaire des National Institutes of Health et du National Institute of Allergy and Infectious Diseases. La divulgation met en évidence plusieurs traitements potentiels, tels que l'ivermectine,

Afin de mieux comprendre si le DoD enquête sur ces allégations, je vous demande de fournir les informations suivantes au plus tard le 25 janvier 2022 :

1. Le bureau de la recherche et de l'ingénierie a-t-il reçu une copie de la divulgation ci-jointe du DoD OIG ? Si oui, veuillez indiquer la date à laquelle il a reçu la plainte.
2. Le bureau de la recherche et de l'ingénierie ou un autre composant du DoD a-t-il lancé une enquête sur les allégations contenues dans la divulgation ? Si oui, expliquez quelles mesures d'enquête ont été prises jusqu'à présent. Si non, veuillez expliquer pourquoi.
3. Le bureau de la recherche et de l'ingénierie ou un autre composant du DoD a-t-il interviewé ou parlé avec le major du Corps des Marines des États-Unis qui a rédigé la divulgation ? Si oui, quand ? Si non, veuillez expliquer pourquoi.

4. Le DoD a-t-il l'intention de créer un rapport d'enquête écrit ou tout autre document basé sur son enquête sur les allégations contenues dans la divulgation ? Dans l'affirmative, veuillez fournir une copie de ces documents. Si non, veuillez expliquer pourquoi.

Je demande en outre que votre bureau fournisse un briefing sur les conclusions de toute enquête sur les allégations contenues dans la divulgation. Je demande également à parler avec le major Joseph Murphy du US Marine Corps pour discuter de sa divulgation dès que possible.

Sincèrement,

Ron Johnson
Sous-comité permanent des enquêtes

ANNEXE 3 :

La fin d'un mythe :

"Si c'est un virus, pas d'antibiotique ?" Dr Claude Escarguel

Auteur(s)

Xavier Azalbert et Jean-Luc Duhamel, pour France-Soir

Publié le 14 novembre 2022 - 20:50

« Toute vérité franchit trois étapes : D'abord, elle est ridiculisée. Ensuite, elle subit une forte opposition. Puis, elle est considérée comme ayant été une évidence ».

Citation apocryphe

ENTRETIEN - La recherche sur l'aide apportée par les bactéries au développement des virus, une sorte de « collaboration » qui permet au virus de se répliquer dans le corps humain, a démarré lorsque le Pr Luc Montagnier découvrit, en 1990, un germe de type Mycoplasme dans une cellule d'un malade séropositif au VIH (germe intracellulaire) (1). Cette coopération entre bactéries et virus est appelée « mécanisme bactériophage-like ».

En 1992, cette découverte fut confirmée in vitro par une équipe de chercheurs français (C. Escarguel, G. Papierok, G. Pautrat) spécialisés dans les germes intracellulaires (2) et fit l'objet d'un brevet n° FR2694022 (A1), le 28 janvier 1994.

En 1998, elle fut corroborée par une étude in vivo de l'équipe française de l'Association Biologie et Coopération (C. Escarguel, P. Lepere et C. Pelissier) (3).

D'après les résultats obtenus par de nombreux médecins traitant les patients en ambulatoire précoce et par les publications de C. Escarguel, la pandémie de Covid-19 a offert l'occasion de mettre ce mécanisme en évidence dès le début de l'année 2020, en constatant l'efficacité de certaines familles d'antibiotiques (macrolides, cyclines, clofoctol, rifaximine), ces derniers neutralisant les bactéries « coopérantes » avec le virus.

Aujourd'hui, les observations de l'équipe du Dr Carlo Brogna du laboratoire italien CRANIOMED, viennent une nouvelle fois de montrer la justesse de la découverte du Pr Luc Montagnier.

FranceSoir : En quoi cette nouvelle confirmation par le Dr Carlo Brogna de l'existence des bactéries « coopérantes » à la réplication d'un virus dans le corps humain est-elle déterminante ?

C. Escarguel : Malheureusement, les confirmations, en 1992 et en 1998, de la découverte du Pr Montagnier et les excellents résultats des traitements précoces contre le Covid-19 qui ont sauvé de nombreuses vies, n'ont pas suffi à convaincre la communauté scientifique et les responsables de la gestion de la pandémie de Covid-19 de l'efficacité de ces traitements ainsi que de la nécessité de les généraliser au plus vite.

Dès lors, les observations du Dr Brogna remettent d'importantes questions sur la table :

- Pourquoi les responsables de la gestion de cette pandémie ont-ils refusé de prendre sérieusement en considération les découvertes du Pr Montagnier et nos travaux scientifiques de 1992 et de 1998, alors que nous n'avons cessé de les alerter depuis le mois de mars 2020 ? C'est-à-dire depuis les publications de l'IHU de Marseille sur la bithérapie (à base d'hydroxychloroquine et d'azithromycine) avec qui nous sommes en désaccord sur la molécule efficace.
- Pourquoi l'information sur la réussite des traitements précoces n'a-t-elle pas été diffusée massivement par les autorités et par l'Ordre des médecins ?
- Pourquoi les médecins qui soignaient se sont-ils vus interdire l'utilisation des traitements précoces et pourquoi ont-ils fait l'objet de procédures disciplinaires pour les avoir prescrits ?
- Pourquoi le paracétamol, le rivotril, puis les injections de substances géniques expérimentales ont-ils été préférés aux traitements qui soignaient ?
- Pourquoi les dizaines de courriels que nous avons envoyés aux autorités sanitaires, à l'Ordre des médecins et au pouvoir politique sont-ils restés lettre morte ?
- Pourquoi Emmanuel Macron en sa qualité de président de la République française n'a-t-il pas réussi à vaincre « le système » qu'il évoque dans son courriel envoyé à l'ancienne ministre de la Culture Française Nyssen, le 5 février 2021 et que celle-ci nous a réexpédié tel quel ?

Le : 05 février 2021 à 21:24 (GMT +01:00)

De : "Francoise NYSSSEN" f.nyssen@actes-sud.fr

À : xxxxxxxxx

Objet : RE: courrier au Président

Et son retour immédiat

« *Formidable. Je crois beaucoup à cela vraiment depuis longtemps mais « le système » y croit trop peu c'est fou*
Je m'en saisis. Merci. Je vous embrasse »

Maintenant, il reste à espérer que les observations visuelles par microscopie électronique de l'équipe du Dr Carlo Brogna du laboratoire italien CRANIOMED, qui confirment aussi bien la découverte du Pr Montagnier que nos travaux de 1992 et de 1998, ouvriront, dans les prochaines années, la voie à la recherche de la vérité et, donc, à la réponse aux questions qui précèdent.

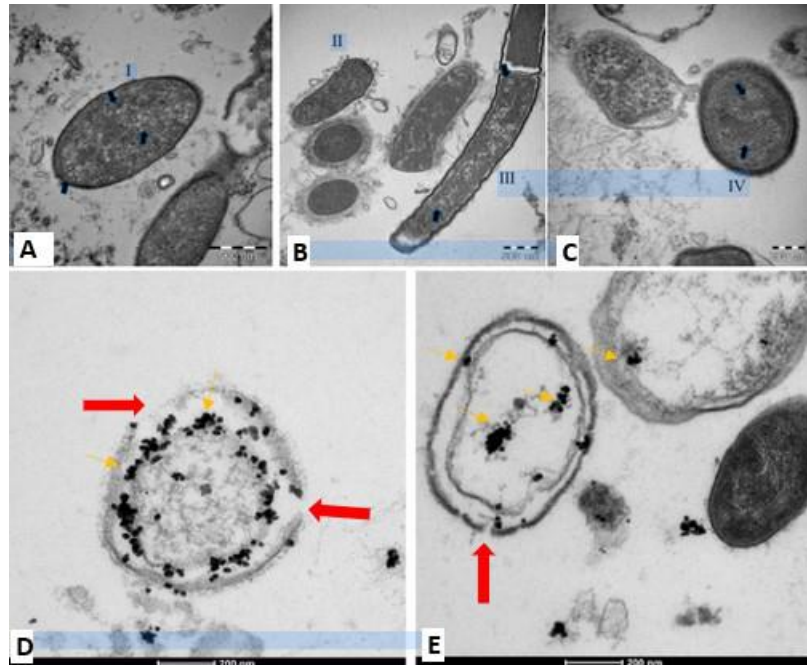
À la suite des observations du Dr Carlo Brogna, l'autre question importante qui demeure est celle de la réponse à la priorité de l'OMS : « *La prévention des chocs septiques des viroses respiratoires (grippe, bronchiolites, coronaviroses, etc.) par le traitement ambulatoire précoce paradoxal* » (cf. antibiotique adapté).

FS : En quoi les observations du Dr Carlo Brogna et de ses équipes représentent-elles une confirmation de l'utilité d'un traitement contre les virus de type Covid-19 ?

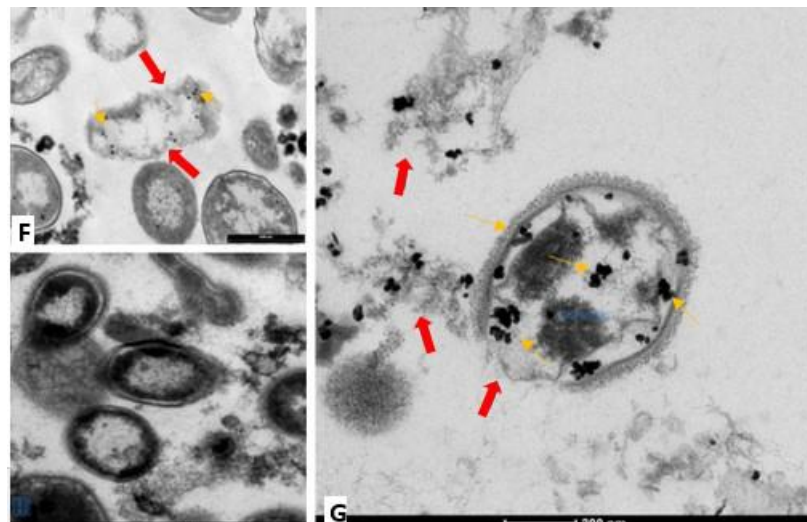
C. Escarguel : Les récents travaux de l'équipe de recherche du laboratoire CRANIOMED, dirigée par le Dr Carlo Brogna avec qui nous collaborons, confirment la piste des bactéries « coopérantes » (4-5). Cette coopération est illustrée par un mécanisme appelé « bactériophage-like », qui provoque la libération de toxines bactériennes lors de la lyse bactérienne. Ces toxines (6) agissent de façon concomitante à l'action du virus SARS-CoV-2 et de sa protéine Spike sur le SRA (système rénine – angiotensine).

Les photographies réalisées par le laboratoire CRANIOMED avec un microscope à transmission électronique (TEM) illustrent le phénomène :

En A-B et C, on observe diverses bactéries avec parois (bactéries gram+ et gram-) et sans parois (mycoplasme et forme L).



En D et E, on visualise le SARS-CoV-2 (Covid-19) qui fracture la paroi des bactéries afin de les pénétrer pour se répliquer. Le SARS-CoV-2 fracture la paroi au niveau des flèches rouges.



En F, on visualise une bactérie sans paroi qui est attaquée par le SARS-CoV-2, afin de l'utiliser pour se multiplier. La pénétration du virus s'effectue au niveau des flèches rouges. Les bactéries sans paroi semblent être une proie plus facile pour le virus (ARN polymérase commune ?).

En G, on visualise deux types de cellules :

- celles du bas qui est en train d'être colonisée ;
- celles du haut qui est en train d'être lysée (éclatement de la bactérie libérant les SARS-CoV-2 dupliqués et les toxines de la bactérie).

FS : Ces images de microscopie électronique expliquent donc visuellement la réussite des traitements précoces préconisés par de nombreux médecins dans le traitement du virus Covid-19 ?

C. Escarguel : Oui, en effet. Dans le monde entier, les médecins qui ont utilisé en ambulatoire précoce (dans les cinq premiers jours suivant l'apparition des premiers symptômes) une molécule d'antibiotique des familles suivantes* : macrolides, cyclines, ou Clofoctol (cf. enquête d'ARTE : « *le médicament miracle* ») ont constaté une chute drastique de la létalité : 0,1% comparée aux 2,3% des patients laissés sous Doliprane. Ces résultats ont été publiés (7) et la comparaison des courbes de mortalité et de circulation du virus, en 2020 (8), présente un fort décrochage de la mortalité jusqu'à ce que les autorités de santé interdisent l'hydroxychloroquine aux médecins de ville, tout en préconisant de ne pas traiter aux antibiotiques : étonnant !

Inversement, toute autre antibiothérapie, notamment celle à large spectre, destinée à la prévention des surinfections (qui ne se manifestent que si l'antibiotique adapté n'a pas été prescrit en ambulatoire précoce), ne pourra être que contreproductive (9) en altérant le microbiote intestinal et, donc, en favorisant l'inflammation, le risque de diarrhées mortelles à *Clostridium difficile* et, surtout, en permettant la translocation des bactéries résistantes aux antibiotiques de la sphère digestive vers le sang du patient avec des bactériémies mortelles.

Ces molécules d'antibiotiques « efficaces » sont connues pour être actives sur les germes suspects de « coopérer » avec le virus (mycoplasmes, intracellulaires, germes de parodontites), dont la population augmente lors de dysbioses locales : pulmonaires, buccales ou digestives. Ces germes « coopérants » sont tous colonisés par le virus dès l'incubation de la coronavirose.

Ils amplifient, selon le brevet cité ci-dessus, la réplication virale selon l'effet « bactériophage-like ». L'efficacité de ces antibiotiques, actifs sur ces germes « coopérants », s'explique par le blocage de l'amplification de la réplication du virus dans les bactéries « coopérantes » : c'est l'effet « virostatique ». Ces bactéries « coopérantes » sont présentes chez certains malades dont les comorbidités entraînent des dysbioses. Cette preuve thérapeutique indirecte valide la piste ouverte, dès 1990, par Luc Montagnier. C'est cette amplification qui, avec le potentiel immunitaire du sujet, explique la virulence variable d'un individu à l'autre. Dans le cas de germes ou de virus peu pathogènes (c'est le cas du SARS-

CoV-2 avec 50% d'asymptomatiques), c'est l'effet inoculum associé à une immunodépression éventuelle qui est responsable de la virulence constatée (10). Le mécanisme amplificateur est supposé être, d'après notre hypothèse, une « mutualisation » de l'activité des ARN polymérases entre la bactérie et le virus, d'où l'importance d'associer le zinc à l'antibiotique du fait de sa propre activité sur les ARN polymérases du SARS-CoV-2) (11).

FS : En 2020 et 2021, de nombreuses infections au Covid-19 dégénéraient en détresses respiratoires **a priori** à cause de l'absence de traitements précoces. Comment expliquer que ce ne soit plus le cas aujourd'hui alors que la plupart des malades ne bénéficient toujours pas de ces traitements ?

C. Escarguel : La disparition, fin 2021, de la bactérie pulmonaire Mycoplasma Pneumoniae (MP), dans les centres de surveillance du monde entier, constatée par l'équipe des Pr Grueb et Bebear et publiée par P. Meyer Sauteur (12) au congrès des intracellulaires de Lausanne (août 2022), pourrait expliquer la disparition des syndromes de détresse respiratoire, en 2022 : syndromes liés à la toxine CARD du MP et à la phospholipase A2 des mycoplasmes : (13-14). Ce génocide bactérien lié au SARS-CoV-2 sera-t-il durable ou 2023, verra-t-il une réapparition des formes pulmonaires avec le retour du MP (cf. (15) : Pr Tcherakian) ? La question reste posée.

Les études du Pr Lina montrent que les pics viraux des viroses respiratoires sont corrélés avec le pic de la bactérie pulmonaire Mycoplasma pneumoniae laissant supposer le rôle amplificateur de cette dernière, non seulement pour le SARS-CoV-2 mais également pour les gripes et les bronchiolites. En d'autres termes, la réapparition de cette bactérie pourrait faire resurgir des détresses respiratoires causées par le SARS-CoV-2 ou éventuellement par les gripes et les bronchiolites (16).

FS : Quelle est votre analyse en ce qui concerne le « covid long » ?

C. Escarguel : Les micro-caillots résistant à la fibrinolyse entraînant une hypoxie périphérique, signes cognitifs secondaires aux substances amyloïdes, auto-anticorps anti-idiotypes, endothéliopathie, inflammation chronique et asthénie secondaire à une mauvaise oxygénation des tissus, sont les signes majeurs des syndromes post-infectieux et du covid long, avec des variables liées aux toxines impliquées. Toutefois, le traitement du covid long, comme celui des syndromes post-infectieux, ne doit pas se limiter aux traitements

des symptômes (neurologiques, endothélites, micro-caillots, liés aux auto-anticorps, asthénies, dysbioses), mais il doit surtout associer de façon alternative les traitements symptomatiques au traitement préconisé par notre étude prenant en compte « la coopération bactérie/virus ».

Pour cela, nous proposons aux autorités sanitaires, en partenariat avec les adhérents volontaires de notre association de malades, tous souffrant de covid long, de participer à un travail de recherche thérapeutique fondé sur nos hypothèses, dans le cadre d'un CPP, selon le protocole exposé dans le document de synthèse établi pour notre future participation au congrès de la SPIL (Société de Pathologie Infectieuse de Langue française). Ce congrès se déroulera à Nancy le 8 décembre prochain et je joins le document en téléchargement [ici](#).

FS : Ne craignez-vous pas que l'utilisation de votre antibiothérapie préventive vous soit reprochée dans le cadre de la lutte contre les résistances aux antibiotiques ?

C. Escarguel : Je répondrai tout d'abord que sauver une vie par l'utilisation d'un antibiotique n'autorise pas cette question ! De surcroît, ce traitement ambulatoire précoce, en permettant d'éviter l'hospitalisation de 15% des malades positifs au Covid, dispense de ce fait de traiter les surinfections hospitalières. Ces dernières, grandes consommatrices d'antibiotiques à large spectre, entraînent de nombreuses résistances. Un petit extincteur d'antibiotique préventif génère moins de résistance qu'un "canadair d'antibiotique curatif".

FS : Alors qu'il ne semble plus possible de nier que les traitements précoces fonctionnent, qu'en est-il de l'autorisation conditionnelle des « vaccins » qui était subordonnée à l'absence de traitement de la maladie du Covid-19 ?

C. Escarguel : Si j'en crois les juristes que j'ai consultés à ce sujet, l'autorisation conditionnelle de mise sur le marché des vaccins était subordonnée à l'absence de traitement de la maladie ou, selon les termes du Règlement du 31 mars 2004 qui a servi de fondement aux autorisations, à l'existence d'un « *besoin médical non satisfait* ».

Le principe, pour la délivrance d'une AMM traditionnelle, est que le médicament a fait « *l'objet d'études approfondies visant à assurer sa sécurité, sa qualité et l'efficacité de son utilisation* » (Règl. n°507/2006 de la Commission du 29 mars 2006, relatif à l'autorisation

de mise sur le marché conditionnelle de médicaments à usage humain relevant du règlement n°726/2004 du Parlement européen et du Conseil).

De façon exceptionnelle, une AMM, dite AMM conditionnelle, peut être délivrée avant que des données cliniques exhaustives aient été communiquées aux autorités sanitaires, « *afin de répondre à des besoins médicaux non satisfaits de patients* », c'est-à-dire lorsque, pour une maladie donnée, « **il n'existe pas de traitement autorisé** ou, même si un tel traitement existe, « *le médicament concerné apportera un avantage thérapeutique majeur aux malades* ». Cette possibilité dérogatoire est soumise à la condition que « *le bénéfice que représente la disponibilité immédiate du médicament sur le marché l'emporte sur les risques inhérents au fait que des données supplémentaires restent à apporter* » (Règl. n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil européen du 31 mars 2004, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire).

En l'état actuel des connaissances et des certitudes thérapeutiques issues de nos travaux, la validité des AMM conditionnelles des vaccins peut être clairement questionnée.

C'est pour cette raison que nous nous opposons avec vigueur aux adeptes de la religion « *la vaccination pour tous* » et nous la limiterions aux cas à risque. Leur publicité bombardée actuellement sur toutes les télévisions : « *Alors on continue !* » qui, s'appuyant sur la peur, souhaiterait faire « *vacciner* » tout le monde et même les enfants, ne résulte pas de données scientifiques factuelles « *Errare humanum est, perseverare diabolicum* » !

L'étude sur le mécanisme bactériophage en microscopie électronique est disponible [ici](#).

Bibliographie :

- (1) Montagnier Pursues the Mycoplasma-AIDS - Science.org
- (2) Procédé d'amplification des agents infectieux en diagnostic 'in vitro' sur cultures cellulaires
- (3) Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé
- (4) Pulmonary clearance of Mycoplasma pulmonis in rats with respiratory viral infections or of susceptible genotype
- (5) Synergistic effect of Sendai virus on Mycoplasma pulmonis infection in mice. Saito M, Nakagawa M, Suzuki E, Kinoshita K, Imaizumi K.

- (6) [Pre-infection of pigs with Mycoplasma hyopneumoniae](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)
.. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov> >
- (7) [Virus interactions with bacteria: Partners in the infectious dance](https://www.ncbi.nlm.nih.gov) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- (8) [Modeling SARS-CoV-2 viral kinetics and association ... - PNAS inoculum-S'intéresser à la charge virale pour comprendre l'évolution vers des formes graves de Covid-19 INSERM](#)
- (9) [Type I and Type III Interferons - Induction, Signaling, Evasion ...](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov> >
- (10) [Incidence of Upper Respiratory Tract Mycoplasma ... - NCBI](https://www.ncbi.nlm.nih.gov)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov> > pmc
- (11) [Blood clotting may be the root cause of Long COVID ...](https://www.sciencedaily.com) <https://www.sciencedaily.com>
>
- (12) [Can Early Home administration of Azithromycin with Zinc Help Prevent Severe COVID-19 Disease Progression and Long-COVID?](#)
- (13) [La molécule miracle : chronologie d'un espoir - myCANAL](#)
- (14) [Les virus géants et l'origine des ARN polymérase des eucaryotes](#)
- (15) [Un quart des formes sévères de Covid-19 s'expliquent par une anomalie génétique ou immunologique - INSERM](#)
3 à 4% des formes sévères ont une origine génétique, tandis que 10 à 11% s'expliquent par la présence d'auto-anticorps dirigés contre IFN 1 et qui bloquent leur action antivirale. Afin de mieux comprendre la distribution de ces auto-anticorps dans la population générale non infectée et notamment l'influence de l'âge (l'essentiel des cas de formes sévères de Covid-19 concernent les plus de 65 ans), les auteurs ont comparé plus de 34 000 individus sains, classés par sexe et tranche d'âge, ils ont ainsi fait une découverte inattendue : la présence d'auto-anticorps.
- (16) [Incidence of Upper Respiratory Tract Mycoplasma ... - NCBI](https://www.ncbi.nlm.nih.gov)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov> >

