

# L'Apprenti Sage. N° 9.

Automne 2002.

## Table des matières :

- Dr David Rasnick - La Bourde du Sida
- Etienne de Harven - La tragédie des années 70
- Dr Christian Fiala - Nous vivons avec le VIH / SIDA depuis 20 ans - Un appel pour une discussion ouverte sur des faits contradictoires.
- Mark Griffiths - Toujours vivant 16 ans après un "diagnostic mortel"
- Le Prix Huw Christie -100,000 dollars de récompense pour le VIH
- Dr Marc Deru - SIDA en Afrique. Une expérience de terrain en Tanzanie.
- David Crowe - HIV et lait maternel : faits et mythes.
- Felix DeFries - SIDA, ses causes et son traitement.
- Dr Klaus Köhnlein - SIDA, Hépatite C, ESB : Maladies infectieuses ou intoxications ?
- Mark Griffiths - " Vis medicatrix naturae " Le pouvoir de guérison de la nature.
- Interview du Dr Heinrich Kremer sur le SIDA et le cancer. - "L'évolution biologique a fait de nous des êtres hybrides"



# La bourde du Sida

*En première page du " Mail & Guardian ", Johannesburg, Afrique du Sud, le 24 janvier, 2001*

**Par David Rasnick, PhD**

*Membre du Comité Consultatif de Thabo Mbeki, Afrique du Sud*

L'hypothèse selon laquelle le SIDA est une maladie contagieuse causée par le VIH est la plus grande bourde scientifique du XXe siècle. De toute évidence, le SIDA n'est pas une maladie contagieuse, ne se transmet pas sexuellement, et n'est pas causée par le VIH. Je suis arrivé à la conclusion que l'embarras est l'obstacle majeur qui s'oppose à la reconnaissance de ces faits.

Pourquoi sommes-nous confrontés, presque quotidiennement, par cette litanie sans fin et par toutes les horreurs des statistiques portant sur le VIH ? Comment se fait-il que pratiquement tous les médecins et officiels de la santé professent une foi monolithique dans l'hypothèse selon laquelle le SIDA est contagieux et transmis sexuellement, alors que toute l'évidence est là pour nous prouver le contraire ?

Plusieurs centaines de milliers de médecins et de scientifiques ont construit leur carrière et leur réputation en acceptant docilement les divers éléments du dogme du SIDA. Et après toutes ces années, la gêne et l'embarras sont les obstacles majeurs interdisant de mettre simplement un point final à cette folie du SIDA. C'est la peur d'être si manifestement et désespérément dans l'erreur qui maintient les bouches cousues et qui perpétue le flot de crédits de recherche, alors que la rhétorique sidéenne atteint des sommets stratosphériques d'absurdité.

Les médecins qui sont au courant ou qui se doutent de la vérité sont embarrassés et effrayés par l'idée d'admettre que les médicaments anti-rétroviraux sont très nuisibles aux patients et peuvent parfois les tuer. On nous dit d'avoir peur des anticorps, et de croire que les anticorps annoncent la maladie et la mort dans les dix années à venir. Mais lorsque vous vous insurgez devant de telles absurdités et faites remarquer aux officiels de la santé que les anticorps sont l'essence même de l'immunité anti-virale, vos objections se heurtent soit au mépris, soit à un silence embarrassé.

Le "National Institute of Health", le "Centers for Disease Control", le "Medical Research Council" d'Afrique du Sud, ainsi que l'Organisation Mondiale de la Santé terrorisent des centaines de millions de gens tout autour du monde par leur politique irresponsable et absurde qui identifie l'activité sexuelle et la mort. Le souci de survie de ces institutions les pousse non seulement à perpétuer leurs erreurs mais encore à les aggraver, ce qui augmente encore la peur, la souffrance et la misère du monde, un résultat qui est exactement l'inverse des raisons pour lesquelles ces institutions ont été créées.

Pour nous libérer de cette bourde du SIDA et mettre un terme à la tyrannie de la peur, la seule manière est d'ouvrir un débat international sur tout ce qui concerne le SIDA. Bien sûr, la colère sera une réponse normale en face de l'énormité du scandale. Cette colère est prévisible, mais elle devra être mise rapidement de côté. C'est une erreur de pointer du doigt les affreux coupables et ceux qui doivent être puni. L'affaire du SIDA est un phénomène social dans lequel nous avons tous une part de responsabilité.

Finalement, la bourde du SIDA dépasse le cadre du SIDA lui-même ainsi que celui de la santé publique et de la science médicale. Cette bourde concerne également la santé de nos démocraties. Une démocratie saine implique que ses citoyens gardent l'oeil critique, presque soupçonneux sur les institutions afin d'éviter que celles-ci ne deviennent les régimes autonomes et autoritaires que nous connaissons aujourd'hui.

La bourde du SIDA est là pour nous montrer le besoin de re-penser et de re-structurer nos institutions gouvernementales, les sciences académiques, la presse et les médias. Il faudra remplacer le National Institute of Health qui contrôle la distribution des crédits de recherche par des sources de crédits plus nombreuses et compétitives. Il faudra re-structurer le système de critique des publications scientifiques ainsi que celui des répartitions des crédits de recherche afin d'éviter de promouvoir ou de protéger certains dogmes ou modes de pensée qui excluent les idées

controversées. Une couverture complète et impartiale de la recherche doit être fournie par la presse dont le rôle doit être soutenu, récompensé et protégé.

Enfin, comme citoyens, nous devons reprendre le contrôle et la responsabilité de notre santé et de notre bien-être ainsi que celui de nos démocraties.

*Dave Rasnick <rasnick@mindspring.com>*

*Traduction du Dr. Etienne de Harven - Membre du Comité Consultatif de Thabo Mbeki, Afrique du Sud)*

## **La tragédie des années 1970 : De la recherche sur le Cancer à l'invention du VIH**

*Namur, Belgique - Le 12 octobre 2002.*

**Etienne de Harven**

Lorsqu'il y a plusieurs mois déjà, le Dr. Deru et moi faisons l'avant-projet du programme du colloque d'aujourd'hui, l'idée était de commencer par une introduction " historique "...

Cette idée fut maintenue, mais le titre de ma présentation de ce matin est devenu beaucoup plus précis. Un titre qui évoque une " tragédie " ! La tragédie des années 1970s, c'est celle d'une réorientation acrobatique de la recherche sur le cancer qui avait, durant les années 1970, été dominée par l'idée d'un hypothétique lien de causalité qui existerait entre certains rétrovirus et le cancer chez l'homme. Cette hypothèse n'a jamais reçu l'ombre d'une confirmation. Fort malheureusement, et principalement aux Etats-Unis, des investissements colossaux avaient été faits dans cette direction durant toute la décennie 1970. Devant l'absence de tout résultat, il fallait sauver la face, éviter l'humiliation ! L'occasion de sauver la face fut offerte par une publication de Michael Gottlieb, parue dans les rapports des CDCs d'Atlanta, en juin 1981, occasion qui fut saisie par les plus hautes sphères de la science médicale américaine avec une précipitation consternante ! La publication de Gottlieb se rapportait à 5 cas de pneumonie à *Pneumocystis carinii*, observés chez 5 homosexuels de la région de Los Angeles, en fait les 5 premiers cas de SIDA présentés dans la littérature médicale mondiale.

Mon propos, ce matin, est de vous démontrer que l'histoire du SIDA est indissociable de celle de la recherche sur le cancer dans les années 1970. Si on ne s'était pas acharné à démontrer le rôle tout à fait hypothétique des rétrovirus dans le cancer chez l'homme, l'article de Gottlieb n'aurait probablement pas suscité les réactions universelles que nous avons connues, et (qui sait ?) peut-être aurait-on pu éviter l'obligation d'inventer le VIH avec, comme dramatique conséquence, ce que David Rasnick a très proprement appelé " La bourde du SIDA ".

Ai-je la moindre autorité pour vous parler de la sorte ?

J'ai passé presque toute ma carrière professionnelle à New York, à l'Institut Sloan Kettering (probablement le principal institut de recherche sur le cancer aux Etats-Unis), où je suis arrivé en 1956... L'objet principal de mes recherches, pendant les 25 années qui ont suivi, était l'étude, au microscope électronique, des rétrovirus associés à certaines formes de leucémies chez la souris. J'étais donc aux premières loges pour observer et évaluer les efforts déployés pour tenter d'identifier des rétrovirus dans différentes formes de leucémies et de cancers chez l'homme. Ces efforts se sont soldés par un échec total, et la microscopie électronique n'a jamais permis de démontrer la moindre particule de rétrovirus significativement associée à un cancer chez l'homme.

Récapitulons brièvement l'évolution de la recherche cancérologique entre 1970 et 1981.

Deux articles importants parurent dans " Nature " en 1970, signés par Temin et par Baltimore. Ils annonçaient la découverte d'une activité enzymatique jusqu'alors inconnue, la transcriptase inverse, dans des échantillons soi-disant purifiés de rétrovirus isolés à partir d'animaux de laboratoire. Cette enzyme fut très rapidement considérée comme un " marqueur " spécifique, indiquant la présence de rétrovirus. On n'allait donc plus rechercher les particules de rétrovirus, l'effort se portant désormais

sur l'identification de marqueurs moléculaires. Cette nouvelle approche était accueillie avec enthousiasme en 1970, époque à laquelle la biologie moléculaire prenait une position tout à fait dominante en sciences médicales. Nous reviendrons cette après-midi sur ce qu'il faut penser de la spécificité de ce marqueur enzymatique. Pour l'instant, tout ce que je voudrais vous mettre à l'esprit c'est que la découverte de cette enzyme avait vigoureusement remis en selle les rétrovirus en recherche cancérologique, et ce à partir de 1970.

Les observations de Temin et de Baltimore sur la transcriptase inverse arrivaient à une époque où le climat de la recherche aux Etats-Unis donnait des signes inquiétants pour diverses raisons. Raisons relatives aux méthodes et aux hommes trop pressés qui les appliquent, relatives aussi à un nouveau profil des carrières académiques de recherches, relatives enfin aux problèmes de financement et aux pressions grandissantes exercées tant par les instances gouvernementales que par l'industrie pharmaceutique.

L'évolution des méthodes était spectaculaire : la biologie et la génétique moléculaire prenaient une part de plus en plus dominante de tous les programmes de recherche. Les méthodes moléculaires auraient pu contribuer mieux qu'elles ne l'ont fait si leurs applications ne s'étaient pas faites de manière très exclusive, souvent précipitée, ou en omettant les expériences de contrôle essentielles ! Un exemple historique est donné par les publications de Temin et de Baltimore: si ces auteurs avaient pris le temps qu'il fallait pour vérifier le degré de purification des virus qu'ils utilisaient, ils n'auraient jamais interprété leurs résultats comme ils l'ont fait, c'est-à-dire en prétendant que l'enzyme transcriptase inverse était d'origine virale. Nous savons aujourd'hui que des débris cellulaires étaient très probablement présents dans leurs préparations soi-disant " purifiées ", et que cette contamination par des débris cellulaires expliquait, à elle seule, la présence de l'activité enzymatique. Mais il fallait aller très vite ! Baltimore a même raconté qu'il avait fait les expériences lui-même... en deux jours (!), tant il voulait que ses résultats soient publiés dans Nature, dans le même fascicule que ceux de Temin...

Cette précipitation était apparemment contagieuse car elle a gagné le comité Nobel à Stockholm, attribuant le prix Nobel à Temin et à Baltimore dès 1975 !

Les nouvelles méthodes étaient de plus en plus coûteuses, et le nombre de chercheurs de plus en plus grand. Mais les budgets fédéraux n'augmentaient certainement pas dans la même proportion ! D'où une anxiété croissante qui se développait chez la plupart des chercheurs.

Les raisons d'anxiété étaient multiples : a) il y avait d'abord le fait que la plupart des chercheurs travaillaient à temps plein, c'est-à-dire que leur carrière avaient le plus souvent perdu ce relatif facteur de stabilité qui dérivait, pour la génération précédente, des fonctions d'enseignement académique; b) il y avait aussi l'âpreté croissante de la lutte pour obtenir des crédits de recherche du gouvernement fédéral. Cette lutte constante avait pour effet que de nombreux chercheurs, menacés de perdre leurs jobs, passaient 1/3 ou 1/2 de leur temps à rédiger des demandes de crédits... dont un grand nombre revenaient " approved but not funded " !

Dans un climat aussi compétitif et générateur de tant d'anxiété, les dérapages devenaient inévitables. Plusieurs cas graves de fraude scientifique éclatèrent durant les années 1970, concernant des personnalités fort en vue, travaillant dans des institutions prestigieuses... L'effet très démoralisant de ces accidents était amplifié par un mitraillage médiatique impitoyable !

Une autre manière d'échapper à la panique des crédits de recherche consistait à prendre un virage très dangereux en vendant son âme au diable, le diable étant en l'occurrence l'industrie pharmaceutique ! Il faut lire " La Constance du Jardinier " de John Le Carré pour comprendre... Je vous assure que nous étions stupéfaits d'apprendre dans ces années-là que tel ou tel grand patron venait de signer un contrat monumental, chiffrant en nombreux millions de dollars, nous apparaissant désormais comme " Monsieur Pfizer " ou " Monsieur Glaxo Welcomme ". Qu'allait-il rester de la libre-pensée et de l'intégrité de la création scientifique dans tous cela ? ?

Le spectacle était navrant : d'un côté des collègues qui dérapent dans la fraude, de l'autre des grands patrons qui se laissent embarquer par Big Pharma...

Il faut reconnaître qu'il y avait de quoi avoir le moral à marée basse...

Et c'est dans ce climat-là qu'un événement capital est intervenu, c'est-à-dire, en 1972, la campagne pour la réélection présidentielle de Richard Nixon, avec, à son programme, la présentation d'un projet de loi qui fut appelé " La Guerre contre le cancer ", prioritairement ciblé sur la démonstration du rôle des rétrovirus dans l'étiologie du cancer chez l'homme. " La guerre contre le cancer " devint un drapeau politique agité pendant toute la campagne, et voté par le congrès américain peu après la réélection de Nixon.

Vous pourriez penser : bravo, enfin de généreux crédits fédéraux pour la recherche sur le cancer ! Grave erreur ! Car ces crédits n'étaient pas attribués pour une recherche ouverte et libre. Ils étaient attribués pour prouver que des rétrovirus étaient impliqués dans la genèse du cancer ! C'était le libre examen pris à rebours: on avait sélectionné en haut lieu l'hypothèse rétrovirale (qui n'a jamais reçu la moindre confirmation !) et l'on accordait des budgets fabuleux très préférentiellement à tous les projets de recherche qui étaient basés sur cette hypothèse ! Le principal bénéficiaire de ces nouveaux crédits ne fut autre que Robert Gallo, dont le laboratoire de Bethesda prit des proportions monumentales...

Ce développement aux conséquences très profondes n'aurait, je crois, jamais pris place sans l'étincelle de la transcriptase inverse, malicieusement allumée par Temin et Baltimore en 1970...

Malheureusement, dix ans plus tard, la " guerre contre le cancer " n'avait abouti à aucun résultat... Pas un seul rétrovirus n'avait été identifié qui puisse être la cause d'un seul cancer, ou d'une seule leucémie chez l'homme. Ce qui avait donné tant d'espoir dans la recherche sur les leucémies de souris 20 ans auparavant ne trouvait manifestement pas son équivalent en pathologie humaine. " Des souris et des hommes "...

Jusqu'en 1981, la pression et les critiques ne faisaient que monter à l'encontre des temples fédéraux de la rétrovirologie, et la grande presse se faisait l'écho d'une impression de plus en plus dominante, à savoir que " La Guerre contre le cancer ", lancée par R. Nixon en 1972, était en fait un échec complet et extrêmement embarrassant. Sans surprise, le moral tombait fort bas dans les laboratoires du NIH qui pouvaient difficilement justifier les crédits considérables qui leur avaient été alloués en 1972. Et le moral n'était pas meilleur aux CDCs d'Atlanta où l'on n'avait pas eu une seule épidémie sérieuse à se mettre sous la dent depuis la polio dans les années 50...

Mais tout cela va soudainement changer en 1981 !

En juin 1981, Michael Gottlieb décrit, dans les rapports du CDC, les 5 premiers cas de ce qu'on appellera Sida un peu plus tard. L'interprétation de ses observations était d'une totale partialité ! Les 5 cas s'étant présentés dans la région de Los Angeles, il s'agissait donc d'un " cluster ", donc probablement d'une maladie contagieuse. Et comme les 5 malades étaient tous des homosexuels très actifs, la maladie était probablement transmise par contacts sexuels ! En fait ces 5 malades ne s'étaient jamais rencontrés, excluant donc tout caractère contagieux dans leur cas du moins. Et le fait qu'ils étaient tous les 5 nettement immunodéprimés pouvaient s'expliquer facilement sous l'angle toxicologique, car ils étaient tous les 5 héroïnomanes et faisaient tous les 5 usages intensifs du nitrite d'amyle (" poppers "). Il n'y avait donc aucune logique pour une interprétation infectieuse de leur dépression immunitaire. Mais les CDCs à Atlanta suivaient avec la plus grande attention cette épidémie qui semblait poindre à l'horizon...

Mieux encore, en 1983, UN RÉTROVIRUS est en principe " isolé " à partir d'un ganglion lymphatique d'un malade qui courrait le risque d'attraper le sida ! Tout va donc enfin se mettre en place : non seulement une nouvelle épidémie, mais, mieux encore, une épidémie due à un rétrovirus !

Excusez, je vous prie, le ton sarcastique de ces remarques, mais soyez persuadés que c'est une véritable tragédie qui était en train de se nouer, tragédie dont l'ampleur fera de tout ceci la page la plus noire de l'histoire de la médecine !

Il fallait trouver un rétrovirus pour justifier tous les crédits des dix dernières années. Bien sûr, le sida n'était pas une forme de cancer, mais le sarcome de Kaposi était dans le tableau clinique, permettant de rapprocher le sida du cancer...

Il fallait trouver un rétrovirus, même s'il fallait l'inventer ! Et on l'inventa ! Souvenez-vous du titre du livre de Peter Duesberg paru en 1996 : " Inventing the AIDS Virus "...

Et tout naturellement, en moins de temps qu'il ne fallait pour le dire, tous les distingués chercheurs du virus du cancer sont immédiatement devenus des chercheurs du virus du sida...(L. Montagnier, JC Chermann, Robert Gallo, etc...)

Cette très soudaine réorientation de la recherche rétrovirologique a aussitôt reçu les encouragements financiers massifs des grandes compagnies pharmaceutiques, et les crédits accordés à la recherche rétrovirologique n'ont cessé d'augmenter depuis 1983.

Cette augmentation des crédits n'a en rien été freinée par le fait que, 20 ans plus tard, l'hypothèse VIH/SIDA n'a toujours pas permis la guérison d'un seul malade sidéen.

J'ai dit : l'hypothèse VIH/SIDA...

N'est-ce qu'une hypothèse ?

Oui, en effet, ce n'est qu'une hypothèse. Ceux d'entre-vous qui connaissent bien la littérature médicale sur le sida pourront vous le confirmer : il n'existe pas UN SEUL article dans la littérature médicale qui apporterait la démonstration d'un lien de causalité entre le VIH et le Sida. Tout ce que vous trouverez, c'est une référence à une conférence de presse historique, qui c'est tenue à Washington le 24 avril 1984, et au cours de laquelle la secrétaire d'Etat à la Santé des Etats-Unis a annoncé, avec Robert Gallo à ses côtés, et devant toute la presse, que le virus du sida avait été isolé dans le laboratoire du Dr. Gallo et qu'un vaccin serait probablement prêt dans deux ans...

La " science " du Sida commença par une conférence de presse.

Comme disait Coluche : le Sida est une maladie qui se transmet médiatiquement...

Vous comprenez maintenant, je l'espère, que, en ce qui concerne les rétrovirus, la " bourde du Sida " n'est compréhensible que dans sa continuité historique avec la bourde du cancer !

*Etienne de Harven* <pitou.deharven@wanadoo.fr>

#### **Références :**

- Gottlieb MS. Pneumocystis pneumonia – Los Angeles. Morbidity Mortality Weekly Report 1981 ; 30 :250-252, CDCs, Atlanta.
- Temin HM, Mizutani S. RNA-dependent DNA polymerase in virions of Rous Sarcoma virus. Nature 1970 ; 226 :1211-1213.
- Baltimore D. RNA-dependant DNA polymerase. Nature 1970 ; 226 :1209-1211.
- Rasnick D. The Aids blunder. The Mail and Guardian, Johannesburg, 24 janvier, 2001.
- Briggs LH et al. Severe systemic infections complicating " mainline " heroin addiction. Lancet ii (1967) : 1227-1231 (voir page 584 " Toxic effects of drugs used by AIDS patients " dans le livre de P. Duesberg)
- P. Duesberg. Inventing the AIDS Virus. Regnery Publishing, Inc., Washington, D.C., 1966

## **Nous vivons avec le VIH / SIDA depuis 20 ans Un appel pour une discussion ouverte sur des faits contradictoires**

### ***Le SIDA en Afrique — Quel chemin devant nous ?***

**Christian Fiala. 6/7 mai 2000**

#### **Rétrospective d'un point de vue européen**

En Europe (et aux USA), nous avons assisté, à la fin des années 80 et au début des années 90, à une campagne médiatique sans précédent sur le VIH / SIDA. Sur la base de statistiques vertigineusement ascendantes (1), les experts du SIDA ont expliqué que la population planétaire était confrontée à une épidémie de SIDA, dans la mesure où l'infection ne se limitait plus aux groupes à risque d'origine, à savoir les homosexuels mâles et les utilisateurs de drogues intraveineuses. " Dans quelques années, le SIDA tuera plus de personnes dans la population des pays occidentaux industrialisés que toutes les autres maladies et infections réunies ". C'était l'un des nombreux scénarios catastrophe de l'époque. (2) Et le spécialiste américain du SIDA Robert Gallo a même dit : " Le SIDA pourrait signifier la fin de l'humanité ". (3)

Le message était qu'il n'y avait dans l'ensemble aucun moyen d'y échapper. Seuls des changements majeurs dans le comportement sexuel de la population hétérosexuelle pourraient prévenir le pire. En

conséquence, des campagnes de promotion de la fidélité ont été lancées, dans le genre de celles menées depuis 2000 ans par l'église catholique, et l'utilisation des préservatifs a été recommandée, chez les jeunes en particulier. L'importance de l'hystérie qui régnait à l'époque est difficile à imaginer rétrospectivement. Les voix isolées disant que ces affirmations étaient fondées sur des suppositions fausses et des conclusions non scientifiques ont été soit étouffées " parce qu'elles contredisaient les convictions de la population générale " (4), soit accusées de jouer imprudemment avec des vies innocentes.

La plupart des statisticiens ont additionné tous les cas de SIDA depuis le début des années 80, c'est-à-dire qu'ils les ont présentées de façon cumulative. Cette forme de présentation est inhabituelle en médecine, car elle donne des résultats sans aucun intérêt. Les chiffres augmentent obligatoirement, même s'il n'y a que quelques nouveaux cas chaque année. Comme le disait déjà le mensuel du Bureau Médical Allemand (Deutsches Ärzteblatt) en 1989, sous le titre " Confusion cumulative " : " Personne n'a jamais pensé à additionner tous les cas d'oreillons, de tuberculose ou de scarlatine à partir du moment où des lois sur leur notification ont été passées ". En conséquence, la seule raison pour présenter les chiffres de cette façon est que " des chiffres importants permettent d'obtenir des sommes d'argent importantes " (5) Cette conclusion est aussi donnée dans le livre " So lügt man mit statistics " - Comment mentir avec les statistiques (6). Avec une rare ouverture d'esprit, cet article met le doigt sur le principal problème en matière de politique de la santé : quiconque crie très fort et de façon très convaincante arrive à plonger le public dans la peur, et à obtenir un maximum de soutien. Dans cette optique, les institutions engagées dans la bataille contre le SIDA depuis les 20 dernières années ont parfaitement réussi.

Dans l'ensemble, ce qui s'est passé en Europe a été moins dramatique. (7) De 1993 à 1994, le nombre de nouveaux cas de SIDA a atteint un pic, à un niveau beaucoup plus bas que les autres maladies. Le SIDA est responsable de moins de 0,2% de la mortalité totale en Allemagne. (8) Au même moment, le nombre de personnes atteintes de SIDA a augmenté, en partie parce que la définition du SIDA a été modifiée à plusieurs reprises. (9-20) Ces redéfinitions ont eu pour résultat une augmentation des cas, y compris rapportés au pourcentage aux USA en 1993. (21) Par ailleurs, depuis 1993, la définition du SIDA n'est pas la même aux USA et en Europe sur un point essentiel (10) : aux USA, les personnes séropositives qui ont un taux de CD4 (un examen de laboratoire) inférieur à 200 sont considérées comme ayant le SIDA, même si elles n'ont aucun symptôme et ne se plaignent de rien.

Après 1993-94, le nombre de nouveaux cas de SIDA a baissé de façon significative. Cette régression est survenue parce qu'il n'existait pas de dissémination du SIDA en dehors des groupes à risque. Rétrospectivement, ce fait est aussi confirmé par l'institut Robert Koch de Berlin, qui est responsable du recueil des données pour l'Allemagne (22), et par le Centre de Suivi Epidémiologique du SIDA à Paris (23). Dans une étude, le temps moyen de 10 ans d'incubation (le temps nécessaire entre l'infection par le VIH et la survenue d'un SIDA clinique) a été soustrait du nombre de cas rapportés ; cette étude montrait que la prévalence du VIH avait atteint son point culminant en 1984 puis avait commencé à baisser, et ce bien avant les premières campagnes de " prévention ".

Incidentement, lesdites campagnes n'ont guère augmenté la prévalence de l'utilisation des préservatifs en Allemagne. En 1980, la consommation de préservatifs était d'en moyenne de 2 par habitant. En 1995, elle était de 2,3 par habitant (44,45).

Et à la suite d'une série de tests anonymes et en routine d'échantillons de sang du cordon effectués depuis 1993, l'Institut Robert Koch de Berlin est arrivé à la conclusion suivante : " Les résultats - la prévalence de la séropositivité pour le HIV est inférieure à 1 / 1000 parmi les femmes qui accouchent - confirment l'hypothèse d'une faible prévalence du HIV dans la population générale hétérosexuelle. " (23)

### **En résumé, on peut dire que :**

- à aucun moment nous n'avons vu survenir l'épidémie de SIDA attendue aux USA et en Europe ;

- la catastrophe prophétisée par de nombreux experts du SIDA n'est pas arrivée ;
- les pronostics effectués étaient fondés sur des hypothèses fausses et des conclusions non scientifiques ;
- en fait, il y a eu dans l'ensemble peu de cas de SIDA ;
- la population générale hétérosexuelle, en particulier, n'est pas touchée par le SIDA ;
- l'impact des méthodes de " prévention " sur cette évolution est impossible à démontrer ;
- le comportement sexuel des européens, en particulier chez les jeunes, n'a pas changé de façon significative, en dépit des faits effrayants disséminés par les médias.

Cela signifie que l'important effort financier et l'investissement de nombreuses personnes dans la prévention du SIDA et au sein des institutions dédiées au SIDA n'ont eu aucun impact mesurable sur le nombre de personnes séropositives pour le VIH ou souffrant de SIDA. L'Europe s'est accommodée de ce gaspillage de ressources sans grand mal. Toutefois, ces ressources financières et humaines auraient pu être employées ailleurs nettement plus utilement.

Que signifie le SIDA pour l'Afrique ?

Le diagnostic de SIDA en Afrique est essentiellement fondé sur la définition de Bangui, publiée par l'OMS (24, 25). Toutefois, cette définition a été adaptée par de nombreux pays. Elle a été posée par l'OMS uniquement pour les pays en voie de développement, et elle est fondamentalement différente des définitions utilisées en Europe et aux USA.

**Table 1 : les définitions du SIDA par l'OMS (1986) pour les adultes vivant dans les pays en voie de développement (24, 25)**

<p><b>Signes majeurs :</b>  perte de poids &gt; 10%  diarrhée chronique &gt; 1 mois  fièvre &gt; 1 mois (constante ou intermittente)</p>	<p><b>Signes mineurs :</b>  Toux depuis &gt; 1 mois  Démangeaisons généralisées  infections récurrentes à HVZ  candidose oro-pharyngée  infection herpétique chronique progressive et  disséminée  lymphadénopathie généralisée</p>
<p><b>Critères d'exclusion :</b>  Cancer  malnutrition sévère  autre causes reconnues</p>	
<p><b>Le SIDA est défini par l'existence de :</b>  au moins 2 signes majeurs et au moins 1 signe mineur  en l'absence de tout critère d'exclusion  <b>ou</b>  en présence d'un sarcome de Kaposi généralisé  <b>ou</b>  en présence d'une méningite à cryptocoque</p>	

Avec ces définitions, une personne sera déclarée comme souffrant de SIDA si elle a, par exemple, la diarrhée depuis plus d'un mois, une perte de poids importante, ou une toux ou des démangeaisons, et s'il n'existe aucune autre cause diagnostiquée avec les moyens locaux. Avec cette définition, un test de dépistage du VIH n'est pas nécessaire, et étant donné le manque d'argent, ces tests ne seront effectués qu'occasionnellement. Dans le formulaire édité en Ouganda par le Ministère de la Santé pour la déclaration des cas de SIDA, la possibilité d'un test de dépistage n'est même pas mentionnée. Même les critères d'exclusion peuvent difficilement empêcher un faux



diagnostic de SIDA, car cette définition est conçue pour les pays pauvres. Si ces pays ne peuvent même pas proposer un test de dépistage du VIH, il est difficile d'imaginer comment ils pourraient utiliser d'autres moyens de diagnostic. (A partir de ce formulaire de déclaration des cas de SIDA, l'Ouganda a longtemps été considéré comme l'épicentre de l'épidémie de SIDA en Afrique).

Cela signifie que le SIDA, la maladie qui, d'après les propres mots du professeur Luc Montagnier, l'homme qui a découvert le VIH, " n'a aucun symptôme typique ", est diagnostiquée dans les pays en voie de développement uniquement sur la base de symptômes non spécifiques (26). Or, ces symptômes ne sont pas vraiment rares dans un continent dont la population, en raison des nombreuses pathologies infectieuses et des mauvaises conditions d'hygiène, a une espérance de vie d'environ 50 ans. Si un médecin européen se mettait à diagnostiquer le SIDA sur la base de tels symptômes, il se verrait probablement assigné en justice et interdit d'exercer.

A ce sujet, le Dr Chin, le précédent responsable de l'unité des pronostics et de l'évaluation de l'impact du programme global sur le SIDA de l'OMS, écrivait déjà en 1990 : " Il devrait être bien entendu que les définitions utilisées pour la surveillance du SIDA n'ont pas pour objectif d'être de bons indicateurs pour l'infection par le VIH. Donc, dans les régions où la prévalence de l'infection par le VIH est basse, les définitions de l'OMS identifient essentiellement les personnes atteintes de tuberculose, de malnutrition ou de diarrhée ". (27)

De même, le Center for Diseases Control américain et l'Organisation Pan-Américaine de la Santé étaient arrivés chacun de leur côté, à la conclusion que les définitions de l'OMS " pourraient ne pas être adéquate sur le plan clinique ", en raison " de l'inapplicabilité potentielle de ces définitions ". Ces deux organisations ont par la suite établies deux autres définitions pour le diagnostic du SIDA dans les pays en voie de développement. (28, 29)

Il s'ensuit que le diagnostic du SIDA en Afrique n'a pas grand chose à voir avec le diagnostic du SIDA en Europe et aux USA. En Afrique, les personnes qui souffrent de pathologies infectieuses bien connues sont maintenant officiellement décrites comme souffrant du SIDA. (30, 31) Ce fait s'est trouvé tragiquement confirmé dans le cas d'un enfant africain souffrant de SIDA qui a été traité et réalimenté en Belgique. En résultat de ces soins, cet enfant ne rentrait plus dans la définition du SIDA utilisée en Afrique. (32)

### Qui est séropositif pour le VIH en Afrique ?

Fondamentalement, la plupart des tests de dépistage identifient non pas le virus, mais certains anticorps présents dans le sang. Comme toujours en pareil cas, la question est de savoir quels anticorps sont supposés être spécifiques du VIH, et quelles méthodes utiliser pour le déterminer.

Il est intéressant de constater que différents anticorps sont considérés comme spécifiques du VIH dans différents pays et par différentes institutions. (33) La fiabilité des différents tests est aussi évaluée de façon quelque peu différente. Par exemple, le Western Blot n'est pas accepté en Angleterre pour le dépistage du VIH.

Toutefois, sans aller jusque là, certains anticorps sont très semblables ; il y a occasionnellement des confusions. Cela veut dire qu'un test pour le VIH peut être faussement positif lorsqu'il détecte un anticorps contre un germe pathogène différent (c'est particulièrement vrai pour tous les tests de ce genre). Actuellement, plus de 70 maladies ou situations sont reconnues comme pouvant induire un faux positif, allant de la malaria à la lèpre, en passant par les transfusions sanguines. (34)

Une étude sur la fiabilité des tests concluait en disant que " les tests courants de dépistage du VIH (ELISA ou Western Blot) pourraient ne pas être suffisants pour diagnostiquer l'infection par le VIH en Afrique Centrale. " (35)

Pourtant, les estimations actuelles de l'OMS, en particulier en Afrique, sont précisément fondées sur les résultats de ces tests effectués sur de petits groupes de personnes. La prévalence du VIH dans le reste de la population est extrapolée d'après les résultats de ces tests. Le calcul des fonds que les pays africains devraient réunir pour lutter contre le SIDA — comme par exemple un million de dollars, d'après les estimations de l'UNAIDS — est effectué à partir d'une telle estimation de 23,3 millions de personnes atteintes de VIH / SIDA en Afrique. (36, 37)

### Comment les résultats sont-ils interprétés ?

Tous les chiffres concernant le SIDA sont collectés par l'OMS. Ils sont tous ajoutés, en dépit du fait qu'ils sont recueillis sur la base de définitions totalement différentes. Comme il est écrit dans un des bulletins de l'OMS : " Les rapports concernant les cas de SIDA pour la plupart des pays industrialisés d'Europe, d'Amérique du Nord et d'Océanie sont fondés essentiellement sur les définitions du CDC / OMS ; ceux pour l'Afrique sont en général fondés sur diverses adaptations nationales de la définition clinique de l'OMS (Bangui) ; et ceux pour d'autres pays sont habituellement fondés sur un mélange de ces diverses définitions. " (27)

Enfin, une autre astuce est utilisée à partir des cas identifiés pour prendre en compte les cas non-identifiés. Curieusement, le nombre de cas identifiés en Afrique a été relativement bas ces dernières années. En revanche, le nombre de cas supposés exister mais non constatés a pris des proportions énormes. En conséquence, l'essentiel des cas de SIDA estimés en Afrique est constitué de cas non-rapportés, mais dont l'OMS estime qu'ils existent.

Nombre de cas de SIDA en Afrique d'après l'OMS				
Cas en millions (nombre cumulé depuis 1980)	Nombre de cas rapportés en millions	Nombre de cas non rapportés en millions	Total supposé en millions	Pourcentage des cas supposés exister en % du nombre total de cas
Rapport OMS juillet 1994	0,33	2,35	2,68	88%
Rapport OMS janvier 1995	0,35	2,8	3,15	89%
Rapport OMS juillet 1996	0,5	5,43	5,93	91,6%
Rapport OMS novembre 1997	0,62	9,78	10,4	94%
Cas survenus entre juillet 1996 et novembre 1997	0,12	4,4	4,5	97,3%

### Pourquoi le SIDA serait-il une maladie à transmission hétérosexuelle en Afrique ?

Comme cela a déjà été mentionné, les études ont montré qu'il n'y avait pas de dissémination indépendante du VIH / SIDA dans la population hétérosexuelle en Europe et aux USA. La supposition qu'une telle transmission survient en Afrique et en Thaïlande est incompréhensible. De plus, le fait que le mode de transmission d'un germe pathogène serait différent dans différents pays et continents est un fait sans précédent en médecine.

La théorie selon laquelle une supposée transmission sexuelle du VIH est fréquente en Afrique et en Thaïlande en raison des mœurs sexuelles dans ces pays est fondée essentiellement sur les tests de dépistage du VIH que nous avons décrit, et qui sont souvent ininterprétables dans des pays tropicaux. Cette croyance, comme d'autres, est contredite par les résultats d'une étude internationale sur le nombre de partenaires sexuels et l'importance de l'activité sexuelle. De ce

point de vue, ce sont les USA qui sont en tête, suivis par la France, l'Australie et l'Allemagne. En comparaison, l'Afrique du Sud et la Thaïlande se situent en dessous de la moyenne mondiale. (38)

Il est logique de supposer que cette explication largement répandue a été aussi facilement acceptée en raison de nos préjugés bien ancrés d'occidentaux chrétiens vis-à-vis de la sexualité des africains (et des thaïlandais).

Et si on lit le récent rapport de l'UNAIDS, on a l'impression que le VIH / SIDA est utilisé comme une preuve scientifique évidente destinée en fait à couvrir un préjugé sous-jacent :

" Indiscutablement, dans la mesure où tous les rapports sexuels entre une personne séropositive pour le VIH et une personne séronégative n'induisent pas l'infection du partenaire séronégatif, l'existence d'une telle épidémie hétérosexuelle permet de penser qu'une substantielle proportion de la population, tant masculine que féminine, a un nombre important de partenaires sexuels pendant sa vie. " (36)

Cette obnubilation sur une transmission hétérosexuelle montre à quel point la discussion publique répond aux convictions des pays occidentaux. En revanche, l'utilisation croissante des techniques médicales occidentales en tant que cause possible de la dissémination de germes infectieux est totalement passée sous silence. Il est pourtant bien connu que l'utilisation de techniques invasives, telles que les injections, les transfusions sanguines et les opérations chirurgicales, qui sont caractéristiques de la médecine occidentale, peuvent devenir très rapidement dangereuses si des règles strictes d'hygiène ne sont pas respectées. (39, 41) Même l'OMS confirme que " au moins 12 milliards d'injections sont pratiquées tous les ans dans le monde entier ", et que " au moins un tiers de ces injections ne sont pas effectuées de façon correcte, et peuvent disséminer des maladies ". La situation est particulièrement dramatique en Afrique, où plus de 80% des seringues jetables sont utilisées plus d'une fois. (42)

En revanche, les médecines traditionnelles locales sont moins efficaces, mais elles sont aussi moins dangereuses lorsqu'elles sont appliquées dans des conditions d'hygiène médiocres.

Au vu de la pauvreté endémique régnant dans la plupart des pays africains — plus de la moitié de la population n'a pas accès à de l'eau potable (43) — la conviction européenne d'une épidémie de SIDA en Afrique liée à la transmission hétérosexuelle suite à la dépravation sexuelle de la population ne peut être considérée au mieux que comme du cynisme.

### Que devrait-t-on faire ?

Tous les pays occidentaux refusent strictement toute ingérence étrangère dans la gestion de leur budget. En conséquence, le lobbying des soi-disant mesures de prévention dans les autres pays devrait être stoppé.

Au vu du gaspillage de ressource que cela constitue, il est médicalement incompréhensible que de l'argent soit investi dans le VIH sur la base de tests non fiables, et dans le SIDA sur la base de définitions non satisfaisantes. De plus, ces fonds ne sont ensuite plus disponibles pour d'autres domaines d'action. Ces activités devraient être réduites de façon significative.

Il est amplement démontré que la santé des peuples dépend essentiellement de leur niveau de vie. En conséquence, c'est dans ce domaine que les ressources nécessaires devraient être investies, par exemple pour améliorer l'accès à l'eau potable et le réseau d'égouts.

Le secteur de la santé publique devrait se focaliser à nouveau sur la prévention, en utilisant des tests et des médicaments éprouvés pour des maladies infectieuses bien connues.

Les traitements invasifs devraient être évités s'il n'est pas possible de les effectuer en respectant strictement les règles d'hygiène appropriées.

### D'où vient l'information ?

Cette question est essentielle pour la compréhension de ce qui est survenu ces 20 dernières années, même si ce n'est pas une question médicale à proprement parler.

La plupart des informations scientifiques sur le VIH / SIDA ainsi que les conseils sur la conduite à tenir proviennent des USA, ainsi que d'Europe dans une moindre mesure, ou d'organisations qui travaillent à partir de ces pays. Les pays en voie de développement sont en conséquence particulièrement dépendants des pays industrialisés quand on parle de ces problèmes à leur sujet.

Ou, si on regarde les choses d'une autre façon, les pays industrialisés se sont assurés, par le biais du SIDA, un droit de regard dans les affaires intérieures des pays en voie de développement, en particulier sur la gestion de leur budget et l'évaluation de leur priorités en matière de santé.

L'accueil fait à la protestation internationale du président de l'Afrique du Sud, destinée à soulever des questions critiques, a amplement démontré que les pays en voie de développement sont considérés comme n'ayant aucun droit de changer ce concept, ou de faire valoir leur propre point de vue.

Cette monopolisation de l'information, alliée au contrôle des médias, facilite la manipulation d'une façon qui rappelle le temps des colonies.

Les peuples d'Afrique ont besoin de notre aide et de notre soutien. Cela ne leur apporte aucune aide efficace si on utilise des données fausses et des définitions absurdes pour les tromper et pour détourner leur attention des problèmes réels de leurs pays. Et le plus souvent, ces problèmes sont des maladies infectieuses bien connues et guérissables, et sont essentiellement causés par un niveau de vie bas.

## References:

- 1 Der Spiegel, Hamburg 1994, no 32, page 148-50; also at <http://www.uni-tuebingen.de/uni/tbi/kmw/t96pogf3.htm>
- 2 Der Spiegel, Hamburg, 1985, no 39, page 85
- 3 Der Spiegel, Hamburg, 1990, no 26, page 193
- 4 Reason given by an Austrian Radio journalist for the cancellation of a planned interview with the author.
- 5 "Kumulative Verwirrung", Deutsches Ärzteblatt, 1989, 86, vol. 17, B 853/C 749
- 6 Krämer W., So lügt man mit Statistik, 1997, Frankfurt, Campus Verlag
- 7 European Centre for the epidemiological monitoring of Aids; HIV/AIDS Surveillance in Europe, 1998, Quarterly Report no 60, St. Maurice, France
- 8 "Todesursachen in Deutschland", Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 1994
- 9 Centers for Disease Control (CDC), Update on acquired immune deficiency syndrome (Aids) - United States, MMWR, 1982, vol. 31, no 37; 507-14
- 10 CDC, "Revision of the case definition of Aids for national reporting - United States", MMWR, 1985, vol. 34; 373-5
- 11 CDC, "Revision of the CDC surveillance case definition for Aids", MMWR, 1987, vol. 36; 1-15 S
- 12 CDC, "1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for Aids among adolescents and adults", MMWR, 1992, December 18, vol. 41, no RR-17; 1-19
- 13 Steward; "Changing case-definition for AIDS", The Lancet, 1992, vol. 340, Dec 5; 1414
- 14 Ancelle-Park R et al.; "Impact of 1993 revision of adult/adolescent AIDS surveillance case definition for Europe", The Lancet, 1995; 345, 789-90
- 15 Selik-RM et al.; "Impact of the 1987 revision of the case definition of acquired immune deficiency syndrome in the United States", J-Acquir-Immune-Defic-Syndr, 1990; 3(1): 73-82
- 16 Vella-S et al.; "Differential survival of patients with AIDS according to the 1987 and 1993 CDC case definitions", JAMA, 1994; Apr 20; 271(15): 1197-9
- 17 Stehr-Green-JK et al.; "Potential effect of revising the CDC surveillance case definition for AIDS", The Lancet, 1988; Mar. 5; 1(8584): 520-1
- 18 Smith-E et al.; Isager-H, "Impact of the 1987 revised AIDS case definition in Denmark: a follow-up study 2 years after its adoption", Scand-J-Infect-Dis, 1992; 24(3): 293-9
- 19 Cayla Joan et al; L'impact de la nouvelle definition de Sida à Barcelone, V. Int Conf Aids Montreal, 1989; Abstract T.A.O. 3
- 20 Pezzotti P et al.; "The effect of the 1993 European revision of the Aids case definition in Italy: implications for modeling the HIV epidemic", AIDS, 1997; 11: 95-9
- 21 1.7 CDC; Update: "Impact of the expanded Aids surveillance case definition for adolescents and adults on case reporting - United States", MMWR, 1994, March 11, vol. 43 no 9; 160-70
- 22 Robert Koch Institut, AIDS/HIV 1997, Berlin, 1999
- 23 Downs A et al., "Reconstruction and prediction of the HIV/Aids epidemic among adults in the European Union and in the low prevalence countries of central and eastern Europe", Aids, 1997; 11: 649-62
- 24 WHO; Workshop on Aids in Central Africa, Bangui 22-25 October 1985, Dokument WHO/CDS/AIDS/85.1, Geneva, 1985
- 25 WHO, "Global programme on AIDS; Provisional WHO clinical case definition for AIDS", Wkly-Epidemiol-Rec, 1986; March 7; no 10: 72-3
- 26 Luc Montagnier; "Des Virus et des Hommes, 1994", Editions Odile Jacob, Paris (German translation: Von Viren und Menschen, Rowohlt, 1997)
- 27 Chin J; "Public health surveillance of Aids and HIV infections", Bulletin of the WHO, 1990; 68(5): 529-36
- 28 De Cock et al.; "Aids surveillance in Africa: a reappraisal of case definitions", BMJ, 1991; 303: 1185-8
- 29 Weniger et al.; "A simplified surveillance case definition of AIDS derived from empirical clinical data", Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 1992; 5: 1212-23
- 30 Gilks; "What use is a clinical case definition for AIDS in Africa?", BMJ, 1991; 303: 1189-90
- 31 Strecker-W et al.; "Epidemiology and clinical manifestation of HIV infection in northern Zaire", Eur-J-Epidemiol, 1994; Feb; 10(1): 95-8
- 32 Irova; "Aids-resembling disease in a non-HIV-infected African born to an HIV-positive mother", Pediatric Hematology and Oncology, 1995; 12: 495-8
- 33 Turner V; Perth, [www.virusmyth.com/aids/data/vtwbtests.htm](http://www.virusmyth.com/aids/data/vtwbtests.htm)
- 34 Zenger's, 1996, published in Continuum, vol. 4, No 3, page 5
- 35 Kashala O. et al; Infection with HIV-1 and HTLV among leprosy patients and contacts: Correlation between HIV-1 cross-reactivity and antibodies to lipoarabinomannan, J Infect Dis, 1994; 169: 296-304
- 36 UNAIDS, AIDS epidemic update: December 1999, Geneva [www.unaids.org/](http://www.unaids.org/)

- 37 UNAIDS, HIV/AIDS in Africa - Socio-economic impact and response, Conference 6-8 May 1999, Addis Ababa, www.unaids.org/  
 38 Durex, Global Sex Survey, London, 1997, http://www.durex.com  
 39 Salehe O. et al.; The amount of HIV-infections caused by syringes and needles in Mbeya-region, Second National Seminar on Aids Research in Tanzania, Dar es Salaam 1994  
 40 Wyatt HV. et al., "Unnecessary injections and paralytic poliomyelitis in India", Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine, 1992; 86: 546-9  
 41 Wyatt HV et al., "Unnecessary injections in developing countries: the risk and costs", International Journal of Risk & Safety in Medicine, 1993; 4: 167-76  
 42 WHO, GPV declares war on unsafe injections, Geneva, The newsletter of the Global Programme for Vaccines and Immunization, 5, 1997, GPV/VIN/97.03  
 43 WHO Water supply and sanitation sector monitoring report 1996, Geneva WHO/EOS/96.15  
 44 Deutsche Latex Forschung, Kondom-Absatz in Deutschland, Düsseldorf  
 45 Statistisches Jahrbuch 1996, Statistisches Bundesamt Wiesbaden

## Toujours vivant 16 ans après un "diagnostic mortel"

Mark Griffiths

*"Ne vous laissez pas impressionner par le poids des traditions, même honorées en de nombreux lieux et par plusieurs générations. Ne croyez pas quelque chose parce que beaucoup de gens en parlent. Ne vous en remettez pas à l'autorité des sages d'autrefois. N'accordez pas foi à votre imagination en croyant qu'un Dieu vous a inspiré. Ne croyez rien qui dépende uniquement de votre maître ou des prêtres. Ne croyez, après examen, que ce que vous avez vous-même mis à l'épreuve et avez trouvé juste et bon". BOUDDHA*

Le site Internet « Sidasanté » est le fruit de plus de dix années d'accumulation de documents exceptionnels et du travail de nombreux bénévoles. Ce site vous donne des explications claires pour comprendre que le "sida" est un concept sans aucune base scientifique réelle. Enlever les dogmes transmis médiatiquement et la réalité apparaîtra. Le "sida" est un syndrome défini artificiellement et non une maladie. Chacun des éléments qui participent à ce syndrome a une cause et une solution qui peuvent se comprendre et se soigner en dehors de toute psychose collective et surtout en dehors de toute origine prétendument virale du Sida.

Le fonctionnement du système immunitaire comporte encore de nombreux aspects fort mystérieux, même pour les meilleurs immunologistes d'aujourd'hui. En conséquence, limiter l'analyse du "sida" à l'étude des lymphocytes ou à l'étude de la "charge virale" relève presque de la folie, si ce n'est du crime...

L'homme est l'organisme le plus évolué sur cette terre et pour comprendre son fonctionnement il est nécessaire de prendre en compte ses multiples facettes, qui dépassent la seule conception matérialiste. Chacun a son histoire personnelle unique, ses pensées, ses émotions et sa manière de se sentir en harmonie avec la vie et avec lui-même ou non. Des recherches depuis vingt ans démontrent clairement que notre état d'esprit influence notre corps. Alors à quand une médecine qui admette l'importance d'unir soins de l'esprit et soins physique ?

Comment en sommes-nous arrivés à cette folie qu'est le sida ? Ce site tente de donner quelques explications.

La "viromanie" a commencé il y a longtemps, dès le début du XXe siècle, et de nombreuses erreurs ont été commises en essayant d'identifier divers microbes comme cause de plusieurs maladies, alors qu'en fait, la cause de ces maladies devait être trouvée dans les conditions de vie et le comportement des malades.

Au début des années 1970, le président Nixon a investi beaucoup d'argent dans la recherche de rétrovirus comme cause possible du cancer. Le résultat de ces efforts fut nul (sauf le déficit pour les contribuables américains !). Vers la fin des années 1970, les rétrovirologistes commençaient à perdre leur crédibilité. L'échec était évident. Beaucoup de chercheurs commençaient à s'interroger sur le rôle du stress et les nombreux facteurs toxiques de la vie moderne, plutôt que sur la recherche d'hypothétiques agents infectieux.

Après l'annonce faite par le CDC en 1981 d'une dépression immunitaire grave chez de jeunes américains, les rétrovirologistes ont tenté de trouver une cause virale à ce fléau dont 5 cas avaient été décrits aux USA. Les cinq cas en questions étaient apparus chez cinq consommateurs de

"poppers", d'antibiotiques et de drogues illégales. Ces aspects toxicologiques ont très rapidement été censurés par les autorités qui étaient trop contentes d'avoir enfin trouvé une justification inespérée à 15 ans de recherche infructueuse sur les rétrovirus comme cause du cancer !

Le Dr Robert Gallo, travaillant à l'Institut National de la Santé des USA, et qui avait commencé par annoncer la prétendue découverte du "premier rétrovirus humain" (HTLV-1) découverte qui ne fut jamais confirmée, a donné une tristement célèbre conférence de presse, le 23 avril 1984, en présence du Secrétaire d'Etat à la Santé, pour déclarer que la science américaine venait de découvrir un rétrovirus comme cause "probable" du sida. Aucune publication scientifique ne permettait de soutenir cette hypothèse ! Dès le lendemain, la presse a laissé tomber le mot "probable"... et depuis la recherche sur le sida a sombré dans le domaine de la science-fiction. Sans aucune base scientifique, le dogme VIH=SIDA=MORT fut mondialement accepté. Très rapidement, sous la pression du monde "gay" américain, le nom même de la maladie qui était "Gay Related Immune Deficiency" (GRID) fut changé pour enlever un signe discriminatoire intolérable. Un lobbying frénétique et insensé s'est développé pour produire en un temps record un traitement pour le "Acquired Immuno Deficiency Syndrome" (AIDS).

Cette pression fut reçue avec gourmandise par plusieurs grandes compagnies pharmaceutiques, avides de nouvelles conquêtes après l'échec de tous leurs efforts déployés pour trouver des thérapies antivirales contre le cancer. Les règles les plus élémentaires pour l'isolement des virus, et des rétrovirus en particulier, furent promptement ignorées, devant l'urgence de trouver "une solution au problème du sida". Les nombreux scientifiques qui tentaient de critiquer le nouveau dogme VIH=SIDA furent prestement réduits au silence ou ridiculisés.

Vous pouvez trouver la suite de cette tragique page de l'histoire de la médecine sur ce site.

Aujourd'hui, les meilleurs analystes du "sida" qualifient ce syndrome de phénomène d'hypnose/psychose collective sans aucun fondement scientifique. Notre point de vue est que les "tests" du sida ne détectent que des débris cellulaires, des fragments d'ADN sans réelle spécificité virale voir même des organismes endogènes. Le sida nous apparaît comme le "Syndrome de Déficience Énergétique Acquis" - dû à notre mode de vie, au stress, au surmédicamentation et à la peur d'un "diagnostic de sida" déclaré sans espoir de guérison par la médecine officielle.

La liberté de choix thérapeutique est un droit humain fondamental. Imposer un diagnostic mortel et les traitements les plus toxiques de l'histoire sur la seule base d'hypothèses sans preuves est intolérable. C'est une violation inadmissible des droits de l'homme.

Je serais ravi de venir chez vous pour donner une conférence sur le contenu de ce site et sur mon expérience d'"étiqueté" séropositif depuis 1986 sans traitement "officiel". D'après la médecine de 1986 je devrais être mort depuis 1991 ! Je serais également ravi de participer à l'organisation en France de conférences pour donner la parole aux scientifiques cités dans ce site.

*Mark Griffiths, janvier 1999. [info@sidasante.com](mailto:info@sidasante.com)*

## **Le Prix Huw Christie :**

### **100,000 dollars de récompense pour le VIH offerts le 19 juillet 2002 par Alexander Russell**

*"... après tout, les éléments infectieux sont les seuls critères cliniquement acceptables pour caractériser un pathogène de nature virale"*

*Peter Duesberg et Harvey Bialy (Nature, 375, 1995, p. 197)*

Je maintiens mon offre d'une récompense de 100 000 dollars pour la première personne qui pourra fournir la preuve photographique de l'existence du VIH.

Il n'existe aucune preuve de l'existence du VIH, prétendu rétrovirus sexuellement transmissible. Ceci est confirmé par les chiffres publiés en 2002 par le Laboratoire de Santé Publique de Grande-Bretagne. Il est tout simplement impossible qu'un virus se cantonne pendant vingt années aux deux

seuls groupes à risque identifiés dès l'origine : les homosexuels mâles et les consommateurs de drogues.

Il n'existe pas d'épidémie "VIH/SIDA" en Grande-Bretagne, ni ailleurs en Europe, ni aux États-Unis, et il n'en existera jamais. En Europe de l'Est et en Ukraine, on ne parle pas d'épidémie de SIDA mais d'une épidémie de drogues récréationnelles. Ce sont ces drogues qui déclenchent la formation de substances endogènes improprement étiquetées "VIH". Ce sont les produits chimiques contenues dans la cocaïne et les autres drogues récréationnelles, et non pas le prétendu VIH, qui font que les gens vont devenir séropositifs.

La cocaïne se comporte *in vivo* comme un mitogène, exactement de la même manière que d'autres substances d'origine végétale ont un effet mitogène dans les cultures de cellules *in vitro*. Les expérimentations ont montré que lorsque de la cocaïne est ajoutée à des cultures de cellules, ces cellules sont activées et présentent une réponse mitogène typique. Cet effet est particulièrement frappant pour la cocaïne, mais ajoutez à cela toute la panoplie de drogues récréationnelles auxquelles s'adonnent beaucoup d'homosexuels mâles et il ne paraîtra dès lors plus surprenant que leurs cellules maintenues constamment en état d'excitation permettront aux tests portant sur un prétendu VIH de mettre à jour l'une ou l'autre substance endogène. Réfléchissez à ceci : aucune étude ne prétend avoir montré qu'un rétrovirus soit transmissible par voie sexuelle chez l'animal; par quel miracle le VIH constituerait-il une exception à cette règle ?

Il n'y a pas d'épidémie de SIDA provoqué par le VIH en Afrique du Sud, et il n'y a pas de tombes de victimes d'une telle maladie. Selon des rapports récents citant les statistiques nationales, l'espérance de vie en Afrique du Sud a progressé de neuf années au cours de la période pendant laquelle l'épidémie du SIDA est censée avoir sévi, le taux annuel de décès toutes causes confondues (y compris le SIDA) reste inférieur à 1%, la mortalité infantile n'a pas augmenté au cours des 20 dernières années et la population s'accroît au solide taux de 3% par an. Ce qu'ils ont rebaptisé "SIDA" et dont ils se sont servi, avec beaucoup de cynisme, pour gagner de l'argent n'est en fait qu'une épidémie planétaire de consommation de drogues récréationnelles et de maladies frappant le Tiers-Monde, telles que la tuberculose et le paludisme.

Hans Gelderblom, de l'Institut Robert Koch de Berlin, est l'un des auteurs du premier article paru dans *Virology* de mars 1997 qui montre que le prétendu "VIH purifié" n'est en réalité qu'une accumulation de "microvésicules purifiées". Ce qui était supposé être le "VIH purifié" n'est rien d'autre qu'un amas de vésicules, c'est à dire de morceaux de protéines cellulaires. Le VIH imaginaire n'est qu'une collection de microvésicules d'origine endogène et de protéines cellulaires (qui, d'ailleurs, ne semblent jamais s'agglomérer pour former des particules, ce qui conduit à se demander comment elles pourraient dès lors avoir un caractère infectieux). Jamais, dans aucun fluide corporel fraîchement prélevé (y compris le sang, le sperme etc.) on n'est parvenu à voir des particules virales du VIH qui ne soient pas mélangées à des substances cellulaires. Il n'a jamais été prouvé que le VIH soit un rétrovirus sexuellement transmissible. À ce jour, il n'existe aucune image obtenue par microscopie électronique de particules de VIH isolées, purifiées et compactées récupérées dans des échantillons de fluide corporel fraîchement prélevés.

Ce que présentent les tenants du point de vue orthodoxe n'est rien d'autre que des artefacts produits par des clones fabriqués en laboratoire, clones qu'ils déclarent tout bonnement être semblables à ce qu'on trouve dans la nature.

Il faut se rappeler un point essentiel : jamais, absolument jamais, on n'a pu isoler la moindre particule de VIH infectieux dans le sperme. Dire que les rapports sexuels par voie anale peuvent transmettre le VIH est une affirmation qui ne repose sur aucune base scientifique et constitue un non-sens révélateur d'homophobie. Le VIH n'est pas une maladie sexuellement transmissible.

Ceux-là mêmes qui avaient énoncé les règles à suivre impérativement pour démontrer l'existence d'un rétrovirus les violent allègrement lorsqu'il s'agit du VIH. Personne n'a obtenu la moindre particule de VIH pure et non polluée par des contaminants. Personne n'a été capable d'obtenir une séquence complète d'ARN (ou de sa transcription en ADN) du VIH.

Les facteurs de stress immunologique que comporte le style de vie des homosexuels (usage de drogues récréationnelles, antibiotiques, vaccins contre la grippe, alcoolisme, MST non traitées, etc.)

peuvent avoir pour effet que nombre d'homosexuels mâles seront positifs aux tests de VIH. Tous les kits de ces tests comportent une mise en garde rappelant qu'ils ne doivent pas et ne peuvent pas être utilisés comme outil de diagnostic d'une infection par le VIH.

Je suis tellement convaincu qu'il n'existe aucune photographie obtenue par microscopie électronique (respectant strictement la méthodologie d'Étienne de Harven) qui prouve l'existence du VIH que j'offre la somme de 100 000 dollars à la première personne qui présentera une telle photographie, étant entendu que celle-ci devra avoir été obtenue dans des conditions rigoureuses. Qu'on ne me parle pas de "marqueurs de l'activité virale" qui, dans le meilleur des cas, peuvent indiquer tout ce qu'on veut. Je veux la preuve visuelle d'une grande quantité de particules virales infectieuses, actives, ayant une forme clairement définie récupérée dans un échantillon de fluide corporel frais et non pollué par d'autres types de cellules telles que CEM ou H9 cancéreuses. Ainsi que Peter Duesberg et Harvey Bialy l'ont écrit dans la revue *Nature*, "...après tout, les éléments infectieux sont les seuls critères cliniquement acceptables pour caractériser un pathogène de nature virale" (*Nature*, 375, 1995, p. 197). Encore une fois, pour paraphraser Peter Duesberg, un prétendu "virus" qui reste inactif ne peut pas être la cause de quoi que ce soit.

Les règles à appliquer pour tenter d'isoler le VIH conformément à la méthodologie d'Étienne de Harven sont les suivantes :

1. Seul peut être utilisé du plasma obtenu par centrifugation de sang complet et frais. Afin d'écartier le risque de voir des "particules virales" qui pourraient n'être que de simples artefacts de culture, aucune substance provenant de culture de cellules ne sera utilisée.

2. Le plasma sanguin devra provenir de personnes ayant présenté une "charge virale élevée" lors d'un test récent. Les références de ce test (date et résultat, c'est-à-dire la quantité d'ARN de VIH alléguée) devront être fournies, évidemment sans révéler l'identité du ou des donneurs afin de respecter la confidentialité.

3. Le donneur ne devra pas être sous traitement par inhibiteurs de protéase, AZT ou autres "drogues antivirales".

4. Seule une solution héparinisée de Ringer froide pourra être utilisée pour diluer le plasma (c'est-à-dire à 50%).

5. Le plasma dilué sera d'abord filtré par aspiration-filtration à travers une membrane de 0,6 millipore. Ce premier filtrat sera à son tour filtré à travers une membrane de 0,22 millipore et le résultat obtenu (deuxième filtrat) sera soumis à ultracentrifugation.

6. La centrifugation se fera à 30 000 g pendant une durée de 2 heures. Le culot obtenu (probablement de très petite taille) sera fixé avec du glutaraldéhyde et de l'acide osmique, puis soigneusement prélevé et incorporé dans une résine époxy en suivant les procédures habituelles en matière de microscopie électronique.

7. Les photographies de microscopie électronique devront être prises à un agrandissement d'au moins 19 500 fois et devront être du genre de celle présentée en fig. 1 pour ce qui concerne la forme et la taille des particules, sous la réserve fondamentale qui suit. Le VIH est supposé être un lentivirus possédant un noyau dense de forme tronconique. Une coupe ultrafine de lentivirus agglomérés de manière aléatoire doit inévitablement comporter un certain nombre de particules sectionnées de telle façon que leur noyau sera vu dans le sens de la longueur, d'autres étant vus du dessus, le tout apparaissant comme un mélange de noyaux denses de forme tantôt circulaire et tantôt allongée. Toute photographie ne montrant pas clairement une telle caractéristique sera considérée comme ne représentant pas le lentivirus VIH.

8. Le présent défi est lancé à tout scientifique qualifié, à tout étudiant en microbiologie ou technicien de laboratoire possédant le savoir-faire et le matériel de laboratoire nécessaires



pour exécuter les opérations requises.

Les photographies accompagnées de tous les détails de la méthodologie suivie et d'un résumé des qualifications de l'auteur devront m'être envoyées à :  
<alex@lalage52.freeserve.co.uk>

N.B. Professeur Émérite de Pathologie à l'Université de Toronto, Étienne de Harven a, tout au long de sa carrière de 25 ans au Sloan Kettering Institute de New York et de 13 ans à l'Université de Toronto, consacré l'essentiel de ses travaux à l'étude par microscopie électronique de la structure des rétrovirus.

*Alexander Russell, 19 juillet 2002*  
*Traduction de Yves de Saint Vaubr*

## **SIDA en Afrique.**

### **Une expérience de terrain en Tanzanie.**

**Dr Marc Deru**

Nous sommes en 1981, Philippe Krynen, pilote, fait ses adieux à l'aviation. Son épouse et lui ont décidé de changer l'orientation de leur vie et de s'occuper désormais des enfants orphelins qu'on dit si nombreux en Afrique. Ils s'engagent dans l'association autrichienne SOS Kinderdorf Int. et pendant trois ans ils animent des villages d'enfants au Sénégal, en Côte d'Ivoire, au Rwanda. En 1984 ils font une expérience avec les enfants du Tiers Monde au Bangladesh et en Inde (au Kérala). Ce parcours de trois ans leur a fait comprendre ce qu'ils veulent vraiment : aider les orphelins à bien démarrer leur vie mais sans les sortir de leur milieu, et créer eux-mêmes leur propre structure d'assistance. Pour se préparer à cela, ils suivent à Sélestat la formation d'infirmier(e). Trois années s'écoulent.

#### **Voyage**

En 1988, diplômés en main, ils décident de faire une exploration sur place. Ils choisissent la Tanzanie. Pendant deux mois, ils sillonnent le pays, sac au dos, jusqu'au jour où ils apprennent la situation dramatique de milliers d'enfants dans la Kagera, région limitée par le Rwanda, l'Ouganda et le lac Victoria.

" Dix ans après, je veux me souvenir de notre arrivée à Bukoba. Je revois l'aube grise au bout d'une longue nuit inconfortable sur un bateau bondé, les flaques de boue du quai. La pluie vient de cesser. Une brume dense venue du lac, noie le paysage entre le port et l'hôtel. Brume bruissante : ce sont des moucherons. Par milliards. Leur prédateur, une araignée poids plume aux pattes démesurées, tisse sa toile sur les façades, les arbres, les haies. Elle s'effiloche au vent ; la ville part en lambeaux. Le reste à l'avenant pendant trois jours de visite : routes impraticables, ponts cassés, magasins vides, essence rationnée, pas d'eau courante, pas d'électricité. L'hôtel nous fait payer d'avance pour aller acheter de quoi faire les repas. Nous sommes les seuls clients.

Quelle guerre est passée là pour mettre la capitale d'une région d'un million et demi d'habitants dans cet état ? "Ça va mieux, me dit-on, il y a cinq ans, on ne trouvait pas une boîte d'allumettes. Le savon venait d'Ouganda, en contrebande".

Dans les villages, c'est pire. Les bananeraies dépérissent, le cheptel est malade, les cases mangées par les termites, les gens en haillons. Samson Mushemba, évêque Luthérien, nous conduit à 40 kms au Nord, à la frontière Ougandaise, visiter Kashényé. Je me souviens des 4 heures de piste, sous une pluie battante, des silhouettes fantômes d'enfants à moitié nus, transis, serrés les uns contre les autres au passage de la Land-Rover.

À pied, dans Kashényé, mêmes silhouettes vues de près dans un interminable porte-à-porte derrière le maire et le pasteur qui nous présente les maisons les plus touchées par "cette maladie" dont on ne prononce jamais le nom. "

Voilà ce qu'écrivait récemment Philippe Krynen.

Sur ces impressions bouleversantes, ils rentrent en Europe, contactent la CEE qui promet des fonds, ils alertent l'opinion et les médias sur le drame qui se joue dans la région des grands lacs qui devient bientôt l'épicentre du SIDA en Afrique.

Les choses auraient pu en rester là : un reportage bouleversant sur une situation dramatique. Mais l'histoire ne fait que commencer car, contrairement aux journalistes, scientifiques, médias et experts en tout genre, qui visitent depuis 10 à 15 ans l'Afrique subsaharienne "victime du SIDA", Philippe et Evelyne Krynen retournent dans la région pour y démarrer leur projet. Ils sont soutenus par des promesses de fonds du CEE et quatre mille parrainages d'enfants par des familles de France.

### **Partage Tanzanie**

En décembre 1989, après une spécialisation de huit mois à l'institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMTA) les revoilà à Bukoba. C'est là qu'est créée l'ONG Partage Tanzanie pour mettre en place un programme global de santé et de développement qui va couvrir une zone de 50 kms sur 50 kms comportant une trentaine de villages et environ 70.000 habitants.

Et là, au cours des années qui vont suivre, Philippe fait des observations qui, petit à petit, vont le faire revenir sur les conclusions qu'il avait tirées de son premier séjour en 1988 et l'avait amené à dire que la région de la Kagera était victime d'une nouvelle et mortelle maladie, d'une terrible épidémie.

Bien sûr il ne remet pas en cause ses premières observations de départ : la région autour de Bukoba est réellement dans la misère la plus noire et l'immunité de ses habitants est totalement effondrée, le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est une réalité évidente. Mais il s'interroge sur l'origine de cette misère sociale, de cet épuisement immunitaire généralisé. Il cherche et il pose des questions.

### **Kagera**

La région était au début du XXe siècle considérée comme un petit paradis : le climat est favorable (1200 m d'altitude) avec des pluies régulières pendant toute l'année ; autour de chaque maison des bananiers fournissent, avec les cultures de haricots poussant sous leur ombrage, une alimentation de base abondante, les produits de la pêche complètent le régime alimentaire, le développement du commerce de café apporte aux habitants de l'argent liquide ; les enfants sont scolarisés sur place ou en Ouganda (pour l'enseignement secondaire).

Mais à partir de la 2e guerre mondiale, une série d'événements entraîne un retournement complet de cette situation idyllique : une maladie, la fièvre de la côte est (East Coast Fever), extermine le cheptel bovin, les bananiers qui de ce fait ne reçoivent plus leur fertilisant naturel, la bouse, dépérissent lentement au point de devenir après quelques décennies, la proie d'une maladie cryptogamique qui fait chuter brutalement leur productivité ; par ailleurs les cours du café s'effondrent, les nationalisations (à partir de 67) démantèlent les réseaux sanitaires et scolaires et, catastrophe ultime, en 1979 la guerre menée par Amin Dada contre la Tanzanie dévaste la région. La malnutrition grave s'installe durablement, les produits de base manquent, les enfants qui survivent à la malnutrition arrivent à l'âge adulte affaiblis immunitairement et la mortalité (par tuberculose et autres maladies respiratoires, par infections intestinales et parasitisme massif) chez ces jeunes adultes impaludés chroniquement est très importante. La situation sanitaire et agricole désastreuse pousse ceux qui en réchappent à s'expatrier, à tenter leur chance dans les grandes villes d'Afrique orientale.

### **Le programme de Partage Tanzanie**

Voilà donc le tableau que Philippe Krynen a sous les yeux au début de son travail dans la Kagera. Il comprend maintenant le pourquoi de cette situation catastrophique. Il constate que la moitié des

"orphelins" sont en réalité des cas sociaux, des enfants laissés au village à la garde de leurs grands-parents souvent sans ressources, par leurs parents partis en ville pour y chercher des moyens de survie. Il met alors en route son programme, dans le but d'accompagner chaque enfant orphelin jusqu'à l'âge adulte en le maintenant dans son milieu familial.

Autrefois, l'enfant sans père ou sans mère était pris en charge par le clan. On nommait un tuteur qui élevait l'orphelin et protégeait son héritage. Les anciens veillaient à ce que ses droits soient respectés. Aujourd'hui, devant le trop grand nombre d'orphelins, ce mode traditionnel ne fonctionne plus. Ce sont maintenant les grands-parents qui recueillent ces enfants sans le soutien de la communauté qui a de moins en moins de moyens. Ce sont des personnes âgées souvent sans ressources qui nourrissent, envoient à l'école et éduquent une ribambelle de petits-enfants. Dans certains villages du nord, une famille sur trois est ainsi composée de très jeunes et de très vieux. Ces familles déséquilibrées ont grand besoin de soutien.

Partage Tanzanie va donc créer une structure globale de soins de santé : des centres de jour dans chaque village, où les enfants sont pris en charge dans la journée, mais rentrent le soir dans leur famille ; un centre de soins à Bukoba où une vingtaine d'enfants peuvent être nourris, surveillés et soignés jusqu'à ce que l'amélioration de leur état de santé permette leur retour dans leur famille ; un dispensaire dans chaque village pour le suivi sanitaire ; et la prévention du paludisme, première cause de mortalité chez les enfants de la Kagera, par la sensibilisation des habitants aux bienfaits de la moustiquaire. De plus des jardins d'enfants, des écoles primaires, des ateliers de bricolage vont progressivement se créer dans tous les villages, un programme de réhabilitation des champs (bananeraies, caféiers, haricots) et des habitations se met en place, on aménage les sources pour généraliser l'usage d'une eau réellement potable.

### **Observations non conformes**

Pendant deux ans, conformément à ce qu'il a appris à l'IMTA, il considère néanmoins la situation sanitaire comme la conséquence d'une épidémie due à un nouveau virus, le "VIH", et il fait des tests.

Ce qu'il constate tout d'abord est que les enfants, qu'ils soient séropositifs ou séronégatifs, ont exactement la même chance de guérir s'ils sont correctement nourris et soignés. Ce qu'il voit aussi c'est que des cas, séropositifs quand ils sont testés au décours d'un accès de paludisme par exemple, peuvent devenir séronégatifs 6 mois plus tard.

Au huitième congrès international sur le SIDA, à Amsterdam en juillet 1992, il fait part d'une constatation inattendue : les tests faits sur son personnel de 149 personnes, ont révélé seulement 5,4% de positifs ! Sa communication est rejetée : ce sondage est sans valeur car le groupe testé n'est pas représentatif de la population en général. Sans doute. Philippe retourne en Tanzanie, et voulant en avoir le cœur net, il teste tous les habitants (842 personnes) d'un village. Résultat : 13,8% de positifs, alors que l'OMS déclare que dans la région des grands lacs 40 à 50 % sont "contaminés par le VIH".

Au congrès sur le SIDA de Yaoundé en décembre 1992, il fait une conférence de presse où il communique les résultats de cette enquête et ses doutes concernant l'origine virale de l'"épidémie". Communication très mal reçue par les participants au congrès. Philippe Krynen perd soudain toute crédibilité et, lui qui était l'enfant chéri des congrès tant qu'il portait le flambeau de la théorie virale du SIDA, devient l'hérétique qu'on rejette et qu'on évite.

Une interview donnée à Neville Hodgkinson en 1993 et publiée dans Sunday Times sous le titre provoquant "SIDA le fléau qui n'a jamais existé", achève de le discréditer. Les fonds promis par la CEE n'arriveront jamais. Le gouvernement tanzanien le menace d'expulsion, mais revient rapidement sur sa décision après avoir constaté l'efficacité et le désintéressement de son action dans la Kagera.

Depuis lors, Philippe Krynen s'est retiré de la "vie publique" des congrès et des relations avec la grande presse, il se consacre tranquillement et efficacement à son programme sanitaire en appliquant et généralisant simplement des mesures élémentaires de bon sens : pour être en bonne santé, pour surmonter une immunodéficience acquise suite à des conditions de vie misérables, il

faut et il suffit de se nourrir correctement, de boire de l'eau non polluée, de prévenir et de traiter les maladies endémiques et familiales, connues depuis longtemps; pour que la santé de la population ne devienne pas dépendante d'une intervention extérieure, il faut promouvoir l'éducation, il faut conscientiser les jeunes et les moins jeunes sur les causes des dégradations de santé.

Entretemps il fait aussi une autre observation : les jeunes enfants séropositifs vaccinés selon les schémas occidentaux et traités au Bactrim et au Nizoral pour prévenir la survenue de maladies opportunistes, ces enfants-là restent immunitairement très fragiles et de trop fréquents décès sont à déplorer. Les effets immunosupresseurs de ces médicaments administrés au long cours l'emportent clairement sur les effets bénéfiques recherchés. À partir de 1994-95, ces mesures "préventives" sont abandonnées, elles aussi, avec comme résultat une chute très sensible de la mortalité infantile. Toute référence à la théorie virale de l'immunodéficience acquise est dès lors abandonnée.

## Résultats

L'intérêt majeur de cette expérience de Philippe Krynen en Tanzanie est qu'elle s'inscrit dans le temps et que ces résultats peuvent maintenant être appréciés avec 12 ans de recul.

Il s'est installé en 1989 dans la région considérée comme l'épicentre de l'épidémie de SIDA parmi une population qui était promise par l'OMS et les grands médias à une décimation prochaine si on ne mettait pas un frein brutal à la propagation d'un nouveau virus mortel sexuellement transmissible qu'on appelait le VIH.

Or, depuis lors, personne n'y a jamais été traitée par des médicaments antiviraux (des poisons cellulaires source d'effets secondaires très graves, particulièrement dangereux pour les cellules et organismes jeunes), il n'y a pas eu distribution de préservatifs, on n'a pas considéré que l'épuisement immunitaire et la forte mortalité dans la population étaient l'expression d'une nouvelle infection virale, les tests de séropositivité se sont avérés sans utilité pratique.

Le suivi sanitaire de milliers d'orphelins et d'enfants abandonnés a été basé sur l'alimentation suffisante et équilibrée, la consommation d'eau potable, la sécurité affective et familiale de ces enfants. La prévention a consisté essentiellement à éduquer la population pour que soient appliquées ces mesures élémentaires de bonne santé et pour que soit adopté l'usage de la moustiquaire. Les soins proprement médicaux se sont limités au traitement classique des maladies endémiques (malaria borréliose, tuberculose, parasitoses) et de deux types de maladies aiguës, causes très fréquentes de mortalité: les infections respiratoires, d'une part, les affections intestinales (parasitaires, bactériennes ou mycotiques) avec diarrhée grave et déshydratation, d'autre part.

Ces mesures sanitaires de base ont abouti en quelques années à une chute spectaculaire de la morbidité et de la mortalité, à la disparition de cette épidémie d'immunodéficience qui avait fait de la région l'épicentre du SIDA. C'est maintenant l'épicentre d'un renouveau sanitaire et social !

Dans la zone d'action de Partage Tanzanie, le taux de mortalité infantile (la population de moins de 18 ans) représente aujourd'hui le tiers du taux statistique national pour la même tranche d'âge et le quart du taux régional pour la Kagera. Voilà des chiffres qui se passent de commentaires.

Le programme de Partage Tanzanie est aujourd'hui approuvé, soutenu et souvent cité par les autorités tanzaniennes comme un exemple à suivre en matière de développement.

Il faut remarquer aussi que depuis douze ans, au-delà de la zone d'action de Partage Tanzanie, dans l'ensemble de la région de la Kagera, la situation s'est également sensiblement améliorée. Bukoba, ville fantôme en 1988 est maintenant vivante et active, dans les campagnes. Le spectre d'une épidémie mortelle s'est éloigné, on ne parle plus de la Kagera "épicentre du SIDA en Afrique". L'épidémie de misère s'est calmée, la région a retrouvé un certain équilibre grâce à l'action sociale et sanitaire du gouvernement tanzanien.

Que valent les études et les discussions scientifiques sur le "VIH", les discours, les estimations statistiques et les prévisions catastrophistes face à ces faits et ces résultats irréfutables ? Pourquoi vouloir à tout prix traiter avec des produits très toxiques les femmes enceintes séropositives qui souffrent essentiellement de carences alimentaires, de malaria, de parasitoses et dont les enfants naissent en très bonne santé si elles reçoivent simplement une supplémentation nutritionnelle pendant la grossesse (une étude faite en 1998 l'a démontré) ?

Conclusions Le "VIH" que les autorités scientifiques affirment péremptoirement, mais sans apporter aucune preuve concrète, être la cause du SIDA n'a jamais pu être isolé, cultivé, analysé selon les critères de la virologie classique. Malgré les réactions très vives que de tels propos suscitent toujours, il faut dire clairement que l'existence même du "VIH" n'est qu'une hypothèse, que les "preuves" de sa présence dans le sang d'un malade (tests de séropositivité, test de charge virale) ne sont que la mise en évidence de protéines particulières et de fragments de génome dont l'origine ne peut être précisée. Ces tests n'ont aucune spécificité et ne constituent donc pas une preuve de la présence d'un nouveau virus pathogène.

L'expérience de la Kagera montre bien que l'hypothèse virale du SIDA ne s'accorde pas avec les réalités du terrain et que les causes d'épuisement immunitaire en Afrique sont avec évidence l'extrême pauvreté et l'absence de structure sanitaire de base.

Cette position de bon sens défendue par de nombreux scientifiques et médecins de par le monde est cependant largement ignorée, ridiculisée ou violemment rejetée à cause de gros intérêts liés à la lutte contre le VIH.

Aujourd'hui ce n'est plus la région des grands lacs qui fait la une des journaux. Ce sont maintenant des pays comme le Botswana ou l'Afrique du Sud qu'on dit "contaminés à 40 ou 50% par le VIH" e pour lesquels on fait des prédictions apocalyptiques. Aujourd'hui c'est le président Mbeki qu'on couvre d'opprobre parce qu'il ose discuter le bien fondé de la lutte anti-VIH.

Peut-on ignorer que l'Afrique du Sud, malgré son statut de pays africain "riche" reste profondément marqué par le régime de l'apartheid ? Ce régime qui, politiquement parlant, a pris fin en 1994, survit encore dans tous ses aspects économiques et sociaux. La majorité des terres est toujours aux mains d'une minorité de grands propriétaires ; cette situation prive les populations rurales de toute autonomie alimentaire et de la possibilité de vivre dignement. Une criminalité urbaine importante, l'usage de drogue (qui est avec la malnutrition une autre source majeure d'immunodéficience) fleurissent sur une situation économique déplorable, la politique reste complaisante pour le monde des affaires et pour les banques étrangères créancières d'une énorme dette héritée de l'apartheid. Un ajustement structurel "made in Afrique du Sud" (le GEAR) mis en place en 1996-97 (sous les applaudissements du FMI) est un sinistre échec pour la majeure partie de la population.

Monsieur Thabo Mbeki et son gouvernement qui ont hérité en 1999 de cette situation si tendue auront-ils la volonté et les moyens de renverser la vapeur et de mener une politique réellement sociale ? Prendront-ils les mesures nécessaires ? Monsieur Mbeki réussira-t-il à appliquer à l'échelle d son immense pays un programme social et sanitaire élémentaire comme dans la région de la Kagera? Réussira-t-il à donner à l'Afrique entière l'exemple d'un grand pays libéré de cette épidémie de misère? C'est une chose possible et que nous espérons.

**Marc Deru. Juin 2001.**

### **Références :**

Interview de Philippe Krynen réalisée le 5 juin 2001  
Des documents écrits fournis par Philippe Krynen et par l'antenne toulousaine de Partage Tanzanie  
Le Monde Diplomatique de mars 1999 (pages 10 et 11 consacrées à l'Afrique du Sud)  
"FMI, les peuples entrent en résistance" ISBN Cetim 2000

### **Trois sites Internet très documentés :**

- <http://perso.wanadoo.fr/sidasante/>
- <http://www.virusmyth.com>
- <http://www.rethinkingaids.com>

### **Contacts :**

- Les amis de Partage Tanzanie, 21 rue de l'Abbé Naudin 31200 TOULOUSE  
Tél : 05 61 57 52 28 ; Fax : 05 61 57 42 01
- Partage Tanzanie, PO BOX 1404, BUKOBA, TANZANIE  
Tél : 00255 282 222 247 ; Fax : 00255 282 222 246

# HIV et lait maternel : faits et mythes

## *Infectious HIV in breast milk : fact or fantasy.*

David Crowe

*Session 205 : Perspectives on HIV, AIDS and breastfeeding research.*

*LLLI Conference, July 10 2001.*

« *La crainte de la transmission verticale du VIH représente la plus grande menace pour l'allaitement dans les pays en voie de développement, où un nombre important de femmes sont séropositives pour le VIH.* » Pendant cette conférence, l'auteur a fait le point sur nos connaissances en matière de présence de VIH infectieux dans le lait humain.

### **Définitions**

**Spécificité** : concerne le pourcentage de gens non contaminés dont le test est négatif.

**Sensibilité** : concerne le pourcentage de personnes contaminées dont le test est positif.

**Reproductibilité** : capacité des tests à donner le même résultat chez la même personne lorsque les tests sont effectués par différents laboratoires, différentes personnes ; caractéristique distincte de la spécificité et de la sensibilité.

**Etalon or** : utilisé pour tester les tests <sup>a</sup> car la présence du germe pathogène est démontrée et indiscutable.

**Condition rare** et problème qu'elle soulève : si un test est spécifique à 99% (c'est-à-dire qu'il est faussement positif chez 1% des personnes testées), et qu'il est utilisé en routine dans une population où seulement 1‰ des personnes sont contaminées, cela implique que 9 résultats positifs sur 10 seront faux.

Les anticorps

Un anticorps est une protéine fabriquée par notre organisme, et qui réagit avec une protéine du germe pathogène (antigène). Les anticorps sont détectés à partir du sérum prélevé chez la personne à tester, en le mettant en contact avec les antigènes du VIH (test ELISA ou Western Blot).

Les anticorps de la mère sont transmis à l'enfant pendant l'allaitement. Les anticorps signalent qu'il y a eu exposition à un germe, ils ne signifient pas qu'il y a une infection active en cours. Par ailleurs, les anticorps peuvent présenter des réactions croisées avec des antigènes provenant d'autres germes pathogènes, ou dans des conditions telles que les réactions auto-immunes.

### **Des tests non spécifiques :**

- Burke (1988) a constaté une bonne spécificité en utilisant un nombre inhabituellement élevé de tests. Mais en utilisant une séquence ELISA + ELISA + Western Blot, environ 1% des tests ELISA initiaux étaient réactifs, 50% des tests répétés étaient réactifs, et 30 à 40% des Western Blot initiaux étaient réactifs et permettaient le diagnostic.
- Kion (1991) a constaté l'existence d'anticorps anti-VIH chez des souris de laboratoire. Les souris alloimmunes avaient des anticorps contre le gp120 et le p24 du VIH humain, et les souris de 2 souches autoimmunes avaient des anticorps contre le gp120. Or, ces souris n'avaient jamais été exposées au VIH. Strandstrom a publié des résultats similaires en 1990 sur des chiens.
- Toutes les personnes atteintes de SIDA n'ont pas des anticorps anti-VIH. En 1985, Gallo (1985) a constaté que 88% des malades atteints de SIDA étaient séropositifs, et Weiss (1985) 82%.
- Minkoff (1998) note que 15 à 20% des tests effectués sur les personnes à bas risque sont indéterminés et peuvent le rester pendant des mois.

### **Les anticorps anti-VIH et le lait maternel**

Les anticorps du lait proviennent de la mère, et sont aussi transmis à l'enfant pendant la grossesse, et perdurent chez lui pendant des mois. Ces anticorps ne peuvent pas être considérés comme un

signe d'infection. La présomption selon laquelle les anticorps retrouvés chez l'enfant à 9, 12, 15 ou 18 mois sont le reflet d'une infection active est couramment admise, mais n'est pas du tout démontrée. Le fait que de nombreuses personnes atteintes de SIDA aient des anticorps qui se ressemblent ne signifie pas que ces anticorps sont en relation avec la présence d'un virus actif, et pas davantage que ce virus est la cause du SIDA. Le fait de vouloir confirmer des tests "simples" comme le test ELISA par des tests plus "complexes" n'est qu'une façon de tourner en rond. La présence d'anticorps n'est pas un indicateur fiable de la présence du VIH dans le lait maternel.

#### Les antigènes

Un antigène est une protéine qui, dans le cas du VIH, est censée appartenir au virus. Les antigènes sont détectés par réaction avec des anticorps (habituellement le p24). Mais les antigènes peuvent réagir avec divers anticorps. Les tests de recherche des antigènes détectent des sites antigéniques, qui ne sont pas nécessairement des virus infectieux. Ils sont plus fiables que les tests fondés sur la détection des anticorps, mais ils sont actuellement beaucoup moins utilisés que ces derniers.

#### Les problèmes :

- Blanche (1994) a constaté que le p24 était rarement retrouvé chez les mères séropositives pour le VIH. Au moment de l'accouchement, le p24 était retrouvé chez seulement 16 des 108 femmes séropositives (15%).
- Fischl (1990) a retrouvé le p24 chez 50% des sujets séropositifs. 205 des 406 sujets testés avaient des taux détectables d'antigène du VIH avant la mise en œuvre du traitement.
- Faulk (1991) a retrouvé les antigènes du VIH dans des placentas humains non contaminés. Les antigènes gp120 et p17 étaient retrouvés au niveau des villosités chorioniques, respectivement au niveau des cellules fibroblaste-like et de l'endothélium. L'antigène p24 était retrouvé au niveau des cellules HLA-DR positives qui ressemblaient morphologiquement aux macrophages dans certaines régions des villosités.
- Urano (1994) notait que les tests de recherche des antigènes sont peu sensibles et peu spécifiques. Le p24 était détecté chez 6 des 32 sujets séropositifs, et chez 2 des 27 sujets séronégatifs.

Les tests de détection des antigènes ne permettent pas de faire la distinction entre un virus infectieux et un fragment viral non infectieux, ni de distinguer une fausse réaction d'une réaction spécifique. Leur résultat ne présente aucune fiabilité. Ils ne permettent pas de démontrer la présence de VIH infectieux dans le lait humain.

#### La PCR (Polymerase Chain Reaction)

Elle est utilisée pour détecter le matériel génétique contenu dans le VIH, et donc le nombre de virus présents dans l'échantillon étudié. La "charge virale" est le terme utilisé pour un nombre dérivé de calculs effectués à l'aide de la PCR. Mais cette réaction multiplie sans distinction les particules infectieuses et non infectieuses. Dans l'ensemble, la presque totalité des particules obtenues par PCR (par exemple 59.999 sur 60.000) sont de l'ARN non infectieux (il est impossible de le cultiver).

#### Les problèmes :

- Bush (1992) a constaté que la sensibilité, la spécificité et la reproductibilité de la PCR étaient très médiocres. Son étude sur la recherche de l'ARN du VIH dans du sérum a retrouvé un nombre élevé de faux positifs, et un manque inquiétant de spécificité. Le taux de résultats positifs était proche chez les sujets séropositifs et chez les témoins séronégatifs (26% et 18%).
- Mendoza (1998) a constaté un taux de 5 à 20% de faux positifs chez des sujets sains non contaminés.
- Dunn (2000) a fait état d'une mauvaise sensibilité, et constatait que bien que la PCR puisse détecter des taux très faibles d'ADN et d'ARN, les tests ont été positifs chez seulement 20 à 40% des enfants contaminés qui étaient testés peu de temps après leur naissance.

- Piatak (1993) estimait que 59.999 sur 60.000 des particules comptabilisées par PCR n'étaient pas du virus infectieux : les quantités de particules retrouvées étaient près de 60.000 fois plus nombreuses que la quantité de VIH infectieux détecté par les cultures.
- Rich (1999) déconseillait l'utilisation de la PCR pour la recherche du VIH. La PCR n'a jamais été conçue pour permettre le diagnostic de la contamination par le VIH. La spécificité de ce test n'a jamais été correctement évaluée chez des personnes séronégatives pour le VIH.
- Même le fabricant est conscient du problème. Sur la notice de son test, Roche (1996) écrit que ce tests est un amplificateur in vitro pour la quantification du VIH dans le plasma humain. Il n'est pas destiné à être utilisé comme test de dépistage pour le VIH, ni comme test permettant de confirmer la présence d'une infection par le VIH.

### **La co-culture**

Les virus ne peuvent se multiplier seuls. Ils sont donc cultivés sur des cultures de cellules qu'ils infectent. Les cellules utilisées sont en général des cellules cancéreuses appartenant à une lignée 'immortelle' <sup>a</sup>, sur lesquelles on verse le sérum à tester non purifié, ainsi que divers produits chimiques 'stimulants' <sup>a</sup>. On détecte ensuite dans cette culture la présence d'un phénomène non spécifique, l'activité de la transcriptase réverse, ainsi que l'antigène p24, les anticorps, les particules susceptibles d'avoir la taille d'un virus, etc. Cette technique, souvent appelé 'culture' <sup>a</sup> (erreur minime de dénomination) est aussi souvent appelée 'isolation' <sup>a</sup>, ce qui est une grave erreur. Elle est aussi considérée comme l'étalon or disponible pour les recherches sur le VIH.

### **Les problèmes :**

- Imagawa (1989) a effectué 225 co-cultures de lymphocytes du sang circulant provenant de 133 hommes séronégatifs pour le VIH, mais appartenant à un groupe à haut risque. Le VIH a été 'isolé' <sup>a</sup> dans les cultures provenant de 31 hommes (23%). 4 de ces hommes sont devenus séropositifs après être restés séronégatifs pendant 11 à 17 mois après 'isolation' <sup>a</sup> du virus. Ce dernier n'était pas retrouvé dans toutes les cultures effectuées après la première isolation.
- Michaelis (1987) a constaté que les résultats des cultures ne concordaient pas avec ceux des autres tests. Le virus a été 'isolé' <sup>a</sup> chez environ 50% des individus séropositifs pour le VIH qui étaient étudiés (n = 39), et le virus a été isolé à partir du sérum chez 1/3 des sujets. Le VIH a été isolé dans 3 échantillons de sérum, alors qu'il n'était pas isolé à partir des cellules sanguines mononucléées provenant des mêmes sujets. On ne retrouvait pas le virus dans les cellules sanguines mononucléées de tous les sujets séropositifs. L'isolation du virus à partir du sérum était peu fréquente.

Afin d'obtenir des résultats fiables, la co-culture devrait être effectuée à partir de particules virales purifiées ; ce n'est pas le cas actuellement. On devrait retrouver après incubation une plus grande quantité de virus que ce qui a été mis en culture au départ ; ce n'est pas le cas. Les produits utilisés pour stimuler les cellules cultivées peuvent activer la réplication des rétrovirus humains endogènes, qui agiront ensuite comme des rétrovirus exogènes. En conclusion, les co-cultures telles qu'elles sont effectuées actuellement ne peuvent pas être considérées comme un standard de référence ; pour ce faire, une technique plus rigoureuse devrait être utilisée.

### **Purification et isolation du VIH**

De nombreux articles ont clamé que le VIH avait été 'isolé' <sup>a</sup> à partir du lait maternel et d'autres fluides, mais en fait le virus n'a jamais été purifié et séparé des autres constituants présents dans les cultures.

- Le VIH n'a jamais été réellement purifié à partir d'un quelconque liquide biologique, y compris à partir du lait humain.



- Le VIH n'a jamais été réellement purifié à partir d'une co-culture. La déclaration selon laquelle les virus obtenus sur ces co-cultures étaient purs a été démontrée fautive par Gluschkof (1997) et Bess (1997).
- L'isolation du virus est nécessaire pour déterminer quels sont exactement l'ARN et les protéines du VIH. Cette isolation nécessite la purification.
- Les tests de dépistage du VIH devraient être validés par rapport au standard de référence, le virus pur, afin d'être sûrs qu'ils prouvent la présence du VIH dans les échantillons contenant réellement du VIH, et seulement dans ces échantillons.
- Aucun test de dépistage du VIH n'a été correctement validé.

La décision prise par le CDC et les autres organisations de déconseiller l'allaitement aux mères séropositives se fonde sur 2 études :

- Celle de Thiry (1985) a étudié 3 mères séropositives pour le VIH et en bonne santé, et a retrouvé des marqueurs du VIH dans leur lait.
- Celle de Ziegler (1985) a étudié un enfant séropositif dont la mère avait reçu une transfusion sanguine contaminée après la naissance de l'enfant ; ni la mère ni l'enfant ne présentaient de signes cliniques de SIDA. Le père de l'enfant, ainsi que son frère et sa sœur, étaient séronégatifs. On ignorait tout du statut maternel avant la transfusion. Aucune preuve que le VIH était présent dans le lait maternel n'a été fournie.

### **Données épidémiologiques**

En faveur d'une transmission par le biais de l'allaitement : la transmission post-natale, et la prévalence plus élevée de la transmission verticale lorsque la mère allaite.

Facteurs à considérer : la pratique d'allaitement (allaitement exclusif), et la prise en compte du rapport risques/avantages.

### **La transmission post-natale**

Mère transfusée à l'occasion de la naissance ou après celle-ci, bébé diagnostiqué ensuite comme séropositif. Mais la plupart du temps, le statut de la mère pour le VIH avant la transfusion était inconnu, ainsi que la présence éventuelle du VIH dans le sang et le lait. Il n'y a eu aucun groupe témoin (mères ayant vécu les mêmes circonstances qui n'ont pas allaité), et bien sûr il n'y a aucune publication sur des cas similaires où il n'y a pas eu de contamination par le VIH. Par ailleurs, cela représente très peu de cas liés à des circonstances très particulières (Ziegler, 1985, Lepage, 1987, Weinbreck, 1988, Colebunders, 1988, Stiehm, 1991). Même si les faux positifs aux tests de dépistage du VIH étaient très rares, ils pourraient être à l'origine de ce petit nombre de cas.

### **La prévalence plus élevée de transmission verticale lorsque la mère allaite.**

Les études évaluant la transmission verticale comparent des bébés nés de mères séropositives qui allaitent ou qui donnent un lait industriel. La prévalence plus importante de contamination chez les enfants allaités est présumée être causée par l'allaitement et non corrélée à des différences entre les groupes. Or, il y a des erreurs de randomisation (Nduati, 2000), qui constituent des biais. Dunn (1992) a analysé 6 études, et estimé le risque supplémentaire lié à l'allaitement à 14%. Mais d'autres analyses des mêmes études ont donné des estimations de 9, 11, 16 ou 18%, en raison du faible nombre de mères séropositives pour le VIH qui allaitaient, et des importantes différences entre les études.

Par ailleurs, aucune définition n'est en général donnée pour l'allaitement, en particulier pour sa durée et sa nature (exclusif ou partiel). Or, Coutoudis (2001) a constaté que la prévalence de la transmission verticale du VIH était similaire chez des enfants exclusivement allaités et des enfants exclusivement nourris au lait industriel, cette prévalence étant la plus élevée chez les enfants partiellement allaités (26% contre 19%). Les résultats de cette étude amènent à se poser des questions sur toutes les études épidémiologiques précédentes. Il n'existe actuellement aucune explication satisfaisante à cet état de fait.

## **Peser les risques et les avantages**

La principale question est : Est-ce qu'un bébé séropositif pour le VIH et allaité est nécessairement en moins bonne santé qu'un bébé séronégatif nourri au lait industriel ?

- Nduati (2000) n'a retrouvé aucune différence entre la mortalité à l'âge de 2 ans entre des enfants séropositifs et séronégatifs, et a inventé le terme ' séropositif survivant ' qui implique que ' séropositif pour le VIH ' signifie ' personne qui sera bientôt décédée '.
- Ryder (1991) a constaté que, à statut équivalent pour le VIH, les enfants exclusivement allaités étaient en meilleure santé que les enfants nourris au lait industriel.
- Dunn (1992) a montré que l'allaitement n'avait aucun impact sur le statut pour le VIH de la majeure partie des enfants.
- La durée moyenne entre la séroconversion et l'apparition clinique du SIDA est de plus de 10 ans (Munoz, 1997). Entre temps, de nombreux enfants qui n'ont pas été allaités seront morts.
- Il y a une corrélation entre l'état de santé de la mère et celui de son enfant (Kind, 1992).

## **En conclusion**

- Aucun test ne permet de détecter directement le VIH dans le lait humain.
- Tous les tests indirects sont d'une fiabilité douteuse, tout particulièrement dans les pays en voie de développement.
- Toutes les études épidémiologiques sont fondées sur ces tests douteux, et elles prennent généralement en compte non l'état de santé de l'individu, mais seulement son statut pour le VIH d'après les tests.
- L'acceptation inconditionnelle des dogmes actuels concernant le VIH et le SIDA représente l'une des plus grandes menaces pour l'allaitement.
- Déconseiller l'allaitement aux mères séropositives pour le VIH aura de nombreux effets négatifs sur la santé publique.
- Mettre sur les mères une étiquette ' séropositive pour le VIH ' pourra amener à négliger ces mères et leurs enfants (Grinstead 2001).

## **L'alternative à laquelle nous sommes confrontés est la suivante :**

Soit nous acceptons les dogmes actuels concernant le VIH, le SIDA et l'allaitement, et nous assistons à la baisse de la prévalence de l'allaitement dans les pays en voie de développement.

Soit nous ignorons ces dogmes, nous pesons soigneusement les faits, et nous nous préparons à affronter les difficultés.

**David Crowe : [crowed@cadvision.com](mailto:crowed@cadvision.com)**

*Traduction de Françoise Railhet*

## **SIDA, ses causes et son traitement**

Déc. 1999

**Felix de Fries**

*Traduction par Dr Marc Deru*

*Recommandations de traitement d'après les travaux du Dr. Heinrich Kremer, (Hambourg), Prof. Alfred Hassig (Berne), le Dr. Stefan Lanka (Stuttgart), Eleni Papadopulos-Eleopulos (Royal Hospital, Perth) disponible par [www.virusmyth.com](http://www.virusmyth.com) L.A. Herzenberg, J.D. Peterson et S.C. De Rosa (Stanford University), W. Droege, J.K. Shabert, G. Ohlenschlaeger, C. Richter, V.Hack, H. Rode, E.A. Newsholme, C De Simone, S.J. Ferrando, C. de Back, M. Clerici, G.M. Shearer, M.C. Dalakas, G.Tomelleri, E. Benbrik, G.A. Cannon, B.D. Cheson disponible par [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)*

Les nombreuses et différentes maladies qui définissent le syndrome du SIDA : infections fongiques des poumons, des membranes muqueuses, du cerveau et des intestins et la dégénérescence des cellules endothéliales des vaisseaux sanguins et lymphatiques (Sarcome de Kaposi - KS) sont les résultats d'une production continue de monoxyde d'azote (NO) gazeux et de radicaux oxygène réactifs (ROR) dans les cellules immunitaires et les autres cellules.

Dans ces conditions les cellules CD4 helper donnent naissance principalement à des cellules de type TH2 qui migrent dans la moelle osseuse et y produisent des anticorps actifs contre les bactéries. Une petite partie seulement des CD4 restent détectables dans le plasma en tant que cellules TH1 : sous cette forme elles activent la détection et la destruction des cellules infectées par des fungi et virus (de l'hépatite p.ex.) ainsi que par des cellules altérées (par intoxication p.ex.). Si cette situation persiste une quantité croissante de protéines venant du cytosol et des mitochondries sont libérées, résultat de l'augmentation de la destruction des cellules. Face à ces protéines, un taux plus élevé d'anticorps se développe ; ces anticorps sont décelés par le test anticorps VIH. Quand un certain niveau, arbitraire, d'anticorps est atteint, le patient est déclaré VIH positif.

Un niveau élevé et persistant de radicaux libres (NO & ROR) est le résultat de :

- contacts continus avec des antigènes (p.ex. venant d'infections chroniques ou répétées, de blessures, d'opérations, d'eau polluée) ;
- contact avec des substances toxiques par l'intermédiaire de l'alimentation, de médicaments, de pollution environnementale, de dérivés toxiques de produits chimiques modernes (tels que métaux lourds (adjuvants dans les vaccins, amalgames dentaires etc...), additifs alimentaires, colorants etc...) ;
- inhalations de nitrites (poppers) qui se stockent dans les cellules sous forme de NO<sub>2</sub>, puis sont libérés à la suite d'efforts physiques par une exposition croissante aux ions de calcium. Cela affecte les cellules endothéliales des vaisseaux sanguins et lymphatiques ayant un faible diamètre capillaire et donne lieu à des changements dégénératifs (ganglions lymphatiques enflés puis Sarcome de Kaposi) ;
- atteinte de la mitochondrie, pourvoyeuse d'énergie de la cellule, qui synthétise la molécule porteuse d'énergie ATP utilisée pour toutes les fonctions de l'organisme ;

Les causes des dégâts chroniques de la mitochondrie sont :

- dégâts à l'ADN mitochondrial, soit par des antibiotiques ou sulfamides (tels les triméthoprime, bactrim) qui bloquent la synthèse de l'acide folique et le métabolisme des purines et conduit ainsi à l'épuisement des réserves en thiols de la mitochondrie, soit par des métaux lourds, et les cytostatiques (comme l'AZT) ; ces substances se lient aux groupements -SH du glutathion et de la cystéine et endommagent ainsi le fonctionnement mitochondrial ;
- diminution du glutathion due aux dégâts du foie : hépatites chroniques (fréquentes chez les homosexuels masculins, les hémophiles, et les consommateurs de drogues intraveineuses), consommation exagérée d'alcool, ou carences nutritionnelles de cystéine (surtout dans les pays en développement). Les molécules de glutathion réduisent les molécules d'oxygène et de NO, ce qui protège la chaîne de production d'ATP dans la mitochondrie. Un manque continu de glutathion fait que les cellules TH1 s'empoisonnent au NO en attaquant les cellules parasitées par des fungi ou des virus ;
- la réduction de transport de l'oxygène dans les cellules due à une oxydation (methémoglobinémie) qui excède la capacité réductrice du glutathion. Ceci est causé par le puissant effet oxydant des nitrites (poppers), des antibiotiques, des analogues nucléosidiques (AZT et d'autres), des insecticides (p.ex. Lindane), des métaux lourds et autres polluants toxiques ;
- la carence en antioxydants végétaux qui se lient à des produits de dégradation toxiques (ROR) et réduisent l'inflammation et les réactions au stress.

En cas de dommage prolongé, les mitochondries cessent leur symbiose avec l'hôte (Phénomène de Warburg). Alors les cellules s'adaptent en produisant de l'énergie par fermentation anaérobie, ce qui résulte en une production excessive d'acide lactique, en une multiplication des germes opportunistes

et finalement en un épuisement : à ce stade les cellules obtiennent leurs nutriments essentiels directement des protéines musculaires (myoprotéines). En augmentant son activité de transcriptase inverse le noyau cellulaire sauve alors son génotype.

L'activation continue des macrophages conduit à une production accrue de substances messagères (interleukine 2) qui stimule la production d'hormones surrénaliennes (hormones de stress). Ces hormones induisent à leur tour la formation de cellules TH2 qui activent la formation d'anticorps par la moelle osseuse, tandis que les réactions immunitaires cellulaires induites par les cellules TH1 sont continuellement freinées.

En utilisant :

- des composés soufrés (sel marin, eau minérale, produits à base d'algues, mélanges de protéines contenant de la cystéine et de la méthionine (3-4 grammes par jour (g/j)), lait caillé et petit-lait) et de l'acide folique (300 &micro;g/j), qui peuvent développer la formation de glutathion dans les cellules, particulièrement dans le foie. Le glutathion peut également être administré par intraveineuse (600 mg/j) en attendant que sa synthèse par le foie soit suffisante ;
- des plantes antioxydantes, (p. ex. PADMA 28), qui se lient aux radicaux libres oxygénés toxiques (ROR) et des inhibiteurs de protéase naturels (p. ex. l'héparine et les héparinoïdes contenus dans les algues Klamath (eau douce) - et kelp (marine) et dans des préparations de cartilages), qui activent les antiprotéases du corps et se lient aux cations qui attaquent les parois des cellules, cela peut ralentir les réactions inflammatoires qui accélèrent la division des cellules ;
- les co-enzymes Q10 et NAD<sup>+</sup> avec des fortes doses de vitamines C et E peuvent améliorer le transport d'électrons dans la chaîne respiratoire des mitochondries cellulaires. L'acide folique, les thiols, de faibles doses de sélénium (des levures maltées) et du zinc, qui peuvent soutenir la synthèse d'ATP et aider à la réparation des dégâts à l'ADN mitochondrial ;
- les acides gras oméga 3 (huile de poisson, 3 cuillères à soupe par jour), qui peuvent être utilisés pour traiter les infections opportunistes (mycoses, pneumocystis carinii et d'autres) ; dans les cas difficiles, les gammaglobulines, les inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase-2 et la difluorométhylornithine (inhibiteur de polyamine) peuvent être administrés. On peut aussi soutenir l'activité des cellules tueuses et des neutrophiles par l'administration de glutamine (40gr par jour) et de L-arginine (20-30gr par jour) ;
- le DHEA (200 mgr par jour) qui peut diminuer les réactions exagérées de stress immunitaire causées par la production de cortisol (hormone de stress) par la glande surrénale ;
- les acides gras essentiels de l'huile de lin, de chardon, de chanvre, de soja et les acides gras oméga 3 mélangés avec du lait caillé, qui augmentent l'oxygénation des cellules ;
- des plantes, comme le Carduus Marianus, qui peuvent restaurer les fonctions du foie, et des boissons à base d'acide lactique partiellement fermentées qui peuvent refaire la flore intestinale ;
- des huiles essentielles frottées sur la poitrine et sous les aisselles, qui servent à stimuler le système immunitaire par l'intermédiaire de la substance fondamentale (collagène) ;
- des extraits de pépins de pamplemousse (citricidal) ainsi que des gargarismes avec du vinaigre de miel qui sont utiles contre les infections fongiques ;
- des techniques ciblées sur la réduction de stress p.ex. training autogène, stretching et massages ainsi que s'abstenir d'efforts physiques excessifs (causés p.ex. par l'usage de dopants tels que le café, l'alcool, la nicotine, les amphétamines (Ecstasy), cocaïne, héroïne et poppers) ;
- éviter les inflammations et les infections en évitant les traumatismes (relations sexuelles anales avec préservatif) ;
- une alimentation pauvre en sucres et riche en fibres, avec beaucoup de glucides de bonne qualité, des plantes antioxydantes p.ex. des légumes, des fruits, des tisanes et des thés verts, des huiles pressées à froid, des produits laitiers partiellement fermentés, du soja et du poisson mais pas de viandes rouges riches en fer ;

par tous ces moyens, une bonne résistance peut être ainsi restaurée chez les personnes immunodéficientes.

Si l'administration limitée d'antibiotiques est nécessaire, ce traitement de base doit être poursuivi. Les progrès réalisés par ces mesures qui renforcent le système immunitaire peuvent être contrôlés en mesurant les profils hormonaux du stress, le rapport des cellules T4/T8, l'activité des macrophages (test néoptérine), l'anergie cutanée, le niveau de glutathion dans le plasma et dans les cellules T4 helper.

On n'a jamais pu montrer que le VIH, qui est considéré comme étant responsable de 30 différentes maladies définies comme SIDA, était transmissible ou pouvait se reproduire ; il n'a jamais été isolé, photographié ou correctement caractérisé suivant les règles établies en virologie. La technique expérimentale utilisée à l'origine par Gallo et Montagnier en 1984 (sur base de laquelle ont été élaborés les tests VIH), impliquait la culture de cellules de malades du SIDA sur des cellules leucémiques et des cellules embryonnaires, qui présentent une forte activité de transcriptase inverse. Cet effet artificiellement amplifié de transcription inversée a été interprété comme indiquant la présence d'un nouveau rétrovirus. Une enzyme virale spécifique n'a jamais pu être mise en évidence selon les règles établies.

Les inhibiteurs de protéase synthétiques, qui sont supposées inhiber la formation d'éléments essentiels viraux, causent secondairement des malaises, du diabète, des calculs rénaux et une insuffisance du foie chez les patients à qui ils sont administrés. Au début de l'administration d'inhibiteurs de protéase et d'analogues nucléosidiques un déclin apparent et de courte durée dans les réactions inflammatoires et " la production de virus " est observée, mais le niveau remonte rapidement, ce qui est attribué à un développement des résistances.

Les analogues nucléosidiques (AZT etc...) qui, par leurs effets cytostatiques, détruisent temporairement fungi et bactéries ne sont incorporés que pour 1% à peine dans le noyau cellulaire, là où ils sont censés attaquer l'ADN du VIH. Il a été démontré depuis 1990 par des expériences sur animaux que ces drogues causent des dégâts irréversibles à l'ADN mitochondrial et ont de ce fait des effets secondaires sur le cerveau, la moelle osseuse, les muscles et les organes internes.

\* <http://www.virusmyth.com>

\*\* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

*(Traduction de l'anglais corrigée par Dr Marc Deru)*

Groupe d'étude pour les thérapies du SIDA

c/o Felix A de Fries

Eglistrasse 7

8004 Zurich SUISSE

Tel/Fax (0041 1) 401 3424

E-mail : [felix.defries@bluewin.ch](mailto:felix.defries@bluewin.ch)

### **Notes du correcteur.**

Mon expérience de 40 ans de pratique médicale confirme les conseils pour restaurer l'immunité !  
Voici comment je complèterais et ordonnerais les recommandations :

### **Alimentation :**

riche en produits frais, non-raffinés, sans additifs, bio autant que possible.

céréales variées (riz, sarrasin, quinoa, millet, avoine, orge) mais être très modéré dans la consommation de pain (gluten indigeste), graines germées

abondance de légumes : crus, cuits, fermentés (choucroute p. ex)

régler la consommation de fruits (de saison et du pays) selon la tolérance digestive

suppression du sucre blanc au profit de sucre de canne intégral, de sirop d'érable, de miel etc...

éviter les graisses animales et consommer largement des huiles végétales non raffinées de première pression à froid.

peu de viande, davantage de poisson

peu de laitages (laitages fermentés O.K.)  
bien mastiquer ! ne pas manger quand on n'a pas faim !

**Boissons :**

tisanes de toutes sortes  
eau (additionnée éventuellement de citron ou de vinaigre de cidre)

**Compléments alimentaires utiles :**

complexe antioxydant et complexe minéral (Mg en abondance, notamment)  
huile de poisson (acides gras oméga 3)  
levure de bière (Vit B et oligo-éléments)  
soufre organique — le meilleur est le MSM (Méthyl Sulfonyl Méthane), précurseur des acides aminés soufrés (cystéine, méthionine, glutathion)  
citricidal (extrait de pépins de pamplemousse) qui a des vertus antibactériennes, fongicides et antivirales

**Soins particuliers du foie :**

éviter l'alcool sous toutes ses formes  
plantes hépatotropes (radis noir, artichaut, pissenlit, Carduus Marianus etc...)  
molécules lipotropes et détoxifiantes (choline, inositol, méthionine, et surtout bétaine)

**Equilibrer son mode de vie**

équilibrer sommeil, repos et activité  
éviter les excès qui usent, épuisent le système nerveux, l'équilibre endocrinien et donc l'immunité (veilles excessives, surmenage durable, stress prolongés et/ou trop répétées etc..., éviter les dopants tels que le café, tabac, alcool, sucre blanc, coca etc...)  
exercices physiques réguliers, selon ses goûts, et son rythme

**Eviter les drogues pharmaceutiques**

autant que possible, et notamment les antibiotiques : sauf en cas d'infections réelles et tant que les défenses immunitaires sont encore faibles, dans ces cas, des cures courtes d'antibiotique à spectre bien ciblé peuvent être éventuellement nécessaires.

**Et enfin, puisqu'il est bien reconnu scientifiquement que l'immunité trouve sa racine dans le psychisme (la séquence PNEI, psycho-neuro-endocrino-immunitaire, est une réalité acceptée), il est de toute première importance de :**

Se mettre en chemin pour chercher (et trouver !) son centre, son unité, sa cohérence ; trouver le fil conducteur de sa vie, trouver son propre Chemin. Reconnaître que le sens de sa vie donne la paix

Rechercher la compagnie de ceux qui font de même, qui cherche la Vérité, qui aiment la Vie. Partager donne mutuellement des forces et de la joie. La joie de vivre est à la fois le fondement et le signe d'une bonne santé.

Tous ces conseils doivent être suivis avec souplesse et sans fanatisme ! Un excès occasionnel n'est pas dramatique, vivre sans écarts ce n'est pas "vivable" !

Bon Vent !

## **SIDA, Hépatite C, ESB : Maladies infectieuses ou intoxications ?**

**Par Dr Klaus Köhnlein**

À en croire la presse générale et médicale, le monde d'aujourd'hui est sans arrêt menacé de nouvelles grandes épidémies : SIDA, hépatite C, encéphalite spongiforme bovine (ESB) etc. Ces

nouveaux fléaux différent cependant des grandes épidémies du passé : le nombre de victime est relativement petit.

Alors que les anciennes épidémies décimaient des villes, le nombre de personnes atteintes par les nouvelles maladies est très faible. En ce qui concerne le SIDA, deux mille " nouvelles infections " (séropositivité) par an et six cents décès (en Allemagne). L'hépatite C n'a pas conduit à une augmentation significative des cas de cirrhose du foie. Quant à l'ESB nous n'avons encore dans notre pays aucun cas clinique, ce qui n'empêche pas la presse de parler de crise et d'épidémie depuis des semaines.

L'apparence épidémique de ces maladies provient uniquement de l'usage à grande échelle de tests fondés sur des marqueurs moléculaires. De nos jours la biologie moléculaire est capable de détecter les plus infimes quantités d'ADN ou d'ARN par le test PCR (Polymer Chain Reaction) et est capable aussi de produire des anticorps contre eux. Quant à la relation qu'on établit entre ces molécules isolées chez l'homme ou l'animal et la présence de signes cliniques, ce n'est que simple hypothèse. Ce fait est parfaitement illustré dans le cas de l'ESB : il existe, selon les tests, une épidémie alors qu'aucun cas clinique de vache folle n'a été reconnu (en Allemagne).

C'est l'absence fréquente de symptômes cliniques qui donna naissance à l'hypothèse de périodes de latence très longues, pouvant aller dans le cas de l'ESB, jusqu'à cinquante-cinq ans, entre l'infection par le " .....de l'ESB " et le développement de la maladie de Creutzfeld-Jacob...

Mais commençons par le premier de ces grands fléaux nouveaux, le SIDA.

## **SIDA**

Le SIDA apparut au début des années 80 à San Francisco exclusivement chez des homosexuels masculins jeunes (trente ans) qui développaient des pneumonies à pneumocystis carini (PPC) parfois mortelles. Ces premiers cas publiés par le Dr Gottlieb avaient deux choses en commun : ils étaient homosexuels et usagers de drogues lourdes (cocaïne, amphétamines, nitrite d'amyle).

Le nitrite d'amyle est une drogue utilisée exclusivement dans le milieu homosexuel masculin, la plupart du temps par inhalation. Les recherches sur animaux et sur culture de lymphocytes ont démontré que les nitrites sont immunotoxiques, cytotoxiques et cancérigènes (source : NIDA, National Institute of Drug Abuse).

Le nouveau syndrome reçut d'abord le nom de GRID (Gay Related Immune-Deficiency) et fut attribué au début par les scientifiques au mode de vie particulier de certains milieux homosexuels qui cumulaient de nombreux excès (" fast-track lifestyle "). En 1984, la secrétaire d'Etat US à la santé déclara lors d'une conférence de presse qu'un chercheur américain avait découvert un rétrovirus qui était probablement la cause du SIDA. Le lendemain tous les journaux écrivirent qu'un chercheur américain avait découvert la cause du SIDA, oubliant le mot " probable " ... Depuis lors toutes les recherches scientifiques et thérapeutiques se sont exclusivement fondées sur cette hypothèse virale. Autrement dit, depuis dix-huit ans on se pose la question de savoir comment le VIH cause le SIDA, sans plus se poser la question première si le VIH cause le SIDA...

Des années plus tard, Kary Mullis, prix Nobel de chimie en 1993 pour son invention de la PCR (Polymer Chain Reaction), eut besoin d'une référence justifiant " le fait bien connu " que le VIH est la cause du SIDA. Il venait d'écrire : " Le VIH est la cause probable du SIDA " et se rendit compte qu'il lui fallait étayer cette phrase par une référence scientifique. Il n'en trouva aucune. Il se renseigna alors auprès d'un virologiste qui lui répondit que sur cette question il n'avait pas besoin d'une publication car " Tout le monde sait bien que le VIH est la cause du SIDA " ... Kary Mullis n'était pas de cet avis et estimait qu'une découverte si importante devait avoir été publiée quelque part. Il chercha mais il se rendit compte rapidement qu'une telle publication n'existait pas. Et chaque fois qu'il posait la question, il était invariablement renvoyé à la conférence de presse de 1984...

Un jour il eut l'occasion de parler à Luc Montagnier (Institut Pasteur de Paris), le découvreur du prétendu virus, au cours d'une rencontre à San Diego. LUI au moins aurait la réponse à sa question ! Montagnier lui répondit : " Pourquoi ne citez-vous pas le rapport du CDC (Center for Disease Control) ? " Mullis répliqua : " Ce rapport ne dit pas si le VIH est, oui ou non, la cause du

SIDA ". " C'est exact " reconnut Montagnier, " mais peut-être pourriez-vous citer l'étude sur le SIV (Simian Immunodeficiency Virus) qui est très semblable au VIH ". Cette étude non plus ne pouvait pas convaincre Mullis car les singes développent des maladies différentes ; de plus il ne s'agissait pas du même virus ; et enfin cette étude n'avait été publiée que quelques mois auparavant. Ce qu'il voulait c'était la publication originale qui démontrerait de quelle manière le VIH causait le SIDA. Devant cette insistance Montagnier cesse de répondre et s'éloigna pour saluer un groupe de personnes à l'autre bout de la salle...

Je fis la même expérience en Afrique du Sud en 2000 à la commission consultative sur le SIDA réunie par la Président Mbeki. Trente-trois scientifiques venant des quatre coins du monde avaient été incités pour faire la lumière sur le problème du SIDA dans leur pays. Vingt-deux scientifiques adhéraient à l'hypothèse virale, onze (dont j'étais) étaient dissidents. Ces derniers émettent des doutes sur l'hypothèse virale et attribuent plutôt le SIDA en Afrique à l'augmentation de la misère ; quant au SIDA dans les pays développés, il est attribué à l'usage de drogues et surtout à la thérapie antivirale par l'AZT.

Je demande donc à Montagnier ce qui lui donnait la conviction que le SIDA était causé par un virus. Il répondit qu'avec le temps un traitement efficace semblait avoir été mis au point et que ce fait était une preuve suffisante que le VIH était la cause du SIDA. Autrement dit, les virologues n'ont pas d'arguments virologiques justifiant leur théorie virale ; ils font appel aux praticiens qui confirment complaisamment : " le SIDA est évidemment une maladie virale puisqu'il réagit au traitement antiviral ".

Or ce " traitement efficace " est prescrit par les médecins aux séropositifs, uniquement sur base d'indices indirects (surrogate markers) tels que la baisse des CD4 et la dite charge virale mesurée par PCR et dont Kary Mullis lui-même dit qu' " il est absurde de se focaliser sur quelque chose qui n'est détectable que par PCR et qui est proche de zéro : zéro reste toujours zéro, même amplifié ".

Ces traitements " efficaces " doivent être pris la vie durant et on juge de leur " efficacité " en se basant non pas sur les symptômes cliniques (le plus souvent absents puisque la plupart des séropositifs traités sont au départ asymptomatiques) mais sur ces mêmes indices indirects...

En Afrique, à la commission consultative, il apparut avec évidence que la dose initialement utilisée d'AZT, 1500 mg (en 1987) était bien trop élevée. À cette dose la situation des patients s'aggravait au lieu de s'améliorer. Mais à l'époque la forte mortalité des patients traités n'étonnait pas parce qu'on s'attendait généralement à une mort rapide des malades du SIDA.

Le problème de la thérapie antivirale était, et est toujours, qu'elle est extrêmement immunosuppressive. L'AZT fut mis au point dans les années 60 spécifiquement comme chimiothérapie anticancéreuse, mais ne fut pas utilisé à cause de sa grande toxicité. Quelques études avaient cependant été réalisées de sorte que le produit a pu être utilisé dans les années 80. Une étude AZT/placébo fut alors entreprise en 1987 mais fut interrompue après quatre mois parce qu'il semblait que les patients du groupe traité bénéficiaient du traitement. Ces résultats furent publiés dans le NEJM (New England Journal of Medicine), et dès lors dans le monde entier les malades du SIDA et les simples séropositifs furent traités avec 1500 mg d'AZT par jour. La raison de l'interruption prématurée de l'étude avait été la terrible pression des groupes d'activistes qui attendaient un traitement avec impatience. Mais par après les chiffres de mortalité s'élevèrent jusqu'à atteindre 80 à 90% après quatre ans de thérapie à l'AZT.

On finit par s'interroger sur cet énorme taux de mortalité et par diminuer les doses d'AZT autour de 1990 ; il était évident que la moëlle osseuse ne pouvait pas supporter la chimiothérapie. Pourtant le traitement antiviral fut, et est toujours, considéré comme devant durer la vie entière. Ce n'est que tout récemment (Nature, Lancet, 2000) qu'on envisagea des interruptions thérapeutiques car les nouveaux antiviraux (inhibiteurs de protéases) occasionnaient beaucoup d'effets secondaires.

Comme, depuis lors, la mortalité a nettement diminué, on dit partout (comme Montagnier) que les nouvelles thérapies sont efficaces. En réalité il faudrait simplement dire que ces thérapies sont moins toxiques, et donc moins mortelles, parce que les doses sont plus réduites.

Petit à petit une attitude plus critique vis-à-vis des thérapies se manifesta parmi les patients eux-mêmes : ils avaient été témoins du désastre de l'AZT. Et de nombreuses publications critiques



furent faites sur le problème de l'AZT. Malgré tout, la diminution de mortalité est toujours attribuée à un meilleur traitement, et est mise en parallèle avec l'augmentation de l'usage des inhibiteurs de protéases (Palella et al., NEJM). Ce qu'il faudrait pourtant remarquer c'est que le déclin de mortalité avait commencé avant l'introduction des inhibiteurs de protéases, dès 1990-91 quand les thérapeutes comprirent que la moëlle osseuse des patients ne supportait pas 1500 mg d'AZT par jour et qu'ils commencèrent à diminuer les doses.

Cela n'empêche qu'en 1990 toute une génération de patients avait été traitée avec des doses immunosuppressives fatales. Cette catastrophe de l'AZT a conforté la croyance indéracinable que le SIDA est causé par le VIH (car l'énorme mortalité a toujours été attribuée à la virulence extrême du " VIH " plutôt qu'à la toxicité du traitement, NDT).

Qui plus est, les termes " VIH " et " SIDA " sont devenus presque des synonymes. Les statistiques et prévisions épidémiologiques se fondent sur la présomption que SIDA=séropositivité VIH : pour les pays qui montrent une explosion de séropositivité on prédit une épidémie catastrophique de SIDA... Pour le Président d'Afrique du Sud, Thabo Mbeki, la discordance entre le discours des médias occidentaux (prédisant une rapide dépopulation) et ce qu'on peut réellement observer dans son pays était frappante. En conséquence, il refusa de suivre les directives (américaines) concernant le SIDA et convoqua une commission d'experts devant examiner si, oui ou non, le VIH était la cause du SIDA.

Deux faits l'ont particulièrement interpellé : d'une part les effets toxiques de l'AZT et l'abondante littérature à son sujet, et d'autre part une publication de Max Essex dans le Journal of Infectious Diseases qui décrit la réaction croisée manifeste entre les antigènes du test VIH et les anticorps développés chez les tuberculeux et les lépreux. Ce qui veut dire qu'il est rigoureusement impossible de savoir si un patient souffre de tuberculose parce qu'il est VIH-positif ou s'il est VIH-positif parce qu'il est tuberculeux.

Il existe une autre difficulté avec l'épidémiologie du SIDA. Actuellement environ trente affections, toutes connues depuis longtemps, sont rebaptisées " SIDA " si le test est positif. Il ne s'agit donc pas d'un accroissement de maladies mais simplement d'un changement de nom, d'une redéfinition. C'est ainsi qu'un tuberculeux sera considéré aujourd'hui comme ayant le SIDA s'il est séropositif ; de même qu'une femme avec un cancer du col utérin ou un patient développant un lymphome seront diagnostiqués " SIDA " s'ils sont séropositifs.

L'hypothèse virale du SIDA et les reportages alarmants des médias (douze articles de couverture rien que pour le magazine allemand Der Spiegel) sont la cause d'une catastrophe médicale majeure et d'une véritable tragédie sur le plan humain. Cette hypothèse a entraîné d'innombrables gens dans la peur et le désespoir, les menant au suicide ou à la mort iatrogène (par intoxication médicamenteuse), et cela continue.

La fin de ce cauchemar est peut-être en vue si le Président Mbeki réussit à bannir les tests VIH et les médications antivirales dans son pays et à combattre efficacement la tuberculose et la pauvreté, deux fléaux qui sont liés. La tuberculose a toujours été un bon indicateur de la misère sociale (voir par exemple la fréquence de tuberculose en Allemagne après les deux guerres mondiales ; Statistisches Bundesamt Wiesbaden). Mais actuellement, depuis l'introduction des tests VIH, un tuberculeux séropositif est un cas de SIDA et traité comme tel. En Inde j'ai vu des malades atteints de tuberculose qui vendaient leurs biens et leur maison afin de pouvoir se payer un traitement antiviral (AZT) venant de l'Occident.

## **Hépatite C**

Avec l'hépatite C nous avons à faire à un phénomène semblable, sauf que dans ce cas les conséquences iatrogènes ne sont pas aussi dramatiques que dans l'hypothèse virale du SIDA. Pour l'hépatite C on ne doit s'attendre comme traitement qu'à une cure temporaire d'interféron et de Ribavirine, traitement également accompagnés de nombreux effets secondaires tout en étant, comme nous allons le voir, tout à fait inutile.

Le laboratoire où est né l'hépatite C (en 1987) est le laboratoire de biochimie Chiron Corp. qui gagne maintenant des millions de dollars en vendant ses tests pour l'hépatite C. A l'époque ils

injectèrent à des chimpanzés du sang de patient atteint d'hépatite non A — non B. Aucun de ces animaux ne développa d'hépatite. Simplement, vers le quatorzième jour après l'injection, il y eut une élévation temporaire des transaminases. Les animaux furent sacrifiés et les tissus hépatiques examinés. On n'y trouva pas de virus. Terriblement déçus les chercheurs voulurent à tout prix trouver une trace, si minime soit-elle, d'un virus, ils trouvèrent un petit fragment de gène qui semblait ne pas appartenir au code génétique du tissu et ils l'amplifièrent par la méthode PCR. Ils présumèrent que ce fragment d'ARN étranger devait être l'information génétique d'un virus inconnu jusqu'alors... Après quoi, et malgré que le tissu hépatique n'en contienne que des traces à peine décelables, ils réussirent à faire un anticorps contre ce fragment.

Cet anticorps nous valut aussitôt une épidémie d'hépatites, car les tests (dont l'usage explosa littéralement) mirent en évidence des séropositifs pour le " virus de l'hépatite C " (VHC) : ces patients sont maintenant déclarés porteurs d'un virus qui, après une période de latence pouvant atteindre trente ans, peut déclencher une cirrhose du foie. La plupart de ces patients VHC positifs sont pourtant tout à fait asymptomatiques. Certains ont des transaminases quelque peu élevées, mais les réels problèmes hépatiques concernent quasi exclusivement les toxicomanes et les alcooliques. Environ 80% des toxicomanes sont VHCc positifs. On dit évidemment se poser la question : est-ce un virus qui endommage le foie, ou bien l'alcool ou les drogues ? Une période de latence de trente ans peut parfaitement s'expliquer par les effets retardés de l'alcool et des drogues.

Pendant deux-trois ans les journaux titraient : " Hépatite C, danger sous-estimé ", " virus de l'hépatite C, un tueur silencieux ", " Hépatite C, le nouveau fléau " etc... Nous lisons plus couramment de nos jours : "les dangers de l'hépatite C n'ont-ils pas été surestimés ? ". Le Prof. Manns de Hanovre, qui faisait des prévisions catastrophiques au début, déclara maintenant que, compte tenu des études réalisées et des estimations coût/bénéfice, le traitement de l'hépatite C peut être considéré comme contre-indiqué.

Ce nouveau point de vue s'appuie sur notamment ceci : l'an dernier, Seef et al. ont publié dans *Annals of Internal Medicine* une grande étude portant sur des Glc dont on possédait du sérum congelé quarante-cinq ans plus tôt ; l'analyse des cas a montré qu'il n'existait pratiquement aucune différence de pathologie hépatique entre les VHC positifs et les VHC négatifs.

Ceci permet de dire que le risque de cirrhose tardive chez un VHC positif a été très largement surestimé. Et il apparaît dès lors bien plus plausible que les substances toxiques pour le foie telles que l'alcool et les drogues, qu'on appelle des " co-facteurs ", sont en réalité les facteurs essentiels.

Il s'ensuit qu'un test VHC positif n'a manifestement aucune signification. Et de même, administrer un traitement antiviral à des patients VHC positifs n'a aucun sens.

Bien plus, le traitement médical des maladies du foie a été considéré comme un paradoxe depuis des dizaines d'années par les grands hépatologues : en effet, alors que le foie est l'organe principal qui métabolise les toxines, pratiquement tous les médicaments endommagent le foie d'une manière ou d'une autre.

Un chercheur allemand et son équipe ont pu trouver les séquences appelées VHC dans l'ADN de personnes VHC négatives saines. On peut imaginer que ces séquences sont produites par les cellules hépatiques détériorées par des toxiques comme l'alcool ou des drogues, et que la positivité VHC est donc d'origine endogène. Cette hypothèse expliquerait la forte corrélation qu'il y a entre positivité VHC et alcool/drogues.

Dans ce cas de l'hépatite C, de même que pour l'hépatite G, on peut espérer que la science va rectifier le tir, faute de preuve de l'hypothèse virale. Les cirrhoses du foie chez les VHC positifs se développent quasi exclusivement chez les alcooliques et les toxicomanes ; on ne trouve pratiquement jamais de cirrhose de la cinquantaine chez les VHC positifs qui n'ont pas intoxiqué leur foie avec l'alcool ou des drogues.

Les publications médicales et les grands médias présentent l'hépatite C comme un fléau à caractère épidémique. Récemment à Itzchoe on a prétendu qu'un chirurgien VHC positif avait infecté plusieurs de ses patients.

Cependant il ne faut pas oublier que la prévalence des anticorps VHC est relativement élevée dans la population : probablement 2% de VHC positif, ce qui revient à quarante cas sur deux mille

personnes, et cela suffit (une fois qu'on identifie positivité VHC à infection) pour parler d'une " infection épidémique ".

### **ESB (Encéphalite Spongiforme Bovine)**

La psychose épidémique a atteint un sommet avec l'hystérie ESB : nous n'avons dans notre pays (Allemagne) aucun cas de maladie et pourtant dans tous les journaux on nous rebat les oreilles avec la " crise ESB " ou le " fléau ESB "...

Ici aussi c'est l'explosion de la pratique des tests qui en est l'origine (tests ESB mis au point et commercialisés par la firme suisse Prionics). Ici aussi un cas testé positif est assimilé à un cas de la maladie. À cette atmosphère de catastrophe s'ajoute la panique résultant de l'idée hypothétique que la maladie de la vache folle peut se transmettre à l'homme par la consommation de la viande et se traduire par une nouvelle variante de la maladie de Creutzfeld-Jakob (nv MCJ). Les médias soufflent alors sur le feu attisent la psychose de l'épidémie en montrant à la TV de supposées victimes de la maladie (alors que seule l'autopsie permet de faire un diagnostic...)

Bien que toutes les données épidémiologiques actuelles contredisent ce passage de l'animal à l'homme, c'est la panique ambiante qui entraîne les scientifiques et les politiciens à prendre des mesures de sécurité totalement excessives : l'abattage massif de bovins.

Si nous voulons comprendre cet affolement, il faut nous reporter à quelques années plus tôt et nous intéresser aux travaux de Carleton Gajdusek. Gajdusek fit dans les années 1970 une étude sur les Papous de Nouvelle-Guinée : une sorte de démence, appelée Kuru, y régnait surtout dans la population féminine. On observe qu'elle était endémique dans deux tribus entre lesquelles se faisaient fréquemment des mariages consanguins. Les encéphalites spongiformes dont fait partie cette démence et qu'on dit transmissible, la Maladie de Creutzfeld-Jakob (MCJ), l'insomnie familiale et le syndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker apparaissent sporadiquement et semblent d'origine génétique (antosomique dominante). Ces maladies entraînent la mort dans les cinq ans. Elles sont extrêmement rares (fréquence de un sur un million) mais à l'intérieur d'une famille la fréquence est de un sur cinquante, ce qui est bon argument en faveur d'une cause génétique.

Mais Gajdusek reçut le prix Nobel en 1976 pour ses travaux sur les " virus lents " et la transmissibilité de ces encéphalopathies spongiformes.

Pourtant, au vu des expériences qu'il fit pour tenter de prouver ce caractère contagieux, on peut s'étonner que la communauté scientifique de l'époque ait accepté ces publications comme preuve.

Ni l'ingestion ni l'injection de tissu cérébral infecté n'affectèrent les chimpanzés du laboratoire. Seule une expérience assez particulière occasionne des symptômes neurologiques chez ces chimpanzés : il s'agissait d'une inoculation intracérébrale. C'est là-dessus que se fonde l'affirmation que ces maladies sont transmissibles ! On voit mal que ces expériences constituent des preuves de l'hypothèse " cannibalisme " de Gajdusek : selon lui la maladie se transmettrait par la consommation de cerveaux infectés. Détail fâcheux, Gajdusek est le seul témoin vivant de cannibalisme chez les Papous de Nouvelle-Guinée ; une équipe d'anthropologues s'est penchée sur la question, a trouvé des histoires de cannibalisme mais aucun cas authentique. Ceci dit, si les histoires de Gajdusek ne sont pas vraies, elles ont été joliment bien inventées...

Malgré l'absurdité de donner des expériences d'inoculation intracérébrale comme preuve d'une transmission orale, cette idée de transmission orale s'est bien implantée au point que nous avons peur de manger de la viande de bœuf. Pourtant, si nous interprétons correctement les expériences de Gajdusek, nous ne devrions avoir peur que si nous faisons des trous dans notre crâne et que nous y inoculions du cerveau infecté de vache folle...

C'est aussi en vertu de l'hypothèse " cannibalisme " que l'on a fondé l'opinion que la maladie a été déclenchée par l'alimentation du bétail avec des farines animales infectées. Cette hypothèse est universellement acceptée malgré que l'épidémiologie de l'ESB ne la confirme pas du tout : la Grande-Bretagne a exporté de très grandes quantités de farines animales au Moyen-Orient, en Afrique du Sud et même aux Etats-Unis ; dans aucun de ses pays l'ESB n'est apparue. Presque tous les cas d'ESB surviennent en Grande-Bretagne (99%), en Suisse et en Irlande du Nord.

L'hypothèse " intoxication " est, dans le cas de l'ESB aussi, une explication plus plausible. En 1985, en Grande-Bretagne, une loi a été promulguée obligeant les fermiers d'appliquer du Phosmet TM sur l'encolure de leurs vaches. Phosmet est un organophosphoré utilisé comme insecticide contre une mouche parasite (warble fly). Cette substance n'a été utilisée à forte concentration qu'en Grande-Bretagne, en Irlande du Nord et en Suisse. Mark Purdey, un fermier britannique, remarqua que ses vaches élevées en bio ne développaient pas d'ESB : elles recevaient des farines animales mais n'avaient jamais été traitées avec des organophosphorés

Le gouvernement britannique connaît ces coïncidences entre ESB et usage d'organophosphorés, et la loi fut abrogée au début des années 1990 à cause d'une probable relation de cause à effet : les organophosphorés peuvent en effet changer la structure hélicoïdale des protéines. Après cette abrogation, les cas d'ESB diminuèrent à partir de 1993. Le comité d'enquête britannique sur l'ESB admet que les organophosphorés sont sans doute un co-facteur pour l'ESB. Les toxicologues savent que l'intoxication chronique aux organophosphorés mène aux " symptômes cliniques de polynévrites, avec tuméfaction et fragmentation des axones périphériques et centraux, aboutissant à leur démyélinisation " (Lüllmann, Kuschinski : Lehrbuch der Toxicologie).

Le comité d'enquête refuse cependant de considérer les organophosphorés comme la seule cause \*. Une question d'ailleurs se pose : pourquoi toutes les vaches traitées au Phosmet ne font-elles pas une ESB ? À cela il faut répondre : l'effet toxique dépend de la dose, et d'autre part, si la dose est la même pour toutes les vaches, l'effet toxique pour le système nerveux central (SNC) dépend aussi de la distance de diffusion entre le point d'application et le SNC.

Les observations des fermiers britanniques illustrent ce fait : les vaches laitières maigres sont nettement plus réceptives à l'ESB que les grosses vaches engraisées pour la viande. Pour comprendre cela, il suffit d'imaginer la distance que la toxine appliquée sur l'encolure doit parcourir avant d'atteindre le SNC : chez les vaches grasses elle doit traverser un épais tissu graisseux sous-cutané ; or les organophosphorés étant lipophiles ils sont absorbés par ce tissu graisseux.

## **Conclusion**

Si un produit toxique peut accélérer le déclenchement d'une maladie (comme l'alcool qui contribue aux maladies de foie) il est aussi possible qu'il en soit la seule cause.

Dans le cas de l'ESB, si le Phosmet était reconnu comme étant la cause, le gouvernement britannique et le fabricant seraient poursuivis et exposés à des frais d'indemnisation qui se chiffrent par milliards. Ce que ni l'un ni l'autre ne souhaitent, ils préfèrent donc noyer l'évidence dans un brouillard de prioris.

Il est facile de prouver, ou au contraire infirmer, une hypothèse " intoxication ". Des études toxicologiques et épidémiologiques suffisent pour vérifier l'hypothèse.

Pour le SIDA, une telle hypothèse conduira, par exemple, à dire ceci : tous les patients qui meurent jeunes de SIDA en Occident ont consommé pendant longtemps des drogues " récréatives " (recreational drugs) ou antivirales, et inversement le nombre de gens n'ayant consommé ni drogues ni antiviraux et mourant jeunes de SIDA est insignifiant.

Pour l'hépatite C, on dira de même : le nombre de gens n'ayant consommé ni drogues ni alcool et mourant vers la cinquantaine de cirrhose du foie due à l'hépatite C est insignifiante.

Et pour l'ESB également : seules des vaches traitées aux organophosphorés développent une ESB ; inversement, si un nombre significatif de vaches non traitées font une ESB ce serait une preuve que l'hypothèse " intoxication " est fausse.

Les arguments épidémiologiques et toxicologiques que nous avons développé plus haut suggèrent, tant pour le SIDA que pour l'hépatite C et l'ESB, qu'une intoxication chronique est la cause réelle de ces maladies. Pourquoi ces hypothèses plausibles ne sont-elles pas prises en considération et étudiées davantage ? La réponse à cette question pourrait être le sujet de tout un livre qui aurait pour titre : " Conflits d'intérêts ".

L'hypothèse " infection " permet de gagner des milliards de dollars :

- le commerce des tests aux anticorps : ces tests sont vendus par millions et il y a toujours de nouveaux échantillons de sang à tester.
- le commerce des médicaments : dans ce domaine les multithérapies antivirales pour le SIDA sont au " top niveau " en ce qui concerne les bénéfices pour l'industrie pharmaceutique.
- les vaccinations possibles. Ici cependant les concepts immunologiques eux-mêmes créent un problème fondamental. En effet, pour le SIDA par exemple on nous a dit : celui qui a des anticorps anti VIH (le séropositif) va mourir, et celui qui n'en a pas (le séronégatif) survivra.

Combien de séronégatifs souhaiteraient être vaccinés afin d'acquérir des anticorps anti VIH et devenir séropositifs ?

Par contre, avec l'hypothèse " intoxication ", il n'y a aucune perspective de profit. Le simple message : éviter de vous empoisonner et vous ne serez pas malade, ne rapporte en effet pas beaucoup d'argent... D'autre part une telle hypothèse est en conflit direct avec la production de produits toxiques (tels que drogues, alcool, médicaments antiviraux, Phosmet) qui sont source de très beaux profits.

Ce conflit d'intérêts est insoluble. Un virologue qui gagne des millions de dollars grâce aux brevets sur les tests VIH ou VHC (Montagnier, Simon Wain-Hobsen, Robin Weiss, Robert Gallo) prendra-t-il le risque de jeter ne fut-ce qu'un coup d'œil dans une direction si menaçante pour leurs profits ? Un médecin qui, de bonne foi, et avec dévouement, traite depuis des années ses patients diagnostiqués " SIDA " ou " hépatite C " comme des infectés par un virus va-t-il envisager une autre hypothèse ? C'est peu probable. D'autant plus que les changements positifs des indices indirects, de maladies lui donnent l'impression d'être sur la bonne voie.

Partout dans le monde des enfants sont traités selon l'hypothèse " infection virale ". Un enfant séropositif sans symptôme clinique, en bonne santé, reçoit un traitement antiviral afin de " retarder le déclenchement de la maladie ". Par la suite, toute affection apparaissant au cours du traitement sera attribuée à la " maladie de base " (VIH-SIDA) ou interprétée comme un échec thérapeutique dû à la résistance développée par le virus. Autrement dit, cet enfant n'a aucune chance d'en sortir.

J'ai personnellement pu constater, lors d'une étude au Canada pour laquelle j'étais expert en AZT, comment des enfants en bonne santé furent retirés de leur mère séropositive depuis quinze ans : elle avait la liberté de refuser le traitement antiviral pour elle-même mais pas pour ses enfants.

En Angleterre un tribunal fit un jugement semblable. Un couple séropositif refusa que leur nouveau-né soit testé. Le juge décida qu'il devait l'être, et qu'en cas de test positif il devait être immédiatement traité.

Les résultats d'étude montrant les effets de l'usage de l'AZT chez des femmes enceintes n'ouvrent même pas les yeux à leurs auteurs. Ces résultats montrent que le risque d'une progression rapide de la maladie est cinq à six fois plus élevé chez les enfants traités par l'AZT pendant la grossesse que chez les enfants dont la mère n'a pas été traitée (J. of AIDS, 2000).

Au moins nos efforts en Afrique du Sud à la commission consultative semblent avoir quelque peu impressionné les Américains car, il y a quelques semaines, le NIAID (National Institute for Allergic and Infectious Diseases) annonça une grande étude multicentrique incluant un groupe de patients ne recevant pas de traitement antiviral. Enfin, après treize ans de traitements agressifs à long terme, un tournant à 180° : une étude avec un réel contrôle placebo, avec prise en compte des résultats cliniques, et ce pendant quatre ans. Une telle étude a toujours été jusqu'à présent jugée superflue.

Mon souhait est que, par cet exposé, j'aie pu semer quelques doutes dans vos esprits, et j'espère que ce pourra être le point de départ d'un débat plus large.

\* Probablement avec raison. Les farines animales elles-mêmes sont sans doute également en cause. Non pas par le fait d'une prétendue protéine infectieuse mais par les innombrables résidus toxiques qui s'y trouvent. Et aussi par le simple fait que l'usage intensif de telles farines très riches en protéines n'est pas conforme aux besoins nutritifs d'animaux végétariens, avec en conséquence déséquilibre alimentaire (excès de protéines, carences en divers éléments minéraux et vitaminiques), perturbations digestives et métaboliques et fragilisation de toutes les fonctions organiques, y compris du système nerveux. Et ces tares se transmettent et s'aggravent forcément de génération en génération (NDT).

**Claus Köhnlein** <Koehnlein-Kiel@t-online.de> est médecin praticien à Kiel, spécialisé en oncologie et SIDA, il est conseiller clinique de IFAS et membre de la commission consultative sur le SIDA du Président Mbeki en Afrique du Sud.

Ce texte fut d'abord présenté oralement lors d'une table ronde médicale à Kiel (Allemagne) et fut par la suite publié en anglais dans Continuum, Vol 6, n°3, été-automne 2001.

Titre anglais : " AIDS, Hepatitis C, BSE : Infections or Intoxications Diseases ? "

*Traduit de l'anglais par Dr Marc Deru.*

## **" Vis medicatrix naturae "**

### **Le pouvoir de guérison de la nature**

J'étais diagnostiqué séropositif en 1986. Au moment du diagnostic, je me trouvais dans une clinique privée en Suisse pour me détoxifier de l'héroïne et un groupe d'infirmières m'ont pris de côté pour me dire qu'aux Etats-unis il y avait des séropositifs qui avaient changé de mode de vie et qui vivaient bien. Mais de ne surtout pas répéter cela aux médecins ! Une graine essentielle a été semée dans ma vie. À ma sortie de clinique, j'ai commencé un suivi à l'Hôpital Cantonal de Genève et les médecins m'ont donné 5 ans à vivre.

En 1989 j'ai réussi à arrêter complètement la toxicomanie qui avait empoisonné ma vie pendant onze ans. La même année j'ai découvert une autre manière de concevoir la santé qui dépendait de moi et me demandait " d'améliorer mon terrain plutôt que de lutter contre un virus ". J'ai débuté alors un apprentissage de la santé globale et responsable. Au début des années 90 j'ai vu mes analyses sanguines et lymphocytaires s'améliorer et je ne suis plus retourné à l'hôpital depuis 1993 pour mes " bilans " bi-annuels.

Dans presque tout ce que nous entendons aujourd'hui le pouvoir de guérison a été mis entre les mains de spécialistes. C'est oublier le formidable potentiel de l'être humain de se changer, face à une crise, et l'énergie dont il dispose pour se guérir et faire face.

Pour certaines conditions, la science médicale a apporté de formidables progrès. Mais soigner un être humain ne peut jamais être qu'une science. C'est un art. Chaque être humain est unique avec sa propre histoire et son environnement social. Réduire l'être humain aux analyses de laboratoire, c'est oublier les autres aspects de son existence qui interviennent tous, en symbiose, sur son état physique, mental, émotionnel et spirituel.

Les meilleurs soignants sont ceux qui accompagnent une personne à la découverte de lui-même et de son potentiel à se prendre en main, en n'intervenant de l'extérieur qu'en cas d'urgence. " Primum non nocere ". En Chine, les médecins ne se faisaient payer que quand leurs patients étaient en bonne santé.

Les survivants à long terme existent. Ils sont étudiés depuis 1981 en Californie pour déterminer leurs points communs surtout d'ordre psychologique. Le livret " LIFE " résume un programme d'éducation de la santé en Californie qui dure 11 mois et qui passe en revue 19 co-facteurs qui ont une influence positive ou négative sur la santé des séropositifs. Les participants ont tous un soutien psychologique et la possibilité de pratiquer des thérapies naturelles de toutes sortes.

Statistiquement, en Occident, la mortalité est très faible par rapport au nombre de tests positifs. En Suisse, depuis 1985, il y a eu environ 25,000 personnes testées pour 5,000 morts. Cela veut dire que 80% des diagnostiqués sont toujours en vie après 18 ans de statistiques ! La mortalité due au Sida en Occident est de moins d'un pour cent de la mortalité annuelle comparé p.ex au Cancer qui représente plus de 30%... 80% des morts du Sida en Occident sont du sexe masculin. Je pense que c'est un scandale de continuer à entretenir la notion " d'épidémie de Sida ". Quant à l'Afrique, vous pouvez découvrir le Dr Fiala à ce sujet.\*

Aux Etats-Unis, depuis quelques années, les médecins reconnaissent les limitations et les dangers des " cocktails d'antirétroviraux ". Il y a des chefs de service qui entretiennent des groupes de

patients qui ne prennent aucun antirétroviral ! Ils ont compris l'importance de soutenir leurs patients dans un mode de vie " immuno-stimulateur ".

En Suisse, il existe une fédération de thérapeutes en médecine complémentaire qui est reconnue par l'Etat et remboursée par les assurances. À quand une telle initiative en France ?

Je rêve d'une médecine de demain, où prévention et éducation à la santé iront main dans la main avec une médecine d'intervention. La guerre entre ces deux écoles de médecine doit cesser.

Que la faillite de la science contemporaine illustrée par la recherche sur le Sida soit l'occasion de créer une politique de santé qui servira l'homme plutôt que l'industrie.

Je souhaiterais que les milliards de dollars gaspillés depuis 20 ans au nom de la recherche sur le Sida soient redirigés vers une lutte POUR la santé plutôt que CONTRE la maladie.

**Mark Griffiths**, Château de Mouans-Sartoux, 23 juin 2001.

## **Interview du Dr Heinrich Kremer sur le SIDA et le cancer.**

**Par Hans Jochim Ehlers**

*(Raum & Zeit n°114 d'oct./nov. 2001)*

### **"L'évolution biologique a fait de nous des êtres hybrides".**

**Raum & Zeit :** Dr Kremer, vous avez écrit un livre remarquable " *Die stille Revolution der Krebs- und AIDS- medizin* ". Une première question : quel est le rapport entre SIDA et cancer ?

**Heinrich Kremer :** En 1981, aux Etats-Unis, une forme rare de cancer, le sarcome de Kaposi, apparut chez des homosexuels d'une trentaine d'années. Il s'agit d'un cancer qui affecte l'endothélium des vaisseaux sanguins et lymphatiques. D'autres patients homosexuels, porteurs ou non d'un sarcome de Kaposi, souffraient d'infections parasitaires et/ou mycosiques, aux poumons ou ailleurs, infections résistantes aux antibiotiques et entraînant donc une forte mortalité. La plupart de ces patients étaient cachectiques (la cachexie est un amaigrissement extrême incontrôlable par des mesures diététiques). La caractéristique commune de ces patients cancéreux et infectés était une perte de l'immunité cellulaire vis-à-vis de germes pathogènes intracellulaires, alors que leur immunité par anticorps contre les germes extracellulaires était intacte, voire même parfois augmentée. Ce syndrome fut par la suite appelé SIDA, syndrome d'immunodéficience acquise.

Il est capital de remarquer que cet ensemble de symptômes était aussi observé chez des patients ayant subi une transplantation d'organe et traités depuis les années 60 avec l'azathioprine, un médicament immunosuppresseur pour empêcher le rejet de l'organe étranger greffé.

En 1981 le lien entre cancer et déficience immunitaire acquise était donc connu des médecins.

**R & Z :** Pourtant les médecins déclarèrent à l'époque qu'avant leur maladie les patients atteints de SIDA n'avaient pas été traités par des substances immunosuppressives.

**HK :** Au premier abord c'était juste, mais la réalité était tout autre. Cette fausse observation a par la suite, et jusqu'aujourd'hui, conduit la médecine moderne sur une voie sans issue, absurde et lourde de conséquence. Sur la base des symptômes absolument identiques observés chez les malades du SIDA et les malades greffés, il aurait été parfaitement logique de se demander si des substances ayant une action immunosuppressive et une toxicité cellulaire semblables à l'azathioprine avaient été consommées et pouvaient être la cause du SIDA. Avant d'annoncer l'apparition d'une " nouvelle épidémie transmissible par le sexe et le sang ", on aurait dû évidemment rechercher des substances immunosuppressives non prescrites médicalement.

**R & Z :** Y avait-il de telles substances ?

**HK :** Oui. Dans les années 70, l'usage de " poppers " par les homosexuels masculins sévissait dans les grandes villes des Etats-Unis et d'Europe. Il s'agit d'une substance azotée très volatile utilisée par inhalation comme dopant sexuel pour relâcher le sphincter anal lors de la pénétration et pour prolonger l'érection. Ces dérivés azotés gazeux, nitrite d'amyl et autres, furent reconnus par des expérimentations animales comme des produits immunosuppresseurs extrêmement dangereux. Or n'importe qui peut lire dans les publications médicales concernant les premiers malades du SIDA qu'ils utilisaient des nitrites.

Les nitrites et le groupement aza de l'azathioprine ont un profil d'action semblable. Ils donnent naissance à des nitrosothiols et des nitrosamines, substances qui inhibent l'activité enzymatique des mitochondries, ces organites intracellulaires chargés de l'activité respiratoire. Il s'ensuit que la respiration cellulaire aérobie est bloquée, et que les cellules meurent ou bien s'adaptent en utilisant, comme les cellules cancéreuses, la fermentation anaérobie comme source d'énergie.

Pendant les années 70 de nombreuses études ont également démontré que parmi les groupes à risques aux Etats-Unis et en Europe, les homosexuels masculins vivant en promiscuité présentaient de loin le plus haut taux d'infections. Or depuis 1968 le Bactrim, un anti-infectieux composé de triméthoprime et d'un sulfamide, a été considéré comme l'arme miracle contre les multi-infections. Et les homosexuels masculins vivant en promiscuité en furent les plus grands consommateurs. Le principal producteur mondial de Bactrim, le groupe pharmaceutique suisse Hoffmann-Laroche, considère ce produit comme " une des plus grandes réussites de tous les temps ".

C'est en réalité une des substances les plus dangereuses, prescrites annuellement à plus de 5% de la population. Du fait de l'analogie de structure entre l'azathioprine et la triméthoprime on avait déjà en 1970, en Grande-Bretagne, testé les propriétés immunosuppressives du triméthoprime sur des animaux. Le résultat était parfaitement clair : aux doses comparables de Bactrim administrées aux êtres humains, le triméthoprime empêchait le rejet de greffes cutanées aussi longtemps que l'azathioprine. Dès 1971 il fut démontré qu'après traitement de Bactrim aux doses et durées de prescriptions habituelles apparaissait une infection systémique à *Candida*, une des maladies opportunistes les plus courantes du SIDA. En 1981 on démontra que le Bactrim causait des dégâts massifs à l'ADN des cellules humaines même après une courte prise. Au début des années 80 on administra à des animaux des substances anti-infectieuses du genre Bactrim conjointement à des dérivés azotés gazeux : des cancers se développèrent.

*R & Z* : A-t-on tiré les nécessaires conclusions de ces découvertes ?

*HK* : Absolument pas. Les causes du SIDA étaient évidentes, pourtant le SIDA et les cancers des homosexuels furent considérés comme des énigmes et on émit l'hypothèse gratuite que la cause de ces maladies devait être " un nouveau virus ". Reconnaître le rôle du Bactrim aurait conduit à une catastrophe pharmaceutique aux conséquences imprévisibles.

Il existe un cas semblable dans l'histoire de la médecine. Au cours des années 60, des affections musculaires et nerveuses grevées d'une forte mortalité apparurent massivement au Japon et furent considérées comme mystérieuses. Des virologues prétendirent bientôt avoir découvert un " nouveau virus ", cause de la maladie, et cette théorie fut acceptée dans le monde entier et publiée dans tous les traités de médecine. Des années plus tard quelques médecins s'aperçurent que tous ces patients soi-disant infectés par un virus avaient été traités avec l'Entérovioforme, un produit du laboratoire suisse Ciba-Geigy. Après un procès en dommages et intérêts le produit fut retiré de la vente et la maladie disparut totalement. Le " nouveau virus " n'avait jamais existé. Ce médicament anti-parasitaire avait lui aussi, comme l'azathioprine, le Bactrim, les nitrites, etc., un profil de toxicité mitochondriale.

*R & Z* : Dans votre livre vous démontrez de façon détaillée que les théories défendues jusqu'ici pour expliquer les causes de maladies et de mort par SIDA et cancer sont totalement fausses. Comment se fait-il qu'actuellement la recherche sur le SIDA soit dominée par les virologues et cancérologues ?

*HK* : Un phénomène clinique remarquable se manifesta dans les cas de sarcome de Kaposi apparus chez des patients greffés : si on arrêta l'azathioprine des tumeurs pouvant avoir la taille d'un œuf de poule disparaissaient sans laisser de trace. Ce fait contredisait formellement la théorie dominante du cancer affirmant que le cancer est dû à une mutation irréparable de l'ADN nucléaire et que les tumeurs cancéreuses ne peuvent être combattues que par la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie. La dégénérescence cancéreuse est considérée comme irréversible. La disparition du sarcome de Kaposi causé par l'azathioprine mettait donc en danger la construction théorique de la lucrative industrie du cancer.

En 1971 le président des Etats-Unis Richard Nixon déclara la " guerre au cancer " et lui affecta des subventions énormes, les plus importantes de toute l'histoire de la médecine. Ce furent



principalement les rétrovirologues (dont les recherches sur le cancer n'ont jusqu'ici donné aucun résultat) qui en profitèrent. L'apparition d'un sarcome de Kaposi chez des homosexuels immunodéprimés par des substances toxiques suggéra à ces rétrovirologues une idée insensée, mais commercialement très profitable : utiliser des techniques de laboratoire permettant de simuler l'existence de rétrovirus ; rétrovirus qu'on avait en effet pu mettre en évidence par microscopie électronique dans des cellules cancéreuses aviaires et murines mais jamais dans des cellules cancéreuses humaines.

Cette technique consistait en ceci : mettre en culture des cellules immunitaires raréfiées (lymphocytes, Ndt) d'un malade du SIDA avec des cellules leucémiques, et stimuler cette co-culture cellulaire avec des substances fortement oxydantes et de l'interleukine-2, un facteur de croissance. Le stress ainsi causé à cette mixture de cellules provoque l'apparition de protéines " de stress " et d'une enzyme protéique de réparation. Ces protéines et cette enzyme furent interprétées comme marqueurs indirects spécifiques d'un " nouveau virus " infectant les cellules. Or, ultérieurement, on a pu démontrer que de telles protéines pouvaient être synthétisées par d'autres cellules humaines soumises à un stress oxydatif.

Voilà donc comment a été créé le mythe de ce " nouveau virus de l'immuodéficiência humaine, VIH ". En d'autres termes, comme au Japon des années 60, le " nouveau virus " n'a jamais existé.

Et c'est avec ces protéines artificiellement induites par ces techniques de laboratoire qu'on fabriqua le test dit " VIH " : on les mit en contact avec des sérums humains et en bonne logique, comme cela se passe avec des protéines étrangères, il se fit une réaction antigène-anticorps, bien entendu aussi avec les sérums de personnes saines. On pouvait donc voir que ces protéines réactionnelles émises par des cellules sidéennes et leucémiques réagissaient aussi avec toutes sortes d'anticorps présents dans le sérum de personnes saines qui ne pouvaient être soupçonnées d'avoir été contaminées par le prétendu " VIH , nouveau virus mortel " . Mais les chercheurs savaient aussi que la plupart des malades du SIDA ont dans leur sérum une quantité particulièrement élevée d'anticorps polyspécifiques ; c'est pourquoi, afin que seuls ces sérums à taux élevé d'anticorps réagissent, ils firent en sorte que le seuil de réaction du test soit élevé. S'enfermant ainsi dans un véritable cercle vicieux, ils purent " démontrer " que seuls les sujets des groupes à risque ayant une immunodéficiência plus ou moins marquée réagissaient positivement à ce " test VIH aux anticorps " et que selon leur logique extravagante, ils devaient être " infectés par le VIH " .

A cause de ce " test VIH " ainsi manipulé, des millions de gens depuis 1989 ont été déclarés victimes du " VIH, virus mortel transmissible par le sexe et le sang " et innombrables sont ceux qui ont été tués par de dangereux poisons cellulaires, les médecins affirmant qu'ils allaient ainsi prolonger leur vie.

*R & Z* : Ces artifices de labo ont-ils suffi pour convaincre la communauté scientifique ?

*HK* : Non. Les chercheurs construisirent une théorie qui pouvait paraître plausible dès lorsqu'on refusait de considérer les causes toxiques et pharmacotoxiques. Selon cette théorie, la cause soi-disant virale du SIDA était liée à la cause du cancer. Dès 1983 les rétrovirologues émirent le postulat que les rétrovirus ne colonisaient pas directement les cellules pour les transformer en cellules cancéreuses, mais que le " rétrovirus VIH " détruisait les lymphocytes T4 responsables de l'immunité cellulaire ; dans ces conditions les clones des cellules tumorales qui se forment spontanément dans tous les organismes par mutation accidentelle ne seraient plus sous contrôle et pourraient se multiplier sans entrave.

On pouvait ainsi expliquer l'apparition du sarcome de Kaposi sans s'arrêter à l'immunosuppression induite par des produits toxiques. Au 1<sup>o</sup> Congrès international sur le SIDA, en 1983, on encouragea la réalisation d'une série d'expérimentations humaines pour vérifier cette théorie.

Entretemps des patients greffés soumis à l'action d'un nouveau produit immunosuppresseur, le cyclosporin A (ou ciclosporine) avaient développé non seulement des sarcomes de Kaposi mais aussi des cancers lymphoïdes au cerveau et des carcinomes dans différents organes.

*R & Z* : Vous dites dans votre livre avec quelles substances ont été effectivement réalisées ces " protocoles expérimentaux " chez les malades su SIDA et des séropositifs. Quels ont été les résultats ?

HK : Dans un premier temps tous les patients atteints du SIDA ont reçu du Bactrim, et autres produits immunotoxiques apparentés, à titre prophylactique contre l'infection pulmonaire à Pneumocystis. Ensuite, à partir de 1987, ils ont tous été traités " contre le VIH " avec de l'AZT (azidothymidine). Ce traitement à l'AZT fut étendu à partir de 1989 aux séropositifs asymptomatiques. Au cours des années 90 toute une série de substances apparentées à l'AZT plus d'autres drogues toxiques pour les mitochondries furent prescrites en " cocktail " ou " polythérapie " (bi-tri-tétra-). En toute logique ces substances ont été tôt ou tard la cause de cancers et de SIDA chez les patients. Il est évident qu'aucun de ces patients n'aurait accepté de participer à ces expérimentations s'ils avaient été informés que le but était de mettre hors circuit l'immunité cellulaire afin de vérifier la théorie du contrôle immunitaire du cancer. C'est parce qu'on leur a inculqué l'angoisse de mourir d'une " infection virale mortelle " que ces patients, ainsi que des parents de nouveaux nés et d'enfants séropositifs, coopérèrent et acceptèrent des traitements illimités avec de l'AZT, du Bactrim, etc.

R & Z : Vous êtes le premier chercheur à expliquer le réel mécanisme d'action de l'AZT et du Bactrim en vous fondant sur les résultats de la recherche internationale sur le monoxyde d'azote (nitric oxide, NO), et les études cliniques réalisées avec l'AZT, Bactrim, etc. vous ont fait conclure que leur administration à long terme est une agression organique dangereuse aux conséquences mortelles.

HK : L'AZT a le même mode d'action que l'azathioprine. Le groupement azido de l'AZT bloque la respiration cellulaire au niveau des mitochondries de la même manière que le groupement aza de l'azathioprine et le groupement analogue de la triméthoprimine. Le résultat inévitable est un haut risque de développer le SIDA ou un cancer, ou aussi une dégénérescence nerveuse et musculaire. Ce que des centaines d'études cliniques réalisées dans le cadre de l'hypothèse " VIH-SIDA " a confirmé sans le moindre doute. Les preuves sont accablantes.

R & Z : Les rétrovirologues ont-ils réussi à confirmer leur théorie du contrôle immunitaire du cancer au moyen de ces vicieuses expérimentations humaines ?

HK : Non. Comme leur attention était fixée sur les mutations de l'ADN nucléaire et qu'ils considéraient les cellules cancéreuses comme des corps étrangers, ils sont passés à côté du lieu du crime. Ils n'ont pas non plus résolu la prétendue énigme du SIDA. Ce qu'ils ne purent pas prévoir ce sont les découvertes fondamentales de la fin des années 80 qui progressèrent en dehors du champ de recherche orthodoxe sur le SIDA et le cancer, et qui firent de la théorie virale du SIDA une absurdité.

R & Z : Pouvez-vous résumer brièvement les résultats de ces importantes découvertes ?

HK : Toutes les cellules humaines sont depuis 1,5 à 2 milliards d'années héritières de la colonisation d'organismes unicellulaires archaïques dont la source énergétique était la fermentation anaérobie par d'autres unicellulaires ayant mis au point la respiration oxydative comme source d'énergie. Ces derniers, qu'on appelle mitochondries, survivent comme des colonies cellulaires dans toutes les cellules des algues, des plantes, des champignons, des animaux et des êtres humains. L'héritage génétique (le génome) des deux types d'unicellulaires vivant en symbiose fut intégré dans un " noyau cellulaire ". Les mitochondries conservèrent un reliquat génomique leur permettant, en coopération avec les protéines codées par l'ADN nucléaire qui leur sont transmises, une synthèse protéique autonome.

Chaque cellule humaine possède en moyenne plus de 1.300 mitochondries qui, ensemble, possèdent environ 50.000 gènes actifs, ce qui est bien supérieur au nombre de gènes nucléaires. Entre les colonies mitochondriales (qui fournissent 90 % de l'énergie totale nécessaire à la cellule au repos et en activité) et la " cellule-hôte " existe en outre un système complexe de flux de protons (H+) et d'électrons (e-), d'échanges ioniques, de synthèse et de transport d'ATP, le vecteur universel d'énergie, et de divers autres produits métaboliques.

Comme l'ATP ne peut pas être stocké, les mitochondries (qui sont donc plus de 1.000 fois plus nombreuses que nos cellules) en synthétisent en permanence d'énormes quantités, de l'ordre de notre poids corporel chaque jour. La perméabilité membranaire des mitochondries (et c'est là la découverte centrale) est contrôlée par un mélange gazeux de monoxyde d'azote (NO) et d'ions

superoxyde (O<sub>2</sub><sup>-</sup>). Ces derniers s'accumulent dans la mitochondrie en tant que sous-produit de la chaîne respiratoire oxydative.

Au milieu des années 80 il fut démontré que le NO existait dans pratiquement toutes les cellules humaines en tant que gaz à fonction archaïque. Il existe entre les colonies mitochondriales et la cellule elle-même une alternance (respiration/fermentation) pour la production d'énergie et cette alternance est contrôlée par le gaz NO. Au cours des phases de division cellulaire, des processus de réparation juste après un traumatisme et de la période embryonnaire et fœtale (jusqu'au moment de la naissance), le métabolisme énergétique est principalement branché sur la production d'ATP par fermentation anaérobie du glucose. Ceci pour protéger la partie génomique de la cellule-hôte archaïque qui, durant les phases de division citées plus haut, est plus sensible aux oxydes et à leurs dérivés que la partie génomique des mitochondries. En fonction de l'équilibre d'oxydo-réduction la partie génomique primordiale exprime les protéines nécessaires pour que la production énergétique passe de la phase aérobie à la phase anaérobie.

Cette symbiose datant d'un lointain passé nous a donc dotés d'un double génome et d'un double système de production énergétique. Evolutivement parlant nous sommes des êtres biologiquement hybrides !

Tous les mécanismes bioénergétiques et biochimiques, et bien sûr particulièrement ceux qui ont lieu dans les mitochondries, consistent essentiellement en des flux complexes de protons et d'électrons (c'est-à-dire en des phénomènes d'oxydo-réduction, Ndt), ce qui sur le plan biophysique exige un potentiel d'oxydo-réduction négatif d'intensité variable. Ce potentiel est principalement assuré par le glutathion, un tripeptide tout à fait unique : son acide aminé central, la cystéine, présente un radical sulfhydryl (-SH) dont le proton (H<sup>+</sup>) facilement convertible (ou mobile, ayant donc un pouvoir réducteur élevé, Ndt) est disponible pour toutes les opérations de détoxication.

**R & Z :** Quelles sont les conséquences de ces découvertes sur la manière de comprendre la genèse d'un cancer, la cause du SIDA et leur traitement ?

**HK :** Les conséquences sont fondamentales. Dans les cas de cancer, chez les séropositifs (qui sont porteurs d'une grande quantité d'anticorps), en cas de SIDA déclaré (c'est-à-dire quand il existe des infections intracellulaires d'origine mycosique, parasitaire ou mycobactérienne, ou aussi parfois des infections par des virus existant réellement), en cas de colite ulcéreuse, brûlure, grave traumatisme et autres maladies chroniques et systémiques, il y a toujours un manque de cystéine et de glutathion. Ce manque résulte de la consommation importante de ces deux molécules, et/ou d'une carence nutritionnelle, et/ou d'une perturbation de la synthèse de la cystéine à partir de la méthionine au niveau du foie (par exemple suite à l'inhibition de l'acide folique par le Bactrim), et/ou d'une perturbation de la synthèse de glutathion (par exemple par l'usage excessif de produits toxiques ou pharmacotoxiques). L'organisme souffre alors d'un manque patent de protons librement convertibles (les cellules, les tissus, les organes manquant de substances réductrices, antioxydantes, sont alors menacés de stress oxydatif, Ndt).

Dans nos sociétés occidentales d'aujourd'hui l'organisme doit faire face, via le système du glutathion, à plus de 60.000 poisons. Si, par la suite d'une carence en glutathion, la chaîne respiratoire mitochondriale voit sa capacité de production d'ATP passer insidieusement au-dessous d'un seuil critique et si l'oxygène ne peut plus être utilisé par la mitochondrie pour la production énergétique (situation de pseudo-hypoxie, manque apparent d'oxygène), alors les cellules peuvent devenir cancéreuses.

Les parties archaïques du génome nucléaire se met alors à fonctionner selon un schéma mémorisé adapté à une carence en protons et entre dans un cycle très complexe de contre-régulation. L'alternance du système de production énergétique avec la mitochondrie est bloqué ; la cellule, après sa division, ne peut plus revenir à son état normal et reste bloquée dans des cycles de division ; une telle cellule devenue cancéreuse ne peut même pas programmer sa mort (apoptose) car pour cela la membrane mitochondriale doit être perméable, or une synthèse réactionnelle de NO l'a rendue imperméable ; le système d'échange de calcium entre la mitochondrie et le cytoplasme est lui aussi bloqué et cela crée une situation critique. A de nombreux points de vue une cellule cancéreuse se comporte comme une cellule embryonnaire : elle adopte un schéma régressif de

survie, elle retourne à un programme de production énergétique archaïque (la fermentation anaérobie, Ndt) obéissant à un programme génétique lui aussi archaïque. Cette régression ne pouvait pas, jusqu'ici, être expliquée par la théorie de " mutation accidentelle maligne ".

Comprendre à partir d'un point de vue évolutionniste le processus de symbiose cellulaire et ses lois permet de comprendre le phénomène de la cancérisation.

R & Z : Le blocage du système alternant de production énergétique de la cellule cancéreuse est-il réversible ?

HK : C'est là la question-clé pour le traitement. La disparition du sarcome de Kaposi après arrêt de l'azathioprine (qui, comme tous les dérivés azotés, cause une surconsommation de glutathion) suggérait déjà une réponse positive.

Depuis lors une foule d'autres preuves ont été avancées. Par exemple lors d'expérimentations animales on a pu faire totalement disparaître des cellules tumorales et des métastases en stimulant la synthèse de NO. Mais le plus impressionnant est sans doute la guérison de cancer par de fortes doses équilibrées de cystéine et glutathion, en utilisant des préparations à bonne biodisponibilité, ce qui permet de régulariser le potentiel d'oxydoréduction.

R & Z : Le traitement par glutathion suffit-il ou bien faut-il le combiner à d'autres mesures thérapeutiques ?

HK : Traiter les dérèglements de la vie symbiotique cellulaire en réharmonisant l'équilibre redox au moyen de cystéine et de glutathion est une nécessité fondamentale. Cependant le cancer est un phénomène hautement individuel et hautement complexe. D'innombrables études ont démontré au cours de la dernière décennie l'efficacité de diverses approches thérapeutiques non agressives visant à corriger le dérèglement des cellules cancéreuses. Et pour guérir ces cellules dérégées il faut jouer alternativement avec art sur " le frein et l'accélérateur ".

Les connaissances fondamentales sur les phénomènes de symbiose programmés au cours de l'évolution biologique étaient jusqu'il y a peu de temps insuffisantes et le traitement du cancer n'avait pas les bases et les concepts nécessaires pour établir un programme rationnel et cohérent de rééquilibration biologique ; ou, exprimé en termes traditionnels, on ne pouvait pas harmoniser le yin et le yang.

Cependant, nous avons entretemps compris pourquoi les cancéreux terminaient en général leur vie dans un état d'épuisement et de cachexie, avec un bilan azoté et énergétique négatif.

Si vous demandez à un oncologue comment il espère empêcher ses patients cancéreux de devenir cachectiques, il vous répondra encore aujourd'hui : par un régime hyperprotéiné et hypercalorique. Or une étude dans des hôpitaux allemands a mis en évidence que, avec ce régime, la moitié des cancéreux étaient " sous-alimentés ". Les oncologues, de même que les spécialistes du SIDA, ont pendant des décennies confondu cachexie (appelé " wasting syndrome " dans les cas de SIDA) avec situation de famine chronique. Ils n'ont pas compris pourquoi les protéines étaient continuellement rejetées sous forme d'urée. La cachexie est d'une part une conséquence du déficit en protons consécutif à la carence hépatique en cystéine, qui conduit simultanément à une carence en glutamine et en arginine et à une hausse du glutamate plasmatique. D'autre part la cellule cancéreuse fonctionne énergétiquement par fermentation du glucose (glycolyse anaérobie), ce qui provoque une consommation accrue de glucose (20 fois plus que par respiration aérobie) et une accumulation de lactate ; et le recyclage de cet excès de lactate par le foie crée à son tour une consommation exagérée de protons et une dépense d'énergie supérieure à l'énergie obtenue au départ par la fermentation du glucose. C'est la cytokine type 2, protéine de régulation dont la synthèse est commandée par la carence en glutathion, qui contrôle ces processus de feed-back ; le résultat final de l'action de la cytokine type 2 est d'empêcher les molécules de cystéine de perdre leurs protons.

Donc dans l'état de cachexie aussi apparaît ce programme archaïque de fermentation anaérobie faible consommatrice de protons, alors que la respiration aérobie des cellules saines s'accompagne d'un intense flux de protons.

Regardez les comptes rendus cliniques de laboratoire et de pratique médicale et vous verrez que les causes du dérèglement métabolique des acides aminés ne sont le plus souvent pas comprises et donc incorrectement corrigées.

*R & Z* : Le traitement biologique compensateur peut-il dispenser de la chimiothérapie ?

*HK* : En principe oui.

La chimiothérapie a comme objectif d'inactiver le processus de division cellulaire. Mais c'est la structure mitochondriale qui en souffre la première car, issue du règne des eubactéries, les mitochondries ne possèdent pas de protéine protectrice ni de mécanisme de réparation efficace pour leur gènes. Ces gènes sont donc beaucoup plus sensibles au stress oxydatif de la chimiothérapie que, par exemple, les gènes nucléaires qui sont particulièrement bien protégés. Au cours de leur longue évolution, les mitochondries ont toujours très bien fonctionné ; chez les animaux sauvages on n'a pu observer que rarement une altération génétique mitochondriale. Par contre chez l'homme la liste des maladies liées à un problème mitochondrial congénital ou acquis, telles que la maladie d'Alzheimer, le Parkinson, les graves cardiomyopathies, s'allonge sans cesse.

Le problème de toute chimiothérapie est que dans une tumeur les cellules se trouvent à des stades variables de dérèglement. La chimiothérapie va donc tuer une partie des cellules cancéreuses : cela entraîne ce qu'on appelle une rémission. Mais, parce que la chimiothérapie attaque leurs mitochondries, d'autres cellules vont se dérégler encore davantage ; cela vaut aussi pour les cellules qui ne sont pas encore cancéreuses et se trouvent encore à un stade de trouble symbiotique compensé. En conséquence des cellules peuvent se sélectionner pour créer des métastases ou des tumeurs secondaires. Les patients qui, avant ou pendant une chimiothérapie reçoivent un traitement biologique compensateur supportent mieux les effets de la chimiothérapie.

Reste cependant le problème des conséquences lointaines de la chimiothérapie : une fois endommagé, l'ADN-mitochondrial n'est pas réparable, les altérations s'aggravent et se multiplient avec le temps. Les effets tardifs sont imprévisibles.

Selon une étude de longue durée réalisée dans un centre de cancérologie allemand, la durée moyenne de survie est de trois à cinq ans pour un cancéreux traité par chimiothérapie, douze ans pour un cancéreux non traité. Ces chiffres datent de plus de dix ans mais depuis lors les chances de survies ne se sont pas beaucoup améliorées pour la plupart des cancers. Aux Etats-Unis la " guerre contre le cancer " déclarée en 1966 fut considérée comme perdue en 1971.

*R & Z* : Que conseillez-vous aux patients concernés ?

*HK* : Aux malades et à leurs familles, aux non malades aussi (car un sur trois risque de se trouver un jour confronté au diagnostic de cancer), on peut conseiller d'abord de ne pas se laisser aller à la panique face au choc du diagnostic, et ensuite de bien assimiler les principes de bases concernant la cellule cancéreuse : ces cellules ne sont pas des corps étrangers mais des cellules de notre corps ayant réagi à un programme archaïque de survie, et leur dérèglement est en principe réversible si on donne au corps en quantité suffisante ce dont il a besoin.

En fin de compte le patient informé peut en toute connaissance de cause décider avec un thérapeute éclairé s'il a le soutien psychologique nécessaire. *Raum & Zeit* publiera sûrement les coordonnées et l'adresse internet de thérapeutes indépendants, de centres de consultations, de groupes de patients etc. qui ont l'expérience de traitements biologiques de compensation. L'académie Wolfrathausen offre aux patients et aux thérapeutes des séminaires adaptés au sujet. Etant donné qu'il existe plus de cent types différents de cancer, les questions particulières sont trop nombreuses et on ne peut y répondre que lors de consultations individuelles ou de séminaires thérapeutiques.

*R & Z* : Quelles sont les conséquences de ces nouvelles connaissances sur la compréhension des causes, sur le diagnostic et le traitement du " VIH/SIDA " ?

*HK* : Le point crucial est de bien réaliser que les lymphocytes T4 ne sont pas détruits par un quelconque virus, un prétendu " VIH " ou un autre, et que l'immunité cellulaire peut être restaurée. Depuis le début des années 90 on a mis en évidence chez l'homme, comme chez tous les mammifères, deux sous-groupes de lymphocytes T4. Dans les examens conventionnels de laboratoire ils ne sont pas différenciés. Pourtant le taux de lymphocytes T4 dans le sang est déterminé par la somme de ces deux sous-groupes, appelés Th1 et Th2.

Les cellules Th1 synthétisent le NO cytotoxique et sont responsables de l'immunité cellulaire vis-à-vis des germes intracellulaires.

En cas de carence en cystéine et glutathion les cellules Th2 deviennent dominantes. Ces Th2 quittent la circulation sanguine pour stimuler la production d'anticorps dans les organes lymphoïdes et donc, automatiquement, le nombre total de lymphocytes T4 dans le sang diminue.

Cette " bascule " du rapport Th1-Th2 en faveur des Th2 est (comme le phénomène de cancérisation cellulaire) contrôlée et causée par la cytokine type 2. Si cette bascule dure longtemps elle prédispose au SIDA. Il a d'ailleurs été démontré que les séropositifs réellement menacés de SIDA sont ceux qui ont une dominance de cytokine type 2.

La double stratégie du système immunitaire (immunité cellulaire dépendant des Th1, immunité humorale par anticorps extracellulaires dépendant des Th2) obéit donc au même programme biologique qui détermine la cancérisation d'une cellule en cas de carence en protons librement convertibles.

Comme la plupart des thérapeutes ne connaissent visiblement pas ces lois biologiques issues de l'évolution, ou ne veulent pas les connaître, ils condamnent tôt ou tard à mort, involontairement, les séropositifs soi-disant infectés par le " VIH ", même ceux qui au départ ne sont pas du tout menacés de SIDA.

En effet, non seulement ils ne mesurent pas les taux de cystéine et glutathion ni d'autres paramètres importants de laboratoire, mais ils prescrivent sans limite de temps des chimiothérapies et des antibiothérapies toxiques pour les mitochondries et grosses consommatrices de glutathion. Et ceux qui mesurent cystéine et glutathion n'en prescrivent pas moins les thérapies toxiques tellement ils sont obsédés par le " VIH ". Certains recourent à un compromis : ils administrent simultanément sans grande conviction de la L-cystéine et du glutathion réduit à titre de " traitement complémentaire ", ce qui cependant, à long terme, ne peut pas compenser les effets dévastateurs des thérapies toxiques.

R & Z : Mais que se passe-t-il dans l'organisme des " VIH positifs " qui, au début d'une polythérapie, se sentent subjectivement mieux ?

HK : C'est ce qu'on peut appeler " l'effet tondeuse à gazon ". La plupart des germes opportunistes, mycoses et protozoaires, possèdent eux aussi des mitochondries dont la respiration cellulaire est inhibée par le Bactrim, l'AZT etc. Cet effet sur les maladies opportunistes ne doit cependant pas être confondu avec une prétendue inhibition du " VIH ". (C'est cet effet qui explique l'amélioration spectaculaire (effet " Lazare ") de certains patients souffrant de graves maladies opportunistes et recevant une trithérapie, Ndt).

Le problème est que, tout comme certaines cellules cancéreuses, certains protozoaires ou mycoses peuvent survivre à l'agression chimiothérapique en s'adaptant. C'est ce qu'on appelle le " problème de résistance " (résistance des germes opportunistes, pas du " VIH ", Ndt).

Mais comme le mal qui est à la base, à savoir la carence en glutathion et la synthèse insuffisante de NO qui en résulte, n'est pas compensé, l'organisme est privé de ses moyens de légitime défense qui lui permettraient de survivre.

Au contraire l'état de carence s'aggrave avec l'intoxication chimique, tandis que les parasites " résistants " et les cellules cancéreuses dérégulées prolifèrent et que les mécanismes de détoxification des mitochondries des cellules immunitaires et non immunitaires sont forcés et finissent par être débordés et atteindre le point critique de l'épuisement.

La manière dont on veut prolonger la survie de ces patients qu'on dit " atteints d'une infection inéluctablement fatale " est donc le reflet de concepts thérapeutiques erronés et conduit, dans la pratique, à un véritable cercle vicieux.

Entre-temps, plusieurs études cliniques américaines ont établi que les patients qui meurent sont justement ceux dont la prétendue " charge virale " (mesurée par la méthode PCR dont l'application dans ce cas est tout à fait critiquable) a chuté suite à une polythérapie, avec, semble-t-il, simultanément une hausse relative des lymphocytes T4 du sang. Cette hausse relative des T4 vient du retour dans la circulation sanguine des Th2 qui ne peuvent plus remplir leur fonction d'aide pour les cellules productrices d'anticorps du fait que leur maturité est bloquée par la chimiothérapie.

Quant à la chute de l'ARN " VIH " (la prétendue " charge virale ") elle est la conséquence d'une plus forte consommation d'ARN utilisé pour réparer les dégâts causés à l'ADN par le traitement.

La chute de " charge virale " et la hausse de lymphocytes T4 sont donc, considérés à long terme, de faux succès qui donnent l'impression aux patients et aux thérapeutes que la polythérapie a des effets favorables.

Sans une sérieuse thérapie compensatrice, le long empoisonnement chimique des processus respiratoires cellulaires aboutit tôt ou tard, selon la résistance du patient, à un point de non retour. D'autre part, les séropositifs qui prennent à longueur d'années du Bactrim, des antiviraux, etc. subissent des effets secondaires de type " bombe à retardement " : pendant quelques années ils vivent " en bonne santé " puis développent subitement des défaillances organiques fatales : infarctus du myocarde, défaillance du ventricule gauche, septicémies, accident vasculaire cérébral, coma hépatique, etc.

Les accidents n'ont rien à voir avec le " VIH " bien entendu, même si c'est ainsi que la médecine "VIH/SIDA " les présentent. Ce sont les effets secondaires tardifs des chimiothérapies, les dégâts irréparables à l'ADN mitochondrial suite à ces traitements " anti VIH " et " anti SIDA " absolument contre indiqués. Plusieurs groupes de recherche " VIH/SIDA " orthodoxes aux Etats-Unis ont publié que les dégâts démontrés après polythérapies " ressemblaient à de gros dégâts congénitaux de l'ADN mitochondrial ". Nous savons depuis longtemps que, suite aux continues divisions des mitochondries et à des stress supplémentaires, ces dégâts peuvent s'additionner et se renforcer, qu'en conséquence la respiration cellulaire faiblit et que des défaillances fatales surviennent dans les tissus et organes riches en mitochondries ou que des dégénérescences cancéreuses apparaissent.

Il est urgent que les patients concernés soient clairement informés sur ces dangers et sur l'utilité de les compenser par des moyens biologiques non toxiques. Et cela quels que soient les risques encourus au départ et ayant menés à la séropositivité.

Les premiers concernés sont cependant ceux qui souffrent d'hépatite. Le test d'hépatite C n'a pas plus de signification infectieuse que le test " VIH ", mais une hépatite auto-immune peut survenir. Ici aussi beaucoup de questions particulières peuvent se poser, et on ne peut y répondre que dans le cadre de consultations individuelles ou de séminaires thérapeutiques.

Selon mon expérience les patients appartenant aux groupes sanguins B, A et AB présentent le plus de risques. Ils sont plus disposés à développer une carence en protons librement convertibles ou des maladies systémiques. Comme environ 50% de la population est du groupe O, ce fait explique, à côté de bien d'autres facteurs, la grande diversité de disposition à la maladie parmi les gens exposés aux mêmes risques. Cette association entre certains groupes sanguins (B,A et AB) et l'asthme, certains types de cancer, etc. est connue mais ne fait pas l'objet de recherche systématique.

C'est aussi le cas pour la susceptibilité aux effets secondaires tardifs après vaccination de masse: il semble que les sujets vaccinés appartenant aux groupes B, A et AB soient plus disposés à une bascule Th1-Th2 en faveur des Th2. Pendant la grossesse le placenta présente une dominance de cytokine type 2 et après la naissance il faut par tous les moyens possibles qu'un bon équilibreTh1 (cytokine type 1) Th2 (cytokine type 2) s'installe. Certains enfants sont très résistants aux infections bactériennes, ce sont ceux qui présentent une dominance immunitaire de type Th2. Cet état est induit involontairement par la vaccination des nourrissons : ces nourrissons sont spécialement enclins, du fait de leur très jeune âge, à basculer immunitairement vers un état de type 2. L'avantage de cette bascule Th2 est une meilleure production d'anticorps, l'inconvénient est une synthèse de NO et donc une immunité cellulaire diminuées, une tendance accrue à réagir aux protéines étrangères et aux substances toxiques, une consommation accrue de glutathion. Ces enfants seront plus disposés à l'asthme, à la dermatite atopique, aux allergies en général, au cancer, etc.

Il est frappant d'observer que les malades du SIDA stigmatisés comme " VIH positifs " sont pratiquement tous nés après la deuxième guerre mondiale, à une époque où pour la première fois le système immunitaire humain devait faire face à des antibiotiques et des vaccins. Sans admettre cette explication liée à la classe d'âge, on voit mal comment les personnes plus âgées auraient pu échapper à une " infection par le VIH " soi-disant transmissible à tout le monde.

Un autre fait plaide en faveur de la thèse chimiothérapie/antibiothérapie : la maladie opportuniste la plus évocatrice de SIDA, la PPC, pneumonie à *Pneumocystis Carinii* (un parasite transmissible par voie aérienne) fut pour la première fois observée cliniquement à la fin des années 30, à l'époque où les nouveaux nés prématurés étaient traités contre les septicémies bactériennes par les sulfamides nouvellement synthétisés. Ces prématurés développaient une PPC à la place d'une infection bactérienne. Les sulfamides (dérivés de colorants azoïques !) inhibent le système d'acide folique des bactéries et des mitochondries des cellules humaines et induisent une consommation énorme de cystéine et de glutathion. Or l'épithélium pulmonaire a besoin d'une concentration de ces molécules à peu près cent fois plus élevée que la concentration plasmatique.

Des prématurés traités aux sulfamides sont morts de " poumons blancs ", ou pneumocystose (PPC) il y a plus de 60 ans. De même, depuis les années 70 des traitements de longue durée au Bactrim (association de triméthoprine et d'un sulfamide) et autres inhibiteurs d'acide folique furent instaurés. Ils sont devenus, avec la PPC et autres maladies opportunistes mycosiques, une cause déterminante de maladie et de mort. Entre 1985 et 1995 une série de décès parmi les séronégatifs traités au Bactrim fut enregistrée, suite à quoi, en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis, les indications de Bactrim furent strictement limitées à une demi douzaine d'infections rares et la durée de prescription limitée à dix jours maximum. Il est absurde, on devrait dire criminel, que la seule exception à ces nouvelles restrictions ait été d'autoriser des traitements sans limites de durée pour les séropositifs et des malades du SIDA déjà immunodéprimés. En Allemagne il n'y a absolument aucune restriction à l'usage du Bactrim.

R & Z : Les spécialistes du " VIH/SIDA " ont prétendu il y a quelques années que l'association d'inhibiteurs de protéines et d'inhibiteurs de transcriptase inverse (AZT, Nevirapine, etc.) a été un progrès énorme dans le traitement et ils ont parlé d'éradication du " VIH " en 3-4 ans. Les médias évoquent l' " effet Lazare " après une telle association thérapeutique.

HK : La campagne en faveur du Crivixan, Viramune, etc. fut mise en route en 1996 par la multinationale Burson-Marsteller spécialisée en public relations et partenaire publicitaire de géants pharmaceutiques comme Glaxo-SmithKline, Pfizer, Eli Lilly, Bristol-Myers-Squibb, etc. A partir de 1999 toutes les prétentions de guérison ont dû être rétractées. Les effets secondaires des bi- et trithérapies étaient cette fois trop évidentes que pour pouvoir être attribués au " VIH ". Les inhibiteurs de protéases tels que le Crivixan ont causé des troubles graves du foie, du pancréas et des reins, des diabètes, des lipodystrophies majeures, des hypertensions, des crises cardiaques, des attaques cérébrales, etc. D'après des études cliniques de chercheurs orthodoxes, ces effets sont le signe de maladie mitochondriale d'origine pharmacotoxique. Les décès par insuffisance hépatique après traitement aux inhibiteurs de protéase ne sont pas attribués au SIDA du fait qu'ils surviennent souvent avant l'apparition d'une des vingt-neuf maladies officielles indicatrices de SIDA : ils surviennent d'ailleurs aussi chez des patients jusque là asymptomatiques.

Depuis lors il a été publié que le " VIH " exigeait une abstention de médicaments pendant 10 à 60 ans (!). Mais par contre, fâcheuse incohérence, la " polythérapie " (inhibiteur de protéase plus AZT, Névirapine, ou similaires) a été estimée pouvoir être tolérée pendant 2 à 3 ans. L'obsession collective du " VIH " permet aux spécialistes du " VIH/SIDA " d'agir sans devoir obéir à aucune règle et sans être responsable des conséquences souvent mortelles de leurs actes.

Pourtant l'ignorance et le refus d'apprendre ne peuvent plus rester un alibi à l'impuissance et à l'indifférence honteuses des autorités, des associations médicales professionnelles et de la plupart des gens face à ce manque d'éthique scientifique et médicale sans précédent.

Il faut remarquer qu'en Allemagne des journalistes de *Der Spiegel* ont depuis 20 ans relayé les messages sur le " VIH ", l'AZT, etc. de propagandistes sans scrupules et rendu compte de leurs plus récentes déclarations, malgré qu'ils aient eu de meilleures sources d'information. Au cours de la prochaine décennie les survivants des polythérapies développeront davantage de cancers, d'infarctus du myocarde, etc. à cause de leur traitement.

Ce que *Der Spiegel* n'a jamais communiqué c'est que, sur l'ensemble des études concernant le séropositifs restés asymptomatiques pendant plus de 10 ans, on a observé que ces dénommés " survivants à long terme " (qu'on devrait plutôt qualifier de " résistants à long terme ") n'ont jamais



été traités, ou dans de rares cas pendant peu de temps seulement, avec de l'AZT ou molécule similaire, du Bactrim, des inhibiteurs de protéases, etc.

R & Z : Comment pensez-vous que vont réagir vos confrères à la publication de votre livre ?

HK : Très positivement, je pense, car l'intérêt immédiat des nouvelles découvertes pour la survie des malades est vraiment évident.

Je me considère comme un intermédiaire indépendant de l'industrie pharmaceutique ayant une pratique diagnostique et thérapeutique fondée sur des connaissances de base solides.

Les explications rationnelles de la médecine évolutionniste concernant les causes, le diagnostic, la prévention et le traitement du SIDA, du cancer, des dégénérescences nerveuses et musculaires, etc. ne peuvent plus être rejetées au nom de théories du passé.

Il est urgent que les patients reçoivent des informations claires dénuées d'angoisse et que les thérapeutes à l'esprit ouvert disposent d'un enseignement post-universitaire sérieux. Avec ma longue expérience de médecin je pense qu'après 30 ans de " guerre contre le cancer " et 20 ans de " chasse au virus " ce sont la connaissance des lois élémentaires de la biologie cellulaire, la recherche diagnostique de labo bien ciblée et les divers traitements basés sur les compensations biologiques (complémentation nutritionnelle rationnelle et cohérente, Ndt) qui seront les éléments indispensables et fondamentaux pour toute approche se voulant scientifique et naturelle.

**Heinrich Kremer**, docteur en médecine, a été entre 1968 et 1975 directeur du service médico-social pour toxicomanes, délinquants sexuels et déséquilibrés mentaux à Berlin Tegel (un projet pilote du gouvernement fédéral allemand en vue d'une réforme du système pénal), puis directeur médical d'une clinique pour adolescents et jeunes adultes toxicomanes ( Brauel, Basse Saxe). Il a démissionné de ce service fédéral en 1988 à cause de différences de vue concernant l'éthique professionnelle et médicale liée à la politique sur la drogue et le SIDA. Depuis 1988 il a fait de la recherche fondamentale sur le cancer et le SIDA et a travaillé entre 1995 et 1999 avec le Prof. Alfred Hässig comme membre assistant du Study group for Nutrition and Immunity (Berne). Son livre " *Die stille Revolution der Krebs- und AIDSmedizin* ", édité en novembre 2001 par Ehlers Verlag GmbH (ISBN 3-934196-14-6) n'est pas encore traduit ni en anglais ni en français.  
*Titre original " Wir sind evolutionsbiologische Zwitterwesen "*

*Traduit de l'allemand par Dr Marc Deru*

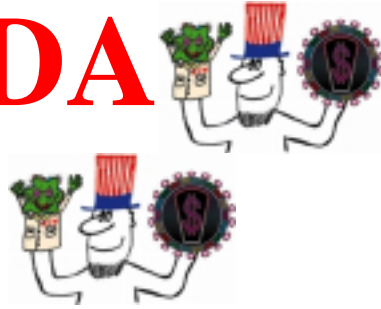
Contactez le Dr Kremer par l'association Plural-21 à Barcelone : **Plural-21** [Plural-21@plural-21.org](mailto:Plural-21@plural-21.org)

### **Aujourd'hui :**

- le nom "SIDA" fut défini sans aucun débat ouvert scientifique et publique
- le nom "VIH" fut défini sans aucun débat ouvert scientifique et publique
- il n'y a aucune preuve scientifique de l'existence un "virus du SIDA". Le "SIDA" n'est qu'un concept virtuel bien médiatisé.
- le « IDA » (Immuno Déficience Acquise) a de multiples causes
- toute thérapie pour (ou contre) le SIDA ou la séropositivité, même naturel, est une perte de temps, d'énergie et de visée, car ni l'un ni l'autre existent en dehors de définitions politiques sans fondement scientifique. Ce qui est important est l'accès à l'information pour disperser la peur et aux traitements qui stimulent l'immunité naturelle
- interdire les tests et les traitements "SIDA"
- commencer les actions en justice contre les fabricants de tests non-spécifiques qui ont des effets psycho-destructeurs et contre les fabricants de traitements qui tuent
- la liberté de choix thérapeutique et le consentement informé sont des droits fondamentaux

Bon Courage

**\$IDA**



**ou**



**Santé?**



**Notre libre choix démocratique**



*L'Association Mark Griffiths fut dissoute le 7 septembre 2002*

Je continue à titre privé à entretenir la documentation pour les sites Internet :

<http://perso.wanadoo.fr/sidasante/> et <http://www.sidasante.com>

le contact avec des nombreux groupes nationaux et internationaux ainsi que la communication et les conférences. Vous pouvez commander toute ma documentation accumulée depuis 1989 sur CD-rom (site Internet Sidasanté) au prix de 30€. Vous pouvez obtenir le dernier Apprenti Sage au prix de 10€ ainsi que tout autre document au prix de 0,25€ par page imprimée.

Chèques à mon nom à l'adresse ci-dessous.

*Mark Griffiths, Hameau de Besse, 11300 Festes et St. André*

*Internet : <http://www.sidasante.com>*

*E-mail : [info@sidasante.com](mailto:info@sidasante.com)*

*Tél : 04 68 31 27 91*



*\$IDA © 1981. Made in America*