Eloges pour l'édition originale de *Positively False*

'Joan Shenton a écrit un livre d'accès facile et n'a pas ménagé ses efforts de recherche sur son sujet … le temps est sûrement venu que cette question vraiment fondamentale du VIH et du SIDA soit abordée d'une manière ouverte et non biaisée.'

Professeur Beverly Griffin, Imperial College (Ecole de Médecine), Londres

'Dans les pays industrialisés, le SIDA est loin d'être le désastre qui avait été annoncé. Ce livre aidera ceux qui sont intéressés ou affectés à comprendre pourquoi, et à être plus réalistes au sujet des pressantes sollicitations qui surpassent encore les autres priorités médicales. Il devrait être un livre de lecture obligatoire pour tous les décideurs.'

Gordon T. Stewart, Professeur Emérite en Santé Publique, Université de Glasgow

'Je pense qu'il est important de remettre en cause les certitudes, surtout dans un cas de santé publique tel que celui-ci [le SIDA].'

Harry Rubin, Professeur de biologie cellulaire, Université de Californie, Berkeley

'La communauté dans son ensemble n'écoute pas avec patience les critiques qui adoptent des points de vue alternatifs, bien que la grande leçon de l'Histoire c'est que la connaissance se développe par la confrontation des points de vue. Si vous n'avez qu'un consensus, en général cela abrutit. C'est en fait un des fondements de la théorie démocratique. C'est une des principales raisons pour lesquelles nous croyons aux notions de liberté d'expression.'

Walter Gilbert, Professeur de biologie moléculaire et cellulaire, Université de Harvard, Prix Nobel de Chimie 1980

POSITIVELY FALSE

CARREMENT FAUX

Exposé des Mythes entourant le VIH et le SIDA

Edition du 16ème Anniversaire

JOAN SHENTON

Publié pour la première fois par I.B. Tauris & Co. Ltd, 1998
Edition à compte d'auteur, 2015

Copyright © 1998, 2015 Joan Shenton
Toutes les contributions ont été reproduites avec la permission de leurs auteurs respectifs.

L'élément artistique de la couverture est de Valdis Torms obtenu sous une licence standard. Copyright © Shutterstock.com

Tous droits réservés. Exceptées de brèves citations dans une critique, ce livre, ou une partie de celui-ci ne doit pas être reproduit sous aucune forme sans la permission écrite de l'éditeur.

ISBN x

Immunity Resource Foundation (IRF)

Fondation des Ressources Immunitaires

17 Ivy Lodge
122 Notting Hill Gate
London W11 3QS
Royaume Uni

immunity.org.uk

IRF is a HMRC recognised charity in the UK

Le mot du traducteur

C'est en cherchant sur un site Internet américain des renseignements sur les dangers et l'inutilité des vaccins que je suis tombé sur une présentation du livre de Joan Shenton 'Positively False' (en français 'Carrément Faux'), présentation qui m'a immédiatement donné envie de lire ce livre. Il n'avait pas été traduit jusque-là en français mais j'ai réussi à me procurer sa première version en anglais qui date de 1998.

Lorsque cette histoire de SIDA était sortie à la fin des années 1980, je n'y avais pas prêté trop d'attention surtout parce que le SIDA était présenté dans les médias (on ne se méfie finalement jamais assez des médias) comme étant une maladie d'homosexuels et que moi sur ce plan ce n'est pas trop mon truc (chacun vit sa sexualité comme il veut à partir du moment où il y a amour et respect). J'ai bien vu qu'il y avait quelque chose qui clochait lorsqu'ils ont annoncé qu'ils allaient mettre au point un vaccin (qu'on attend toujours 40 ans plus tard) parce que je trouvais absurde l'idée d'un vaccin, et qu'en plus ici, ce vaccin anti SIDA était censé prévenir de deux maladies différentes, ce qui me semblait encore plus absurde.

Ne me sentant donc pas trop concerné et ne voyant pas toutes les implications humaines, sanitaires et sociales de cette histoire, j'ai mis ce sujet de côté pour le redécouvrir plus de 30 ans plus tard grâce au livre de Joan Shenton.

Et là, dès les premières pages du livre, j'ai subi un énorme choc, me demandant comment j'avais pu passer à côté de ça (alors même que de temps en temps j'avais bien vu des couvertures de livres qui dénonçaient tous les mensonges au sujet du SIDA). Ce livre est en effet, par tous les aspects que Joan Shenton aborde chapitre après chapitre, une véritable 'bombe' et j'ai été pris d'une envie irrépressible de le traduire afin de le faire connaître autour de moi. Il m'a bien fallu, après quelques chapitres traduits et envoyés à mes amis, prendre contact avec l'auteur qui s'est révélée ravie de mon initiative.

Joan Shenton est une journaliste anglaise qui aurait pu, comme tant d'autres, faire une carrière brillante et durable dans les médias. Mais cela lui était impossible pour deux raisons. La première c'est qu'elle a

une haute opinion de son travail de journaliste et va au fond des choses ; là où la plupart ne font que répéter les paroles d'experts sans aucun esprit critique, elle va, elle, au fond des choses et relève les incohérences de ces mêmes experts. La deuxième c'est qu'elle ne se laisse ni corrompre ni intimider ; c'est son courage et sa détermination qui lui ont permis d'affronter ce qu'elle appelle 'l'establishment médico-scientifique' et Dieu sait s'il est puissant.

J'ai non seulement pu approcher Joan Shenton par ses écrits mais j'ai également eu la chance et le privilège de la rencontrer. Peu de rencontres m'importent autant que celle-là.

Voilà donc ce livre qui est une traduction de la deuxième édition parue en 2015. Il comporte en ajout de la première des contributions de certains des acteurs de la 'bataille' initiale - placées au début du livre ; il vaudrait peut-être mieux les lire à la fin.

N'étant pas traducteur professionnel j'ai probablement commis çà et là de petites erreurs (traduction, syntaxe, coquille). Mais ces erreurs sembleront minimes au lecteur par rapport au contenu et je suis sûr qu'il m'en excusera ; mieux vaut ce livre tel qu'il est que rien.

Joan Shenton est toujours très active dans sa lutte contre l'establishment médico-scientifique comme le prouve son site http://www.immunity.org.uk/ sur lequel je vous conseille d'aller et où vous trouverez des vidéos sous-titrées en français. Ce livre vous est offert, rien ne devrait vous empêcher de contribuer pour partie au financement de l'Immunity Resource Foundation,, la fondation de Joan Shenton.

Bonne lecture

Jean Bitterlin

“Les hommes sont si naïfs, et ils obéissent tant aux nécessités présentes que celui qui trompe trouvera toujours quelqu’un qui se laisse tromper. ‘’

Nicolas Machiavel, *Le Prince*, 1532

Ce livre est dédié à tous ceux qui sont décédés

en croyant que le VIH allait causer leur mort

Sommaire

Acronymes et abréviations xi
Remerciements xiv
Avant-propos, 2014, (Henry H. Bauer) xvi
Préface, 2014 xix
Avant-propos additionnels et contributions, 2014
par ordre alphabétique xxii
Mohammed Aziz xxii
Clark Baker xxiv
Nancy Banks xxvi
David Crowe xxviii
Elizabeth Ely xxxi
Celia Farber xxxiii
Christian Fiala xxxvi
Charles Geshekter xxxix
Roberto Giraldo xlii
Mike Hersee xliv
Neville Hodgkinson xlvii
Christine Johnson li
Helen Lauer liv
John Lauritsen lvii
Terry Michael lx
David Rasnick lxiii
Irina Sazonova lxvi
Liam Scheff lxix
Manuel Garrido Sotelo lxxii
Avant-propos original, 1998 (Gordon T. Stewart) lxxiv
Préface originale, 1998 : Une Hypothèse Fausse lxxviii

1. Voyage dans la Dissidence 1
L'expérience Lupus 1
Faire avancer le débat sur le SIDA 2

2. 'SIDA : Les voix non entendues' 5
Le sang contaminé peut-il être la cause du SIDA ? 5
A la Rencontre de Duesberg :
Le Principal Universitaire Dissident du SIDA 7
Les voix dissidentes : pourquoi n'ont-elles pas été entendues ? 10

3. La Vie dans les Alcôves du Fond et dans les Bains Publics 17
Le Risque- L'Hypothèse du SIDA 17
Alors que se passait-il dans les Alcôves du Fond et les Bains Publics ? 19
Les Adeptes des Drogues et de la Disco 20

4. A la chasse au Rétrovirus Humain 26
La querelle commence : Discorde entre les Rois de la Virologie 26
Comment le Monde Entier a-t-il pu se tromper autant au sujet du SIDA ? 27
Comment le VIH a-t-il fait pour se retrouver à la première place ? 29
Rétrovirologie : un catalogue d'erreurs et d'hypothèses erronées 31
Que feront ensuite Gallo, le roi de la virologie et ses courtisans ? 34
Gallo relie le HTLV-III au SIDA 37
La bataille de la revendication de la découverte du VIH 40
Les choses étranges qui se passent dans le laboratoire de Gallo : des Collègues de Gallo sont condamnés 43

5. La terreur de l'épidémie 48
Alimenter la Machine de la Terreur de l'Epidémie 48
La Panique du SIDA : La chasse aux sorcières VIH 56
Le Service de Renseignement des Epidémies : Attiser les Flammes de la terreur de l'Epidémie 58
La Peur de la Propagation Hétérosexuelle 61

6. Le Piège du SIDA 66
Le dissident censuré 66
Révision par les Pairs et Suppression du Débat 67
Procédures de l'Académie Nationale des Sciences 68
La Pause entre les Battements : c'est là que se trouve la Vérité 69
Le Piège du SIDA : Exposé des Mythes entourant le VIH et le SIDA 71
La Toxicité de l'AZT : le SIDA et l'épisode Weller 78

7. La Chute 82
L'Establishment riposte : La Gestion des Médias 82
Duel avec Nature *et les Postulats de Koch* 85
La Conférence du SIDA d'Edinbourg – Cloués en Public au Pilori 92
Arrêt du Financement du Dissident : Duesberg mis à l'Ecart. 93
La Commission des Plaintes contre les Organismes de Télédiffusion : les Groupements d'Intérêt à l'Attaque 94

8. L'AZT : Source d'Inquiétude 98
L'AZT : le SIDA par Prescription 98
Les Essais de Phase II de l'AZT : les Chiffres de la Mortalité Manipulés 102
AZT et Cancer 103
L'AZT : Source d'Inquiétude : Structuration de l'Histoire 104
Les raisons pour lesquelles l'AZT ne marche pas 105
L'Etude de l'Administration des Vétérans sur l'AZT 108
La Reine des Essais de l'AZT 109
New York : Des Dissidents du SIDA s'expriment 110
Londres : L'AZT et la Communauté Gay 112
Magic Johnson se Débarrasse du SIDA 114
Les Réclamations de Wellcome au sujet de l'AZT 116
La Défense de l'AZT : le Contrôle du Dommage de Wellcome 118
La Défense d'un Dissident : Le Fair Play d'un Scientifique 121

9. Amsterdam et tout le reste 124
La Conférence Alternative du SIDA d'Amsterdam : Le Rassemblement des Dissidents 124
VIH et Contamination de Laboratoire 129
Réaction Violente des Barons du SIDA 131

10. Le SIDA et l'Afrique 136
Village Rakai, Ouganda : l'Epicentre du SIDA ? 136
Pour quelles raisons l'Afrique a-t-elle été accusée d'être responsable du SIDA ? 139
Bukoba, Tanzanie : un Dissident du SIDA en Première Ligne 142
Les Résultats Faux-Positifs des Tests VIH 144
Retour dans la Région Rakai : le Piège de la Pauvreté Africaine 144
Kampala, Ouganda : La Tuberculose et la Malaria sont-elles appelées SIDA ? 147
Yaoundé, Cameroun : Conférence Internationale Africaine du SIDA 149
Abidjan, Côte d'Ivoire : Le Projet des Centres de Contrôle des Maladies Américains 150
Le SIDA sans VIH 151

11. Journal d'un Dissident du SIDA 156
Batailles à Berlin : La Conférence Mondiale du SIDA à Berlin 156
L'Investigation Gallo : Trois Enquêtes Séparées 159
Gallo Sous le Feu des Critiques 161

Les Résultats de l'Essai Concorde : L'AZT ne Présente Aucun Bénéfice Pour les Asymptomatiques 163
Londres : La Conférence sur les Essais AZT 166
L'AZT et les Bébés : l'Essai Penta 167

12. Qu'en est-il du SIDA à Haïti ? 172

13. Poppers et SIDA : Hémophilie et SIDA 181
Deux Domaines de Recherche Négligés 181
Les Poppers : De Dangereux Produits à Inhaler 181
Hémophilie ou Hémophilie/SIDA : Où est la Différence ? 185
Y a-t-il du VIH dans le Facteur VIII ? 190
Le Facteur VIII et les Faux Résultats Positifs des Tests VIH 191
Les Anticorps 'identifiant' le VIH ne sont pas Spécifiques au VIH 192
L'Obstinée Communauté des Sceptiques 194

14. Le VIH existe-t-il ? 198
La Conférence sur le SIDA de Buenos Aires : Les Doutes Croissants 198
Le VIH a-t-il déjà été Isolé ? 198
Le Mécanisme du SIDA : Surcharge de l'Immunité Acquise 201
Carrément Faux : *Le VIH Incorrectement Identifié* 207
Carrément Faux : *Mauvais Tests et Survivants à Long Terme* 212
Les Inhibiteurs de Protéase : Un Autre Echec de 'Remède' 214
Toxicité 216
Le Coût 217

Appendice A : Résumé du Document du SCAM Soumis au MRC avec les Objections au Protocole des Essais PENTA 221
Appendice B : Commentaires du Producteur du Documentaire *Positive Hell* et Script du Documentaire 223
Appendice C : L'Article de Peter Duesberg et al. de 2009 qui a été retiré 235
Appendice D : Photographies de la première édition de *Positively False* 251
Appendice E: Quatrième de Couverture de la première édition de *Positively False* (modifiée) 254
Bibliographie 256
Index 258

Acronymes and Abréviations

ACSUR	Association pour la coopération avec le Sud
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
ANC	African National Congress – Congrès National Africain
ARV	antirétroviral
ATL	adult T-cell leukaemia – Leucémie à lymphocyte T de l'adulte
AZT	azidothymidine *ou* zidovudine (nom générique) ou Retrovir (nom de marque)
BBC	British Broadcasting Corporation
BCC	Broadcasting Complaints Commission -Commission des Plaintes contre les Organismes de Télédiffusion
BMA	British Medical Association
BMJ	*British Medical Journal*
CBL	Chester Beatty Laboratory
CDC	Centers for Disease Control – Centres pour le Contrôle des Maladies
CDS	Centres pour le Développement de la Santé (Haiti)
CMV	cytomegalovirus
ddC	dideoxycytidine
ddI	dideoxyinosine
DMT	dimethyltryptamine (drogue halucinogène)
DNA	deoxyribonucleic acid – Acide Désoxyribonucléïque
EBV	Epstein-Barr virus
EIS	Epidemic Intelligence Service – Services Secrets des Epidémies
ELISA	enzyme-linked immunosorbent assay – détection par dosage immunoabsorbant
FDA	US Food and Drug Administration -Administration de l'Alimentation et des Médicaments
GAG	Gays Against Genocide – Gays Contre le Génocide
GHESKIO	Haitian Group on Kaposi's Sarcoma and Opportunistic Infections – Groupe Haitien sur le Sarcome de Kaposi et les Infections Opportunistes
GRID	gay-related immune deficiency – Déficience Immunitaire reliée à l'Homosexualité

HAART	highly active antiretroviral therapy – thérapie antirétrovirale hautement active
HEAL	Health Education AIDS Liaison – Liaison SIDA d'Education à la Santé
HIV	human immunodeficiency virus – VIH virus d'immunodépression humaine
HIV-SF	HIV-suppressive factors – Facteurs de suppression -VIH
HLA	human lymphocyte antigen – antigènes d'histocomptabilité humains
HTLV	human T-cell leukaemia virus – virus de la leucémie des lymphocytes T humains
i.v.	intraveineuse
IBA	Independent Broadcasting Authority -Autorité De Diffusion Indépendante
ICI	Imperial Chemical Industries – Industries Chimiques Impériales
ICL	idiopathic CD4 lymphocytopaenia -lymphocytopénie CD4 idiopathique
INSERM	Institut national de Santé et de Recherche médicale
JAMA	*Journal of the American Medical Association*
JC	kind of virus – espèce de virus
JIMHA	*Journal of the Interamerican Medical and Health Association*
KS	Kaposi's sarcoma – Sarcome de Kaposi
LAV	lymphadenopathy-associated virus – virus associé à la lymphadenopathie
LDK	recreational drug – drogue récréative
LSE	London School of Economics and Political Science
MCA	Medicines Control Agency – Agence de Contrôle des Médicaments
MDA	méthylenedioxyamphétamine
MDMA	méthylenedioxyméthamphétamine (Ecstasy)
MP	Member of Parliament – Membre du Parlement
MRC	Medical Research Council – Conseil de la Recherche Médicale
MS	multiple sclerosis – scléroses multiples
NBA	National Basketball Association
NBC	National Broadcasting Company
NCI	National Cancer Institute – Institut National du Cancer

NEJM	*New England Journal of Medicine*
NIAID	National Institute of Allergy and Infectious Diseases Institut National des Allergies et des Maladies Infectieuses
NIH	National Institutes of Health – Institut National de la Santé
NTSC	National Television System Committee
OMSJ	Office of Medical and Scientific Justice – Bureau de Justice Médicale et Scientifique.
ORI	Office of Research Integrity – Bureau de l'Intégrité de la Recherche
PBS	Public Broadcasting System – Système de Radiodiffusion Publique.
PCP	Pneumocystis carinii pneumonia *ou* phenylcyclohexylpiperidine (le médicament phencyclidine; angel dust)
PCR	polymerase chain reaction – Réaction en Chaîne par Polymérase
PDR	Physicians' Desk Reference
PENTA	Paediatric European Network for Treatment in AIDS
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PHLS	Public Health Laboratory Service
PI	protease inhibitor – Inhibiteur de protéase
PML	progressive multifocal leukoencephalopathy – leucoencéphalopathie multifocale progressive
PNAS	*Proceedings of the National Academy of Sciences* *Comptes-rendus de l'Académie Nationale des Sciences*
RAID	Responsible AIDS Information at Dartmouth
RNA	ribonucleic acid – Acide Ribonucléique
RT	reverse transcriptase – Transcriptase Inverse
RTS	Royal Television Society – Société Royale de Télévision
SCAM	Standing Committee on AZT Malpractice – Commission Permanente sur les Fautes Professionnelles concernant l'AZT
SIV	simian immunodeficiency virus – Virus de l'immunodéficience chez le singe
SLE	systemic lupus erythematosus – lupus érythémateux disséminé
SMON	subacute myelo-optic neuropathy – neuropathie myelo optique subaigüe

STD	sexually transmitted disease – MST Maladie Sexuellement Transmissible
STP	hallucinogenic drug -drogue hallucinogène
T	thymus
T-cells	thymus-matured lymphocytes (immune system cells)
TAC	Treatment Action Campaign
TB	tuberculosis - tuberculose
UCL	University College London
UCLA	University of California, Los Angeles
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Programme Conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA
USAID	United States Agency for International Development
UNDP	United Nations Development Programme
VA	(United States Department of) Veterans Affairs – Département Américain des Anciens Combattants
WHO	World Health Organization – Organisation Mondiale de la Santé
YHC	recreational drug – drogue récréative

Remerciements

Dans un monde où les orthodoxies scientifiques et médicales ont fermé leurs portes à toute demande d'informations, je remercie ceux de la profession qui ont laissé leurs portes ouvertes à mes questions : le professeur Alfred Hässig, le Dr Harvey Bialy, le professeur Gordon Stewart, le Dr Eleni Eleopoulos, le Dr Valenda Turner, le professeur Fritz Ulmer, le professeur Harry Rubin, le professeur Charles Thomas, le professeur Philip Johnson, Mr Michael Freeman, le Dr Fabio Franchi, le professeur Beverly Griffin, le Dr Stefan Lanka, le professeur Kassi Manlan, le Dr Martin Okot-Nwang, le Dr Félix Konotey-Ahulu, le Dr Andrew Herxheimer et le Dr Ricardo Leschot.

Merci à David Lloyd, rédacteur en chef des Nouvelles et Actualités à Channel 4, à son adjointe Francesa O'Brien, et à un stade antérieur à Karen Brown, pour avoir permis au débat dissident de s'exprimer et pour leur indéfectible apport intellectuel. Merci également aux juristes de Channel 4 dirigés par Don Christopher, parmi lesquels Jan Tomalin, Madeleine Sheahan et Mark Lambert pour s'être battus à nos côtés ; à Christopher Griffin-Beale qui s'est occupé de la presse et des relations publiques lors de notre première émission sur le SIDA, et à Martin Stott qui s'est occupé du reste, repoussant avec le plus grand sang-froid les salves d'insultes après chaque émission. Je suis également très reconnaissante à Frank Riess et au professeur Alfred Hässig pour avoir cru en moi et pour avoir soutenu financièrement Meditel durant les périodes difficiles, le premier également pour son aide à la création de la Fondation pour les Ressources de l'Immunité en tant qu'association de bienfaisance reconnue d'utilité publique. Merci également au regretté Bill Bowie et à la Fondation Bill Bowie pour avoir fourni l'apport final au financement du *Journal d'un Dissident du SIDA*. Merci à Terrel Cass, directeur du Service Public de Radiodiffusion US Chaîne WLIW, pour avoir tenu parole et diffusé des parties du film dans 'Le Grand Débat du SIDA' et à l'avocat Peter Smith qui a souligné l'injustice qui a entouré le jugement de la Commission des Plaintes contre les Organismes de Télédiffusion.

Durant ces dix dernières années il y a tellement de personnes qui m'ont encouragée, soutenue et nourrie par des corrections lorsqu'il semblait

difficile de maintenir l'attaque contre l'orthodoxie du SIDA : Mark Wood, Etsuto Totsuka, Gaby Berneck, Philip Barker et Julie Pekman ; Sybil Duesberg, Jodie Schwartz, Jane Byrd, Bryan Ellison, Russel Schoch et David Rasnick à Berkeley ; Michael Ellner et Frank Buianouckas de HEAL à New York ; Simon Jenkins, Jane Balfour, Tony et Mary Mackintosh, Jackie et Kim Merino, Carol Wiseman, Corina Poore, Roberto Blandin, Astrid Luna, Dale Chalk, et ma sœur Rosemary Prior avec son mari le Révérend David Prior. Merci également à mon neveu Daniel Prior qui me prit suffisamment au sérieux pour écrire au sujet de notre travail dans son journal de l'Université d'Edinbourg ; à Nick Fraser et Nik Gowing pour m'avoir dit que je devais écrire ce livre ; à notre équipe de Meditel, Jad Adams, Felicity Milton, Nicky Hirsch, Melanie Wangler, Ian Owles, Jeremy Stavenhagen, Chris Renty et Pascal de Bock.

Merci à l'équipe du magazine *Continuum*, Huw Christie, Rafael Ramos, Tony Thompsett, Patrick Brough, Nigel Edwards, Chris Baker ; et également à Alex Russel, Gareth James et James Whitehead pour leur aide généreuse au niveau de la recherche. A New York, Bob Guccione Jr et Celia Farber de *Spin Magazine* et Charles Ortleb du *New York Native* étaient toujours prêts à fournir de l'aide par un soutien moral et par des informations tout comme l'étaient les dissidents du SIDA Kawi Schneider et Peter Schmidt et Peter Rath en Allemagne, Robert Laarhoven en Hollande, Alfredo Embid en Espagne, Michael Baumgartner en Suisse et Ole Deraker en Suède. Sur les problèmes entourant les préjugés du SIDA à l'encontre des prostitués j'ai été grandement aidée par Nina Lopez-Jones et Niki Adams du Collectif Anglais des Prostitués, et par Cristel Amiss de l'association des Femmes Noires pour le Salaire du Travail à Domicile qui m'a apporté un soutien inestimable au sujet des essais de médicaments sur les bébés de la communauté noire.

Une partie de ce livre a été écrite durant l'année que j'ai passée en République Dominicaine et je remercie ici Daniel Martinez et sa famille pour leur amour et leur gentillesse, Prudencio (Papi) Martinez, Amarylis Tavares, Oneida Tavares, Elvira de la Rosa, Tomas Reyes, Kenny Padilla, Adri Reyes, Ana Ylda Martinez. Et je remercie

Susanna Beutler pour sa bonne compagnie, son sens de l'humour et son évaluation critique.

D'immenses remerciements vont à Peter Duesberg pour m'avoir saisie par la peau du cou et m'avoir guidée au travers d'un cours intensif de biologie moléculaire et au Dr Hector Gildemeister pour avoir été un ami et critique fidèle. Michael Verney-Elliot mérite un merci particulier pour avoir patiemment épluché le livre et ajouté avec son style inimitable quelques-unes de ses tournures de phrase, tout comme le mérite Mohammed Aziz qui a minutieusement rassemblé tout le matériel pour l'édition anniversaire, l'a édité et a ramené ce livre à la vie. Henry H. Bauer mérite une mention pour la chasse aux coquilles qui s'étaient glissées dans la première édition. Comme le méritent tous les autres contributeurs de cette édition 2014.

Je voudrais également remercier Christian Fiala et Bob Leppo pour leurs énormes enthousiasme et soutien dans la gestion de la Fondation pour les Ressources de l'Immunité et la réalisation de deux des films les plus récents, *Carrément Faux – la Naissance d'une Hérésie* et *Carrément l'Enfer*.

Et pour terminer merci à mon premier éditeur Iradj Bagherzade pour m'avoir disciplinée et montré comment faire à l'aide de bonnes paroles.

Discours d'avant-propos, 2014

Un récit de journalisme d'investigation captivant, opportun, avec les analyses des défauts de la théorie VIH/SIDA : ceci pourrait encore être une description exacte de ce livre, quelques quinze ans après sa première publication. Que les mêmes mots s'appliquent encore, en particulier celui d'opportun, en dit long sur l'état actuel de la science médicale en général, et sur la couverture médiatique de celle-ci, et sur ce que cela signifie pour la société dans son ensemble.

Parce que c'est un récit, le lecteur partage notre étonnement lorsque Shenton et son équipe découvrent que ce 'que tout le monde sait' au sujet du VIH et du SIDA se révèle être faux ; et partage encore notre incrédulité au constat que la bureaucratie et les chercheurs du courant dominant cherchent à tout prix à supprimer cette vérité. Il reste tristement vrai que l'histoire du VIH/SIDA est « symptomatique de la manière dont le processus d'enquête véritablement scientifique est … dans notre société Occidentale devenu non-scientifique ». (p. 159)

La déconstruction du 'traitement' mortel AZT (Chapitre 8) est particulièrement puissante ainsi que celle de ce que l'on appelle les 'tests VIH' qui induisent en erreur en testant 'positif' sur presque n'importe quoi – de nombreuses maladies comme de nombreuses vaccinations et des conditions de parfaite bonne santé telle que la grossesse. Le débat détaillé est effroyable à couper le souffle, dans la manière dont Wellcome a continué à commercialiser de manière agressive l'AZT malgré la preuve irréfutable de sa grave toxicité. Cela m'a rappelé le diagnostic de Hannah Arendt de 'la banalité du mal' en référence à Adolf Eichmann et l'Holocauste Nazi : des bureaucrates – petits employés ou hauts fonctionnaires, dans des entreprises tout comme au gouvernement – arrivent à perpétrer et à encourager des actions monstrueuses simplement en faisant, sans réfléchir mais consciencieusement, ce que la définition de leur emploi leur disait de faire.

Il n'y a que quelques points qui méritent des notes de mises à jour :

- Les revendications de Gallo auraient dû finalement être abandonnées lorsque le Prix Nobel pour la découverte du VIH fut attribué en 1984 à Montagnier et pas à Gallo.
- 80 plaintes en cours (à partir de 1997 ou 1998) contre des erreurs de diagnostic d'infection au VIH sont mentionnées (p. 211). A ce jour le Bureau de Justice Médicale et Scientifique (omsj.org) détient un dossier des victoires de plus de 50 personnes accusées d'avoir propagé le 'VIH', pour avoir démontré que l'accusation est incapable de prouver la transmission.

- En 1998 l'on s'attendait à ce que ces plaintes en cours d'alors, et d'autres au sujet des dégâts dus à l'AZT allaient 'changer la face de la science du SIDA pour toujours' (p. 214). Cela ne s'est pas produit. Le poids pesant des intérêts particuliers a résisté à toutes les preuves qui ont continué à s'accumuler (thecaseagainsthiv.net). L'adhésion dogmatique au point de vue dominant en science et en médecine est devenu encore plus routinier (voir Henri H. Bauer, *Dogmatisme dans la Science et la Médecine : De quelle Manière les Théories Dominantes Monopolisent la Recherche et Etouffent la Recherche de la Vérité*).
- Que 'la plupart des scientifiques avaient discrètement laissé tomber le lien avec l'Afrique' (p. 139) s'est révélé être une erreur passagère reposant sur des données de bon sens. La croyance que le VIH avait sauté la barrière d'espèce en passant des chimpanzés aux humains au Cameroun ou non loin de là reste un dogme actuel, peu importe que cette croyance ne cadre pas avec la distribution ni historique ni géographique des tests 'VIH' positifs.
- La mortalité chez les personnes qui prenaient des médicaments antirétroviraux a brusquement et immédiatement chuté lorsque les cocktails (HAART) ont été introduits au milieu des années 1990 (p. 218). La meilleure explication, qui n'est pas donnée dans ce livre, est que la monothérapie hautement toxique a été remplacée par un traitement moins toxique. L'AZT et consorts sont présents dans les cocktails à des doses plus faibles, et les nouveaux composés, en particuliers les inhibiteurs de protéase, provoquent plus lentement la maladie et tuent moins directement. (Une erreur dans le texte page 215 entraîne une certaine confusion au sujet de la composition des cocktails, s'ils ont 2 ou 3 composés).
- Il y a un débat important sur la preuve apportée par le Groupe de Perth, Stefan Lanka et d'autres que le 'VIH' n'avait jamais été isolé et que par là-même son existence n'avait jamais été prouvée. N'a été que brièvement mentionné le fait que Duesberg et Bialy affirment qu'il a été isolé et Duesberg est cité, regrettant que le camp dissident soit distrait par des

arguments sur ce problème. Depuis que cette distraction est devenue un schisme ouvert, désagréable et regrettable, elle justifierait de nos jours des analyses étendues et explicites.

Le commentaire clé le plus important sur ce livre reste qu'il est aussi opportun maintenant qu'il l'a toujours été. Le dernier paragraphe mentionne les milliards de dollars (dont on s'est servi aux Etats-Unis) dépensés dans le 'SIDA', et ceci a été multiplié : l'Institut National de la Santé dépense presque 20 fois plus, par décès, pour le VIH/SIDA que pour tout autre problème médical ou de santé publique important, et bien plus par patient que sur n'importe quel autre problème hormis le cancer du sein. (fairfoundation.org)

La dernière phrase du livre n'a besoin d'aucune mise à jour :

« Il n'y a pas eu de pandémie hétérosexuelle ; le SIDA est resté fermement circonscrit dans les groupes à haut risque ; le SIDA ne s'est pas comporté comme l'aurait fait une maladie sexuellement transmissible et aucun remède au SIDA n'a été trouvé ».

Henry H. Bauer est Professeur Emérite de Chimie et d'Etudes Scientifiques et Doyen Emérite de la Faculté des Arts et des Sciences à l'Institut Polytechnique de Virginie et à l'Université d'Etat (Virginia Tech) après des passages antérieurs dans les universités de Sydney, du Michigan, de Southampton et du Kentucky. Ses publications comprennent une douzaine de livres. Son curriculum vitae complet est disponible sur son site web.

Henrybauer.homestead.com

Préface de 2014

Il semble que beaucoup de temps a passé depuis que j'ai bourré cinq énormes valises, trois d'entre elles remplies d'articles de recherche, et que j'ai pris l'avion pour la République Dominicaine. J'avais décidé

d'aller là-bas pour écrire mon livre. Ma situation en Angleterre était très difficile et Iradj Bagherzade, directeur des publications I. B. Thauris, m'avait, quelques temps avant, emmenée déjeuner au Garrick Club et suggéré que j'écrive un livre sur toute l'expérience de contestation de la position orthodoxe sur le SIDA – à savoir qu'il est provoqué par un virus appelé VIH et que c'est une maladie infectieuse transmise sexuellement.

Ecrire sous les tropiques, entourée de bougies, dégoulinante de sueur pendant les interminables coupures d'électricité quotidiennes, suivies de coupures d'eau et de pluies torrentielles se déversant la nuit sur le toit, accompagnées de coups de tonnerre, était un défi, mais je l'ai fait et je suis revenue à Londres cinq mois plus tard avec le manuscrit. Il était bien trop long mais je me rappelle Iradj disant « Tout y est ». Il s'en suivi deux ans de sessions d'édition avec Iradj. C'était un éditeur brillant. Il me persuada de réécrire de nombreux passages pour les rendre plus compréhensibles au lecteur de base mais nous avons aussi eu quelques disputes violentes en cours de chemin !

Le livre ne s'est pas bien vendu. Toutes les tentatives d'en faire la publicité étaient contrecarrées dès le départ. Par exemple, la BBC m'a invitée à leur émission sur les livres. J'allais être interviewée par Sir Robin Day. Le chercheur m'a appelée et dit qu'il leur fallait trouver quelqu'un à mettre 'contre' moi. Ce devait être un scientifique. Je lui dis que cela pourrait être difficile et que je pourrais faciliter les choses en proposant un ou deux scientifiques à l'esprit plus ouvert qui éventuellement seraient d'accord pour venir. Elle me dit que tout irait bien. Le lendemain elle m'appela en pleurs et me dit que pas un seul scientifique dans le champ (du SIDA – NdT) du Royaume Uni qu'elle avait approché ne voulait apparaître dans l'émission, donc j'ai été retirée. Le resserrement des rangs dans le but de maintenir un mur de silence se montra très efficace pour les scientifiques du champ du SIDA qui avaient beaucoup de choses à protéger. Il y avait là quelques subventions de recherches extrêmement élevées qui étaient distribuées et quelques-uns des virologues impliqués avaient même leurs noms sur le brevet du test VIH.

Je me rappelle que quelques bibliothèques ne voulaient pas mettre le livre dans leurs rayons. On m'a dit qu'une bibliothèque de Windsor a informé un client que s'il voulait le livre il devait le réclamer à la British Library (Bibliothèque Nationale – NdT). Il (le livre – NdT) arriva avec des avertissements au sujet d'une amende de plus de 100 Livres s'il était perdu. Pas très encourageant pour l'emprunteur timide.

Désormais le temps a passé et je trouve que la plupart des personnes que je rencontre sont plus ouvertes à l'idée que la science qui est derrière l'hypothèse infectieuse du SIDA pourrait être fausse. Il n'y a pas eu de propagation chez les hétérosexuels – en fait le SIDA ne s'est pas propagé de la manière dont l'aurait fait une maladie infectieuse et il y a beaucoup trop d'anomalies.

Quelqu'un qui était profondément conscient de ces anomalies et de la science défectueuse qui était derrière l'hypothèse infectieuse du SIDA c'était le Président d'Afrique du Sud, Thabo Mbeki. Il s'est fait un devoir d'étudier les écrits du professeur Peter Duesberg et ceux du Dr Valendar Turner et Elena Eleopoulos du groupe de Perth en Australie. Ceci le conduisit à s'opposer à l'administration de médicaments antiviraux toxiques à des femmes enceintes en Afrique du Sud, considérant que cela représentait un trop grand risque alors que l'hypothèse VIH/SIDA n'était pas prouvée. Il devint la cible d'une campagne malveillante dans la presse alimentée par l'industrie pharmaceutique et par des chercheurs scientifiques ayant des liens d'intérêts. Il a été accusé d'être un assassin de femmes et d'enfants en les privant des médicaments.

Néanmoins, avant que les ennemis de Mbeki n'arrivent à le renverser, il a accordé une interview à Meditel. Avec l'aide de la journaliste sud-africaine Anita Allen, Hug Christie (alors rédacteur en chef du magazine *Continuum*) et moi-même avons pu nous rendre à Prétoria où nous avons reçu l'aval de par Smuts Ngonyama, le responsable de la communication de l'ANC (parti au pouvoir en Afrique du Sud créé par Nelson Mandela – NdT), et obtenu le feu vert pour l'interview. Nous avons alors contacté l'éditeur en chef de *Carte Blanche* sur M-Net Afrique du Sud qui nous a chargés de co-produire un reportage d'une vingtaine de minutes pour l'émission qui a été retransmise dans 42

pays sur tout le continent africain. Dans l'émission Mbeki expliquait pour quelles raisons il était préoccupé par le fait de rendre le médicament en question disponible :

« Un tas de questions ont été soulevées autour de la question de la toxicité du médicament … Et il me semble que là où des doutes ont été soulevés …qu'il était nécessaire à nouveau d'examiner ces questions parce qu'il serait difficile d'avoir sur la conscience de découvrir, bien qu'ayant été averti, qu'il pouvait y avoir du danger et que malgré tout vous êtes allés de l'avant et avez dit … fournissons ces médicaments. »

Lorsque nous sommes rentrés à la maison nous avons contacté BBC Newsnight en espérant les intéresser avec notre interview du Président Mbeki. Ils nous demandèrent de pouvoir utiliser quelques séquences de notre interview. Nous étions loin de penser qu'au lieu de faire un reportage sur la position courageuse du Président Mbeki, ils ont utilisé notre séquence pour en faire le contexte d'un Mbeki en Tante Sally (jeu des fêtes foraines anglaises qui consiste à jeter des bâtons ou des balles sur la silhouette d'une femme – NdT) le bombardant cruellement avec des insinuations et des critiques non dissimulées.

Le temps fort de ces derniers temps a été la réalisation de nos deux documentaires. Le long métrage de 90 minutes de *Carrément Faux – Naissance d'une hérésie* a été tourné en 2011 et revient sur les 25 années de contestations à l'encontre de l'orthodoxie du SIDA, contestations pleinement documentées, principalement par Peter Duesberg et le Groupe de Perth mais également par un impressionnant ensemble de scientifiques de renommée internationale, de médecins et de journalistes. Nous avons puisé au fond des archives de Meditel et digitalisé 60 heures de séquences. Nous avons ensuite sélectionné les meilleurs extraits et ajouté des interviews contemporaines avec Christian Fiala, Neville Hodgkinson, Jad Adams et Mike Hersee.

Positive Hell a été filmé en été 2013 à Saint Jacques de Compostelle où nous avons rencontré un groupe de personnes réunies par l'intermédiaire d'un site Web appelé « Surmonter le SIDA » ('Superando el Sida') qui avaient vécu avec un diagnostic VIH depuis plus de 27 ans – certains d'entre eux n'avaient eu aucune médication antivirale. D'autres avaient pris des médicaments durant de courtes

périodes mais les avaient abandonnés parce qu'ils les rendaient malades. Ils sont tous en bonne santé.

Lorsque les droits sur le livre me furent gentiment rétrocédés par Iradj Bagherzade et que le livre était maintenant épuisé j'ai été encouragée par Frank Riess à le publier à nouveau. Ceci fut rendu possible avec l'aide et l'expertise de Mohammed Aziz qui est l'éditeur de cette nouvelle édition. Je voulais le réactualiser et j'ai donc demandé des contributions d'écrivains, de scientifiques, de journalistes et de personnes touchées qui étaient toujours impliqués dans le débat 15 ans après. Je suis absolument ravie de toutes les contributions qui me sont parvenues, offrant une variété de regards sur les événements de ces années intermédiaires et sur la situation telle qu'elle est aujourd'hui.

Joan Shelton est la Fondatrice et l'Administratrice de la Fondation pour les Ressources de l'Immunité, lauréate du prix de réalisation et productrice de nombreux documentaires médicaux indépendants.

Immunity.org.uk

Avant-propos additionnel et contributions 2014 (par ordre alphabétique)

Lors de la Journée Mondiale pour le SIDA qui avait précédé la première édition de *Positively False* je me rappelle quittant mon dernier cours de la journée au Lycée et passant devant un tableau d'assemblage du Terrence Higgins Trust (association caritative britannique équivalente au Sidaction français, totalement impliquée dans l'hypothèse VIH/SIDA – NdT) qui se trouvait dans le foyer du Lycée. Je ne savais pas qu'il y avait des personnes qui contestaient la théorie symbolisée par le ruban rouge bouclé ; je ne savais pas qu'une décennie plus tard, moi, un enfant lorsque la 'cause probable' était annoncée au Monde, j'allais les rejoindre. Des recherches personnelles en carence de vitamine D qui ont abouti à mon livre à compte d'auteur m'ont permis de voir, pour commencer, que le VIH ne peut pas être la seule cause du SIDA.

En tant que dissident moderne j'ai été tout d'abord surpris que les activités louables n'aient pas réussi à ouvrir une brèche durable. Les arguments avancés étaient solides et avaient fait quelques incursions dans les médias dominants. Hélas, le 'succès' de la théorie VIH/SIDA c'était tout comme se doter des moyens pour crier le plus fort et de réduire les autres au silence.

Les dissidents n'ont, pourtant, pas agité le drapeau blanc et disparu. Ce qui peut être considéré comme une guerre froide médicale, le champ de bataille d'aujourd'hui est l'un de ceux qui n'était pas omniprésent lors des premières décennies de la controverse : Internet. Encore largement épargné par la censure, c'est là peut-être le moyen d'expression qui va alimenter une révolution d'une manière identique à celle du Printemps Arabe. Si ce n'est pas par l'engouement actuel des médias sociaux, un protocole mettra le feu aux poudres. Je ne suis pas entièrement rempli d'espoir que c'est ma génération qui arrosera les rubans rouges avec du white spirit pour y mettre le feu, et pourtant je fais partie de la dernière cohorte qui se rappelle des campagnes et actions des années 1980 pour me sentir suffisamment ému et sceptique.

Dans la décennie et demie depuis la première édition du livre de Joan Shenton il y a eu une érosion lente et continue du point de vue orthodoxe, bien qu'actuellement de telles bévues sont expliquées comme d'intéressants facteurs nouveaux plutôt que d'être des points accordés aux contestataires. Ceci étant le cas, le public de base ne peut pas simplement laisser les experts en découdre seuls. Cela exigera une indignation de masse générale pour relever l'affaire, et un moyen d'initier cela est la réimpression de ce livre qui n'a eu besoin d'aucune tentative majeure de révision parce que très peu de choses ont changé. Des gens continuent de souffrir et de mourir pendant que la vérité est bâillonnée. Les homosexuels masculins ont acheté une illusion.

Bien qu'il y ait des divisions à l'intérieur de la communauté contestatrice, il est largement admis que le SIDA a été rendu inutilement complexe, en lui attribuant une cause microbienne unique, mais il a été aussi simplifié en soulignant que les raisons qui font tester positif au VIH sont innombrables. Tout comme les stratégies militaires

ratent souvent leurs objectifs lorsqu'elles se substituent à la diplomatie, de la même manière nous apprenons que le système immunitaire est le mieux soutenu par une politique de défense plutôt que de s'opposer à l'offense.

Cet article a été écrit au même moment que les funérailles du légendaire leader sud-africain Nelson Mandela. D'abord hésitant sur le VIH, avec son successeur Thabo Mbeki qui est devenu un bouc émissaire pour avoir osé poser des questions, nous réalisons qu'une partie du combat de Nelson Mandela reste à mener : alors que l'apartheid a été anéanti, le colonialisme médical existe toujours. Il est obsédé par le sexe et le latex tout en ignorant les problèmes historiques qui ont longtemps ruiné les espérances du sous-continent.

Le jour où la théorie du VIH comme étant la cause du SIDA est arrachée des manuels scolaires n'arrivera jamais assez tôt.

Mohammed Aziz est l'auteur de Prescrire le Soleil : Pourquoi la vitamine D devrait se vendre comme les petits pains, *éditeur de cette réédition et rédacteur en chef du blog Immunity Resource Foundation.*

Prescsun.com

C'est avec respect et gratitude que je félicite Joan Shenton et son livre si important. Sa ténacité à rechercher la vérité au sujet du VIH et du SIDA et l'enquête remarquable qu'elle raconte est une contribution précieuse au débat en cours. Peu de scientifiques, de médecins ou de journalistes n'iront jamais aussi loin pour en avoir le cœur net si la science qui se trouve derrière la plus grave alerte sanitaire de notre temps est cohérente. Plus on creuse et plus on découvre à quel point les problèmes sont énormes. Que des milliers de scientifiques, chercheurs, cliniciens, journalistes et patients puissent se tromper au sujet de quelque chose d'aussi grave que le VIH et le SIDA qui impacte des millions de personnes défie au premier abord la compréhension. Comme Joan, lorsque j'ai commencé ma propre investigation en 2008, les dimensions de ce qui pourrait être la fraude médicale et scientifique

plus mortelle et la plus massive de l'histoire de l'Humanité m'a stupéfié.

Une fois que vous avez compris les mythes et vu la supercherie pour ce qu'elle est, il est impossible de ne pas se sentir obligé de la révéler et de la corriger. Néanmoins la connaissance et les preuves scientifiques qui appuient des explications alternatives sur comment cet épisode de science médicale dans son ensemble a vu le jour semble n'avoir aucun impact pour faire faire demi-tour à ce cargo désespéré lancé dans la mauvaise direction. Durant mes 30 années de carrière d'enquêteur (dont 20 avec le LAPD – Los Angeles Police Department), j'ai l'habitude de voir la corruption étalée et punie. Alors que je poursuivais ce qui devenait l'enquête la plus importante de ma carrière et a mené au livre que je suis en train d'écrire, j'ai découvert qu'il y avait un domaine qui n'avait pas encore été abordé où je pouvais révéler les erreurs scientifiques et obtenir des réponses à mes questions.

En 2009 je créais le Bureau de Justice Médicale et Scientifique (En anglais Office of Medical and Scientific Justice – OMSJ – NdT), une agence à but non lucratif qui apporte une aide médicale, scientifique et juridique aux victimes de poursuites pénales liées au VIH. Malgré des décennies de propagande pharmaceutique (appelée désormais 'commercialisation à but social'), des médecins, des scientifiques et des techniciens de laboratoire qui sont appelés à la barre des témoins révèlent, sous serment, combien la science sous-jacente est absurde et insuffisante. A ce jour, sur plus de 50 affaires criminelles VIH que l'OMSJ a menées à bien depuis 2009, toutes sauf quatre ont abouti, pour toutes les accusations relatives au VIH, à des accords de plaidoyer, acquittements ou retraits de plainte favorables.

Les affaires criminelles ou civiles fournissent un boulevard où la connaissance acquise par des personnes comme Joan Shelton peut vraiment changer le cours des choses. Je suis redevable à Joan et à beaucoup d'autres pionniers tenaces dont le travail d'enquête a préparé le terrain pour les stratégies que l'OMSJ poursuit maintenant dans les salles d'audience des tribunaux de tout le pays. Aujourd'hui je suis fier du travail que l'équipe de l'OMSJ est en train de faire. Des vies

changent lorsque nous contestons des soi-disant experts en science et administration des tests VIH. Factuellement, des personnes innocentes accusées d'avoir transmis le VIH en toute connaissance de cause à des partenaires sexuels se voient éviter de longues peines de prison.

De nos jours aux Etats-Unis, des scientifiques, des établissements universitaires, le gouvernement et l'industrie sont dorénavant tellement interconnectés qu'ils forment un complexe universitaire-gouvernemental-industriel (AGIC pour academic-gorvernmental-industrial complex – NdT). Cette alliance massive pesant des milliers de milliards de dollars a tué le débat, l'enquête libre et ouverte et est responsable de la médiocrité qui s'infiltre maintenant dans la science et les médias. C'est pourquoi le travail de Joan Shenton et de l'OMSJ, en révélant la vérité dans les domaines de la science et de la médecine qui nous touche aujourd'hui – et les générations futures, est tellement important.

Clark Baker est enquêteur agréé et directeur général et principal enquêteur de l'OMSJ

omsj.org

Un des grands problèmes avec le mouvement dissident du SIDA c'est que personne n'a pris le temps de traduire en anglais la linguistique du langage du SIDA, et trente années ont été consacrées à s'obséder au sujet d'un virus que personne n'a été capable de trouver. Dans le Monde du SIDA un virus est une enzyme et une protéine. Dans le Monde du SIDA la charge virale se compose de fragments d'ADN humain qui n'auraient pas besoin d'être multipliés logarithmiquement si des milliards de particules virales étaient présentes. Dans le Monde du SIDA un test anticorps VIH est un test pour cytosquelette et des protéines membranaires – pourquoi ? Pour de simples statistiques. Ce que l'on appelle VIH ne peut être trouvé que difficilement dans des cellules in vivo et in vitro, ce n'est pas un virus mais une enzyme et une protéine. 99% des molécules de la cellule sont de l'eau ce qui fait 70% du poids. 1% sont d'autres molécules, 30% du poids consistant en

matière sèche et par ordre décroissant en : protéines 15%, ARN 6%, ions et petites molécules 4%, polysaccharides 2%, phospholipides 2% et ADN 1%. La probabilité statistique de trouver du 'VIH' (transcriptase inverse et p24) dans une culture cellulaire est nulle. La probabilité statistique de trouver des protéines cellulaires et d'autres molécules est proche de 100%.

Dans les années 1930 et 40, Barbara McClintock travaillait sur le génome du maïs. Elle a trouvé que si elle stressait le génome avec une radiation externe, des éléments transposables apparaissaient (un élément transposable est une séquence d'ADN qui peut changer sa position à l'intérieur du génome créant ou inversant ainsi une mutation et changeant donc l'identité génétique de la cellule et la taille du génome – NdT). On les a appelés 'gènes sauteurs' et elle a remporté le Prix Nobel en 1983. Lorsque les chercheurs du cancer stressaient leurs cultures cellulaires avec des mitogènes, ils découvrirent la transcriptase inverse, le mécanisme qui permettait aux gènes de 'sauter'. Soit parce qu'ils ne comprenaient pas le travail de McClintock ou parce qu'ils voyaient le monde au travers de la loupe virale ils attribuèrent cette enzyme à un virus plutôt qu'à une fonction naturelle du métabolisme cellulaire. Il se trouve qu'environ 50% du génome humain se compose d'éléments transposables qui sont rétro transcrits en se servant de la transcriptase inverse et sont pour cette raison appelés rétrotransposons, et 8% du génome a été identifié comme étant des rétrovirus endogènes humains qui ont également recours à la transcriptase inverse. Beaucoup de ces éléments rétroïdes sont des rétrovirus endogènes humains et possèdent les mêmes séquences répétées, gag, pol, env. Récemment il a été postulé que le matériau génétique originel était l'ARN. Si cela se révèle une théorie viable, le système entier de rétrovirologie sera, Dieu merci, jeté dans la poubelle des erreurs scientifiques et nous pouvons commencer à avoir une discussion scientifique rationnelle au sujet de la fonction cellulaire et arrêter de compter des cellules et des morceaux de matériau génétique et autres inepties qui ne sont pas pertinentes pour le traitement clinique de nos malades.

Je suis juste un simple médecin et j'ai depuis longtemps passé l'âge où je ressens le besoin d'être politiquement correct. Je ne fais pas de

science, mais je suis entraîné à lire la science et à savoir la différence entre science et science-fiction. Le paradigme VIH/SIDA fait partie de cette dernière, en grande partie parce qu'il ne remplit pas la fonction essentielle d'une théorie valide qui est d'avoir du pouvoir prédictif.

En allant plus loin, je suggère que nous pourrions revisiter les idées de quelques-uns des dissidents du passé : Antoine Béchamp qui a postulé que c'était l'altération du terrain qui permettait aux maladies infectieuses de prendre le dessus ; Hans Selye et Walter Cannon, qui nous ont fait commencer à réfléchir au sujet de la manière dont la cellule/ organisme obtient l'homéostasie (faculté des êtres vivants à maintenir certaines constantes physiologiques malgré des variations du milieu extérieur – NdT) ; Szent-Györgyi qui comprenait que de l'eau proche de surfaces biologiques était capable de déclencher des excitations électriques durables et d'ordonner la structure cellulaire. Gilbert Ling avec son hypothèse association-induction qui rend thermodynamiquement improbable la théorie de la pompe à membrane, et finalement Erwin Bauer qui a décrit les fonctionnalités thermodynamiques générales des systèmes vivants. A cause de ses efforts il a été tué par les purges staliniennes de 1938.

La porte de sortie est de commencer une discussion sur la fonction cellulaire. Très peu de dissidents du SIDA, à l'exception du Groupe de Perth et du Dr Heinrich Kremer, ont porté leur attention sur les fluctuations thermodynamiques du métabolisme cellulaire soumis à un stress chronique durable tel que celui connu de longue date qui s'exprime par les déficits de glutathion/monoxyde d'azote inductible chez les séropositifs et les malades du SIDA. Il a été reconnu que le métabolisme cellulaire est non linéaire, complexe, quasi déterministe et dynamique. Les réponses étaient là depuis le début. Nous n'avons pas posé les bonnes questions.

Le Dr Nancy Turner Banks est diplômée de la Faculté de médecine de Harvard certifiée en obstétrique et gynécologie. Son livre SIDA, Opium, Diamants et Empire : Le Virus Mortel de la Cupidité Internationale*, examine l'histoire du SIDA à partir de perspectives tant historiques que sociaux-politiques. Elle a donné de nombreuses*

conférences aux Etats-Unis, en Europe et en Amérique Latine sur les contradictions médicales et scientifiques de la théorie du SIDA.

Plus récemment elle a travaillé avec le Bureau de Justice Médicale et Scientifique sur le Projet Innocence VIH qui offre la possibilité de se défendre à des personnes qui ont été accusées à tort de crimes 'VIH'.

Nancybanksmd.com

L'image qui me revient le plus souvent à l'esprit lorsque j'examine les plus de vingt années que j'ai passées immergé dans le dogme VIH = SIDA = Mort est celle d'une gravure de M.C. Escher. Un escalier qui monte et qui monte mais avec des marcheurs qui ne s'élèvent jamais. La science VIH = SIDA est une illusion du changement. Derrière le rideau miteux se trouve un manège, tournez et tournez, montez et descendez, aussi longtemps qu'il y a de l'argent afin que le calliope (instrument de musique où le son est produit par de la vapeur ou de l'air comprimé à travers des tubes - NdT) continue à jouer.

Très tôt un vaccin nous avait été promis, lors de l'infâme conférence de presse mettant en vedette Robert Gallo, lorsque la responsable en chef de la Santé du Gouvernement US annonça que Robert Gallo avait découvert la probable cause du SIDA. Trente ans plus tard nous ne sommes pas plus avancés, mais peu de temps après il était devenu évident que Gallo était un imposteur, ce qui a été très bien documenté dans le livre de John Crewdson, correspondant scientifique du Chicago Tribune, délicieusement titré Science-Fiction : *Un mystère scientifique, un vaste camouflage, et le sombre héritage de Robert Gallo*.

Pour une recherche plus honnête il nous faut nous pencher sur Luc Montagnier et l'Institut Pasteur, mais il a admis dans les années 1990, devant la caméra, qu'il n'avait jamais purifié le virus. Même de nos jours, personne ne l'a fait. Or sans purification vous ne pouvez pas savoir de quoi est composé le VIH. Vous ne pouvez pas pêcher des protéines et de l'ARN hors d'une cellule et pouvoir dire, ne serait-ce qu'avec la plus petite des assurances, que ce matériel provient du virus spécifique et non pas des cellules qui dominent la culture. Néanmoins

c’est ce qui est fait systématiquement. Quelques fois, rarement de nos jours, les scientifiques prennent à l’aide du microscope électronique des photos de particules dans des cultures cellulaires qui pourraient être des virus. Elles sont sphériques et à peu-près de la bonne dimension mais il est impossible de savoir de quoi elles sont faites.

Montagnier a contredit, à maintes reprises, la plupart des postulats du dogme VIH = SIDA. Néanmoins ses paroles sont ignorées et il a l’air d’aimer être une partie critique d’une industrie de plusieurs milliards de dollars. Il n’a pas l’air de se soucier qu’aucune de ses paroles critiques ne soit prise au sérieux par l’establishment qui fit son éloge en 2008 par l’accolade scientifique ultime, le Prix Nobel, ce faisant snobant Robert Gallo que de nombreuses personnes voient encore en tant que codécouvreur.

La plus grande avancée en 1984 était le test anticorps, toujours utilisé pour le diagnostic du VIH, quand bien même les anticorps indiquent une exposition passée à un virus, non une infection présente, et que les anticorps peuvent être affectés par des réactions croisées avec d’autres maladies ou même par la vaccination. Le test anticorps Western blot, souvent utilisé pour valider le test anticorps ELISA plus simple, est contradictoire. Si toutes les protéines dans le test proviennent du VIH, les personnes infectées ont des anticorps pour chacun d’entre eux, mais seule une minorité est nécessaire pour un test qui est réactif. Et si toutes les protéines sur le test sont propres au VIH, les personnes non infectées ne devraient jamais en avoir aucune d’entre elles.

Alors qu’il existait d’autres méthodes de test, un des rares changements se produisit au début des années 1990, avec l’arrivée du test PCR (Polymerase Chain Reaction – amplification en chaîne par polymérase – NdT) également connu sous le nom de charge virale. Bien que plus sophistiqué que les tests anticorps, il n’est pas mieux validé. Il ne peut l’être, à moins que le virus ne soit purifié et que l’ARN du virus purifié ne soit utilisé comme test primaire. Les problèmes sont éludés en refusant d’effectuer un test à charge virale sauf si une personne est déjà positive aux anticorps VIH. Cela veut dire qu’il peut exister des contradictions entre les deux types de tests mais qu’elles seront rarement trouvées. On n’effectuera pas de test à charge virale sur des personnes négatives aux anticorps VIH, donc les questions embarrassantes au sujet de charges virales élevées sans

anticorps surgissent rarement. Et si des personnes positives aux anticorps VIH ont une charge virale indétectable, cela est simplement interprété comme signifiant que leur virus a été supprimé, non qu'elles ne sont pas infectées.

Un autre principe majeur de cette théorie est qu'elle est sexuellement transmissible, quand bien même ceci a été contredit par l'étude Padian publiée en 1997, qui montrait zéro transmissions parmi les couples discordants, et bien que de nombreuses données africaines montrent que les femmes sont systématiquement plus susceptibles d'être positives au VIH, même si partout elles sont moins sujettes à la promiscuité sexuelle que les hommes, sauf les prostituées, qui étonnamment ne sont pas un groupe à risque pour le VIH, à moins d'être des toxicomanes.

Un autre pilier de la théorie VIH = SIDA c'est que les drogues par intraveineuses sont un risque parce que les aiguilles usagées transmettent le virus. Néanmoins l'étude Bruneau, publiée en 1997, a montré un risque considérablement accru pour les toxicomanes par intraveineuse de devenir séropositifs s'ils utilisaient des aiguilles propres. D'autres études ont montré que la cocaïne est un risque de devenir positif, même lorsqu'elle n'était pas injectée.

Une constante depuis 1987 aura été l'usage de médicaments incroyablement toxiques contre le SIDA. La classe principale de médicaments, les analogues nucléosidiques, comprend le premier médicament du SIDA, l'AZT. Ces drogues sont spécifiquement conçues pour contrecarrer la synthèse d'ADN. Comme l'a dit avec une formule célèbre le Dr Peter Duesberg, l'AZT est incompatible avec la vie, et néanmoins tout 'cocktail' de médicament du SIDA contient toujours de l'AZT ou d'autres analogues nucléosidiques.

La constante majeure c'est l'argent. Pour ce dernier, l'illusion de progrès constants est extrêmement bénéfique. Mais le vrai progrès est préjudiciable parce qu'il aboutirait à la solution du problème et les tours de manège s'arrêteraient pour toujours. Les bébés abîmés du SIDA, leurs visages poisseux à force de se nourrir dans l'auge pharmaceutique, pourront finalement rentrer chez eux.

David Crowe est le Président de Rethinking AIDS (Reconception du SIDA) *ainsi que Fondateur et Président de Alberta Reappraising AIDS Society* (Société de Réévaluation du SIDA de l'Alberta). *HBSC (Hons) Biologie/Mathématiques*.

aras.ab.ca

Le SIDA est apparu à un moment de l'Histoire lorsque son inventeur, l'Amérique, payait le prix pour s'être reposé sur une pile de mensonges : une puissance mondiale déclinante, une récession économique, des inégalités massives, une focalisation sur les différences ethniques et sexuelles, et une 'destruction mutuellement assurée' de la Guerre Froide. Les Américains ont réagi en édifiant des défenses contre les instincts primitifs - peurs du sang contaminé et honte du sexe en étant les principaux - et en recherchant un salut bon marché dans la victimisation et la 'lutte'. La métaphore opérationnelle était 'Forteresse Amérique'.

Depuis nous avons progressé vers une pas très métaphorique et terriblement réelle Maison de Fous Amérique. Nous sommes les témoins des dernières défenses d'un paradigme qui se meurt, *si seulement* il mourrait. Un 'remède efficace' arrive maintenant en abaissant une mesure fictive appelée 'charge virale' en prenant brièvement de hautes doses de médicaments toxiques. Le dépistage du VIH se fait sans notre consentement. Des autorités locales se servent de la surveillance de Skype pour s'assurer de 'l'adhésion' à des traitements sur un nourrisson ordonnés par les tribunaux, traitements qui sont tellement sévères qu'ils peuvent provoquer des convulsions. Un procureur traduit en justice un séropositif en brandissant une 'arme mortelle', qui au tribunal s'avèrera ne pas exister parce que le diagnostic n'est pas clairement défini, et un jury, sans explication, le déclare tout simplement coupable. Les absurdités sont devenues tellement énormes qu'elles pourraient même défier les talents descriptifs d'Orwell et de Kafka.

Une épidémie d'une maladie est assez effrayante pour ceux qui sont dans les 'groupes à risques' ; une épidémie d'irrationnalité nous

menace tous. La bonne nouvelle c'est que nous n'avons pas à croire tout ce battage, parce que la réalité du terrain n'y apporte aucun appui.

De l'autre côté, plus sombre, la propagande du SIDA a un mot violent et cynique pour les manières de vivre une expression sexuelle pleine et libre, de prendre la responsabilité pleine et entière de notre santé, de développer une véritable maturité, de poser des questions intelligentes à la science : *la dénégation*. L'espoir lui-même a été étiqueté délirant. La regrettée Christine Maggiore m'avait dit autrefois de toujours me battre pour quelque chose de positif. « Ensuite que vont-ils faire, vous mettre une pancarte avec des choses telles que 'A Bas la Liberté en Matière de Santé' ? ». Oui Christine, ils vont faire cela, et l'on déjà fait.

Le meilleur moyen de passer la vérité sous silence est de ne pas donner de réponse. L'establishment du SIDA (et il y en a un) n'a toujours pas de réponse crédible au récit de Joan Shenton sur son raisonnement circulaire (raisonnement qui consiste à énoncer une prédiction qui se trouve déjà dans l'énoncé – NdT). Il (l'establishment – NdT) vit dans une zone où il n'a de comptes à rendre à personne.

Le mot déchirant pour cela est le silence. Voilà maintenant 15 ans, ce petit livre, *Positively False*, n'a rencontré que le silence alors qu'il disait tranquillement la vérité sur ce qui s'était passé. Peut-être sommes-nous entrés dans une nouvelle ère, simplement fatigués de toutes cette histoire, et que trois décennies de ce non-sens mortel c'est assez. La réédition de ce livre est un signe encourageant. Sa vérité est tranquille mais elle brise néanmoins le silence. Il nous rappelle qu'il est temps d'être simplement cette vérité et d'inviter les autres à vivre, ici, dans ce pays plus heureux de l'honnêteté scientifique, de la bonté sincère, de la légèreté et de l'amour.

Elizabeth Ely est défenseur de la santé qui coanime avec David Crowe le podcast des dissidents du SIDA How Positive Are You (à quel point êtes-vous positifs).

howpositiveareyou.com

Je pense que nous autres dissidents étions en fait des négationnistes. Que veux-je dire par là ? Je veux dire que nous niions la vraie nature des forces qui se sont jointes pour former ce 'cyclone d'irrationnalité' (une phrase empruntée à Martin Amis, se référant au stalinisme).

'L'édifice scientifique' n'a pas été déjoué ; parce que ce n'était pas un édifice scientifique. Si cela avait été le cas il n'aurait jamais vu le jour sans preuves, sans débat, sans révision par les pairs, ne répondant pas aux postulats de Koch, vraiment, sans preuve de présence de 'virus', et avec un ensemble inédit d'expériences chimiques improvisées, effectuées par des espèces d'adolescents excités en blouses blanches.

Je pense que l'édifice VIH/SIDA est une 'science post-scientifique' qui ne devrait même pas être appelé science. Alors qu'est-ce que c'est ?

C'est bien sûr de la domination – un paradigme de domination. La domination fonctionne sur la peur. C'est le domaine du tyran, non du scientifique. C'est un pur abus.

'Si je peux t'effrayer, j'ai du pouvoir sur toi. Alors je peux te faire payer pour les stratégies de sortie partielle, les couloirs, et tunnels, et te sortir de la peur qui te submerge maintenant.

Il s'agit d'un modèle de domination économique brillant, classique et vraiment diabolique (plus précisément ahrimanique) (d'après Ahriman, principe du Mal dans la religion persane – NdT) avec de spectaculaires récompenses économiques pour ceux qui sont prêts à pratiquer l'intimidation. Ce qui a été pris, saisi, volé aux personnes qui ont été piégées, au début, n'était rien d'autre que la promesse et l'espérance de la vie elle-même.

C'était un drame d'otages sans précédent. 'Je vous ai retiré tout espoir. Je vous ai déjà déclaré mort'. La promesse prométhéenne, que tous les humains ne devaient pas connaître le jour de leur mort afin qu'ils puissent avoir de l'espoir, a déjà été supprimée. Rien n'est plus fondamental, comme 'droit' humain ou, pour mieux dire, comme

condition naturelle, que le droit de ne pas être condamné à une mort imminente. Ou pire, à une mort prenant la forme d'un gros nuage noir, qui ne fait que s'étendre mais ne se déverse jamais. Pire encore, une condamnation à mort par un 'virus' dont on n'a jamais prouvé qu'il existait, qui est spectral.

Finalement, qu'ai-je appris de tout cela ? Comment mon esprit a-t-il changé ?

J'ai appris que je me battais contre quelque chose que j'avais rencontré depuis longtemps, comme c'est le cas de tant d'entre nous.

Je me battais pour mon propre droit de 'vivre' pour ainsi dire, de ne plus être dévaluée par la peur et la punition.

Je ne peux présumer de parler pour aucun autre 'dissident' lorsque je dis, ici, maintenant, ce contre quoi je crois en fait que je faisais face ; non pas une science 'défectueuse', plutôt de la désensibilisation, de la brutalité et, finalement, du pur sadisme.

De la cruauté, pas de la 'science', de la maltraitance, pas de la 'science'.

La maltraitance, comme tout survivant de la maltraitance le sait, ce n'est *pas* d'essayer de devenir compréhensif – de chercher son « ahah ! », le moment où il arrive à comprendre ce que 'l'autre' veut exprimer, ou pourquoi.

« Oh, maintenant que je vois ce que vous voulez dire, ou, (fantasme dissident courant) maintenant que *j'ai lu votre article attentivement*, je vais demander que tous les passages à tabac cessent, et vos blessures seront examinées par notre personnel. Par ici. »

L'un était en train d'ajuster ses loupes de lecture et de brasser ses papiers, pendant que l'autre verrouillait les sorties et aiguisait de grands couteaux. Nous n'avons jamais été capable de rendre populaire l'idée que les scientifiques qui affirment quelque chose au milieu du grand bazar scientifique, comme toutes les autres espèces en danger, devraient être protégés de la violence. C'était un combat au sujet de la science : la science doit-elle être libre ou doit-elle être totalitaire ? Que devons-nous faire avec ceux que nous estimons qu'ils se trompent ?

La réponse vint avant la question : battez-les sans pitié. Faites-les disparaître. Méprisez-les, humiliez-les, supprimez leurs crédits, et à tout moment terrorisez-les et démoralisez-les. Tous ceux qui resteront debout seront ‘bien’.

Pour quelle raison persistons-nous avec ce fantasme enfantin qu’aucun d’entre nous n’avait été impliqué dans un ‘débat scientifique’ alors qu’en fait c’était un sordide combat de chiens pit-bulls, quelque chose sortant d’*Orange Mécanique*.

Et tout comme pour l’argent – comment peut-on même trouver les mots pour décrire l’aspect monétaire de cette monstrueuse industrie globale qui vend un salut issu d’une entité mortelle qui n’existe pas. Ou peut-être, comme le Groupe de Perth corrigerait cette phrase : « Dont on n’a jamais prouvé l’existence ».

Il fallait que j’examine la violence qui est en moi, implicite dans mon accusation contre ‘eux’.

Je pense vraiment ‘qu’ils’ se sont trompés, ‘qu’ils’ étaient nuisibles, autoritaires et dangereux. Oui.

Et pourtant, si je devais le refaire, au lieu de concentrer mes réflexions et mes intentions à exposer et mettre à nu les ‘mauvais garçons’ je me concentrerais à accroître ma paix intérieure ce qui me permettrait de transmettre un sentiment de sécurité et d’amour à ceux qui sont piégés, comme moi-même je l’ai toujours été, à l’intérieur d’un nuage de victimisation que nous avons créé ensemble.

Nous sommes libres. Mais ceci est très difficile à découvrir.

Je ne suis pas là pour sauver qui que ce soit. Ni pour corriger les erreurs de qui que ce soit.

Durant toutes ces années la réponse la plus mémorable que je n’ai jamais eue à mon infinité de questions (mon entraînement à la marginalisation) était, lorsque j’ai demandé au Dr Robert Giraldo, qui avait ‘traité’ d’innombrables personnes avec une immunité faible et des ‘tests VIH’ positifs – « Quelle est la réponse ? »

Sa réponse en un mot embêtera la plupart des dissidents du SIDA, mais elle faisait parfaitement sens pour moi, même s'il l'avait dite bien des années avant que je ne la comprenne vraiment.

« L'amour »

Si Christine Maggiore avait été capable de trouver « l'amour », l'équité dit autrement, un répit dans les accusations brutales et continuelles à son encontre, elle serait vivante.

Vous n'avez pas besoin d'être obnubilé par son rapport d'autopsie.

Le réalisateur russe Andrei Tarkovsky a écrit une ligne dans son dernier film, *Le Sacrifice*, qui est pour moi le résumé du Mal le plus précis que je n'ai jamais entendu. Un personnage demande à un autre :

« Qu'est-ce qui est le Mal ? »

Il y a une pause, puis la réponse arrive :

« Tout ce qui n'est pas nécessaire ».

Célia Farber est une journaliste récompensée, auteure et éditrice basée à New York. Elle a écrit sur une variété de sujets pour Spin, Rolling-Stone, Esquire, Harper's, Salon, New York Press *et beaucoup d'autres et est l'auteure de* Evénements Indésirables Graves : Une Histoire Non Censurée du SIDA.

truthbarrier.com

On nous raconte toujours encore que l'Afrique souffre d'une épidémie du SIDA dévastatrice. Les chiffres énormes des infections produisent d'énormes sommes de financements publics pour la recherche et donc pour les chercheurs. Quel jugement scientifique pouvons-nous attendre de la part d'experts qui défendent une conviction largement partagée qui leur garantit leurs revenus.

Il aura fallu deux décennies mais finalement on nous a dit la vérité : la plus grande partie de ce que les experts du SIDA et les médias nous

ont laissé croire est faux. C'est une déception amère mais mieux vaut maintenant que jamais.

D'abord UNAIDS (programme des Nations-Unies pour le SIDA – NdT) a admis en décembre 2007 avoir surestimé de près de 7 millions le nombre de personnes infectées au VIH dans le Monde sur les 40 millions prévus au départ. Ceci est un aveu remarquable survenant après des années d'utilisation de chiffres gonflés dans sa campagne très fructueuse pour obtenir plus de financements.

Mais la vraie surestimation est plus de deux fois plus élevée, de 15 millions d'après le Dr James Chin, l'ancien responsable de ces données mêmes à l'UNAIDS.

La révélation qui suit était un article publié dans le très respecté *British Medical Journal* en mai 2008 : 'La messe est dite pour UNAIDS'. L'auteur, Roger England, explique : « Ce n'est plus une hérésie de faire remarquer que beaucoup trop d'argent est dépensé sur le VIH par rapport aux autres besoins et que cela est dommageable pour les systèmes de santé ». Se basant sur des données chiffrées et des arguments, il recommande que « l'UNAIDS devrait être fermé rapidement parce que son mandat est faux et nuisible ».

Finalement en juin 2008, le directeur du département VIH/SIDA de l'OMS, le Dr Kevin de Cock, admit officiellement que le VIH, en dehors de l'Afrique subsaharienne était confiné dans les groupes à hauts risques.

Croissance de la population en Afrique

Mais qu'en est-il de l'Afrique ? La plupart des gens pensent toujours ce qu'on nous a dit : Une terrible épidémie VIH/SIDA ravage les pays pauvres, qui est principalement due à la propagation hétérosexuelle du VIH – ce qui assez bizarrement ne se produit pas en Europe ou en Amérique du Nord. Cette divergence est juste une des nombreuses contradictions des idées reçues répandues au sujet du SIDA. Une autre contradiction c'est le taux de croissance démographique continuellement élevé ou même en augmentation dans les pays que

l'on disait 'touchés' par l'épidémie mortelle VIH/SIDA. Le meilleur exemple en est l'Ouganda. Ce pays était par le passé déclaré comme étant 'l'épicentre d'une épidémie mondiale'. Le journal *Newsweek* écrivait en 1986 : « Nulle part ailleurs la maladie est plus rampante que dans la région Rakai au sud-ouest de l'Ouganda ou 30% des personnes sont estimées être séropositives ». En 1995, l'OMS confirmait que « vers la mi 1991 on estimait à 1,5 millions le nombre d'Ougandais, ou environ 9% de la population en général et 20% de la population sexuellement active, qui étaient infectés au VIH ». Par la suite les estimations du nombre d'Ougandais séropositifs avaient même augmenté davantage, allant jusqu'à 15% de la population totale. On s'attendait à ce que la plupart meurent prématurément avec des conséquences désastreuses pour leurs familles et le pays.

C'est donc un choc que d'examiner l'Ouganda aujourd'hui et de ne trouver aucune trace de la mort prématurée de millions de personnes. Au lieu de cela, l'Ouganda est un pays en difficulté avec une croissance démographique dramatique. Ce pays avait toujours une croissance démographique élevée, mais durant les 15 dernières années, il se situait parmi les pays au Monde dont la croissance était la plus rapide. La mortalité est restée constante ou a même décliné, pendant que les taux de fertilité sont restés élevés et stables.

Manifestement ceci est paradoxal. Mais la contradiction entre une épidémie mortelle annoncée et une augmentation démographique dramatique peut facilement s'expliquer : la plupart des personnes qui étaient séropositives il y a quinze ans ne sont pas décédées comme prévu mais ont continué à vivre normalement.

Des tests SIDA inexacts

Les chiffres manifestement gonflés et reconnus comme tels étaient basés sur de fausses suppositions, des estimations sans fondements et sur des erreurs épidémiologiques fondamentales. Pour commencer les tests VIH sont très inexacts en Afrique comme l'ont établi plusieurs études. Les tests sont habituellement faits sur un petit nombre de personnes et les résultats sont extrapolés sur la population totale.

L'industrie mondiale du VIH

A ce stade, les experts du SIDA étaient arrivés à une impasse. Ils ne pouvaient pas continuer à gonfler leurs chiffres sans perdre toute crédibilité. Ils changèrent donc simplement de stratégie et arrêtèrent de publier les détails de comment ils obtenaient leurs chiffres VIH/SIDA.

La stratégie de présenter des chiffres gonflés et d'annoncer de manière répétée une catastrophe imminente a généreusement porté ses fruits pour ceux qui tirent leur subsistance du VIH/SIDA. Dès 1989, l'Ordre des Médecins Allemand écrivit dans son journal que la seule explication pour la manière 'déroutante' dont les statistiques du SIDA sont compilées c'est que 'des chiffres énormes apportent de grosses sommes d'argent public' à la recherche sur le SIDA qui, par extension, vont dans les poches des chercheurs.

Les priorités

Malheureusement, l'attention presque hystérique portée sur le VIH/SIDA en Afrique a fait beaucoup de mal durant les deux dernières décennies. D'abord, la pression politique énorme a renversé les priorités des soins de santé. Des problèmes ou maladies courantes sont négligées. Par exemple, l'Afrique est un continent si pauvre que la moitié de sa population n'a pas accès à l'eau potable et le remède de ce besoin fondamental a été scandaleusement lent.

Deuxièmement les ressources financières sont détournées au détriment d'autres problèmes importants. Par exemple l'UNAIDS avait recommandé aux Ministres Africains des Finances de « réallouer en faveur du SIDA des ressources de projets existants – des milliards de dollars qui étaient programmés pour des fonds sociaux, des projets d'éducation et de santé, des infrastructures, le développement rural ».

Troisièmement, même des interventions comme l'attention portée sur les préservatifs peuvent être nuisibles étant donné que l'avortement, reposant sur d'antiques lois des anciennes puissances coloniales, est toujours illégal dans la plupart des pays africains. Et une femme

africaine qui se retrouve avec une grossesse non désirée à cause d'un préservatif défaillant n'a que peu d'options si ce n'est de se tourner vers un avortement illégal et dangereux.

Maintenant que la réalité manifeste a finalement été admise, nous pouvons être soulagés de savoir que l'épidémie de SIDA n'est pas le tueur auquel nous avons été amenés à croire. Mais comment pouvons-nous empêcher une tromperie identique dans le futur ? Une stratégie envisageable c'est d'éviter de simplement croire en ce que nous disent les scientifiques, et au lieu de cela de suivre le conseil d'Albert Einstein : « La chose importante c'est de ne pas arrêter de questionner ».

Article intégral titré 'SIDA : sommes-nous déçus ?' publié le 15 septembre 2008 dans nrc.nl. Reproduit avec la permission de l'auteur.

Le Dr Christian Fiala est Médecin Généraliste spécialisé en obstétrique et gynécologie et est directeur médical de la Clinique Gynmed de Vienne.

gynmed.at

Lorsqu'il parut il y a quinze ans, le livre de Joan Shenton Positively False a fourni une introduction convaincante aux défauts, erreurs et contradictions qui pèsent sur la croyance qu'un seul rétrovirus provoquait un large éventail de symptômes mis dans le même sac et rebaptisé 'SIDA'.

Durant les quinze dernières années, l'establishment du SIDA est devenu de plus en plus isolé, refusant de passer en revue l'histoire des erreurs et contradictions que Shenton montre qu'elles apparaissaient déjà dans les années 80. Leur suffoquant déni à des points de vue opposés et une censure zélée étaient favorisés par une couverture

médiatique non critique. Aujourd'hui l'industrie du SIDA met en garde le public de ne jamais regarder en arrière mais plutôt de se tourner uniquement vers l'horizon 2030 et 2050 et de financer un éventail de programmes sans fin conçus pour produire un Monde libéré du SIDA. Ceci est un conseil imprudent. Le livre de Shenton leur rappelle qu'ils sont perdus s'ils ne savent pas d'où ils viennent. Un public mal informé n'a qu'une petite idée des erreurs excessives de l'orthodoxie du SIDA.

Une idée fallacieuse qui est au centre du dogme du SIDA c'est que l'Afrique est pauvre parce que les Africains sont particulièrement volages sur le plan sexuel. Pour réduire la pauvreté, de l'argent doit être dépensé pour enseigner aux Africains les 'rapports sexuels sans risque' afin d'échapper au piège de la pauvreté. A l'ère du SIDA, l'Afrique devint le terrain de jeu des missionnaires occidentaux des rapports sexuels sans risque. Provoquants et condescendants, des sommités et des lauréats de prix tels que Laurie Garret, Peter Piot, Anthony Fauci et Jeffrey Sachs étaient parmi les pires pourvoyeurs d'obscénité culturelles et de non-sens historiques. Shenton explique comment des membres de l'orthodoxie VIH/SIDA se sont accrochés obstinément à des anomalies et à des erreurs malgré leurs échecs dans les prédictions de mortalité et du développement du vaccin (toujours pas de vaccin 40 ans après en avoir annoncé l'imminence – et pour cause – NdT).

Deux ans après la parution du livre de Shenton, les défenseurs de l'orthodoxie VIH commencèrent à comparer les critiques du VIH/SIDA à des négationnistes de l'Holocauste. En faisant cela ils banalisèrent les victimes de l'Holocauste et étouffèrent le débat scientifique sur le SIDA en transformant une catastrophe singulière en une vulgaire métaphore systématique. Leur hystérie atteignit son paroxysme entre 1999 et 2009 lorsque le Président d'Afrique du Sud, Thabo Mbeki, exprima un scepticisme élémentaire au sujet des croyances conventionnelles du SIDA. L'orthodoxie du SIDA tourna Mbeki en ridicule et le diabolisa mais évita les débats parce qu'ils affirmaient - tels des fanatiques religieux – qu'ils ne pouvaient débattre du 'non discutable'.

Les chercheurs du SIDA en Afrique empêchèrent l'expression d'opinions indésirables sur la définition, les causes, la prévention et la guérison de ses symptômes. Les épidémiologistes du SIDA s'appuyaient sur des subtilités statistiques pendant que les journalistes du SIDA s'abêtissaient. De façon convaincante Shenton révèle la recherche VIH/SIDA comme étant une sous-culture totalitaire qui harcèle et effraye les gens avec la peur de contracter une maladie fatale suite à un rapport sexuel non protégé.

Les quatre mots les plus piètres de la recherche sur le SIDA sont « une nouvelle étude montre ». Shenton critique les découvertes de l'orthodoxie sur le VIH/SIDA pour montrer comment elles sont facilement réfutées ou se révèlent exagérées. Adepte infatigable et claire pour nous expliquer les données techniques dans une prose limpide, Shenton adhère au principe du rasoir d'Occam, la prémisse que l'explication la plus simple, la plus logique sur un comportement et des événements est probablement la bonne.

Le SIDA a été ce qui a le plus détourné l'attention des problèmes pressants de santé publique en Afrique. Le lien de causalité entre la pauvreté africaine et la fréquence de maladies telles que la tuberculose, la malaria, les diarrhées, l'anémie est établi depuis longtemps par la recherche en santé publique. Comme il y a eu une accélération dramatique des conditions de vie appauvries dans de nombreuses régions africaines dans les années 1980, ces symptômes cliniques ont également augmenté. Au lieu de les attribuer au manque de systèmes sanitaires, aux régimes alimentaires déficients en protéines, à l'insalubrité de l'eau potable non traitée, aux maladies connues depuis longtemps, si communes, les symptômes cliniques anciens ont été regroupés et se sont vus attribué un nouveau nom – 'SIDA', que l'on disait provoqué par un comportement de promiscuité sexuelle.

Les tests VIH sont imprécis, on n'a jamais montré que le VIH provoquait la maladie, et les médicaments prescrits pour 'lutter' contre ce rétrovirus sont hautement toxiques. Le dogme VIH = SIDA est une maladie de la peur. Shenton relie les événements déconnectés les uns des autres (telle une historienne) et écrit dans un style direct, sans jargon (telle une journaliste). Son livre élucide les origines du

dogmatisme VIH/SIDA des années 80 lorsqu'une orthodoxie dominante sur le sujet du comportement sexuel s'enracina et les critiques et les doutes furent écartés ou ignorés.

Shenton a maîtrisé les données techniques, médicales et scientifiques associées au VIH/SIDA. Ses chapitres réinterprètent ces données. Comme lectures au programme de mes cours sur l'Afrique contemporaine, elles ont inspiré les étudiants à enquêter sur le VIH/SIDA à partir de nouvelles perspectives. Si les lecteurs de 2014 veulent savoir comment les défenseurs de la théorie de l'infection virale ont réussi à jouir de 30 années d'immunité contre la réfutation, alors *Positively False* reste le premier livre qu'ils devraient lire.

Le Dr Charles Geshekter est Professeur Emérite d'Histoire Africaine à l'Université d'Etat de Californie à Chico.

Examen du profil Wiki sur le SID : v.gd/ZGRY68

Dans ce livre, publié pour la première fois en 1998 et maintenant dans une nouvelle édition, Joan Shenton détaille avec élégance la corruption qui entoure les soi-disant 'tests du SIDA', les 'cocktails' qui contiennent des médicaments antirétroviraux, et la censure violente contre ceux qui défendent l'humanité, qui s'opposent aux fausses croyances qui entourent le 'VIH/SIDA'. Elle explique également que le 'VIH' ne semble pas être un véritable virus et la possibilité que le SIDA soit une pathologie toxique à la suite d'expositions volontaires ou involontaires à des agents toxiques.

Shenton est une de ces rares journalistes intègres qui ne peut pas tolérer les stupidités universitaires et politiques telles que celle qui a fait croire que le SIDA était causé par un 'virus mortel', hypothèse qui n'a jamais été prouvée. C'était plus le résultat d'un délire mental de plusieurs chercheurs d'instituts de santé comme l'Institut Pasteur à Paris, le NCI (rappel National Cancer Institute – NdT) et l'Université de Californie aux Etats-Unis. Cette hypothèse erronée, aux

conséquences catastrophiques pour l'Humanité, a été soutenue et perpétuée par d'innombrables chercheurs peu critiques qui ont transformé l'establishment scientifique en une institution de foi et de croyance ; par des institutions de santé publique corrompues telles que l'OMS, UNAIDS et les organisations gouvernementales des Etats-Unis, le NIH, la FDA et le CDC ; et par les laboratoires pharmaceutiques et les médias de sociétés secrètes telles que la Commission Trilatérale, les Illuminati, le Groupe de Bilderberg, etc.

Mes recherches sur les faiblesses de l'immunité et sur le SIDA, l'étude de la littérature médicale disponible et mes patients de différents pays, m'ont amené à la conviction que de tester positif sur des 'tests pour VIH' (la séropositivité) et le SIDA lui-même sont tous deux secondaires par rapport aux expositions à des agents de stress immunologique d'origines chimiques, physiques, biologiques, nutritionnels et en grande partie mentales. Tous ces agents provoquent de l'acidité et de l'oxydation dans tous les organes et systèmes du corps mais surtout dans le système immunitaire. La prévention et la guérison du SIDA est possible et aisée si la personne cesse d'être exposée aux toxiques et accepte que son déséquilibre émotionnel, tel que l'arrogance, le narcissisme et l'envie, soit l'origine première de ces états pathologiques. Des arguments scientifiques qui soutiennent ces points de vue sont disponibles dans mes livres et dans de nombreux articles qui sont sur mon site web.

Toutes mes félicitations à Joan Shenton d'avoir le courage de publier cette nouvelle édition de son livre bien connu, un travail abondant avec de la science, de la logique, du bon sens et de l'amour pour ses semblables.

Le Dr Roberto Giraldo est un médecin colombien spécialiste en médecine interne et en maladies immunologiques infectieuses et tropicales. Il pratique en plus la psychosomatique, la psycho-socio thérapie et la psychanalyse intégrative (Trilogie Analytique)

robertogiraldo.com

Quoique j'étais au courant des sérieux défauts scientifiques de la science VIH/SIDA durant les années 1990 à partir d'une perspective quelque peu dépassionnée, c'est aux environs de 2000, lorsque mon ami d'alors, et contre mon avis, est allé se faire tester et a été testé positif au VIH ce qui a mis en lumière d'une manière extrême la réalité des problèmes qu'un tel diagnostic génère. Cela m'a amené à questionner les deux camps impliqués dans le débat avec une intensité sans précédent. Après un militantisme de débutant avec d'autres dissidents je reconnus que ma propre connaissance (sur le sujet – NdT) était devenue assez approfondie et que j'étais assez bon dans le traitement des situations politiques. J'ai appris que ce que de nombreuses personnes avaient besoin c'était quelqu'un qu'elles pouvaient appeler pour poser des questions, une aide active pour traiter avec d'autres tels que les médecins, et de rencontrer d'autres personnes dans la même situation qu'elles. Avec l'intention d'étendre le réseau HEAL (en anglais to heal signifie guérir mais ici c'est l'acronyme de Health Education AIDS Liaison - Liaison SIDA d'éducation à la santé – NdT), trois d'entre nous créèrent le HEAL Londres en 2006.

Un objectif supplémentaire était en train de changer le paradigme. A peu près au même moment la Lybie avait engagé le retrait de plusieurs médicaments accusés d'infecter délibérément des centaines d'enfants avec le VIH. Le facteur de motivation de cet engagement n'était pas tant que les médicaments se retrouvaient à nouveau face à la peine de mort (de cela j'étais sûr que ça ne se réaliserait pas parce que c'était trop politique), mais que les centaines d'enfants survivants se voyaient administrer des médicaments du SIDA par les puissances Occidentales comme os à ronger politique. Puisque personne d'autre ne semblait vouloir intervenir pour les aider de la bonne manière, je décidais de le faire. Mon intention était de susciter une occasion pour le Dr Mohammed Al-Bayati, le toxicologue et pathologiste qui est spécialisé dans les causes de décès contestées, pour évaluer les questions médicales. Néanmoins, bien que j'aie été finalement invité en Lybie par les avocats de la défense, une fois là-bas il devint évident que tout cela était une affaire de politique internationale et non de science. J'étais incapable de tourner les projecteurs du Monde sur les

problèmes scientifiques et ainsi de sauver les enfants des médicaments ‘qui sauvent les vies’.

Depuis lors j’ai été impliqué dans plusieurs affaires judiciaires, la plupart en relation avec des femmes enceintes qui avaient décidé qu’elles ne voulaient pas que l’on impose à leurs bébés nouveau-nés des médicaments aussi toxiques. J’ai tiré de cette expérience que si les travailleurs sociaux peuvent avoir des comportements variables – certains peuvent être extrêmement bons, certains sont arrogants et suivent d’une manière agressive la ligne médicale officielle – les médecins qui traitent avec les diagnostics VIH, sont presqu’exclusivement évangéliques, arrogants, intimidants, manipulateurs et malhonnêtes. De nombreux clients, qui avaient auparavant le plus grand respect pour les médecins comme étant des piliers honorables et attentionnés de l’establishment, trouvent très difficile de concevoir et d’accepter que la personne qu’elles considéraient comme ‘leur ami’ puisse devenir un tel ogre lorsque les mots les plus sous-jacents du médecin sont contestés avec autorité.

Un problème particulier est que si jamais des enfants sont impliqués, pour les médecins la méthode la plus facile pour soumettre les parents c’est soit de déclarer ouvertement soit de suggérer que l’enfant puisse être emporté par la maladie. Pour une mère aimante, avoir un enfant qui meurt est une peur tellement primitive que pour bon nombre d’entre elles cette peur neutralise la menace de désobéissance, du moins dans une certaine mesure. Néanmoins, il n’y a aucun doute que les parents qui obtiennent les meilleurs résultats pour leurs enfants sont ceux qui se battent vigoureusement d’une manière intelligente et comprennent comment les rapports de force fonctionnent. Mais avec des médecins auxquels les procédures judiciaires accordent de telles responsabilité et crédibilité en tant que collègues piliers de l’establishment, et sans support légal pour contester des avis médicaux, les chances sont, en l’état actuel des choses, d’une manière écrasante du côté de la profession médicale.

Il y a eu finalement pas mal de personnes qui se sont désolidarisées de leur médecin lorsque, faisant face à une mort imminente à cause des effets secondaires irrésistiblement débilitants du traitement

antirétroviral qui leur avait été prescrit, ils ont finalement réalisé que leur médecin préférait les voir mourir que de les voir survivre sans le traitement qu'il leur avait prescrit. C'est presque comme s'ils ne voulaient pas saper la peur dont dépend leur contrôle sur leurs patients en permettant à d'autres patients de mieux survivre sans traitement et ainsi voir révéler que le VIH n'est pas aussi mortel en lui-même qu'ils l'avaient pensé. J'avais un client, qui était à l'hôpital pour quelque chose qui n'était pas directement relié à un diagnostic VIH, qui a développé un cas de syndrome Stevens-Johnson tellement grave que, si les médecins avaient continué à lui donner les médicaments du SIDA, il aurait été trop manifeste que c'est leur traitement qui l'aurait tué. Ils décidèrent à la place de le mettre sur le 'parcours de Liverpool' (au Royaume Uni parcours de soins palliatifs pour les malades en fin de vie - NdT) et 'd'enlever les médicaments prolongeant la vie et de ne lui donner que des soins palliatifs'. Ce que cela a en réalité signifié c'est que le VIH a été tenu pour responsable de sa maladie, qu'il a été drogué jusqu'à l'immobilité avec de la morphine et est mort de faim plutôt que les médecins n'admettent que c'était le traitement VIH qu'ils lui avaient donné qui l'avait tué. Avec peu de pouvoir pour intervenir moi-même j'étais étonné à quel point il était impossible de trouver quelqu'un qui ait une autorité quelconque pour contester la parole du médecin qui avait effectivement signé l'arrêt de mort. Peut-être la chose la plus choquante dans tout cela c'est lorsque d'autres professionnels médicaux plus responsables furent par la suite informés de cela, ils ont plus ou moins haussé leurs épaules dans un signe d'impuissance et dit « ça arrive souvent ».

Dans l'ensemble j'ai eu quelques discussions avec environ 200 personnes du Royaume Uni, d'Europe et de quelques endroits du Monde étonnement lointains comme la Malaisie, lorsque des personnes m'ont dit qu'il n'y avait pas de personne compétente plus proche avec laquelle ils pouvaient parler personnellement. Il y a eu de nombreux déboires et quelques résultats décevants à cause du préjugé inhérent du système juridique en faveur des médecins, et la perception du public a jusqu'à présent peu changé. Mais il y a au moins quelques personnes pour lesquelles un peu plus de compréhension de la situation

et un peu de soutien dans leur combat a, de façon permanente, fait une énorme différence dans leurs vies.

Mike Hersee est un militant qui fait campagne pour une meilleure connaissance sur le VIH/SIDA. Il est un des rares qui publiquement a offert un soutien en première ligne à des personnes diagnostiquées positives au VIH qui remettaient en question leur diagnostic ou leur traitement.

heallondon.org

Ecrire sur le SIDA durant les 25 dernières années a été à la fois humiliant et éclairant.

Lors de chaque avancée (que je voyais comme telle) dans ma propre compréhension du phénomène SIDA, je sentais qu'il faudrait peu de temps avant que d'autres ne soient capables de comprendre la même chose. Le SIDA ayant au début été déclaré d'une manière conventionnelle comme un énorme désastre de santé publique, il devint bientôt apparent que le syndrome restait, dans la plupart des pays du Monde, cantonné dans les groupes à risques originels. Avec le temps, des chercheurs ont exposé avec une clarté croissante où la science du SIDA avait mal tourné et j'étais sûr que leurs efforts gagneraient bientôt la reconnaissance du public. Comme le ferait le travail de réalisateurs tels que Joan Shenton qui, la première, a souligné au Royaume Uni les remises en question de la théorie qu'un virus nouvellement identifié était la cause du syndrome, et des journalistes tels que moi-même, qui mettaient sur papier ce que Joan avait commencé à faire à la télévision.

Je pouvais difficilement me tromper davantage. Même des scientifiques à la pointe de leurs champs se sont retrouvés ridiculisés, privés de financements et se retrouvèrent dans l'incapacité de publier lorsqu'ils remettaient la théorie virale en cause. Les reporters qui

diffusaient leurs arguments devinrent des parias dans la profession des médias.

Un exemple relativement récent en est celui de Célia Farber, une journaliste de New York qui avait écrit d'une manière critique au sujet de la recherche sur le SIDA et des traitements depuis le milieu des années 1980. En mars 2006 elle a publié un rapport de 15 pages dans le magazine *Harper's* titré 'Hors de contrôle : le SIDA et la Corruption des Sciences Médicales'. Je pensais que ça devait être au moins le début d'un débat qui n'avait que trop tardé au sujet des vraies causes du SIDA. Pourtant le questionnement du diagnostic VIH de l'article a été surtout accueilli par de l'incompréhension et Farber a été vertement critiquée par le très respecté *Columbia Journalism Review* pour avoir diffusé des idées loufoques. Une fois de plus, une opportunité de mettre fin à ce que je vois comme une tragédie de diagnostics erronés en cours et de traitements (généralement) mal placés, était perdue.

Encore plus décevant a été le mépris et la dérision endurés par un groupe de scientifiques à Perth en Australie de l'Ouest dont je vois les idées et les arguments comme ayant approché au plus près de la vérité (theperthgroup.com). Pendant 30 ans ils ont minutieusement assemblé les arguments que nous devrions voir le SIDA et tous les phénomènes interprétés comme signifiant la présence de 'VIH' comme un désordre de cellules provoqué par des substances et des expositions communes à tous les groupes à risques du SIDA, plutôt qu'au 'VIH', dont ils considèrent l'existence non prouvée. Ce sont des chercheurs de premier ordre avec de grandes compétences en la matière mais les communautés scientifiques et médicales dominantes les ont constamment marginalisés.

Comment ceci a-t-il pu se passer ?

Les aspects éclairants de mon expérience ont tardé à pénétrer, mais m'ont finalement aidé à aller au-delà de mes sentiments de frustration et de douleur au sujet de l'incompréhension montrée envers ceux qui remettaient en cause la théorie du virus.

J'ai réalisé que la survie de la structure mentale 'VIH' – contre tellement de preuves, telle que je la vois – est d'abord explicable en

termes de sentiments humains qui, dans un contexte différent, auraient pu n'avoir que des résultats positifs.

Le souci de la santé publique était et est toujours un facteur immense. Comme le concept du virus s'était installé dans la seconde moitié des années 80, les gouvernements lancèrent des avertissements que presque toutes les personnes ayant un passé de relations sexuelles pouvaient être en danger. Je me rappelle, de retour de la Conférence Internationale sur le SIDA de Washington en 1987, le zèle missionnaire avec lequel je me mis à publier sur les dangers. Ça faisait du bien de contribuer à la tâche d'éveiller l'Humanité sur la présence de ce microbe mortel qui se répandait imperceptiblement parmi nous.

En ces temps-là il y avait des prédictions que dans les années 1990 un million de personnes seraient infectées rien qu'au Royaume Uni à moins que l'on ne trouve un moyen pour arrêter la propagation du virus. Les spécialistes des médias tout comme les professionnels de la santé et les responsables politiques sentaient qu'ils avaient une guerre sur les bras dans laquelle le virus était l'ennemi et l'éducation du public le meilleur outil pour obtenir la victoire. Remettre en question le 'VIH' c'était faire courir un risque à des millions de personnes.

La compassion envers les hommes homosexuels était un autre facteur. Dans les années 1980, un nombre croissant d'entre eux étaient victimes d'une crise sanitaire sans précédent – surtout parmi ceux qui avaient été les plus actifs dans la lutte pour la libération gay. Le nombre de victimes avait considérablement augmenté par le lancement du médicament AZT à des doses léthales, tuant non seulement les victimes du SIDA mais également des gens comme les hémophiles et d'autres avec des troubles du système immunitaire qui les faisait tester positif au test 'VIH'. De cette manière, la théorie que le 'VIH' était la cause devenait autoréalisatrice, et remettre en question la théorie du virus c'était comme proclamer qu'on était une personne manquant de compassion.

Troisièmement, on craignait pour la réputation de la science, tout comme pour les responsables politiques et les gestionnaires responsables qui lui allouaient des fonds publics. En avril 1987, peu de temps après la publication du premier article du professeur Peter

Duesberg qui remettait en cause le VIH comme cause du SIDA, une note de service titrée MEMO ALERT était envoyée du bureau du Secrétariat à la Santé et des Services Sociaux à une liste qui comprenait le Ministre de la Santé et la Maison Blanche. Elle a relevé que :

> Ceci a manifestement la potentialité de soulever un tas de controverses (Si ce n'est pas le virus, comment pouvons-nous savoir si l'approvisionnement en sang est sûr ? Comment pouvons-nous savoir quoi que ce soit sur la transmission ? Comment avez-vous tous pu être aussi stupides et pour quelle raison devrions-nous vous croire à nouveau ?) et nous devons être prêts à y répondre.

Dans la même veine, en novembre 1988, feu John Maddox, éditeur de *Nature*, qui avait refusé de nombreuses communications de Duesberg sur le VIH et le SIDA lui écrivit :

> Je suis heureux que vous avez correctement déduit de ma lettre que de bien des manières je suis favorable à ce que vous dites. Néanmoins je ne vous ai pas demandé de réviser le manuscrit. Le danger, tel que je le vois, c'est que le différend entre vous et ce que vous appelez la communauté du VIH, perturbera et angoissera le public de la manière suivante. Vous soulignez un nombre de points où il se peut que l'hypothèse VIH soit déficiente. Il faudrait être une personne inconsidérée pour dire que vous avez tort, mais, … si nous devions publier votre article, nous nous trouverions nous-même à demander aux gens de croire que ce qui a été dit jusqu'à présent sur la cause du SIDA est un paquet de mensonges.

Quatrièmement, j'ai été frappé par le rôle de la loyauté dans la perpétuation de ce que je vois maintenant comme étant les mythes entourant le 'VIH'. Peter Duesberg avait gagné un grand respect pour sa position fondée sur le principe de ne pas attribuer le SIDA à un virus, catégorie qu'il avait étudiée intensément et dans laquelle il était un expert mondial. Toute son expérience lui disait qu'il était inoffensif. Il a rompu les rangs avec ses collègues de la profession en parlant des effets mortels de l'AZT. Il a été la première figure majeure dans le

monde scientifique à faire cela, et a payé cher sa dissidence. Avec son énorme personnalité pleine d'esprit cela lui a valu un grand respect et même de l'amour parmi ceux qui voyaient l'importance de sa critique. Je pense que ceci a pu l'aveugler, lui et ses soutiens, surtout aux Etats-Unis, et l'empêcher de voir la validité d'une critique encore plus profonde développée à 12 000 miles de là par le Groupe de Perth.

Neville Hodgkinson, correspondant médical, 1985-89, et correspondant scientifique, 1991-94, The Sunday Times*, Londres ; auteur,* SIDA : L'Echec de la Science Contemporaine.

Reviewing AIDS Wiki profile: v.gd/i8hwem

Il semble souvent que nous ne sommes arrivés à rien puisque les arguments avisés des dissidents scientifiques/universitaires sont pour la plupart tombés dans les oreilles sourdes d'un establishment du SIDA enraciné. La tactique, qui a fait ses preuves, de nous donner une image de fous au lieu de répondre à nos arguments scientifiques a atteint de nouveaux sommets avec le terme de 'négationniste'. Ce qu'il y a de génial avec ce terme c'est qu'un 'négationniste' de quelque chose (le changement climatique, les vaccins, etc.) est automatiquement un fou qui est un danger pour la société. Pendant ce temps, à l'arrière-plan, les répétitions de la rhétorique du VIH telles celles données par un disque rayé ont été absorbées par le citoyen moyen qui n'a aucune capacité d'en évaluer la valeur.

L'utilisation généralisée d'Internet a rendu l'information dissidente facilement disponible et des groupes sur les réseaux sociaux telle que la page Facebook [v.gd/s8DtXa] de Repenser le SIDA (en anglais Rethinking AIDS – NdT) et d'autres sites comme Questionner le SIDA (En anglais Questioning AIDS) [questioningaids.com] ont touché des milliers de personnes, créant ainsi un mouvement avec une base étendue, essayant de comprendre où ils se situent au milieu de tout ça. Néanmoins, Internet est une arme à double tranchant. Alors que quelques dissidents de base sont vraiment brillants, en général j'ai été déçue par le manque de compréhension dont ont fait preuve de nombreuses personnes de la nouvelle génération de dissidents qui

semblent prendre les choses à la légère. De plus j'ai été consternée par la désinformation largement diffusée par ces novices et les querelles internes, l'égoïsme et le manque de discipline intellectuelle qui envahit particulièrement la page Facebook de Rethinking AIDS (qui également est celle qui touche le public le plus large). Internet fait, des deux côtés, appel au plus petit dénominateur commun, fournissant également un forum aux diffamations de nos détracteurs, les plus plates scientifiquement mais vicieuses, dont les arguments ne vont pas plus loin que de nous traiter de 'négationnistes'.

Cela vaut la peine de mentionner le Bureau de Justice Médicale et Scientifique dont l'approche est plus dans le combat de rue que dans le monde universitaire. Evitant les différents ennuyeux dans des livres remplis d'arcanes, qui franchement ne nous ont menés nulle part, l'équipe de juristes de Clark Baker a aidé les victimes des lois de transmission criminelle du VIH, lois qui manifestement sont injustes. La formation de Baker en tant policier retraité et d'enquêteur privé lui donne un état d'esprit différent, ce qui est exactement ce dont nous avons besoin.

Sur un sujet plus léger, ce qui m'agace personnellement dans le monde du SIDA comprend la 'responsabilité sociale' de Hollywood à ne décrire aucun acte hétérosexuel qui n'implique pas l'usage d'un préservatif, ce qui fait que je me demande 1) si quelque chose a réellement changé depuis les jours où vous ne pouviez obtenir d'un homme qu'il enfile un préservatif en toute circonstance, et 2) les femmes qui se sentent 'en sécurité' avec les 'rapports protégés' réalisent-elles que les préservatifs sont la méthode de contrôle des naissances la moins efficace ? Un autre héritage de l'ère du SIDA c'est l'idée qu'il y a quelque chose qui ne va pas avec leur système immunitaire, ce qui semble maintenant obséder le citoyen moyen pour chaque petit rhume, fournissant un marché en pleine expansion pour des 'boosters d'immunité' à base de plantes et d'autres trucs du même genre. Essayons plutôt de nous rétablir d'un rhume sans nous soucier si notre 'système immunitaire' est 'affaibli', essaierons-nous ?

Une évolution récente intéressante c'est le test rapide (en anglais rapid test ou RT – NdT) pour les anticorps au VIH et quels en sont les

résultats en Afrique. Auparavant en Afrique le SIDA avait été diagnostiqué sur la base de symptômes non spécifiques (la définition des cas cliniques de Bangui) puisque de nombreux pays africains pauvres en ressources ne pouvaient ni se payer les kits de test et n'avaient pas les équipements et le personnel qualifié requis pour administrer le kit et l'interpréter, en particulier les Western blots. Par contre les tests rapides sont bon marché et peuvent être administrés par des profanes dans des villages éloignés et sans installations de laboratoire. Les tests rapides peuvent sembler être une bénédiction pour l'Afrique même s'ils semblent presque inutiles, puisque quelques 40 millions de cas de SIDA présumés plus tard, personne ne s'est soucié sur le manque de confirmation par laboratoire pour aucun d'entre eux.

Néanmoins je continuais à m'interroger si les tests rapides étaient meilleurs (ou pires) que la séquence de test standard ELISA/Western blot, donc j'ai recherché dans la littérature pour voir comment ils se comportent. La littérature sur le test rapide était un territoire familier : de nombreuses revendications d'atteindre des résultats proches de la perfection (des précisions de 100% et de 'rares' faux positifs) contredites par des analyses plus approfondies qui révélaient la même sorte de problèmes auxquels je m'étais habituée à voir (et j'en ai vu beaucoup).

Parmi ces problèmes figurent : 1) La réalisation du test varie largement d'une région à l'autre et d'une marque à l'autre, 2) De consternantes précisions de test aussi basses que 39,1% (Determine), 3) des taux de faux positifs élevés, 4) des algorithmes de test dans des pays qui ont choisi les trois kits de test qui avaient les problèmes les plus manifestes (Determine, Stat-Pak et Uni-Gold), 5) la documentation d'encore plus de maladies africaines endémiques qui pouvaient être à l'origine de fausses réactions, 6) des algorithmes de tests qui simplement échouent sur de nombreux accords, et cetera.

Mon favori dans cette liste c'est le problème de l'interprétation correcte d'une bande faiblement réactive. (Le test rapide est une petite cartouche en plastique dans laquelle est injectée une goutte de sang et une réaction positive est révélée par une bande dans une petite fenêtre).

La littérature documente clairement que des bandes faiblement réactives indiquent pratiquement toujours un résultat qui est un négatif ou un faux positif, et malgré cela, l'Organisation Mondiale pour la Santé tout comme les fabricants des kits de tests recommandent que toutes les bandes, faibles ou intenses, soit lues comme un résultat positif !

Il y a également le couramment utilisé OraQuick, dont le site web proclame une précision supérieure à 99%, pourtant lorsque les Services de Santé Publique du Comté de Los Angeles se sont servis d'OraQuick pour la première étape dans leur algorithme de test rapide ils ont trouvé un taux de faux positifs de presque 17%. Une étude au Zimbabwe a montré une précision de 100%, mais, surtout en considérant la pléthore de données qui mettent en évidence les piètres performances des tests en Afrique, on peut se demander comment OraQuick peut-être parfait à 100% en Afrique alors qu'il donne un taux de faux positifs de 17% à Los Angeles, où il y a nettement moins de raisons pour la population d'avoir des anticorps à réaction croisée.

J'aimerais pouvoir me sentir plus optimiste.

Christine Johnson a été impliquée dans le mouvement Rethinking AIDS pendant plus de 20 ans. Son intérêt principal est la valeur du pronostic du diagnostic des tests médicaux. Son travail est apparu dans Spin*,* New African*, la* Towsend Letter pour Médecins et Patients*, et dans d'autres périodiques ainsi que des recueils* Santé Environnementales : Problèmes du Tiers Monde – Préoccupations des Pays Industrialisés *et* Peur de la Nourriture*. Son analyse sur les tests rapides VIH peut être trouvée dans le livre Reclaiming the Human Sciences and Humanities through African Perspectives. (Reprendre les Sciences Humaines et les Lettres d'un Point de Vue Africain).*

Articles à VirusMyth : v.gd/p72BYC

Dans la préparation du nouveau Programme Mondial post 2015, le rapport d'avril 2013 de l'UNDP (United Nations Development

Programme – Programme de développement des Nations Unies – NdT) au Secrétaire Général de l'ONU révélait les préoccupations dominantes dans les pays africains où se trouve le pourcentage le plus élevé au Monde de jeunes de moins de 25 ans. L'étude de l'UNDP *My World* indique que la santé est la priorité majeure dans tout le continent avec la pauvreté et l'éducation. La menace de décès dus aux diarrhées et autres maladies contagieuses d'origine hydrique devrait considérablement augmenter dans les trente prochaines années à cause de la montée du niveau des mers et de fortes inondations obligeant jusqu'à trois milliards de personnes à migrer, la majorité d'entre elles se dirigeant vers les cités côtières mal gérées qui, dans les nations d'Afrique en développement économique, manquent d'installations sanitaires de base. Pourtant malgré la poursuite de l'objectif n° 7 du Millénaire pour le Développement (assurant l'assainissement de l'environnement), à partir de 2013 seuls 15% de la population du Ghana a accès à un assainissement amélioré. La réponse appropriée à cette crise prévue en matière de santé est précisément non d'intensifier les dépenses dans des recherches pour un vaccin contre les diarrhées comme l'a préconisé l'Alliance Mondiale pour la Vaccination et l'Immunisation, mais plutôt de développer des infrastructures adéquates, les réseaux d'égouts et d'assainissement, et l'accès à de l'eau potable abordable pour les populations côtières urbaines et péri-urbaine d'Afrique qui explosent.

L'apport alimentaire et l'infection opèrent dans un cercle vicieux qui compte pour beaucoup dans les taux élevés de morbidité et mortalité, surtout chez les enfants. Lorsque les enfants ne mangent pas assez de repas équilibrés, leurs systèmes immunitaires sont abaissés.

Qu'est-ce qui arrive au système immunitaire d'une personne qui est sous-alimentée in utéro et qui, nouveau-né, survit au milieu de la famine ? Il est bien connu que l'immunité dépend des hormones. Il est déjà bien établi que la malnutrition maternelle contribue d'une manière majeure à des taux de décès élevés chez les jeunes enfants puisqu'elle est en corrélation avec un poids de naissance du nouveau-né faible, ce qui à son tour contribue à la malnutrition de l'enfant et un décès prématuré. Qu'est-ce qui arrive au système immunitaire d'une jeune femme au pic de sa maturité sexuelle qui est née d'une mère ayant

souffert de la famine ? La question est venue à mon esprit en 2005 lorsque Kofi Annan, ancien Secrétaire Général de l'ONU, un Ghanéen lauréat du Prix Nobel, parlant lors d'un forum spécial sur le VIH et le SIDA à l'Assemblée Générale des Nations Unies, déplorait le déclin apparent de la moralité des jeunes femmes de sa nation. Il a signalé le nombre croissant de jeunes femmes de 20 à 22 ans récemment infectées par le VIH. Mais cela revenait à inclure toutes les femmes nées, au Ghana, juste après la famine de 1983. Est-ce que les graves pénuries alimentaires du Ghana durant l'année 1983 ne seraient-elles pas la cause des décès prématurés ou des problèmes immunologiques et des résultats de tests d'immunité bizarres rencontrés par ces femmes qui sont maintenant au début de leur trentaine ?

Les maladies chroniques menant de nos jours au décès dans les nations africaines sont celles qui ont été infligées aux adultes et aux enfants durant des décennies de déclin économique, mais ayant été rebaptisées 'infections opportunistes' et reliées directement à l'irresponsabilité sexuelle *via* l'infamant stigmate VIH/SIDA, ces contagions n'ont jamais été si proches d'être éradiquées depuis que les stratégies de l'Objectif pour le Développement du Millénaire ont été mises en place. La plupart du temps les adultes africains continuent à mourir de tuberculose, de malaria : et la dysenterie endémique reste particulièrement fatale parmi les nouveau-nés. En fait 50% des décès chez les adultes diagnostiqués comme étant le 'SIDA' sont dus à la tuberculose ; les patients diagnostiqués tuberculeux déclarent souvent cette maladie comme étant un faux résultat positif au test anticorps VIH.

Lors de ces quinze dernières années, à chaque fois que je demandais aux autorités sanitaires du Ghana ce qui doit être fait pour soulager le fardeau de la maladie en Afrique, jamais l'accès aux antirétroviraux n'était cité. A la place elles demandent toutes instamment une approche multisectorielle. La première priorité est de protéger et d'aider à la santé et à l'alimentation de la femme enceinte, parce que les déficits immunitaires et les maladies systémiques aussi diverses que les diabètes et l'hypertension 'commencent toutes dès la vie intra-utérine'.

L'obsession médicale sur la prétendue nature sinistre de la sexualité africaine s'est manifestée depuis la fin du 18ème jusqu'au début du 20ème siècle, lorsqu'on affirmait dans des journaux médicaux prestigieux, comme un fait établi, que la syphilis était une sorte de lèpre qui s'était propagée en Europe en provenance de l'Afrique à un moment donné du Moyen Age. Jusqu'à Freud en 1906 la peau noircie était considérée comme un symptôme de lèpre. Pendant trois cents ans la préoccupation majeure de l'establishment médical en Europe a été d'éliminer la maladie sexuellement transmissible par le biais du contrôle social. En ce qui concerne les colonies ceci était un mobile crucial dans les programmes de réforme sociale, parce que la sexualité indigène était tenue pour être primitive et donc elle nécessitait de la surveillance, de la réforme et du contrôle, comme c'est toujours le cas aujourd'hui.

Les politiques coloniales ont comporté des campagnes d'éducation des masses pour encourager la modification du comportement en tant que mesure préventive clé, attribuant la propagation des contagions à l'infériorité des traits des caractères culturels et personnels africains, à l'ignorance et à la turpitude morale des étrangers qui sympathisaient avec les indigènes. La ségrégation des groupes à faible risque des groupes à haut risque a été réalisée par des lois de zonage, en établissant des barrières sociales protectrices et une mentalité de forteresse entre l'élite raciale et les indigènes du peuple.

Le discours consultatif mondial du 21ème siècle au sujet du SIDA en Afrique continue de rejeter sur l'individu la responsabilité de la prévention des maladies et des soins palliatifs, individu qui devrait bénéficier non pas d'un accès assuré à un traitement médical, à un logement salubre, à l'eau potable et à un apport calorique suffisant, mais d'abord et avant tout devrait améliorer ses traits de caractère et ses normes sexuelles grâce aux églises et aux autres institutions religieuses. Par exemple le 6 mai 2013, Peter Piot, directeur de l'Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres est venu à l'Université du Ghana pour s'adresser aux professionnels de la santé les plus éminents du pays travaillant actuellement en partenariat avec UNAIDS et a commencé sa présentation, en tant qu'ancien directeur exécutif de UNAIDS, en déplorant le récent déclin de l'usage du

préservatif au Ghana et en applaudissant le déclin récent de la prévalence de la séropositivité grâce à une disponibilité plus grande des médicaments antirétroviraux. Ce n'est pas tant que ces remarques de diversion soient insultantes et désobligeantes pour une audience aussi auguste. Les déformations de Piot sont contre-productives pour l'effort urgent à s'attaquer aux raisons réelles pour lesquelles les Ghanéens continuent de souffrir de taux de mortalité et de morbidité disproportionnés, malgré l'augmentation récente et spectaculaire de leur PIB national.

Helen Lauer est Professeur de Philosophie et a été chef du Département de Philosophie et de Lettres Classiques de l'Université du Ghana entre 2008 et 2012. Sa maîtrise (1983) et son doctorat (1986) en philosophie ont été obtenus au Centre des 2ème et 3ème cycles de l'Université de New York. Elle est actuellement membre du conseil d'administration de Rethinking AIDS.

Profil sur l'Université du Ghana : v.gd/Kexjd2

Nous voilà donc en 2014, trente ans après la conférence de presse où Margaret Heckler, Secrétaire d[1]'Etat à la Santé et des Services à la Personne, annonça : « la cause probable du SIDA a été trouvée – un variant d'un virus du cancer humain connu, appelé HTLV-III ». Il n'y avait alors aucune preuve évidente à sa déclaration, et il n'y en a toujours pas. Plus tard le HTLV-III sera tendancieusement renommé le 'virus d'immunodéficience humain' ou 'VIH'. Mais même avant son annonce, il était devenu évident que le nouveau syndrome de maladie ne se comportait pas comme une maladie infectieuse, mais était presque entièrement confiné dans deux principaux groupes à risques : les héroïnomanes et les homosexuels masculins.

Depuis 1984 certaines choses sont restées les mêmes. Le 'SIDA' se classe toujours comme étant la plus grande erreur et le plus grand canular dans l'histoire de la médecine – une épidémie d'incompétence et une épidémie de mensonges. Le 'SIDA' n'est toujours rien de plus qu'une construction ; dès le départ les définitions officielles du SIDA

n'avaient jamais aucun sens, et elles ont radicalement changé au cours du temps. Il n'y a toujours aucune preuve que le VIH existe en tant que virus réel, infectieux, exempt de cellule – une particule qui pourrait être photographiée à l'aide d'un microscope électronique. Les médicaments anti-VIH prescrits ne servent toujours à rien et sont toujours toxiques. Les médias grand public (MM en anglais pour Mainstream Medias – NdT) occultent toujours toute information qui n'est pas en accord avec les orthodoxies dominantes. Les experts du 'SIDA' sont toujours incompétents et malhonnêtes.

Certaines choses ont changé. L'une d'entre elles est la croissance d'un mouvement de critiques du SIDA : des milliers de scientifiques et autres professionnels qui ont publiquement appelé pour une réévaluation de l'hypothèse VIH/SIDA. Internet a créé une brèche dans le mur de censure des médias grand public ; il y a maintenant des dizaines de sites web de dissidents du SIDA, avec des milliers de vidéos et d'articles. La partie 'SIDA' de mon propre site web est sur : paganpressbooks.com/jpl/AIDS.HTM (sensible à la casse)

Une différence cruciale c'est que les experts du SIDA ne parlent plus de 'SIDA' mais de 'maladie VIH', en même temps ils font tout ce qu'ils peuvent pour amalgamer les deux. Les premiers cas de 'SIDA' étaient vraiment très malades ; ils ne vivaient pas longtemps. Mais dorénavant, ceux qui sont 'positifs au VIH' peuvent être en parfaite bonne santé – à moins qu'ils ne reçoivent leur terrible diagnostic et ne soient mis sous des 'cocktails' pharmaceutiques. Après cela c'est la chute libre : premiers malaises, puis déformations physiques et finalement la mort. Beaucoup d'entre eux meurent avant de développer une des environ 29 maladies 'indicatrices du SIDA'. Ils sont appelés 'décès avant diagnostic' et ne sont pas comptés comme décès du 'SIDA' – soutenant par là le mythe que les décès du 'SIDA' sont en train de baisser grâce aux nouveaux médicaments. Au Massachusetts où j'habite, l'insuffisance hépatique provoquée par les médicaments est la plus importante cause de mortalité parmi les 'positifs au VIH'.

Essayer de suivre ou d'interpréter les statistiques délivrées par les Centres de Contrôle des Maladies (CDC pour Center of Disease Control – NdT) c'est comme marcher sur des méduses : à la fois

glissant et risqué. Les définitions changent et les règles du jeu changent. Cependant les données des rapports du CDC montrent qu'aux Etats-Unis plus de 96% de tous les décès de 'personnes diagnostiquées avec le SIDA' se sont produits après que l'AZT ait été mis sur le marché en 1987, année où l'incidence du 'SIDA' culmina et allait baisser. Ceci suggère que les décès ont été causés par l'AZT et d'autres médicaments, et non par un virus. Le CDC indique avec prudence : « Les décès de personnes avec un diagnostic SIDA peuvent être dus à toutes sortes de causes – c'est-à dire que le décès peut être ou non associé au SIDA ».

Pour parler de moi-même, je n'ai plus d'exutoire autre qu'Internet pour mes articles sur le SIDA. Le *New York Native* qui avait publié plus de cinquante de mes articles de 1985 à 1996 a été détruit par un boycott mené par Act Up, dont les dirigeants étaient en collusion avec Big Pharma. Le peu d'autres publications qui m'avaient publié ont soit plié soit succombé devant l'orthodoxie du SIDA. Plutôt que de taper ma tête contre un mur de brique je me suis tourné vers d'autres sujets : les poètes de l'Angleterre Romantique, surtout ceux du cercle Shelly-Byron, et l'histoire gay.

Au même moment où Internet favorise la pensée critique sur des sujets autrefois interdits, il y a un climat de conformisme qui affecte la grande masse des Américains. Il y a un climat de peur – la peur de sortir des sentiers battus – la peur de remettre en question les discours officiels. Je suis fier de la conférence que j'ai donnée à Vienne en 2010, 'Le Canular du SIDA et les Homosexuels Masculins' et j'ai envoyé un lien au rédacteur en chef d'une des publications gays qui me publiait régulièrement. Il a refusé de le lire et m'a écrit : « Vraiment, c'est de la pure idiotie. ARRETE !!! ». Il a publié de nombreux articles de l'orthodoxie du SIDA mais a refusé avec colère de publier ne serait-ce qu'une lettre d'un critique canadien du SIDA.

En 1984 toutes les publications gays étaient remplies de pleines pages de publicités en couleur pour les poppers. Plus maintenant. Bien que les poppers sont supposés être illégaux, on peut les obtenir facilement par Internet ou sous le comptoir des établissements de commerce du sexe. Un bar à Vienne en vend à 12 euros.

A la place des poppers les publications gays diffusent des publicités pour des 'traitements VIH'. *The Advocate* de décembre 2013 a une page de publicité pour le Tivicay (dolutegravir), quatre pages de publicités pour le Stribild (surtout des avertissements, « traitement complet du VIH en une seule pilule par jour. ») et quatre pages de publicités pour le Complera (également surtout des avertissements, « Un traitement du VIH complet en une seule pilule par jour »). Stribild et Complera sont tous deux fabriqués par Gilead. Les homosexuels masculins représentent toujours encore le marché principal pour les 'traitements VIH' parce que, contrairement à la population générale, ils sont ciblés pour le dépistage VIH – avec ses tests ELISA et Western blot non valides et qui ne servent à rien.

Pour moi tout à l'air encore bien sombre, mais finalement la vérité éclatera, et j'espère que ce sera de mon vivant.

John Lauritsen, Université d'Harvard, AB 1963. Avant de prendre sa retraite Lauritsen était analyste d'études de marché. Il est l'auteur de onze livres parmi lesquels La Guerre du SIDA : Propagande, Affairisme et Génocide perpétrés par le Complexe Industriel Médical *et* Poison par Prescription : l'Histoire de l'AZT.

Paganpressbooks.com

Le VIH était programmé pour célébrer son 30ème anniversaire le 23 avril 2014. C'est ce jour-là de 1984, lors d'une conférence de presse mise en scène par Margaret Heckler, Ministre de la Santé de l'administration de Ronald Reagan que le gouvernement américain claironna au Monde entier que « la cause probable du SIDA a été trouvée ». Elle attribuait la 'découverte' à un bureaucrate de la recherche sur le cancer à l'éthique douteuse, le Dr Robert Gallo de l'Institut National de la Santé (en anglais le NIH – NdT).

Ceux qui ont étudié pendant des années cette théorie d'une fausse science politisée, comme l'a fait la vidéo journaliste d'investigation et auteure Joan Shenton, savent que l'immunodéficience 'remarquée'

chez un petit nombre d'homosexuels masculins au milieu de l'année 1981 (par une autre agence US, les Centres de Contrôle des Maladies) n'avait rien à voir avec un mystérieux agent pathogène rétroviral. Elle était de causalité multifactorielle. Voici un bref historique de ce qui s'est vraiment passé parmi les homosexuels masculins urbains, les consommateurs de drogues dures, et les Africains et Afro-Américains pauvres depuis 'l'invention du virus du SIDA'.

Les années 1960 et 1970

I. **Prélude à l'orage :** Les révolutions sexuelle, gay et de drogue ouvrent la voie à la déficience immunitaire.

1981

II. '**Déficience Immunitaire liée à l'Homosexualité' et 'SIDA' :** La tempête parfaite fait des ravages suite à (1) des agressions chroniques et graves d'agents pathogènes provenant de relations intimes avec des partenaires multiples, (2) une exposition sans précédent aux toxines de la drogue tels les 'poppers' et la cocaïne, et (3) le harcèlement des homosexuels, le stress provoqué par la peur, tandis que le CDC 'remarque' le premier la déficience immunitaire en juin 1981.

1984

III. '**Invention du Virus du SIDA' :** Des bureaucrates des maladies infectieuses du CDC et du NIH, qui n'avaient pas eu de bonne épidémie à poursuivre depuis la polio, ont fabriqué une explication de théorie microbienne du 19ème siècle pour la maladie amorphe qui n'existe pas, le problème de santé que par définition ils ont décidé d'appeler 'SIDA', baptisé 'La revanche de Dieu contre les homosexuels' par le Droit Religieux émergeant, et en même temps adopté par des militants gay dans le déni comme 'maladie de monsieur tout le monde'.

1986

IV. **Le SIDA sur ordonnance :** ‘Act Up’, la FDA et Big Pharma créent une alliance impie menant à des milliers de morts, tels des lemmings saisis de peur se ruant dans un océan d’AZT à haute dose.

1987

V. **Duesberg, la dissidence et le jeu du nom VIH :** Le Dr Peter Duesberg rejette la mauvaise science de ses anciens collègues, entraînant la création d’un mouvement dissident dans le Monde entier (Perth, Rethinking, Mbeki, et autres), mouvement ignoré par les médias de masse et attaqué comme étant du type ‘négationniste’ de l’Holocauste par l’Industrie du SIDA. Pendant ce temps les gouvernements US et Français étaient prêts à se partager la richesse des tests anticorps, rebaptisant le ‘LAV’ de Montagnier et le ‘HTLV-III’ de Gallo en ‘VIH’ politiquement correct et rentable.

1992

VI. **Le SIDA selon les définitions CD4 du CDC :** Etant à court de maladies ‘définissant le SIDA’, les bureaucrates du CDC du gouvernement US ont considérablement élargi leur définition du SIDA jusqu’à 200 lymphocytes T ou moins, sans nécessairement présenter de maladie, puisque ‘l’épidémie’ décline et que le nombre de morts provoquées par l’AZT et par d’autres inhibiteurs de transcriptase inverse augmente.

1996

VII. **Vous devez avoir une HAART, des tas et des tas de HAART** (Highly Active Antiretroviral Therapy – Thérapie Antirétrovirale Hautement Active – NdT) : La théorie ‘frappe fort, frappe tôt’ de la charge virale (à partir de fausse science) du Dr David Ho conduit à administrer des cocktails chimiques moins toxiques à de soi-disant ‘positifs au VIH’, piégeant des millions de personnes dans des ‘traitements’ à vie induisant la mort.

2000

VIII. **Délocalisation et déchargement du non existant 'SIDA hétérosexuel' des Blancs Occidentaux vers l'Afrique et chez les Afro-américains :** Le SIDA en étant Noir et le Tiers Monde pauvre, avec l'opposition de Mbeki contre les hallucinations racistes des pratiques sexuelles africaines. 'L'épidémie' du SIDA hétérosexuel prédite ne s'est jamais concrétisée à l'Ouest du Caucase. La théorie fut alors réassignée aux Noirs hétérosexuels de l'Afrique sub-saharienne, minés depuis longtemps par une eau d'abreuvement chargée de germes pathogènes immunosuppressifs, par la malnutrition, le manque d'assainissement et par une multitude de maladies anciennes.

En ce 21ème siècle

IX. **L'Industrie VIH/SIDA explose :** A l'aube du 21ème siècle, le directeur du NIH/NIAID, le Dr Anthony Fauci, avait passé plus de 15 ans à faire la promotion de la théorie du germe pathogène unique du SIDA avec des dizaines de milliards de dollars provenant des taxes et impôts, refusant de dépenser un cent sur une hypothèse multifactorielle alternative. Le Président George Bush a annoncé une dépense de 50 milliards de dollars pour le PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief – Plan présidentiel d'urgence de lutte contre le SIDA – NdT) (assumant le fardeau de l'homme blanc en Afrique). Des milliers de très lucratives 'organisations à but non lucratif', des célébrités du ruban rouge intéressées et des fabricants de pandémies à l'USAIDS ont fait apparaître de nouveaux clients pour l'avidité de Big Pharma, pendant que HAART poursuivait son agression sur les soi-disant 'positif au VIH', et que le total des dépenses du gouvernement américain sur le 'VIH/SIDA' approchait 400 milliards de dollars. Montagnier, qui le premier a abordé les 'cofacteurs du VIH' en 1990, s'est encore davantage retiré de la théorie

du germe pathogène unique, dans une interview deux ans avant son Prix Nobel de 2008 pour la 'découverte' du VIH. Montagnier a clairement affirmé dans le documentaire *House of Numbers* : « Nous pouvons être exposés au VIH de nombreuses fois sans être infectés d'une manière chronique. Notre système immunitaire se débarrassera du virus en quelques semaines, si vous avez un bon système immunitaire ». Pour ses remarques franches il a été ostracisé par l'orthodoxie VIH = SIDA qui parle de lui dans l'histoire du 'VIH/SIDA' comme une sorte de 'non-personne'.

2014

X. **Tester et Traiter et la Folie de la PrEP :** (PrEP pour Pre Exposure Prophylaxy – Prophylaxie avant Exposition – NdT) Fauci s'acoquine avec Gilead (laboratoire pharmaceutique critiqué pour ses pratiques abusives sur les droits de propriété intellectuelles– NdT) dont il avait nommé le PDG John C. Martin au conseil consultatif de son NIAID (National Institute of Allergy and Infectious Diseases – Institut National de l'Allergie et des Maladies Infectieuses présidé par Fauci – NdT), se servant du Truvada (un des médicaments les plus utilisés pour 'combattre' le VIH – NdT) qui avait été 'offert' à plusieurs milliards de dollars, confirmation biaisée, expériences 'd'essais cliniques' sur des sujets du Tiers Monde, la FDA s'acoquine avec Gilead pour promouvoir la chimiothérapie 'ARV' (antirétrovirale) aux 'positifs' non malades et 'négatifs' aux anticorps. Le 'VIH' célèbre son 30ème anniversaire le 23 avril 2014 et Fauci, le propagateur de la théorie de la 'maladie du VIH', s'est approché (le 3 novembre 2014) des 30 années en tant que tsar non élu de US AIDS.

(Pour une discussion longue sur la fabrication de Sexe = VIH = SIDA = Mort, voyez sur : v.gd/0UvR3m)

Ancien reporter et porte-parole de la presse, Terry Michael dirige le Centre de Washington pour la Politique et le Journalisme qui est engagé dans l'amélioration du journalisme des affaires publiques. Ses textes et reportages d'investigation personnels remettent en question la science politisée corrompue, incluant l'escroquerie VIH/SIDA.

terrymichael.net

Durant trois décennies nous avons vu la métamorphose de l'épidémie du SIDA des années 1980 en un VIH/SIDA hybride, qui en 2010 devint finalement une pandémie VIH. Le VIH/SIDA a été concocté pour dissimuler le fait que depuis 1993 bien plus de la moitié des nouveaux cas de SIDA aux Etats-Unis étaient exempts de maladie. C'est ainsi qu'un véritable problème de santé a été transformé en fantasme de santé publique VIH. Une conséquence surréelle de cette transformation était le titre 'Etude des mèches de cheveux' qui est apparu dans le *San Francisco Chronicle* du 5 novembre 2009. L'article divulguait que la ville de San Francisco conjointement avec l'Université de Californie de San Francisco recrutait des hommes et femmes aux cheveux foncés négatifs au VIH pour prendre des médicaments anti-VIH. Les buts déclarés de cette étude étaient : 1) de voir si on pouvait se servir de la présence des médicaments dans les cheveux comme moyen de déterminer si les patients se conformaient aux traitements anti-VIH prescrits, et 2) de voir si les personnes négatives au VIH tireraient un bénéfice de la prise des médicaments.

Le but numéro un soulève de graves problèmes en matière de droits sociaux et de droits de l'homme. Le but numéro deux est tout simplement de la folie. Les médicaments anti-VIH font partie des substances les plus toxiques jamais approuvées à l'intention des humains. Ils se présentent avec des étiquettes avertissant de conséquences pouvant menacer la vie. Le média omet de déclarer que le cancer compte maintenant pour 25 à 35% des décès chez les personnes positives au VIH qui prennent la combinaison de médicaments anti-VIH connue sous le nom de HAART. Personne n'a jamais affirmé que le VIH provoque le cancer. La cause première de tous ces cancers c'est HAART. Aujourd'hui HAART est responsable

pour environ les trois quarts de toutes les maladies et décès parmi ceux qui prennent les médicaments. Le chiffre véritable est probablement plus élevé mais un comptage plus précis n'est pas possible.

En 1999, Orenstein et LeGall-Salmon nous ont prévenus que « la thérapie à base de combinaison antirétrovirale …… fait courir aux patients touchés par le VIH un risque élevé de réactions indésirables aux médicaments et d'interactions. De graves hépatites ont été rapportées avec toutes les classes d'antirétroviraux actuellement disponibles ». Il n'est pas surprenant que l'insuffisance hépatique soit devenue la première cause de décès parmi ceux qui prennent les médicaments anti-VIH.

L'AZT (un analogue nucléosidique) a été le premier médicament anti-VIH. Les analogues nucléosidiques sont la colonne vertébrale de HAART. Les analogues nucléosidiques ont été élaborés dans les années 1960 en tant que chimiothérapie du cancer pour tuer les cellules en division. Ils sont cytotoxiques ce qui signifie qu'ils sont toxiques pour les cellules. Une des manières de cette classe de médicaments pour tuer les cellules c'est d'arrêter la synthèse de l'ADN. Par conséquent les analogues nucléosidiques sont cancérogènes. Avant l'avènement du SIDA, l'AZT n'était pas utilisé pour traiter le cancer parce qu'il était trop toxique. Si un médecin avait prescrit des analogues nucléosidiques à vie à un malade du cancer, il aurait été coupable de faute professionnelle, aurait probablement été radié de l'Ordre des Médecins, et aurait pu atterrir en prison. Mais si vous avez des anticorps qui vous font réagir positivement à des soi-disant tests VIH, les soins standards c'est de vous traiter à vie avec ces médicaments – qui, grâce aux médicaments, ne sera que bien trop courte.

Pour maintenir à un niveau élevé les bénéfices et l'hystérie du SIDA, la commercialisation des tests VIH et HAART a été déplacée des zones relativement exemptes de SIDA des Etats-Unis et d'Europe vers l'Afrique et d'autres régions pauvres du Monde. Bien entendu les Africains ne peuvent pas payer les dépenses colossales des médicaments mais les contribuables des Etats-Unis (essentiellement) et d'Europe le peuvent et le font. Une législation telle que le programme

américain PEPFAR fournit des dizaines de milliards de dollars afin que les compagnies pharmaceutiques puissent déverser en Afrique leurs médicaments anti-VIH.

Alors que les horreurs des médicaments anti-VIH ne sont pas rendues publiques aux Etats-Unis, les Africains parlent librement de 'l'horrible face des médicaments antirétroviraux'. En 2005, le Service de Presse des Femmes et Enfants Africains (à Nairobi) (ONG qui se focalise sur la manière dont sont traités les femmes et enfants africains dans les médias) a prononcé un exposé dévastateur sur la toxicité de HAART. Quelques extraits donnent un aperçu du rapport :

« Considérés comme l'intervention clé pour prolonger la vie de ceux qui sont infectés par le VIH, les médicaments antirétroviraux s'avèrent désormais être mortels … »

« Des médecins racontent des histoires d'avoir été témoins de malades décédant pour n'avoir pas réussi à vaincre les effets indésirables mortels des ARV. »

« Ces effets indésirables deviennent mortels si ceux qui administrent les médicaments n'ont pas les compétences pour les diagnostiquer à temps. »

Pour cacher le fait que HAART provoque les maladies du SIDA et la mort, le Syndrome de Reconstitution de l'Immunité (en anglais IRS ou IRIS ou IRD) a été inventé. D'après le CDC, le but de HAART est d'accroître le nombre de lymphocytes CD4 et de baisser la quantité de VIH, appelée charge virale. Néanmoins, « l'amélioration des taux de CD4 et le taux de diminution de virémie [charge virale] sont formellement associés avec le risque IRIS ». Il est important de comprendre que l'IRS n'apparaît *qu'après* l'absorption de médicaments anti-VIH. Si vous avez les maladies avant le traitement elles sont appelées SIDA. Si exactement les mêmes maladies apparaissent après avoir pris HAART et que les buts du CDC sont atteints, elles sont appelées IRS.

HAART est hautement toxique pour les mitochondries, menant à la défaillance de nombreux organes – muscles, pancréas, foie, cœur, système nerveux périphérique, cerveau provoquant l'acidose lactique

et la mort. Les malades et le public sont ignorants des deux maladies graves les plus communes provoquées par HAART. Il n'est pas rendu public qu'environ 50% des malades qui prennent HAART tombent malades avec des lésions cérébrales appelées leuco-encéphalopathie multifocale (PLM) en quelques semaines ou mois et que 11 à 83% des malades perdent une partie ou la totalité de leur vision.

Les associations africaines locales, telle que Treatment Action Campaign (TAC), travaillant pour les compagnies pharmaceutiques, ont été chargées du travail de minimiser l'incidence élevée et l'ampleur de la toxicité de HAART. TAC veut que les gens croient que l'IRS est un signe que les médicaments anti-VIH améliorent le système immunitaire d'une personne. Ce tour de passe-passe ne tente pas seulement d'éclairer sous un jour favorable l'IRS mais permet également la baisse apparente des maladies et des décès définis SIDA par un artifice comptable en les renommant IRS. Georges Orwell et Lewiss Carroll doivent se retourner dans leurs tombes.

David Rasnik a obtenu un doctorat en chimie à l'Institut de Technologie de Géorgie. Il a une expérience de plus de 20 ans dans l'industrie pharmaceutique/biotechnologique, travaillant sur le cancer, l'emphysème, l'arthrite et les maladies parasitaires. Il était membre du Groupe Consultatif Présidentiel du SIDA d'Afrique du Sud. Son dernier livre est La Théorie du Déséquilibre Chromosomique du Cancer : La Progression Autocatalysée de l'Aneuploïdie c'est la Carcinogenèse, *et il est actuellement Conseiller Scientifique en Chef pour le Bureau de Justice Médicale et Scientifique.*

davidrasnik.com/Home.htlm

Le 23 avril 2014 a marqué les 30 années depuis le jour où Margaret Heckler a annoncé au Monde que le VIH était 'la cause probable' du SIDA, lançant une guerre toujours en cours contre un microbe. Mais quelles victoires ont été obtenues sur le champ de bataille ?

- Pas de pandémie mondiale ou de pertes de vies massives.
- La population d'Afrique du Sud a grimpé de plus de 20 millions de personnes en 1986 à plus de 50 millions en 2011 ; une augmentation de plus du double.
- Pas d'épidémie en Russie, en Ukraine ou en Biélorussie.

Mais l'hystérie sur le VIH/SIDA a conduit à ce que des centres du SIDA poussent comme des champignons et à mettre en avant la médecine privée. Des femmes enceintes en bonne santé auxquelles on donne un résultat de test positif sont les victimes de ces poisons malgré le fait que la grossesse en elle-même, parmi d'autres états corporels, peut réagir au test comme le ferait le VIH.

Depuis 1995 la Loi Fédérale Russe exige le dépistage obligatoire du VIH pour les donneurs de sang et d'organes, et ceux qui souffrent de maladies particulières. En 2011 tout dépistage devint facultatif. Mais qu'en est-il en réalité ? Partout les gens sont testés contre leur gré, les femmes sont testées trois fois durant leur grossesse. Personne n'a de compte à rendre pour ces violations de la loi. Il est plus facile de se soumettre que de se plaindre.

Le résultat c'est la destruction systématique de la famille. Des mères sont contraintes à l'avortement. Si elles refusent on leur administre des médicaments antirétroviraux qui détruisent le système immunitaire. Ce qui équivaut au génocide d'une nation.

Dans ma correspondance avec des femmes enceintes de différentes régions de Russie j'entends parler de la tromperie des médecins du SIDA. Des femmes enceintes en bonne santé auxquelles on donne un résultat de test faux positif sont humiliées par les professionnels de la santé. Les centres du SIDA les traitent de toxicomanes et de prostituées ; elles sont constamment harcelées, rendant infernale une grossesse normale.

Alors que le lait maternel était autrefois condamné pour être un mode de transmission du SIDA, les experts disent maintenant qu'une protéine de ce lait peut protéger les enfants contre les infections.

Mais les femmes continuent de prendre des antiviraux toxiques au lieu d'allaiter à cause de la menace de se voir enlever leurs bébés si elles devaient se battre contre l'empoisonnement d'elles-mêmes et de leurs enfants. Ceci est douloureux pour des femmes dont l'instinct naturel leur dit ce qui convient le mieux pour leur famille. Bien qu'un refus légitime de médication soit sanctionné par l'Article 20 de la Loi Fédérale Russe, ceci est ignoré par les centres du SIDA qui exercent leur pouvoir et impliquent des travailleurs sociaux et des procureurs, qui donnent suite à des accusations de maltraitance d'enfants mais qui ne mettent pas en doute le requérant.

Des questions surgissent : Qu'est-ce qu'un centre du SIDA ? Qui y travaille, des bourreaux en blouse blanche ? Qui leur a donné le droit de contrôler les destinées de personnes sur la base d'une analyse peu fiable ?

D'énormes quantités d'argent sont dépensées en Russie :

- En 2012 plus de 600 millions de dollars ont été alloués sur le budget fédéral à la détection et au traitement de l'infection au VIH.
- En 2013 le même montant a été alloué.
- En 2014 le montant total du budget alloué dans la lutte contre le VIH était de 600 millions de dollars, sur lesquels 550 millions étaient réservés pour les antirétroviraux – c'est plus d'argent pour les médicaments que pour la recherche sur un virus qui n'existe pas !

Les antirétroviraux tuent les cellules de la moëlle osseuse et le système lymphatique de l'intestin – qui font partie du système immunitaire. Donc ces médicaments, dans leurs effets, provoquent l'immunodéficience, et n'y remédient pas. En détruisant l'immunité des mères et des enfants, par voie de conséquence, ils détruisent notre patrimoine génétique.

Dans les notices que l'on trouve avec ces médicaments il est clairement indiqué que leur innocuité durant la grossesse n'a pas été

établie. Les femmes enceintes ne veulent pas les prendre ou les donner à leurs enfants. Et malgré tout elles sont forcées à le faire. C'est encore plus pervers lorsque l'argent pourrait être mieux dirigé vers des médecines traitant des maladies réelles.

En dépit des nombreux travaux prouvant l'absurdité de la théorie virale du SIDA, de la non fiabilité du dépistage et de la toxicité mortelle des antirétroviraux, le dépistage généralisé du VIH se poursuit.

Les médias prétendent que l'information dissidente n'existe pas et ils continuent à propager le dogme VIH/SIDA. C'est pour cette raison que les dissidents de Russie, d'Ukraine et de Biélorussie – en règle générale des personnes séropositives qui sont tombées dans le piège du SIDA – se sont réunies et ont lancé une pétition pour arrêter le dépistage du VIH ; pour en finir avec toutes les conséquences d'un diagnostic positif.

Le Dr Irina Sazonova est médecin, experte du Conseil Central du Mouvement Public Tous Russes 'Les Parents Tous Russes', et est membre de l'Union des Journalistes de Moscou.

SIDA. VIH. Prononcez ces mots avec la ferveur religieuse qu'ils méritent. Et ne faites pas d'erreur, ce sont des religions, rien de plus, rien de moins. Ce qui pourrait vous faire penser qu'ils sont facilement rejetés – un système de croyance aux contes de fées pour ceux parmi nous qui se laissent facilement duper. Mais rien ne pourrait être plus éloigné de la vérité. La religion est, dans les sociétés humaines, la force la plus puissante sur Terre. Et cette chose – 'VIH/SIDA' est une partie intégrante de l'église de libéralisme et de technologie de cette fin de XXème siècle.

Si vous avez sondé ses profondeurs vous avez réalisé qu'elle ne comporte pas de science, pas de mathématiques, rien de concret qui puisse satisfaire votre esprit, même si vous deviez lui permettre de voyager sans retenue dans un territoire interdit. Ne faites pas d'erreur, elle est en grande partie vraiment interdite : pour nous demander pour quelle raison nous craignons les relations sexuelles, pour quelle raison

nous souhaitons sacrifier les volontaires et les appelés à un Seigneur des Ténèbres de la honte et du désespoir tel que le démon du SIDA.

Mais j'exagère. Laissez-moi vous le dire autrement. Quelque temps après l'invention de la machine à vapeur et avant la généralisation de l'ordinateur domestique, nous avons réussi à nous débarrasser – pour l'ensevelir sous des couches de plastique – de notre nature tribale et des croyances surnaturelles qui l'accompagnaient. Nous l'avons remplacé par un dieu de technologie, qui mangeait, exsudait et se formait lui-même à partir du pétrole, mais qui nous cachait sa source d'énergie, drapé en lumière électrique et en mouvement. Ce nouveau dieu pouvait nous fournir des loisirs, une agriculture mécanisée, des automobiles, des voyages en avion, du sucre et du chocolat, des oranges en hiver, des bananes toute l'année, et ce nouvel stimulateur de vie appelé 'plastique' qui forme désormais le fondement tordu d'un monde déterminé à amasser de plus en plus jusqu'à … (Et nous n'avons pas de réponse à cette question, mais ça n'a pas l'air très prometteur, si vous prenez, et je le fais, le Japon comme un présage).

Mais j'exagère – encore ! Eh bien, comment je peux le dire autrement ? Nous avons toujours un dieu. Aujourd'hui notre dieu vit en prétendant que nous n'en avons aucun parce que nous avons la 'science'. Ce nouveau 'Deus-ex-machina' tout puissant vit dans ce point aveugle – nous avons le culte de l'ingénierie et de la technologie et l'insufflons avec la même force que le fait n'importe quel(le) fondamentaliste pour sa croyance.

Trouvez un athée déclaré et vous serez sans doute en présence de quelqu'un qui s'adonne au culte de la science exactement et avec le même aveuglement que le prélat ou le prêtre chrétien du Moyen Age s'adonnait à sa notion de Yahweh ou Yeshua ('Jésus'). Mais ce n'est que la notion (l'idée à l'échelle humaine) de 'dieu' ou de 'science' que nous vénérons. Nous ne pouvons pas voir la vérité. La vérité est au-delà de nos petites capacités. Nous sommes capables de voir de petits détails. Nous nous imaginons qu'en en additionnant quelques-uns nous sommes arrivés à la 'vérité'. (Nous imaginons de manière fausse)

Nous ne pouvons pas appréhender le champ entier de la vie ; nous n'en voyons que très peu et nous pensons que c'est beaucoup. Nous ne

pouvons voir le raisonnement de l'Univers pas plus qu'une fourmi ne peut payer vos impôts à votre place. Les fourmis sont d'une conception et complexité stupéfiantes – mais elles ne peuvent pas démêler le mystère du système fiscal (ou se servir d'un stylo ou d'un traitement de texte) pas plus que nous ne pouvons sonder la nature de la Nature, ou celle de l'Univers.

Nous nous racontons des histoires afin que tout aille bien pour les choses invisibles et qu'on ne connaîtra jamais, de les rendre tolérables et discutables d'une façon quelque peu palliative. Nous adorons les idoles que nous livre notre psychisme humain limité. Si nous faisons l'erreur de croire en l'historicité (l'absolue vérité historique) d'une histoire construite par des hommes regroupés – nous devenons les idiots de l'histoire.

Nous sommes une espèce religieuse. Argumentez contre cette affirmation et vous allez bientôt créer une autre croyance. Tuez une religion, et une autre renaît de ses cendres, en revêtant un nouveau voile sur les mêmes os, tripes et dents. Tuez une grande et universelle coutume tribale et elle renaîtra dans un nouveau costume. A savoir : la vaccination se place juste au-dessus du baptême. Ce sont les mêmes rites exécutés par un clergé différent. Tous deux accueillent un enfant dans le Monde et prétendent écarter les démons futurs. La 'science' de la vaccination est si médiocre et délabrée que seul un idiot la défendrait avec des arguments sincères.

Et Dieu aide les universitaires qui ont atteint leurs statuts mais il a un changement d'avis subséquent sur le projet médical. Dans notre Monde moderne personne n'est aussi cruel et inhumain que les grands prêtres de la médecine, qui ne peuvent tolérer la pluralité des opinions dans leurs rangs. Ils font tous les efforts pour détruire les dissidents dans le couvent. Vous pouvez nommer ceux qui ont été cloués au pilori pour un changement d'avis : Pauling, Wakefield, Duesberg, Culshaw, Fishbein, Rath, Humphries – et beaucoup d'autres dont vous n'avez pas entendu parler. Sortez du rang, et vous êtes un apostat, et vous porterez cette renonciation sur la croix qu'ils érigent pour vous dans leurs journaux. Parce que ces sciences sont une religion moderne.

Le SIDA (ou VIH) se situe au sommet des anciens interdits du rapport sexuel avec ‘les autres’. C’est-à dire, la notion moderne que les races et classes dénigrées (les Africains, les homosexuels masculins et les toxicomanes) meurent parce qu’ils ont des relations sexuelles n’est qu’une très légère variante de la notion Victorienne (ou Lévitique) que ces races dénigrées mourront (ou devraient mourir) parce qu’ils ont des rapports sexuels non chrétiens, (ou non judaïques, ou quelle que soit la tribu qui argumente. Chaque tribu a ses règles et interdits contre les rapports sexuels avec ‘l’autre’).

Nous sommes des êtres spirituels, des adorateurs de la nature et des conteurs de la fabrication d’outils. Et cela devrait suffire, mais nous avons abandonné la nature et commencé à adorer notre propre égo lorsque nous avons découvert, grâce au pouvoir de l’énergie du pétrole et du charbon, comment (momentanément) subvertir et dominer la nature même. Nous avons tué nos vieilles coutumes, et en un coup, les avons remodelées pour en faire une société de fourmis de haute technicité.

Vous allez devoir me pardonner pour avoir l’air d’un philosophe des Lumières particulièrement froid qui dénigre les prétendus progrès. Mais je suis d’humeur profondément inamicale au sujet du progrès humain. C’est juste que je souhaite que nous arrêtions d’essayer d’être meilleurs que nous le sommes, parce que nous ne faisons qu’empirer les choses.

Liam Scheff est journaliste, auteur, artiste, animateur de radio et conférencier sur les mythes de la science, de la politique et de la culture. Son livre Histoires officielles : Contre-Arguments pour une Culture en Besoin *couvre les mythes de la science et de la culture modernes.*

Liamscheff.com

En tant que médecin, le SIDA n’était pas un sujet qui m’attirait particulièrement. Je m’y suis intéressé contre mon gré, ayant été

déclaré positif au soi-disant VIH à la suite d'un test frauduleux en juin 1987.

Les six premières années ont été atroces, jusqu'en 1993 lorsque j'ai entendu parler par hasard de la dissidence du SIDA grâce aux travaux de Lluis Botinas et Alfredo Embid (qui m'ont aidé à assimiler les écrits, d'abord ceux de Duesberg, Mullis, Shenton, Lauritsen, C. Farber, Giraldo, et ensuite ceux d'Eleopoulos, Kremer, Lanka et d'autres).

Convaincu des détails et de l'étendue de la fraude, j'ai été déterminé à diffuser par tous les moyens possibles l'information sur ce problème important., surtout auprès des victimes directement affectées par la fraude, et également à d'autres.

Depuis 1998, grâce à l'ampleur des révélations de scientifiques et de professionnels engagés, une information critique de la science qui se cache derrière le SIDA a eu une large exposition se traduisant par l'apparition de sites web dans pratiquement toutes les langues et aussi de personnes de différents pays se rassemblant avec l'intention de mettre fin à cette fraude. Plus récemment les réseaux sociaux ont également permis de propager l'information. Néanmoins, dans les médias de masse traditionnels, surtout dans la presse et les réseaux de télédiffusion, il y a toujours une absence totale de l'information dissidente au sujet du SIDA.

Les personnes directement affectées par cette fraude ressentent un immense sentiment de gratitude envers tous ces scientifiques et chercheurs qui nous ont aidé à ouvrir les yeux. Cette gratitude s'étend sans distinction à tous, indépendamment des désaccords qui peuvent exister entre les groupes et mouvements. Notre approche c'est de prendre de chaque personne, groupe ou école de pensée, les aspects les plus utiles et les plus positifs qui nous sont présentés, sans aller dans les désaccords qui existent entre eux, ce qui nous semble avoir aucune importance d'un point de vue pratique.

Pendant des années, en particulier après la création du réseau 'Vaincre le SIDA' ('Superando el Sida'), j'ai été impliqué dans l'adaptation et le transfert de toute cette information scientifique qui est indispensable

aux besoins pratiques et spécifiques des victimes de cette fraude, essayant de fournir des outils concrets, surtout en matière de santé, (dans le domaine des droits des malades il reste pratiquement tout à faire), dans la lutte pour surmonter cette situation.

Mais il y a toujours un grave manque de leadership de la part de ceux qui sont les plus affectés par cette fraude lorsqu'il s'agit de s'engager plus directement dans la défense de leurs propres droits et dans la lutte pour en finir ensemble avec le SIDA.

Jusqu'à présent les chercheurs et les scientifiques dissidents, risquant souvent leur réputation et leur carrière, ont grandement contribué à démystifier et à mettre fin à la fraude. Néanmoins, il y a bon nombre de facteurs, tel que le refus total de l'orthodoxie d'entrer dans un débat, qu'ils savent déjà perdu, ou l'adoption de tactiques de plus en plus agressives pour perpétuer cette fraude, ce qui a poussé certains d'entre nous à envisager d'aller un peu plus loin dans nos actions.

Je pense qu'il est bientôt temps que les scientifiques, professionnels et ceux directement affectés évaluent ce qu'il nécessaire de faire pour mettre fin à la fraude.

C'est quelque chose que nous identifierons et développerons, en examinant les questions en particulier au travers du regard de ceux qui sont directement affectés afin que nous puissions présenter ces stratégies à des personnes et groupes intéressés différents qui partagent notre détermination pour mettre fin à ce fiasco génocidaire.

Le Dr Manuel Garrido Sotelo est un médecin de Galice en Espagne et Fondateur du site web 'Surmonter le SIDA' (Superando el Sida').

Superandoelsida.ning.com

.

Avant-propos originel de 1998

Joan Shenton est très connue internationalement pour ses nombreuses apparitions sur diverses chaînes de télévision, à la radio, dans la presse et dans des réunions publiques. Jusqu'en 1987 son importance et sa réputation venaient de son expertise journalistique, par l'exploration de quelques menaces majeures sur la santé et l'exploration de problèmes médicaux, allant de la malnutrition à la toxicité de certains médicaments largement utilisés. Depuis lors elle a concentré sa perspicacité, son immense énergie et sa compassion sur la souffrance causée par les malentendus et les déceptions qui ont surgi dans le Monde entier au sujet du SIDA.

Ma première rencontre avec elle a eu lieu aux environs de 1979 lorsqu'elle m'a sollicité pour un programme de télévision sur un médicament toxique qui est maintenant retiré du marché. Ceci a été le début d'une période durant laquelle j'ai servi, avec d'autres professionnels de la santé, en tant que conseiller de la société Méditel que Joan avait fondée. Joan a reçu de nombreux prix prestigieux pour ses émissions, de télévision ou autres, ouvertes, précises et informatives sur les affaires sanitaires. Par ces discussions fréquentes et franches avec elle et ses collègues, quel que soit le sujet abordé, j'en suis venu à apprécier la qualité de son engagement dans cet important nouveau métier de journaliste médical, qui est dorénavant source de prise de conscience et souvent le principal stimulus de correction des catastrophes concernant la santé.

Ceci est la piste qui la mena vers le SIDA. Son expérience la fit douter de certaines certitudes exprimées sur la cause et le traitement. Lorsque Peter Duesberg a écrit, sur l'invitation de l'éditeur de *Cancer Research*

(Recherche sur le Cancer – NdT)), son article de 1987 sur les rétrovirus et a déclaré que le VIH ne pouvait pas provoquer le SIDA, elle a été immédiatement intéressée, d'autant plus que l'article a été ignoré et furieusement rejeté par ceux qui revendiquaient d'avoir découvert et travaillé sur ce nouvel agent. Sachant que j'avais travaillé avec l'OMS sur les aspects épidémiologiques du SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles, elle m'avait appelé pour connaître mon opinion. J'ai contacté quelques collègues du secteur pour voir ce qu'ils pensaient de l'article de Duesberg. La réponse était que c'était un non-sens. La conférence au sommet sur le SIDA à Londres en 1988 a produit un consensus qui approuva celui d'une réunion *ad hoc* à Washington en 1984 et déclarait que le VIH se répandait par transmission hétérosexuelle partout en Amérique, en Europe, en Australasie et dans tout le Tiers Monde pour provoquer le SIDA dans une pandémie de dimension et de mortalité sans précédent. Les experts et les actuaires prédisaient que cela causerait des centaines de milliers de morts en quelques années.

Depuis les événements ont montré que la plupart de ces prédictions étaient insensées et même fabriquées. Mais la croyance que partout l'ensemble de la population risquait le SIDA suite à la propagation du VIH par transmission hétérosexuelle persista chez les experts et les instances officielles, et a été promulguée comme fait indiscutable pour le grand public par toutes les autorités sanitaires. Des préoccupations légitimes à des niveaux locaux ont cédé la place à la panique au niveau international, panique nourrie par des estimations alarmistes émanant surtout de quelques sources situées aux Etats-Unis et de l'OMS et de pays du Tiers Monde où le SIDA était considéré comme une menace à la survie de la population active. Au Royaume Uni, la déclaration de Londres a entraîné une succession d'avertissements apocalyptiques dans tous les médias, notamment ceux du Health Education Authority dans ses publicités télévisée, surpassant ceux de l'Organisation Mondiale de la Santé, des Centres de Contrôle et de Prévention et d'autres instances sanitaires.

Toute tentative de critiquer tout cela, même timidement, était considérée comme de l'hérésie ou pire. Mais c'est justement ce qu'ont essayé de faire Joan Shenton et sa petite équipe, pratiquement seuls

dans le domaine du journalisme médical surtout dans plusieurs émissions de Channel 4 au Royaume Uni.

Le livre donne une description sans ambages de ce qui a mené à et a suivi cette excursion courageuse dans ce qui est devenu, à ce moment-là, la plus grande question unique dans l'histoire des sciences médicales, regorgeant de bien plus d'employés, de publications, de propagande, de prophéties, de dépenses et d'influences politiques que n'importe quelle autre question. Il est révélateur, en tant que document d'initié, parce qu'il rapporte des réponses et des attitudes avec bonne humeur sur le plan personnel. De cette manière, malgré un coût considérable à sa société, Joan Shenton a obtenu l'accès au saint des saints, et a dégonflé certaines affirmations exagérées qui sont dorénavant exemptes de tout examen minutieux critique voire indépendant.

En disant cela, je ne l'exempte pas du même impératif, ce qu'elle ne voudrait pas que je fasse. En défiant dans ce champ alambiqué les orthodoxies médicales et autres, elle est sujette, comme le reste d'entre nous, à des jugements et des interprétations avec lesquels beaucoup d'autres ne seront pas d'accord. Mais sa sincérité laisse ces pages ouvertes à la discussion si ce n'est à la correction de son point de vue solide sur la non infectiosité du SIDA (indépendamment du VIH), sur la situation en Afrique et de la chimiothérapie actuelle. Même lorsque je suis en désaccord avec elle, je peux toujours percevoir des raisons légitimes de la vigoureuse défense de son point de vue.

Au Royaume Uni et dans beaucoup d'autres pays industrialisés, le SIDA est loin d'être le désastre qui était annoncé. Ce livre aidera ceux qui sont intéressés ou touchés, à en comprendre les raisons, et à être plus réalistes sur les requêtes particulières qui surpassent toujours encore d'autres priorités médicales. Il devrait se placer comme lecture obligatoire pour les décideurs parce qu'il donne un aperçu d'une crise persistante dans laquelle de remarquables découvertes scientifiques et des efforts dévoués ont été influencés par des malentendus et par des duperies médicales et politiques envers le public sur une échelle jamais atteinte jusque-là sur le plan international.

Gordon T. Stewart - Professeur Emérite de Santé Publique – Université de Glasgow

Préface : une Hypothèse Fausse

Le plus grand obstacle de l'avancement de la science sont les idées reçues du groupe dominant. (C.H. Waddington, généticien 1905 – 1975)

Il était clair qu'il (Peter Duesberg) avait des arguments scientifiques puissants à présenter. C'est un très éminent scientifique. Et j'étais fasciné que l'establishment du VIH, comme on l'appelle dorénavant, refusait absolument de les prendre au sérieux. Leur attitude était que nous savons que le VIH provoque le SIDA. Nous avons décidé cela depuis longtemps. Nous avons réglé cela. Maintenant nous faisons des recherches sur cette base et ne nous ennuyez pas avec ça. Nous ne voulons rien entendre de ce doute au sujet de cette prémisse. (Phillip E. Johnson, Professeur de Droit, Université de Californie, Berkeley)

C'est en 1981 que le premier groupe de cas de ce qui finalement fut appelé SIDA, a été identifié chez cinq jeunes homosexuels masculins en Californie. Ils avaient tous en commun deux états pathologiques, un type de pneumonie appelée pneumonie pneumocystis carinii (en anglais PCP pour pneumocystis carinii pneumonia -NdT) et une sorte de tumeur des vaisseaux sanguins appelée sarcome de Kaposi (en anglais KS pour Kaposi's sarcoma -NdT)). Ils avaient encore autre chose en commun, ils inhalaient des poppers – des nitrites amyl et butyl. Cette drogue était utilisée régulièrement pour augmenter le plaisir sexuel et en particulier pour aider à dilater l'orifice anal et permettre le « fisting » (rapport brachio-proctique) dans le mode de vie à promiscuité agressive de ces jeunes hommes particuliers.

La liberté nouvellement trouvée qui a suivi la libération du mouvement gay des années 1970 a mené des homosexuels masculins dans un mode de vie effréné, à haut risque où le sexe assisté de drogues devenait une part nécessaire de leur vie quotidienne et les maladies sexuellement transmises (MST) concomitantes étaient plutôt considérées comme un risque récréatif facilement corrigeable avec les antibiotiques.

C'est en 1983 que le « VIH » a été annoncé comme « cause probable du SIDA » lors d'une conférence de presse à Washington, avant qu'aucun article évalué par les pairs n'ait été publié dans un journal scientifique.

La découverte du VIH et la panique au sujet du SIDA ont donné lieu à plus de 100 000 publications sur le VIH et le SIDA. Quelques 40 milliards de dollars d'argent des contribuables américains et 2 milliards de Livres au Royaume Uni ont été dépensés pour le SIDA depuis 1984. Au Royaume Uni les programmes de prévention en direction de la communauté dans son ensemble totalisent une dépense de plus de 500 millions de Livres. Pourtant, durant tout ce temps, aucun remède pour le SIDA n'a été trouvé et, bien qu'ayant été sensibilisés sur la nécessité de « pratiques sexuelles davantage protégées », les jeunes gens homosexuels sont toujours en train de développer le syndrome du SIDA.

Pour quelle raison ? Parce que l'édifice du SIDA est bâti sur l'hypothèse fausse que le rétrovirus VIH est à l'origine du SIDA et que le SIDA est une maladie infectieuse. En fait, le syndrome du SIDA ne s'est pas comporté comme l'aurait fait une maladie infectieuse. Il est resté cantonné à certains groupes à haut risque (qui seront décrits plus loin) ; des groupes qui sont déjà enclins à de graves immunodépressions.

Dès 1986, un biologiste moléculaire, le Professeur Peter Duesberg de l'Université de Californie à Berkeley, a mené son attaque contre l'orthodoxie du SIDA en exposant ses raisons pourquoi le VIH ne pouvait pas tuer des cellules et ne pouvait en conséquence pas être pathogène ou causer la mort. Ce n'est pas juste parce que l'on dit que

le VIH est présent dans la plupart des cas de SIDA que cela signifie qu'il en est la cause.

« L'association ne prouve pas la cause » dit Duesberg. Le SIDA, dit-il, n'est pas une maladie infectieuse. En tant que scientifique respecté dans le domaine des rétrovirus, il a été tout d'abord été écouté trop brièvement puis ensuite rejeté par ses pairs. Les montagnes russes de la recherche sur le SIDA étaient beaucoup trop lucratives pour être arrêtées dans ses rails par une voix discordante isolée, et une épidémie de terreur avait déjà saisi les gouvernements et la population. Pour quelle raison n'y eut-il qu'une seule voix pourriez-vous vous demander ? Eh bien, Copernic, Galilée et Christophe Collomb étaient seuls dans leurs convictions – et à la fin les faits leur ont donné raison (bien qu'il ait fallu 350 ans à l'hérésie de Galilée pour être pardonnée par le comité concerné du Vatican).

Ce livre illustrera notre défi sur ces dix dernières années contre la croyance solidement ancrée que le VIH provoque le SIDA et la réponse de l'orthodoxie à ce défi. Il décrira les relations entre des scientifiques comme Robert Gallo et Luc Montagnier, catapultés vers la gloire et la fortune grâce à leurs recherches sur le SIDA, et Peter Duesberg qui a osé s'opposer à eux. Les rivalités, jalousies et les tromperies tissées dans les politiques byzantines des laboratoires les plus financés du Monde seront démêlées.

En 1987 nous avons entrepris de raconter l'histoire de Peter Duesberg, qui avait lui-même été le premier scientifique à établir la carte de séquence génétique des rétrovirus, et qui avait jeté le gant à l'establishment du SIDA.

Duesberg ne maintient pas seulement que le VIH ne peut pas provoquer le SIDA, mais il avance l'hypothèse que l'effondrement du système immunitaire, décrit comme étant le syndrome du SIDA, est provoqué par l'usage sur de longues durées de drogues, récréatives et intraveineuses, et par certaines affections cliniques requérant des transfusions sanguines immunodépressives ou, comme chez les hémophiles, par des facteurs de coagulation sanguine. La surcharge toxique qui suit permet aux infections opportunistes de prendre possession du corps sans défense.

Dans les premiers jours du SIDA, l'hypothèse toxique était considérée comme étant un facteur causal important. Les membres du premier « groupe » d'homosexuels masculins en Californie avec les symptômes du « SIDA » avaient tous utilisé des poppers (inhalants à base d'amyl et de butyl nitrites) pour augmenter le plaisir sexuel et faciliter le rapport sexuel anal. Leur maladie a d'abord été décrite comme une immunodéficience liée à l'homosexualité (en anglais GRID pour Gay Related Immune Deficiency – NdT). Mais dès que le VIH est apparu sur la scène, l'hypothèse toxique a été abandonnée et l'hypothèse du virus/SIDA a été acceptée aussi bien par l'orthodoxie médicale que par la communauté homosexuelle.

Ce livre va creuser dans nos vastes archives et rapporter les triomphes et les frustrations de ces gens, et également d'autres scientifiques très connus, des professionnels de la santé, des personnes avec le SIDA, et beaucoup d'homosexuels et des hommes et femmes hétérosexuels qui ont osé défier ce même establishment du SIDA. Je décrirai comment notre petite société de production télévisuelle, Meditel, a entrepris son premier documentaire sur le sujet, confiants que nous pourrions remodeler la pensée des gens au sujet du SIDA – ne sachant pas alors que l'establishment allait serrer les rangs contre nous. Néanmoins, durant une période de dix ans, nous avons réussi à garder le sujet vivant avec l'aide de David Lloyd, réalisateur des séries *Dispaches* sur la chaîne de télévision Channel 4, qui nous a commandé quatre documentaires, et par la suite en réalisera un cinquième ; Joanne Sawicki, rédactrice en chef à Sky News, qui a retransmis quatre reportages plus courts sur le sujet et Terrel Cass, à la tête de la chaîne de New York « American PBS Channel WLIW » qui a acheté nos images et nous a rejoints pour un programme de discussion de deux heures. Le débat sur le SIDA s'est emparé de nos vies et nous a mené dans l'un des débats scientifiques les plus excitants du siècle.

Au cours de la réalisation de nos documentaires nous avons traversé sept fois les Etats-Unis lors de voyages de recherche et de tournage, interviewant des tas de scientifiques aussi bien orthodoxes que dissidents tout comme des personnes ayant le SIDA. Nous avons également considérablement filmé en Europe et voyagé au travers de six pays d'Afrique de l'Est et de l'Ouest. Ce livre est structuré autour

de la réalisation de ces programmes entre 1989 et 1997. Pendant que nous complétions une émission et passions à la suivante, la recherche les entourant se développa, tout comme le firent les arguments entre les scientifiques clés.

Ce que nous avons appris durant ces années c'est que la communauté scientifique n'est plus libre. Aujourd'hui la science peut être achetée, et la voix dissidente individuelle peut être réduite au silence et rejetée à cause des énormes sommes d'argent impliquées dans la protection de l'hypothèse dominante, aussi défectueuse soit-elle. Les politiques, le pouvoir et l'argent dominent le champ de recherche scientifique à un tel point qu'il n'est plus possible de tester la véracité d'une hypothèse qui est devenue un dogme. Les essais scientifiques sponsorisés par les laboratoires pharmaceutiques impliquent souvent en même temps de nombreuses facultés universitaires différentes et par voie de conséquence ligotent les voix des experts. Le dogme est gravé sur des tablettes en marbre dans des livres de médecine et les jeunes étudiants scientifiques l'avalent sans se poser de question. Ceux qui occupent déjà des places bien payées trouvent plus facile de ne pas faire tanguer la barque. Que se passerait-il ? Ils perdraient tout simplement leur emploi.

Duesberg a sa propre explication sur le puzzle quant à savoir pourquoi le dogme de l'hypothèse actuelle du SIDA reste sacrosaint.

Pour quelle raison un jeune chercheur ambitieux ne se fait-il pas un nom en le remettant en cause ? La réponse repose sur les fortes pressions conformistes exercées, à l'ère de la biotechnologie, sur les chercheurs, particulièrement sur les jeunes, non titulaires. Leur obéissance conceptuelle à l'establishment est maintenue par des accès contrôlés aux subventions de recherche, aux journaux et positions, et récompensés par des engagements pour des conférences, des prix, un bureau ou un poste de consultant (sic), des stock-options et des titres de copropriété dans des sociétés. Un dissident devrait être vraiment indépendant et préparé à des sanctions d'une grande variété.

Les éditeurs du livre *Recherche de fraude dans les sciences du comportement et les sciences biomédicales* l'expriment ainsi,
« L'esprit mercantile du milieu universitaire … et une mentalité de

marché dans la recherche ont conduit à l'anti-intellectualisme et à la malhonnêteté ». Les brevets des tests VIH, les profits de l'azidothymidine (AZT) médicament appelé anti-SIDA, et le flux de fonds gouvernementaux rendus disponibles pour la recherche sur les vaccins et la prévention du SIDA ont conduit à une collusion de consensus entourant le SIDA qui pourrait prendre des décennies à se démonter. Il faudra peut-être même attendre avant que la nouvelle génération de jeunes chercheurs ne trouve le courage et la confiance pour examiner la dernière décennie de mauvaise science qui a entouré la recherche sur le SIDA. La science a été si mauvaise que le Dr Harvey Bialy, rédacteur scientifique de *Bio/Technology* (journal qui s'apparente à *Nature*) et ami de Peter Duesberg a constamment refusé de publier la majorité des articles relatifs au VIH proposés à son journal.

Les réactions aux publications de Duesberg et à notre réflexion sur son travail ont été vicieuses. L'orthodoxie a décidé de serrer les rangs contre lui, et ses points de vue ne sont simplement pas soumis à discussion dans les journaux scientifiques. L'argument clé des membres dirigeants de l'orthodoxie pour piétiner toute remise en question de l'hypothèse VIH/SIDA a été que si éventuellement l'hypothèse VIH = SIDA = décès était exacte alors prêter une tribune au point de vue dissident aurait causé un dommage incommensurable.

Mais là se trouve l'énorme culpabilité d'une orthodoxie qui cherche à éradiquer la dissidence. Car, en l'absence de preuve clinique fiable de l'hypothèse VIH = SIDA = Décès, ça ne reste que cela – une hypothèse. L'avancement de la Science a toujours été basé en postulant des hypothèses alternatives et en les mettant à l'épreuve. En étouffant les points de vue dissidents, l'orthodoxie peut être tenue pour responsable d'un bien plus grand dommage si ces points de vue dissidents s'avèrent éventuellement justes, parce que la recherche aura été dirigée dans une mauvaise direction durant une très longue durée et la crédibilité des méthodes scientifiques aura été complètement ébranlée.

Par définition, aucune hypothèse défendable ne peut être éliminée jusqu'à ce que la science n'établisse où se situe la vérité. En attendant

ce moment, les hypothèses devraient pouvoir rivaliser les unes contre les autres dans un champ ouvert de discours intelligents et sensibles et débattre. L'orthodoxie, en étouffant le discours et le débat avec le point de vue dissident, est engagée dans un péché scientifique impardonnable en bloquant une enquête légitime sur une hypothèse qui pourrait elle-même devenir le futur point de vue orthodoxe. Pendant ce temps, des millions (de dollars – NdT) de financement en recherche et en énergie auront été mal orientés. Ainsi, d'une manière curieuse, la tentative orthodoxe de se servir d'un argument moral pour ne pas donner de tribune aux dissidents de peur de gêner la recherche a son image miroir dans le point de vue dissident. Si l'hypothèse orthodoxe se révélait être fausse, en étouffant les dissidents, l'orthodoxie deviendrait moralement responsable du dommage causé par la mauvaise direction des efforts de recherche dans la quête de la bonne réponse.

Bien que le premier article de Duesberg critiquant l'hypothèse VIH = SIDA ait été publié dans un journal scientifique de premier plan, *Cancer Research* (Recherche sur le Cancer – NdT) puis, avec difficulté, un nouvel article dans le *Proceedings of the National Academy of Sciences* (PNAS), des journaux comme *Nature* ont à maintes reprises refusé ses articles. Son ex-éditeur, Sir John Maddox, a seulement autorisé une réponse de Duesberg de quelques centaines de mots à des articles qui l'attaquaient personnellement et professionnellement et qui eux en comprenaient 2 000. Le degré de censure dans la presse scientifique et la presse grand public a été stupéfiant et sera abordé dans ces pages.

Le Conseil de Recherche Médicale, l'Union Européenne, l'Organisation Mondiale de la Santé, les Instituts Nationaux de la Santé et les Centres de Prévention et de Contrôle des Maladies des Etats-Unis, s'enfermèrent tous dans de vastes programmes SIDA et ont permis que l'argent provenant d'institutions soit gaspillé dans leur adhésion têtue à l'hypothèse virus-SIDA. Ils ont créé des cadres SIDA d'élite voyageant à la manière de nomades d'une conférence internationale sur le SIDA à une autre, y faisant brouter un ensemble de statistiques incompréhensibles sur la supposée propagation du VIH.

Duesberg a été rejoint dans sa lutte contre l'orthodoxie du SIDA par d'autres chercheurs, notamment par 500 scientifiques et professionnels de la santé qui ont formé le Groupe pour la Réévaluation de l'Hypothèse VIH/SIDA. L'un de ses membres en est le Dr Kary Mullis, Prix Nobel de Chimie en 1993 et inventeur d'une méthode très sensible utilisée pour identifier le VIH qui dit :

Je ne peux pas trouver un seul virologue qui me donnera les références qui montrent que le VIH est la cause probable du SIDA. Sur un problème aussi important que celui-là, il devrait y avoir quelque part une série de documents, des articles de recherche écrits par des gens qui sont accessibles et qui démontrent cela. Mais ils ne sont pas disponibles. Si vous demandez à un virologue cette information, vous n'obtenez pas de réponse, vous obtenez de la fureur.

Mais ce ne sont pas seulement les virologues et les corps gouvernementaux qui ont perpétré le mythe du VIH. Comme le décrit le journaliste Chris Dunkley, des « célébrités compatissantes » ont eu un énorme rôle à jouer, « avec des vedettes du cinéma et des disc jockeys arborant des mines profondément concernées pendant qu'ils enroulaient des préservatifs sur leurs doigts ».

Cette approche compatissante de célébrité n'a jamais été mieux jouée que par l'héroïne de mon enfance, la star de cinéma Elizabeth Taylor, au Wembley Stadium dans son hommage à la rock star Freddy Mercury. Il était de notoriété publique que Freddy Mercury avait beaucoup abusé de drogues durant de nombreuses années, mais l'hypothèse « virus VIH infectieux » était devenue si fermement enracinée avec sa supposée voie du sexe vers le SIDA, que Taylor n'a pas parlé des risques liés aux drogues. S'adressant elle-même aux « adolescents » et aux « jeunes adultes » elle a dit :

Vous êtes le futur du Monde. Vous êtes ce qu'il y a de meilleur et de plus brillant… Protégez-vous. Chaque fois que vous faites l'amour, utilisez un préservatif. Chaque fois. Lors d'un rapport hétérosexuel, homosexuel, bisexuel. Utilisez un préservatif où que vous soyez. Et si vous vous droguez, ne partagez pas l'aiguille. Protégez-vous. Aimez-vous. Respectez-vous. Parce que je continuerai à vous le dire jusqu'à

ce que vous le fassiez. Je ne cèderai pas, parce que le Monde a besoin que vous viviez. Nous vous aimons. Cela nous tient à cœur.

« Et si vous vous droguez, ne partagez pas l'aiguille » avait dit Taylor. Apparemment c'était bien de vous charger de drogues tant que vous ne partagiez pas les aiguilles. C'était le virus qui provoquait le SIDA donc ce qui importait c'était les aiguilles et non ce qui passait au travers elles. Seuls les préservatifs étaient importants, et non la promiscuité liée à la maladie susceptible de les accompagner.

Alors, c'est quoi le VIH ?

Le virus d'immunodéficience humain appartient à un groupe de virus identifiés relativement récemment et connus sous le nom de rétrovirus, qui sont considérés comme étant les éléments uniques de la famille des virus pathogènes (agents provoquant des maladies).

Tous les virus sont des pirates. Ils envahissent, pillent, détruisent et, quelques fois s'installent dans le vaisseau visé. Les virus sont des morceaux de matériel génétique emballé par un manteau de protéines. Ils sont faits d'ADN (acide désoxyribonucléique) ou d'ARN (acide ribonucléique). La plupart des virus sont faits d'ADN, qui est une molécule à double hélice contenant, sous forme chimique codée, toute l'information nécessaire pour construire, contrôler et maintenir un organisme vivant. L'ADN est, en fait, notre empreinte génétique.

Quelques virus sont faits d'ARN. Une minorité de ceux-ci sont appelés rétrovirus et le VIH est l'un d'entre eux. L'orthodoxie actuelle maintient que les rétrovirus comme le VIH, faits d'ARN, n'ont qu'un seul brin et lorsqu'ils rentrent dans une nouvelle cellule ils ont besoin de l'ADN de leur cellule hôte afin de survivre. Ils peuvent être décrits comme étant des éboueurs dépendant de cellule.

Les plus communs des virus à ADN sont comme des grenades à main dans une poche plastique. A l'intérieur de chaque grenade il y a un ensemble complet d'instructions indiquant l'information aux nouvelles cellules. Donc, lorsque la grenade à main entre dans une cellule, elle se duplique jusqu'à ce que la cellule soit prête à éclater comme une

graine mûre. La cellule hôte détruite déverse alors toutes les nouvelles grenades à main parfaitement formées, avides de s'en aller pour aller infecter d'autres cellules.

Les rétrovirus, comme d'autres virus, ont besoin de leur cellule hôte afin de rester en vie mais ils doivent changer leur ARN en ADN avant de pouvoir s'unir eux-mêmes avec l'ADN de la cellule hôte. Ce processus chimique utilise une enzyme appelée transcriptase inverse, qui permet au rétrovirus d'unir son ARN dans l'ADN – le cœur génétique - de la cellule qu'il envahit, où il prend tranquillement résidence et reste dormant. Une fois que le rétrovirus s'est intégré dans la cellule hôte il est appelé provirus. Si cette cellule devait se diviser, elle porterait avec elle son provirus, passager intégré, et pourrait perdre quelques particules en chemin.

Ces théories étaient largement acceptées en 1983 lorsque le VIH a été soupçonné pour la première fois d'être la cause du SIDA. Le VIH acquit alors une qualité maligne, pratiquement mystique et talismanique. Néanmoins, on a rapidement souligné que les rétrovirus sont très courants et en fait la plupart des empreintes génétiques des cellules de mammifères en contiennent un grand nombre de différents, quelques fois jusqu'à des centaines et qui apparemment restent en sommeil comme autant de micropuces épuisées.

Donc un rétrovirus est bien moins actif qu'un virus ordinaire et va rester passivement à l'intérieur du noyau de la cellule hôte, laissant croire qu'il ne fait rien. C'est pour cette raison que les rétrovirus ont été décrits comme étant doux, fainéants et bénins, à un tel point que, d'après le point de vue de Peter Duesberg, et de maintenant d'autres chercheurs, le VIH ne peut pas provoquer le SIDA.

Aujourd'hui une position au sujet du SIDA encore bien plus hérétique est exprimée par des chercheurs de Perth (Australie Occidentale), d'Allemagne ou de Suisse. Ils soutiennent que le VIH n'a jamais été isolé. Il est habituellement identifié au travers de la découverte de la présence d'anticorps qui réagissent à des protéines mélangées (test Elisa) ou à des protéines séparées (test Western Blot) que l'on dit spécifiques au VIH. Néanmoins, ces protéines sont en chacun d'entre nous et nos anticorps dirigés contre elles peuvent voir leur nombre

dramatiquement augmenter lorsque le corps est dans un état de stress immunitaire grave. D'autres moyens pour identifier le VIH consistent à amplifier le contenu génétique du rétrovirus par PCR (Polymérase Chain Reaction – amplification en chaîne par polymérase NdT). Mais, disent ces chercheurs, ce qui est trouvé ce sont des fragments de gènes ou des débris, et non un virus entier capable de continuer à infecter une autre cellule. Ils disent que c'est ceci qui a été nommé par erreur VIH. Le VIH en soi n'existe pas.

Il est toujours difficile pour des points de vue nouveaux et controversés de se faire connaître lorsque l'orthodoxie devient ancrée, comme c'est le cas avec le SIDA. Nous verrons plus loin comment le processus de révision par les pairs exercé par les journaux scientifiques peuvent exclure efficacement les hypothèses concurrentes. C'est là que le journal *Continuum* basé à Londres a joué un rôle important en publiant un flux régulier d'articles des chercheurs mentionnés ci-dessus alors qu'ils étaient rejetés à maintes reprises par les journaux orthodoxes.

La théorie que le VIH n'a jamais été isolé et qu'il a été faussement identifié remet en question tout le mécanisme des tests du VIH. Le test lui-même, dit ce groupe de chercheurs, n'est pas valide parce qu'il n'y a pas de référence absolue (pas de virus véritable) pour l'évaluer.

Nous avons mis cette théorie à l'épreuve pour une émission *Dispatches* sur Channel 4 et nous avons eu quelques résultats sensationnels. Nous avons trouvé des contradictions entre les différents kits de tests qui sont sur le marché et avons trouvé que des personnes testées positives au VIH une semaine, ont été testées négatives un mois plus tard. En plus les gens avec des taux élevés de protéines dans le sang provenant de problèmes de rhumatisme ou auto-immuns étaient testées positives au VIH alors qu'elles n'avaient aucune des maladies définies SIDA.

Ce n'est pas la première fois que la science médicale s'est trompée. Dans le passé, la manie de la contagion – le désir de rejeter la faute sur un agent infectieux exogène (provenant de l'extérieur – NdT) pour une maladie a entraîné des situations terribles. Prenons deux exemples, le fléau de la pellagre et la SMON (subacute myelo-optic neuropathy - neuropathie subaiguë

Fausse : l'Histoire de la Pellagre

Il a fallu15 années pour que la voix isolée du Dr Joseph Goldberger au sujet de la pellagre soit entendue. Depuis le 18ème siècle, cette maladie affectait les communautés pauvres d'Europe qui souffraient d'une déficience en niacine (vitamine B) due à un régime basé sur le blé qui excluait presque complètement les légumes. Le maïs avait été le régime de base dans les Amériques pendant des millénaires et les habitants précolombiens ne contractaient pas la pellagre parce qu'ils avaient appris comment extraire la vitamine B essentielle du grain durant sa préparation. Mais cet art culinaire était perdu chez d'autres civilisations.

Bien que la pellagre ne se propageait pas au-delà son groupe à risque, un indicateur classique d'une maladie non-infectieuse, et n'affectait jamais le personnel soignant, de nombreux médecins la déclarèrent maladie bactérienne. Les malades atteints développaient de terribles lésions cutanées, des dommages nerveux, la démence, la diarrhée, le syndrome de dépérissement et finalement mourraient. Les marins qui présentaient les symptômes de la maladie étaient jetés par-dessus bord de peur qu'ils n'infectent le reste de l'équipage, et lorsqu'une vaste épidémie éclata dans les communautés de pauvres fermiers dans les Etats du Sud des Etats-Unis, les malades étaient isolés dans des asiles psychiatriques et dans des prisons. En 1914, 200 000 cas furent rapportés. Ce fut alors que le Dr Goldberger fut nommé à la tête d'une commission spéciale.

Lorsque Goldberger visita le Sud et s'aventura dans les zones rurales et dans les asiles psychiatriques il remarqua quelque chose qui avait échappé aux chasseurs de microbes, tellement obnubilés par leur frénésie de trouver un agent infectieux. Il remarqua qu'aucune des personnes les plus proches des victimes de la pellagre, leurs médecins et leurs infirmières, n'avait contracté la maladie. Il remarqua aussi que les deux groupes avaient des régimes alimentaires complètement différents. Les travailleurs sanitaires mangeaient des fruits frais et des légumes et les fermiers leur habituel régime à base de blé. Goldberger

en conclut que la carence alimentaire était la cause de la pellagre. Dans un parallèle saisissant avec l'histoire du SIDA, ses découvertes furent accueillies avec crainte et colère par ceux qui étaient engagés dans l'hypothèse contagieuse. Les médecins se rassemblèrent pour le critiquer et ses théories furent ridiculisées. Il finit par être si exaspéré que dans une spectaculaire annonce pour montrer que la pellagre n'était pas infectieuse, lui-même, sa femme et 14 collaborateurs s'injectèrent des échantillons de sang, de sécrétion muqueuse et d'autres fluides corporels de patients atteints de pellagre. Aucun ne contracta la maladie. Malgré cette spectaculaire démonstration rien ne changea dans les points de vue dominants et les personnes atteintes de pellagre continuaient à mourir. La niacine, la vitamine absente des régimes des personnes atteintes de pellagre, fut finalement isolée au milieu des années 1930, cinq années après le décès de Goldberger.

Fausse : l'Histoire du SMON

De la même manière dans les années 1960 et 1970, une maladie mystérieuse touchait des milliers de personnes au Japon ; elle s'appelait SMON (subacute myelo-optic neuropathy -). Elle provoquait des paralysies, la cécité et la mort. En l'espace de quelques années 700 personnes décédèrent et 11 000 victimes gravement touchées au niveau nerveux formèrent un groupe d'entraide. Craignant un agent infectieux, les autorités sanitaires japonaises étaient inquiètes que les Jeux Olympiques à venir (en 1964 – NdT) puissent être impactés. Un virus appelé « Inoue SMON », du nom d'un des chercheurs enquêtant sur la maladie, a été accusé. Ne nombreuses victimes se suicidèrent craignant qu'elles puissent contaminer leurs familles, d'autres décédèrent de frayeur.

Heureusement le gouvernement japonais décida de créer une commission multidisciplinaire pour étudier le problème. Les virologues et infectiologues ne purent continuer leur emprise. Une bonne vieille science d'observation rentra en jeu et le travail de détective du Professeur Tadeo Tsubaki décela le problème comme étant une réaction indésirable provoquée par un usage à long terme

d'un médicament anti-diarrhéique courant appelé Entero-Vioform qui contenait du clioquinol.

Le problème était simplement un problème de toxicité – il n'y avait pas d'agent infectieux. D'autres cas furent trouvés en Suède, en Australie, au Royaume Uni et aux Etats-Unis. Des milliers de Japonais portèrent leur cas devant les tribunaux. Après une lutte qui a duré 9 ans et un travail remarquablement tenace sur le plan juridique, en particulier celui d'un jeune juriste, Etsuro Totsuka, d'une association japonaise des Droits de l'Homme, qui porta le problème sous les projecteurs internationaux, Ciba-Geigy, le fabricant de l'Entero-Vioform dut payer plus de 350 millions de Livres de compensations. A la fin, plusieurs centaines de juristes furent impliqués dans l'affaire et le douloureux processus complet avait pris 15 ans.

Il est intéressant de remarquer que ce problème n'aurait pas été résolu à l'intérieur de la communauté scientifique. La puissante mainmise des intérêts des laboratoires pharmaceutiques avait habilement réduit au silence les quelques voix dissidentes qui soutenaient l'hypothèse toxique. Ce ne fut que lorsque le procès commença que les vrais faits scientifiques vinrent à la lumière et que l'étendue des dommages et de la souffrance furent connus. Ciba-Geigy n'accepta jamais la responsabilité mais finalement retira de la vente dans le Monde entier l'Entero-Vioform et d'autres produits à base de clioquinol comme antidiarrhéiques.

Il y a beaucoup d'autres parallèles significatifs qui peuvent être dessinés des deux exemples ci-dessus lorsqu'il s'agit de débattre du VIH et du SIDA. Un facteur important qu'il faut garder à l'esprit c'est la notion que le VIH provoque le SIDA n'a jamais été autre chose qu'une hypothèse non prouvée. La mesure ultime de la justesse de n'importe quelle hypothèse c'est la réalisation des prédictions sur lesquelles elle se basait. Aucune des prédictions pour le SIDA basées sur la propagation du VIH n'est devenue réalité. Aux Etats-Unis, d'après les chiffres des Centres de Contrôle des Maladies (CDC – pour Center for Disease Control -NdT), le nombre estimé des personnes séropositives (donc vivant avec le VIH – NdT) est resté stable à un million ces dix dernières années et, paradoxalement, a même

récemment chuté à 800 000. Les prévisions gouvernementales aux Etats-Unis et au Royaume Uni en ce qui concerne les cas de SIDA ont été constamment fausses. Il n'y a, en fait, pas eu d'épidémie – bien au contraire. Les chiffres du SIDA ont baissé, mais vous ne l'apprendrez pas parce que les statistiques des CDC sont publiés sur des bases cumulatives remontant au début des années 1980. Ce que le public ne sait jamais c'est que le pourcentage des nouveaux cas de SIDA a régulièrement baissé durant ces dernières années et qu'il n'y a pas eu d'augmentation progressive annuelle des cas de SIDA (en comparant une année avec la suivante) ces dix dernières années. Mais alors, depuis quand les chiffres en réduction pour une supposée pandémie persuadent-ils les bailleurs de fonds gouvernementaux à ouvrir leurs coffres ?

En fait, la « maladie VIH » et le SIDA tels que nous les connaissons sont restés fermement confinés dans des groupes à haut risque clairement définis, à savoir les homosexuels masculins, les usagers de longue durée de drogues récréatives, les toxicomanes par intraveineuses, les athlètes et sportifs qui utilisent des produits dopants et les personnes de groupes à risques cliniques tels que les transfusés sanguins et les hémophiles prenant des facteurs de coagulation VIII impurs à 99%. Mais le politiquement correct a été un autre obstacle vers l'ouverture du débat sur le SIDA. Pointer le doigt sur le mode de vie de certains homosexuels masculins et sur les toxicomanes a froissé des susceptibilités. Il est préférable de s'en tenir au « virus venant de l'enfer » que de se concentrer sur un groupe qui avait souffert de discriminations durant tant d'années et qui émergeait désormais dans un monde de libération gay. Tout argument qui montrait du doigt ces groupes étaient immédiatement classés homophobes et appartenant à l'Extrême-Droite du spectre politique.

En dehors des groupes à haut risque mentionnés ci-dessus, tous les autres cas de SIDA rapportés l'ont été à la lumière de la manière dont a été défini officiellement le SIDA. A partir des deux premières maladies définies, le sarcome de Kaposi et la pneumonie pneumocystis carinii, observées dans le groupe d'hommes de Californie mentionné précédemment, la base pour les diagnostics de SIDA a été élargie d'année en année pour y inclure 29 maladies très différentes, de la

diarrhée à la démence, culminant avec la tuberculose pulmonaire ce qui par là inclut la plus grande partie de l'Afrique sub-saharienne, et le cancer du col de l'utérus, ajoutant plus de femmes aux chiffres globaux du SIDA. Lorsque le VIH est présent, le diagnostic est le SIDA, et lorsque le VIH est absent il s'agit simplement d'une maladie ancienne. Cette évolution régulière des règles du jeu donne libre cours à de considérables erreurs de diagnostics, auxquelles s'est ajouté le fait qu'au moins la moitié des cas de SIDA rapportés sont basés sur un diagnostic clinique non étayé par un test VIH.

Construire à partir d'une hypothèse fausse c'est comme construire une maison sur du sable. Elle restera debout pendant un moment et puis se cassera en morceaux. L'édifice du SIDA n'est pas seulement bâti sur du sable, il abrite des esprits fermés et a bouclé ses portes à tout examen minutieux. L'inexorable condamnation à mort – « vous avez au mieux dix ans à vivre » prononcée par les médecins à de jeunes hommes et femmes a abouti à des souffrances humaines les plus fortes que l'on puisse imaginer. Elle a brisé des familles, éloigné des personnes de leur communauté et entraîné à la mort psychologique et au suicide.

Il n'y a absolument aucun doute que les arguments avancés par ceux qui contestent l'hypothèse virus/SIDA n'ont pas été examinés correctement. Une censure flagrante a empêché tout débat intelligent. Le temps est venu maintenant d'ouvrir ce débat et de décrire la fabrication de ce que John Lauritsen, qui est apparu comme étant l'un des porte-paroles s'exprimant clairement sur le point de vue dissident du SIDA, décrit comme « la plus monumentale bévue dans l'histoire de la médecine »

Chapitre 1

Voyage dans la dissidence

L'expérience Lupus.

Le voyage qui m'a amené à questionner sur ce qui était perçu comme de la sagesse à propos du VIH et du SIDA a commencé en juillet 1972 durant d'agréables vacances dans le Nord de l'Espagne. J'avais débuté une diarrhée en Angleterre avant de partir pour l'Espagne. Mon état se détériora en Espagne et j'ai été admise à l'hôpital dans le Nord du pays où les médecins pensèrent que j'avais le choléra. On m'a donné un cocktail de médicaments qui, combiné avec les médicaments à base de sulfamides que j'avais achetés sans ordonnance, provoquèrent une réaction croisée foudroyante. Je commençais à développer des symptômes d'une maladie mortelle appelée lupus érythémateux disséminé (en anglais systematic lupus erythematus – SLE – NdT). Je

rentrais à Londres et fut admise au Westminster Hospital. Mon poids descendit sous 40 kilos, je développais des rougeurs qui s'étendirent sur tout mon corps, mon foie et la membrane interne de mon cœur se sont enflammés et j'avais de fortes convulsions. J'ai failli mourir et je garde vaguement en mémoire l'infirmière désespérée en pleurs essayant de prendre le pouls et qui chuchotait « elle est en train de partir ».

C'était la cortisone (un corticoïde) qui m'a sauvé la vie mais la très forte dose initiale de 80 milligrammes par jour a fait de moi une « patiente sensible aux stéroïdes ». Je pris du poids, développais un « visage bouffi » et une des articulations de la hanche commença à se délabrer. Après trois années d'usage d'une canne, je parcouru la Grande Bretagne pour trouver un chirurgien qui pourrait me donner une nouvelle hanche. Finalement je suis tombée sur Michael Freeman, chirurgien orthopédique. Utilisant une technique expérimentale qu'il avait développée pour les jeunes il a procédé à un remplacement complet de ma hanche qui m'a redonné ma mobilité.

Ma maladie a entraîné la perte de mon emploi de présentatrice à l'émission BBC *Nationwide*, mais après une année de convalescence, je suis retournée à la télévision et j'ai commencé à me spécialiser dans les récits médicaux. Mon attention s'était portée sur les blessures provenant de médicaments prescrits, ce qui signifiait s'attaquer à quelques-uns des laboratoires les plus puissants du Monde – Ciba-Geigy, Imperial Chemical Industries (ICI), Hoechst et Squibb.

Avec ma société de production indépendante, Meditel Productions, nous allions réaliser plus de 100 documentaires et remporter sept récompenses internationales. Mais ceci ne fut que le début.

En 1982, avec mes co-directeurs Alison Hawkes et Jad Adams, nous avons produit notre première série pour Channel 4 sur les lésions d'origine médicamenteuses, série appelée *Tue ou Guérit ?* et étions conseillés par le Dr Andrew Hexheimer, pharmacologue. Cette série en 6 épisodes décrivait quelques-uns des pires désastres de lésions d'origine médicamenteuses, parmi lesquels les SMON (décrit dans la préface). *Tue ou Guérit ?* a été diffusé dans de nombreux autres pays et

a été finalement utilisé par la Faculté de Médecine de l'Université de Londres dans ses cours de pharmacologie.

De nombreuses autres histoires ont suivi. Nous avons suivi le déchargement de médicaments dangereux dans les pays du Tiers Monde. Nous avons contesté la validité de la campagne visant à abaisser les niveaux de cholestérol des populations par un changement de régime. Nous avons critiqué l'usage indiscriminé des hormones exogènes chez les femmes, tel que la pilule (lorsqu'elle est prise très jeune) ainsi que l'enthousiasme pour la thérapie de remplacement hormonal – les deux augmentant les risques de cancer du sein. Aucune de ces histoires ne nous a rendus populaires auprès de la puissante industrie pharmaceutique et de ses disciples dans le champ de la médecine, mais heureusement quelques éditeurs et chaînes de télévision étaient disposés à faire connaître ces « difficiles » questions.

Faire avancer le débat sur le SIDA

Lorsque l'histoire du SIDA est apparue d'une manière spectaculaire dans la presse du monde entier, je pensais que nous devrions la laisser de côté. De nombreux journalistes médicaux et scientifiques compétents avaient embrassé la cause et il ne semblait pas y avoir de rôle pour notre type d'enquête, dans les coulisses, qui semblait pouvoir marcher.

Ce qui nous a amené à changer d'avis est décrit ci-dessous. Mais lorsque finalement nous nous sommes engagés dans ce sujet, cela nous a entraînés vers une décennie de recherches acharnées et sept documentaires pour la télévision. D'une certaine manière le SIDA était différent. Il a pris notre petite équipe par surprise. Avec tous les autres sujets auxquels nous nous sommes attelés il y avait un point précis et un résultat concret. Je pensais que le SIDA serait pareil – qu'en pointant du doigt les lacunes dans la science qui disait que le SIDA était infectieux et causé par un virus unique que nous allions au moins ouvrir le débat et faire évoluer l'opinion. Il n'en a rien été.

Je suis entrée dans le débat du SIDA avec une certaine militance journalistique, de l'innocence et du zèle. Peu à peu je commençais à réaliser que le mur de l'opposition était infranchissable. Nous affrontions une énorme collusion entre un establishment dogmatique et des gouvernements penauds victimes d'intimidations afin de remettre des milliers de millions de dollars pour continuer la recherche dans une hypothèse fausse et non prouvée. Ceci, combiné avec une croyance pseudo-religieuse dans un virus infectieux se répandant partout, promu par un lobby fortement politisé qui voulait croire au virus venant de l'enfer, avait une force dévastatrice. Nous étions déterminés, quand bien même mes propres pairs me voyaient comme une personne obsédée par le sujet. Peut-être l'étais-je et le suis encore, mais lorsque l'on a accumulé un corpus de connaissances et que l'on est mis face à des faits qui défient l'explication dans le contexte de la pensée orthodoxe, lorsqu'il devient clair que les esprits sont fermés, que l'essence même de la pensée scientifique est subvertie, la frustration peut être écrasante. Dans mon cas, cela a plus ressemblé à une noyade. Plus j'essayais, plus quiconque en position de payer notre travail devenait sceptique et incrédule.

Au lieu d'abandonner, nous avons continué à bourdonner comme des moucherons autour de nos opposants. Nous faisions cela au travers du courrier des lecteurs des journaux nationaux, en faisant le siège des rédacteurs de télévision et des émissions d'actualités avec des propositions, en approchant amicalement les membres du Parlement tels que George Galloway qui a posé une série de questions au Parlement et en organisant des manifestations devant les hôpitaux promouvant le médicament du SIDA appelé AZT (azidothymidine). Nous avons même protesté devant le Conseil de Recherche Médical (en anglais Medical Research Council ou MRC – NdT) demandant à être autorisés à voir les données brutes entourant la toxicité après l'essai AZT Concorde (plus sur ces « essais » par la suite). Rien ne bougeait. Huit années après être entrée dans le débat sur le SIDA en 1987, mon zèle initial et mon enthousiasme s'étaient transformés en un cynisme réaliste et un moment le désespoir s'installa. « Essaye un autre sujet » me dit un ami. Et je le fis. Je plongeais dans les dangers de la pilule et le cancer du sein et dans une enquête des morts subites

et leur association avec les toxiques retardateurs chimiques de flamme des matelas – tous de solides sujets pour les émissions d'actualité. Mais tous les jours de plus en plus d'appels téléphoniques affluèrent avec de plus en plus d'informations privilégiées au sujet du SIDA. Et ensuite une avalanche de demandes pour des scripts et des documents apparut. Chaque semaine je recevais des lettres et des appels de l'étranger – de médecins (certains positifs au VIH), des étudiants en médecine, de chercheurs de réseaux de télévision et de radio et de militants anti-SIDA. Notre bureau niché à l'arrière d'un grand bâtiment à Covent Garden à Londres était devenu un centre communautaire et un point de rencontre pour de nombreux hommes positifs au VIH, assoiffés d'information et de réconfort – et notre entreprise s'était transformée en une fondation de charité.

En 1989, Jay Adams, qui deux ans auparavant avait fait notre premier film sur le SIDA : *Les Voix Non Entendues* nous avait quittés pour écrire une grosse biographie de Tony Benn, l'homme politique. Ce qui laissait Felicity Milton, Nicky Hirsch et moi-même pour la recherche, pour écrire des propositions et gérer le bureau, et Michael Verney-Elliott et le biochimiste Dr Hector Gildemeister pour poursuivre leurs discours quotidiens sur le débat du SIDA.

Michael et Hector sont ce que l'on pourrait décrire comme des homosexuels classiques. Michael, dans sa cinquantaine mais en paraissant beaucoup moins était venu vers nous le premier et avait déclenché nos premières enquêtes sur le sujet. Son esprit caustique et son agilité verbale nous faisaient rester sur nos gardes. Il avait une ampleur de connaissances énorme – collectionneur d'antiquités, acteur, producteur de séries dramatiques à la télévision et maintenant le SIDA. Il décida d'apprendre tout seul les bases de la virologie et de la biologie moléculaire et pouvait tenir une conversation avec les scientifiques les plus compétents de ce domaine.

Hector je le connaissais depuis les années d'Oxford. C'est un biochimiste, grand et distingué avec des cheveux gris argentés. Il avait entendu dire que nous nous posions des questions sur le rôle du VIH et il était revenu dans ma vie avec l'insatiable curiosité d'un homme qui voulait savoir s'il risquait de contracter le SIDA. Comme il s'engageait

dans ses propres pistes d'investigations, son sens de l'incrédulité au sujet de l'énormité de « l'erreur » au sujet du SIDA était toujours rafraichissante comme l'étaient les fréquentes et animées joutes verbales au vitriol qui avaient lieu journellement entre lui et Michael. S'ajoutant à notre équipe, arriva Pascal de Bock, un Belge mince, infirmier en chef de l'hôpital universitaire de Londres. Il avait le diabète et lorsque la sentence de mort VIH fut prononcée à son encontre il fut choqué et effrayé. Il dut quitter son travail (au cas où il contaminerait des patients traités en chirurgie – bien que dans l'histoire du SIDA il n'y ait jamais eu de cas documenté de cela). Il décida de travailler bénévolement avec nous pendant plus d'un an. Il était pittoresque dans son T-shirt et son jean, paré de bijoux orientaux, le visage pâle et un crâne complètement rasé. Pascal avait été mis sous AZT mais cela l'avait rendu très malade et il avait eu une attaque. Il avait décidé de jeter en l'air tous ses médicaments, avait rejoint un groupe appelé Positively Healthy (Carrément en Bonne Santé – NdT), trouvé un nouvel amant, Paul, s'installa avec lui et sa santé s'améliora depuis. Plus de bronchites, plus de problèmes de peau, plus de malaise général. En fait, il finit par avoir l'air en bonne forme, plus gros et dans l'ensemble en bonne santé.

Cass Mann faisait des sauts par intermittence, l'air flamboyant. Il avait fondé Positively Healthy, un groupe d'entraide avec des centaines de membres positifs au VIH, et avec sa langue acéeée était toujours prêt à une raillerie acide, habituellement au détriment de ses compagnons gay mariés avec l'hypothèse virus/SIDA.

Ceci était l'équipe qui allait plonger avec vigueur dans la bataille au sujet du VIH et du SIDA durant les quelques années à venir, ne se doutant jamais comment, petit à petit, l'énormité de la dissimulation sur le SIDA nous envelopperait. Plus nous creusions et plus nous découvrions le côté sombre de quelques-uns des scientifiques du Monde ainsi que la brutalité et la malhonnêteté qui peut entourer la « science de haut niveau ».

Chapitre 2

« SIDA : les Voix Occultées »

Le sang contaminé : Pouvait-il provoquer le SIDA ?

C'était en novembre 1986 lorsqu'une de mes amies les plus proches, Carol Wieseman, réalisatrice de dramatiques télévisées, m'appela. Elle était en train de travailler avec le producteur de dramatiques Michael Verney-Elliott sur une production télévisuelle London Weekend. « Pourrais-tu parler à Michael ? » dit-elle. « Il est complètement dévoré par ses idées au sujet du SIDA. Il dit qu'il y a quelque chose de complètement faux et je ne suis pas en position de juger cela ».

Je me suis arrangée pour rencontrer Verney-Elliott lors d'un déjeuner. Lorsqu'il est arrivé il chancelait sous le poids d'une énorme serviette bourrée de rapports de recherche médicale. Il portait deux années de recherche sur son dos. Le déjeuner a duré trois heures pendant lesquelles il a empilé sur la table un rapport après l'autre. « Rien sur le SIDA n'a de sens. Voici une épidémie circonscrite qui semble avoir pris naissance dans un groupe spécifique de personnes » dit-il. « Mais d'où vient-elle ? ». Verney-Elliott s'était plongé dans ses enquêtes mu par la colère que les homosexuels puissent être tenus pour responsables de la propagation du SIDA. « Ils reprochent aux homosexuels de diffuser par le sexe le virus à partir d'Afrique et d'Haïti, mais je pense que cela a plus à voir avec les dégâts causés au système immunitaire par du sang contaminé avec des impuretés qui est importé illégalement de pays du Tiers Monde où les gens sont très malades ». Verney-Elliott sentait qu'étudier de plus près les hémophiles positifs au VIH pourrait nous donner un indice et il avait déjà contacté plusieurs experts de premier plan sur l'hémophilie pour sonder leurs points de vue et faire part de sa propre inquiétude.

« Mais il y a encore autre chose qui ne colle pas », dit-il « Pour quelle raison le SIDA a-t-il d'abord été identifié dans un groupe d'homosexuels en Californie qui avaient tous le sarcome de Kaposi, une sorte de cancer de la peau très spécifique et la PCP (pneumonie pneumocystis carinii), une forme de pneumonie très inhabituelle ? Ces cas sont très différents de la situation des hémophiles ayant le SIDA ».

Je suis retournée au bureau avec ma tête qui tournait et j'ai parlé de ma rencontre avec mon collègue, le producteur Jad Adams, qui avait travaillé étroitement avec moi sur nos émissions médicales durant les

quatre dernières années. Adams fut d'accord pour avoir d'autres discussions avec Michael Verney-Elliott lui-même. Je ne suis pas sûre si c'est nous qui avions adopté Verney-Elliott ou si c'est lui qui nous adoptés, mais il s'installa parmi nous. Adams, Verney-Elliott et moi avons passé de nombreuses heures à parler des anomalies qui entouraient le VIH et le SIDA. Les deux se sont concentrés sur la théorie du sang contaminé et les premières enquêtes de notre fatidique voyage du SIDA étaient en route.

Ils ont découvert qu'une société appelée Hemo Caribbean avait signé un contrat avec « Papa Doc » Duvalier de Haïti juste avant qu'il ne meure en 1971, contrat qui permettait à la société d'extraire du plasma de Haïtiens pour une durée de dix ans. Hemo-Caribbean a pu fonctionner pendant quelques 18 mois, à partir d'un bâtiment de la rue des Remparts à Port au Prince, achetant du plasma de 3 à 5 dollars par don, avant que le fils de Papa Doc, « Baby Doc » Duvalier ne ferme la société en novembre 1972 à la suite du tollé que les laboratoires pharmaceutiques aspiraient le sang des pauvres pour faire du profit. En tout quelques 75 000 litres de plasma avaient été envoyés aux Etats-Unis, importés par quatre laboratoires pharmaceutiques majeurs aux fins de transformation en produits sanguins, l'albumine, les gammaglobulines, les immunoglobulines, les Facteurs 8 et 9 et pour les diagnostics de laboratoire. Adams et Verney-Elliott découvrirent également l'exportation illégale de plasma du Brésil, les sachets congelés étiquetés « jus d'orange ». Et une autre société aurait transporté du plasma sanguin du Tiers Monde vers l'aéroport Mirabel de Montréal, le réétiquetant « made in Canada » et le réacheminant vers l'Europe. Le dépistage des donneurs de sang et le traitement thermique des produits plasmatiques devint obligatoire en 1985. Cela signifiait que tous les donneurs de sang devaient être vérifiés pour différents agents infectieux tels que l'hépatite B et, ainsi que le pensaient beaucoup de personnes, le VIH. Le traitement thermique des produits plasmatiques agirait tel un double contrôle de sécurité en tuant tous les virus et impuretés qui auraient pu passer au travers du dépistage. Le dépistage et le traitement thermique étaient pour cela utiles (indépendamment du fait si c'était le VIH qui provoquait le

SIDA) puisque cela aidait à réduire les dangereux agents pathogènes dans les produits sanguins.

On ne sait pas si avant les mesures de précaution de 1985 les effets toxiques résultants de l'importation et de l'usage de sang contaminé provenant de donneurs pauvres du Tiers Monde ou de toxicomanes et d'autres personnes malades des Etats-Unis qui vendaient leur sang pour aider à financer leur addiction a joué un rôle dans l'augmentation des chiffres du SIDA. Mais en 1987, avant d'avoir lu le premier article de Peter Duesberg contestant le VIH comme étant la cause du SIDA, nous sentions que cela valait la peine de faire une enquête. C'est ce que fit David Lloyd, rédacteur de l'émission *Dispaches* de Channel 4. Il nous a alloué les fonds financiers pour le projet « Sang Contaminé » (en anglais « bad blood » - mauvais sang – NdT) et Adams et Verney-Elliott partirent pour les Etats-Unis et le Canada pour faire des recherches sur le sujet.

A la rencontre de Duesberg :

Le Principal Universitaire Dissident du SIDA

Lorsqu'ils revinrent, Adams me présenta deux projets distincts – l'histoire du sang et une orientation totalement nouvelle sur l'histoire du SIDA. Il était maintenant impossible d'obtenir des preuves définitives sur cette histoire de plasma « jus d'orange ». Personne ne voulait parler de ce trafic peu honorable avec le sang du Tiers Monde et il n'était vraiment pas possible d'avoir un de ces échantillons réétiquetés, donc l'histoire du sang contaminé devait être abandonnée. Néanmoins durant ce voyage de recherches, Adams et Verney-Elliott avaient rencontré beaucoup de chercheurs qui pensaient que le VIH ne pouvait pas être la seule cause du SIDA. Ce qui avait le plus influencé Adams c'était un article d'un brillant chercheur virologue allemand qui enseignait alors et faisait de la recherche à l'Université de Californie. L'article de Peter Duesberg, « Rétrovirus comme agents cancérigènes et pathogènes : espérances et réalité » publié dans *Cancer Research* questionnait d'une manière élégante le rôle des rétrovirus dans l'apparition du cancer et le rôle du VIH dans celle du SIDA. Voici un

scientifique respecté, argumentant d'une manière plausible que l'idée reçue au sujet du SIDA n'était pas sur la bonne voie. A leur retour, Adams, Verney-Elliott et moi avons décidé – fatalement tel que cela s'est avéré – qu'il était important de donner la parole à ces dissidents.

Peter Duesberg n'était pas un chercheur marginal. Il avait une situation bien établie de biologiste moléculaire à Berkeley, à l'Université de Californie où il avait été pionnier dans la recherche sur les rétrovirus et conduit une équipe qui avait établi la séquence génétique des rétrovirus. Il avait également été le premier chercheur à isoler un gène du cancer et, en 1971 avait été honoré comme Chercheur de Californie de l'Année. A ces lauriers il avait ajouté l'élection à la prestigieuse Académie Nationale des Sciences et une Subvention de Recherche Exceptionnelle de l'Institut National de la Santé des Etats-Unis (en anglais NIH pour National Institute of Health – NdT). Duesberg était également très connu pour diriger l'attention sur les lacunes significatives dans la compréhension des orthodoxies scientifiques actuelles. Et plus intéressant encore il avait cimenté son intégrité de scientifique en osant défier l'orthodoxie même qu'il avait contribué à établir. Il s'est interrogé sur les points de vue alors à la mode que les rétrovirus (les virus à ARN qui dépendent de leur cellule hôte parce qu'ils ont besoin de l'ADN de cette cellule hôte pour pouvoir survivre) pouvaient provoquer le cancer. Nous n'avions pas besoin d'être persuadés pour nous concentrer sur le défi de Duesberg au sujet de l'idée reçue sur le SIDA, et donc nous avons présenté un nouveau schéma à David Lloyd pour Channel 4. Rendre visite à David me rappelait toujours mes directeurs d'études de l'université. Il était assis là avec sa frange de moine qui barrait son front, vous lançant des poignards de logique jésuitique. C'était toujours une épreuve énorme qui faisait doubler ma pression artérielle.

Cette fois-ci ce fut Adams qui endossa le rôle principal. Il avait préparé une mini-conférence avec un carnet de croquis géant, presque aussi grand que lui et il s'est servi d'un bâton de lecture pour souligner les raisons, que Duesberg maintenait en 1987 et qu'il maintient toujours, pour lesquelles le VIH ne pouvait pas provoquer le SIDA. Le VIH est un rétrovirus qui, contrairement aux virus ordinaires, grenade à main autonomes, qui envahissent une cellule et explosent vers

l'extérieur, doit s'unir lui-même dans son hôte afin de survivre. Il est identifié lorsque certains anticorps que l'on dit spécifiques au VIH sont trouvés dans le courant sanguin. L'affaire de Duesberg que le VIH est un auto-stoppeur inoffensif reposait sur les points clés suivants :

- *Il y a dans le corps des niveaux de VIH très bas, qui ne s'élèvent jamais, même au stade avancé du SIDA.* Lorsqu'un virus ordinaire provoque la maladie, comme une pneumonie virale, le virus affectant les poumons d'un malade infecterait activement plus de 70% des cellules du poumon et peut aisément être observé au microscope électronique. Alors que les rétrovirus VIH ne peuvent que rarement être trouvés, même lorsque les malades qui sont décédés sont autopsiés. Le VIH reste latent et inactif et à des niveaux très bas chez ceux qui testent positif au VIH sans présenter de symptômes du SIDA et également chez ceux qui développent le SIDA. Il n'y a pas un seul rapport d'un niveau élevé de virus dans le sang d'un malade du SIDA. Le virus ne peut être détecté chez 50% des personnes présentant ou non les symptômes du SIDA. Et même quand il l'est le virus ne peut pas être trouvé directement dans le sang prélevé sur des personnes avec le SIDA. Il doit être activé en utilisant des cultures cellulaires à l'aide de techniques de laboratoire héroïques. Ceci est fait dans un récipient de laboratoire, loin des réponses immunitaires du corps et de ses réactions de protection naturelles. En d'autres mots les conditions sous lesquelles le VIH est cultivé sont artificielles et déconnectées des réponses de contrôle naturelles du corps.
- *Il y a trop peu de cellules infectées dans un corps pour que le VIH provoque la maladie.* Le VIH n'infecte activement seulement 1 sur 10 000 à 100 000 lymphocytes T (thymus), (ce sont ces cellules cruciales pour le système immunitaire du corps qui protège de la maladie). Or le corps régénère 5% de lymphocytes T dans les deux jours que cela prend au virus pour infecter la cellule. C'est comme une armée avec des vagues continuelles de renforts. Par conséquent, même si le virus tuait chaque cellule qu'il infecte, le corps les régénérerait à un rythme plus rapide et l'effet serait minimal.

- *La période de latence de l'infection au VIH et le SIDA avéré n'a aucun sens. Au début des années 1980 on disait qu'elle était de cinq ans, pourtant au début des années 1990 la période de latence a été étendue à 30 ans.* Si le VIH était vraiment aussi pathogène (tueur), on s'attendrait à ce qu'il tue les lymphocytes T et provoque le SIDA lorsqu'il infecte l'organisme au tout début et non des années plus tard. Il devrait se reproduire lui-même dans sa cellule hôte puis éclater au dehors, tuant la cellule hôte et allant infecter des centaines de milliers d'autres cellules saines. Mais les rétrovirus comme le VIH ne peuvent pas faire cela. Contrairement à vos virus grenade à main qui entrent dans une cellule et la tuent, les rétrovirus généralement ne tuent pas les cellules parce qu'ils ne peuvent pas se reproduire sans leur cellule hôte. Ils ont besoin de s'installer dans leur cellule hôte et ne peuvent se reproduire qu'au même rythme que celui de la division (mitose) de leur cellule hôte.
- *Il y a des cas d'infection au VIH sans SIDA*. D'après les chiffres des Centres de Contrôle des Maladies des Etats-Unis (en anglais les CDC – NdT) le nombre estimé des séropositifs au VIH aux Etats-Unis est toujours resté stable à 1,5 millions depuis 1982 (plus récemment on a signalé qu'il serait tombé à 750 000). Cependant, Duesberg avait noté dans ses premiers articles que pour une année donnée seuls 1% de ceux-ci (15 000) développaient le SIDA et seulement la moitié de ceux-ci (moins de 0,5% de tous les séropositifs) mourraient. Ceci signifiait que pour une année donnée 98 à 99 % des gens que l'on estimait être séropositifs ne développaient pas le SIDA.

C'étaient là, en 1987, les arguments clés de Duesberg. Ils n'ont pas changé et par la suite il a étendu la liste des incohérences pour y inclure des cas de SIDA documentés où il n'y avait pas de trace d'infection au VIH. Les données des Centres de Contrôle des Maladies avaient ensuite montré que 10% des cas diagnostiqués SIDA n'avaient aucun signe de présence d'anticorps au VIH. Des 80 à 90% des personnes qui ont le SIDA et qui ne montrent pas d'anticorps au VIH,

on ne peut trouver le vrai provirus (le matériel génétique intégré du virus même par opposition à ses anticorps) que dans 10% d'entre eux, dont la plupart de ces derniers comportent des particules virales déficientes (incomplètes) qui ne peuvent pas se répliquer.

Les tentatives récentes qui ont suivi ont été faites par David Ho et d'autres pour montrer une activité virale massive du VIH. Cette « charge virale » affirment-ils a été détectée par l'utilisation de la PCR (réaction en chaîne par polymérase) pour laquelle Kary Mullis a obtenu le Prix Nobel. Mais il a été démontré que ce travail comportait de sérieux défauts par Kary Mullis lui-même, par Peter Duesberg, travaillant avec son collègue Harvey Bialy, rédacteur scientifique de *Bio/Technology*, par Serge Lang, un professeur de mathématiques de l'Université de Yale et par le Professeur Mark Craddock de l'Ecole des Mathématiques et Statistiques de l'Université de Sydney en Australie qui ont rejeté le modèle mathématique utilisé. Ils soutiennent que ce qui a été identifié ce sont des particules virales non infectieuses – en d'autres mots, des particules qui sont incapables d'aller infecter d'autres cellules. Leurs critiques découlent du fait que la méthode utilisée (la PCR), qui amplifie l'ADN et est capable de trouver une aiguille dans une botte de foin, ne peut que vous dire qu'il y a du matériel génétique mais elle ne peut pas mesurer la quantité de virus.

Les voix dissidentes : pourquoi n'ont-elles pas été entendues ?

Ayant sécurisé l'accord sur notre proposition avec Channel 4, dans les deux semaines suivantes, Adams, Verney-Elliott et l'équipe étaient partis pour filmer à New-York et San Francisco. Je me rappelle quittant un matin à pied notre bureau à Covent Garden pour aller à Soho dans la salle de montage de notre monteur Allan Ballard. Nous avons visionné là l'interview de Verney-Elliott avec Duesberg. Alan et moi-même étions enracinés à nos chaises. « Ceci est de la dynamite » j'ai dit alors que j'entendais le sec accent allemand de Duesberg. Il parlait comme un pédagogue. Il avait même rendu compréhensibles les principes scientifiques les plus compliqués qui soient pour un auditeur

profane, mélangeant ses explications avec de généreuses touches d'ironie et d'humour qui ne manquaient jamais d'agacer ses opposants, favorisant en cela leur transformation d'adversaires sur le plan professionnel en ennemis personnels.

Adams et Verney-Elliot entreprirent le minutieux processus d'assemblage des différentes séquences du film, produisant une série de montages et ensuite une version proche de la dernière afin de la montrer à David Lloyd. Le film reflétait les points de vue de plusieurs sceptiques du SIDA. L'un d'entre eux était John Beldekas, un immunologue de Boston, qui avait deux points essentiels à soulever. Le premier concernait les anomalies qu'il avait découvertes au sujet de la propagation du VIH. Lui et ses collègues avaient réalisé une enquête de la prévalence du VIH chez les nouveau-nés de l'Etat du Massachusetts. A sa surprise il trouva que le niveau de l'infection, environ 1,2%, était le même dans les familles de classe moyenne que dans celles des quartiers dégradés. Cela s'est reflété dans tout l'Etat, lui indiquant que le VIH lui-même n'était pas restreint aux groupes alors connus pour être à risque – par exemple surtout les drogués par intraveineuse et les homosexuels.

Beldekas conclut en disant, « A ma connaissance, même s'il y a beaucoup de bébés positifs au VIH dans l'Etat du Massachusetts, il n'y a vraiment pas beaucoup de bébés avec le SIDA. Donc cela entraîne une autre question. Comment pouvez-vous avoir une fréquence élevée de virus et ne pas montrer un tas de cas francs de SIDA ? Beldekas était aussi préoccupé par le caractère artificiel et par « la quantité considérable d'étapes de laboratoire non naturelles » nécessaires pour isoler un virus comme le VIH chez les malades du SIDA.

En gros ce qu'ils font c'est de prendre un tas de globules blancs qui sont supposés être infectés, ils les mettent en culture, les mettent dans un tube à essais et les bombardent avec toute sorte de produits chimiques, médicaments, stimulateurs, qui en quelque sorte changent ces globules blancs et font sortir le virus. Maintenant, en tant que personne cultivant un virus, je pourrais prendre une cellule de votre corps, de votre cou et dans des conditions de laboratoire appropriées, je pourrais faire sortir un tas de virus auxquels vous avez été exposés.

D'abord cela ne signifie pas que vous êtes un porteur ambulant qui se débarrasse de virus et deuxièmement cela ne signifie pas que vous êtes potentiellement contagieux. Le transport de ces organismes auxquels nous avons été exposés est appelé persistance – ils persistent en nous et nous pouvons les trouver si nous regardons avec les techniques adéquates.

Même si le virus est trouvé, intervient Duesberg :

Il est tout le temps latent (en anglais dormant – NdT). Il ne devient jamais actif. Il est latent au départ, il est latent lorsque (dit l'orthodoxie) vous en mourrez. Il est latent (dit l'orthodoxie) lorsque vous en souffrez. Il n'y a aucun rapport dans la littérature décrivant le virus comme étant actif chez un malade. Donc il est toujours latent. C'est ceci qui est l'un des paradoxes de l'hypothèse virale. Il n'y a pas de parasite que je ne connaisse parmi les virus, bactéries, moisissures – ou autres – qui soit latent alors qu'il est pathogène. Celui-là (disent-ils) l'est ! C'est une des raisons majeures pour lesquelles je ne crois pas que ce virus soit la cause du SIDA.

Duesberg souligna une autre anomalie manifeste. La meilleure preuve est que le virus (le VIH) est associé aux malades du SIDA ce sont les anticorps au virus, ce qui n'est pas la même chose que le virus. C'est au mieux un test indirect. En fait c'est presque un argument contre le virus car habituellement les anticorps au virus signifient vaccination, protection. Le film permit également à d'autres scientifiques, à des médecins et à des journalistes d'exprimer leur désaccord avec l'hypothèse virus/SIDA, beaucoup d'entre eux étant frustrés parce que leurs demandes de subventions pour des recherches sur le SIDA dans des domaines ne dépendant pas de la cause virale étaient systématiquement rejetées.

Par exemple, le Dr Richard Ablin, de l'Université d'Etat de New York avait déclaré publiquement « Ce VIH n'est pas la cause du SIDA mais n'est qu'un simple passager sur un bateau qui est déjà en train de couler ». Le Dr Ablin pensait que les dommages du système immunitaire devaient arriver d'abord et il avait fait des recherches pour trouver des causes possibles de cette immunosuppression. Dans le film il avait dit à Verney Elliott qu'il pensait avoir la preuve définitive

qu'une enzyme appelée transglutaminase, qui était présente à la fois dans le sperme et dans les concentrés de facteurs de coagulation tels que le Facteur VIII pris par les hémophiles, contribuait à la suppression de l'immunité. Si la transaminase du sperme pouvait poser des problèmes au système immunitaire, demanda Verney-Elliott, pour quelles raisons n'y a-t-il pas plus de femmes touchées par des symptômes du type de ceux du SIDA ? « Le problème ici » répondit Ablin « c'est que la paroi du rectum est bien plus fine que la paroi du vagin et donc on peut imaginer que le genre de traumatisme qui peut être associé au rapport anal serait bien plus intense que celui qui pourrait se produire dans le vagin ».

Un autre point de vue vint du médecin de New-York le Dr Stephen Calazza. Il pensait que le SIDA était dû à une syphilis mal soignée avec la mauvaise sorte de pénicilline qui ne tuait pas tous les organismes provoquant la maladie. Certains restaient dans le système nerveux central. Il maintenait également que de nombreux cas de syphilis n'ont jamais été diagnostiqués et donc n'ont jamais été correctement éradiqués, propageant la maladie dans la population sensible des gays.

L'émission comprenait également une interview avec Chuck Ortleb, rédacteur de l'hebdomadaire gay, *New York Native*. Il s'est toujours fortement posé des questions sur la théorie que le virus provoque le SIDA et il a organisé des campagnes pour attirer l'attention du public sur des théories alternatives. Il a soutenu les travaux de la scientifique de Boston Jane Teas, qui, avec John Beldekas, avait travaillé sur la théorie que le SIDA pouvait être le résultat humain d'une infection par un virus de grippe porcine. Il avait fait état dans la littérature scientifique de bon nombre de malades du SIDA qui semblaient être infectés par ce virus. Ils ont jugé qu'il était impossible d'obtenir aucun soutien pour leur travail.

Pour quelle raison Ortleb doutait-il du VIH alors que tous les laboratoires et chercheurs de pointe ne doutaient pas. « Si vous commenciez à interviewer tous les chercheurs de ces laboratoires », dit-il, « vous trouverez qu'il y avait beaucoup de doutes là-bas. Ils ont peur de parler parce qu'ils seront punis. Ils perdront leurs subventions

et ils perdront leur travail. La science du SIDA est vraiment une religion, et si vous osez défier l'autorité vous perdez votre gagne-pain. C'est ainsi que la science fonctionne ». Ceci en fait a été le cas pour le Dr Ablin dont les laboratoires ont été fermés et pour Peter Duesberg lui-même, qui avait suscité le courroux de l'establishment scientifique et en pâtit en conséquence.

L'émission examina également les intérêts financiers entourant le commerce du SIDA. En Californie, à la Chiron Corporation on procédait à un travail de recherche sur un vaccin contre le SIDA. Le Dr Dino Dina nous dit que du début du développement à l'approbation finale un vaccin pourrait coûter de 20 à 30 millions de dollars.

La vente des kits de test au VIH était devenue une immense source de revenus. Chaque fois qu'une goutte de sang était testée, cela signifiait 43 pences pour la société qui produisait le kit. De nombreux scientifiques qui faisaient des recherches dans le SIDA avaient eux-mêmes des sociétés qui vendaient des kits de test et possédaient des millions de dollars sous forme d'actions d'entreprises. Le SIDA pour ces personnes était une affaire juteuse. « Ce que nous devrions vraiment trouver c'est quelle est la vraie cause du SIDA », conclut Duesberg :

Et pour ce faire nous devons travailler avec le malade ou retourner à la clinique ou retourner dans la rue ou dans les bains publics – ou étudier ceux qui sont à risque. Les hémophiles ou ceux qui sont à haut risque comme les homosexuels à promiscuité sexuelle et les usagers de drogues par intraveineuse, et voir en fait ce qu'est le SIDA. Le SIDA n'est pas une entité morbide. Le SIDA est un sac entier de vieilles maladies sous un nouveau nom.

Nous avons trouvé Duesberg fascinant, à la fois dans son discours et dans sa personnalité. A tout le moins, nous sentions que ses arguments méritaient une attention sérieuse.

AIDS : Les Voix Occultées a été diffusée lors d'un volet de *Dispaches* de Channel 4 le mardi 8 septembre 1987. Nous pensions que notre film allait changer le Monde, mais il est tombé dans un océan de silence de la part des professionnels. Pas un seul journal médical ou de

correspondant médical n'a daigné mettre un doigt de pied sur le sujet. D'un autre côté la presse généraliste était bien plus favorablement disposée envers un questionnement de l'orthodoxie scientifique. Liz Cowley dans le *Daily Mail,* décrivit l'émission comme « étonnante ». « Savent-ils (les médecins) », écrivit-elle, « sur quelle échelle certains scientifiques remettent en question la théorie que le VIH provoque le SIDA ? ». L'*Independant* a jugé l'émission « importante et accessible ». Christopher Tookey du *Sunday Telegraph* écrivit :

Le documentaire remarquable de cette semaine et de bien d'autres s'est avéré être le second de la nouvelle série journalistique Dispaches *de Channel 4. Il affirmait avec des preuves solides surprenantes que le SIDA n'est pas causé par le VIH. Si la thèse de l'émission est vraie alors c'est à la fois une mauvaise et une bonne nouvelle. La mauvaise nouvelle c'est que la plus grande partie de la recherche dans le Monde sur le SIDA est gaspillée dans la recherche d'un vaccin pour le mauvais virus. La bonne nouvelle c'est qu'un tas de gens qui pensent qu'ils vont peut-être mourir du SIDA ne vont pas, en fait, rien faire de semblable .... Les réalisateurs de ce documentaire hautement controversé ont dû agoniser pendant de nombreuses heures pour savoir s'il fallait le faire ou pas. Il déprimera sans aucun doute beaucoup de ceux qui travaillent d'arrache-pied dans champ pour trouver un remède au VIH. D'un autre côté, bien sûr, la thèse de l'émission peut être juste. C'était certainement bien argumenté et ne peut qu'aider à faire du bien si cela aide à arrêter ce qui a peut-être été une tragique erreur d'affectation de crédits.*

Notre plus grande satisfaction vint après que David Lloyd eut décidé de soumettre notre film pour le prix de journalisme à la Société Royale de Télévision (en anglais RTS pour Royal Television Society – NdT). Suite à un bon diner et du Cognac à profusion en tant qu'invités de Liz Forgan à la table de Channel 4 lors de la cérémonie de remise des récompenses à Grosvenor House, les vainqueurs du prix furent annoncés par Paul Fox. Et nous avons gagné ! Jad Adams, Michael Verney-Elliott et moi-même avons gagné le prix de la RTS pour le journalisme international et cette nuit nous devenions même les premiers indépendants (ne dépendant pas d'une chaîne telle que la BBC par exemple – NdT) à avoir jamais gagné un prix de la RTS.

Après avoir surmonté notre allégresse et encouragés par le prix reçu de nos pairs nous avons commencé à étoffer nos archives pour la prochaine émission. C'est durant cette période qu'Adams a décidé d'écrire son livre. Il en a écrit une grande partie dans notre bureau sur la table à côté de la mienne.

SIDA : Le Mythe du VIH a été publié par Macmillan en 1989. Lorsqu'il sortit il reçut des louanges de la presse nationale et à la fois du *Lancet* et de *Nature*. Le *Lancet* (qui devint plus tard clairement hostile sur cette question) l'a appelé « une attaque pleine d'allant sur des idées reçues…. Fait un excellent travail de récapitulation des doutes sur le SIDA/VIH. Dans *Nature,* la virologue Professeur Beverly Griffin écrivit :

Méticuleusement documenté…. Des scientifiques de renom sont la cible de l'invective d'Adams lorsqu'il attire l'attention sur leur abandon de l'approche scientifique, sur l'acquisition d'intérêts personnels dans le virus qu'ils défendent et sur l'utilisation de tactiques de bulldozer pour réduire au silence toute opposition…. Adams a écrit un livre très provocateur mais important sur un énorme problème médical. Il mérite d'être lu.

Mais Duncan Campbell pensait différemment. Enragé par le fait qu'Adams décrivait le SIDA comme une « maladie de comportement », ce que Campbell considérait comme « offensant envers les malades du SIDA », il déversa un flot d'invectives dans le *New Scientist*, « Son (à Adams) compte-rendu est extraordinairement inexact, scientifiquement inepte et continuellement gangrené par la mauvaise interprétation ou la déformation des sources scientifiques minimales qu'il a consultées. Il a construit ce livre avec une telle remarquable ignorance de la recherche et de l'information disponibles sur le SIDA et l'immunologie qu'il est très difficile de croire que son ignorance ne soit pas voulue.

Lorsqu'une invitation arriva pour débattre sur son livre avec Ducan Campbell lors d'une réunion à l'Ecole d'Economie de Londres (en anglais LSE pour London School of Economics – NdT), Adams n'avait aucune idée de ce qui l'attendait. Campbell était membre d'un groupe appelé Campagne Contre la Fraude Médicale, également connu

sous le nom de Quackbusters, dont quelques-uns des membres semblaient être liés avec l'industrie pharmaceutique. Campbell avait donné beaucoup d'ampleur aux arguments de Duesberg. En fait la brutalité de l'attaque de Campbell sur Adams à la LSE l'a complètement pris au dépourvu. Adams s'attendait à un débat scientifique basé sur des preuves mais au lieu de cela est rentré dans une attaque personnelle.

Martin Walker, dans son livre *Dirty Medicine* (Médecine Sale), décrit la scène suivante.

Pour Jad Adams, Campbell n'avait rien d'autre qu'un mépris bouillonnant. Il a attaqué le livre, non sur la base que les arguments pouvaient être faux et pourraient donner lieu à un débat, mais sur des bases qu'il avait été mal écrit par une personne stupide. (Campbell disait) « Rien dans ce livre n'a de sens. Il est, pour être franc, un piège absolu du début à la fin. Chaque affirmation clé qui s'y trouve est fausse, et probablement fausse, et pouvant être découverte fausse. C'est bâclé. Il est contradictoire ».

Les efforts de Campbell ont été cohérents sur un point : il n'a donné aucun argument scientifique pour étayer sa position. Il s'est simplement comporté en exterminateur Nintendo. Il ne pouvait tout simplement pas ignorer la formation et la renommée de Duesberg auprès de ses pairs dans le domaine de la rétrovirologie et il ne pouvait certainement pas ne pas avoir lu aucun de ses articles lorsqu'il déclara, « Ce que nous avons ici dans Duesberg, c'est un égocentrique fou. Il n'y a rien de scientifique dans ce livre. Duesberg est le plus épouvantable des cons ». Et plus tard « Il y a des gens qui font leur travail (à s'occuper du SIDA) et il y a, pour être franc, des idiots tels que Duesberg, qui se mettent en travers, sans aucune science pour les soutenir ».

Les vitupérations de Campbell ne connurent pas de limite. Même Macmillan, l'éditeur de Jad Adams, était agité. « J'espère qu'ils vont nous contacter (sic), que s'ils trouvent que si les faits sont faux, comme les chercheurs et médecins leur diront qu'ils sont, que le livre sera retiré de la vente, avant qu'il ne puisse causer davantage de mal, en publiant les informations erronées. L'attaque de Campbell se

poursuivit dans les pages du *New Scientist*. Le directeur de la rédaction de Macmillan, Adam Sisman, se précipita dans la défense d'Adams dans une lettre au *New Scientist* appelant la critique du livre d'Adams de Campbell de « sauvage et déplaisante ». Il dit « Je veux réfuter quelques-unes des critiques les plus hystériques sur Macmillan en tant qu'éditeur du livre ». Loin d'être intimidé, Macmillan entreprit de commander un autre livre à Adams.

Les critiques du livre d'Adams vinrent également de l'establishment médical. Le Dr Anthony Pinching écrivit, « Le livre se lit tel un manifeste de la Société La Terre est Plate ». La tentative de supprimer, au sujet du SIDA, tout point de vue qui différait de l'orthodoxie battait son plein. A la fois l'establishment médical et une bonne partie des médias étaient manifestement hostiles à la célèbre plaidoirie de John Stuart Mill sur la tolérance des idées des autres :

Si toute l'Humanité moins un individu était du même avis et qu'une seule personne avait un avis différent, l'Humanité ne serait pas plus fondée à réduire au silence cette personne, qu'elle-même, si elle détenait le pouvoir, ne serait justifiée à réduire au silence l'Humanité…Nous ne pouvons jamais être sûrs que l'avis que nous nous efforçons d'étouffer est une opinion fausse ; et si nous en étions sûrs, l'étouffer serait encore un mal.

Chapitre 3

La Vie dans les Pièces du Fond

et dans les Bains Publics

Le risque/ Hypothèse du SIDA

Lorsqu'il devint clair que les gays ne s'en iraient pas, une version commercialisée, consumériste de la sexualité nous a été octroyée, une sexualité des plus frénétiques car vide de toute émotion profonde. Ceci alimenta la machine sans huile, qui ne pouvait que griller jusqu'à ce qu'elle ne se bloque complètement.

(Ian Young, *The Stonewall Experiment*, 1995)

Ce sont de jeunes homosexuels qui ont été les premiers identifiés comme ayant la GRID (Gay Related Immune Deficiency – Immuno Déficience liée à l'Homosexualité – NdT) qui fut plus tard appelée SIDA. Les premières suggestions étaient que le SIDA était lié au mode de vie des homosexuels. Ceci, naturellement, offensa la communauté gay. Néanmoins, alors que les années passaient, le groupe prédominant de personnes ayant le SIDA provenait toujours de la communauté gay, bien que le pourcentage de personnes qui avaient une vie sexuelle très mouvementée et qui consommaient des drogues pour améliorer leur activité sexuelle était faible. Alors est-ce que l'hypothèse du mode de vie débridé gay avait-elle une part de vérité ? Il est important ici de rassembler les preuves de la manière dont les homosexuels eux-mêmes décrivent leur sensibilisation aux risques impliqués sur la santé pour ceux qui ont choisi la « voie rapide » gay. Michael Callen était un homme extrêmement attirant. Il était mince et sensuel avec un regard qui dégageait carrément du charme. Il était l'incarnation du nouveau « gay ». Dans sa voix traînante laconique, il s'exprimait avec une très grande aisance, une qualité dont il se servait avantageusement en tant qu'orateur. Il était également un chanteur doué et un acteur de cabaret. Je l'ai rencontré pour la première fois lors du tournage pour notre documentaire *The AIDS Catch* (Le Piège du SIDA – NdT). Nous

savions qu'il ne croyait pas que le VIH était la cause du SIDA et nous nous réjouissions de l'interviewer. Il accepta de prendre l'avion pour Boston pour notre interview pendant qu'il était en tournée avec sa troupe de cabaret. Alors qu'il dévorait le repas apporté par le service de chambre tard cette nuit, il me parla de ces premiers jours de la libération homosexuelle à Harvard lorsque le sexe devint la chose la plus importante de sa vie. « A cette époque j'avais 23 ans » dit-il « J'avais eu 2 000 partenaires ». « J'étais très, très actif dans la révolution sexuelle de la fin des années 1970 et 1980. J'ai une liste remarquablement longue d'infections sexuellement transmissibles et je suppose qu'à ce moment-là j'avais la syphilis, la gonorrhée et l'urétrite non spécifique, l'hépatite, le CMV (cytomégalovirus) et l'EBV (Epstein-Barr virus), et que j'ai aussi ramassé le VIH.

Callen pensait qu'il était séropositif au VIH depuis 1983, avant que les tests n'arrivent, et il était déjà célèbre pour son livre *Surviving AIDS* (Survivre au SIDA- NdT). Il était également très connu pour avoir ouvertement remis en cause le VIH comme étant la cause du SIDA et pour un article qu'il avait écrit avec Richard Berkowitz en 1982 dans le *New York Native* appelé « Nous savons qui nous sommes ». L'article avait été écrit avant que le VIH ne soit annoncé comme étant la cause du SIDA et avant que l'hypothèse virus/SIDA ne submerge toute bonne vieille analyse du facteur de risque sur le terrain. Rétrospectivement c'était un texte vraiment prophétique.

« Les chercheurs peuvent-ils vraiment comprendre l'évolution de la vie sexuelle débridée des jeunes homosexuels urbains ? » écrivait-il. « La commercialisation de la promiscuité et l'explosion des établissements comme les bains publics, les librairies et les pièces du fond est unique dans l'histoire occidentale ». « Est-ce que les communautés gays de New-York, de San Francisco et de Los Angeles réalisent que la promiscuité est devenue comme un narcotique pour certains, des hommes que nous savons qu'ils ont été diagnostiqués comme ayant le SIDA et le sarcome de Kaposi et qui, même en face d'une mort imminente, sont en ce moment en train de « modérer » leurs habitudes sexuelles dans les bains et les chambres du fond ?

Nous pensons que c'est l'accumulation de risques, en menant un mode de vie gay urbain et débridé qui a abouti à la dépression des réponses immunitaires à laquelle nous assistons. La plupart des rapports médicaux publiés indiquent qu'une réexposition et réinfection continuelle avec des virus communs (plus particulièrement les cytomégalovirus), conjointement avec d'autres infections vénériennes et peut-être d'autres facteurs, ont abouti à la présente crise de santé parmi les homosexuels des villes à la vie (sexuelle – NdT) *débridée. « De continuelles réexpositions et réinfections à des infections courantes » signifie une activité sexuelle de bains publics/pièces du fond.*

Bien que ce fameux article s'attarde essentiellement sur le risque de réexposition et de réinfection, Callen et Berkowitz mentionnent également d'autres facteurs à risque qui déprime le système immunitaire tels que l'usage des drogues par intraveineuse ou autres, le stress et le régime alimentaire.

Callen avait été grandement influencé par son médecin, Joseph Sonnabend, un praticien respecté de New York et éditeur d'un magazine pionnier dans la dissidence du SIDA, *AIDS Research* (Recherche sur le SIDA – NdT). Il avait soigné de nombreux malades du SIDA dans son cabinet dans le centre de Manhattan et pensait que le SIDA était provoqué par une multiplicité de facteurs différents qui agissaient ensemble. Sonnabend avait observé que le comportement social de certains homosexuels les exposait à des infections sexuellement transmissibles successives par des microorganismes qui étaient connus pour avoir des composants immunosuppressifs. Callen avait reconnu les possibles facteurs de mode de vie associés au SIDA et, en tant que dirigeant de la communauté homosexuelle a commencé à répandre de l'information au sujet de l'hypothèse risque/SIDA. « Cela me suggéra qu'il y avait de multiples cibles contre lesquelles il fallait diriger la thérapie. Donc immédiatement cela eut une signification pratique pour moi. Si le SIDA était provoqué par une variété de facteurs agissant tous en même temps, alors si je pouvais mettre ko n'importe lequel d'entre eux comme des dominos, je pourrais peut-être arrêter la chaîne des événements qui me rendait malade ».

L'article de Callen dans le *New York Native* provoqua la fureur dans la communauté gay. Callen fut « rôti vivant » par beaucoup de ses pairs qui sentaient qu'avec l'élection de Reagan un nouveau conservatisme avait vu le jour, et que toute suggestion que le mode de vie jouait un rôle en rendant les gens malades « jouerait en faveur de la nouvelle tendance de Droite pour dire, ils l'ont bien cherché, laissons-les mourir ».

Callen me dit que lorsque le VIH arriva sur la carte, de nombreux dirigeants gays, bien que largement persuadés de l'hypothèse du risque multifactoriel (des réinfections répétées et un style de vie associé aux drogues fast-track – de fast qui signifie rapide et track qui signifie piste ou voie, la voie la plus rapide qui permet la rencontre -NdT)) ont pris une décision en pleine conscience, pour des raisons politiques, de soutenir l'hypothèse virus/SIDA « pas de reproche ». Mais Callen et Berkowitz ne reculèrent pas. « Mon point de vue », disait Callen, « était qu'il fallait dire la vérité aux gars, parce que si vous ne disiez pas la vérité d'une manière crue dans un langage qu'ils pouvaient comprendre, ils allaient se tuer et je ressentais là un impératif éthique de parler de ma propre expérience ». L'article de Callen et de Berkowitz a entraîné la fermeture de 14 bains publics à San Francisco et de beaucoup d'autres dans toute l'Amérique. La santé de Callen commença à se détériorer en 1993. Il décéda un an plus tard.

Alors que se passait-il dans les pièces du fond et les bains publics ?

Dans certains bains publics de New York et San Francisco, lorsque vous entriez, un plateau vous était offert avec une gamme de cocktails d'antibiotiques à prendre en apéritif, supposés vous aider à vous protéger de la soupe d'infections sexuellement transmissibles qui vous attendait à l'intérieur. Puis en avant et à l'intérieur. Dennis Altman dans son livre Homosexual Oppression and Liberation (Oppression Homosexuelle et Libération – NdT) les décrit :

Ceci ne ressemble à rien d'autre qu'à un bordel plein de vapeur dans lequel tout le monde est client ; vêtus que de serviettes blanches les

hommes rodent dans les vestibules se caressant l'un l'autre dans une recherche furtive de sexe immédiat, passant à l'acte dans de petites cabines sombre sur des lits bas, durs et tachés. Dégoutant ? – Oui peut-être. Néanmoins des amitiés durables ont assez souvent commencé dans les bains publics et à cet égard l'analogie avec les maisons closes n'est pas complètement exacte. C'est une caractéristique de la vie homosexuelle mâle que le sexe précède habituellement l'intimité dans une bien plus grande mesure que chez les hétérosexuels.

1. On trouvait des pièces du fond dans la plupart des capitales partout en Amérique et en Europe. C'étaient les zones spéciales des bars gay populaires où les clients pouvaient se livrer à un sexe sauvage débridé, impliquant du sadomasochisme, du fisting (pratique sexuelle consistant à pénétrer le vagin ou le rectum avec le poing. La sexologie utilise les termes d'érotisme brachio-vaginal ou érotisme brachio-proctique – NdT) et toutes les pratiques sexuelles gay les plus excessives. L'activité sexuelle était d'une telle intensité que des drogues étaient nécessaires pour la relancer. Au plus fort de l'activité des bains publics et des pièces du fond plus de 70 différents stimulants ou dépresseurs chimiques étaient couramment utilisés par les fervents « fast trackers ». Les pièces du fond, afin de faciliter l'anonymat n'avaient habituellement qu'un éclairage très faible ou étaient même dans le noir complet. David Black dans son article « Les années de l'épidémie » dans Rolling Stone écrit « Les bains des homosexuels et les pièces du fond, avec leur mauvaise hygiène, imitaient les conditions malsaines de l'Afrique Equatoriale…. Ils étaient, d'une manière que personne n'aurait suspectée auparavant, un Tiers Monde sexuel.

Les Adeptes des Drogues et de la Disco

Avant la visite à la pièce du fond ou des bains publics il y avait souvent la Disco où se trouvaient d'autres dangers. Lorsque nous avons interviewé John Lauritsen pour *The AIDS Catch,* il exprima sa préoccupation sur les transmissions répétées d'infections par la

sexualité et leur traitement par un large éventail d'antibiotiques qui étaient immunosuppresseurs, et il continua à décrire les visites aux discothèques et aux boîtes sado-maso :

Ils consommaient de la drogue, pas seulement quelques-unes, pas des drogues inoffensives, mais ils se pouvait qu'ils prennent six différentes drogues au cours d'une soirée. Mais ils incluaient des poppers qui sont des inhalants à base de nitrites, du MDA (méthylènedioxyamphétamine) qui est une drogue de synthèse, même de l'Ecstasy et du Spécial K qui sont d'autres drogues de synthèse. Et ils rajoutaient du chlorure d'éthyle, une substance mortelle qui est inhalée. On rajoutait également de la cocaïne et de l'héroïne et de la marijuana et de l'alcool. Et si les gens prenaient une demi-douzaine de ces choses dans le courant d'une soirée, qui sait quels sont les effets des interactions ? Qui sait quels sont les effets à long terme de l'une d'entre elles prise séparément.

En 1983, Lauritsen avait interviewé Artie Felson, un fondateur de People with AIDS (Personnes atteintes du SIDA – NdT) à New York et membre (comme l'était Lauritsen) du New York Safer Sex Commitee (Comité pour une Sexualité plus Sûre de New York – NdT). Il (Felson) m'a dit, écrit Lauritsen :

qu'il avait interviewé entre 300 et 400 homosexuels masculins ayant le SIDA et avait interrogé chacun d'entre eux par rapport au sexe et à l'usage de la drogue. Bien qu'aucune des personnes interrogées n'était vierge, quelques-uns n'avaient pas été spécialement dans la promiscuité (dans une sexualité débridée – NdT). Mais tous étaient des consommateurs de drogue. Felson dit qu'il avait entendu des histoires d'abus de drogues à faire dresser les cheveux sur la tête. Et, sans une seule exception, ils avaient tous inhalé des poppers. Mes conversations avec Felson ont eu lieu avant que l'hypothèse « SIDA/virus » n'était devenue la Vérité obligatoire, donc nous étions libres d'échanger au sujet d'idées comme celle de ce qu'était le SIDA et de ce qui le provoquait. Felson maintenait catégoriquement que lui-même était devenu malade suite à un abus de drogues et que le SIDA représentait les blessures faites par les drogues à son corps.

Dans sa nouvelle *Faggots*, Larry Kramer donne la liste des 76 drogues favorites sur la scène gay Fire Island (Ile de Feu – NdT), parmi elles le MDA, MDMA (Ecstasy), YHC, PCP (poussière d'ange) STP, DMT, LDK, WDW, la mescaline, la strychnine et le mantanuska thunderfuck. Il donne un aperçu sur l'usage de la drogue dans une discothèque gay de Manhattan : « J'essaye quelque chose de nouveau », criait Tarsh…. C'est appelé Super K, ça vient d'Angleterre, c'est un sédatif pré-op (avant opération -NdT) utilisé pour les enfants, c'est une poudre à sniffer, un croisement de coke et de valium et c'est fabuleux ! »

Duesberg avait souligné depuis plusieurs années que la consommation de drogues par intraveineuse et une exposition sur une longue durée de drogues récréatives est ce qui provoque la dépression du système immunitaire, ce qui permet aux infections opportunistes de prendre le dessus sur un corps sans défense. Il est particulièrement préoccupé par les effets de ces drogues sur les plans du sommeil et de l'alimentation. Ce qu'il décrit comme une vie « d'excitants et de calmants – pas de sommeil, pas de repas ». Plusieurs années comme cela et vous allez mourir jeune.

A la fin des années 1970 le mode de vie homosexuel fast-track et les scènes de drogues-disco avaient essaimé dans la plupart des capitales européennes. Avant qu'un homme n'aille en ville il lui fallait un remontant pour sortir de la maison, puis à la discothèque il essayait quelque chose d'autre au bar, puis sur la piste de danse il pouvait sniffer la bouteille de poppers accrochée à son cou, et ensuite peut-être encore autre chose durant les rapports sexuels de cette même nuit. Et ceci pouvait se passer toutes les nuits de la semaine. En tête de liste de la popularité venaient les poppers et une variété d'ecstasy dont les composants comptaient de l'héroïne. Personne ne pensait que les poppers pouvaient causer des dommages. La plupart des hommes qui fréquentaient ces clubs gays fast-track pensaient que c'était juste comme si on prenait une tasse de thé. Aucune des plus importantes associations du SIDA n'a convenablement mis en garde au sujet des dangers des drogues. Les drogues étaient décrites comme comportant un risque uniquement parce qu'elles pouvaient altérer le « jugement » et faciliter l'erreur dans « le sexe non protégé ».

« Les Poppers » disait John Lauritsen, « qui provoquent la mutation des gènes, qui provoquent l'anémie grave, qui peuvent tuer par attaque cardiaque, qui dépriment le système immunitaire – ne sont décrits comme méchants seulement s'ils provoquent l'oubli du préservatif. Au lieu d'informer les lecteurs sur les dangers de ces drogues récréatives, les magazines gays contenaient de la publicité pour elles et, dans les éditoriaux de la rédaction, fournissaient des conseils sur la façon de les stocker dans le réfrigérateur. Bien qu'aucune des associations « officielles » du SIDA n'ait pris une position forte contre les drogues dans les scènes gays, un groupe, Positively Healthy (Carrément en Bonne Santé - NdT) avait tenu bon. Son cofondateur, Cass Mann, avait systématiquement averti sur les liens entre la toxicité des drogues et le SIDA. Il était particulièrement préoccupé au sujet de la preuve préoccupante qui reliait les poppers et le sarcome de Kaposi, les lésions cutanées qui affectaient de nombreux homosexuels atteints du SIDA.

Qu'est-ce qui poussait certains homosexuels vers un niveau de promiscuité qui exigeait une aventure sexuelle après une autre ? Deux auteurs connus sur la sexualité gay, Camille Paglia et David Black ont leur propre point de vue. Paglia voit les hommes gays comme étant les gardiens de l'impulsion masculine, « Avoir des rapports sexuels d'une manière anonyme dans une allée sombre c'est rendre hommage au rêve de la liberté mâle. L'étranger inconnu est un dieu païen errant. L'autel, comme dans la préhistoire, est partout où vous vous mettez à genoux » David Black décrit la sexualité compulsive de certains hommes comme étant :

L'équivalent érotique de manger des cacahuètes salées. Une fois que vous avez mis le sexe au centre de votre identité que vous disiez « je suis un homosexuel » ou « je suis un straight stud » (un hétérosexuel – NDT) *vous éprouvez le besoin d'une série constante d'aventures sexuelles dans le but de nourrir votre estime de vous-même. Que se passe-t-il lorsque ce besoin s'écrase contre votre instinct de survie ?*

La vague de consommation de drogues de l'après Vietnam a coïncidé avec le mouvement de libération gay des années 1960 et 1970. Pour certains, les résultats en termes de promiscuité, ont été explosifs. Les

nouveaux gays qui avaient besoin de déterminer leur identité sexuelle exigeaient de plus en plus de relations sexuelles et celles-ci devenaient impossibles sans le recours aux drogues.

Dans son article de 1992 « Le rôle des drogues dans l'origine du SIDA », Peter Duesberg souligne que l'apparition du SIDA en Amérique coïncide avec l'escalade massive de la consommation des drogues récréatives qui avait commencé dans les années 1960 et 1970. Il cite les statistiques du Bureau de la Justice qui relèvent que le nombre d'arrestations pour drogue aux Etats-Unis a grimpé de 450 000 en 1980 à 1,4 millions en 1989 ; que l'administration des brigades de stupéfiants (en anglais Drug Enforcement Administration ou DEA – NdT) a saisi environ 9 tonnes de cocaïne en 1980 comparés aux 100 tonnes en 1990 ; que l'Institut National de l'Usage des Stupéfiants (en anglais National Institute on Drug Abuse – NdT) a indiqué qu'aux Etats-Unis en 1979-80 plus de cinq millions de personnes inhalaient des composés nitrités au moins une fois par semaine. Dans son résumé Duesberg écrit « D'un point de vue épidémiologique, pour les deux épidémies (drogues et SIDA) environ 80% de leurs victimes proviennent de la même tranche d'âge des 20 à 44 ans, 90% d'entre elles étant des hommes. Aux Etats-Unis, 32% sont des consommateurs de drogues par intraveineuse et leurs enfants, environ 60% sont des hommes homosexuels ». Il poursuit ensuite pour expliquer que l'épidémie américaine de SIDA est un sous-ensemble de l'épidémie de drogue. Par exemple lorsqu'un toxicomane négatif au VIH attrape une pneumonie, la tuberculose ou la démence, il est décrit comme tel, mais si un toxicomane séropositif souffre des mêmes maladies il est diagnostiqué comme ayant le SIDA. « Si vous êtes atteint de démence et vous avez le VIH » dit Duesberg, « On vous dit que vous avez le SIDA. Mais si vous êtes atteint de démence, point final, vous êtes juste stupide ». Mais la face la plus sombre de cette histoire c'est que tous les toxicomanes séropositifs ayant une maladie associée au SIDA se sont vus prescrire de l'AZT avec toute la toxicité qui lui est associée. Ces malades n'ont pas survécu.

Dans les trois années entre 1984 et 1987, les décès parmi les toxicomanes par intraveineuse de New York qu'ils aient été diagnostiqués avec le SIDA ou qu'ils souffraient de pneumonie ou de

septicémie non diagnostiquées SIDA augmentaient exactement aux mêmes taux. Ceci poussait les Centres de Contrôle des Maladies des Etats-Unis à reconnaître « Nous ne pouvons pas discerner, néanmoins, jusqu'à quel point la tendance à la hausse des taux de décès pour abus de drogue reflète les tendances de la consommation de drogues illicites indépendamment de l'épidémie de VIH ». Le point de vue de Duesberg sur le lien entre la drogue et le SIDA est corroborée par une étude du Dr Maurizio Luca Moretti. Il a étudié 508 anciens toxicomanes par intraveineuse (190 séropositifs) dans un centre de désintoxication du centre de l'Italie. Tous étaient en malnutrition durant leur période d'addiction. Il a trouvé que plus longue était la durée et plus fortes étaient les doses et plus il était probable qu'ils allaient souffrir d'altération immunitaire et plus il était probable qu'ils allaient être positifs au VIH. « Ceci amène la conclusion », écrit Moretti, « que le degré d'agression au système immunitaire est directement corrélé à la séroconversion au VIH ». Lorsque les drogues ont été retirées et que ces hommes recevaient une nourriture adéquate et évitaient les maladies sexuellement transmissibles, aucun de ces sujets ne montrait un quelconque signe du SIDA ou une maladie liée au SIDA ».

De jeunes toxicomanes sont morts dans les rues de Londres et de New York (avec des symptômes du type de ceux du SIDA) des années avant que le SIDA ne soit jamais apparu. Le Professeur Émérite de Santé Publique de l'Université de Glasgow, Gordon Stewart, a mené une étude sur la toxicomanie à New York dans les années 1960.

Ils attrapaient toute sorte d'infections opportunistes, probablement par le biais des aiguilles. Quatre-vingts à quatre-vingt-dix pour cent d'entre eux avaient des signes d'hépatite. Ils étaient souvent extrêmement émaciés, souffrant de maladies amyotrophiques, d'infections véhiculées par le sang bizarres et variées avec des bactéries cutanées, la Candida et les Cryptocoques qui habituellement étaient considérés comme pathogènes à part entière…. Nous n'avons pas trouvé de sarcome de Kaposi et nous n'avons pas trouvé de Pneumocystose (carinii pneumonia ou PCP) mais, à ce moment-là, nous ne les cherchions pas.

Le journaliste Darrell Yates Rist écrit au sujet de New York « Quelqu'un déclare la mort d'un junkie, le corps est emporté et inscrit comme mort par overdose. Nul n'ira faire une biopsie ouverte du poumon sur cette personne pour découvrir s'il est réellement décédé de pneumocystose ». Gordon Stewart m'avait dit une fois que les certificats de décès des toxicomanes sont souvent inscrits par des psychiatres des unités en toxicologie qui ne sont pas toujours intéressés dans les menus détails de la cause du décès. J'ai téléphoné au Maudsley Hospital de Londres et parlé à un médecin de son unité de toxicologie. Quelles étaient les causes de décès les plus habituelles ? Il me répondit pneumonie, septicémie (infection du sang) et péricardite (inflammation de la membrane du cœur). Ce sont toutes des maladies associées au SIDA, ne pensait-il pas que le SIDA pouvait être une manifestation de l'abus de drogues indépendamment du VIH ? « Certainement pas » dit-il.

Le problème c'est que cet engagement pour le VIH comme étant la seule cause du SIDA a laissé de côté des pans importants comme ceux-ci complètement inexplorés. Duesberg n'a cessé de demander des financements pour la recherche sur l'hypothèse drogues/SIDA tant au NHIH (National Institute of Health – Institut National de la Santé - NdT) qu'à des sources privées et a essuyé un refus après l'autre. Aucune des recherches sur l'usage et l'abus de drogues parmi les malades du SIDA n'est satisfaisante. Les déclarations spontanées lors d'interview ou de questionnaires peuvent difficilement être fiables dans un climat où les drogues sont illégales et l'homosexualité elle-même inacceptable pour la majorité de la population.

En 1985 David Black a cité sur ce sujet Virginia Apuzzo, ancienne directrice générale du Groupe National d'Etude Gay :

L'homosexualité est encore un crime dans trente-trois Etats. Comment diable peuvent-ils attendre de nous que nous répondions à des questions du genre quelle drogue consommons-nous et que faisons-nous sexuellement parlant ? Où va cette information ? Dans quelle banque de données ? Vous voulez la liste des 10 millions de malades qui sont également homosexuels ? J'ai résisté à la paranoïa, mais les choses instinctives s'en vont lors d'une crise qui vous rappelle que

vous n'avez pas affaire à une institution amicale. C'est un peu comme si vous demandiez en 1964 aux Noirs de faire confiance aux syndicats qui venaient leur apporter leur concours. Merci beaucoup. Au suivant !

Quelle que soit l'explication de la vie débridée de certains homosexuels et leurs habitudes de bains publics et d'abus de drogues, elle semble étroitement liée avec l'aveu inébranlable de Michael Callen que son mode de vie absolument identique était la cause de sa maladie.

Il devint impossible pour moi de prétendre que l'historique de ma maladie était sans rapport avec le fait que j'étais malade. Je trouvais en quelque sorte attrayant de croire que cela n'avait rien à voir avec aucun des choix passés, que ce n'était que de la malchance – j'avais accidentellement dormi avec la mauvaise personne. Mais, une fois que l'on m'avait présenté, d'une manière non moralisatrice, calme et médicale, le mécanisme multifactoriel qui peut expliquer ma maladie, je n'ai plus jamais été capable de croire à nouveau qu'une maladie d'une telle complexité n'allait avoir qu'une seule et simple cause.

Chapitre 4

A la Chasse au Rétrovirus Humain

La querelle commence :

Discorde au sein des rois de la virologie

Conférence Mondiale sur le SIDA de Berlin, 1993

Il est rentré dans la salle de conférence tel une star de cinéma de Hollywood lors d'une première, avec un grand sourire et trois gardes du corps. Mais il n'était pas une vedette de cinéma, c'était le virologue

Robert Gallo, l'homme qui affirmait avoir découvert le VIH. Tandis qu'il se rendait vers son siège de l'auditorium de la conférence de presse, peu de journalistes se sont souciés de lui rappeler qu'il avait accidentellement admis avoir détourné l'isolat du virus de Luc Montagnier, affirmant que c'était le sien, et peu de journalistes avaient remarqué que ce même mois il avait été déclaré coupable de fraude scientifique par ses pairs.

Ce verdict de fraude scientifique a été prononcé par le Bureau de l'Intégrité de la Recherche du Ministère de la Santé et des Services à la Personne (en anglais ORI pour Office of Research Integrity - NdT). Il a conclu que Gallo et son collègue Mikulas Popovic avaient fait de fausses déclarations dans des publications scientifiques. Gallo avait été accusé d'avoir intentionnellement induit des collègues en erreur afin d'en tirer du crédit pour lui-même et de diminuer le crédit dû à ses adversaires français. Le rapport disait également que cette fausse déclaration avait « entravé le progrès potentiel de la recherche sur le SIDA » en détournant les scientifiques d'un travail potentiellement fécond avec les chercheurs français. Plus tard, le Conseil des recours du Ministère de la Santé et des Services à la Personne examina d'abord le cas de Popovic et décida de nouveaux critères de fraude scientifique. « Le but de tromper » devait être prouvé. Le Conseil reconnut Popovic non coupable, disant qu'il n'avait trouvé aucun acte répréhensible. Sur cette interprétation étroite faite par un conseil de juristes qui n'étaient pas des scientifiques, l'ORI décida qu'elle devait abandonner l'affaire de Gallo et les charges de mauvaise conduite furent retirées. Les poteaux de but avaient néanmoins à nouveau été déplacés afin de protéger l'orthodoxie. (Voir le chapitre 11)

Il se peut aussi que de nombreux journalistes à cette conférence de presse ne savaient pas que dans l'année précédente des enquêtes avaient été menées pour différentes fautes professionnelles de plusieurs membres de l'équipe du laboratoire de Gallo, parmi lesquelles le prélèvement d'isolats viraux, de réactifs et autres, de matériels qui avaient été financés par le gouvernement et dont ils s'étaient servi dans leurs propres sociétés de biotechnologies. Aujourd'hui, cependant, Gallo était la star du show, à la Conférence Mondiale du SIDA de Berlin, et il fallait que le show se poursuive.

Au coin de la rue au centre de Berlin, le pair (de Gallo – NdT) rétro virologue Peter Duesberg, qui fut un temps l'ami de Gallo mais dorénavant considéré par Gallo comme son ennemi juré, prenait un café avec un groupe de dissidents du SIDA. Duesberg n'avait pas été invité à la conférence et quelques heures plus tard il était de retour dans ses laboratoires de Berkeley en Californie. La querelle entre ces deux hommes avait commencé peu de temps après la fameuse conférence de presse de 1984, lorsque Margaret Heckler, Secrétaire à la Santé des Etats-Unis, avait annoncé, avec Gallo à ses côtés, « La cause probable du SIDA a été trouvée ». Duesberg avait travaillé avec Gallo sur les rétrovirus au NIH (rappel : National Institute of Health – Institut National de la Santé – NdT) et avait été le premier scientifique à établir la carte de la séquence génétique d'un rétrovirus. Ce qui fait que lorsque l'annonce officielle fut faite que le rétrovirus VIH pouvait provoquer le SIDA il était très étonné. Il se dit à lui-même « Il (le rétrovirus -NdT) ne peut le faire ». « Le VIH ne peut tout simplement pas tuer toutes ces cellules. Il n'y a pas de mécanisme pour cela. »

Tandis que le train du VIH commençait à se mettre en branle, Duesberg commença à écrire. Son premier article critique envers l'hypothèse VIH/SIDA dans *Cancer Research* avait attiré pas mal d'attention parmi ses pairs et fait de Gallo son ennemi. C'était étrange parce que Gallo avait autrefois décrit Duesberg comme étant « brillant et original, un scientifique d'une énergie extraordinaire, d'une honnêteté inhabituelle, avec un énorme sens de l'humour, et un esprit critique rare qui nous fait souvent nous pencher deux fois, puis une troisième fois sur une conclusion dont nous étions nombreux à penser qu'elle allait de soi ».

Mais bientôt il commença à insinuer que Duesberg n'avait pas seulement tort mais qu'il était fou, et traînait avec des gens 'en vestes de cuir' peu recommandables. A partir de 1988 Gallo a décrit les idées de Duesberg comme étant « de dangereux non-sens ». « Il a maintenant indiqué aux gens qu'ils pouvaient sortir et baiser partout et se faire infecter par le virus et ne pas s'en faire. C'est là-dessus que j'en veux à Peter ». Pour avoir indiqué à la communauté scientifique quelques vérités gênantes, Duesberg, par le passé trois fois de suite « scientifique de l'année », académicien de l'Académie Nationale des

Sciences des Etats-Unis et détenteur d'une « subvention de recherches remarquable » du gouvernement des Etats-Unis, se verra bientôt lui-même défroqué, privé de fonds, rejeté par ses pairs et même empêché d'enseigner aux étudiants de troisième cycle.

Comment le Monde Entier a-t-il pu autant se tromper au sujet du SIDA ?

Il est inconcevable, me direz-vous, que dans quelque chose d'aussi grave que le SIDA, l'establishment scientifique dans son ensemble, et même toute autre personne ait pu se tromper autant. S'il y a un véritable doute sur le VIH comme étant la cause du SIDA, pour quelle raison n'entendons-nous pas les voix dissidentes ? Où est le débat ? Il y a plusieurs raisons pour lesquelles ceux qui avancent des arguments scientifiques pertinents contre l'hypothèse virus/SIDA ne sont pas entendus. La censure qui existe dans le processus de révision par les pairs, opérée par les principaux journaux scientifiques protège les points de vue orthodoxes en cours et empêche de mettre sur le tapis les arguments de controverse. Les journalistes médicaux et scientifiques tendent à soutenir l'orthodoxie scientifique dominante. La contester pourrait saper la confiance du public envers l'establishment scientifique. Le médecin est toujours Dieu et les politiques de santé du gouvernement dictées par des médecins et des scientifiques ne devraient pas être remises en cause.

Ensuite il y a l'inévitable désir de protéger les immenses sommes d'argent impliquées durant dix ans dans les subventions et les brevets de recherche sur le VIH pour les différents kits de tests et les médicaments antiviraux. L'histoire du SIDA est également spéciale parce que c'est la première fois dans l'histoire de la médecine qu'autant d'argent a été jeté dans une seule maladie particulière. Avec 40 milliards de dollars dépensés en 14 ans, c'est, après le Département de la Défense, la plus grande industrie des Etats-Unis. Cet argent a été alimenté par des tactiques de terreur de l'épidémie dont se sont servis des organismes bien établis tels que les Centres de Contrôle des Maladies des Etats-Unis et son émanation, le Service d'Etudes des

Epidémies (en anglais EIS pour Epidemic Intelligence Service - NdT) dont les membres sont placés dans des positions stratégiques de pouvoir et d'influence dans les médias.

Il y a malgré tout une autre raison plus complexe pour avoir soutenu qu'un agent infectieux était la cause du SIDA. En Occident ceux qui sont affectés par le syndrome sont à 90% des hommes, parmi lesquels 50% sont des homosexuels toxicomanes réguliers – à la fois par intraveineuse et consommateurs de drogues récréatives. Durant les années 1980 la communauté gay avait une voix de lobbying puissante auprès de gouvernements qui étaient impatients de paraître politiquement corrects. Une cause infectieuse du SIDA était plus commode pour la communauté gay. Cela permettait aux homosexuels de ressentir une cause extérieure à leur maladie, une cause qui pouvait également menacer la communauté hétérosexuelle. Cela donna aux groupes activistes gay une *raison d'être* (en français dans le texte – NdT). Au travers de leur propre expérience ils pouvaient offrir des conseils aux hétérosexuels au sujet de ce qui était appelé « des rapports sexuels plus sûrs ».

Une fois que le VIH avait été accepté par la majorité des homosexuels masculins comme étant la cause du SIDA, un certain soulagement pénétra dans leurs vies. Ils avaient vu beaucoup de leurs amants et proches amis dépérir devant leurs yeux. Maintenant ils pouvaient faire leur travail de deuil, sachant que le VIH, cet étrange, ce nouveau virus, que l'on dit venir d'Afrique, avait provoqué la mort de leur être aimé, peut-être seulement après une seule rencontre sexuelle « malchanceuse ». Rien à voir avec le fait que l'ami ou l'être cher avait probablement sniffé des nitrites (les poppers) sur la piste de danse ; ou pris nuit après nuit pendant des années l'une des cinquante différentes drogues chimiques récréatives ; a peut-être eu des centaines de partenaires sexuels en une année ; et peut-être arrêté de se nourrir et de dormir convenablement ; et a peut-être pris des antibiotiques toute l'année contre des syphilis, gonorrhées et hépatites récurrentes. Non, l'ami ou l'être aimé était définitivement décédé du VIH. Quiconque remettait en question la cause acceptée du décès était l'objet d'un profond ressentiment et rapidement taxé d'homophobe. C'était un

sacrilège. Un culte de résignation et de mort commença à se glisser dans les communautés dévastées par le SIDA.

Comment le VIH a-t-il fait pour se retrouver à la première place ?

Pour comprendre comment le VIH en est arrivé à être adopté comme étant la cause du SIDA il ne suffit pas simplement de traverser à la hâte les raisons bien ficelées avancées par l'orthodoxie et ensuite de lister les points de désaccords proposés par les scientifiques qui contestent le point de vue établi. Ceci est une histoire bien plus intéressante. L'histoire doit être racontée dans son contexte, portant avec elle le climat politique et social qui entourait l'apparition du SIDA, et en particulier les microclimats dominants qui tournaient autour des grands laboratoires de virologie en ces temps-là. L'histoire se focalise sur trois hommes :

- L'élégant, impulsif Robert Gallo et son cercle de collègues, connu sous le nom de Bob Club, solidement installé dans les laboratoires de verre et de béton de l'Institut National du Cancer, cet institut faisant partie du NIH (National Institute of Health – Institut National de la Santé -NdT) à Bethesda, Maryland.
- Luc Montagnier, le scientifique français, un peu enrobé, au visage rond et son équipe de l'Institut Pasteur de Paris qui a été le premier à isoler le LAV/VIH (LAV pour Lymphadenopathy associated virus – virus associé à la lymphadénopathie) ; et
- Peter Duesberg, la seule ombre au tableau (d'une histoire qui promettait d'être très belle – NdT). Svelte et athlétique, des lunettes cerclées de métal, chevelure argentée épaisse et frisée, le brillant biologiste moléculaire allemand avec, dit-on, les meilleures « mains de laboratoire » dans le secteur. Basé dans le Laboratoire Stanley sous les sapins Douglas du campus de Berkeley dans la douce Californie. Duesberg a été l'inspirateur qui

était derrière le Groupe pour la Réévaluation Scientifique du VIH comprenant plus de 350 scientifiques et professionnels de la santé qui contestent l'hypothèse virus/SIDA.

En un mot, Gallo devint convaincu que le VIH était la cause du SIDA et que c'était suffisant en soi pour provoquer la maladie et le décès. En 1988 lors d'une interview pour *Spin Magazine* il a dit à Anthony Liversidge que « le VIH tuait comme un camion » et que ces racontars de cofacteurs « n'avaient ni queue ni tête et étaient de la connerie… des balivernes ». Il a également dit, dans une autre interview, « Le VIH provoquerait le SIDA chez Clark Kent (Superman) si on lui donnait la dose adéquate et la bonne souche du virus… seul et par lui-même. Il n'y a aucun doute pour moi ».

Montagnier n'a jamais été très sûr que le VIH pouvait provoquer le SIDA à lui tout seul. Au tout début il n'était pas sûr si le VIH fasse quoi que soit. Dès 1983, à la conférence sur les rétrovirus de Cold Spring Harbour, après avoir décrit son travail sur le LAV - virus associé à la lymphadénopathie (baptisé plus tard VIH) – en soulignant que le LAV *pouvait* provoquer des anomalies dans le ganglion lymphatique chez les malades du SIDA, il a dit « beaucoup d'autres rétrovirus…. pouvaient provoquer le SIDA ». Sept ans plus tard il nous a dit « Au début, nous pensions que nous avions le bon candidat pour que ce virus soit la cause du SIDA. Mais après un moment, en fait même depuis le commencement, nous avons pensé que, pour l'activation du virus dans les cellules, il nous fallait quelques cofacteurs ». Montagnier estimait que quelque chose d'autre était nécessaire – un cofacteur ou des cofacteurs – afin de rendre le VIH pathogène (dangereux). « Donc je serais d'accord avec le fait que le VIH tout seul, ou quelques souches du VIH ne sont pas suffisants pour provoquer le SIDA ».

Duesberg estimait que le VIH n'est pas la cause du SIDA et que le VIH n'est pas actif d'un point de vue biochimique. C'un simplement un passager, un rétrovirus faisant de l'auto-stop qui vit avec nous et qui est constamment dormant. Il est à peine détectable et est toujours

latent même chez les personnes qui ont le SIDA. Il maintient que le VIH et les rétrovirus en général, contrairement aux virus ordinaires, ne tuent pas les cellules. En fait, c'était pour cette raison que pendant dix ans, les rétrovirus avaient été suspectés à tort de provoquer le cancer – une maladie de croissance incontrôlée des cellules. Paradoxalement, ce même type de virus était maintenant rendu responsable de provoquer le SIDA, une maladie où les cellules apparemment disparaissent.

Les rétrovirus s'unissent à l'ADN de leur cellule hôte et ont besoin d'elle pour vivre. Quiconque est testé positivement au VIH démontre que le système immunitaire propre du corps a fait du bon travail en produisant des anticorps et en neutralisant l'envahisseur. Duesberg réfute les théories de cofacteur en disant qu'introduire des cofacteurs pour renforcer une théorie qui fait naufrage est le signe d'une hypothèse en faillite. Ou, comme il nous l'a dit, « C'est le début de la retraite de Russie !»

Dans une interview de 1994 pour *Reappraising AIDS* (Réévaluer le SIDA), le journal produit par le Groupe pour une Réévaluation Scientifique du SIDA, Duesberg dit :

Durant les dix années d'efforts de recherches sans précédents, nous n'avons aucune preuve que le VIH provoque le SIDA. C'est le contraire qui est vrai. Nous avons un million d'Américains qui sont positifs au VIH et qui sont en bonne santé, huit millions d'Africains qui sont positifs au VIH depuis huit ans et qui sont en bonne santé, et un demi-million d'Européens en bonne santé. Quelques 150 chimpanzés qu'on a inoculés avec le VIH n'attrapent pas le SIDA et ils ont ces anticorps. Comment se fait-il qu'en dix ans, aucun médecin n'ait attrapé le SIDA d'un malade alors qu'ils les ont soignés et que nous n'avons pas de vaccin ? Comment se fait-il que 15 000 hémophiles vivent depuis dix ans avec le VIH et n'en meurent pas- bien au contraire leur espérance de vie double ?

Duesberg et Gallo avaient été collègues mais peu à peu ils se brouillèrent d'une manière importante. Le duel entre eux est bien connu par ceux qui leur sont proches. Les histoires de Duesberg sur Gallo sont toujours accompagnées par un recours généreux de son féroce sens de l'humour. Peut-être le meilleur récit documenté de leur

animosité grandissante se trouve dans la partie sur Duesberg dans le livre de Gallo *Virus Hunting* (à la Chasse au Virus – NdT) et dans la critique de Duesberg de ce dernier, par un article dans le *New York Native* intitulé « On Virus Hunting ». Gallo dit « On ne peut s'empêcher de souligner que Duesberg est un chimiste, un virologue moléculaire. A ma connaissance pas un médecin, pas un épidémiologiste, pas un agent de la santé d'où que ce soit dans le Monde ne serait d'accord avec ce (son) point de vue ». Duesberg répond, « Je me demande si le médecin Gallo n'aurait pas été un meilleur acteur en se servant de sa formation médicale afin de traiter les malades du SIDA que d'essayer de résoudre la « virologie moléculaire » du VIH et la « chimie » du SIDA ». Duesberg accuse Gallo d'être si politiquement correct qu'il « ne veut pas offenser les Américains homosexuels ou les Centrafricains et leurs microbes en nous garantissant à tous que la transmission d'homme à femme… est probablement le chemin d'accès vers l'infection le plus courant au monde et non d'homme à homme par voie sexuelle, comme nous, aux Etats-Unis, avons tendance à croire. Ceci néanmoins », poursuit Duesberg, « laisse ouverte la question quant au pourquoi aux Etats-Unis les femmes représentent moins de 10% de tous les cas de SIDA ». Gallo dit « La précipitation de Duesberg vers les médias a son côté dangereux ». Ce à quoi Duesberg répond, « Mais Gallo, le père de la science par communiqués de presse, échoue à expliquer pourquoi ce serait « dangereux » pour moi, Montagnier et d'autres qui remettent en question une hypothèse qui en sept années de recherches acharnées et des investissements annuels qui actuellement se montent à 30 milliards de dollars n'a pas jusqu'à présent ni arrêté ni contenu le SIDA, ni même prédit sa propagation ».

Bien que cet échange soit divertissant, les différences clés d'un point de vue scientifique entre Duesberg, Gallo et Montagnier n'ont jamais été correctement prises en compte ou publiées. Les conséquences en ont été vraiment graves. Il est maintenant évident que les gens peuvent vivre pendant dix ans avec le VIH et ne jamais progresser vers le SIDA, mais pendant plus d'une décennie des jeunes hommes et des jeunes femmes, en se retrouvant positifs aux anticorps, ont cru qu'ils allaient mourir dans les dix ans à venir. L'impact de ce diagnostic,

soutenu de tout son poids par l'orthodoxie médicale, a entraîné d'innombrables morts psychologiques.

Rétrovirologie : un catalogue d'erreurs et d'hypothèses erronées

Quelque temps après la Guerre contre le Cancer, après que les découvertes devinrent des « inventions » et que les chercheurs devinrent des entrepreneurs et que la Big Biologie devint trop coûteuse pour fonctionner sans Big Business, la biomédecine a dépassé le point où elle est menée avec méthode.

(Barry Werth, Juin 1988)

Lorsque Nixon déclara la guerre au cancer en 1971 et que la loi nationale sur le cancer (en anglais National Cancer Act -NdT)) fut adoptée, l'Institut National du Cancer, dépendant de l'Institut National de la Santé, était dominé par les virologues. Robert Gallo et ses collègues tels que Howard Temin, David Baltimore et Myron (Max) Essex étaient prêts, avec des millions de dollars à leur disposition, à trouver une cause virale au cancer. L'intensité et l'enthousiasme qui englobaient le champ de la virologie doit être vu dans le contexte de l'invention et de l'usage du microscope électronique. Son développement dans les années 1940 a conduit à une école de biologistes moléculaires et de virologues qui étaient capables de sonder de plus en plus profondément dans les cellules, allant même jusqu'à des grossissements x 50 000. Ce qu'ils virent ce n'était que des nouveaux territoires et ce qu'ils firent c'était d'attribuer des maladies aux particules qu'ils identifièrent par la suite comme étant des rétrovirus - *parce qu'ils étaient là*. Mais l'association n'a jamais été une preuve du lien de causalité et la recherche dans le champ a tourné dans un réductionnisme scientifique (ad absurdum), qui à son tour a mené à une série de monumentales fausses hypothèses. L'arrogance institutionnelle, l'irresponsabilité (au sens de n'avoir pas de comptes à

rendre – NdT), de stupéfiants étalages de cupidité et vanité ont cimenté une hypothèse fausse en une autre pour former une construction inattaquable – l'hypothèse virus/SIDA.

L'intérêt pour les virus tumorigènes susceptibles de provoquer le cancer avait été agité dès 1910 lorsque Peyton Rous a trouvé qu'il pouvait provoquer des tumeurs dans des poulets en bonne santé en leur inoculant du tissu tumoral de poulets avec des sarcomes. Mais personne n'a été capable de reproduire les résultats de Rous lorsqu'ils essayèrent de répéter les expériences sur d'autres animaux. C'est le point de vue de Duesberg que les rétrovirus comme le virus sarcome de Rous ne sont que de peu d'importance clinique dans les maladies chez les animaux ou les humains. « Ce virus a probablement tué un poulet en dehors du laboratoire » dit-il « Mais il y a deux prix Nobel et douze membres de l'Académie Nationale des Sciences pour ce seul poulet. Ils ne le diront jamais de cette façon, mais c'est vrai.

Dans son livre Virus Hunting, Gallo donne sa propre interprétation de ce qu'il voit comme la noble recherche de la cause virale de la maladie. Les chercheurs clés dans ce champ étaient des scientifiques de Harvard Max Essex et William Haseltine, qui, ensemble avec Gallo, menèrent les recherches sur le cancer provoqué par les rétrovirus à l'apogée de la campagne contre le cancer. Gallo se déplace ensuite sur la découverte des oncogènes (incidemment ce fut Duesberg qui avait identifié le premier dans son propre laboratoire).

On pensait que les oncogènes pourraient être la clé de tous les cancers. L'oncogène est un gène particulier qui, lorsqu'il est introduit dans le matériel génétique d'un virus, était considéré comme étant capable de convertir un gène cellulaire normal en gène du cancer (ou oncogène cellulaire). Néanmoins, Duesberg ayant testé la relation entre les gènes cellulaires et viraux, fit remarquer que les oncogènes viraux sont si rares et si artificiels qu'ils ne sont pas pertinents pour ce qui est du cancer chez les humains ou les animaux sauvages, renversant ainsi l'hypothèse principale de la recherche sur le cancer des années 1970 et 1980 et, comme résultat, se retirant lui-même de toutes les conférences scientifiques majeures sur le sujet. A ce jour, il n'y a pas eu d'avancée majeure du travail sur les oncogènes et aucun virus qui puisse

provoquer une tumeur cancéreuse classique n'a été trouvé. Plus important, il n'y a toujours pas de preuve que le cancer est une maladie infectieuse transmissible.

A peu près au même moment (1970) vint la découverte de l'activité de la transcriptase inverse, qui a mené à l'identification des rétrovirus. Cette enzyme permettait à un virus à ARN de s'unir lui-même à l'ADN nucléaire de sa cellule hôte. Personne n'aurait pensé que cela puisse se produire. On avait toujours estimé que l'ADN pouvait se transformer en ARN mais pas vice versa. Cela a conduit que le prix Nobel en 1975 soit attribué à Howard Temin et David Baltimore. Beaucoup disent que le Professeur Harry Rubin à Berkeley avait effectué l'important travail de pionnier sur ce sujet et aurait dû en retirer de la reconnaissance. Tout cela a incité Gallo, dit-il, « à rechercher le premier rétrovirus provoquant le cancer chez l'homme ». Mais c'est là que commença un catalogue d'erreurs calamiteuses qui ferait frémir le partisan le plus dévoué de la mode en sciences. Cela nous donne également un indice sur comment d'autres énormes « erreurs », telle que celle de la confusion entre les « virus du SIDA » de Montagnier et de Gallo et celle de la plus grande erreur de toutes – attacher une cause virale au SIDA – ont pu être faites.

La première erreur est survenue juste après la découverte de la transcriptase inverse de Temin et Baltimore. Lorsque la transcriptase inverse fut découverte on pensait qu'elle identifiait une activité rétrovirale et par conséquent une infection parce que les rétrovirus étaient connus pour faire appel à la transcriptase inverse afin de se fusionner dans leur cellule hôte. Gallo annonça promptement avoir trouvé la preuve d'une infection rétrovirale dans les leucémies humaines. Elle a été décrite comme une « découverte clé » parce que c'était la première fois qu'une preuve liant les rétrovirus avec la maladie chez les humains avait été produite. Les scientifiques du Monde entier essayèrent désespérément de reproduire cette découverte mais échouèrent. Les détracteurs de Gallo pensaient qu'en se reliant aux travaux de Temin et Baltimore, il (Gallo) pourrait se diriger dans quelques années vers un Prix Nobel, mais sa « découverte clé » s'est trouvée être un artefact (objet fabriqué – NdT) incontrôlé, en d'autres mots un faux positif.

Le signe d'un grave enthousiasme excessif est apparu en 1975 lorsque Gallo annonça qu'il avait isolé le premier rétrovirus humain d'un malade leucémique. Il était tout prêt de discuter au sujet de ses découvertes à la réunion annuelle du programme du cancer viral à Hershey en Pennsylvanie et pour la préparation avait envoyé des échantillons pour un examen indépendant. A sa grande consternation, il entendit lors de la réunion que son rétrovirus n'était rien de moins qu'une contamination de laboratoire non pas d'un mais de trois rétrovirus animaux, d'un macaque, d'un gibbon et d'un babouin !

Gallo en fut profondément blessé et assez en colère pour suggérer qu'il y avait eu du « business de singe ». « Je veux dire, qu'est-ce que ça pourrait être d'autre que du sabotage ? Une contamination ça peut arriver, mais trois ? En quinze ans j'ai eu une contamination par une souris, mais trois ? ». Cet incident préfigure de la véhémence avec laquelle Gallo nia l'accusation que son virus VIH était un contaminant du laboratoire de Montagnier. Commentant l'incident de Hershey, Gallo dit :

Ce qui m'étonna ce n'était pas les découvertes – comme je le dis, j'étais déjà en train de développer mes propres doutes – mais la véhémence avec laquelle elles ont été livrées. Plus d'un orateur se servit de notre malchance pour ridiculiser l'idée même d'un rétrovirus humain. Il semblait que c'était comme si des efforts particuliers avaient été faits non simplement pour souligner notre erreur mais pour mettre les derniers clous sur le cercueil de l'étude des rétrovirus humains.

Après une décennie de recherche et plusieurs milliards de dollars, le programme du cancer s'était échoué. La blague qui courait dans les laboratoires était « Virus de tumeur humaine ? Ou virus de rumeur humaine ? ». En 1977, le programme du cancer de l'Institut National du Cancer fut brutalement fermé. L'épitaphe de Duesberg pour le programme a été formulé ainsi :

Lorsque vous êtes dans le business des rétrovirus vous pouvez détecter un rétrovirus. Lorsque vous étudiez une maladie, vous pouvez chercher le rétrovirus. Nous avons fait cela auparavant avec de multiples scléroses en plaques, nous avons fait cela avec les sarcomes, et dans

tous les cas un virus a été trouvé tôt ou tard. Ce qui n'a pas été souligné par bon nombre de ces laboratoires c'est que ces mêmes virus ont par la suite toujours été trouvés chez des porteurs sains et c'est principalement à cause de cela que le programme du cancer est un échec.

Qu'ont fait ensuite Gallo, le Roi de la Virologie, et ses courtisans ?

Ils avaient essayé de trouver une cause virale pour les cancers, puis pour le cancer du sein, puis pour la sclérose en plaques et même pour la maladie d'Alzheimer. Toutes les tentatives avaient échoué. Ils étaient assis dans leurs tours de verre et de béton se tournant les pouces. Il n'y avait plus d'argent et le Bob Club avait commencé à s'éparpiller. Mais pas pour longtemps.

Gallo avait désespérément besoin d'une avancée et finalement il en obtint une. Il prit des cellules de malades de la leucémie, les mit en culture et trouva l'activité de transcriptase inverse. Il devait y avoir là un rétrovirus estimait-il. Il l'appela virus leucémique de lymphocyte T humain (en anglais human T-cell leukaemia virus ou HTLV – NdT). Celui-ci devint le premier d'une série de HTLV (de HTLV-1 à HTLV-5) que Gallo rassembla dans la famille des rétrovirus, mais tous n'étaient pas des enfants obéissants. L'un d'entre eux, le HTVL-3, qu'il avait déclaré responsable du SIDA, était particulièrement rebelle. Mais avant que nous discutions de « virus du SIDA » de Gallo, nous devons comprendre exactement comment la crédibilité du HTVL-1 s'est établie.

Au Japon, en 1975, des groupes de cas de leucémie avaient été constatés chez des patients âgés de deux îles du Sud. Kiyoshi Takatsuki de l'Université de Kyoto les appela cellules T de leucémie d'adulte (en anglais Adult T-cell leukaemia ou ATL) et se demandait s'il ne pouvait pas y avoir une cause infectieuse. Deux autres chercheurs, Yori Hinuma et Isao Miyochi étaient également en piste et avaient isolé un rétrovirus que Gallo disait identique à son HTLV.

Gallo prétend que lui et ses collègues ont isolé les premiers spécimens de HTLV en 1978/79 et que les résultats ont été publiés en 1980. Il y eût un accès d'excitation lorsque le même rétrovirus fut identifié chez des malades Noirs nés aux Etats-Unis et chez des personnes des pays des Caraïbes, d'Amérique du Sud, d'Afrique et du Japon. La leucémie elle-même, dit Gallo, pourrait prendre de quelques années à 40 années pour se développer et il commença à spéculer sauvagement sur les origines de sa découverte – que le rétrovirus était originaire d'Afrique, où il avait infecté les primates et les humains du Vieux Monde et avait atteint les Amériques par le biais du trafic d'esclaves. Il suggéra même que les marchands portugais auraient amené le virus au Japon au 16ème siècle – par l'importation d'esclaves et de singes. Gallo s'accrocha avec acharnement à son hypothèse que le HTLV-1 était capable de provoquer la maladie et il est intéressant de lire les tons d'intimidation que lui et ses collègues utilisaient si quelqu'un osait remettre en question ses affirmations.

Un confrère chercheur, le Dr Carlo Croce de Philadelphie avait été assez effronté jusqu'à dire qu'il pensait que le HTLV-1 était une cause *indirecte* de leucémie (c'est lui qui souligne). Croce se fit sévèrement taper sur les doigts par Gallo dans une lettre datée du 10 février 1986.

Si vous êtes assez conscient pour faire des commentaires sur la maladie du HTLV-1 vous devriez certainement le faire avec plus d'attention. Manifestement, c'est de la sémantique lorsque vous dites que le HTLV-1 est une cause indirecte de la leucémie des cellules T…. Ce qui me surprend le plus c'est que vos arguments semblent provenir tout droit d'une « prestation à la Duesberg » …. en bref, Carlo, j'ai été surpris par la rapidité et l'entrain à faire ces conclusions. Elles apparaissent intéressées et ne rendent aucun service ni à vous ni au champ (de recherche scientifique -NdT*).*

Gallo envoya des copies de la lettre à William Haseltine et à d'autres. La réponse de Haseltine à Gallo est un très bon exemple de la façon dont les « gardiens des idées reçues » se serrent les coudes, exerçant une pression des pairs pour maintenir le consensus ». « Cher Bob » écrivit Haseltine, « J'ai été heureux que tu aies écrit un mot à Carlo….

J'espère que Carlo va se servir de ton conseil pour modifier ses dires d'une manière appropriée ».

En se rappelant toujours que c'est à partir de la famille des HTLV (human T-cell leukaemia virus – virus leucémique de lymphocyte T humain) que Gallo a prétendu que le virus du SIDA avait pris naissance, il est intéressant, avec le bénéfice du recul, de réexaminer maintenant la signification de ce « premier rétrovirus humain », le HTLV-1, qui est devenu si rapidement célèbre. Le problème était, et même Gallo l'admet, que ce même rétrovirus pouvait être trouvé chez des gens en parfaite bonne santé. En fait, il affirme lui-même que seulement 1% des personnes « infectées » avec le HTLV-1 ont développé un jour une leucémie et que la période de latence pouvait aller jusqu'à 40 ans. Une étude japonaise met l'incidence de la leucémie par cellules T de l'adulte chez les personnes avec des anticorps au virus à un niveau aussi faible que 0,06%.

Au moment où Gallo continuait à rassembler autour de lui la famille des HTLV- le HTLV-2 vint ensuite puis l'infâme HTLV-3 (appelé plus tard VIH, au grand dépit de Gallo puisqu'il ne pouvait plus être inclus dans la famille des HTLV) – les doutes de Duesberg grandirent d'une manière très forte. Comme il commençait à exprimer son scepticisme sur le rôle des rétrovirus dans la maladie, quelques-uns de ses collègues commencèrent à écouter et il fut invité à écrire son article crucial pour *Cancer Research*. Cet article, « Les rétrovirus en tant que carcinogènes et pathogènes : prévisions et réalité », avec ses 280 références a été publié en mars 1987 et était le premier d'une série d'attaques dévastatrices concernant tout le champ de la recherche sur les oncogènes et l'hypothèse virus/cancer, et également sur l'hypothèse virus/SIDA. Avant de tacler les prétentions de Gallo que sa découverte HTLV-3 (le VIH) était la cause du SIDA, nous devons rappeler les critiques de Duesberg sur les affirmations précédentes de Gallo qu'un rétrovirus comme le HTLV-1 pouvait provoquer le cancer.

Dans son article de Cancer Research Duesberg décrit les rétrovirus comme étant les virus passagers les plus courants et les plus bénins qui soient chez les animaux et humains en bonne santé, probablement parce c'est l'unique moyen qu'ils ont de coexister avec leur cellule

hôte sans provoquer de symptôme de maladie et également à cause de la manière dont ils peuvent se répliquer sans tuer leur cellule hôte. Il souligne que le très peu de cas de leucémie chez les animaux et les humains infectés de rétrovirus – le risque étant aussi faible que 0,1%, qui est le même que le risque de leucémie chez les animaux et les personnes qui n'ont pas le virus. Duesberg continue à expliquer que le seul rôle que les rétrovirus appelés oncogènes sont suspectés jouer dans le cancer est de provoquer la production de cellules anormales (l'hyperplasie) qui ne sont pas nécessairement malignes. La seule manière qui permet à cette accumulation anormale de se produire c'est quand le virus est introduit de force à des niveaux très élevés dans des conditions de « serre » de laboratoire. On n'a pratiquement jamais vu un animal hors d'un laboratoire développer un cancer malin à partir de ces virus et il n'y a jamais eu de rapport du cas d'un être humain développant un cancer à cause d'eux. Il conclut en disant que les rétrovirus latents sont presque toujours impliqués dans toutes les infections naturelles mais ils ne sont pas, que ce soit directement ou indirectement, la cause des tumeurs cancéreuses. Ce sont simplement des passagers et ne devraient pas être considérés comme des cibles pour la prévention ou la thérapie du cancer.

Après la publication de cet article, Duesberg a été interviewé par l'auteur John Lauritsen. Duesberg lui dit qu'il ne pensait pas que le HTLV-1 jouait quelque rôle que ce soit dans les leucémies. Il souligna son point de vue que c'est seulement dans les conditions de laboratoire où les animaux sont contraints de se voir injecter de grandes quantités de virus dans leur corps avant qu'ils aient développé correctement leur propre système immunitaire pour résister à cet assaut, qu'ils produisent des cellules anormales.

Bien que la plus grande partie de l'article de Cancer Research contestât le point de vue universellement accepté sur la relation des rétrovirus au cancer, la dernière partie menait à la contestation de l'hypothèse VIH/SIDA. Les arguments clés de Duesberg étaient que le niveau de VIH présent dans le corps, même en cas de SIDA avancé, était trop bas pour provoquer la maladie ; qu'un rétrovirus tel que le VIH n'était pas capable de tuer sa cellule hôte et de continuer à en infester d'autres ; que la période de latence n'avait aucun sens parce que les virus

provoquent l'infection lorsqu'ils rentrent dans le corps et ne peuvent pas attendre cinq ou dix ans avant de causer des dommages ; et que les cas de SIDA sans VIH et des VIH sans SIDA faisaient de l'hypothèse virus/SIDA un non-sens.

Ces points importants n'avaient jamais été avancés avant, néanmoins ici ils étaient publiés dans un journal scientifique prestigieux. Après les avoir soigneusement étudiés nous avions acquis la conviction que nous devions poursuivre plus loin cette argumentation. C'est cet article, repéré en premier par mon collègue Jad Adams, qui a changé le cours de nos vies, et mis en route notre petite équipe dans une quête qui a duré dix ans pour relater une des batailles les plus fascinantes qui ait jamais eu lieu dans la fine pointe de la science.

Gallo relie le HTLV-III au SIDA

L'idée que le SIDA puisse être causé par un rétrovirus circulait déjà en 1981. Tous les premiers cas de SIDA étaient identifiés par le fait que des jeunes gens avec les symptômes du SIDA partageaient un facteur commun, le nombre de leur lymphocytes T était très bas. Les lymphocytes T sont un sous-groupe des globules blancs qui sont cruciaux pour le système immunitaire. En 1982, après avoir entendu James Curren du Centre de Contrôle des Maladies décrire les cas de jeunes hommes avec un taux très bas de lymphocytes T et exprimer le point de vue qu'il se pourrait qu'ils soient en train d'observer les premiers signes d'une nouvelle maladie émergente et potentiellement épidémique, les cloches commencèrent à tinter dans la tête de Gallo. Qu'est-ce qui pourrait affecter ces lymphocytes T se demanda -t-il ? « Intellectuellement je commençais à imaginer un scenario. Et si le SIDA était dû à une mutation d'un HTLV, qui s'est probablement produite en Afrique, qui s'était propagé à Haïti puis aux Etats-Unis ? ».

L'ami de Gallo, Max Essex, avait déjà travaillé sur l'idée que si le HTLV-1 pouvait infecter les lymphocytes T et provoquer la leucémie, pourquoi ne pourrait-il pas également provoquer une autre maladie durant sa longue période de latence (supposée) ? Puisque le SIDA aurait affecté les lymphocytes T, pourquoi le HTLV-1 ne pourrait-il

pas également provoquer le SIDA ? Ce fut à partir de ce moment que le SIDA, qui jusqu'alors n'avait été qu'une collection de symptômes disparates, a été étiqueté comme une maladie unique avec une cause infectieuse unique. Une fois que le mot « infectieuse » fut introduit, toutes les sirènes d'alarme des contrôles épidémiques ont été déclenchées en même temps. Le problème était que si le HTLV-1 était supposé provoquer la multiplication des cellules infectées et de devenir des cancers, comment pouvait-il en même temps éliminer (faire mourir – NdT) les lymphocytes T ? « En effet » écrivent Peter Duesberg et Bryan Ellison :

Les rétrovirus s'étaient emparés du champ élevé de la recherche sur le cancer dans les années 1970 précisément parce qu'ils ne tuaient pas les cellules infectées, mais plutôt s'intégraient dans les agents cancérigènes. Malgré tout, l'hypothèse d'Essex, impliquant le HTLV-1 plut à Gallo – jusqu'à ce que finalement il ne remarque la contradiction. Gallo changea alors tranquillement le nom du virus ; pour Virus de lymphocytes T Humains Leucémiques (en anglais HTLV – NdT) il substitua Virus Lymphotropique de lymphocytes T Humains, soit un virus qui préfère infecter les cellules T (ou lymphocytes T). Ce nouveau nom laissait entendre qu'il n'y avait ni cancer ni élimination de cellules, maintenant ainsi une ambiguïté qui pouvait permettre au virus de provoquer les deux maladies en même temps.

En d'autres mots, Gallo, réalisant que le HTLV-1 avait été associé à la prolifération cellulaire nécessaire pour provoquer un cancer comme la leucémie, devait maintenant expliquer comment le rétrovirus qu'il avait affirmé avoir découvert pouvait agir de façon opposée et éliminer les cellules. Il a simplement éloigné le HTLV-1 de la leucémie en substituant le L de leucémie dans HTLV-1 en L pour lymphotropique. Lymphotropique signifie une préférence pour les lymphocytes T, ce qui permettait à Gallo d'englober toutes les options. Gallo et ses collègues entreprirent de tester le sang de malades du SIDA et, après d'énormes efforts pour trouver une lignée cellulaire avec laquelle ils pouvaient travailler pour rassembler jusqu'à dix différents rétrovirus dans une préparation (une technique qui a été hautement critiquée par des collègues scientifiques), Gallo se présenta avec un nouveau

rétrovirus qu'il garda dûment dans la famille et nomma HTLV-3. C'était alors en 1984.

Pendant ce temps, à l'Institut Pasteur de Paris, Montagnier et ses collègues avaient également été occupés pour isoler une souche virale d'un jeune homme qui avait des ganglions lymphatiques enflés. Ils sont arrivés avec un rétrovirus qu'ils ont prudemment appelé LAV (lymphadenopathy associated virus – virus associé à la lymphadénopatie -NdT). Gallo les encouragea à rédiger leurs résultats et en avril 1983 il a envoyé l'article de Montagnier au journal *Science*. Montagnier avait été en contact avec Gallo, et Gallo lui avait proposé d'examiner l'article avant sa publication. Montagner n'avait pas écrit de résumé pour l'article et Gallo se proposa de l'écrire pour lui et lui a lu par téléphone. Gallo avait écrit les lignes suivantes, « Nous présentons ici l'isolat d'un nouveau rétrovirus du ganglion lymphatique d'un jeune homosexuel malade avec de multiples lymphadénopaties. Le virus semble être un membre de la famille des virus de cellules T humaines leucémiques (HTLV). Cette dernière phrase allait se propager à travers l'histoire. Montagnier a affirmé plus tard qu'il n'avait pas pleinement compris au téléphone l'anglais de Gallo et qu'il n'aurait jamais accepté la mise en relation par Gallo du LAV à la famille de HTVL de celui-ci. Montagnier apporta à Gallo des échantillons de LAV avec un jeu de photographies.

Assez curieusement, personne n'avait porté beaucoup attention de l'article de Montagnier de 1983 dans *Science*. Puis, au printemps 1984, on a su que Gallo avait finalement repéré la cause du SIDA. C'était le propre HTLV-3 de Gallo. En conséquence, une chose des plus inhabituelle survint. Avant la publication de toute information à la communauté scientifique au sujet du HTLV-3 et du SIDA, une conférence de presse fut convoquée. Margaret Heckler, Secrétaire du Département de la Santé et des Services à la Personne (équivalent au Ministre de la Santé en France- NdT), avec Gallo à ses côtés, déclara, « La cause probable du SIDA a été trouvée ». Le même jour Gallo a rempli un formulaire de brevet américain pour le test sanguin VIH qu'il avait développé.

Le Dr Karry Mullis, qui avait été récompensé par le Prix Nobel de Chimie en 1993 pour avoir inventé la réaction en chaîne par polymérase, une méthode d'amplification d'ADN/ARN qui a été par la suite utilisée pour détecter le VIH dans les échantillons de sang, secoue la tête lorsqu'il se remémore ce jour.

Pourquoi ils ont fait cela, je ne le comprends pas. Personne de sensé ne sauterait dans une telle chose comme ils l'ont fait. La Secrétaire de la Santé annonçant simplement comme cela au Monde que cet homme Robert Gallo, portant ces lunettes de soleil noires, avait trouvé la cause du SIDA. Cela n'avait rien à voir avec quelque science bien réfléchie que ce soit. Il y avait des personnes qui avaient le SIDA et quelques-uns avaient le VIH mais même pas tous. Alors ils avaient une corrélation. Alors quoi ?

Mullis est tout aussi cinglant envers Montagnier d'avoir appelé son isolat, provenant du ganglion lymphatique d'un homosexuel, comme étant la cause du SIDA.

Juste parce que quelqu'un avait besoin de trouver une connexion clinique avec un virus appartenant au seul type de virus avec lequel il savait travailler, en a trouvé l'un d'entre eux chez un malade qui avait une nouvelle maladie qui commençait à jouer un rôle en médecine, il l'a blâmé (le virus) d'en être la cause… Vous voyez comment ça marche ?... N'importe quelle personne qui fouille dans ceci dirait que cet homme a un intérêt personnel à trouver un lien entre son propre virus et cette maladie. Est-ce que Montagnier a-t-il examiné tous les virus connus, et puis finalement, pour quelque bonne raison, s'est concentré sur celui-ci ? Parce que s'il avait cherché n'importe quel autre virus dans ce ganglion lymphatique, il l'aurait trouvé. Et ceci aurait déjà été présent dans la littérature.

A partir du jour de la conférence de presse de Washington, l'hypothèse virus/SIDA devint parole d'évangile et l'argent commença à couler. Gallo reçut 100 000 dollars par an grâce à son brevet sur le test. William Haseltine, un des collègues de travail proche de Gallo des jours sombres de la recherche du rétrovirus lié au cancer, avait créé une société de biotechnologie appelée Cambridge Bioscience et invité Max Essex à le rejoindre. Vu sa situation à l'Ecole de Santé Publique

de Harvard, cela convint bien à Essex. Bien que Harvard serait propriétaire des brevets de tout ce qu'il découvrirait, Cambridge Bioscience en aurait la licence (de vente – NdT), là où réellement on gagne de l'argent. « Harvard aurait donc des droits acquis dans les recherches auxquelles Essex choisirait de donner la priorité et comment il affecterait les étudiants de troisième cycle. C'était une confusion entre business et éducation » a écrit Barry Werth dans le *New England Monthly*. Essex avait relié le HTLV au SIDA un an avant que la cause présumée du SIDA n'avait été identifiée et il est resté accroché à sa théorie même après la découverte du VIH.

Sa réticence à examiner les doutes au sujet de son travail souleva des préoccupations sur son rôle dans le SIDA depuis le début -et pas seulement son rôle. D'autres chercheurs commencèrent à suspecter Essex, Gallo et Haseltine d'avoir leurs propres intentions afin de promouvoir la famille particulière de rétrovirus trouvée par Gallo. Ceci a été dit pour expliquer les tentatives de Gallo d'avoir appelé le virus du SIDA HTLV-3.

Inutile de dire que quand le VIH et le SIDA devinrent un gros business, Essex et Haseltine devinrent millionnaires, malgré cependant une bévue monumentale de la part d'Essex. Il enquêtait sur deux virus associés au SIDA, l'un provenant de singes africains et l'autre d'une prostituée apparemment en bonne santé du Sénégal. Ces « nouveaux » isolats de virus étaient, bien sûr, rapidement brevetés. Mais ensuite un jeune scientifique de Harvard appelé Barry Mullins a découvert que les deux « nouveaux » virus associés au SIDA dont on avait tant parlé n'étaient rien de plus que des contaminants provenant de virus de singes de laboratoire sur lesquels on travaillait dans un des étages au-dessus ! « Félicitations ! » s'exclama mon collègue Verney-Elliott, « Les personnes qui ne vous ont pas apporté la cause du cancer, maintenant ne vous ont pas apporté la cause du SIDA ».

La bataille de la revendication de la découverte du VIH

Pendant ce temps-là, à Paris, Luc Montagnier n'était pas un homme heureux. Non seulement Gallo avait affirmé que son isolat du virus,

maintenant HTLV-3 (plus tard renommé VIH), était la cause du SIDA mais il avait publié une photo du virus de Montagnier dans un article de Science annonçant ses (à Gallo) découvertes. Puis pour ajouter l'insulte à l'outrage, Gallo avait déposé une demande de brevet américain pour le test sanguin du SIDA basé sur le HTVL-3 alors que Montagnier avait présenté une demande pour un brevet basé sur le LAV un an et demi plus tôt et qui n'avait pas encore été accordé.

Montagnier était révolté, et à la fin 1985, il décida, avec l'Institut Pasteur, de poursuivre le gouvernement des Etats-Unis. « J'étais particulièrement furieux que notre brevet sur le test sanguin avait été ignoré jusqu'au moment où celui de Gallo avait été accepté. Les scientifiques aux Etats-Unis sont soumis à de fortes pressions pour produire des résultats, et quelques fois cela déforme leur sens de l'éthique. Des scientifiques ont faussé leurs expériences afin de ressembler à des vainqueurs et pas seulement aux Etats-Unis ». L'histoire de la manière dont s'est passée la confusion du virus du SIDA a été amplement documentée, en particulier par John Crewdson du *Chicago Tribune*, dont la recherche minutieuse et l'article qui a suivi, qui a rempli un supplément entier du *Chicago Tribune*, a entraîné une enquête officielle du travail de Gallo (voir chapitre 11).

Le HTLV-3 de Gallo s'est révélé être identique au LAV de Montagnier (par la suite on se mit d'accord pour appeler VIH les deux), et la seule conclusion qu'on pouvait en tirer c'était que d'une manière ou d'une autre le virus de Montagnier avait contaminé les cultures de laboratoire de Gallo, et Gallo l'admis lui-même dans sa lettre de 1991 à *Nature*. A un moment où le public appelait à lever en urgence des fonds pour la recherche sur le SIDA, il aurait été embarrassant pour les gouvernements français et américains d'être considérés comme enfermés dans une bataille juridique extrêmement coûteuse au sujet des revenus d'un brevet de kit de test, donc sur ordre du Président Ronald Reagan et du Premier Ministre français Jacques Chirac, Gallo et Montagnier se rencontrèrent dans une pièce d'un hôtel de Francfort pour parvenir à un accord. Le résultat final fut que les Français et les Américains réglèrent cela à l'amiable. En mars 1987, ils se mirent d'accord pour mettre le crédit de la découverte du virus en

commun et pour partager les royalties pour les kits de test sanguin. En 1994, ces royalties se montaient à 35 millions de dollars.

Gallo et Montagnier seraient liés par une 'histoire scientifique' des événements convenue. Cette 'histoire' a été publiée dans *Nature*. Aucune mention n'a été faite de la contamination de laboratoire ou des dates auxquelles ont été déposées les demandes des brevets respectifs, simplement qu'en mai 1983, le groupe de Montagnier avait rapporté l'identification d'un « nouveau rétrovirus humain », le LAV, cultivé à partir d'un malade ayant le syndrome du SIDA. Et qu'en mai 1984, le groupe de Gallo avait rapporté la découverte du HTLV-3 chez des malades du SIDA (et affirmé que c'était la cause du SIDA). On se mit d'accord que l'on devait donner le même nom aux deux rétrovirus LAV et HTLV-3 en l'appelant virus d'immunodéficience humaine - VIH. Le texte de l'accord entre Gallo et Montagnier contient une clause selon laquelle les deux parties sont d'accord pour ne pas « faire ou publier aucune déclaration qui serait ou pourrait être interprétée comme contredisante ou compromettante de l'intégrité de ladite histoire scientifique ». Jay Adams, lui-même historien, est consterné par cette interprétation « fixée » des événements. « Si la fraude scientifique est le pire crime professionnel qu'un scientifique puisse concevoir, le pire pour un historien est probablement la réécriture de l'histoire afin de s'adapter à l'opinion de l'establishment ».

Gallo a balayé la controverse entourant l'affirmation de Montagnier que Gallo avait utilisé son isolat pour faire un test commercial du SIDA. Il dit que cela n'a eu aucun impact sur sa réputation, « Tout le monde dans la communauté scientifique connait mon étude et ils savent que nous n'avons pas été déclarés coupables de quoi que ce soit ». Aujourd'hui, ayant quitté le NIH (rappel NIH : Institut National de la Santé – NdT) après avoir été vilipendé par le Chicago Tribune, et ciblé par trois différentes enquêtes (voir ci-après et au chapitre 11), Gallo est parvenu à se rétablir lui-même en tant que responsable de son nouvel Institut de Virologie Humaine à l'Université du Maryland à Baltimore, où il continue ses recherches.

Gallo détient 13 brevets américains et en a déposé 29 autres. Ses inventions ont rapporté à ses précédents employeurs, le NIH, la moitié

de ses revenus provenant des royalties. L'Université du Maryland détiendra les brevets sur les nouvelles inventions provenant de l'Institut de Virologie Humaine de Gallo, mais partagera à 50-50 les profits avec les inventeurs. De grands espoirs sont placés sur Gallo. S'il réussit, son institut devrait devenir autonome (financièrement parlant – NdT) en moins de cinq ans et l'Etat du Maryland va se faire des millions en retombées financières. Néanmoins, il y a eu quelques doutes. Lorsque la législature du Maryland donna son accord pour financer l'institut de Gallo, elle a ostensiblement ajouté une clause éthique demandant à l'université de se porter garant du comportement de l'institut. « En privé, des membres du corps professoral de l'université admettent avoir des réserves similaires au sujet de leur nouveau voisin » écrit Elaine Richman dans *The Sciences*. « Ils craignent que les spectres du passé de Gallo ne reviennent pour les hanter, ou que son nouvel institut videra les fonds publics pour payer les salaires et la recherche ».

On fonde de grands espoirs sur une découverte future par Gallo d'un remède pour le SIDA. En ce moment il travaille sur trois substances d'origine naturelle qui semblent être capables d'interrompre la reproduction du VIH en le verrouillant hors des cellules. Ces substances sont décrites comme des facteurs de suppression de VIH (en anglais HIV-SF) et appartiennent à une classe de composés appelés chimiokines. La plus récente incursion de Gallo dans l'arène publique s'est faite à l'assemblée de l'Association Américaine pour l'Avancement de la Science en 1997 où il a annoncé son travail sur le traitement des lésions du sarcome de Kaposi à l'aide d'une protéine liée à une hormone trouvée dans l'urine des femmes enceintes. Dans un essai européen non publié, Gallo dit que le produit hormonal apparemment tue le virus du SIDA chez les malades en phase terminale. Dans un langage typique de Gallo, il prévient « Nous ne savons encore que peu de choses sur cette substance…. Nous n'avons pas encore séquencé sa structure chimique. Nous ne savons pas les doses qu'il faut utiliser ou les voies pour l'administrer. Mais nous avons un espoir d'avoir trouvé une nouvelle arme non toxique contre le SIDA.

Les choses étranges qui se passent dans le laboratoire de Gallo : Des collègues de Gallo sont condamnés

Lorsqu'un scientifique atteint la gloire et la renommée telles que celles qui ont été accordées à Gallo, la presse généraliste préfère nourrir les éloges plutôt que de rapporter un événement louche entourant le héros. Entre 1988 et 1991 le laboratoire de Gallo au NHI était profondément ébranlé. Gallo lui-même fut l'objet d'une enquête par le Bureau de l'Intégrité de la Recherche du gouvernement américain, par le bureau du Représentant Démocrate John Dingell et par un groupe spécial nommé par l'Académie Nationale des Sciences. Trois de ses plus proches associés du laboratoire furent l'objet d'une enquête criminelle pour fraude et détournements de fonds publics. Bien que la presse américaine ait couvert quelques-uns de ces événements, les histoires qui suivent n'ont pas été relevées par la presse internationale. Qui veut faire tomber un héros de son piédestal ? Mais la succession d'enquêtes doit laisser un point d'interrogation au sujet de l'éthique d'un homme qui peut travailler d'une manière si proche avec des personnes qui ont finalement été déclarées coupables et condamnées de pratiques commerciales malhonnêtes, pratiques qui concernaient également son propre (celui de Gallo) laboratoire.

A la fin des années 1980, le moral dans le laboratoire de Gallo était au plus bas. Un des associés principaux de Gallo, le chercheur associé au NIH Syed Zaki Salahuddin, fut l'objet d'une enquête criminelle en 1989 pour avoir été impliqué dans une société appelée Pan-Data Systems qui vendait des échantillons de virus supposés avoir été retirés du laboratoire de Gallo au NIH. Parmi les accusations portées concernant Salahuddin il y avait le fait qu'il « achetait des fournitures au magasin du NIH en se servant de la carte de crédit affectée au laboratoire de Gallo ; ces fournitures étaient ensuite livrées au nouveau laboratoire de Pan-Data Systems ». En plus, « un employé de Pan-Data Systems fabriquait des produits dans la partie de Salahuddin du laboratoire de Gallo que Pan-Data Systems vendait à d'autres sociétés biomédicales ». Un autre des associés de Gallo, le Dr Dharam Ablashi était également impliqué pour avoir fait la promotion de ces ventes. Les échantillons de virus concernés étaient le HTLV-1, le HTLV-2 et

le soi-disant virus du SIDA le HTLV-3, qui était vendu pour environ 1000 dollars le milligramme. Pan-Data vendait également le kit du test VIH à un prix réduit.

Salahuddin a été déclaré coupable et condamné à rembourser 12 000 dollars et à effectuer 1 500 heures de travaux d'intérêt général. Pourtant il était un auteur important des articles annonçant la découverte du virus du SIDA, comme l'était Prem Sarin, le bras droit de Gallo au laboratoire. Sarin s'est également retrouvé devant la justice pour détournement de fonds publics – pour avoir versé 25 000 dollars sur son compte privé qui auraient dû servir à l'embauche d'un technicien de laboratoire. Il a été renvoyé parle NIH. En tout et pour tout il y eût quatre enquêtes sur le laboratoire de Gallo en 1990. Duesberg lèvera ses bras en l'air en disant qu'il ne comprenait pas pourquoi personne n'a osé remettre en cause la position de Gallo sur le SIDA même lorsque l'on avait appris qu'il avait eu deux criminels condamnés qui avaient travaillé étroitement pendant des années avec lui.

En 1990 Gallo eût à nouveau des problèmes. Une importante enquête du NIH a été mise en place pour examiner sa collaboration avec le chercheur français Daniel Zagury. Le projet était de tester 19 volontaires africains avec un supposé vaccin du SIDA. Trois des volontaires décédèrent mais ni Zagury ni Gallo n'ont rapporté ces décès aux autorités régulatrices françaises ou américaines qui régissent de telles expériences. Un récit publié de la recherche par les scientifiques français et américains collaborant sur ce projet ne mentionnait pas ces décès malgré le fait qu'au moment de la parution de l'article deux des sujets étaient décédés. Des archives du gouvernement français montrent que près de trois mois après le premier décès, l'étude fut élargie pour inclure plus de sujets. Dans sa défense, l'équipe française affirmait qu'il n'y avait pas de dissimulation mais qu'ils n'avaient pas annoncé les décès parce que les malades n'appartenaient pas au groupe qui était étudié et qu'ils étaient acceptés dans l'essai pour des raisons humanitaires.

Par une étrange coïncidence, Gallo déclara un cambriolage dans sa maison peu de temps après que l'article de Zagury ne fut publié avec le

mot dissimulation expurgé. Le voleur a laissé intacts les bijoux de la famille et l'argenterie. D'après Gallo, on avait touché à une seule chose – des données scientifiques que Zagury lui avait envoyées. Gallo mentionna le nom du journaliste du *Chicago Tribune*, John Crewdson, comme étant son principal suspect. (Crewdson avait écrit l'important exposé sur la querelle Montagnier/Gallo au sujet de la découverte du VIH). L'enquête de la police fut finalement abandonnée. Ces événements peuvent sembler triviaux et déconnectés avec le grand thème du VIH et du SIDA, mais ils sont importants à relater parce que le grand public n'a aucune notion de la façon dont la Grande Science peut devenir si facilement corrompue et, lorsque d'énormes sommes d'argent sont en jeu, de Grandes Idées avec peu ou sans base scientifique peuvent si facilement devenir l'orthodoxie acceptée. Dans une présentation extraordinairement évasive, Gallo résume son attitude au sujet de la possibilité que son virus ait pu être un contaminant du laboratoire de Montagnier. Dans une petite note de bas de page vers la fin de son livre il écrit :

Plus tard j'avais des raisons de penser que si les deux virus étaient si étroitement apparentés c'est qu'il se pouvait qu'ils aient été mélangés (une contamination accidentelle), le mélange s'étant vraisemblablement produit dans mon laboratoire. Dans tous les cas, parce que nous avions beaucoup d'autres isolats et avions fait plusieurs autres avancées scientifiques clés, pour ne pas parler des énormes problèmes médico-scientifiques qui étaient toujours devant nous, mes collaborateurs et moi-même avons pensé que cela n'était vraisemblablement pas terriblement important.

Bien sûr il y avait seulement la petite affaire du brevet pour le test sanguin et les millions de dollars associés qui étaient en jeu ! La question qui ne sera peut-être jamais résolue est si oui ou non le « mélange » était un accident ou (pour le dire charitablement), une succession d'événements dictée par une ambition aveugle et de l'arrogance.

C'est en mai 1991 que *Nature* a publié une lettre de Gallo où il admettait que le virus qu'il avait annoncé en 1984 n'était pas une découverte nouvelle, et que ses chercheurs l'avaient, par erreur ou

délibérément, utilisé comme base de l'avancée américaine. Lorsque l'on demanda à Montagnier de faire un commentaire il dit aux journalistes à Paris « Je ressens un certain soulagement à la fin de ces sept années de dispute. Mais je pense qu'à un certain moment il y avait un mensonge ». Il y a une ironie étrange dans le choix de Gallo d'une citation de Sandra Panem pour son livre, *The AIDS Bureaucracy*. Dans une tentative de se disculper, il essaye de dire que la fin justifie les moyens. Ce qu'il voit comme une vertu - sa décision en 1984 (indépendamment de la dispute au sujet de quel virus était à qui) de se concentrer entièrement sur le VIH comme étant la cause du SIDA – est précisément le vice qui a submergé l'establishment scientifique tout entier. Gallo cite Panem comme suit :

Indépendamment de l'accord politique (c'est Gallo qui souligne) *concernant qui a découvert le virus du SIDA* (Gallo note : et bien sûr la mise au point du test sanguin, par déduction), *et qui va recueillir le Prix Nobel ou la réprobation publique, l'acceptation de mai 1984 de HTLV-3/LAV comme étant la cause du SIDA a irréversiblement changé la nature de la gestion de l'épidémie. Avant cette date la recherche sur le SIDA tâtonnait : maintenant elle avait une direction. Les scientifiques pouvaient s'atteler au vrai ciblage de tests spécifiques et aux traitements et aux stratégies de prévention. Alors que la coordination et des ressources en augmentation avaient toujours été souhaitables, elles devinrent maintenant obligatoires. Et c'est ainsi que le débat sur les stratégies de gestion des recherches tout comme les questions de politiques publiques ont été considérablement changés.*

Ce furent en effet des changements considérables. Ils ont lancé le Monde sur la voie de la terreur de l'épidémie et ils ont bercé les toxicomanes et les membres fast lane (voie rapide pour désigner la manière rapide de se rencontrer – NdT) de la communauté gay dans un faux sentiment de sécurité, accusant une source extérieure pour leurs maladies et comptant sur des préservatifs et des aiguilles propres pour leur salut – qui malheureusement ne vint jamais.

Chapitre 5

La Terreur de l'Epidémie

Alimentation de la Machine de la Terreur de l'Epidémie

Nous sommes en juin 1995 et les articles, fax et E-mail continuent de se déverser dans notre bureau au sujet du débat sur le SIDA. Deux articles publiés la même semaine de juin attirent mon attention. Le premier est un envoi Internet avec le texte d'un article de première page du *Sunday Telegraph* écrit par Victoria McDonald ayant pour titre « Le vent du SIDA a tourné en Europe, affirme le professeur ». L'article dit :

L'industrie multimilliardaire en livres (la livre sterling – NdT) du SIDA est dans la tourmente après des déclarations du scientifique français qui a découvert le virus du SIDA en 1983 disant que la maladie a été stabilisée et est même en train de décliner dans des parties de l'Europe du Nord. Le Professeur Luc Montagnier, président de la Fondation Mondiale pour la Recherche et la Prévention du SIDA, a porté un coup aux associations de malades en disant que le problème était actuellement plus grave en Afrique et en Asie et que les efforts devraient maintenant se porter là-bas. Dans une interview avec le Sunday Telegraph*, le Prof. Montagnier disait qu'il était temps de dire la vérité au public. Il dit qu'il n'y avait pas d'explosion du SIDA en Europe du Nord, ajoutant que c'était une erreur de faire peur au grand public en lui faisant croire qu'il y avait un risque élevé d'attraper la maladie parce que cela ne provoquerait qu'un retour de bâton lorsqu'elle n'apparaît pas.*

Le deuxième fax, également daté de juin 1995, était un article du *New York Times.* Le titre disait « La Maison Blanche s'excuse pour les gants en caoutchouc » et se poursuivait :

Les agents de police ont eu tort de mettre des gants en caoutchouc avant de recevoir une délégation de représentants élus gays, dit aujourd'hui le porte-parole du Président Clinton ... Environ 40 visiteurs, dont des sénateurs et des députés et d'autres élus officiels, ont été accueillis par des membres du Service Secret en uniforme, plusieurs d'entre eux portant des gants en caoutchouc. Les représentants ont soulevé l'incident lors de la réunion en disant « les autorités médicales disent que le virus n'est pas transmis par simple contact » et plusieurs visiteurs ont dit qu'ils avaient été offensés par ce geste.

Deux détails dans ces articles devraient être soulignés. L'intérêt de Montagnier à se concentrer sur le SIDA dans le Tiers Monde n'était pas accidentel. Il était en train de construire un laboratoire dans la capitale de la Côte d'Ivoire, Abidjan, où il se proposait de faire un travail de recherche sur des échantillons de sang de la population locale. Bien que Montagnier s'était éloigné de la formule VIH = SIDA = mort, qu'il avait admis que « certaines souches de VIH » pouvaient ne pas provoquer de SIDA et qu'il avait dénoncé la panique au sujet de la propagation du SIDA parmi les hétérosexuels en Europe, il était toujours attaché au VIH comme étant la cause principale du SIDA. Peut-être ne pouvait-il, quels que soient ses doutes, faire autrement parce que l'Institut Pasteur où il travaillait était maintenant devenu dépendant des revenus de son kit de test breveté.

L'autre point aide à comprendre la conviction totale avec laquelle les gens parlent du VIH comme étant la cause indiscutable du SIDA. Remarquez la phrase *du New York Times*, « apparemment les agents craignaient d'être infectés par le VIH, le virus qui provoque le SIDA ». Il était devenu axiomatique (axiome : proposition générale reçue et acceptée comme vraie sans démonstration – NdT) que toute référence au VIH soit suivie par cette explication apparemment valide.

Ces deux articles de la même semaine de 1995 montraient l'atmosphère confuse de propagande contradictoire qui s'était accumulée durant la précédente décennie. Des articles scientifiques bâclés émettant des hypothèses sur ce que le VIH pouvait ou ne pouvait pas faire, des affirmations spectaculaires au sujet

d' « avancées » dans le contrôle du virus qui n'ont mené à rien, combinés avec d'énormes intérêts financiers et le désir d'être « politiquement correct » lorsque l'on était confronté à ces lobbyistes gays qui persistaient à s'accrocher au VIH comme étant la source de tous leurs malheurs, tout cela avait produit un puissant cocktail de désinformations, dont l'ingrédient le plus mortel était la machine de la terreur de l'épidémie.

La peur de l'épidémie est aussi vieille que l'Humanité, et il y a ceux qui ne savent que trop bien l'exploiter – les hommes politiques, les laboratoires pharmaceutiques, les journalistes, les responsables de santé publique et des associations telles que le Service de Renseignement des Epidémies des Etats-Unis (en anglais US Epidemic Intelligence Service ou EIS – NdT). (sur ce dernier voir plus loin). Une collection de reportages de médias pris au hasard sur une décennie donne une preuve flagrante de la manière dont la machine de la terreur de l'épidémie a été mise en marche sur le SIDA – certains de ces reportages sont risibles, certains sont poignants et certains sont insupportablement tragiques. Dans le journal *The Independant* du 25 juillet 1989 nous avons un entrefilet de nouvelles provenant de l'étranger titré « Le SIDA et la polygamie ».

Les polygames du Zimbabwe ont été avertis par le gouvernement de ne pas se servir du SIDA comme excuse pour divorcer de leurs femmes dont ils ne veulent plus. Le message a été communiqué par Samuel Makanza, chef des services médicaux de la Province de Manicaland, où de nombreux paysans pratiquent la polygamie. Néanmoins il leur recommanda avec insistance de se retenir et de ne pas en acquérir de nouvelles… Il n'y a que 321 cas de SIDA confirmés au Zimbabwe.

En revenant au *Sunday Times* de novembre 1986, nous trouvons un article de Peter Wilshire et Neville Hodgkinson. (Hodgkinson a au cours des dernières années courageusement contesté l'hypothèse virus/SIDA mais admet volontiers que lui aussi avait été pris dans la frénésie de la panique du début du SIDA). L'article portait un titre énorme « EN DANGER » et cite un rapport de l'Académie Nationale des Sciences américaine avertissant que si le virus n'est pas contrôlé « l'épidémie actuelle pourrait devenir une catastrophe ». L'article se

poursuit avec d'autres tons apocalyptiques, « Il n'y a aucune raison de s'attendre à des différences significatives entre les expériences britanniques et américaines …Le Royaume Uni monte habituellement dans le même escalier roulant que les Américains. A moins que la maladie puisse être arrêtée, ou au moins contenue, nous aussi faisons face à la perspective que 10 000 personnes mourront d'une maladie liée au SIDA avant la fin de la décennie ».

En fait, à la fin de juillet 1989, le nombre total de décès du SIDA au Royaume Uni était de 1 523 sur un total de cas de SIDA déclarés de 2 343. Les décès ont représenté 65% du total. A la fin de l'année 1990, de 4 068 cas de SIDA déclarés, le nombre de décès était de 2 645 (toujours 65%).

Wilshire et Hodgkinson incluent une colonne latérale dans leur propagation (du virus – NdT) où ils listent quelques « contes de bonnes femmes sur la manière qu'a la maladie de se répandre ». « De nombreux peuvent immédiatement être cloués » (Cela signifie qu'ils sont reconnus comme étant vrais – NdT) écrivent-ils :

Le SIDA ne peut pas être attrapé par les ciseaux du coiffeur, d'une quinte de toux en public, des ordures collectées dans un centre social pour lesbiennes, ou en serrant la main d'un porteur connu (tous ces cas ayant s'étant trouvés dans diverses flambées d'hystérie récentes). Mais d'autres tels que la suggestion complètement sans fondement que le SIDA a démarré suite à une bévue désastreuse de génie génétique sont presque impossibles à réfuter.

Le plus délicat concerne la salive, dans laquelle il a été possible de cultiver le virus, quoiqu'en bien plus faibles quantités que dans le sang et dans le sperme, véhicules normaux de transmission. Même les larmes et le lait maternel n'ont pas été complètement vérifiés. Il y a donc une chance d'infection infime au travers d'activités telles que le fait de s'embrasser, de faire du bouche à bouche, chez le dentiste, en buvant du calice de communion (à la messe – NdT), ou même, il a été suggéré, en essayant une lentille de contact non stérilisée.

Le *Guardian* du 22 octobre 1986 : « La femme qui a fait du bouche à bouche peut être atteinte du SIDA ». « Scotland Yard est à la recherche

d'une jeune femme qui a pu contracter le SIDA après avoir fait du bouche à bouche à une victime d'accident de la route la semaine passée dans le Nord de Londres. La police pense que l'homme blessé qui est décédé par la suite était peut-être porteur du SIDA ». *Le Guardian* du 15 mars 1990 : « Les baigneurs 'courent le risque du SIDA' par les eaux usées ». « Les nageurs des plages contaminées par les eaux usées déversées directement dans l'eau pourraient courir le risque d'attraper le virus du SIDA, le VIH, ont dit hier des médecins. De nouveaux tests ont montré que le virus pouvait vivre pendant plus de 24 heures s'il est déversé dans la mer avec les eaux usées. Bien que le risque soit infime, un nageur avec une plaie ouverte pourrait être infecté ».

Mais comme à l'habitude c'est John Lauritsen qui remporte la palme pour avoir saisi l'état d'esprit dans son article du 4 juillet 1988 pour le *New York Native* appelé « Latex Lunacy » (« La Folie du Latex »). « Les événements sont allés au-delà de la satyre », il écrit :

Le 1er juin, une société américaine, Hemodynamics Inc., a annoncé qu'elle recevrait sous peu la première livraison d'un total de 18 millions de gants en caoutchouc d'une société avec laquelle elle a conclu un accord de partenariat. Hemodynamics attribue la demande pour les gants en caoutchouc à la préoccupation de ce qui est communément appelé « virus du SIDA » et son impact sur la profession des soins de santé. Hemodynamics espère que cet accord de partenariat malaysien ajoutera 10 millions de dollars à ses revenus.

Les gants en latex ont acquis des propriétés talismaniques ; ils symbolisent la protection contre le virus diabolique comme le faisaient les sortilèges médiévaux tels que les fleurs d'ail, les crucifix, les amulettes ou des gestuelles magiques … Le latex sous une autre forme, le préservatif, est promu comme étant la panacée de la prévention contre le SIDA, comme étant le premier symbole des « rapports sexuels protégés ». Les associations du SIDA, les « dirigeants gays », les associations religieuses, les services de santé publique, les lycées et le Médecin Général Koop (équivalent du Ministre de la Santé en France, Koop a été nommé dans l'administration Reagan, homme conservateur, voir Wikipédia – NdT*) ont tous rejoint le concert de*

louanges en faveur du préservatif. A Dartmouth, un groupe officiellement déclaré d'étudiants, le RAID (Responsible AIDS Information at Dartmouth – Information Responsable sur le SIDA à Dartmouth), a mis en place une manifestation-spectacle sur les rapports sexuels protégés, lors de laquelle un jeune étudiant tenait le manche d'une ventouse entre ses jambes tandis qu'une étudiante glissait un préservatif par-dessus. Puis les étudiants ont fait une épreuve chronométrée pour voir qui était le plus rapide pour mettre un préservatif sur un godemiché.

Lauritsen demande :

Le SIDA est-il vraiment une épidémie ? En termes de nombre, le SIDA ne se qualifie pas dans la catégorie épidémie. En une décennie, de 1978 à nos jours, il n'y a eu aux Etats-Unis, sur une population de 250 millions de personnes, que 35 188 décès de complications liées au SIDA. Lors d'une vraie épidémie, telle que l'épidémie de grippe de 1918, il y avait plus de gens que cela qui mourraient en un seul jour.

Deux publications de San Francisco méritent d'être citées, quoique les répercussions d'une telle désinformation puérile n'ont rien d'amusant puisque les gens, distraits par les arguments sur les rapports sexuels protégés, négligent les vraies causes qui les mettent en danger. Une publication gay, le *Hot 'n Healthy Times*, publié par Eroticus Publications, avait un article en première page titré « Les préservatifs arrêtent le virus du SIDA ». « Des chercheurs de l'Université de Californie à San Francisco ont récemment prouvé par des tests en laboratoire que les préservatifs peuvent arrêter le virus du SIDA. Le virus ne peut pas traverser la matière du préservatif que celle-ci soit du latex ou du boyau, à moins que les préservatifs ne se rompent ». Même lorsque les préservatifs sont utilisés de manière habituelle ils ont un taux de défaillance d'environ 10%. Lorsqu'ils sont utilisés lors d'un rapport anal ils peuvent se rompre jusqu'à 50% des cas. Au verso du même article il y a une colonne appelée « Directives pour des Rapports Protégés » :

« A risques – le rimming (pratique sexuelle consistant à stimuler avec la bouche l'anus du ou de la partenaire – NdT), *le fisting* (décrit préc. – NdT)*, le contact sanguin, échanger des sex toys ou des seringues, le*

sperme ou l'urine dans la bouche, le rapport anal sans préservatif, le rapport vaginal sans préservatif.

Vraisemblablement sans danger – le French Kiss (humide), le rapport anal avec préservatif, le rapport vaginal avec préservatif, la fellation, le retrait, le cunnilingus, les sports aquatiques à l'extérieur uniquement.

Sans danger – le massage, les étreintes, la masturbation mutuelle, la bise(sèche), les frottements corps à corps, le voyeurisme, l'exhibitionnisme.

Ce serait amusant si ce n'était si triste. Cette préoccupation au sujet du « sûr » et du « à risques » est ridicule alors que pendant tout ce temps des jeunes gens qui lisaient cet article allaient vraisemblablement prendre chaque soir des cocktails de cinq ou six différentes substances chimiques avant « d'essayer de bien faire les choses ».

Il n'en demeure pas moins que le SIDA s'est fermement cantonné à l'intérieur des groupes à haut risque, affectant les homosexuels très actifs sur le plan sexuel et les toxicomanes par intraveineuse ou usagers de drogues récréatives, cependant la plus grande partie de l'information sur le SIDA en direction des toxicomanes a pratiquement été une incitation à continuer à les prendre. La Fondation du SIDA de San Francisco a publié en mai 1987 un communiqué de presse, *La Totale : Drogues, Sexe et SIDA*, « une BD d'information crée pour la population de drogués par intraveineuse … La BD de 36 pages pleine de couleurs contient cinq histoires différentes … Les sketches de *La Totale* sont écrits aux premiers et troisièmes degrés en langue vernaculaire pour la communauté d'usagers de l'aiguille… *La Totale* examine les besoins des toxicomanes par intraveineuse ». Dans le communiqué de presse il n'y a qu'une seule mention au sujet de « la nécessité d'éviter l'usage de l'aiguille » et dans un exposé sommaire dit, « Quel est le but de la BD ? D'avertir les toxicomanes par intraveineuse des risques de contracter le SIDA au travers de l'échange des aiguilles et de faire la promotion de l'utilisation de l'eau de Javel pour nettoyer les seringues si l'échange se fait ».

Rien au sujet de ce qui passe en fait directement dans leurs veines par les aiguilles. Rien sur la manière dont ces substances inconnues, obtenues illégalement qu'ils s'injectaient trois par jour, avaient été frelatées plusieurs fois *en route* (en français dans le texte -NdT) de Cali ou de Calcutta avec des déchets toxiques comme les aflatoxines. Rien sur les effets dévastateurs que ces poisons ont sur leurs systèmes immunitaires déjà surchargés. L'accumulation de peur était continue, du milieu à la fin des années 1980. En 1989 lorsqu'un rapport apparu dans le *New England Journal of Medicine* au sujet d'une durée prolongée entre l'infection au VIH et la détection des anticorps, cela posa un énorme problème éthique pour les chirurgiens orthopédiques qui utilisent des greffons osseux provenant de victimes d'accidents de la route. Comment pouvaient-ils savoir si l'os qu'ils utilisaient provenait d'une personne qui était dans la « fenêtre » ou dans la période de « flou » entre l'infection et la séroconversion ?

Les jeunes couples sur le point de se marier qui pensaient qu'ils devraient tous deux se faire tester se sont vus refuser un emprunt immobilier quand bien même ils étaient négatifs au VIH simplement parce qu'ils avaient fait le test. Dans l'Etat de l'Illinois les tests VIH obligatoires avant mariage furent introduits en 1988. Ce fut un échec total. Le Département de la Santé Publique a constaté simplement que les couples soient se rendaient dans d'autres pays pour se marier ou choisissaient de ne pas se marier du tout. Une autre étude a révélé que durant les six mois d'un programme de dépistage du SIDA il n'y eut que 8 postulants sur 70 846 pour la publication des bans de mariage qui furent identifiés comme séropositifs, et la plupart d'entre eux présentaient des antécédents de comportement à risque. Le coût du programme a été de 1,5 millions de dollars.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a alimenté la frénésie. En 1989, le Dr Jonathan Mann du programme mondial de l'OMS sur le SIDA prédisait de nouvelles vagues de cas de SIDA. Il disait qu'on s'attendait à trois fois plus de cas dans les dix prochaines années que ceux qui s'étaient produits dans les années 1980. En novembre 1989, 187 000 cas provenant de 152 pays avaient été officiellement rapportés à l'OMS, mais le nombre réel de cas dans le Monde était estimé à 600 000. En 2000, il se peut que six millions de personnes aient le

SIDA, disait Mann. Il était dangereux de se sentir à l'aise et de conforter des mythes face à une épidémie mondiale si mortelle comme le Monde n'en avait jamais connu. En juin 1990, à la conférence Mondiale du SIDA de San Francisco, l'OMS citait un nombre estimé de 15 à 20 millions de personnes infectées avec le VIH en l'an 2000.

Les chiffres cités par l'OMS, comme on le verra plus tard avec le chapitre sur l'Afrique, étaient « gonflés » par les centaines de milliers de diagnostics présumés dans les pays du Tiers Monde où le SIDA est diagnostiqué sans test VIH. Au début des années 1990, le programme mondial sur le SIDA de l'OMS employait entre deux et trois mille personnes. Ils alimentaient continuellement la presse avec des chiffres très exagérés et des responsables à des réunions publiques commencèrent à citer leurs cas estimés de SIDA afin de susciter des financements, laissant tranquillement tomber les chiffres réels. Nous avons contesté ces chiffres lors d'une réunion en 1993 à l'Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres et il y eût une reconnaissance rouge de honte que les chiffres qu'ils utilisaient comme étant un fait n'étaient rien d'autre qu'une hypothèse. En avril 1995, le Programme Mondial du SIDA de l'OMS licencia quelques 700 de ses employés parce qu'aucune de ses prédictions de « pandémie » ne s'était réalisée. Le SIDA ne s'était pas répandu dans la communauté hétérosexuelle d'Occident et le SIDA n'avait pas ravagé les pays du Tiers Monde.

Le Professeur Roy Anderson de l'Imperial College de Londres fut un autre prophète de malheur. Son point de vue pessimiste était qu'une « seconde vague » de la maladie apparaitra chez les toxicomanes dans les cinq à dix ans à venir et une « troisième vague » parmi les hétérosexuels dans environ 20 à 30 ans. En 1988, des prédictions excitées d'une propagation du SIDA hétérosexuel qui avançait, se servaient de chiffres de nouveau-nés atteints du SIDA à New York comme exemple pour démontrer que la menace du SIDA était dans la société Occidentale autant un danger pour les hétérosexuels que pour les homosexuels. Ce qui n'était pas mentionné c'était que 80% des nouveau-nés infectés aux Etats-Unis par le communément appelé VIH étaient nés de mères toxicomanes, dont des accrocs au crack qui ne s'étaient jamais fait d'injection (par intraveineuse – NdT). Ces

prédictions d'épouvante d'une propagation hétérosexuelle n'étaient pas confirmées par les faits. En 1989, d'après les chiffres publiés par le Département de la Santé et de la Sécurité Sociale, le nombre total de cas attribués à une transmission hétérosexuelle était, au Royaume-Uni, de 19 (s'est accru de 7 par rapport au milieu de 1987). Ceci pourrait normalement être décrit comme étant une augmentation de 180% de la propagation hétérosexuelle mais les chiffres réels sont insignifiants ou pourraient être attribués à de mauvais diagnostics.

De l'huile fut jetée sur le feu par les déclarations faites lors de la 5ème Conférence Internationale sur le SIDA citant que 1,5 millions d'Américains portaient le VIH, soit 1 Américain sur 250 était infecté par le VIH. Mais ces chiffres étaient hors contexte parce que le nombre de 1,5 millions (qui était une estimation) était resté stable depuis 1983. Il avait toujours été une estimation du CDC du nombre de séropositifs au VIH aux Etats-Unis et n'avait pas changé. Puis en 1995 ils révisèrent les chiffres à la baisse de 50% et citèrent de 700 000 à 800 000 à la place. Pas vraiment le signe d'une pandémie infectieuse violente. Il y a beaucoup d'autres exemples de statistiques de panique. Des chiffres du Bureau de Recensement de la Population et des Etudes du gouvernement du Royaume Uni, chiffres qui à leur tour étaient basés sur la plus modeste d'un ensemble de six hypothèses produites par l'Institut des Actuaires qui prédisait que 100 000 hommes allaient mourir du SIDA en Angleterre et au Pays de Galle dans les dix prochaines années et que 200 000 mourraient dans les 30 prochaines années. De cette date de prédiction à septembre 1996 il y avait eu 9 447 décès du SIDA en Angleterre et au Pays de Galle. Pour réaliser la prédiction pour 1999 (de 100 000 décès) 90 553 hommes devraient décéder en moins de trois ans !

Il n'y avait pas de contestation réelle de ces affirmations et personne ne s'est interrogé sur la sagesse d'accepter une information provenant d'organisations qui publiaient des chiffres clairement fortement exagérés sur la base des preuves disponibles à ce moment-là. Alarme, inquiétude et mauvaise science continuaient à attiser les flammes de la terreur de l'épidémie. Les médecins et les scientifiques, qui auraient dû en savoir plus, étaient tout autant à blâmer que les médias, si ce n'est plus. Prenons le cas d'une présumée transmission de VIH de mère à

enfant. Une grande étude collaborative européenne a été mise en place pour surveiller la transmission du VIH de la mère à l'enfant, sous la direction du Professeur Catherine Peckham à l'Institut de la Santé de l'Enfant de Londres. Un compte-rendu de l'étude paru dans le *Lancet* (célèbre journal médical anglais – NdT) en novembre 1988 décrivait comment 271 enfants nés de mères infectées au VIH avaient été suivis dans huit centres européens pendant plus d'une année. Seuls dix de ces enfants avaient développé le SIDA, et l'article déclarait que « la plupart des enfants de l'étude européenne étaient nés de mères qui abusaient de drogues par intraveineuses ». Bien avant que le VIH ne soit jamais arrivé sur la table il était connu que les nouveau-nés de mères toxicomanes naissaient souvent prématurément, étaient en insuffisance pondérale, avaient une circonférence crânienne moindre, montraient des retards de croissance et avaient un système immunitaire gravement compromis, ce qui entraînait souvent la mort du nouveau-né.

Néanmoins, la panique entourant les mères positives au VIH était telle qu'il y avait eu des appels pour l'interruption de grossesse ou la stérilisation de toutes les femmes séropositives. Heureusement l'appel ne fut pas entendu, mais de nombreuses femmes positives au VIH auront vécu la tourmente liée à l'indécision d'avoir ou non un enfant. La peur entraîna également de nombreuses femmes positives au VIH à arrêter d'allaiter leurs enfants, quand bien même il n'y avait aucune preuve de transmission du VIH par le lait maternel. Ceci rappelle la remarque faite par le médecin et pionnier de la dissidence du SIDA de New York, le Dr Sonnabend, au reporter Roger Rapaport à Oakland dans le *Sunday Tribune* de Californie :

Trouver un organisme ne signifie pas qu'il soit lié à la maladie. Dans les années 1970 les scientifiques ont produit un modèle de virus de tumeur mammaire de souris. Ils ont ensuite trouvé des particules d'un rétrovirus similaire chez les patientes atteintes de cancer du sein. Effrayés que les femmes puissent transmettre le virus par le lait maternel, ils conseillèrent aux femmes d'arrêter l'allaitement. Puis on a découvert que de nombreuses femmes avaient le même rétrovirus. Le résultat fut que personne ne prit ce conseil au sérieux. C'est le même problème avec le lien VIH/SIDA.

Mais la communauté scientifique avait commencé à s'accrocher aux branches. Michael Haseltine, un des membres du 'Bob (Gallo) Club » suggéra qu'on pourrait donner à toutes les personnes à risque en bonne santé de faibles doses de « vaccin chimique » AZT. Etant donné la toxicité connue de l'AZT, ceci ne peut être décrit que comme étant une médecine du désespoir.

Des suppositions vagues et imprécises érigées en « Science » par des experts du SIDA avaient libre cours dans la presse. Des « avancées majeures » étaient constamment rapportées. Le virus VIH pourrait être « arrêté » ou « neutralisé » pouvait être entendu. Dans un laboratoire une molécule protéique avait été créée qui pourrait rendre le virus du SIDA non infectieux. Mais on n'entendit plus parler de ces avancées. Par exemple, en janvier 1989, Gallo avait annoncé une « avancée majeure » au Symposium International de Venise sur la Recherche sur le Cancer et le SIDA. Il aurait déclaré qu'un excitant développement de la compréhension de la duplication du virus pourrait signifier que dans moins de cinq ans il pourrait être possible de contrôler la propagation du virus chez les personnes infectées par le VIH. L'avancée consistait à développer des médicaments qui inhiberaient le processus qui permettait au virus de sortir de la cellule pour aller en infecter d'autres. Théoriquement si l'inhibiteur pouvait être amélioré, la personne infectée ne pourrait plus transmettre l'infection à quelqu'un d'autre.

Ceci ne peut qu'être décrit comme étant une science imaginaire. Le nombre de « si », de « peut-être » et de phrases « pourrait théoriquement » abondent dans le langage de Gallo. L'irresponsabilité de faire ces annonces à la presse, sans aucune preuve scientifique réelle, a mené à une escalade de la terreur de l'épidémie que même Luc Montagnier a jugé nécessaire de calmer.

La panique du SIDA : La chasse aux sorcières du VIH

Qui aurait pensé que la peur de l'épidémie, de l'infection et de la contamination pouvait mener à une version du 20ème siècle de la chasse aux sorcières médiévale ? Cela arriva à Arcadia en Floride en 1987. La

famille Ray a quatre enfants, trois garçons et une fille. Les trois garçons, Ricky âgé de 10 ans, Robert 9 ans et Randy 8 ans sont hémophiles et se sont avérés positifs au VIH. On pensait alors que leur état positif aux anticorps était dû aux injections de Facteur VIII, le facteur coagulant du sang qu'ils avaient besoin pour éviter les hémorragies. Les trois garçons n'avaient pas de symptôme du SIDA, néanmoins en automne 1986 ils furent renvoyés de l'école élémentaire Mémorial dans le comté de De Soto. Lorsqu'un juge fédéral ordonna leur réinscription, un groupe local baptisé Citoyens Contre le SIDA dans les Ecoles organisa immédiatement le boycott de l'école. Des menaces anonymes d'alertes à la bombe furent envoyées puis ensuite – l'inimaginable. La maison des Ray fut détruite par un incendie. L'oncle des enfants, Andy Ray, était dans la maison au moment de l'incendie et avait dû être soigné pour avoir inhalé des fumées. La famille Ray a depuis déménagé à Sarasota en Floride où le conseil scolaire applique une politique qui permet aux enfants qui sont positifs au VIH de fréquenter l'école.

Une des répercussions de toute la publicité entourant ces événements choquants fut de donner aux hommes politiques d'Extrême Droite une tribune pour déverser leur haine de l'homosexualité et de suggérer que les homosexuels hommes et les toxicomanes par intraveineuse devraient être séparés du reste de la population. Lyndon H. LaRouche Jr était déjà sur sa tribune, et martelait la table avec vigueur. Il avait été candidat à toutes les élections présidentielles depuis 1976 et il postulait pour la candidature démocrate en 1987. Il a soutenu la Proposition 64 de l'Etat de Californie qui demandait à ce que l'infection au VIH devait être une maladie à déclaration obligatoire. Si cette loi était passée, cela aurait signifié que toute personne infectée, avec ou sans symptôme du SIDA, aurait été interdite de tout emploi impliquant un contact avec le public, aurait été sujette à un enregistrement obligatoire et soumise à la quarantaine forcée : en bref, une « victimisation » complète des personnes ayant des anticorps au VIH.

L'idée a été rejetée mais elle nous amène à réfléchir. Si le SIDA était déclaré maladie infectieuse, pourquoi n'était-il *pas* traité comme une autre maladie à déclaration obligatoire, avec isolement et périodes de quarantaine ? C'est là que réside une des contradictions fondamentales

de l'histoire du SIDA. Le scénario cauchemardesque d'unités d'isolement remplies d'homosexuels masculins, de toxicomanes par intraveineuse et d'Américains Noirs et Hispaniques pauvres, ceux qui en fait étaient dans les groupes à haut risque, combiné avec les efforts pour se comporter d'une manière politiquement correcte envers les homosexuels, a rendu les autorités réticentes à classer le SIDA comme maladie à déclaration obligatoire. Cela n'aurait simplement pas été acceptable politiquement parlant d'isoler des groupes aussi sensibles. Ceci est une preuve supplémentaire qui montre à quel point VIH et SIDA étaient restés fermement ancrés au sein des groupes à haut risque. La peur nait de l'ignorance et ceux qui sont responsables d'avoir monté cette terreur de l'épidémie se sont assurés qu'aucune remise en question ne reste en l'air – la tyrannie de leur absolutisme pseudo-scientifique a laissé derrière elle un cortège d'horreurs. Ce sont les tragédies individuelles, les pertes de vies qui persistent dans nos esprits. En janvier 1990, le Sun rapporta le suicide d'un employé peintre dans un hôpital, Arthur Rhodes, après s'être piqué la main en attrapant une boîte de seringues hypodermiques utilisées qu'il enlevait d'un appui de fenêtre. « Arthur, marié, avec un fils de 19 ans, était 'déchiré' par l'inquiétude » écrit Martyn Sharpe. « Finalement, il fixa un tuyau d'arrosage au pot d'échappements de sa nouvelle Toyota et est décédé du monoxyde de carbone qui l'a empoisonné dans l'allée du bungalow de ses parents à Salkstone, Barnley dans le Yorkshire.

Le *Guardian* du 17 août 1989 : « Suicidé du SIDA ». « Un policier grec, Georges Ziogas, âgé de 25 ans, s'est suicidé avec une arme à feu parce qu'il croyait qu'il avait le SIDA, dit la police hier. Les tests faits se sont révélés négatifs ». A Londres en 1994, un membre de la communauté Ougandaise m'a dit que lorsque l'on a annoncé à un Ougandais, vivant à Londres avec une femme et deux enfants, qu'il était positif au VIH, il devint convaincu que sa femme l'avait infecté. Il est rentré à la maison, a tué sa femme et ses enfants. Personne n'avait dit à cet homme que si vous aviez eu la malaria vous pouvez développer des cellules 'collantes' qui peuvent donner un résultat faux positif lors un test VIH. Personne n'avait dit à cet homme que d'être positif n'est pas une condamnation à mort.

Dans la République Dominicaine, dans le village de Camu près de l'énorme complexe touristique de Puerto Plata, Hector Severino marche – marche à peine – à l'aide d'une béquille. Sa jambe gauche est complètement tordue et déformée. Il avait eu un accident de moto. Le chirurgien de l'hôpital ne voulait pas l'opérer de peur d'attraper le VIH et donc il a été renvoyé à la maison pour y attendre sa mort. « J'étais si malheureux, je me suis couché sur mon lit et j'ai pleuré tous les jours, et ma femme pleurait avec moi » se rappelle-t-il. La jeune femme de Severino devint si terrifiée qu'elle but une bouteille entière d'eau de Javel et elle mourut après une agonie qui dura un mois. L'histoire telle qu'elle a été racontée dans la communauté était que la femme avait été infectée par le mari et était décédée du SIDA. Aujourd'hui, le mari endeuillé est en parfaite santé – mais il ne peut pas marcher. Ayant perdu son emploi dans l'industrie hôtelière, il est même trop pauvre pour aller voir un médecin. Une association caritative du SIDA basée à Londres a offert 300 Livres pour couvrir les frais de la béquille et pour avoir d'autres avis sur l'opération de sa jambe. Severino décida d'utiliser une partie de l'argent pour aller dans la ville voisine de Puerto Plata afin de se refaire tester au VIH. Le test était négatif. Ceci s'est passé en 1995. Un autre test en 1996 s'est également révélé négatif. En 1997, Severino continuait à être en bonne santé. Il avait perdu son emploi, sa femme et l'usage de sa jambe. Il avait été mis à l'écart de sa propre communauté, il avait pensé mourir et tout cela à cause d'un maudit test VIH qui dès le départ ne voulait rien dire.

Le Service des Etudes d'Epidémies :

Attiser les Flammes de la Terreur de l'Epidémie

Ce sont les Etats-Unis qui ont joué le rôle moteur dans la propagation de l'hypothèse virus/SIDA et c'était un pays avec un mécanisme intégré bien préparé pour ce rôle. Une organisation appelée Service des Etudes d'Epidémie (en anglais Epidemic Intelligence Service ou EIS – NDT) avait été formée dans les Centres de Contrôle des Maladies en 1951 par Alexander Langmuir. Le service EIS était à l'origine composé de 23 jeunes diplômés issus du premier cycle de santé publique ou du cycle supérieur qui, après un travail sur le terrain et de formation à l'hôpital, seraient libres de poursuivre toutes les carrières qu'ils choisiraient à condition qu'ils restent loyaux au CDC et qu'ils se comportent en permanence comme étant les yeux et les oreilles de celui-ci. Duesberg et Ellison ont soigneusement documenté cette partie de l'histoire américaine.

L'attention de cette unité d'élite portée sur le militantisme plutôt que sur la recherche était exprimée par son symbole – une paire de semelles de chaussures complètement usées avec des trous. Comme nous l'a dit un des anciens consultant du CDC, les épidémiologistes se sont longtemps référés par rapport au service comme étant une « CIA médicale ». Chaque été depuis 1951 une nouvelle promotion de recrues EIS soigneusement choisies a été formée, certaines de ces promotions comptant plus de cent personnes. Bien qu'une liste complète des officiers et anciens élèves EIS soit à la disposition du public, ses membres rendent rarement public leur affiliation. Durant les quatre décennies passées le CDC a tranquillement placé 2 000 stagiaires dans des positions clés dans tout le pays et dans le monde entier.

De nombreux membres de ce réseau sont employés par le CDC lui-même, ou par le gouvernement fédéral dans différentes agences. Quelques-uns sont devenus médecins et d'autres travaillent pour des organisations internationales comme l'OMS et dans les départements de la Santé de gouvernements étrangers. Quelques-uns sont allés dans le journalisme et tiennent des positions clés dans les médias américains. Lawrence Altman, par exemple, a été correspondant médical pour le *New York Times* depuis 1969 et a maintenu un impact médiatique élevé en faveur de l'hypothèse virus/SIDA. Le membre EIS Bruce Dan a travaillé comme correspondant médical pour ABC

News puis devint rédacteur en chef du prestigieux *Journal of the American Medical Association*. « Non seulement ils (les membres de l'EIS) constituent un réseau informel de surveillance » disent Duesberg et Ellison :

*mais ils peuvent même agir comme partisans cachés des points de vue du CDC, que ce soit en tant que journalistes ou en tant qu'éminents médecins … Le CDC a exploité la confiance du public en transformant les grippes et d'autres épidémies mineures en crises monstrueuses et en fabriquant des épidémies contagieuses à partir de maladies non contagieuses. Alors que les chasseurs de virus du NIH (*rappel NIH = National Institute of Health – Institut National de la Santé -NdT*) et le monde universitaire se sont fait passer comme utiles en rendant coupables de maladies bien établies des virus inoffensifs ou même non existants, le CDC et son infrastructure EIS possédaient les ressources nécessaires pour exagérer ou même fabriquer les épidémies elles-mêmes. Ils ont poussé la science dans l'action avant même que quiconque puisse soulever des questions, grossissant des désastres biomédicaux au-delà des excès les plus fous des dernières décennies.*

Duesberg et Ellison énumèrent ensuite un catalogue dévastateur de fiascos de santé publique dans lesquels le CDC et l'EIS étaient impliqués : le vaccin polio Salk qui a entraîné des centaines de cas de polio induits ; la panique attisée envers la grippe asiatique de 1957 ; le battage publicitaire entourant la vente du vaccin antigrippe et la chasse aux chimères contre des « apparitions de groupe » tels les groupes de leucémies que le CDC a toujours considérés comme des points de départ potentiels d'épidémies de maladies contagieuses. Les efforts désastreux pour anticiper une épidémie de grippe porcine prédite qui ont conduit au programme de vaccination d'urgence le plus agressif de toute l'histoire. Mais ensuite un dépistage précoce a montré que le vaccin produisait des effets indésirables chez 20 à 40% des personnes inoculées. Pourtant des millions de personnes furent vaccinées et peu de temps après il y eût des rapports de centaines de cas du syndrome de Guillain-Barré (paralysie) et 74 décès dus aux effets indésirables du vaccin.

Le fiasco suivant a été la maladie du Légionnaire, lorsque des membres âgés de la Légion Américaine développèrent la pneumonie et moururent après leur réunion annuelle d'anciens. Était-ce cette grippe porcine ou une nouvelle menace contagieuse pour le Monde ? Le réseau des anciens élèves de l'EIS passa à l'action et personne d'autre que Lawrence Altman du *New York Times* ne fut envoyé pour couvrir l'histoire. Une hystérie se développa dans tout le pays et une enquête du CDC fut mise sur pied. On ne trouva rien. « Le traitement cavalier et la concentration sur la seule piste des microbes infectieux » écrivent Duesberg et Ellison « enragea tellement le Sénateur de New-York John Murphy qu'il a tenu une audition (équivalent de l'enquête parlementaire en France – NdT) sur la maladie du Légionnaire en 1976. Appelant les responsables du CDC à témoigner, Murphy humilia l'agence car elle n'avait pas trouvé la cause de l'épidémie et pour avoir ignoré la possibilité *des causes non contagieuses ou toxiques* (c'est nous qui soulignons). Pour sauver sa peau le CDC identifia une bactérie inoffensive qui se trouve dans les sols comme dans les plomberies de la plupart des bâtiments et s'est attribué le mérite d'avoir brillamment découvert la cause de la maladie du Légionnaire ».

Avec le bénéfice du recul, il est étonnant que personne ne se soit soucié de faire remarquer qu'aucun membre du personnel ou même aucune femme n'avait contracté la même maladie, bien qu'eux aussi respiraient probablement le même air. Après les deux fiascos de la grippe porcine et de la maladie du Légionnaire, le CDC était en pleine morosité. La Guerre contre le Cancer traînait sans résultats tangibles pour le NIH. Le CDC comme le NIH avaient besoin d'un nouveau challenge – une nouvelle épidémie. Le SIDA fut leur salut.

Ce salut vint lorsque Michael Gottlieb, un chercheur de l'Université de Californie à Los Angeles, qui était en train d'étudier le système immunitaire, trouva le premier cas dans ce qui est maintenant le célèbre groupe de jeunes gens qui avaient le sarcome de Kaposi, la pneumonie carinii pneumocystite (PCP) et, du plus grand intérêt pour Gottlieb en termes pour sa recherche, ils avaient tous un nombre très bas de lymphocytes T – les globules blancs qui participent au système immunitaire. Pourtant il ne fut pas facile de trouver ce groupe. Gottlieb

lança des demandes afin d'être informé d'autres cas similaires, et en trouva deux autres. En avril 1981 il décida qu'il avait un nouveau syndrome brûlant dans ses mains et téléphona au département de la santé publique de Los Angeles pour demander des données sur des malades similaires. Là il parla à Wayne Shandera, un responsable actif de l'EIS, qui trouva un autre cas. Ils avaient enfin trouvé un profil. Les cinq hommes du premier « groupe » étaient des homosexuels actifs, et tous consommaient des poppers, un produit pour inhalation à base d'amyle nitrite pour augmenter le plaisir sexuel. Leur maladie a tout d'abord été décrite comme GRID – déficience immunitaire reliée à l'homosexualité (en anglais, gay related immune deficiency – NdT).

James Curran du CDC fut contacté, et il se hâta de publier l'information, la qualifiant d'« excitante ». De nouveaux cas apparurent. Curran et ses associés ne virent que deux hypothèses alternatives qui se présentaient à eux. Soit ce syndrome était causé par un « mauvais » lot de « poppers » ou il était contagieux. Aucun « mauvais » lot de poppers ne fut trouvé, donc, fondé de manière précaire sur le modèle de « groupe » notoirement peu fiable, ils décidèrent que le syndrome devait être contagieux. Mais quel était l'agent infectieux ? Le moteur du CDC commença à tourner plus vite. Ils appelèrent le syndrome « Syndrome d'Immuno- Déficience Acquise » (SIDA) et mobilisèrent les responsables politiques et la Presse en déclarant les dangers de cette nouvelle épidémie.

Un converti de la première heure fut le Dr Anthony Faucy de l'Institut National des Allergies et des Maladies Infectieuses (NIAID pour National Institute for Allergy and Infection Disease – NdT). Il allait devenir un des plus ardents supporters du point de vue du CDC que le SIDA était une maladie infectieuse. Donald Francis du CDC, qui avait travaillé dans le passé avec des membres du club chasseurs de virus, le Bob Club, lia le syndrome à la leucémie féline et décida que le SIDA devait être causé par un rétrovirus. Le nouveau syndrome fut déclaré contagieux avec une longue période de latence entre l'infection et la maladie. « Cette décision », écrivent Duesberg et Ellison, « n'avait aucun fondement sur quelque preuve scientifique que ce soit, mais était destinée à façonner la pensée scientifique pour les années à venir.

En moins d'un an le Monde entier savait ce qu'était le SIDA et le croyait infectieux. Des centaines de millions puis des milliards de dollars commencèrent à se déverser dans le NIH, l'Institut National du Cancer et d'autres institutions biomédicales. Les chasseurs de virus avaient finalement atteint la maison mère. Robert Gallo était prêt à prendre le relai et lia le virus de la leucémie HTLV-1 à un autre variant, le HTLV-3 et de là au SIDA. La conférence de presse fatidique fut tenue, annonçant le VIH comme cause « probable » du SIDA. Et ce même jour Gallo déposa sa demande de brevet pour le test anticorps du VIH.

Une hypothèse devient une doctrine lorsque la majorité de l'establishment scientifique l'accepte. La machine bien huilée du CDC et la machinerie de propagande de la terreur de l'épidémie de l'EIS (rappel : Epidemic Intelligence Service - NdT) ont fait de sorte que ceci arrive. Tous les financements de recherche ont été canalisés vers le VIH et toutes les autres branches de recherche sur le SIDA qui n'étaient pas basées sur le virus ont été coupées. Les scientifiques ont besoin d'argent pour leurs recherches et tous les efforts ont été faits pour faire du lobbying auprès des dirigeants politiques pour des financements fédéraux. Les dirigeants politiques ont besoin de faits et de statistiques pour justifier leurs attributions de financements. Ceux-ci leur furent mis à disposition par des projections toujours plus grandes d'une pandémie de SIDA généralisée dans le Monde entier.

La Peur de la Propagation Hétérosexuelle

Le Royaume Uni prit du retard sur les événements des USA. Néanmoins, en novembre 1986, Le Département de la Santé et de la Sécurité Sociale décida de s'attaquer à la propagation hétérosexuelle présumée du SIDA. De pleines pages de publicité furent publiées dans les journaux nationaux. Le Guardian du 28 novembre 1986 avait ce message au travers d'une page, « LE SIDA N'A PAS DE PREJUGES. IL PEUT TUER N'IMPORTE QUI. Il est vrai qu'il y a plus d'hommes que de femmes qui ont le SIDA. Mais ceci ne signifie pas que c'est une maladie d'homosexuels. Ça ne l'est pas… En ce moment

l'infection est essentiellement confinée dans des groupes de personnes relativement restreints dans ce pays. Mais le virus se répand ». En 1986 le vrai chiffre de la propagation pour des hétérosexuels sans comportement à risque était inférieur à dix. En août 1987, le chiffre des décès du SIDA de personnes non à risques (ceci signifie non contaminées après un séjour à l'étranger, ou n'étant pas un enfant de parents positifs au VIH) n'était que de huit (trois hommes et cinq femmes) sur un total de 192.

En septembre 1987, l'Institut des Actuaires du Royaume Uni annonçait qu'il pouvait y avoir 57 000 cas de SIDA en 1999 si les habitudes sexuelles ne changeaient pas. L'Institut avait établi six projections différentes du nombre de décès du SIDA jusqu'à l'année 2012. Même la plus prudente de ces projections évaluait le nombre de décès à 14 000 par an pour la fin des années 1990. (Alors qu'en septembre 1996 le nombre cumulatif des décès du SIDA au Royaume Uni était de 9447). Propulsés dans l'action par toutes ces déclarations publiques et par la Déclaration de Londres de janvier 1988 dans laquelle les experts internationaux prédisaient une pandémie, le gouvernement lança une campagne publicitaire massive de 20 millions de Livres en direction de la communauté hétérosexuelle, comprenant la distribution de tracts dans les boîtes aux lettres et une désormais célèbre publicité télévisée de 40 secondes. Le scénario catastrophe de la publicité restera dans l'histoire comme l'un des exemples d'alarmisme officiel les plus horribles. Il commence par une montagne qui est sablée pour faire apparaître le granite. Puis la main d'un graveur apparaît, ciselant les lettres SIDA sur une pierre tombale en granite. La pierre tombale pivote à temps dans une position verticale pour permettre à des lys de tomber avec une brochure alors que le commentaire dit « Ne mourrez pas par ignorance ».

Puis en octobre 1988 le Comité Cox, comité officiel du gouvernement qui conseillait David Mellor le Ministre de la Santé d'alors, publia ses prédictions. Celles-ci avaient été établies dans de larges limites et prédisaient entre 1 590 et 15 440 nouveaux cas par an, donnant un total cumulatif de 8 000 à 34 077 cas pour la fin de l'année 1992. Rien de cela ne se produisit. Au début de l'année 1990 il y avait eu un total cumulatif (depuis 1982) de 2 800 cas de SIDA enregistrés (142

attribués prétendument à un contact hétérosexuel) et en 1992 ce total cumulatif était de 6 929 cas. Le Comité Cox avait estimé un nombre moyen de 17 125 cas (entre 8 000 et 34 077) – une surestimation de 147%.

David Mellor admit quelques années plus tard que trop d'argent public avait été dépensé dans des campagnes de sensibilisation en direction des hétérosexuels, mais affirma qu'il s'était senti forcé parce que les prédictions alarmantes de propagation du comité avaient été formulées. Il avait, pensait-il, été cruellement mal conseillé et serait prêt à le dire dans un documentaire futur que nous pourrions être amenés à produire. Durant cette période, le professeur Gordon Stewart avait fait de grands efforts afin de publier un article dans lequel il basait ses prédictions sur le SIDA sur le comportement à risques plutôt que sur l'hypothèse infectieuse par voie sexuelle. Il maintenait que même en mettant de côté les arguments sur le VIH de Duesberg, la preuve épidémiologique n'appuyait pas l'idée que le VIH était une cause de SIDA suffisante. Stewart était un scientifique et épidémiologiste éminent, célèbre pour son travail de nettoyage des résidus allergènes de la première pénicilline et pour avoir développé de nouvelles pénicillines. Pendant de nombreuses années il était professeur de Santé Publique à l'Université de Glasgow.

Stewart écrivit au MRC (Medical Research Center – Centre de Recherche Médicale – NdT) et au Département de la Santé suggérant que les prédictions étaient dangereusement exagérées lorsqu'on les comparait avec les tendances depuis 1982. Ils ne répondirent pas. Il écrivit ensuite à la Royal Society, qui montra tout d'abord de l'intérêt mais conserva l'article de Stewart jusqu'en 1994 pour finalement le rejeter. Les communications à *Nature*, au *British Medical Journal*, au *New England Journal of Medicine* et à d'autres journaux furent également rejetées jusqu'à ce que le *Lancet* ne publie finalement en 1993 une courte lettre de Stewart accompagnée d'un commentaire éditorial prudent.

En regardant rétrospectivement ses chiffres, qui critiquaient fortement ceux de la position du Comité Cox (qui avaient été présentés par divers experts invités au symposium de la Royal Society en 1989), nous

voyons que Stewart a été extraordinairement précis. Ses prédictions faites en 1989 (qu'il avait communiquées au MRC et à la Royal Society dès 1990) de 1 254 cas au Royaume Uni en 1991 ne pouvaient se rapprocher davantage. Le total réel de cas enregistrés était de 1 275. Les prédictions d'ensemble de Stewart pour la décennie 1982-92 étaient également extrêmement proches. Il prédisait 6 540 cas et le total réel était de 6 929 cas. Il faut se rappeler que le Comité Cox en avait annoncé 12 750 ou plus en prévision durant cette période.

Le Professeur Stewart avait été un de nos conseillers scientifiques dans de nombreuses émissions scientifiques et médicales pour la télévision. Nous étions en contact étroit avec lui lorsqu'il a fait ses prédictions en 1989 et avons lu toute sa correspondance avec les rédacteurs en chef des journaux scientifiques. Il était profondément frustré. Il était le seul expert de santé publique de haut niveau qui proposait une critique d'érudit et détaillée de la position du gouvernement et pas un seul corps médical ou journal ne lui donnait le moindre espace.

Il dit, « le refus net des principales associations médicales et facultés de médecine, et de pratiquement tous les journaux, d'affronter les faits concernant le SIDA est scandaleuse et est probablement la raison majeure de l'échec de la mise en place d'une stratégie rationnelle pour empêcher que la propagation ne se poursuive dans les principaux groupes à risque et dans les pays du Tiers Monde. Stewart dit aussi :

En dehors de la précision (et de la simplicité mathématique) de mes prévisions, les principales implications sont (1) que l'hypothèse que le VIH est la cause nécessaire et suffisante du SIDA n'est pas étayée par des bases épidémiologiques ; (2) que le SIDA ne se propage pas sauf dans les groupes se livrant à ou sujet à des comportements à risques élevés ; et (3) il n'y a aucune preuve qu'au moins aux USA, au Royaume Uni et dans le Nord de l'Europe il y ait une propagation notable chez les hétérosexuels ou de transmission verticale aux nouveau-nés sauf pour ceux dont les mères font partie des groupes à haut risque.

Les prévisions de Stewart pour cette période ont été analysées par Barrie Craven, docteur PhD, de l'Université de Northumbria. Avec d'autres données provenant de sources officielles, Craven a montré

l'absurdité du modèle des dépenses pour la prévention du SIDA dans le Monde. Il a également mis en évidence les estimations discutables de la propagation du SIDA dans les pays du Tiers Monde et a attiré l'attention sur les implications de ses constatations sur les futures dépenses pour le SIDA. Néanmoins, la censure entourant quiconque contestant le VIH signifiait que les points de vue de Stewart étaient complètement ignorés par l'establishment.

Peu, très peu de journalistes soulevèrent des critiques sur les chiffres gonflés de la propagation du SIDA ; parmi eux il y avait James Le Fanu qui souligna que David Mellor avait décidé de prendre les chiffres les plus élevés du Comité Cox et avait annoncé publiquement qu'il pouvait y avoir jusqu'à 30 000 cas de SIDA en 1992. Dans des articles suivants il attaqua la manière dont la menace d'une épidémie du SIDA chez les hétérosexuels avait été exagérée. Il décrivit la manière du dépistage routinier du VIH chez les femmes enceintes du centre de Londres qui avait signalé un « quadruplement » de résultats positifs. Lorsqu'il se pencha sur les chiffres réels, ils impliquèrent 18 femmes testées sur 26 000 en 1989, allant à 32 sur 24 000 femmes l'année suivante. « Donc le quadruplement représente réellement un supplément de 14 cas » écrivit-il, « Très franchement, ça me rend malade ».

Victoria Macdonald a également lancé une attaque cinglante sur la campagne publicitaire de 1989 du gouvernement visant les hétérosexuels, mettant en évidence le point de vue de Lord Kilbracken qu'elle était alarmiste, gaspilleuse et démentielle. Kilbracken, un membre du groupe parlementaire chargé de s'occuper du problème du SIDA avait publié des statistiques du gouvernement pour le mois de juin 1989 qui indiquaient que des 2 372 cas avérés de SIDA au Royaume Uni, un seul cas était connu pour s'être infecté en dehors des groupes à haut risque. L'article de Macdonald décrit comment les campagnes orchestrées par la Health Education Autority (Autorité de l'Education à la Santé – NdT) avaient elles-mêmes connu des ennuis. La rumeur disait que Margaret Thatcher avait posé son véto sur un slogan qui disait « les préservatifs sont hip » (de hip hip hourrah – NdT). Ce qui éventuellement apparaissait c'était une image d'une magnifique femme portant la légende, « A quoi ressemblera cette

jeune femme dans dix ans si elle a le SIDA ? ». Dans une page suivante une image identique de la jeune femme apparaissait, suggérant que le VIH a une longue période d'incubation et que les apparences peuvent être trompeuses.

Au moment où la publicité est apparue l'ancien président du Collège Royal des chirurgiens, Sir Reginald Murley, suggéra à Mme Thatcher que la légende aurait dû être « Heureusement cette jeune femme n'a que peu de chances de contracter le SIDA à moins qu'elle ne devienne une toxicomane ou qu'elle tolère de se faire sodomiser ».

Chapitre 6

'Le Piège du SIDA'

Le dissident censuré

C'était dans ce climat de crainte et de panique que nous avons décidé de faire une autre émission sur le SIDA. J'ai téléphoné à Peter Duesberg et je lui ai demandé si quelque chose avait changé depuis que nous avions fait notre dernière émission, et s'il avait eu quelques doutes. Il dit « Au contraire je suis plus que jamais convaincu que le VIH n'est pas la cause du SIDA ». Plus tard il me rappela pour me dire spécifiquement, « Je ne crois pas que le SIDA soit, du tout, une maladie infectieuse ». Il était temps pour moi de rendre visite à Duesberg chez lui et voir si nous pouvions avancer d'un pas dans le débat sur le SIDA.

Son laboratoire est situé parmi les sapins au sommet de la colline du campus de Berkeley avec une vue à couper le souffle sur le pont et sur les gratte-ciels de San Francisco de l'autre côté de la baie. Il était en train de pleuvoir lorsque je suis arrivée un week-end et le laboratoire était désert. Il y a deux laboratoires, un de chaque côté du couloir. Son bureau est à l'écart dans le coin du laboratoire d'entrée. Epinglé au-dessus de son bureau une note disait « Les seules questions stupides sont celles qui ne sont pas posées ». Donc j'ai posé et posé des questions.

Bientôt Bryan Ellison entra dans le bureau, un jeune étudiant post doctorant qui allait jouer plus tard un grand rôle dans l'histoire de Duesberg. Aujourd'hui il rejoignait Peter pour une discussion. Nous sommes restés assis sur trois chaises de laboratoire, buvant pendant des heures du thé chinois dans des gobelets en papier, pendant que Peter et lui discutaient de la situation du SIDA et de savoir si la biologie moléculaire était devenue si concentrée à regarder de plus en plus loin au travers du microscope électronique qu'elle en avait oublié ou ne savait pas comment interpréter ce qu'elle voyait.

La conversation s'est poursuivie dans le café proche et dans son appartement, de temps en temps interrompue par une de ses trois filles surgissant pour demander de l'argent pour ceci ou cela. Marié avec trois enfants, Duesberg était séparé de sa femme allemande Astrid, l'ayant laissée dans la grande maison qui est sur la colline derrière Berkeley alors que lui déménageait dans un logement miteux dans un immeuble branlant en bordure d'autoroute à Oakland. Son appartement

était spartiate et on avait l'impression qu'il se punissait lui-même pour l'exil qu'il s'était imposé. Il avait peu de confort moderne et une cuillère était coincée sur un ancien poste de télévision noir et blanc « afin qu'il marche ». Je remarquais que son minuscule vestibule était encombré par une pile de papiers d'un mètre de haut. « Ceci », dit-il, « est la preuve de la bataille que j'ai menée pour obtenir que mes articles sur le SIDA soient publiés selon les *Procédures de l'Académie Nationale des Sciences* ».

Après la publication de son article sur la recherche sur le cancer, Duesberg avait décidé d'écrire une critique de la littérature du SIDA et s'est tourné vers le journal de la sélecte National Academy appelé *Procédures de l'Académie Nationale des Sciences* (en anglais PNAS). Duesberg avait été un membre de l'académie depuis 1986 pour ses résultats en virologie, en rétrovirologie et pour sa découverte, conjointement avec son collègue Peter Vogt, des oncogènes. Pendant six mois il avait passé 16 heures par jour, sept jours par semaine à chercher et à écrire son article de 7 500 mots appelé « VIH et SIDA : corrélation et non cause ». Normalement les membres de l'académie s'attendent à voir publiés leurs articles révisés par un collègue expérimenté qui n'est pas co-auteur de l'article. Mais les choses étaient différentes pour Duesberg. J'ai en ma possession un dossier de 50 pages d'une correspondance échangée entre Duesberg et deux rédacteurs de la PNAS, Maxine Singer et Igor Dawid entre juin et septembre 1988.

La correspondance est un exemple classique de la manière de faire d'une orthodoxie scientifique au pouvoir pour étouffer une contestation par le processus imparfait de la révision anonyme par des pairs. S'il n'y avait eu la colossale ténacité de Duesberg et l'ouverture d'esprit d'Igor Dawid (qui finalement publia son article), cette contribution majeure à la compréhension du SIDA n'aurait jamais vu le jour.

Révision par les Pairs et Débat Supprimé

Pour comprendre comment une orthodoxie, comme celle du SIDA, qui se trompe, a pu s'installer comme elle l'a fait, il faut comprendre le processus de la révision par les pairs. Lorsqu'un éditeur d'un journal scientifique reçoit un article à fin de publication, il le montre à un ou plusieurs arbitres pour s'assurer qu'il s'agit de science rigoureuse. Les éditeurs choisissent eux-mêmes les arbitres qui restent anonymes.

D'une manière non surprenante, pratiquement toutes les personnes qui auraient pu être considérées comme ayant le profil pour réviser le travail de Duesberg étaient déjà fortement immergées dans les financements basés sur le VIH. Donc, Duesberg avait d'innombrables tentatives de publications refusées à cause du processus de révision par les pairs. Le rédacteur en chef de *Nature*, John Maddox (plus tard Sir John), a rejeté le travail de Duesberg à maintes reprises. Pourtant Maddox lui-même soulignait les iniquités du système de révision par les pairs au journaliste Adrian Berry dans son article sur la biologie « Mort d'une science de la vie » ».

« L'article révolutionnaire de Francis Crick et de James Watson », écrivait Berry, « décrivant la structure de l'ADN qui est apparu dans *Nature* en 1953, 'ne serait probablement pas publié aujourd'hui' » se lamente Maddox, parce que les arbitres, ces « experts » anonymes à qui les éditeurs de journaux scientifiques adressent les manuscrits pour approbation, auraient soulevé des questions insidieuses auxquelles les auteurs pourraient ne pas être capables de répondre ». L'article se poursuit en décrivant à quel point les données de biologie publiées sont devenues affreusement ennuyantes avec des journaux tels que *Nature* et d'autres « enclins à remplir des pages de séquences nucléotidiques qui ressemblent à des cryptogrammes de services secrets ». Maddox poursuit pour dire (de manière quasi prophétique tel que ça s'est produit) qu'« Il se peut que les futurs historiens trouveront étrange que l'on ait appris autant sur les molécules desquelles dépend la vie alors qu'au même moment on a compris si peu de choses sur leur fonction ou sur la vie elle-même ».

Dans un article suivant appelé « Les scientifiques arrogants étouffent les nouvelles idées », Berry cite le Dr David Horrobin, le rédacteur en

chef de *Medical Hypotheses* et de *Prostaglandins*. « Le système se décompose » dit Horrobin.

Les arbitres écrivent anonymement les choses dans leurs rapports qu'ils n'oseraient pas écrire s'ils devaient mettre leurs signatures. Environ un tiers (des arbitres) est avisé et raisonnable. Un autre tiers est précis mais exaspérant parce que trop tatillon, alors que le tiers restant écrit des commentaires si calomnieux et déshonorants que leur travail est une honte. Le résultat c'est que les nouvelles idées sont supprimées.

Procédures de l'Académie Nationale des Sciences

Duesberg soumit son article de révision à la PNAS le 13 juin 1988. Il avait déjà été lu d'une manière critique et avait été recommandé à la publication par ses collègues, les professeurs Harry Rubin et G. Steven Martin. Malgré cela, l'article fut refusé le 30 juin 1988 par Maxine Singer qui, le dernier jour dans sa fonction de présidente du comité de rédaction du PNAS écrivit à Duesberg lui disant « Pour un article de révision je crois qu'une nouvelle collection de données brutes ou une analyse innovante de données anciennes en constituent l'originalité. Malheureusement, je ne vois ni l'une ni l'autre de ces caractéristiques … Ces considérations m'ont amenée à conclure que les *Procédures* ne devraient pas publier votre manuscrit ». S'il souhaitait discuter sur cette conclusion par la suite, Duesberg devrait contacter son successeur, le Dr Igor Dawid. Le 14 juillet Duesberg écrivit à Igor Dawid disant qu'il considérait la décision de Singer inappropriée, puisque ses deux réviseurs avaient considéré son article à la fois original et le matériel très actualisé. « Je pense que c'est mon droit », écrivit-il, « en tant que membre de l'Académie impliqué dans une sérieuse controverse scientifique sur un sujet d'importance clinique, de publier mes points de vue dans les *Procédures*. Ce serait aller à l'encontre de l'esprit de liberté académique de fermer les *Procédures* à une telle importante cause scientifique ». Après une telle querelle et d'autres révisions anonymes par des pairs, Duesberg vit finalement son article publié, mais non sans une monumentale lutte, en février 1989. Il était suivi par un autre en 1991 appelé « Epidémiologie du SIDA :

contradictions avec le virus d'immunodéficience et avec la maladie infectieuse ».

Je rentrais à la maison déterminée à faire une nouvelle émission. Ça chauffait. Duesberg avait été bombardé de coups de fils à son laboratoire provenant du Monde entier. Le moment était venu de porter à l'attention du public les arguments que nous avions été capables de comprendre grâce à Duesberg, mais qui avaient été contenus derrière les portes closes de l'establishment scientifique. J'élaborais un aperçu pour une autre émission, l'appelais « SIDA II » et l'envoyais à Duesberg. Il fit ses commentaires et soudainement m'appela pour me dire qu'il avait atteint un point où il pouvait voir clairement pour quelle raison le SIDA n'était pas infectieux et il parcourut rapidement ses arguments clés. Je rebaptisais l'aperçu « SIDA – Infectieux ou pas ? » et l'envoyais à David Lloyd.

Lloyd avait très envie de faire une autre émission. Après tout, notre première émission était entrée dans l'histoire en ce sens que c'était la première fois qu'une société de production indépendante avait gagné le très convoité prix de la Société Royale de Télévision. Il nous a donné le budget de réalisation et nous voilà partis pour une nouvelle série de recherches. Nous souhaitions trouver des preuves des anomalies les plus flagrantes de l'hypothèse VIH/SIDA et de demander des réponses aux questions entourant ces anomalies. Par exemple :

- Si le VIH est supposé être si mortel, pour quelle raison sur le million de positifs au VIH, sur une durée de huit ans, seuls 1,5% ont développé le SIDA ?
- Pour quelle raison ce sont surtout les hommes qui contractent le SIDA ? (90% aux Etats-Unis).
- Si le SIDA est infectieux par le VIH, pour quelle raison le SIDA est resté confiné dans les groupes à risques (toxicomanes par intraveineuse et homosexuels masculins à vie sexuelle débridée) ?
- Comment était-il possible d'avoir le SIDA sans VIH et le VIH sans SIDA ?

La pause entre les battements : c'est là où repose la vérité

L'auteur Paul Scott a dit un jour, après avoir écrit son livre « Le *Raj Quartet* », que c'est dans « la pause entre les battements de l'Histoire » que la vérité se trouve réellement, et c'est cela que nous avions décidé de trouver.

Une de nos premières tâches était de rencontrer le professeur Luc Montagnier en face à face. Nous l'avons attendu, assis sur un banc à l'extérieur de son laboratoire à l'Institut Pasteur à Paris. Il ne nous a pas vus tandis qu'il s'approchait, perdu dans ses pensées et portant un gros manteau noir battant ses mollets. Un petit homme rond avec un visage poupon, il avait l'air d'un homme propulsé vers la renommée malgré lui. Sa renommée n'était pas dépourvue de controverse. Son premier article sur le virus du SIDA avait été signé par cinq auteurs dont ses collègues les Dr Françoise Barré-Sinoussi et Dr Claude Chermann. Les deux devinrent profondément mécontents, sentant bien qu'ils avaient été privés des lauriers du VIH et des retours du brevet du test.

Il est maintenant intéressant de relire le communiqué de presse soigneusement formulé que l'Institut Pasteur nous a donné lors de notre visite.

En 1983, des recherches menées par le Professeur Luc Montagnier à l'Unité d'Oncologie Virale ont joué un rôle majeur dans l'isolation et la caractérisation du virus du SIDA, le Virus d'Immunodéficience Humaine ou VIH, en collaboration avec des cliniciens et des immunologistes de plusieurs hôpitaux de Paris. En moins de deux ans, le virus a été analysé d'un point de vue moléculaire et sa composition génétique a été dévoilée par une équipe de cinq jeunes biologistes moléculaires… De façon indépendante, des chercheurs des Etats-Unis ont fait des découvertes semblables.

Jusqu'au jour de notre rencontre avec Montagnier, début mars 1990, le Monde avait été conduit à penser que si vous attrapiez le VIH il vous

tuerait bon gré mal gré. Pourtant, nous allions entendre des nouvelles stupéfiantes que le scientifique même qui avait découvert le VIH faisait du rétropédalage au sujet de la capacité du virus comme étant la seule cause du SIDA. Montagnier avait travaillé sur la théorie que certains cofacteurs pourraient être nécessaire pour amorcer le VIH. Il avait trouvé quelque chose qu'il décrivait comme étant des mycoplasmes, ces derniers, pensait-il, combinés avec le VIH, pouvaient provoquer le SIDA.

Montagnier nous accueillit chaleureusement, Michael Verney-Elliott et moi-même, dans son bureau et entreprit de nous expliquer sa position. J'ai une série de citations de notre rencontre :

Au début nous n'aurions pas dû dire que le VIH pourrait tout expliquer. Si c'était le cas nous ne devrions plus trouver de maladie maintenant.

Le VIH en lui-même n'est pas un virus dangereux. Mais il doit être présent. Sans lui rien ne peut arriver.

J'ai toujours jeté un œil prudent sur le virus et à Cold Spring Harbour en 1983 j'ai dit que nous cherchions d'autres choses.

J'ai cherché des cofacteurs depuis 1983. Je suis en train de travailler sur des agents microbiens comme étant des cofacteurs possibles.

Montagnier nous dit qu'il était très enthousiaste au sujet de son travail sur le mycoplasme. Je suggérais que s'il était en train de *s'interroger* sur de possibles cofacteurs différents, alors il devait sûrement *s'interroger* au sujet du VIH ? Quelle était la différence, demandais-je ? Il dit « Les co-agents ont la même importance alors que les cofacteurs ont un agent principal ». Puis il a fait un signe de la main et dit « En réalité tout cela est de la sémantique ». Le point de vue de Duesberg sur les cofacteurs c'est que lorsqu'ils sont évoqués, c'est le signe d'une hypothèse en faillite, parce que comment pouvez-vous dire quelle est la cause réelle de la maladie ?

Nous avions remarqué comment le mot « cofacteur » avait commencé à se glisser dans le langage de l'orthodoxie – chose que Duesberg avait déjà prédite qu'elle allait se produire. Il dit :

Une fois que vous avez un establishment qui a fait une erreur, mais s'est mis dans une position de pouvoir grâce à elle, ils vont difficilement renoncer parce que c'est très confortable d'être au sommet. C'est une place agréable à occuper. Maintenant, quand vous voyez que ça ne marche pas, vous avez deux options. Soit vous dites que c'est faux ou vous dites que c'est vrai mais ça ne marche pas de la manière dont nous pensions au départ. C'est un peu plus compliqué. Et l'échappatoire classique en science c'est de dire il (le VIH) n'est pas suffisant pour provoquer la maladie, alors que c'est ce qu'ils avaient dit depuis le début. Ils disent maintenant qu'il nous faut quelque chose d'autre.

Ils disent maintenant que ce n'est pas suffisant, mais néanmoins nécessaire. Si ce n'était pas nécessaire, bien sûr, ils devraient renoncer et il leur faudrait revoir la prévention et la thérapie ... De dire que c'est nécessaire signifie qu'ils restent dans le business et ça leur donne beaucoup de temps pour réajuster leur hypothèse. Mais en faisant ainsi vous mettez directement en doute votre affirmation première, parce que si vous ne savez pas quoi d'autre en est la cause, vous ne savez pas si le VIH y joue un rôle. Jusqu'à ce que vous connaissiez l'autre élément et que vous montrez qu'il a besoin du VIH pour provoquer quelque chose – comme l'affirmation du mycoplasme – il vous faut prendre le mycoplasme et montrer qu'il a besoin du VIH pour provoquer le SIDA, ou quel qu'autre effet il peut avoir. Jusqu'à ce que ceci soit fait vous n'avez aucune preuve que ce soit que le VIH y joue un rôle.

Montagnier tenait beaucoup à ce que nous incluions sa théorie du mycoplasme dans notre film et nous étions d'accord pour le faire. Lorsque cela arriva, la théorie du mycoplasme de Montagnier est tombée comme un ballon de plomb à la conférence Internationale de San Francisco sur le SIDA qui a suivi. Un public de fanatiques du VIH-peut-le-faire-seul le chahuta, le siffla et le hua, ce qui le poussa à quitter la conférence plus tôt et fâché.

En rentrant à Londres, Michael et moi-même sentions que Montagnier se trouvait dans une situation où il avait de sérieux doutes sur le rôle du VIH mais pouvait difficilement laisser tout tomber en même temps.

Les royalties du kit de test VIH rapportaient à l'Institut Pasteur un financement stable de 5% du produit des ventes. Néanmoins il nous sembla que son bon sens scientifique lui faisait essayer de trouver une porte de sortie de la position consistant à blâmer le VIH comme seul coupable pour causer le SIDA.

Le piège du SIDA : Exposition des Mythes entourant le VIH et le SIDA

Notre premier port d'escale était Paris pour enregistrer l'interview avec Montagnier sur la base de nos précédentes discussions. La prestation de Montagnier dans le film était simplement aussi solide que celle de l'interview de recherche. Lorsqu'on lui a demandé s'il avait toujours cru que le VIH à lui seul pouvait provoquer le SIDA, sa réponse se propagea dans le Monde entier :

Au début, oui, nous pensions que nous avions pour ce virus le meilleur candidat pour être la cause du SIDA. Mais après un moment - même depuis le début en fait - nous avons pensé que pour l'activation de ce virus dans les cellules il nous fallait – nous avons besoin de quelques cofacteurs…Donc je serais d'accord pour dire que le VIH à lui seul, ou quelques souches de VIH ne sont pas suffisants pour provoquer le SIDA.

Cette déclaration confirmait la position de Montagnier depuis le tout début. Il n'avait jamais été aussi catégorique que Gallo à pointer le doigt sur le VIH comme seule cause (suffisante) du SIDA. Maintenant il était publiquement en train d'exprimer ses doutes et de se rapprocher de la théorie des cofacteurs – que le VIH avait besoin d'autres facteurs pour le déclencher à produire des effets nocifs.

A New York nous avons rendu une visite importante au cabinet de consultations du Dr Sonnabend. En tant qu'un des premiers « dissidents du SIDA », il avait publié, en 1984, un journal appelé *AIDS Research*. C'était trop dangereux pour l'orthodoxie, il a été rapidement muselé, il a perdu ses financements et a été racheté par Burroughs Wellcome pour en faire une feuille d'information sur

(comme prévu) les dernières thérapies par médicaments du SIDA. Sonnabend, un médecin extrêmement attentionné, travaillait dans un cabinet minable de Manhattan, s'occupant d'un grand nombre de jeunes homosexuels masculins qui venaient chez lui pour un chapelet d'infections diverses. Ce fut lui qui poussa Michael Callen et Richard Berkowitz à examiner les aspects de leur mode de vie qui pourraient être à la racine de la grave immunodépression que les jeunes homosexuels masculins connaissaient.

Sonnabend avait l'air comme s'il se négligeait, avec des pellicules se rassemblant sur sa veste noire qui était trop petite pour lui de plusieurs tailles. Il s'était découragé avec le temps. Personne n'était prêt à financer aucune recherche sérieuse sur le syndrome qui affectait ses patients. Sonnabend n'avait jamais été convaincu par le VIH. Son point de vue c'était que l'immunodépression décrite comme SIDA a été causée par de multiples facteurs dont un comportement à risque qui incluait les composants infectieux. Il nous dit « Je croirais que les composants infectieux sont une variété d'infections courantes ou bien connues dont des infections virales telles que l'infection au cytomégalovirus (un type d'herpès), les maladies sexuellement transmissibles, telles que la syphilis et une variété d'infections courantes qui sont connues pour avoir des composants immunosuppressifs.

L'auteur et chroniqueur du SIDA John Lauritsen nous reçus dans son petit appartement de Greenwich Village. Il concentra son attention sur la toxicité plutôt que sur l'infectiosité comme cause de la suppression de l'immunité dans le SIDA, rendant responsables les effets nocifs des drogues récréatives telles que les poppers et les dommages faits par le médicament du SIDA, l'AZT (avec lesquels nous aurons affaire séparément avec plus de détails pour les deux). Un autre épisode révélateur se produisit lorsque nous avons interviewé le Dr Alvin Friedman-Kein à l'Université de New York. Spécialiste du sarcome de Kaposi qui avait été par le passé considéré comme la pierre angulaire du diagnostic du SIDA, maintenant, curieusement, Friedman-Kein trouvait des cas de KS (Kaposi Sarcom – NdT) chez des personnes sans VIH. Est-ce que cela serait un SIDA sans VIH ? lui demanda Michael. Probablement pas, dit Friedman-Kein, parce qu'il n'y avait

pas de preuve de suppression immunitaire chez ces hommes. Ils avaient simplement une forme de KS non invasive, bien documentée, qui avait été décrite dans la littérature médicale depuis le siècle dernier.

Néanmoins, Friedman-Kein nous mit en contact avec un de ses patients KS qui était négatif au VIH. Nous avons rencontré Alan à l'extérieur de l'Hôpital Universitaire de New York et avons été choqués par son apparence. Voilà un homme qui, d'après Friedman-Kein n'avait aucune preuve d'immunosuppression et était supposé être en parfaite santé mis à part le KS, et malgré cela se tenait devant nous avec toutes les apparences du SIDA. Son col de chemise pendait lâchement autour de son cou qui était pathétiquement maigre. Sa peau avait cet aspect cireux jaune. Elle s'étirait sur son visage comme un masque. Son pantalon ample cachait ses jambes maigres qui pouvaient difficilement le porter lorsqu'il vint à nous en lambinant comme un vieillard. Oui, il avait perdu une sacrée quantité de poids. Oui, il avait eu une vie sexuelle terriblement débridée avec des hommes et des femmes. Oui, il avait pris une sacrée quantité de poppers et d'autres drogues. Voilà donc le patient que Friedman-Kein disait qu'il n'était pas possible qu'il ait le SIDA parce qu'il n'avait pas le VIH ?

Durant notre interview filmée avec Friedman-Kein, Michael le défia en lui disant, « Je suis un peu perdu. Vous avez dit plus tôt que dans le cas de ces hommes négatifs au VIH, ils n'ont pas d'autres symptômes et ils n'ont pas de suppression de l'immunité, donc pour quelle raison ont-ils eu le sarcome de Kaposi si ce n'est pas une maladie infectieuse ? ». Friedman-Kein ne pouvait vraiment répondre à cela. Il murmura quelque chose au sujet « d'un autre agent de transmission » pouvant causer le KS. Il dit alors que le CDC et d'autres scientifiques dans tout le pays étaient en train de reconsidérer la définition du SIDA « pour peut-être changer la définition qui est de ne pas inclure le sarcome de Kaposi comme diagnostic formel ».

C'était une prestation très peu convaincante et qui appuyait le point de vue de Duesberg qui disait qu'à chaque fois que des maladies définies comme SIDA sont trouvées sans VIH, les malades sont diagnostiqués comme ayant cette maladie spécifique mais pas comme ayant le SIDA.

Donc, par définition, tous les cas comme celui d'Alan sont perdus pour les statistiques du SIDA. Parce qu'ils sont négatifs au VIH, ils ne sont pas l'objet d'un suivi. Ils ne reviennent pas pour un second test et, comme l'a découvert à San Francisco la chercheuse en santé Michelle Cochrane, sans deuxième test ces cas sont perdus pour les statistiques. C'est pour cela qu'il y a si peu de cas de SIDA sans VIH qui sont enregistrés.

Le professeur Robert Root-Bernstein vint à notre secours sur le sujet du KS. Il avait étudié l'histoire du KS et pensait que le KS en lui-même, sans VIH pouvait produire une maladie irréversible de type SIDA. Lorsque nous l'avons interviewé plus tard à San Francisco, il dit :

« *L'existence de malades ayant le sarcome de Kaposi et qui sont négatifs au VIH me suggère qu'il y a des causes de SIDA autres que le VIH. En fait, je viens de compléter une étude sur le sarcome de Kaposi qui va jusqu'au tout premier article jamais publié par Maurice Kaposi en 1872 et elle montre qu'en fait il y a sur un siècle des centaines de malades du sarcome de Kaposi qui correspondent à la définition du SIDA donnée par le CDC. Ces malades ne sont pas des personnes âgées, ce sont des adolescents, ce sont des jeunes hommes dans leur vingtaine et trentaine, ils sont souvent décrits comme étant auparavant en bonne santé.* »

En avril 1990, le *Lancet* publia une lettre de Root-Bernstein dans laquelle il décrit des cas spécifiques de jeunes hommes, dont un garçon âgé de cinq ans, qui sont décédés en moins d'un an dans les années 1980. Ils avaient tous des lésions au pénis et une insuffisance respiratoire accompagnée de fortes fièvres et sans doute la pneumonie. La lettre mérite d'être citée en entier.

Jusqu'en 1984 il n'y avait pas de test VIH mais si nous acceptons que le VIH est un nouveau rétrovirus qui est entré aux Etats-Unis et en Europe lors des deux ou trois décennies passées, alors tous les cas listés ci-dessus devaient être exempts de VIH. S'il en est ainsi, plusieurs hypothèses doivent être envisagées – que le SIDA n'est pas nouveau ; que le VIH n'est qu'une des plusieurs causes possibles du SIDA ; ou que le VIH est lui-même une nouvelle infection opportuniste

qui tire profit des personnes déjà immunodéprimées. Si, néanmoins, quelqu'un rétorque que le KS chez des jeunes gens par ailleurs en bonne santé est toujours associé avec le VIH, ces cas historiques indiqueraient que le VIH n'est pas un nouvel agent de maladie, et il s'en suivrait que le SIDA n'est pas une nouvelle maladie et que l'épidémie actuelle est due non pas à un nouveau virus mais aux changements des modes de vie créant une population d'individus sensibles et/ou à des modes de transmission élargis. L'existence de cas de SIDA sans VIH nous demande de réévaluer la théorie disant que le SIDA est une nouvelle maladie et que le VIH en est la cause nécessaire et suffisante.

Rencontrer Root-Bernstein était excitant. Récipiendaire du très convoité Prix de l'Association MacArthur – un prix du « génie » qui existait depuis cinq ans – il avait ensuite produit un excellent article intitulé « Connaissons-nous les causes du SIDA ? » qu'il avait envoyé à Duesberg pour être examiné. Dans cet article Root-Bernstein argumentait que « la conclusion que le VIH est la seule cause de l'immunodépression dans le SIDA et le seul facteur qui différencie les malades du SIDA de ceux qui n'ont pas le SIDA, ne peut pas être maintenue ».

Root-Bernstein n'avait jamais rencontré Duesberg, donc Channel 4 fut d'accord de l'emmener d'une conférence qu'il donnait en Floride à Berkeley pour notre interview. Là, Peter s'était arrangé qu'il puisse diriger un séminaire. Mais, incroyablement, lorsque Duesberg fit la demande d'une salle de conférence au centre du campus, on lui dit que le sujet était trop dangereux et controversé pour se tenir dans un tel endroit public, et donc nous avons dû tous prendre le bus pour une lointaine salle au sommet d'une colline (ironiquement, là où la bombe atomique avait été conçue).

Root-Bernstein fit son exposé, qui était en grande partie hostile à l'hypothèse virus/SIDA, mais il y avait aussi des points de désaccord. Durant la séance des questions Duesberg le mit assez durement sur le gril. Bryan Ellison était furieux. « Pourquoi vous sentez-vous obligé d'attaquer de cette manière un de vos rares soutiens ? » dit-il. « Vous devez attaquer intellectuellement vos amis aussi fortement que vous

attaquez vos ennemis », dit Duesberg. La hauteur morale dans le débat du VIH a été atteinte avec une grande éloquence par le professeur Walter Gilbert, un des scientifiques américains des plus distingués et lauréat du Prix Nobel, un homme avisé, qui contrairement à beaucoup de ses collègues qui se sont précipités, ne s'était jamais publiquement attaché à l'hypothèse VIH et de ce fait pouvait émettre de sérieux doutes au sujet de la science l'entourant. Il était inquiet de la manière dont les médias et des parties de la communauté scientifique avaient répandu dans une explosion le virus comme seule cause du SIDA :

Parce que c'est plus commode d'avoir une belle déclaration. La communauté dans son ensemble n'écoute pas patiemment les critiques qui adoptent des points de vue alternatifs, bien que la grande leçon de l'Histoire c'est que la connaissance se développe par la confrontation des points de vue. Si vous avez simplement un consensus cela généralement entrave (la connaissance – NdT*). Cela empêche de voir les problèmes de ce consensus et cela dépend de l'existence de critiques pour briser cet iceberg et permettre à la connaissance de se développer. Ceci est en fait un des fondements de la théorie démocratique. C'est une des raisons de base qui nous font croire en des notions comme la liberté de parole et c'est une des grandes forces en termes de développement intellectuel.*

Une des anomalies les plus révélatrices et pourtant intrigantes de l'histoire du SIDA nous attendait à St Petersburgh en Floride. Nous avons rencontré Ron Webeck dans la maison coquette de ses parents à côté de l'océan. Il était devenu célèbre comme « l'homme qui avait perdu le VIH ». Il décida de nous raconter son histoire.

Ron nous avoua qu'il avait mené un mode de vie autodestructeur. Il avait vécu dans la voie rapide gay, travaillant comme serveur sur la Côte Est et en Europe. Il avait eu beaucoup de partenaires sexuels, a pris des poppers, de la marijuana et puis abusa de l'alcool. En 1985 il travaillait comme serveur à Cape Cod, lorsqu'il commença à avoir des maux de tête et des douleurs dans son cou et son dos. Puis il se rendit compte qu'il ne pouvait plus additionner correctement les factures de ses clients, puis son champ visuel se rétrécit et il commença à boîter sérieusement. Il fut transporté d'urgence à l'hôpital où ils lui ont

trouvé le VIH et un problème au cerveau lié au SIDA appelé PML (pour progressive multifocal leukoencephalopathy – leuco encéphalopathie multifocale progressive – NdT) qui aurait été causé par un soi-disant virus JC. Il était très malade pendant six mois et avait même signé un « Refus d'être Réanimé ». (Le refus d'être réanimé est un document rédigé par un médecin et signé par le malade qui stipule de ne pas procéder à un massage cardiaque en cas d'arrêt respiratoire ou cardiaque – NdT)

Après un moment il a demandé aux médecins de l'envoyer à la maison parce qu'il pensait qu'il allait mourir et il voulait mourir à la maison. Néanmoins, une fois à la maison, il alla de mieux en mieux et décida de se battre pour sa vie. « La première chose que j'ai faite a été de demander à mes parents de me fournir un déambulateur afin que je puisse apprendre tout seul à marcher à nouveau puisque les médecins n'ont jamais vraiment pensé que je pourrais le faire. Ils ne se sont jamais souciés de me remettre en état, alors je l'ai fait moi-même ». Il dit que la pire chose c'était d'aller à la piscine du coin parce que les gens qui avaient entendu parler de lui sortaient de l'eau quand il y rentrait. Puis, en 1989, lorsque Ron est allé au NIH (rappel : NIH pour Institut National de la Santé – NdT), à leur grand étonnement, les médecins ne pouvaient pas trouver de trace du VIH, ni dans son sang, ni dans sa colonne vertébrale, et le virus JC avait également disparu. Une deuxième batterie de tests confirma ces constatations et le cas de Ron Webeck fut consigné dans les *Annales de la Médecine Interne*.

Lorsque nous avons rencontré Ron il avait l'air très bien et nous l'avons filmé partant pour une baignade en mer. Néanmoins, quand bien même il était négatif au VIH, ses médecins l'avaient persuadé de prendre de l'AZT. Michael avait essayé de leur faire remarquer les dangers de cette thérapie, mais Ron a continué à la prendre. Il a été victime d'autres accès et deux ans plus tard il était mort. Il n'y avait toujours pas de signe de VIH. A-t-il été sage de poursuivre sa thérapie d'AZT ? Les effets toxiques de l'AZT seront décrits en détail dans un chapitre plus loin.

A San Francisco nous sommes allés interviewer le Dr Andrew Moss, un épidémiologiste anglais qui travaillait à l'Hôpital Général de San

Francisco, qui était le centre de traitement du SIDA. Moss avait l'air d'un homme qui avait pris beaucoup de poids récemment et qui n'en était pas très heureux. Lorsque nous lui avons dit que nous étions en train d'interviewer Duesberg et d'autres critiques de l'hypothèse VIH il prenait un air de supériorité tolérante envers lui. Bien que lui-même était convaincu de l'hypothèse virus/SIDA et avait exprimé de fortes critiques à l'encontre de Duesberg, il avait également été critique de la manière dont avaient été faites les prévisions de la propagation du SIDA. Il n'avait aucun doute que le SIDA allait se propager dans la communauté hétérosexuelle et était sûr que quiconque était positif au VIH irait vers le SIDA en moins de neuf ans et demi.

Je pense que la plupart des prédictions officielles sur la propagation du SIDA ont été constamment fausses dans ce pays, et en Grande Bretagne et dans le Monde, et je pense qu'il y a deux raisons à cela. L'une d'entre elles c'est qu'un tas de mauvaise science a été fait, et l'autre ce sont les pressions politiques afin d'avoir des chiffres élevés. Tous les chiffres des administrations sont politiques. Et habituellement cela les gonfle dans la mauvaise direction, et je pense qu'il a été difficile aux gens de revenir sur leurs chiffres élevés.

Le professeur Harry Rubin, à la tête du Laboratoire Stanley de Berkeley et collègue de Peter Duesberg, lui avait toujours prêté une oreille attentive, soutenant Duesberg contre ses critiques et défendant son droit à défier l'orthodoxie. Ayant un air de vieux sage juif avec de la malice dans ses yeux il dit, « Peter a été traité de tous les noms et il a été étiqueté comme étant fou …. Mais c'étaient des attaques *ad hominem* plutôt que des analyses scientifiques minutieuses et impartiales sur ce qu'il a à dire. Donc en emmerdant le système et en le faisant avec son flair caractéristique il a soulevé un tas d'antagonismes ». Est-ce que c'est une bonne chose à faire pour un scientifique d'emmerder le système et de le questionner, demanda Michael ? « Et bien je pense que c'est une bonne chose pour la société en général et c'est bon pour la science. Ce n'est pas trop bon pour la santé des scientifiques qui font cela. Cela touche à la reconnaissance, aux subventions, à la venue d'étudiants du troisième cycle, toutes les choses qui vont avec la réussite scientifique ».

Et nous avons fini par Duesberg lui-même. Nous devions nous assurer qu'il allait donner le meilleur de lui-même. C'est un invité désespérément agité, sortant malicieusement de temps en temps hors du cadre de la caméra pour aller boire de l'eau dans un verre en plastique et interrompant l'interview avec un tas de plaisanteries. Tout cela était très bien, mais il nous fallait une prestation de poids pour ce sujet sombre. Nous l'avons donc façonné à coups de fouets et il y est certainement parvenu, interrompu seulement par le carillon incessant de l'horloge du campanile du campus.

Duesberg avança l'avis que le VIH ne peut faire que peu de choses dans son hôte humain, qu'il est neutralisé par le système immunitaire après quelques semaines ou mois après l'infection et ensuite ne fait rien de plus. Il disait que le SIDA ne se propageait pas comme le ferait une maladie sexuellement transmissible, mais qu'il était resté cantonné à certains groupes à risques, à savoir les toxicomanes par intraveineuses et un petit pourcentage d'homosexuels masculins. Il expliqua comment le SIDA ne satisfaisait pas aux postulats de Robert Koch (les conditions sous lesquelles une maladie infectieuse pouvait être identifiée et distinguée d'une réaction toxique). Il expliqua comment les poteaux de but des maladies définies comme SIDA avaient été successivement écartés année après année. Il a également décrit sa crainte au sujet de la toxicité de l'AZT. Puis il arriva au point crucial de son argumentation.

Je pense que le SIDA n'est pas, ou même ne peut pas être une maladie infectieuse. Une maladie infectieuse, croyez-le ou non, se fonde sur certains critères. Par exemple, si vous êtes infectés par un microbe ou un virus, en quelques semaines ou mois après le contact ou après l'infection vous aurez les symptômes d'une maladie. Avec le VIH et le SIDA, néanmoins, on nous dit que vous allez être malade dans dix ans, dix ans après l'infection. Ce n'est pas ainsi que les virus ou les bactéries fonctionnent. Ils fonctionnent vite ou jamais. Ce sont de petits mécanismes très simples comme une petite horloge qui ne peut faire qu'une seule chose – faire un tour de cadran, et cela prend à un virus 24 à 48 heures. Il est hors de question qu'un virus puisse ralentir ou attendre une semaine ou attendre dix ans. Ceci est totalement absurde.

Le SIDA, tel qu'il est pensé, est avant tout le résultat, je pense, d'une intoxication – Immunité Déficiente Acquise -comme le dit en fait le mot. Le SIDA vous l'avez acquis en consommant des drogues, et par la malnutrition qui lui est souvent liée. Une fois que cela est arrivé, une fois que vous êtes immunodéficient, alors vous êtes vulnérables à de nombreuses infections qui *sont secondaires ou opportunistes comme nous le disons. Par conséquent ce n'est pas une maladie infectieuse, c'est le résultat de cela.*

Et si l'hypothèse infectieuse s'avérait erronée, demanda Michael, à la fin, que se passe-t-il ? « Les implications seraient très graves », dit Duesberg, « en fait très, très graves. Des millions de vie qui auraient pu être sauvées ne le seront pas si nous travaillons sur une hypothèse qui n'a pas de fondements ou qui en a très peu. La prévention du SIDA, qui est actuellement entièrement basée sur la prévention des contacts avec les personnes infectées prendrait une direction totalement différente ».

En prenant l'avion du retour vers Londres, nous savions alors que nous avions une émission solide entre nos mains. Lorsque nous avons rassemblé nos réflexions et nos preuves nous sommes retournés voir David Lloyd. Je lui dis que je voulais vraiment y aller cette fois-ci et plaider en faveur du point de vue dissident. David fut d'accord, rappelant qu'il y avait eu des centaines d'heures d'antenne consacrées au point de vue orthodoxe sans aucune contestation. « Tant que nous le signalons », dit-il. Et nous l'avons fait. Nous avons dit, « Cette émission apporte des preuves qui contredisent le fait que le VIH soit la cause du SIDA. Nous remettons même en question que le SIDA soit une maladie infectieuse. »

Toxicité de l'AZT : le SIDA et l'épisode Weller

David Lloyd voulait une partie sur l'AZT dans notre film. L'AZT est ce médicament qui avait initialement été prescrit aux personnes ayant les symptômes du SIDA puis, après 1989, aux personnes qui étaient positives au VIH sans symptôme du SIDA.

Je consacrerai un chapitre à notre émission sur l'AZT plus loin. Mais au moment de filmer *Le Piège du SIDA* il y avait déjà une controverse considérable sur la très haute toxicité du médicament. De nombreux homosexuels masculins avaient vu leurs partenaires ayant le SIDA souffrir des épouvantables effets du médicament puis mourir. Des doses élevées de 1 500 milligrammes par jour étaient prescrites et les malades étaient sujets à des vomissements violents, à des déplétions de moelle osseuse nécessitant des transfusions sanguines et des maux de tête insupportables. Le traitement à haute dose nécessitait une observance stricte basée sur un cycle de quatre heures, et donc on donnait aux gens des petites boîtes à pilules avec des alarmes à l'intérieur pour leur rappeler de prendre leurs pilules. Le Royal Opera House à Covent Garden était souvent rempli de bips insistants au milieu des airs les plus déchirants.
L'auteur John Lauritsen avait déjà écrit de façon exhaustive sur les dangers de l'AZT et Peter Duesberg avait exprimé ses graves inquiétudes à propos du fait que l'AZT produisait des symptômes qu'on ne pouvait distinguer de ceux du SIDA. Nous avons décidé d'interviewer le professeur Ian Weller qui était en train de coordonner la partie Royaume Uni d'une très grande étude anglo-française sur l'AZT appelée Essai Concorde. Le but était de découvrir si l'AZT pouvait retarder le développement du SIDA chez les personnes qui étaient positives au VIH mais sans symptômes du SIDA.

Weller nous a donné une interview très révélatrice. Manifestement homme de conscience, comme allaient le démontrer les événements suivants, Weller avait l'air inquiet. Alors qu'il avait commencé l'étude avec les meilleures intentions, il se trouvait maintenant à devoir se justifier lui-même de distribuer un médicament hautement toxique à des hommes qui étaient avant tout en bonne santé, mais de ne pas être capable d'identifier correctement s'ils souffraient d'une progression du SIDA ou des effets de l'AZT même. Sous l'interrogatoire pénétrant de Michael, il dit que des études américaines antérieures qui avaient abouti à l'autorisation de mise sur le marché de l'AZT pour les malades sans symptômes n'avaient pas été correctement faites en aveugle. C'est-à dire que les médecins pouvaient dire qui était sous le médicament et qui était sous placébo (le médicament factice). Il

pensait que ceci pouvait avoir biaisé les résultats des essais. Il admit que l'effet secondaire de l'AZT le plus courant était l'effet sur la moëlle osseuse. Cela pouvait conduire à une baisse du nombre de globules blancs et à des anémies qui, si elles ne sont pas surveillées, pouvaient être assez graves pour le malade pour nécessiter des transfusions sanguines.

Il admit que chez quelques malades sensibles le dommage causé à la moëlle osseuse pouvait être irréversible, mais il suggéra que cela pouvait être « plus dû au virus qui affecte la moëlle osseuse qu'au médicament ». Weller dit, « Avec la maladie sans symptôme, il peut être assez difficile de déterminer ce qui est dû au médicament et ce qui est dû à la maladie elle-même. En un sens, c'est comme si vous regardez l'histoire naturelle de l'infection du VIH derrière un rideau de zidovudine (nom générique de l'AZT). Donc il est difficile de faire la différence entre les deux effets.

Weller reconnaissait là qu'il ne pouvait pas faire la différence entre les effets de l'AZT et les effets de l'infection du VIH. Lorsque Duesberg a lu la retranscription de l'interview, la question cruciale qu'il voulait poser à Weller était : Que faisait Weller lorsqu'il était en face d'un malade qui nécessitait une transfusion sanguine alors qu'il était sous AZT ? Continuait-il avec la thérapie AZT ou l'arrêtait-il ? Son avis était que si Weller ne savait pas si c'était le virus ou le médicament qui causait les dommages, en n'arrêtant pas le médicament, les gens pouvaient en fait mourir du seul fait de la thérapie à l'AZT.

Alors que le film était en train d'être monté, le premier à s'attaquer à l'orthodoxie du SIDA, il y avait tellement de problèmes importants auxquels nous attaquer qu'il restait de moins en moins de place pour l'AZT. Nous décidâmes de n'inclure que Duesberg et Lauritsen comme critiques. Essayer de comprendre les complexités de l'essai Concorde et quelques-uns des aveux accablants de Ian Weller nous semblait un peu déloyal. Cela aurait été comme le mettre à la place de la Tante Sally (jeu de massacre ancien où il s'agissait de viser la tête d'une vieille dame – NdT). Donc nous ne l'avons pas inclus dans le film. Les mots sur L'AZT enregistrés dans le film *Le Piège du SIDA* étaient sans concession.

DUESBERG : *Le mécanisme d'action de l'AZT est si clair et simple que c'en est embarrassant. C'est un terminateur de synthèse de l'ADN. L'ADN est la base de toute vie sur cette planète. C'est la molécule centrale de toute cellule vivante.*

LAURITSEN : *Eh bien, j'ai examiné toutes les études majeures dont on se sert pour affirmer les bénéfices de l'AZT. Sans exception je dirais que ces études ne prouvent rien. Elles ont été, dans un sens ou un autre, incompétentes et/ou malhonnêtes, et je maintiendrais qu'il n'y a aucune preuve scientifique crédible que ce soit que l'AZT a des bénéfices pour qui que ce soit dans n'importe quelle circonstance.*

(à DUESBERG) : *Que penses-tu des essais actuels qui examinent les effets à long-terme de l'AZT ?*

DUESBERG : *Eh bien elles montreront simplement à nouveau que l'AZT est toxique. Si tu en donnes moins cela prendra plus de temps à tuer quelqu'un avec …. Et si tu en prends plus, ça va plus vite.*

La date de diffusion du film était le 13 juin 1990. Channel 4 tint une conférence de presse avant. Duesberg prit l'avion pour en être et elle était présidée par le député de David Lloyd, Karen Brown. (Elle me dit plus tard qu'elle avait été complètement déconcertée par la fureur exprimée lors de cette réunion). Il y avait là-bas de nombreux activistes gays. Cass Mann, de Positively Healthy (En Bonne Santé et Positif - NdT), était très solidaire, mais d'autres comme Simon Watney critiquèrent le film avec colère. Watney fit une intervention passionnée au sujet de tous les amis qu'il connaissait qui étaient en train de mourir du SIDA et qui seront desservis par ce film. Comme prévu, il n'y a eu que bien peu de discussion au sujet de la science qui était derrière les faits. Lorsque le film fut diffusé, cette fois-ci, loin d'une pièce de silence, il y eût une énorme explosion.

Chapitre 7

La Chute

L'Establishment riposte : la gestion des médias.

Le soir de la retransmission notre petite équipe de production s'était rassemblée à mon domicile. Duesberg était encore avec nous et quelques-uns de ses amis londoniens des vieux jours, lorsqu'ils travaillaient ensemble sur les oncogènes, se joignirent à nous. Lorsque l'émission fut finie, les appels commencèrent à affluer au bureau de permanence de Channel 4. Ceci n'était que le début. Des années plus tard les lettres et articles qui ont suivi sont étonnants à lire. Tous les organismes médicaux, journaux scientifiques et journaux nationaux (mis à part le *Financial Times*) et tous les organes de l'establishment scientifique exprimèrent leur fureur et leurs attaques au vitriol. La rage se concentra sur la peur qu'en remettant en cause le VIH, nous étions en train d'encourager la promiscuité et les rapports sexuels non protégés parmi les jeunes gens, ce qui risquait de les exposer au SIDA. A aucun moment il n'arriva aux critiques d'envisager que le principe du VIH = SIDA = mort pourrait au moins valoir la peine d'être questionné.

Le Dr D. Rees du MRC (Medical Research Council – Conseil de la Recherche Médicale – NdT) fit parvenir une lettre à Sir George

Russell, président de l'Autorité Télévisuelle Indépendante. Le MRC avait engagé des millions de Livres provenant des contribuables dans des projets de recherche sur le VIH, dont de nombreux en cours. Rees dit, « il y a des preuves scientifiques écrasantes que l'infection au VIH est la précondition nécessaire au développement du SIDA…. Ce qui me préoccupe c'est la grave irresponsabilité d'induire le public en erreur que de promulguer de tels points de vue sans en équilibrer l'information ». Rees dit que l'émission « rend un très mauvais service à la santé publique. Il n'est pas exagéré de dire que si l'hypothèse présentée par *Dispatches* devait être considérée comme vraie par les téléspectateurs, des vies seraient en danger ».

Channel 4 nous demanda de rédiger une lettre de réponse au MRC qui se termina par « Nous déplorons votre remarque que 'des vies seraient en danger' à cause de notre émission. Il y a un danger bien plus grand en se reposant avec une confiance excessive sur un consensus qui n'a pas été prouvé et qui n'a pas réussi à sauver une seule vie ». Puis vint la lettre à David Lloyd de la Fondation pour le SIDA de l'Association Médicale de Grande Bretagne signée par sa présidente Hillary Curtis. Elle énumérait '14 erreurs majeures' du film et disait « En avançant une notion spéculative que le mauvais usage des drogues est la cause du SIDA, sans preuve à l'appui, cette émission a sans doute considérablement compromis la santé publique tout comme elle a provoqué de la souffrance chez les personnes vivant avec le SIDA et le VIH ». (Nos émissions avaient été la seule lueur d'espoir qu'avaient eue ces dix dernières années tous ceux qui vivaient avec le VIH !)

L'article du virologue Jonathan Weber pour le *British Medical Journal* titré « L'Hérésie et le VIH », l'a appelé « une émission induisant en erreur » et dit « Duesberg fait de belles manchettes à la télévision mais une épouvantable santé publique et je suis reconnaissant qu'il soit cantonné à faire de la publicité pour ses idées plutôt que de les mettre en œuvre ». Un article de tête dans le *New Scientist* disait « La cause de la science à la télévision britannique a fait des pas en arrière la nuit dernière avec la retransmission sur Channel 4 d'un documentaire titré *Le Piège du SIDA* ». Julian Meldrum, un journaliste qui écrivait pour Capital Gay, a rédigé une attaque particulièrement vicieuse à l'encontre de Duesberg. Il a dit :

J'ai vérifié de nombreuses pages des pensées décousues de Duesberg à la recherche d'un seul appel positif ou suggestion de recherche qui pourrait éventuellement être utile aux personnes qui ont le SIDA. Il n'y en avait pas. Au contraire, il semble plus concerné par les sommes excessives d'argent qui sont dépensées sur la recherche 'dénuée de pertinence' d'un virus et d'une maladie qui resteront cantonnés, d'après son point de vue, aux homosexuels masculins et aux toxicomanes. Je pense qu'il ne mérite rien d'autre que du mépris.

Le niveau intellectuel de certains de nos critiques et de leurs remarques encore plus puériles se doivent être signalées. Dans une lettre d'information de la *British Medical Association* (BMA), titrée « Dangerous Dispatches », un certain Hal Satterthwaite, infirmier au projet ROMA qui prend soin des malades du SIDA, écrivit :

L'émission doit être regardée quatre ou cinq fois avant que l'on puisse croire qu'elle est vraiment en train de dire ces choses-là. Ce n'est pas un processus qui est à recommander. Il y a eu au moins une personne prenant des notes lors de l'émission (c'est un peu comme prendre des notes de quelqu'un d'excessivement ivre- c'est assez difficile et très frustrant) qui a été vue écumant de rage.

Il y avait quelques lueurs d'approbation. Le professeur Roy Wilkie, de la Strathclyde University, a appelé après l'émission pour exprimer de l'intérêt et de l'approbation. Le professeur P.D. Wall, un biologiste du développement à l'Ecole de Médecine du Middlesex a écrit à *The Independant* pour dire :

Dans les cris 'd'irresponsabilité' dirigés contre Channel 4 et contre les participants de l'émission sur le SIDA je vois des réactions excessives ...Les deux (côtés) insistent que nous devrions tous éviter « comme la peste » toute action qui introduirait dans le système sanguin une protéine étrangère sale (en anglais « mucky » qui signifie également « pornographique » - NdT). Il y a une véritable différence d'opinion entre des scientifiques lorsqu'il s'agit de préciser la nature de la saleté dans la protéine. Une majorité qui sait beaucoup se faire entendre est convaincue que c'est précisément et uniquement le virus VIH. Un plus petit groupe pense que la maltraitance généralisée du

corps ouvre la voie à toute sorte d'infections opportunistes, dont le VIH.

Pam Francis de *Today* était curieuse et enthousiaste sur le sujet de l'émission, et Sheridan Morley écrivit de manière intelligente dans le *Times,* « Il ne pourra plus y avoir quelque chose d'aussi simple que la croyance 'VIH égal SIDA égal mort'. Il (le SIDA) est devenu un produit commercial tout comme un problème de santé et sa complexité a seulement commencé à être pleinement appréciée par la presse médicale qui a, jusqu'à récemment, été trop disposée à accepter les rapports officiels du gouvernement. Christopher Dunkley dans le *Financial Times* dit que notre émission a pris « l'orthodoxie par le cou, l'a secouée vigoureusement et est partie entendre ce que disent les penseurs calmes qui sont en dehors des lobbies de recherches multimillionnaires. Le résultat c'est d'ouvrir les yeux ».

Puis la grosse artillerie fut sortie. Une lettre publiée par l'*Independant* provenant du groupe parlementaire interpartis sur le SIDA, signée par Lord Kilmarnock et 18 autres parlementaires ont traité l'émission « irresponsable » et « source de grave préoccupation pour tous ceux qui œuvrent dans l'éducation de la santé et dans la prévention de la propagation du VIH ». « L'émission est apparue comme étant une tentative délibérée pour discréditer les efforts faits par ceux qui tentent d'éduquer le public sur les risques de l'infection par le VIH et n'aurait pas dû, selon nous, être retransmise telle quelle ».

Channel 4 continua à nous soutenir. David Lloyd a saisi l'essence de la position en répondant à l'*Independant* :

Depuis tout le temps ou l'hypothèse VIH a eu cours, une petite mais non insignifiante minorité de la science médicale avait une opinion dissidente. Ces personnes ne sont pas des excentriques, et encore moins sont-elles discréditées. En fait, dans les deux années depuis que Dispaches *a, la première, parlé du SIDA, leur nombre a grandi. Cela n'avait pas été dit au grand public. Dans les milliers d'heures de reportages radio et télévision sur, ou se fondant sur l'hypothèse VIH, il n'y a pas eu une seule mention de cette opinion dissidente. Contre cela,* Dispatches *a accordé deux émissions de 40 minutes. Un manque d'équilibre ? Lorsque ces émissions qui s'identifient avec l'opinion*

majoritaire sont faites pour accorder une voix à la minorité, alors Dispatches *serait coupable de déséquilibre en ne recherchant pas des réponses de la part de la majorité.*

Le professeur Walter Gilbert de Harvard avait conclu l'émission par ces mots : « la grande leçon de l'histoire c'est que la connaissance se développe au travers de la confrontation des idées. Si vous n'avez qu'un consensus, elle étouffe.

Nos disputes les plus âpres étaient à la fois avec et dans les pages des lecteurs des journaux *The Independant*, *l'Independant on Sunday* et le *Guardian*. Steve Connor, un journaliste scientifique était au beau milieu de la rédaction d'un livre sur le SIDA. Il était complètement immergé dans l'hypothèse virus/SIDA. Tout questionnement de cette hypothèse pouvait remettre en question la validité de son livre. Dans les deux années suivantes il se montrera acharné dans son animosité, sautant sur chaque occasion pour essayer de discréditer Duesberg et nos efforts pour ouvrir le débat. Connor décida de souligner les plaintes de deux scientifiques distingués, Max Perutz et Sir Aaron Klug, tous deux lauréats du Prix Nobel qui travaillaient au laboratoire de biologie moléculaire du MRC à Cambridge. Ils étaient, à ce moment-là, également profondément impliqués dans bon nombre de projets de recherche sur le VIH qui se déroulaient au laboratoire de Cambridge. Klug se demandait si la télévision était le bon forum pour discuter de sujet, pendant que Perutz fit son attaque dans le *Guardian* : « Il se peut que bon nombre de ceux qui l'ont regardé (l'émission) oublient les précautions et contractent la plus sinistre, la plus terrible des maladies qui afflige l'Humanité depuis la peste ».

Duesberg riposta en retour : « Malheureusement, la panique au sujet du VIH générée par de nombreuses émissions SIDA-virus non équilibrées qui ont 'échoué à donner une tribune à des scientifiques et des médecins qui auraient pu exposer ces faits…' a infecté même l'élite scientifique de Cambridge ». Perutz renvoya une nouvelle salve :

Je ne peux pas comprendre l'insensibilité et l'inconscience des personnes qui ont produit cette émission et qui en ont permis sa retransmission. Ont-ils déjà vu un malade du SIDA ?... Si j'étais un producteur et si je pensais qu'il se peut qu'il n'y ait même qu'une

toute petite chance que je me trompe en assurant aux gens que le SIDA n'est pas infectieux et que des personnes qui m'ont écouté ont contracté le SIDA, je me dirais qu'en montrant une telle émission je commettrais un crime terrible et j'y renoncerais. Ils ne l'ont pas fait.

Duesberg répondit :

Comme cela a été souligné dans l'émission nous sommes tous d'accord avec Perutz que les rapports protégés sont un moyen de protection valable contre les maladies vénériennes contagieuses telles que la syphilis et la gonorrhée. Néanmoins, il n'y a actuellement aucune preuve que de telles mesures empêcheront le SIDA, et il n'y a aucune preuve qu'un agent infectieux sexuellement transmissible soit capable de provoquer le SIDA. Même s'il n'y avait qu'une seule chance que le SIDA ne soit pas infectieux, ceci devrait être discuté sérieusement à la fois publiquement et au sein des scientifiques de la santé, parce que de nombreuses vies humaines sont en jeu et aucune n'a été sauvée jusqu'à présent par la coûteuse hypothèse virus/SIDA.

Là encore se trouve l'ambiguïté morale d'une orthodoxie qui ne permet pas à une hypothèse contradictoire d'être ouvertement discutée. La moralité, semble-t-il, peut être enrôlée pour soutenir une orthodoxie, mais où est la moralité en perpétuant une hypothèse qui pourrait tout simplement être fausse ? Cette hypothèse infectieuse dominante pourrait elle-même, en empêchant la vérité d'émerger, et par là bloquer des boulevards de recherche qui pourraient aider à résoudre le puzzle du SIDA, sembler ne pas avoir de valeur morale.

Le Duel avec *Nature* et les Postulats de Koch

Le duel le plus féroce depuis la retransmission du *Piège du SIDA* a été celui entre Duesberg et John Maddox (dorénavant Sir John) qui était alors rédacteur en chef de *Nature*. Maddox avait toujours refusé de publier un article de Duesberg. Néanmoins il avait bombardé son journal d'articles extrêmement critiques et souvent offensants sur la position sur le SIDA de Duesberg. Sir John Maddox était aussi têtu que Duesberg était tenace. Je le voyais comme un personnage de Toby

jug (les Toby jugs sont des pots, représentant d'une manière moqueuse de vraies personnes ou des caractères - NdT), avec Duesberg, le schnauzer allemand essayant de le mordre à la hanche et Maddox, tout le phlegme anglais, le frappant avec sa canne pour lui faire lâcher prise.

A la suite de la diffusion du *Piège du SIDA*, Maddox a publié un article de Robin Weiss et Harold Jaffe titré « Duesberg, le VIH et le SIDA ». Weiss et Jaffe avaient tous deux affirmé avoir isolé leurs propres souches de VIH. Le ton de l'article était dérisoire dès le début. Ils traitèrent Duesberg d'« absurde » et critiquèrent *Le Piège du SIDA* pour ne pas avoir cherché « à exposer les preuves du point de vue dominant, scientifique qu'il cherchait à démolir ». Leur attaque se concentra sur le fait que Duesberg maintenait que l'hypothèse virus/SIDA ne remplissait pas les postulats de Koch, un ensemble de principes mis au point par le scientifique Robert Koch pour identifier si les maladies sont infectieuses ou non.

Koch était un des pères fondateurs de la microbiologie, et c'est lui qui le premier a identifié la cause de la tuberculose. Ses postulats sont au cœur des arguments de Duesberg et se doivent d'être expliqués. Robert Koch était un éminent scientifique allemand qui, au siècle dernier (en 1882 il découvre le bacille de la tuberculose – Prix Nobel en 1905 - NdT), a posé les critères qui nous permettront d'identifier un agent infectieux.

Duesberg avait depuis longtemps maintenu que la biologie moléculaire et donc la rétrovirologie partait en vrille en un abîme de réductionnisme. Plus les scientifiques voyaient des choses dans leurs microscopes plus ils faisaient des erreurs parce qu'ils essayaient de lier ce qu'ils voyaient à des maladies spécifiques, les accusant d'être des agents infectieux. Koch était important, disait Duesberg, parce qu'il a posé les critères de l'infection qui devaient être réunis. Ces critères ne sont pas réunis pour le VIH. Les quatre postulats sont :

- *Le germe (l'agent infectieux) doit être trouvé dans les tissus affectés dans tous les cas de la maladie et en quantité suffisante pour provoquer un effet pathologique*. Chez 10 à 20% des malades du SIDA on n'a pas pu isoler le moindre VIH. Le VIH

ne peut pas être isolé à partir des cellules des lésions dans le sarcome de Kaposi, ni à partir des cellules nerveuses des malades atteints de démence du SIDA. Et trop peu de cellules infectées au VIH ne sont trouvées dans le corps pour produire des dégâts.

- *Le germe doit pouvoir être distingué des autres germes et isolé du corps de l'hôte*. Il y a si peu de VIH chez les malades du SIDA que le seul moyen d'identifier le virus est indirect, en prélevant une énorme quantité de cellules de ce malade et en réactivant le virus. Dans les cas de maladies classiques il y a assez de virus actif qui est présent pour être isolé directement à partir du sang ou d'un tissu affecté. De un million à un milliard d'unités du virus par millilitre de sang peuvent être trouvés au moment où la plupart des virus provoquent la maladie – par exemple dans l'infection active de l'hépatite ou de la pneumonie. Il n'en est pas ainsi avec le VIH. On le trouve habituellement à moins de cinq unités et jamais à plus de quelques milliers d'unités par millilitre de plasma sanguin. Duesberg affirme que de si faibles quantités sont insuffisantes pour provoquer la maladie. Un état pathologique ne peut se produire que lorsque la quantité de virus dans le corps est assez élevée pour submerger plus de cellules que celles que le corps peut rapidement régénérer.
- *Le germe doit provoquer la maladie lorsqu'il est injecté dans un corps en bonne santé*. Le VIH n'a jamais provoqué la maladie lorsqu'il a été injecté expérimentalement dans des chimpanzés, ou accidentellement injecté dans des personnels de services de santé.
- *Le même germe doit, à nouveau, pouvoir être isolé de l'hôte qui vient de mourir*. Ce postulat ne peut pas être testé tant que le troisième postulat, qui dit que le germe (le VIH) provoque la maladie dans un nouvel hôte, n'est pas confirmé.

L'importance de ces critères de différenciation entre un agent infectieux et un agent toxique devint claire pour moi lorsque Duesberg compara l'épidémie de choléra du milieu du 19ème siècle à Londres avec les empoisonnements à l'huile d'olive espagnole.

Les deux étaient des exemples de groupes de personnes décédant d'un agent pathogène inconnu. Le premier se révéla être infectieux, le second toxique.

C'était le Dr John Snow, un médecin de Hampstead qui, avec un savoir-faire à la Sherlock Holmes, a trouvé ce qui affectait ses malades vivant près de Hampstead Heath. Snow a été salué comme étant le premier épidémiologiste qui a produit une étude d'épidémiologie de la cause et de la propagation d'une maladie. La patiente de Snow était la seule habitante de Hampstead qui développait les terribles symptômes du choléra. Elle aimait l'eau de la pompe des Sept Cadrans (quartier bâti en 1690 avec une architecture faite pour payer le moins d'impôts possible – NdT) de Covent Garden et elle avait l'habitude d'envoyer là-bas chaque jour son cheval et sa charrette. Snow savait que les gens qui habitaient autour de la pompe des Sept Cadrans mourraient comme des mouches de fièvre, de vomissements et de diarrhée. Pour quelle raison était-elle la seule malade de Hampstead avec ces symptômes ? Il suivit son cheval et sa charrette vers la pompe et cassa le bras de la pompe – il n'y eut plus d'épidémie.

En Espagne, lorsque se produisit la tragédie de l'huile d'olive, des centaines de personnes devinrent paralysées et moururent. D'autres eurent à souffrir toute leur vie de lésions nerveuses. On a considéré que l'agent était des contaminants illégaux dans des lots d'huile d'olive, probablement combinés à certains pesticides utilisés dans la région.

Ces deux exemples montrent deux groupes de maladies. En appliquant les postulats de Koch vous seriez en mesure de dire immédiatement que la maladie de la pompe des Sept Cadrans était provoquée par un agent infectieux. Le germe, un organisme vivant, pouvait se reproduire lui-même dans le corps et en infecter également d'autres. Il aurait été trouvé dans les corps de toutes les victimes. Il aurait pu être isolé, et il aurait provoqué la même maladie si on l'avait injecté dans des hôtes en bonne santé. Le cas de l'huile d'olive espagnole est un exemple d'intoxication, ou

d'empoisonnement. L'agent chimique toxique ne pouvait pas se reproduire tout seul. Et pour cette raison il n'était pas infectieux.

Si nous remplaçons le germe du choléra par le VIH dans la première histoire nous trouverons que le VIH ne peut pas être l'agent infectieux qui provoque le SIDA parce qu'il ne rencontre aucun des postulats. Néanmoins, si nous comparons les groupes des victimes du désastre de l'huile espagnole avec les groupes des cas de SIDA de New York, San Francisco et d'autres grandes villes où abondent la consommation de drogues et la promiscuité sexuelle gay, alors l'hypothèse haut risque/ toxicité pour le SIDA devient complètement défendable.

Dans leur article de *Nature*, Weiss et Jaffe reconnaissaient que Duesberg avait raison sur deux des quatre postulats mais qu'il avait tort sur le premier. Leur argument sur le premier postulat était que bien que Duesberg maintenait que l'on trouvait du VIH actif que dans une sur 400 cellules T – trop peu pour provoquer la maladie, le VIH *pourrait* (c'est moi qui souligne) être trouvé dans d'autres cellules comme celles de la moëlle osseuse et celles des ganglions lymphatiques et que Duesberg ignorait les mécanismes indirects de la diminution des cellules T. Weiss et Jaffe ensuite dirent que les postulats étaient maintenant périmés et ne s'appliquaient pas aux virus. Le problème c'était que Weiss et Jaffe parlaient de réservoirs de cellules infectées hypothétiques et de « mécanismes indirects » qui étaient inconnus et non prouvés. Duesberg travaillait à partir de ce qui était connu et prouvé. Weiss et Jaffe poursuivirent, « Face aux irréfutables données épidémiologiques reliant d'une manière causale le VIH au SIDA, il n'est pas nécessaire de s'acharner sur des arguties moléculaires …. Nier le rôle du VIH dans le SIDA est mensonger ». Une telle foi aveugle dans les données épidémiologiques est risible. Pour citer à nouveau Duesberg, « L'association (le fait que le VIH est présent) ne prouve pas la cause ». L'article se poursuivait en traitant Duesberg de 'dangereux', de 'dévaloriser les rapports sexuels protégés' et de 'personne qui croit que la Terre est plate qui s'est enlisée dans la minutie moléculaire et des miasmes de théories de la maladie'.

Duesberg écrivit une réplique prudente de 1700 mots titrée « Weiss, Jaffe et la théorie du germe dans le SIDA » et la soumit à Maddox. « Je soumets à *Nature* la réplique ci-jointe espérant les mêmes espace et nombre de caractères en tant que 'Commentaires' à *Nature.* Elle a été écrite, comme l'a été la remise en cause de Weiss-Jaffe, dans le même esprit poppérien (Karl Popper, philosophe qui a tenté de clarifier tout ce qui peut caractériser une mise à l'épreuve scientifique, via la notion de réfutabilité – NdT) percutant, dans un esprit sportif scientifique afin d'éclairer et de défendre des affirmations que j'ai moi-même faites, mais également celles de Meditel, Gilbert et d'autres dans l'émission *Le Piège du SIDA* ». Maddox refusa catégoriquement de la publier.

Duesberg écrivit pour se plaindre en incluant une version révisée de son article qui disait, « J'ai été traité 'd'absurde', 'd'amplement réfuté', 'de périlleux', 'de déroutant'…. Je trouve très indélicat de votre part de me dire que je suis 'mesquin' envers les auteurs de l'article…. Avez-vous pris en considération le fait que cet article est préjudiciable à ma réputation professionnelle et donc diffamatoire s'il n'est pas au moins équilibré par une réfutation équivalente ? ». Maddox ne voulait toujours pas céder. Il a finalement limité Duesberg à une maigre lettre de 300 mots. Duesberg y écrivit :

En tant que virologue, je comprends leur (à Weiss et Jaffe) fascination pour les agents infectieux. Néanmoins, c'est romantique et non scientifique d'abandonner des lois prouvées comme les postulats de Koch sans en fournir de nouvelles et ce pour adapter le VIH comme étant la cause du SIDA. Des milliers de vies humaines ont été perdues dans le passé parce que des chercheurs du domaine médical, inspirés par les succès de la théorie des germes, ont mal diagnostiqué des déficiences de vitamines les prenant pour des maladies infectieuses, comme la pellagre aux Etats-Unis ou le scorbut en Angleterre et récemment au Japon pour une neuropathie provoquée par des médicaments.

Il y a eu d'autres collègues qui à ce moment-là ont fait pression sur Maddox en faveur de Duesberg. Beverly Griffin, Directrice et

professeure de virologie à la Faculté Royale de Médecine à l'Hôpital Hammersmith écrivit à Maddox pour se plaindre de la manière dont Duesberg avait été traité, mais il n'y eût pas de réaction. Par la suite elle a écrit un article au *Lancet* qui lui fut refusé. Dans cet article elle avait écrit :

En maintenant résolument sa position, Duesberg et son statut de scientifique ont été compromis, et dans Nature *il a été cloué au pilori par un article auquel on ne lui a permis qu'une réponse limitée. Cela ressemble à peine à du 'cricket' mais là n'est pas le problème. S'il se trompe complètement, il se peut qu'il mérite quelques-unes des critiques dont on l'accable, mais le fait est, nous ne savons pas vraiment si le VIH provoque le SIDA, tout comme nous n'avons pas sérieusement cherché à le savoir.*

Joseph Schwartz, un physicien formé à Berkeley et auteur du livre *Creative Moment*, écrivit également à Maddox en lui disant :

Après dix années de recherches de plus, il se peut que nous sachions tout ce qu'on peut savoir du VIH et on se retrouve toujours encore avec le SIDA. ... J'espère que Nature *donnera à Duesberg de l'espace pour présenter quelles expériences/études, d'après lui, pourraient d'une manière décisive régler la question. Les enjeux sont bien trop grands pour tolérer les exercices de relations publiques actuelles avec des insultes et le ridicule prenant la place d'un échange sérieux de points de vue.*

Sa lettre ne fut jamais publiée. Le blocage entre Maddox et Duesberg se poursuit à ce jour et a eu quelques rebondissements. Soudainement, en septembre 1991, Maddox écrivit un éditorial stupéfiant titré « La recherche sur le SIDA est bouleversée ». Il avait écrit, « Le professeur Peter Duesberg de l'Université de Californie à Berkeley, dort maintenant probablement mieux la nuit qu'il y a cinq ans lorsqu'il fut le premier à prendre fait et cause contre la doctrine que le SIDA est provoqué par le rétrovirus VIH ». Deux importants travaux de recherche avaient inspiré ces remarques. Le plus important était une étude de Vancouver qui montrait que des animaux, qui n'avaient jamais été exposés à aucun risque de VIH, lorsqu'on leur injectait du sang exempt de

VIH testaient positif pour le VIH. La signification de ceci sera éclaircie dans le dernier chapitre de ce livre lorsque nous discuterons de l'hypothèse que le VIH lui-même n'est pas une entité par elle-même mais est simplement identifiée par une série de protéines que l'on dit être spécifiques au VIH.

Lorsque le professeur Geoffrey Hoffman à Vancouver découvrit que ses souris de laboratoire, jamais exposées au VIH ou à aucun autre agent, développaient des anticorps au VIH après leur avoir injecté des lymphocytes exempts de VIH, il était perplexe. Comment était-ce possible ? Cette étude se révèlera être d'une importance clé pour expliquer que le VIH lui-même avait été, à ce stade de l'histoire du SIDA, identifié à tort comme étant un rétrovirus.

Nous avions été alertés au sujet du travail de Hoffman et je lui avais parlé au téléphone. Il disait qu'il ne pouvait pas vraiment expliquer ses découvertes mais, fait intéressant, il dit qu'il aimerait être capable de mener une étude plus approfondie. Il supposait que des femmes qui avaient eu plusieurs enfants du même homme, si on les exposait à du sperme étranger, réagiraient de la même manière que les souris, développant des 'anticorps' au VIH tout en restant en parfaite bonne santé.

La deuxième étude à laquelle se référait Maddox était conduite au Royaume Uni par E.J. Stott. Elle montrait que des singes qui n'avaient pas été vaccinés contre le SIV (Simian Immunodeficiency Virus – virus d'immunodéficience simien, qui est censé être analogue au VIH) avaient développé leur propre défense contre des tentatives de les infecter avec le virus. L'explication apportée par l'équipe de recherche était que « le SIDA est essentiellement une maladie auto-immune dans laquelle les cellules T ont perdu l'interdiction de leur anti-auto normale et au contraire se tuent les unes les autres ».

Maddox écrivit : « Duesberg a été mis au pilori pour ses points de vue hétérodoxes …et a fait face à la menace qu'il soit privé de ses financements de recherche. Maintenant il y a certaines preuves qui soutiennent son long combat contre l'establishment (dans lequel il

incluait, hélas, ce journal). Ceci était vraiment une tournure des événements bienvenue. Y avait-il une petite fissure dans l'édifice du SIDA ? Hélas non, un épisode plus récent révèle que Maddox, fâché par l'assertion de Duesberg que le SIDA est relié à l'usage des drogues intraveineuses et l'usage à long terme de drogues récréatives, décida de commander un article qui, une fois pour toutes, mettra fin à l'hérésie. Il demanda au professeur M.S. Ascher de l'écrire. (Un article distinct, dans le même esprit, par M.T. Schechter de Vancouver, paru la même semaine dans le *Lancet*).

L'article d'Ascher affirmait que dans une étude dont la plupart des sujets étaient des homosexuels masculins de San Francisco, l'incidence des maladies du SIDA sur une durée de huit ans était indépendante des drogues et que « lorsqu'ils étaient contrôlés pour leur statut sérologique au VIH, il n'y avait pas d'effet général de l'usage de drogue sur le SIDA ». Duesberg mis l'étude en pièces disant qu'elle était « sans valeur ». Il critiqua Ascher et ses collègues pour ne pas avoir tenu compte de la consommation d'AZT, mais sa critique la plus forte concernait le graphique de cette étude. Il contenait six courbes. Une des courbes était censée représenter les personnes positives au VIH qui ne se droguaient pas. L'examen minutieux de Duesberg montra qu'il n'y avait pas de personnes positives au VIH dans l'étude qui soit n'inhalaient pas de poppers (les nitrites) ou soit ne se droguaient pas avec des drogues illicites comme la cocaïne et les amphétamines. Cette courbe, dit-il, ne représente personne et donc est une invention.

Outrage. Un scientifique était en train d'accuser d'invention un autre scientifique. Maddox refusa absolument de publier la réponse de Duesberg et écrivit un très curieux article, cette fois-ci titré « Peut-on donner à Duesberg un droit de réponse ? », « Que peut-on penser d'un journal scientifique qui publie des attaques sur les opinions d'un scientifique mais qui ne publie jamais (ou presque) ses réponses ? » dit-il. « A première vue il y a une sérieuse brèche dans l'éthique journalistique… Comment peut-on justifier une telle intolérance ? ». Maddox accusa Duesberg de 'faire des demandes' et de poser des 'questions rhétoriques auxquelles on ne peut répondre'. Il poursuivit :

Duesberg a perdu le droit d'attendre des réponses à sa technique de rhétorique ... La vérité est que 'le droit de réponse' d'une personne peut entrer en conflit avec l'obligation qu'a un journal envers ses lecteurs en leur apportant une information authentique…. Duesberg ne sera pas le seul à protester que ceci n'est qu'une recette pour éliminer les remises en question des idées reçues. Ça pourrait être cela, mais Nature *n'en fera rien…. Lorsqu'il apporte pour publication un texte qui peut être authentifié, il sera publié si possible – notamment dans l'espoir et l'attente que sa prochaine livraison sera un aveu de récentes erreurs.*

Il se peut, peut-être, qu'il soit possible de comprendre un peu mieux la position de Maddox s'il avait reçu un article non sollicité de la part d'Ascher, mais le fait qu'il l'ait en réalité commandé par avance rend sa position subséquente vraiment déloyale. Il est presque comique de remarquer qu'il renvoie les lecteurs vers le rival le *Lancet*, où Duesberg a finalement réussi à obtenir la publication d'une réponse.

Donc le *Lancet* avait publié une réponse et l'accusation qu'Ascher avait fabriqué un « ensemble vide » de chiffres pour représenter les « séropositifs – non usagers de drogues » n'avait pas été retirée. Duesberg rajouta « Pour réfuter mon hypothèse, il faudrait que Schechter (qui avait écrit l'article du *Lancet*) et Ascher produisent une étude contrôlée sur une période de dix ans au moins montrant que les personnes positives au VIH qui prennent des drogues récréatives ou de la zidovudine ou les deux à la fois courent les mêmes risques que les positifs qui ne se droguent pas.

La Conférence du SIDA d'Edimbourg – Cloué au Pilori en Public

A chaque fois qu'une de nos équipes était invitée à parler en public au sujet de nos émissions nous nous présentions avec des arguments scientifiques soigneusement répétés et avec de grands espoirs que nous aurions une bonne écoute. Nous étions toujours

déçus. Mais nous ne nous sommes jamais attendus aux humiliations publiques qui eurent invariablement lieu, orchestrées par les présidents et présidentes même des associations qui nous avaient invités. Edimbourg a été l'une des pires.

En août 1990, le 44ème Festival International du Film d'Edimbourg décida d'organiser une journée « SIDA et Evénement Médiatique ». Nous avons été invités en dernière minute au moment où il est apparu clairement au directeur, David Robinson, que notre film *Le Piège du SIDA* allait être le centre des débats. Il ne lui a pas été possible de trouver quelqu'un pour défendre notre film alors pourquoi Michael Verney-Elliott et moi-même, les auteurs du film, n'irions-nous pas ? J'invitais Jad Adams à se joindre à nous et nous voilà partis. Nous pensions au moins que notre film serait projeté. Après tout c'était un festival du cinéma.

Nous allions vite découvrir que notre participation était loin d'être la bienvenue. Parmi les intervenants il y avait Duncan Campbell, la présentatrice de télévision Sheena MacDonald et le président des intervenants, Derek Ogg, également président de la Coordination du SIDA d'Ecosse. On ne nous a jamais donné la parole mais avons été critiqués avec acharnement. Après un ensemble de contributions avec de mauvaises informations des participants, Duncan Campbell monta sur scène. Il ne produisit aucun argument scientifique pour appuyer ses dires contre nous. Il nous a traités de « meurtriers » et moi de « tricheuse » pour avoir dupé le professeur Luc Montagnier et l'épidémiologiste Andrew Moss qui apparaissaient dans notre film (tous deux interviewés de leur plein gré et qui avaient été pleinement informés de l'approche de notre émission).

Jad Adams commença un discours préparé mais fut interrompu. Adams protesta en disant qu'il avait été invité et on devrait lui permettre de terminer. Derek Ogg dit que les mots ne pourraient pas décrire la manière dont il ressentait notre présence. Il dit qu'il ne nous avait pas invités, comme il n'aurait jamais voulu nous avoir parmi les intervenants. Voilà ce qu'il en fut de l'impartialité de la présidence.

Nous aurions dû retenir la leçon, mais avons accepté une autre invitation à nous exprimer à la conférence de Bristol organisée par l'Administration de la Santé d'Avon. Cette fois-ci ce furent les femmes qui s'en prirent à moi. Plusieurs jeunes femmes qui avaient été toxicomanes avaient été testées positives. Leur statut en avait fait des reines de leur localité. Elles étaient célèbres et recevaient une grande quantité d'aides financières des autorités locales de la santé. Elles auraient dû être désireuses d'entendre les bonnes nouvelles – que le VIH n'était pas nécessairement porteur d'une condamnation à mort. Mais non, complètement conditionnées - ou mieux, ayant subi un lavage de cerveau – elles préféraient les peines de mort qui soi-disant planaient au-dessus d'elles plutôt que de remettre en question les présomptions qui sous-tendaient leur 'traitement'. Formant un cercle menaçant autour de moi elles crachèrent leurs sarcasmes et venin.

Arrêt du financement du Dissident : Duesberg mis à l'écart

D'autres mauvaises nouvelles suivirent. Duesberg avait été le récipiendaire d'une des plus prestigieuses allocations de recherche aux Etats-Unis – une allocation de recherche exceptionnelle du NIH – d'un montant de 350 000 dollars par an durant sept ans. Le moment était venu pour lui de faire la demande d'un renouvellement. Sa demande, pour des recherches plus poussées dans les oncogènes rétroviraux, les proto-oncogènes cellulaires et des recherches séparées sur le SIDA, a été refusée. On lui dit qu'il avait passé trop de temps dans le débat sur le SIDA et qu'il n'avait pas assez produits d'articles originaux. Un panel de pairs, bien que parlant de Duesberg comme étant 'un des pionniers de la rétrovirologie moderne', jugea qu'il avait été 'distrait' et ne 'pouvait plus être considéré comme étant au premier plan de son champ … Les années les plus récentes ont été moins productives, reflétant peut-être un éparpillement de ses efforts dans des problèmes non scientifiques'.

Duesberg était révolté. Il répondit pour dire qu'il avait publié d'innombrables articles et lettres sur le débat du SIDA qui étaient vraiment originaux. Il était particulièrement inquiet au sujet du choix des réviseurs de son allocation de recherche, et avait découvert par le biais d'un coup de fil chanceux, que sur les trois réviseurs qu'il avait lui-même choisis parce qu'il les jugeait 'impartiaux', bien que figurant sur la liste des réviseurs, deux d'entre eux n'avaient pas présenté de révision et le troisième l'avait fait par téléphone, ce qui faisait un compte bien plus favorable que celui de la liste de la lettre de rejet du NIH. Dans une lettre au Dr John Cole du NIH (rappel NIH pour National Institute of Health – Institut National de la Santé – NdT) Duesberg écrivit :

En sélectionnant les réviseurs qui tiennent des points de vue et ont des intérêts commerciaux qui sont en conflit direct avec ma demande, les personnes du NIH qui ont sélectionné le panel pour ma demande pouvaient déterminer le cours de choses .... C'est ainsi que les choix, pour le renouvellement de ma demande, de Dani Bolognesi et de Flossie Wong-Staal – dont les carrières professionnelles bien connues ont été bâties surtout sur la recherche sur le SIDA – auront généré une méthode très prévisible '(ayant une incidence) sur le score de priorité qui sera donné à la (ma) demande d'allocation'

Ce fut peine perdue. On lui enleva les financements. Durant les deux années suivantes, Duesberg perdit son secrétariat et ses étudiants du troisième cycle. Ses supérieurs à la faculté décidèrent qu'il ne pouvait pas enseigner plus longtemps à des diplômés et donc on l'a affecté à des cours de travaux pratiques en laboratoire. Il était, en fait, émasculé sur le plan universitaire.

La Commission des Plaintes Contre les Organismes de Télédiffusion :

Les Groupements d'intérêts à l'attaque

Lady Anglesey était assise de l'autre côté de la table étroite avec son beau visage et ses cheveux parfaitement bien coiffés – une des 'grands de ce monde'. A sa droite et à sa gauche d'autres augustes membres de la Commission des Plaintes contre les Organismes de Télédiffusion (en anglais BCC pour Broadcasting Complaints Commission – NdT) – un panel qui comprenait un juriste et un ancien membre de la télédiffusion. Ils étaient là pour porter un jugement sur nous ; non pour discuter des points subtils de la science, attention, mais simplement pour juger si nous avions été ou non 'partiaux' dans notre traitement sur le SIDA. Comment pouvions nous être jugés loyalement, avons-nous protesté, si nous n'étions pas autorisés à avancer les arguments scientifiques dans notre propre défense ? Ils formaient la base même et la justification de notre émission. En plus, la science n'avait rien à voir avec l'impartialité. Il s'agissait de faits.

Tout a été un simulacre du début à la fin, et aujourd'hui les motifs pour lesquels certaines plaintes ont été retenues par la BCC ne sont plus autorisés. Pourtant, il n'y avait pas de quoi rire. Le procès dans son ensemble dura plus d'un an et occasionna des mois de travail pour nous, à lire et à rédiger des documents en compagnie de Don Christopher, l'infatigable juriste de Channel 4. La manière dont l'establishment manipula la BCC était totalement évidente. Il y avait deux auditions de plaintes. La première se tint le 14 mars 1991, était au nom de Wellcome, les fabricants de l'AZT. La seconde, 12 jours après, comprenait une plainte conjointe de trois organisations du SIDA, le Terrence Higgins Trust, Frontliners et Positively Women. Le Terrence Higgins Trust avait touché des subventions de la Fondation Wellcome, avait produit quatre livrets sur le SIDA dont un en collaboration avec Wellcome et, en tant qu'association caritative du SIDA, avait fait la promotion de l'usage de l'AZT. Le Trust se sentait presque dans l'obligation de s'inviter à se battre dans le combat de son mécène. La Fondation Wellcome nous accusa de faire preuve de partialité, de faire des déclarations préjudiciables au sujet de leur produit, l'AZT, d'exprimer un point de vue non orthodoxe et de ne pas présenter de manière précise le consensus actuel de l'opinion médicale.

De notre côté de la table, lors de l'audition, se trouvaient David Lloyd et Don Christopher de Channel 4, le journaliste John Lauritsen (qui était venu de New York pour l'audition), Michael Verney-Elliott et moi-même. Wellcome argumenta dès le début que l'AZT avait été approuvé suite à des essais scientifiques. Nous savions que nous avions des documents, obtenus par la procédure de Liberté et Information Américaine, qui montraient que ces essais (entièrement financés par Wellcome) s'étaient terminés prématurément, étaient profondément défectueux et qu'au moins dans un centre d'essais les données avaient été trafiquées par leurs propres représentants. Mais ce n'était pas ce que la BCC voulait entendre. Le panel ne voulait d'aucun de nos faits et d'aucun support scientifique.

Les représentants de Wellcome firent mauvaise impression. Il y eût un bon moment lorsque Lady Anglesey reprocha à Wellcome de ne pas être capable de fournir de données de suivi de mortalité des hommes qui avaient participé à ces essais, essais qui avaient abouti à l'octroi de la licence de l'AZT.

Nous avons défendu notre point de vue vigoureusement et sommes sortis en nous sentant très optimistes. Mais finalement la Commission jugea que nous avions 'traité le sujet du SIDA d'une manière partiale', et d'avoir été 'déloyaux envers Wellcome' sur trois des quatre chefs d'accusation avancés. David Lloyd dit plus tard « C'est comme gagner un match de football dix à zéro et apprendre par la suite que vous avez perdu ! ». La BCC dit qu'elle n'avait pas considéré qu'il était déloyal que l'émission donne la parole à un point de vue non orthodoxe. Néanmoins, elle se montra d'accord avec nos accusateurs sur les trois points suivants :

- *Qu'il y avait de la déloyauté dans l'insuffisance de l'émission à signaler la relative solidité de l'avis médical et scientifique à l'encontre des thèses du professeur Duesberg*. (Nous avions souligné dès le début de l'émission que nous allions remettre en question l'orthodoxie actuellement acceptée).

- *Que nous avions induit en erreur les téléspectateurs dans notre critique de l'AZT en disant que personne n'avait survécu plus que trois ans en étant sous AZT, sans préciser que l'AZT n'était généralement disponible au public que durant trois années.* (La BCC n'avait pas compris ici que nos critiques découlaient de l'usage de l'AZT chez des malades qui avaient participé aux essais longtemps avant que l'AZT ne soit mis sur le marché).
- *Que nous aurions dû nous servir de l'interview du professeur Ian Weller et inclure ses commentaires comme celui-ci « Je ne pense pas que le niveau de toxicité soit inacceptable ».* (Nos raisons de ne pas inclure l'interview de Weller ont été expliquées précédemment).

L'audition suivante, qui s'est tenue le 26 mars 1991, impliquait les trois associations du SIDA. Nick Partridge, directeur du Terrence Higgins Trust avait demandé à Duncan Campbell de représenter le Trust* (voir fin du chapitre – NdT). On nous a fait attendre une heure pendant laquelle une vidéo que Campbell avait montée était projetée au panel. Ceci n'avait jamais été fait avant, et donc la BCC ne savait pas quoi faire mais finalement accepta de la visionner le matin même de l'audition. Campbell avait interviewé quelques-unes des personnes qui apparaissaient dans notre film et apporta un flot de plaintes fortement modifiées. Mais pour Montagnier, qui ne s'était jamais plaint, Campbell s'était clairement servi d'un clip de notre film et y avait ajouté son propre commentaire disant que Montagnier avait été traité d'une manière partiale et qu'il avait été mal interprété. L'impression d'ensemble qu'on en retirait c'est que Montagnier lui-même s'était plaint. Lorsqu'ensuite je fis remarquer cela à Lady Angelsey, elle en voulu à Campbell.

Nous avons tous été conduits à la salle de conférence pour visionner la vidéo, et la session fut ouverte. Le Terrence Higgins Trust nous accusa de « saper directement et de diminuer l'efficacité des efforts fait par lui-même et par d'autres afin de limiter la propagation de l'infection

du VIH et de soulager la souffrance ». Il nous accusa également de provoquer du mal et de la souffrance parce que les 'fausses affirmations' présentes dans l'émission avaient entraîné les gens à refuser de prendre l'AZT. Ils dirent que les réalisateurs de l'émission étaient 'imprudents en ce qui concerne la probabilité que des décès inutiles seraient la conséquence probable de leur émission', d'avoir délibérément mis des affirmations qui étaient fausses et d'avoir présenté les interviewés d'une manière déloyale.

Le résultat de cette mascarade d'audition profondément insatisfaisante, dominée par Nick Partridge et Ducan Campbell, ce fut qu'un mois plus tard nous fûmes déclarés coupables sur trois des quatre chefs d'accusation en ce qui concerne les interviewés : d'avoir déformés les points de vue de Montagnier, de Moss et de Friedman Kien, mais pas ceux d'Anna de l'association Positively Woman. Le jugement concluait que « *Le Piège du SIDA* » avait vraisemblablement induit en erreur de nombreux téléspectateurs au sujet du consensus actuel sur l'avis médical et scientifique sur le SIDA et les a désorientés au sujet du risque d'infection par le VIH lors de rapports non protégés ». La BCC trouva que ceci était 'déloyal'.

Il y avait des instants de noblesse dans tout cela. Le soutien que nous a témoigné Channel 4 a été indéfectible. Don Christopher, le juriste de Channel 4, dit que le verdict de la BCC était « l'un des jugements les plus honteux que la BCC avait jamais faits ». Et la Commission de Télévision Indépendante (qui s'appelait précédemment la IBA) dit que l'émission avait été clairement étiquetée comme étant d'un côté de l'argumentaire et que le « pouvoir discrétionnaire accordé dans le montage des interviews des participants avait été exercé d'une manière loyale ». Ils déclarèrent que : « Si les points de vue avancés dans *Le Piège du SIDA* avaient été faux, la réponse appropriée était de les réfuter avec de meilleurs arguments et de meilleures preuves. De les supprimer, comme semblait vouloir le faire le Terrence Higgins Trust, aurait été non scientifique et intolérant ».

* En janvier 1992 la Commission chargées des Œuvres Caritatives a lancé une enquête officielle sur les transactions financières du Terrence Higgins

Trust. Il y avait eu quatre responsables des services d'achats en quatre ans. Les accusations de fraude et de corruption tournaient autour de Nick Partridge, directeur général par intérim, avec un salaire de 31 500 Livres par année. Partridge avait annoncé lors d'une réunion du personnel extraordinaire qui s'est tenue le 28 octobre 1991 au siège du Trust situé à Gray's Inn Road qu'il fallait, en raison de 'difficultés financières', licencier 11 membres du personnel. La politique financière de l'association fut alors mise en cause, en particulier le paiement d'un montant de 115 000 Livres à un collecteur de fonds extérieur, Andrew MacDonald. Après 17 mois, très peu ou rien n'avait été récolté. Il apparut également que les fonds de pension du personnel d'un montant de 78 000 Livres avaient été utilisés pour couvrir les coûts salariaux du personnel. L'ancien directeur général, John Fitzpatrick dit que le Trust « est devenu une bonne planque pour les carriéristes du SIDA » (News, N° 3, janvier 1992)

Chapitre 8

L'AZT : Source d'Inquiétude

L'AZT : le SIDA par Prescription

La vérité fondamentale au sujet de l'establishment de la recherche est que la communauté scientifique pense qu'elle ne devrait pas avoir à répondre à nous autres. C'est pourquoi l'idée même qu'une personne non scientifique viendrait et poserait des questions sur la recherche faite, sur la précision des données et sur la vérité de leur interprétation, a provoqué une énorme controverse au sein même de l'establishment. Elinor Burkett, journaliste.

Il rentrait lentement dans le bureau de HEAL (qui signifie « Guérir » en anglais – NdT), un groupe d'aide (aux malades du SIDA – NdT) dissident, dans le Lower East Side de Manhattan. Il avait un bandeau noir sur un œil et une casquette brodée d'or sur la tête. Sa peau noire se reflétait dans le vert-paon de sa tunique africaine flottante qui cachait son corps d'une terrible maigreur. Alan Roundtree avait le SIDA. Nous étions en 1991 et au milieu du tournage de notre troisième émission sur le SIDA pour Channel 4 *Dispatches*, *L'AZT : Source d'Inquiétude*. On avait prescrit de l'AZT à Alan, le seul médicament supposé anti-SIDA que l'on trouvait alors sur le marché. Il s'était senti si malade qu'il avait été obligé d'arrêter de le prendre. Durant les dix années

d'interviews sur le SIDA, les mots de ce jeune homme, plus que ceux de tout autre, sont restés enracinés dans ma mémoire :

D'abord j'ai pris du poids et je me suis dit, « Mec, ce produit doit marcher ». Et au bout d'une autre quinzaine il a commencé à marcher. Les maux de tête commencèrent. Les vertiges, les nausées. J'avais les ongles tellement noirs qu'ils avaient l'air vernis. L'estomac dérangé. Rien n'avait bon goût. Vous ne pouviez pas écouter les gens parce que vous ne vouliez pas les entendre parce que vous aviez si mal. Ça m'a laissé impotent. Ça a détruit ma raison de vivre.

L'AZT était le seul médicament existant indiqué pour le SIDA. Il était également donné à des personnes positives au VIH qui n'avaient pas de symptômes du SIDA. Néanmoins, et malgré les affirmations des fabricants qui disaient que l'AZT prolongeait la vie et retardait l'apparition du SIDA, les médecins qui travaillaient réellement avec des patients pouvaient les voir de leurs propres yeux de plus en plus malades puis mourir.

Pour quelle raison ? C'est assez simple, l'AZT est un terminateur de chaîne ADN. Cela signifie qu'il détruit le mécanisme par lequel de nouvelles cellules sont fabriquées dans le corps. Il arrête la croissance de l'ADN qui provoque la mort rapide ou lente du système immunitaire parce que toutes les cellules en croissance seront tuées par l'incorporation de l'AZT. Son action est similaire à celle de la chimiothérapie du cancer, par laquelle les mauvaises cellules sont tuées avec l'espoir de garder assez de bonnes cellules en survie. Dans la chimiothérapie du cancer, le traitement est donné durant une durée limitée. L'AZT est prescrit indéfiniment – jusqu'à la mort.

Une autre preuve à l'appui de l'irréversible dégât provoqué par l'AZT a été publiée par le *Lancet* en 1988. Les docteurs Christine Costello et Naheed Mir ont rapporté de graves dégâts sur la moelle osseuse de leurs patients sous AZT, avec 36% d'entre eux nécessitant des transfusions sanguines. Les auteurs écrivent, « il est préoccupant de constater que les changements de la moelle osseuse chez les patients sous zidovudine (l'AZT) ne semblent pas facilement réversibles lorsque le médicament est arrêté …. Ces découvertes ont des

implications en ce qui concerne l'usage de la zidovudine chez les personnes positives au VIH mais n'ayant pas de symptôme.

En dehors d'inhiber la synthèse de l'ADN et de tuer des cellules saines, l'AZT (d'après la propre documentation officielle de Wellcome) a d'autres effets graves sur le corps. Il provoque de sévères effets sur les intestins, accompagnés de vomissements. Il produit des maux de tête insupportables, une atrophie musculaire, détruit la moelle osseuse et provoque de sévères anémies nécessitant souvent des transfusions sanguines. Des centaines de milliers de jeunes gens avec les symptômes du SIDA avalaient jusqu'à 1500 milligrammes par jour de ces capsules blanches et bleues, et continuaient à se sentir désespérément malades.

L'AZT avait d'abord été développé comme médicament de chimiothérapie du cancer en 1964 (afin de tuer les cellules indésirables). Néanmoins, il a été considéré comme étant un médicament du cancer trop toxique et a été abandonné. Quelques 20 ans plus tard Wellcome a demandé à faire modifier l'AZT pour en faire un médicament antirétroviral. L'argumentation était que l'AZT pouvait cibler les cellules infectées par le VIH et s'y installer lorsque l'activité de transcriptase inverse a lieu. Ceci se passe lorsque, d'après l'orthodoxie, l'enzyme appelée transcriptase inverse dont un rétrovirus comme le VIH a besoin pour se lier lui-même dans sa cellule hôte, entre en action. Cette action, appelée transcription inverse, convertit l'ARN du rétrovirus dans l'ADN de la cellule hôte – son empreinte génétique.

Deux essais avec des malades, appelés phase I et phase II (qui seront décrits plus loin), ont été conduits avant que l'AZT ne soit homologué pour le traitement du SIDA. Les journalistes américains étaient bien plus avancés que ceux du Royaume Uni au sujet de la toxicité de l'AZT et des doutes entourant son usage. Dès 1988 John Lauritsen avait commencé à écrire son ensemble d'articles critiques sur l'AZT, tout comme l'avait fait Celia Farber. Le Dr Joe Sonnabend avait publiquement affirmé que l'AZT était « incompatible avec la vie ». Michael Ellner et Frank Buianouckas de HEAL à New York, avaient enregistré de vives protestations à propos de la toxicité du médicament

et bien sûr Duesberg avait déjà alerté le monde scientifique de ses graves préoccupations dans son deuxième article au PNAS (Proceedings of the National Academy of Science – Procédure de l'Académie Nationale des Sciences, organisme américain qui publie une revue hebdomadaire, essentiellement sur la biologie – NdT) et dans « Le rôle des drogues dans l'origine du SIDA ».

En 1988, Perri Peltz fit une série de reportages critiques de l'AZT sur NBC. Tout ceci se passait aux Etats-Unis. Au Royaume Uni très peu de choses avaient été dites, alors que Wellcome, qui fabriquait le médicament était une compagnie britannique. Deux articles importants de Brian Deer, critiques sur le médicament et sur la manière dont les essais de l'AZT avaient été menés, avaient été publiés très tôt dans le *Sunday Times*. Duncan Campbell avait également publié dans le *New Statesman* un article titré « L'arnaque du SIDA » au sujet du prix et de la commercialisation de l'AZT, où il critiquait la surveillance par Wellcome des effets secondaires tels que les maladies musculaires.

Dès que nous avons reçu le feu vert de David Lloyd à Channel 4 de commencer le travail sur *L'AZT : Source d'Inquiétude*, nous avons plongé dans le débat. C'était en octobre 1991. Dans notre phase de recherche Lauritsen nous avait envoyé deux ensembles de documents de la Food and Drug Administration (FDA – aux Etats-Unis organisme chargé de la surveillance de l'alimentation et des médicaments et qui délivre les autorisations de mises sur marché – NdT) qu'il avait obtenus par la procédure de liberté de l'information des Etats-Unis. Un des ensembles avait été demandé par un groupe de pression du SIDA de San Francisco appelé Project Inform et l'autre par John Lauritsen lui-même. Il y avait vraiment des preuves solides des graves irrégularités qui avaient eu lieu durant les essais financés par Wellcome qui ont abouti à l'homologation de l'AZT.

A la suite d'un très petit essai initial appelé phase I, les essais de phase II de l'AZT ont été mis sur les rails. Un nombre total de 282 malades du SIDA fut recruté, environ la moitié mis sous AZT et les autres sous placébo (un comprimé fictif). C'étaient ces essais qui ont finalement abouti à l'homologation de l'AZT comme médicament du SIDA. Ils ont eu lieu dans 12 centres d'étude à travers les Etats-Unis et c'est sur

la base de leurs découvertes que reposent toutes les justifications de l'usage de l'AZT. Les études comportaient de sérieux défauts. Des irrégularités ont été trouvées dans tous les centres, et dans l'un, à Boston, où la FDA a enquêté, « L'inspectrice de la FDA a trouvé de multiples écarts à la procédure de protocole standard et elle a demandé que les données de ce centre soient exclues des analyses de l'essai dans les centres multiples. Néanmoins, ces préoccupations ont été mises de côté lors d'une série de réunions de la FDA où l'on se mit d'accord de prendre toutes les données, les bonnes et les mauvaises, « Parce que les analyses de mortalité étaient tellement en faveur du médicament, qu'une petite erreur qui aurait pu être introduite par des 'violations de protocole' mineures qui se produisaient n'avait que peu de chances d'influencer le résultat ».

C'étaient les chiffres de la mortalités rapportés dans la phase II des essais qui mirent prématurément fin à l'essai en 1986. Les chiffres étaient supposés montrer qu'il y avait 19 décès dans le groupe sous placébo (non AZT) alors qu'il n'y avait qu'un seul décès dans le groupe sous médicament. Nous analyserons ces chiffres plus loin. Après le centre d'essais de Boston, sous la surveillance du Dr Robert Shooley et de Ron Beitman contrôleur de Wellcome, le rapport de 76 pages de l'enquêtrice de la FDA, Barbara Spitzig, révèle une étonnante liste de manquements au protocole. L'étude n'était pas correctement menée en double aveugle ; c'est-à-dire qu'en envoyant leurs tablettes pour être testées par des laboratoires indépendants, les malades savaient qui était sous médicament et qui était sous placébo. Chris Babick de la Coalition des Malades du SIDA nous a confirmé cela quand il expliquait comment son association avait orienté des personnes des essais de phase II vers trois laboratoires de New York pour que leurs tablettes soient analysées. S'ils découvraient qu'ils étaient sous placébo, ils s'arrangeraient pour acheter de l'AZT. S'ils étaient sous AZT ils partageraient leurs médicaments avec ceux qui étaient sous placébo. D'autres manquements au protocole comprenaient des modifications des formulaires initiaux des malades. Ils avaient été modifiés et les symptômes rayés ou changés d'une quelconque façon, généralement sans les initiales de l'enquêteur principal. Le rapport de la FDA comporte des phrases telles que « le

commanditaire (Beitman de Wellcome) a été d'une partialité abusive à l'encontre du groupe sous placébo », et « le commanditaire fait en sorte que l'analyse semble plus favorable à l'AZT ». Le rapport dit « Des expériences défavorables ont quelques fois été rayées des mois après avoir été enregistrées, bien que 'l'agent (l'AZT) vraisemblablement lié au test' avait été coché par l'enquêteur ou son représentant ».

Les superviseurs de l'essai ont omis de déclarer les réactions indésirables chez de nombreux malades sous AZT. Par exemple, le patient 1055 souffrait d'épuisement, de nausées, de perte d'appétit et a été admis à l'hôpital avec une fièvre de 40,5°C. Son formulaire disait qu'il n'avait pas eu de réactions indésirables. Il n'était pas possible de vérifier la manière dont les flacons de pilules avaient été étiquetées parce que Beitman avait pris tous les flacons, les vides et les pleins, la semaine avant l'arrivée des enquêteurs, et les avait tous détruits. Les superviseurs de l'étude étaient payés en fonction de la durée pendant laquelle leur patient était dans l'étude. Le rapport du centre de Boston contenait des mensonges sur la durée pendant laquelle de nombreux malades étaient restés dans l'étude.

Ce qui a vraiment fait l'effet d'une bombe c'était l'histoire du patient 1009. Lorsque Lauritsen reçut l'ensemble des documents qu'il avait demandé à la FDA par la procédure de la liberté d'information il y avait des tâches noires un peu partout, là où les documents avaient été censurés. Néanmoins, le censeur avait oublié de dissimuler le fait que le patient 1009 avait été sous AZT avant d'entrer dans l'essai, qu'il était très malade et avait eu des transfusions sanguines, mais il a été mis dans le groupe placébo. Plus tard lorsqu'il décéda, son décès fut compté parmi ceux du groupe placébo.

En se référant aux chiffres de la mortalité (19 dans le groupe placébo et 1 dans le groupe sous médicament) qui a entraîné l'arrêt prématuré de l'essai et l'éventuelle homologation de l'AZT, le cas du patient 1009 montre que les chiffres devaient être changés en 18 sous placébo et 2 sous médicament. Et ceci n'était une enquête que dans un centre d'essais sur 12. La foi inébranlable que j'avais jusque-là dans le type d'essais qui étaient considérés comme la référence absolue en science

– les essais contrôlés en double aveugle* – s'est évanouie le jour où j'ai lu le témoignage de Lauritsen.

*Ceci signifie que l'on étudie deux groupes, l'un prenant le vrai médicament et l'autre prenant un comprimé placébo. Dans le but de rendre l'essai 'aveugle' ni les malades, ni les médecins ne savent qui prend le médicament ou qui prend le placébo. Ceci devrait permettre une évaluation claire des bénéfices du médicament et de ses risques.

La phase II des essais de l'AZT : les chiffres de mortalité manipulés

C'est l'évidence indiscutable de l'efficacité de l'AZT telle qu'elle est indiquée dans les chiffres de mortalité qui est toujours avancée comme étant la raison pour laquelle l'AZT 'marche'. Mais 30 personnes du groupe sous AZT avaient été si gravement touchées par le médicament qu'il avait fallu leur faire des transfusions sanguines pour les garder vivantes jusqu'à ce que l'étude soit terminée. Ces 30 personnes seraient décédées de toute façon d'anémie parce qu'elles ne produisaient pas assez de globules rouges par elles-mêmes et il leur fallait, pour rester en vie, être transfusées pour avoir les globules rouges de donneurs autres. Dans le groupe placébo il y avait cinq cas d'anémie. Cela aurait pu être dû à l'AZT parce que l'essai n'était plus en double aveugle, les participants à l'essai avaient leurs comprimés analysés indépendamment de l'essai et les patients sous AZT avaient sciemment partagé leurs comprimés avec ceux qui avaient découvert qu'ils étaient sous placébo, rendant par là-même l'essai non valable.

Duesberg montra que si on incluait les 'seraient' décédés dans le groupe sous AZT (en d'autres termes les personnes qui souffraient de graves effets de l'AZT qu'elles seraient décédées si on ne les avait pas gardées en vie à l'aide de transfusions sanguines), un bien plus grand nombre de décès aurait été présenté dans le groupe sous AZT. Au lieu d'un seul il y en aurait eu 31 (1 plus les 30 qui nécessitaient des transfusions). Dans le groupe sous placébo, les chiffres auraient

également été différents. Au lieu de 19 il y en aurait eu 24 (les 19 du départ et les 5 qui vraisemblablement ont développé une anémie induite par l'AZT suite au partage du médicament. Il compara statistiquement ces chiffres. A la place d'un décès dans le groupe sous AZT et 19 dans le groupe sous placébo les chiffres étaient maintenant 31 et 24. « Maintenant » dit-il, « il n'y a plus de place pour la célébration ». Il est important de savoir que dans les semaines qui ont suivi l'arrêt de l'essai, 10% des malades sous AZT sont décédés en plus des autres. Lauritsen écrit :

Je regrette de n'avoir pas caractérisé les essais AZT comme étant frauduleux. Je le fais maintenant. Frauduleux n'est en aucun cas un mot trop fort à utiliser dans la description d'une étude qui s'est arrêtée prématurément pour des raisons spécieuses, dans lesquelles de fausses données ont été délibérément retenues, dans lesquelles la triche était tolérée et dans lesquelles des irrégularités et des violations de protocole ont été délibérément ignorées. Il est frauduleux d'écrire, comme l'ont fait les enquêteurs principaux Margaret Fischl et Douglas Richman dans leurs rapports du New England Journal of Medicine*, de décrire une étude ouverte, comme l'étaient assurément les essais de l'AZT, comme étant une étude en 'double aveugle'. Soit Fischl et Richman ignoraient que l'étude était devenue irrémédiablement ouverte, dans quel cas ils sont coupables d'incompétence, ou bien ils savaient et ont étouffé l'affaire, dans quel cas ils sont coupables de fraude.*

Si quelqu'un entreprend de faire du vin, et au lieu de cela finit avec du vinaigre, comment devrait-il appeler le produit final ? Vin ou vinaigre ? Manifestement du vinaigre, parce que c'est ce que c'est. Néanmoins, Fischl et Richman, et leurs complices à la FDA, à L'Institut National de la Santé (NHI) et chez Burroughs-Wellcome, persistent à appeler étude 'en double aveugle, contrôlée par placébo' les essais de l'AZT ouverts.

L'AZT et le Cancer

Parmi les documents demandés à la FDA sous la procédure de l'Acte de la Liberté d'Information se trouvait une révision réalisée par le Dr Harvey Chernov, soumise le 29 décembre 1986. Chernov examina de nombreuses études parmi lesquelles des expériences in vitro avec des rats, des souris, des lapins, des chiens beagle et des humains. Il nota que l'AZT était toxique pour la moelle osseuse, provoquait l'anémie et que l'AZT s'est révélée être faiblement mutagène dans le système lymphatique de la souris. En plus un dommage chromosomique fut observé. La preuve des 'essais de transformation de cellule' (invariablement effectués en se servant de cellules humaines), indiquaient que l'AZT était susceptible de provoquer le cancer. Dans son sommaire Chernov avait écrit « ce comportement est caractéristique des cellules tumorales et suggère que l'AZT peut être un agent cancérogène potentiel ».

Chernov était véritablement préoccupé que dans sa précipitation à homologuer l'AZT, la FDA se basait sur de mauvaises informations. « Les règles fixées par la FDA auraient prescrit des tests cliniques plus étendus que ceux rapportés jusqu'à présent. Néanmoins, l'urgence à développer un médicament anti-SIDA avait été si grande que le test clinique a précédé l'habituel/usuel test pré-clinique ». Chernov recommandait que l'AZT ne devrait pas être approuvé pour la mise sur le marché : « En conclusion, le profil toxicologique pré-clinique complet est loin d'être complet avec des données sur 6 mois disponibles mais pas encore présentées, des études de durée d'un an qui devraient débuter sous peu, etc. *Les données disponibles sont insuffisantes pour bénéficier de l'approbation de la FDA* (je souligne) ».

Dans son article dans *New York Native* 'AZT et Cancer' John Lauritsen écrit « Samuel Broder de l'Institut National du Cancer (NCI) est la personne qui, plus que quiconque, est responsable pour le développement et la promotion de l'AZT. Même Broder admet maintenant que son médicament peut provoquer le cancer. Il est le co-auteur d'un article récent publié dans le *New England Journal of Medicine* (NEJM) dans lequel il est indiqué : 'en considérant une intervention précoce avec la zidovudine (l'AZT) c'est très préoccupant

de savoir que le médicament peut être cancérogène ou mutagène ; ses effets à long terme ne sont pas connus'.

Une autre préoccupation au sujet de l'AZT survint lorsque l'on remarqua chez les patients traités pendant une durée de trois ans une incidence accrue du lymphome non Hodgkinien, un cancer virulent des lymphocytes B produits dans les ganglions lymphatiques du corps. Une étude du Dr Robert Yarchoan et al. affirme que la profonde immunodépression peut entraîner des lymphomes, ils concluent, néanmoins, en disant qu'un « rôle direct de la thérapie elle-même ne peut être totalement écarté. Comme les traitements améliorés de l'infection au VIH et de ses complications entraînent une survie prolongée, il se peut que le lymphome non Hodgkinien devienne un problème important croissant ». Telle était la situation lorsque notre équipe entreprit de découvrir ce que les malades et les médecins qui étaient en première ligne du SIDA pensaient de tous ces problèmes.

L'AZT : Source d'inquiétude : Structurer l'Histoire

Arriver à l'aéroport de Heathrow et voir toutes ces caisses argentées et brillantes pleines de caméras, d'équipements de son et d'éclairage est toujours une grande joie. Toutes ces semaines de recherches, d'ajustements budgétaires et de planification d'itinéraires étant passées, je pouvais voir les 'moyens de productions' techniques devant mes propres yeux. Ian Owles, notre caméraman, et Chris Renty chargé du son, étaient penchés revérifiant leurs étiquettes de vol, mettant du ruban adhésif sur les verrous et les coins pour éviter les bosses et les éraflures. Toute notre équipe était enfin rassemblée.

J'avais décidé de construire le film autour des quatre affirmations majeures au sujet de l'AZT faites par Wellcome dans sa propre littérature et que nous savions être fausses. En citant des affirmations faites par Wellcome même, nous serions sur des bases juridiques solides. Une brochure de présentation publiée par Wellcome en direction des médecins et du grand public affirme :

- Il n'y a pas de toxicités mortelles associées à la zidovudine (AZT)
- Aucune des personnes qui se sont portées volontaires ou des thérapeutes impliqués (dans les divers tests sur l'AZT) ne savait qui avait reçu le placébo et qui avait reçu le principe actif.
- La zidovudine améliore à la fois la qualité et la durée d'espérance de vie.
- La brochure affirme également que la zidovudine est un médicament antiviral et donne l'impression que l'AZT peut cibler le virus VIH sans endommager les cellules non infectées.

Le film avait l'intention de contester toutes ces déclarations et montrer qu'elles étaient fausses. Ceci signifiait que, si poursuivi avec succès, Wellcome serait coupable d'une infraction pénale, à savoir celle de faire de fausses affirmations au sujet de son médicament.

A San Francisco, Duesberg donna le meilleur de lui-même. Non seulement il affirma que l'AZT ne pouvait pas marcher parce qu'il ne pouvait pas être sélectif et tuer le VIH sans tuer la cellule entière infectée par le VIH et d'autres bonnes cellules avec, mais également qu'il n'avait jamais été démontré que le VIH présentait chez l'être humain une cible véritable pour l'AZT. Pour comprendre ces affirmations nous devons nous rappeler comment l'orthodoxie actuelle décrit la manière d'agir d'un rétrovirus comme le VIH.

L'orthodoxie actuelle maintient que les rétrovirus tel que le VIH sont faits d'ARN (acide ribonucléique). Lorsqu'ils rentrent dans une nouvelle cellule ils ont besoin de l'ADN de leur cellule hôte afin de pouvoir survivre. Ils peuvent être décrits comme étant des capteurs dépendant de la cellule. Pour s'unir à l'ADN de leur cellule hôte ils doivent passer par un processus chimique qui utilise une enzyme appelée transcriptase inverse. Le VIH peut alors unir son ARN à l'ADN – le cœur génétique – de la cellule qu'il envahit, s'installe tranquillement là et reste dormant sans détruire son hôte. Il devient un passager inoffensif. Wellcome affirme que l'AZT peut cibler le VIH lorsque le processus de transcriptase inverse a lieu – en d'autres termes

avant que le VIH se soit uni à l'ADN de sa cellule hôte. Mais Duesberg fait remarquer, comme nous le verrons, que parce que le VIH est dormant la plupart du temps, il n'y a pratiquement pas d'autre infection où le VIH est impliqué, ce qui signifie qu'il n'y a pratiquement pas d'activité de transcriptase inverse qui se poursuive. Donc il n'y a pas de cible pour l'AZT.

Les raisons pour lesquelles l'AZT ne marche pas

Le processus de régénération cellulaire fondamental pour la vie dépend de l'ADN, qui est fait de quatre éléments constitutifs qui s'emboîtent les uns dans les autres. Un d'entre eux est la thymine. L'AZT est une copie ou un analogue de la thymine qui, lorsqu'il se combine à la chaîne de l'ADN viral, l'arrête parce que rien d'autre ne peut s'y attacher ensuite. C'est comme si le wagon d'un train avait perdu son attelage (le wagon suivant ne peut s'y attacher et donc disparaît) – c'est pour cela que Duesberg décrit l'AZT comme étant un terminateur de chaîne.

Wellcome affirme que l'AZT peut cibler le VIH et retarder l'apparition des symptômes chez les personnes qui sont positives au VIH en inhibant le VIH lorsque l'activité de transcriptase inverse a lieu (immédiatement après que le virus soit rentré dans la cellule). Duesberg maintient que l'AZT ne peut pas être sélectif et ne peut pas empêcher le virus d'infecter cette cellule sans la tuer et sans tuer également des cellules non infectées :

Lorsque l'on donne de l'AZT aux gens, en bonne santé ou malades, il n'y a jamais plus d'une cellule sur 500 qui est infectée par le VIH. Ce qui veut dire que dans le but de tuer une cellule infectée, il faut tuer 500 cellules normales, des bonnes cellules dont les personnes, surtout celles qui ont le SIDA, ont désespérément besoin pour survivre et dont les personnes en bonne santé ont également besoin. C'est comme si vous essayiez de tuer un terroriste qui se trouve dans une ville de 200 000 personnes comme Berkeley en empoisonnant l'eau du réseau. Il se peut que vous vous débarrassiez du terroriste mais vous allez vous débarrasser de la plupart des autres personnes également.

Mais est-ce que l'AZT a-t-il en fait une cible ? Duesberg maintient qu'une fois une personne a développé des anticorps au VIH, le virus devient inactif. Il reste dormant dans sa cellule hôte, n'en sortant pas pour infecter d'autres cellules, et ne déclenchant pas l'activité de transcriptase inverse que cela nécessiterait pour faire cela. Donc, principalement, il n'y a pas de cible pour l'AZT parce qu'il n'y a pas de transcriptase inverse qui se produit. « Il n'y a pas de preuve à cela. Ce n'est pas détectable et le nombre de cellules infectées reste le même, il reste très bas, et reste constant, ce qui est la preuve directe qu'une nouvelle infection n'a pas lieu. La nouvelle infection dépend de la transcriptase inverse ».

L'Hôpital Général de San Francisco est peut-être le plus célèbre hôpital du SIDA dans le Monde et c'est le port d'attache d'un des plus fervents partisans de l'AZT, le Dr Paul Volberding. Il avait co-écrit, avec Margaret Fischl de l'Université de Miami (que nous allions rencontrer plus tard lors du tournage), le rapport des essais controversés de la phase II et était également impliqué dans des essais ultérieurs qui ont mené à l'homologation de l'AZT chez les personnes ne présentant pas de symptômes du SIDA.

Grand, présentant bien, avec un visage juvénile, Volberding nous a conduits dans son bureau au dernier étage du bâtiment de l'unité SIDA. Il déploya une habileté consommée à esquiver les questions les plus difficiles et s'accrochait à son point de vue que la thérapie AZT devait être commencée tôt « avant que le malade ne soit dans un état tellement avancé que les effets indésirables ne deviennent intolérables ». A la question s'il pensait que l'usage de l'AZT pouvait être justifié, il répondit « Je pense qu'aux Etats-Unis la question qui se pose de plus en plus n'est pas s'il faut l'utiliser, mais s'il faut l'utiliser seul ou s'il faut lui adjoindre d'autres médicaments ». (Ceci n'était vraiment pas une bonne publicité pour l'efficacité de l'AZT, avons-nous pensé). Sa justification suivante sur le problème des essais de la phase II qui n'avaient pas été faits en double-aveugle n'avait pas été plus rassurante : « Je ne pense pas que cela soit tout-à fait vrai que l'essai n'était pas en double-aveugle. Rétrospectivement il y avait des moyens qui nous permettaient de savoir qui prenait le médicament. Le médicament provoque une augmentation de la taille des globules

rouges. Mais ceci nous ne le savions pas à l'époque et donc je pense que l'essai était bel et bien fait en double aveugle ».

Ce soutien sans conviction pour la validité des essais de phase II ne nous avait certainement pas impressionnés alors que nous nous rendions à San Diego pour rencontrer le professeur Charles Thomas. Nous connaissions bien Charles Thomas. Il avait fondé le Groupe pour la Réévaluation Scientifique de l'hypothèse VIH/SIDA, qui avait atteint jusqu'à 200 membres (qui plus tard allait augmenter encore jusqu'à 500), des scientifiques et des professionnels de la santé qui remettaient en cause l'hypothèse virus/SIDA. Le journal du groupe *Reappraising AIDS* commençait à être lu et à influencer d'autres personnes que celles qui étaient déjà converties. Thomas, un ex professeur de biologie de Harvard avait déménagé à San Diego pour diriger sa propre entreprise de laboratoire d'analyses et il était en plein cœur du débat sur le SIDA.

Je me considérais comme faisant partie du 0,01% des Américains qui étaient capables de lire et de comprendre les articles scientifiques qui étaient censés documenter le fait que le VIH est à l'origine du SIDA…. Et ce que j'y trouvais ce n'étaient pas des arguments très convaincants…. Notre groupe essaye de réussir une chose. Nous voulons que soit faite une expérience soumise à critique qui prouvera ou réfutera l'hypothèse VIH – et pas seulement discutée pendant près de 10 ans. Nous voulons comparer les personnes positives au VIH et les négatives en termes de prospective pour la mortalité et la morbidité. Par exemple, à ce jour nous ne savons pas si le VIH rend les gens malades ou non. Réfléchissez juste à cela.

Sur l'AZT il a dit :

Je pense qu'il y a deux choses qui sont fausses. Avant tout dans mon esprit il est très improbable que le VIH soit l'agent responsable du SIDA. Et deuxièmement, même s'il l'était, ce serait un moyen foireux pour tuer ce virus. Premièrement le virus n'infecte qu'une petite partie des lymphocytes, peut-être 1 sur 500. Deuxièmement seule une petite fraction d'entre eux, 1 sur 10 000 produisent un message ou sont actifs d'une manière ou d'une autre, et lorsque vous prenez de l'AZT, c'est un terminateur de chaîne et il est dirigé contre la totalité du génome

de réplication. Donc la taille de la cible est énorme. Il y a un million de kilobases d'ADN dans une cellule humaine et il n'y a que dix kilobases de VIH, ce qui représente seulement une partie sur 10 000 et c'est un moyen ridicule d'appréhender la chimiothérapie d'une infection virale.

Lorsque nous avons retrouvé Robert Hoffmann, professeur de Biologie du Cancer à l'Université de Californie à San Diego, il présenta une autre une manière inquiétante de voir les choses sur l'AZT. Hoffmann nous a dit qu'en dehors d'empêcher les cellules de se répliquer, les cellules qui survivent peuvent elles-mêmes devenir cancéreuses.

Je pense que le médicament AZT peut avoir au moins deux champs de toxicité qui sont l'inhibition de la production des cruciaux globules blancs et également la production de cellules malignes telles que les cellules de lymphome. Ces deux options peuvent être surveillées mais elles peuvent aussi atteindre un point de non-retour où l'on ne pourra plus rien faire pour y remédier. Donc même avec la surveillance ces toxicités peuvent être mortelles.

Voici donc ce qu'il en est sur l'affirmation de Wellcome qu'il n'y a pas de toxicités mortelles associées à l'AZT.

L'Etude de l'Administration des Vétérans US sur l'AZT.

Raleigh-Durham en Caroline du Nord est un endroit important. Ces villes contiguës abritent un des plus grands complexes de recherche pharmaceutique au Monde ainsi que la réputée Université Duke fondée avec l'argent des magnats du tabac. Raleigh est également le siège de Burroughs Wellcome, son bâtiment massif ayant l'air d'un blanc-manger blanc (genre de pudding sans œufs – NdT) posé sur une vaste étendue de jardins paysagés et de gazons manucurés. Nous savions que nous ne pourrions interviewer quiconque à Burroughs Wellcome. Nos demandes pour des interviews au Royaume Uni avaient été rejetées. Au Royaume Uni, Martin Sherwood, directeur des relations publiques du groupe Wellcome nous avait écrit en disant :

En raison de votre refus public d'accepter les critiques de la réalisation de votre émission par un corps respecté et indépendant, la Commission des Plaintes contre les Organismes de Télédiffusion, nous regrettons que vous ne soyez pas suffisamment équilibrés et objectifs dans votre approche sur le sujet de l'AZT pour faire une émission raisonnable sur ce sujet. Il en résulte que ni nous, ni nos collègues de Burroughs Wellcome des Etats-Unis, ne sommes prêts à participer à votre émission.

Caché dans un coin du campus de l'Université Duke, dans un bâtiment style bungalow, un de nos interviewés clé nous attendait. C'était avec le Dr John Hamilton, qui avait conduit l'étude sur l'AZT la plus longue (3 ans) qui ait jamais été menée sur des personnes ayant le SIDA et des personnes présentant les premiers symptômes. Son article avait été publié le lendemain de la retransmission de notre émission.

L'étude Hamilton avait été financée par l'Administration des Vétérans US (VA en anglais pour Veteran Administration – NdT) et était basée à l'Université Duke. La VA est une organisation impressionnante qui s'occupe des besoins de tous les vétérans des forces armées américaines. Toute recherche médicale entreprise par la VA peut puiser dans un immense réservoir de personnes et est exécutée avec la plus grande rigueur.

Hamilton était un homme 'aimable' dans tous les sens du mot, pourtant il était assis sur un volcan. La conception de l'étude était de donner de l'AZT à un groupe de stade 'précoce' (moins malade) et à un groupe 'tardif' ayant un nombre de lymphocytes T inférieur à 200. Les résultats de cette étude ont montré qu'il n'y avait aucune différence dans l'espérance de vie entre les groupes 'précoce' et 'tardif' et qu'il y avait plus de décès et plus de diagnostics SIDA dans le groupe 'précoce' qui prenait l'AZT le plus longtemps. Ceci était, rappelez-vous, le groupe qui était le moins malade au début. Etant moins malades on s'attendait à ce qu'ils vivent plus longtemps que ceux qui étaient plus malades. Au lieu de cela ils moururent au même moment. Leurs décès avaient été accélérés. Pour faire plus simple, le groupe qui était le moins malade mais qui prenait de l'AZT le plus longtemps devenait plus malade et mourrait plus vite.

L'étude disait que « la thérapie précoce à la zidovudine ralentissait la progression vers le SIDA » mais, malgré cela, ces hommes ne vivaient pas plus longtemps que ceux auxquels on avait donné de l'AZT bien plus tard dans leur maladie. Comment était-ce possible ? Il semblait y avoir là une contradiction. Lors d'interrogations plus approfondies hors caméra, Hamilton nous révéla qu'il leur avait fallu dire cela parce que les essais de phase II (les essais qui avaient conduit à l'homologation de l'AZT) avaient montré un avantage spectaculaire dans les chiffres de mortalité (contestés précédemment dans ce même chapitre) et il avait senti qu'il devait accorder la reconnaissance due à ces découvertes. Mais, me regardant d'un air qui en disait long, il me dit qu'il n'avait aucune idée de ce que le bénéfice d'une 'progression retardée' signifiait en termes de durée. « Cela pourrait être un jour », dit-il, faisant presque un clin d'œil en osant dire cela.

Dans le film Hamilton nous a dit que les maladies du sang provoquées par l'AZT sont potentiellement mortelles et il poursuivit pour dire, « Je pense qu'il est évident que notre étude n'apporte pas le genre de bénéfice que tout le monde souhaitait. Ça ne peut être un secret que les malades désiraient quelque chose qui les aiderait à vivre plus longtemps…. Malheureusement elle (l'étude – NdT) n'a pas démontré cela et c'est pour cette raison que ce doit être une nouvelle malvenue. Voilà ce qu'il en est de l'affirmation de Wellcome que l'AZT prolongeait la vie. Sur la qualité de vie, Hamilton a dit :

Il n'y a pas eu de démonstration formelle sur la qualité de vie. On a supposé que le retard dans la progression du SIDA se traduirait en une qualité de vie améliorée parce que cela semblait logique et faisait sens. En fait, la seule étude qui avait été faite sur ce point et publiée, à ma connaissance a échoué à démontrer une amélioration de la qualité de vie.

Hamilton se référait au travail du Dr A. Wu. Sa première étude sur la qualité de vie des personnes ayant le SIDA ne montrait aucune différence en termes de mobilité et d'activité sociale entre ceux qui étaient sous AZT et ceux sous placébo. La seconde étude de Wu, sur des personnes avec 'des symptômes précoces d'infection au VIH' montrait que les malades sous AZT avaient une qualité de vie

inférieure comparée à ceux sous placébo en termes d'état de santé général, de bien-être, d'énergie, de santé mentale et de douleurs. Voilà ce qu'il en est de l'affirmation de Wellcome que l'AZT augmente la qualité de vie.

Si jamais il y avait une preuve que l'AZT ne prolongeait pas la vie, n'améliorait pas la qualité de vie et produisait plus de mal que de bien, elle était là. Mais comment convaincre le Monde de cela ? C'était maintenant Miami et au tour du Dr Margaret Fischl.

La Reine des Essais de l'AZT

Le Dr Margaret Fischl était une des personnalités les plus en vue dans les deux essais clés qui entouraient l'AZT : la phase II qui a conduit à l'homologation du médicament pour le SIDA et l'essai du NIAID (National Institute of Allergy and Infections Diseases – Institut National des Allergies et des Maladies Infectieuses) qui a conduit à prescrire l'AZT à des personnes qui n'avaient pas de symptômes du SIDA. Elle avait été décrite comme la 'méchante sorcière de l'AZT' mais elle nous salua avec un sourire tentant de rayonner de la certitude. La tentative de Fischl pour expliquer sa position était désordonnée et confuse. Nous avions là une scientifique qui était en proie à une lutte entre son intégrité scientifique et la loyauté à ses employeurs, Wellcome. « Une fois qu'il rentre dans la cellule », expliqua Fischl, « le médicament (l'AZT) doit subir une transformation afin de devenir actif et ensuite il *empêche* (italiques ajoutés) le virus d'infecter cette cellule…. Il empêche les cellules d'être infectées mais il ne fait rien pour les cellules qui sont déjà infectées ».

Mais qu'en est-il du point de vue qui dit qu'il n'est pas possible que l'AZT empêche une cellule de devenir infectée sans tuer la cellule entière ? Fischl déclara à maintes reprises et d'une manière catégorique que l'AZT ne touchait pas aux cellules non infectées. Ceci contredisait exactement la littérature publiée par Wellcome même dans les journaux d'information pour les médecins sur les effets secondaires de l'AZT qui indiquaient que l'AZT tuait les cellules de la moëlle osseuse et d'autres.

D’une manière non surprenante, Fischl continua à nier que son essai de phase II avait été mené en double-aveugle et affirmait que l’AZT prolongeait la vie et améliorait la qualité de vie, rendant ‘la vie des malades plus productive’. Mais elle ajouta que dans le futur une thérapie de médicaments combinés serait peut-être meilleure avec d’autres médicaments similaires à l’AZT tels que le ddl (didéoxyinosine) et le ddC (didéoxycytidine). Et si d’autres s’y rajoutaient qui attaquaient « le virus du SIDA d’une manière différente de l’AZT, alors ces combinaisons seraient supérieures ». Une fois de plus ceci n’était pas une très bonne publicité pour l’efficacité merveilleuse de l’AZT.

New York : Des Dissidents du SIDA s’expriment

Nous avons rencontré le Dr Michael Lange à l’Hôpital Roosevelt de St Luke à New York. Son visage aimable et son énergie sans limite à prendre soin des malades du SIDA avaient établi sa réputation de médecin dévoué. Il était également très en colère. Aucun de ses malades ne se portait mieux avec l’AZT. Il avait été un des médecins du SIDA qui avait coopéré, en toute bonne foi, dans l’essai que Margaret Fischl et d’autres avaient conduit et qui avait entraîné que l’AZT était prescrit à des personnes qui n’avaient pas de symptôme du SIDA. Néanmoins il était mécontent de la façon dont se déroulaient les choses et pensait que l’essai s’était terminé trop tôt pour être de quelque utilité que ce soit.

Il nous rappela que cet essai était supposé durer trois ans mais était terminé alors que les malades n’avaient pris le médicament que durant une durée moyenne de neuf mois. Lange dit « Maintenant à mon avis cela est dû à une parfaite bonne raison que si vous arrêtez une étude avec placébo, que vous avez utilisé un médicament dont vous saviez précédemment qu’il se pouvait qu’il n’y ait des bénéfices que pendant six mois, si vous arrêtez après 9 mois, vous fausserez sûrement l’étude en faveur de l’AZT. Il pensait que l’homologation de l’AZT en 1990 pour les personnes positives au VIH sans symptôme du SIDA était une grave erreur. Il était également révolté de la manière dont Wellcome faisait de la publicité pour l’AZT par campagne d’affichage. Les affiches encourageaient les gens à se faire tester au VIH et disaient

« Une intervention médicale précoce peut faire jouer le temps en votre faveur ».

Comme l'AZT était à ce moment-là le seul médicament approuvé pour le SIDA, ceci était pour Wellcome un moyen d'en élargir le marché. « Je pense que c'est une honte » disait Lange. « Cela pousse les gens à croire que s'ils sont positifs au VIH ils devraient aller et subir des examens et qu'il y a une réponse qui les gardera en vie, et ceci est loin de la vérité ». Une autre affiche montrait trois bambins traversant un pré en courant. Sur l'affiche était écrit « Aide à garder la maladie du VIH à distance ». Rétrovir (le nom de marque de l'AZT) est écrit en grandes lettres et, au-dessus, « Généralement bien supporté. Les fonctions cognitives sont améliorées. Les taux de survie sont similaires à ceux des adultes. Améliorations au niveau de la croissance et du bien-être ».

Lange avait également une opinion bien arrêtée au sujet de l'émergence de lymphomes chez les malades qui prenaient de l'AZT. Il n'était pas d'accord avec le point de vue de Volberding qui disait que les lymphomes étaient des manifestations tardives d'immunodépression et une conséquence logique du fait de vivre plus longtemps avec le SIDA (et donc pas associés à l'AZT). « Presque chaque lymphome que j'ai vu », disait Lange, « était une première manifestation du SIDA et ne se produisait pas dans les dernières phases de la maladie mais était le diagnostic qui était fait, qui faisait de ce malade un malade du SIDA. Et avant que l'AZT n'arrive, je n'ai jamais vu de lymphome comme manifestation en phase très avancée chez des gens qui avaient eu plusieurs infections opportunistes ». Ce qui peinait le plus Lange était qu'il voyait ses patients récupérer pendant un moment lorsqu'ils étaient sous AZT avec des lymphocytes T en augmentation qui ensuite s'effondraient.

Je dirais que dans la plupart des cas, ou dans bon nombre de cas, on voyait une petite augmentation des lymphocytes T 4 durant les trois ou quatre premiers mois. Habituellement après six à neuf mois, si vous avez de la chance jusqu'à douze mois, vous en êtes là où vous en étiez au départ. Et à partir de là il y a, dans la plupart des cas, un déclin

général qui fait que vous finissez avec moins de lymphocytes T que vous n'en aviez au préalable.

Mais qu'est-ce qui provoquait cette hausse apparemment bénéfique du nombre de lymphocytes T au début de la thérapie qui ensuite semblait s'annuler d'elle-même ? Le Dr Harvey Bialy nous aida à comprendre. En tant que journaliste scientifique de *Bio/Technology*, publication sœur de *Nature*, Bialy avait eu une grande expérience de la 'science' qui entourait le SIDA. Il était l'un des rares qui avait résisté à publier des articles qui acceptaient l'hypothèse virus/SIDA d'une manière inconditionnelle.

Biologiste moléculaire brillant, ami et collègue de Duesberg, ils avaient passé de nombreuses heures ensemble au téléphone à se renvoyer les arguments pour ou contre l'hypothèse VIH/SIDA. Sur l'augmentation temporaire des lymphocytes T4 il nous a dit :

Je ne sais pas si on a besoin d'en dire plus que de noter que l'augmentation est très temporaire. Ceci n'est pas inhabituel lorsqu'un corps est sous le choc d'un assaut toxique d'une manière ou d'une autre – car le système métabolique passe à la vitesse supérieure pendant un moment pour compenser l'agression initiale. Mais le fait que l'on n'ait jamais vu persister ces hausses de T 4 – qu'un médicament produise une réponse clinique initiale et qu'ensuite cette réponse disparaisse pour être remplacée par des réponses cliniquement destructrices ne parle pas en faveur d'un index thérapeutique de ce médicament.

Avec le poids des preuves scientifiques qui s'était bâti autour du danger et de l'inefficacité de l'AZT, pour quelle raison n'écoutait-on pas ses critiques, pour reprendre les termes de Celia Farber, une journaliste de New York qui avait longtemps travaillé sur l'histoire du VIH et du SIDA :

Au début il y avait presque une dévotion religieuse pour l'AZT. C'était très émotionnel. Il y avait cette idée que quiconque critiquait l'AZT le faisait pour un tas de mauvaises raisons. Soit à cause de la publicité faite ou pour quelque arrière-pensée. Je pense que ce qui s'est passé avec quelques dirigeants de la communauté gay c'est qu'ils étaient

sous AZT et alors que ça marchait pour eux ils s'exprimaient d'une manière d'autant plus véhémente. Puis, comme vous le savez, il a une période de grâce, puis celle-ci s'arrête et il ne marche plus vraiment et puis il échoue. Et lorsqu'ils sont arrivés à ce stade de leur thérapie AZT, il leur fallait juste faire demi-tour et dire « hey, vous savez que ce truc ne marche pas. Ce n'est pas bon ». Et c'est vraiment au point où il (l'AZT – NdT) *en est maintenant…. Il n'y a presque plus rien à quoi s'accrocher maintenant. Je n'entends plus parler d'autre chose que – et bien, c'est un médicament très dangereux mais c'est tout ce que nous avons.*

Londres : l'AZT et la Communauté Gay.

Cass Mann avait fondé en 1987 son groupe d'aide au SIDA, Positively Healthy (Carrément en Bonne Santé – NdT). De nombreux membres de ce groupe étaient de jeunes homosexuels masculins qui avaient été diagnostiqués positifs au VIH. Quelques-uns avaient les premiers symptômes du SIDA et d'autres étaient asymptomatiques (sans symptôme – NdT). Désillusionnés par l'AZT ils avaient décidé de chercher des voies alternatives pour rester en bonne santé, sans prendre la médication anti-SIDA orthodoxe. Sous la houlette de Cass Mann, Positively Healthy avait été très actif cette année passée et avait publié pour ses membres une information détaillée sur l'historique de l'AZT et sur les dangers de sa toxicité. Que se passait-il lorsque ses membres cessaient de prendre de l'AZT avons-nous demandé à Cass ?

Lorsqu'ils cessent de prendre de l'AZT vous avez manifestement des gens qui traversent une période de retrait. Il y a des effets secondaires variés qui prennent du temps à passer. Mais généralement, d'après ce que j'ai vu, les gens retrouvent la santé au bout d'un mois ou six semaines d'abandon de l'AZT. Ce n'est pas simplement l'abandon de l'AZT. Nous les mettons sur différentes co-thérapies telles que des thérapies nutritionnelles, des thérapies de vitamines et de sels minéraux, de médecine traditionnelle chinoise, etc… pour renforcer le système immunitaire. Et je peux dire que dans presque chacun des cas nous avons une guérison qui est assez remarquable…. Plus de 95 personnes ont arrêté l'AZT depuis 1987. Beaucoup d'entre elles ont

arrêté pendant une durée de trois ans. Elles vont toutes très bien. Elles ont retrouvé leur santé. Elles vivent une vie pleine et normale.

Ce groupe d'hommes positifs au VIH qui survivent bien sans AZT aurait pu fournir une cohorte (un groupe) précieuse pour la recherche pour quiconque était vraiment intéressé à comparer leurs progrès avec ceux des malades sous AZT, mais malheureusement les cordons de la bourse de la recherche avaient été tellement entre les mains de Wellcome et du MRC (Medical Research Council – Conseil de Recherche Médical – NdT) qu'il n'y avait pas d'argent disponible pour aucune autre voie de recherche véritablement alternative. Cela avait pris au groupe plus d'une décennie pour persuader les autorités de santé de son secteur afin de conduire une étude appelée Park Project pour envisager la possibilité que le VIH pouvait ne pas causer le SIDA et, au lieu de cela, examiner les facteurs de nutrition et de mode de vie chez les hommes qui étaient considérés à risque qu'ils soient positifs ou négatifs au VIH.

Lorsqu'en 1989, après que les essais sur les patients asymptomatiques furent terminés prématurément et qu'il avait été annoncé que l'AZT pouvait être utilisé non seulement pour des personnes présentant des maladies du SIDA mais pour un groupe bien plus large - les personnes avec le VIH et un nombre de cellules immunitaires bas mais sans autre symptôme, les actions de Wellcome grimpèrent à de nouveaux sommets ajoutant en une seule journée 1 400 millions de Livres à la valeur en bourse de la Compagnie. En 1991, alors que réalisions notre émission, les ventes d'AZT dans le Monde valaient l'équivalent de 170 millions de Livres. En 1996 les ventes d'AZT avaient atteint 200 millions de Livres.

C'est à ce moment que le professeur Ian Weller fit son rapport périodique sur ses découvertes sur l'essai Concorde, l'étude Franco-Anglaise qui recherchait les effets de l'AZT sur quelques 3 000 participants asymptomatiques positifs au VIH. Weller fit son rapport sur le Concorde à la réunion qui s'est tenue au Terrence Higgins Trust. Cass Mann, qui représentait Positively Healthy, un des groupes de bénévoles enregistra les débats et nous nous sommes servis d'extraits de cet enregistrement pour notre émission. Weller plaida pour la

poursuite de l'essai mais en même temps il fit quelques aveux étonnants :

Il me semble que le Comité des Données et du Contrôle de Sécurité se sent à l'aise en autorisant cette étude à s'engager dans ce que je pense être un nouveau territoire – et mon sentiment c'est que c'est un territoire auquel s'intéressent la plupart des patients et médecins. C'est-à-dire s'il y a du bénéfice, se maintiendra-t-il ou disparaitra-t-il ? Auquel cas il se pourrait que nous fassions plus de mal que de bien (je souligne).

Le professeur Weller dit ensuite que le comité de surveillance n'a pas trouvé de preuve manifeste sur laquelle se fonder pour de nouvelles recommandations de pratiques cliniques et que l'essai sur l'AZT continuerait pendant sept autres mois.

Mon impression c'est que ceci est la seule chance que nous aurons tous pour dégager l'incertitude qui est, je pense, à la base d'une partie de la frustration, c'est-à dire si c'est mieux de donner la zidovudine (l'AZT) entre le moyen et le long terme plutôt qu'à court terme, de la donner dès le début ou à un stade plus avancé de l'infection ? Une intervention précoce a du sens sur le plan biologique. La question, la question pragmatique, la question concrète est, avons-nous le bon outil *(je souligne) ?*

Il semble incroyable qu'avec toutes les données qu'il avait déjà à sa disposition sur la toxicité de l'AZT et son inefficacité, Weller voulait continuer à impliquer 3 000 personnes pour sept mois supplémentaires dans une étude alors qu'il ne savait pas s'il faisait 'plus de mal que de bien' ou même s'il 'utilisait le bon outil'.

Magic Johnson fait fi du SIDA

IL y avait d'autres recherches à faire avant que le premier montage de l'émission ne puisse être réalisé. C'était durant les dernières étapes de notre programme d'édition que l'histoire de Magic Johnson éclata. Voici, frappé par le VIH, l'un des plus grands héros des Etats-Unis, le roi du basket, et impénitent coureur de jupons avec des milliers de

partenaires sexuelles durant sa carrière. Ils voulaient tous se servir de la situation fâcheuse de Johnson pour promouvoir leurs propres fins. Voilà le véhicule parfait pour faire passer le message aux hétérosexuels, pensaient les éducateurs de santé. Voilà l'homme idéal pour encourager tout le monde à se faire tester et de mettre plus de personne sous AZT, pensèrent Wellcome et les médecins du SIDA. « Les experts espèrent que l'annonce faite par Magic Johnson encouragera les personnes qui suspectent une infection d'aller se faire tester parce que le traitement est plus efficace à un stade précoce » s'écriait la une de *USA Today*.

Johnson venait tout juste de conclure un contrat avec l'équipe des Lakers (célèbre équipe de basket de la ville de Los Angeles – NdT), en faisant l'un des joueurs de la ligue professionnelle de basket les mieux payés (2,5 millions de dollars pour la saison 1991/92). Johnson fut cité à cet effet dans l'*Observer*.

Les médecins dirent alors que parce que les rigueurs physiques et émotionnelles des 82 rencontres de la saison des Lakers pourraient affaiblir mon système immunitaire, tout comme le ferait le virus, ils me recommandaient que je me retire du basket professionnel. Sincèrement je n'y ai plus repensé…. Le lendemain j'étais debout dans une tribune du Great Western Forum, l'endroit où j'avais eu quelques-uns de mes meilleurs moments en tant que Laker – et j'ai parlé avec mon cœur. J'ai dit que puisque j'étais testé positif au VIH, je me retirais de la NBA (National Basketball Association).

En ce qui concernait sa santé il disait que sa condition physique n'avait jamais changée et qu'il se sentait en parfaite bonne santé. « J'étais en fait dans la meilleure forme que j'ai connue dans ma carrière en NBA et, à 33 ans j'allais entamer ma treizième année avec les Lakers ». Ceci se passait en octobre 1991. Mais presqu'immédiatement après qu'il eût commencé l'AZT, les choses changèrent dramatiquement. Deux mois plus tard un reportage dans la presse américaine disait qu'il avait perdu l'appétit et souffrait d'accès de nausées et d'épuisements. « Je n'ai plus l'énergie que j'avais dans le temps », disait Magic, « et j'ai envie de vomir presque tous les jours. Lorsque je pense à tout cela, je veux juste m'agripper à Cookie (sa femme – NdT) et la prendre dans mes bras et

faire exploser le Monde ». Les symptômes dont Magic souffrait étaient les symptômes classiques de la toxicité de l'AZT.

Néanmoins, l'orthodoxie, par pure spéculation, essaya de manipuler la situation de Magic pour qu'il rentre dans le moule. Il a été rapporté que Magic avait peut-être le VIH depuis des années, c'est pourquoi ses lymphocytes T étaient à 500 et qu'il allait probablement souffrir du SIDA déclaré bien plutôt qu'il ne le pensait et qu'il aurait dû être mis sous AZT depuis des mois. Dans le même article le Dr Howard Tamin est cité pour avoir dit que lorsque le niveau des lymphocytes T d'une personne infectée descend à 500 « cela signifie que le virus va mieux et que le système immunitaire va moins bien ». Puisqu'on ne trouve jamais aucune trace du virus, commenta Duesberg, comment le virus peut-il 'aller mieux' ?

Puis des rumeurs commencèrent à émerger que Magic avait arrêté de prendre de l'AZT. Quelle que soit la vérité, il a cessé d'avoir les effets secondaires graves qu'il décrivait à la fin de l'année 1991. Puis, dans les premiers mois de 1992, Magic retrouva d'une manière remarquable la santé. Il recommença à jouer, suivi de près par ses médecins. « Et quand rien ne changeait » disait-il « lorsque j'étais toujours capable de courir et de tout faire sans être fatigué, alors c'était réglé. J'étais rassuré ».

Il fut sélectionné pour jouer dans la 'dream team' pour les Jeux Olympiques de Barcelone et commença une tournée avec les All Stars de Magic Johnson pour recueillir des fonds pour sa fondation du SIDA. Le 30 janvier 1996, la presse internationale rapporta que Magic Johnson avait rejoint la NBA et jouait ce même jour avec son ancienne équipe des Lakers contre les Golden State Warriors. Un reportage disait que certains joueurs de NBA avaient refusé de jouer avec lui dans le passé à cause de son statut de séropositif et qu'il avait été refusé pour un match d'exhibition aux Philippines de peur que leurs joueurs ne soient infectés. J'ai regardé le match à la télévision. Magic avait l'air plus grand et en pleine forme comme jamais et l'équipe des Lakers gagna.

Après les doses initiales élevées qui rendirent Magic tellement malade, son traitement fut changé et il fut mis sous un cocktail de médicaments

parmi lesquels un peu d'AZT, un inhibiteur de transcriptase inverse et un nouveau médicament appelé inhibiteur de protéase (voir chapitre 14). Ses médecins ont annoncé depuis que le virus dans son sang était en-dessous du niveau détectable. Jusqu'à présent la constitution de Magic est capable de bien tolérer son régime de médicaments avec moins d'AZT.

Nous avons tenu une conférence de presse au sujet de l'émission et étions finalement prêts à la retransmission. Mais le jour précédent celle-ci, Liz Forgan, Directrice des programmes de Channel 4, reçut une lettre du professeur Ian Weller.

Je suis amené à croire qu'un enregistrement 'caméra cachée' de moi-même m'adressant à des représentants d'associations bénévoles au Terrence Higgins Trust est utilisé dans l'émission…. Je suis porté à croire que l'émission fait de graves allégations et arrive à des conclusions potentiellement néfastes…. Je vous demanderais de m'assurer que ma contribution à cette émission sera enlevée. Je vous recommande également vivement de considérer le préjudice que cette émission pourrait causer aux malades infectés au VIH et à ceux qui sont actuellement sous traitement.

Ayant refusé de participer à notre émission, Weller était peut-être, et d'une manière compréhensible, anxieux qu'il soit mal interprété par des citations choisies lors de la réunion au Terrence Higgins Trust, mais sa lettre allait plus loin avec sa suggestion que l'émission pouvait causer du préjudice et elle est révélatrice de la pression que l'establishment médical peut exercer sur les producteurs de télévision dans le but d'empêcher toute contestation du consensus médical. Comme dans tous les cas où un conflit survient au sujet d'une émission controversée, celui-ci fut transmis à John Willis qui était alors à la tête des programmes d'information de Channel 4. Il dit que c'était une 'histoire solide' et approuva l'émission pour retransmission. Elle le fut le 12 février 1992.

Les réclamations de Wellcome au sujet de l'AZT

La dernière déclaration de notre émission disait « *Dispatches* a été avertie par le conseil principal que les affirmations fausses et fallacieuses faites dans cette émission au sujet de l'AZT pourraient constituer une violation du Medicines Act (Loi sur les Médicaments – NdT), qui, si elle est portée devant la justice constituerait une infraction pénale. *Dispatches* envoie un dossier d'information appropriée à la Medicines Control Agency du Département de la Santé ».

Lors des dernières étapes de notre réalisation, l'avocat de Channel 4, Jan Tomalin, consulta un QC (pour Queen Counsel – juriste éminent nommé par la reine – NdT) au sujet de la preuve apportée par notre émission alléguant que Wellcome faisait sur l'AZT des déclarations fausses et fallacieuses. En vertu de l'article 93 du Medicines Act c'est une infraction pénale que de faire de la publicité ou de la promotion pour un produit d'une manière 'susceptible d'induire en erreur tant sur la nature et la qualité du médicament … que de son usage ou des effets attendus'. Un précédent juridique avait été établi en 1986 lorsque la compagnie pharmaceutique Roussel avait été poursuivie par le Département de la Santé pour avoir fait de fausses et fallacieuses déclarations au sujet de son médicament non stéroïdien et anti-inflammatoire Surgam. Roussel avait été reconnue coupable et fit appel, mais fut finalement condamnée. Elle eût à payer une amende ainsi que les frais de la procédure d'appel.

La QC nous dit que nous avions un dossier très solide et qu'elle pensait qu'il tiendrait devant un tribunal. Nous avons donc envoyé nos dossiers au Dr Susan Wood de l'Agence de Contrôle du Médicament (en anglais MCA pour Medicines Control Agency – NdT)) et au professeur William Asscher au Comité de Sécurité des Médicaments. Tout d'abord le Dr Wood de la MCA exprima de la colère car nous ne leur avions pas donné l'information avant la diffusion de l'émission. Il est sûr qu'aucun rédacteur en chef ne pouvait faire une chose pareille de peur que la diffusion ne soit bloquée par tentative d'injonctions.

Trois semaines plus tard nous avons reçu une brève lettre dédaigneuse du Dr Wood disant que l'AZT avait été soumis « à un contrôle rigoureux et à de l'attention par les autorités responsables des licences

et par les comités consultatifs d'experts avant la délivrance de la licence. D'autres autorités régulatrices dans le Monde ont abouti aux mêmes conclusions sur les bénéfices et les risques du médicament ». Le fait que c'étaient précisément ces questions que nous remettions en question avait manifestement échappé au Dr Wood.

Nous n'avons pas non plus eu de chance avec le Comité de Sécurité des Médicaments. Le professeur Asscher nous répondit pour dire que la publicité n'avait rien à faire avec eux. « Notre rôle est d'émettre un avis sur la délivrance de licences des médicaments et ensuite d'en surveiller les effets indésirables ». A nouveau, le fait que notre émission et le dossier que nous lui avions envoyé ne parlaient que de licence et de problèmes d'effets indésirables lui avait également échappé. Nous avons appris par la suite que la MCA et le Comité pour la Sécurité des Médicaments avaient eu leurs subventions gouvernementales réduites et leur survie dépendait maintenant partiellement d'honoraires de l'industrie pharmaceutique. Tant pis pour les vigoureux chiens de garde indépendants.

Il y eut une réaction explosive après la diffusion de notre émission. Des accusations ont été lancées de toutes parts, surtout par téléphone. Nous étions habitués à cela. Une année entière après notre critique de l'AZT dans *Le Piège du SIDA*, Phyllida Brown du *New Scientist* m'avait appelée pour me demander comment je me sentais à propos du fait que notre émission avait entraîné de nombreux malades à arrêter de prendre de l'AZT. « Comment vous sentez-vous à propos de cela ? » me demanda-t-elle de façon menaçante, insinuant que j'étais bien sûr en train de provoquer leurs décès. Son appel avait suivi une enquête menée par le professeur Brian Gazzard de la clinique St Stephens de Londres révélant que certains de ses patients avaient arrêté leur traitement AZT après cette émission. Gazzard dit que « la réaction des patients à l'émission a montré la nécessité de la plus grande prudence de décider si une émission télé (de cette sorte) devait ou non être diffusée ». Puis est arrivé l'appel très déplaisant de Duncan Campbell qui me lança des insultes à la fois sur le plan professionnel et sur le plan personnel. Il était tout à fait incapable de discuter de n'importe quel point scientifique et ne pouvait se résoudre à admettre qu'il puisse y avoir quelque chose qui n'allait pas ici, surtout après

l'étude VA (rappel VA pour Veteran Administration – Administration qui s'occupe des anciens combattants – NdT) du Dr Hamilton. Sa harangue était centrée sur ma grave irresponsabilité et que j'étais un danger pour ses amis qui avaient le SIDA.

Je me demandais à nouveau comment une enquête scientifique pouvait progresser sur le problème du SIDA alors qu'elle était si fortement agrémentée d'émotion. La réponse émotive des commentateurs mélangée avec l'intérêt personnel de tant de scientifiques et de chercheurs fit littéralement un mix mortel.

La défense de l'AZT : Le contrôle du dommage de Wellcome

Notre émission a été diffusée le même jour que la publication dans le *New England Journal of Medicine* de l'étude VA de Hamilton. John Lauritsen fut le premier à nous faxer les informations des agences de presse à propos des actions de Wellcome. Elles avaient chuté de 17 pence avant la diffusion. Inutile de dire que lorsque l'émission fut diffusée, Wellcome, avec ses énormes ressources financières derrière elle s'est lancée dans un brillant exercice de relations publiques en contrôle de dommages.

En ayant à l'esprit la date de diffusion de notre émission et neuf jours seulement avant sa diffusion, Wellcome avait déjà envoyé une lettre 'Cher Docteur' à tous les médecins généralistes du pays, annonçant les résultats d'un essai AZT appelé EACG 020, qu'elle avait elle-même financée, sur des personnes asymptomatiques à bas risque infectées au VIH. L'essai était présidé par le professeur D.A. Cooper en Australie et une fois de plus on avait mis fin à cette étude d'une manière subite. Elle affirmait que 'la progression de la maladie a été réduite d'une manière significative' et que 'les graves effets indésirables que l'on voit avec la zidovudine lorsqu'elle est utilisée au stade avancé de la maladie semblent avoir été virtuellement absents dans cette étude'. C'était un exemple parfait de science faite par communiqué de presse. L'étude n'avait pas été examinée par des pairs ni publiée et n'a pas mis longtemps à être discréditée dans des journaux scientifiques par des

spécialistes du SIDA. Mais comment un médecin généraliste, travaillant dur et bien intentionné, pouvait-il connaître le contexte de tout cela ?

Lorsque l'étude EACG 020 fut finalement publiée en août 1993, Brian Deer écrivit dans le *Sunday Times* :

(des spécialistes du SIDA) ont accusé les chercheurs de Wellcome d'induire en erreur la communauté scientifique suite à la publication d'un rapport qui semblait indiquer que l'AZT était efficace dans la prévention du SIDA. D'éminents médecins ont exprimé leur indignation à propos de ce que certains d'entre eux ont considéré comme étant un coup de relations publiques de Wellcome. L'étude de la compagnie (EACG 020), disent-ils, était ancienne, laissait à désirer dans sa méthodologie et avait été terminée avant que quoi que ce soit de significatif puisse être publié.

Même notre vieille adversaire Phillida Brown écrivit dans le New Scientist au sujet de la « Tromperie et de la malhonnêteté dans sa description des constatations » de Wellcome. Pour maintenir la pression après la diffusion de notre émission, Wellcome publia une deuxième lettre 'Cher Docteur'. Elle atterrit sur les bureaux des médecins généralistes disant, « Il se peut que vous ayez vu l'émission *Dispatches* qui a été transmise le mercredi 12 février 1992…. Nous vous écrivons aujourd'hui parce que nous pensons qu'elle a pu provoquer une détresse sans fondement chez certains de vos patients ». Ensuite la lettre proposait de l'information qui « vous aidera à apporter à vos patients une évaluation équilibrée de la situation actuelle en ce qui concerne l'infection au VIH et son traitement à la zidovudine ».

Puis vint la lettre du directeur général de Wellcome, John Robb, au directeur général de Channel 4, Michael Grade. Robb se lança de suite dans une attaque au sujet de la BCC et une attaque personnelle à mon encontre, « Alors que la Commission a confirmé nos plaintes, Mme Shenton de l'agence de production Meditel a publiquement dénoncé la BCC, bien qu'ayant participé pleinement à la procédure de plainte ». Robb poursuivit pour décrire les standards élevés de sa compagnie pour la qualité de ses médicaments et dans ses affirmations à leur égard, qui « en aucune manière ne construisent de faux espoirs ». Il

poursuivit, « Nous trouvons déplorable que votre société (Channel 4) ne semble pas vouloir appliquer des critères élevés de contrôle de qualité aussi élevés en entrant dans le débat public sur ces problèmes éminemment émotionnels ».

La réponse de Michael Grade fut rapide. Sur le commentaire de Robb au sujet de la BCC il dit « Je dois vous rappeler que ce n'est pas seulement Mme Shenton de Meditel qui a critiqué la découverte. A ce jour la Commission de Télévision Indépendante continue de soutenir l'émission ainsi que ses méthodes et Channel 4 elle-même a déclaré que sur ce problème la BCC avait « dépassé son aire de compétence normale pour aller vers une autre dans laquelle il lui était extrêmement difficile de se prononcer d'une manière impartiale ». Il est regrettable que la Fondation Wellcome ait décliné l'invitation de Mme Shenton à participer à l'émission la plus récente ; durant les 13 années d'existence de sa société, Meditel s'est vu attribuer sept récompenses de télévision majeures dont le Prix du Journalisme de la Société Royale de Télévision ». Grade termina sa lettre en disant :

Vous parlez de la nécessité de maintenir des standards et d'éviter d'ériger de faux espoirs – sur ces problèmes hautement émotionnels. Je ne peux qu'être d'accord avec vous. C'est dans cet esprit que notre propre service du contentieux a été avisé par l'avocat principal qu'ils devraient promouvoir les recherches de l'émission à l'Agence de Contrôle du Médicament et au Département de la Santé - afin que ces organismes puissent juger eux-mêmes si les affirmations faites au sujet de l'AZT peuvent être jugées fausses ou trompeuses – devant la justice.

L'étape suivante de Wellcome fut d'écrire une lettre au *Lancet*. Le Dr D. S. Freestone des Laboratoires de Recherche de Wellcome a commencé sa lettre avec – oui – la mention d'une 'précédente émission par la même société de production' qui avait 'montré que peu de sensibilité aux besoins des malades et des prescripteurs et qui avait été jugée par la Commission des Plaintes contre les Organismes de Télédiffusion, organisme indépendant, comme étant trompeuse, confuse, partiale et déloyale et de déformer les points de vue de certains experts'.

Mais j'étais reconnaissante au Dr Freestone parce qu'il me donna par là l'occasion de lui répondre dans le *Lancet*. J'ai pu justifier notre position vis-à-vis de la BCC et me focaliser sur les données de mortalité des essais de la phase II avec une information supplémentaire :

Ces essais prévus pour une durée de 24 semaines ont pris fin après seulement 17 semaines en moyenne. Dans les 21 semaines qui suivirent la fin de l'essai et que le médicament devint disponible pour tous les participants, 10% des malades sous zidovudine décédèrent. De plus, lorsque la zidovudine devint disponible sur une base d'appel compatissant, des statistiques de survie ont été faites sur 4 805 malades. David Barry de Burroughs Wellcome a fait observer au journaliste John Lauritsen (le 24 mai 1988) qu'environ entre 8 et 12% des malades traités à la zidovudine décédaient durant les quatre mois (17 semaines) de traitement. Si dans une période semblable de 17 semaines moins de 1% décédaient durant les essais de phase II, pourtant 8 à 12% décédaient suite à la diffusion du médicament, alors l'explication la plus plausible c'est que les chiffres (de l'essai) ne sont pas fiables.

Des choses agréables se produisirent. Nous avons eu deux critiques honnêtes, une faite par Tony Delamothe dans le *British Medical Journal* et un article sur le tableau de notification du *Lancet*, que je soupçonne avoir été écrit par le Dr Richard Horton. Et nous avons gagné un prix ! Rien de moins que la BMA (rappel British Medical Association – NdT) récompensa notre émission par un certificat de mérite éducatif.

Néanmoins nous n'avons même pas pu profiter bien longtemps de ce petit coup de fouet parce que nous allions rapidement apprendre que le Terrence Higgins Trust avait lancé une attaque sur la BMA pour nous avoir donné la récompense, disant qu'elle n'aurait pas dû soutenir une émission qui présentait le point de vue d'une minorité et négligeait les solides preuves scientifiques apportées par l'autre partie. Les plaintes au sujet de notre position sur l'AZT provenant d'associations de lutte contre le SIDA n'étaient pas fortuites. « Comme les ventes d'AZT ont progressé - atteignant 213 millions de Livres l'an passé – la compagnie

avait étendu ses opérations de financements et d'aides à un large éventail d'associations du SIDA, parmi lesquelles un groupe parlementaire (le Groupe Parlementaire Interpartis du SIDA) à qui elle a distribué 65 000 Livres écrivit Neville Hodgkinson dans le *Sunday Times*. « Les critiques disent que le résultat a été de favoriser un climat dans lequel l'approche antivirale du SIDA a évincé presque toutes les autres pistes de recherche ».

La défense d'un dissident : Le Fair-Play d'un scientifique

Droit de Réponse de Channel 4 donne aux téléspectateurs une tribune pour exprimer leurs critiques à l'encontre d'une émission. J'ai été invitée à y participer par un chercheur. Je demandais à qui je serai opposée et l'on m'a répondu « un généraliste concerné ». Ce que *Droit de Réponse* omit de me dire c'était que le 'généraliste concerné', le Dr Simon Mansfield, était médecin-chef au Centre Kobler, un spécialiste clinique du SIDA rattaché alors à ce qui était l'Hôpital St Stephen. Nous avons découvert plus tard que le Dr Mansfield prenait en fait de l'AZT à ce moment-là. Il décéda quelques mois plus tard. Avant de mourir, Mansfield avait écrit au Dr John Hamilton en joignant une copie de notre émission qui avait déjà été convertie au standard américain NTSC. (Nous avions bien sûr déjà envoyé à Hamilton une cassette de courtoisie de l'émission).

Sa lettre commençait en se référant à la publication de l'étude VA de Hamilton dans le *New England Journal of Medicine*. Elle se poursuivit :

Comme vous le savez peut-être Joan Shenton est un personnage controversé de la radiodiffusion britannique, surtout suite à sa dernière émission qui portait sur le sujet du SIDA et du VIH où elle a été réprimandée par la Commission des Plaintes contre les Organismes de Télédiffusion pour avoir déformé les propos des personnes qu'elle avait interviewées.

L'émission qu'elle a récemment produite pour Dispatches *portait à controverse. Votre participation y était vraiment très intéressante et je me demande si vous pouvez trouver le temps d'examiner cette vidéo de l'émission que j'ai convertie dans le système américain. Je serais très intéressé de savoir si vous estimez que vos points de vue ont été traités avec impartialité dans le film. Je ne suis pas sûr que les conclusions auxquelles aboutit le documentaire soient conformes avec votre article important…. J'envisage un dépôt de plainte au sujet de son émission auprès de la Commission des Plaintes contre les Organismes de Télédiffusion et je serais très intéressé par votre réaction à cette émission.*

Il s'agissait là d'un draguage flagorneur flagrant tel que le faisaient la plupart des personnes pour se plaindre à notre sujet auprès de la BCC. La réponse de Hamilton à Mansfield était intransigeante :

Je n'ai pas été en mesure de visionner la vidéo que vous m'avez envoyée parce qu'elle était endommagée et ne pouvait être lue. Néanmoins, j'avais reçu, un peu avant, de Mme Shenton une copie de l'émission Dispatches*.*

Ils ont posé des questions difficiles, controversées - questions qui, dans la plupart des cas, méritent débat. En général, il me semble que ceux de mes points de vue qui ont été retransmis n'ont pas été choisis d'une manière sélective. L'inclusion pour la discussion des données provenant de notre étude VA était tout-à fait appropriée…. Je pense qu'il est malheureux que Burroughs Wellcome, aux USA comme au Royaume Uni, ne désiraient pas être interviewés parce que je pense que leur perspective est très importante…. Pour résumer je suis satisfait de ma propre contribution à l'émission telle qu'elle a été diffusée à la télévision et je pense que le traitement des problèmes généraux, s'il a été quelque peu plus accusatoire que je ne l'aurais désiré, n'a pas pour autant été inacceptable.

Chapitre 9

Amsterdam et tout ça

La Conférence Alternative du SIDA d'Amsterdam : Le Rassemblement des Dissidents

C'était une semaine magnifique et Amsterdam était sous une vague de chaleur. Un groupe d'entre nous logeait dans un petit hôtel près de Rode Hoed, une vieille église en bois qui se trouve au bord d'un des canaux du cœur d'Amsterdam, lieu où se tenait la conférence. L'Eglise, autrefois un refuge pour les libéraux religieux, ouvrait cette semaine-là ses portes au plus grand rassemblement de dissidents du SIDA qu'il n'y ait jamais eu, de leurs critiques et de la Presse. Un des aspects les plus importants de la conférence intitulée 'Le SIDA – Un Point de vue Différent' était qu'elle avait réussi à attirer des membres de premier plan de l'orthodoxie du SIDA. Notre vieil adversaire, John Maddox, rédacteur en chef de *Nature*, serait là, et Luc Montagnier était attendu pour le jour suivant. L'establishment hollandais du SIDA était bien représenté par les scientifiques Jaap Goudsmit, Roel Coutinho et Frank Miedema.

Le soir où nous sommes arrivés, les factions dissidentes se sont rassemblées dans le bar situé au sous-sol de l'hôtel. Peter Duesberg était là, le professeur Robert Root-Bernstein de l'Université de l'Etat du Michigan (auteur du livre *Repenser le SIDA*), le professeur Fritz Ulmer de l'Université de Wuppertal (mathématicien et sceptique du SIDA), la biophysicienne Eleni Eleopulos (auteure de plusieurs articles importants contestant le rôle et l'identité du VIH), le professeur Gordon Stewart, John Lauritsen, Celia Farber et bien d'autres délégués européens et américains.

La conférence avait été intitulée 'SIDA : Un Point de vue Différent' et son organisateur, Martin Brands, se joignit à nous ce soir-là pour vérifier 'jusqu'où nous allions aller' et ce que Duesberg allait dire sur le sujet politiquement brûlant des 'rapports sexuels protégés' et des

campagnes seringues propres. Ceci allait devenir un gros problème à la fin de la conférence. Mais Brands réalisa rapidement qu'on ne pouvait contrôler cette foule indisciplinée qui était heureuse de se retrouver enfin, après avoir été giflée pendant tant d'années.

La promenade matinale après le petit-déjeuner le long des canaux qui réfléchissaient le ciel bleu et les toits à pignon des grandes maisons de briques était magnifique et me donna du temps pour remémorer la série d'événements importants qui s'étaient passés dans la préparation de cette conférence. Par exemple, tout juste deux semaines avant la conférence, il y avait eu l'article de Neville Hodgkinson dans le *Sunday Times*, favorisé par le rédacteur en chef d'alors Andrew Neil. Il avait provoqué une onde de choc pour avoir été le premier article de journalisme important dans un journal national au Royaume Uni à remettre en question l'hypothèse VIH/SIDA. C'était le premier d'une série d'articles qui étaient énormément importants pour accroître la visibilité du débat porté par les dissidents au Royaume Uni comme dans le reste du Monde. Le premier article de Hodgkinson était approfondi, mais une citation de Harvey Bialy était restée gravée dans ma mémoire. En sa qualité de rédacteur en chef de *Reappraising AIDS*, le journal du Groupe de Réévaluation Scientifique de l'hypothèse VIH/SIDA, il a dit à Hodgkinson, « La théorie du virus n'a rien produit. Les efforts basés sur cette approche ont eu trois résultats : un vaccin qui n'existe pas (et qui n'existe toujours pas plus de 30 ans après – NdT) ; l'AZT qui est un génocide iatrogène (un médicament iatrogène est un médicament qui rend malade – voir Ivan Illich dans 'La Némésis Médicale' – NdT) ; et l'utilisation des préservatifs ce qui est du bon sens.

Tout juste trois jours avant que ne s'ouvre la conférence, William Leith écrivit un article dans l'*Independant on Sunday* titré 'Nouvelles Théories, Vieux Préjugés', qui décrivait les positions sur le VIH et le SIDA de Peter Duesberg et de Luc Montagnier :

Un groupe de scientifiques découvre quelque chose de nouveau, quelque chose de peu orthodoxe, et que se passe-t-il ? L'establishment scientifique les rejette…. Ceci s'est passé depuis le début des temps. Par exemple, en 1859, un scientifique de Cambridge écrivit la veille de

la publication d'un nouveau livre : « Bien que je sois pleinement convaincu de la vérité des points de vue rapportés dans ce volume…. je ne m'attends en aucun cas à pouvoir convaincre des naturalistes expérimentés dont les esprits sont remplis d'une multitude de faits tous constatés durant de très nombreuses années, d'un point de vue opposé au mien ». Ce scientifique était Charles Darwin.

Pour quelle raison les gens réagissent-ils si négativement aux nouvelles découvertes scientifiques ? Essayez d'imaginer à quoi ça ressemble : vous voilà, un scientifique vaquant à votre travail, parfaitement heureux, vous servant de vos vieilles théories et tout se passe bien. Et puis quelqu'un arrive avec une théorie véritablement nouvelle. Vous ne pouvez pas simplement l'ajouter à votre vieille théorie. Elle remplace la vieille théorie. Les deux ne peuvent pas coexister…. Comme l'a écrit Max Planck : « Une nouvelle vérité scientifique ne triomphe pas en convaincant ses opposants et en leur faisant voir la lumière, mais plutôt parce que ses opposants finalement décèdent et qu'une nouvelle génération se lève qui est familiarisée avec elle ».

Est-ce cela que nous voyons maintenant ? Est-ce que Duesberg et Montagnier sont des Darwin ou Copernic des temps modernes ? Si leurs théories sont exactes toute la culture du SIDA changerait du tout au tout. Si le VIH n'est pas nécessaire ou une cause suffisante au SIDA, alors l'industrie du vaccin VIH, multimillionnaire en Livres, est un gaspillage d'argent. L'industrie des tests VIH, qui vaut également des millions de Livres, est une fausse piste…. Il y a de sérieuses implications pour les associations caritatives du SIDA. Il se peut que les gens soient moins compatissants. Le financement gouvernemental pourrait être plus difficile à justifier à l'électeur.

Le jour suivant le *Times* publia un article de tête titré 'Le SIDA et la Vérité' ; il disait 'Le SIDA n'est pas un tueur à grande échelle…. Peter Duesberg n'est pas un excentrique'. 'La réaction au professeur Duesberg a été si hystérique qu'elle l'a conduit, lui et tous ceux qui ont suivi sa ligne de pensée, à subir un ostracisme virtuel, rappelant le sort de Galilée avant l'Inquisition'. L'article se terminait en disant :

L'intérêt particulier devrait toujours avoir un point d'interrogation posé au-dessus de lui, surtout lorsqu'il cherche à écraser les efforts de scientifiques qui pensent sincèrement autrement. La recherche sur le SIDA, comme toutes les découvertes scientifiques, ne devrait pas débuter par un dogme mais avec du scepticisme…. Ils devraient accueillir les sceptiques les bras ouverts, leur offrir des richesses équivalentes, tester toutes les thèses dans le feu de l'argumentation et en accepter honnêtement le résultat.

Avec une telle attention de la part des médias comme toile de fond, nous pensions que le jour de l'illumination était enfin arrivé. Et il s'en rajouta. Dans le même numéro du *Times*, Charles Bremner avait rempli une page entière avec son profil de Duesberg, 'Chassé pour une hérésie sur le SIDA'.

Son article approfondi couvrait à la fois les détails de la vie personnelle et professionnelle de Duesberg. Il mentionnait la querelle Gallo – Duesberg et le fait que Gallo était décrit par ses amis comme étant incapable de discuter de l'hypothèse de Duesberg 'sans hurler'. Bremner se concentra également sur les remarques cinglantes de Duesberg au sujet des révisions répétées de la période de latence estimée pour développer le SIDA.

Au début les experts parlaient de mois à partir de l'infection. Maintenant ils disent qu'on s'attend à ce que 50% d'entre eux contractent la maladie dans la décennie. « C'est comme si vous déplacez les poteaux du but, ou, en plein match de Wimbledon (tournoi de tennis de Londres - NdT), vous continuez à monter le filet parce que vous êtes en train de perdre, dit le professeur avec une de ces métaphores qui faisaient qu'il était agréable à citer, et qui rendaient furieux les critiques qui l'accusaient de jouer un rôle devant les médias.

L'article se terminait en décrivant le point de vue de Duesberg que :

La vague de maladies de type SIDA est la conséquence directe du mauvais traitement au système immunitaire humain par l'auto administration de drogues toxiques telles que l'héroïne, les nitrites, la cocaïne, les amphétamines et tout le reste de l'armement des temps

modernes. Le lien avec l'homosexualité a surgi suite à l'explosion de la consommation de drogues dans la libération homosexuelle, gratuite pour tous et sauvage, des années 1970, dit-il. Il n'y a pas encore eu d'études qui ont examiné les effets à long terme des drogues psychoactives sur des animaux, comparables avec les durées de consommation et les dosages des malades du SIDA. « Ce que je dis est facile à tester. Pour quelle raison ne testons nous pas les drogues qu'on trouve dans les rues et observons ce qu'elles ont comme effet sur le système immunitaire ? »

Voilà comment le professeur Duesberg arrive à la conclusion que les rapports protégés et les aiguilles propres, en eux-mêmes de font rien pour arrêter la propagation du SIDA, un point de vue qui pousse à l'apoplexie parmi les travailleurs du SIDA.

Retour à la conférence, les choses commencèrent à chauffer assez rapidement. Luc Montagnier donna le coup d'envoi en faisant un discours de 45 minutes. Il était très orthodoxe et n'avait rien de nouveau à dire. Montagnier était manifestement nerveux. Il avait accepté de venir à la conférence et se trouvait entouré de dissidents et ne voulait pas être identifié trop étroitement avec eux. Sa position sur le VIH comme étant la seule cause du SIDA était ambivalente. Il se peut qu'il ait regretté certaines des choses qu'il nous avait dites (dans notre interview pour *Le Piège du SIDA*) dans son enthousiasme d'être le premier à découvrir des cofacteurs pour le VIH. Malheureusement, sa théorie de mycoplasmes n'avait abouti à rien. Pendant toute la conférence il tenait à préciser que bien qu'il ait dit publiquement que le VIH pouvait ne pas être la seule cause du SIDA, il n'avait sûrement pas abandonné le VIH ni quitté le camp orthodoxe. Il s'exprima également fortement en faveur de l'AZT.

Arrivé là, un élément de refroidissement commença à toucher les organisateurs. Ils ne voulaient pas apparaître comme étant cul et chemise avec les dissidents, donc lorsque Duesberg se leva pour prendre la parole ils avaient décidé de ne lui accorder que 30 minutes. Ceci fut le grand moment de Duesberg, mais son élocution était nerveuse et précipitée. Au milieu de son discours détaillé, agrémenté de diapositives pour soutenir ses preuves, on lui fit des signes avec les

mains. Il protesta mais sans résultat et fut coupé en plein discours. Néanmoins il reçut une standing ovation des participants et ses points les plus importants avaient été équitablement rapportés par Nigel Hawkes dans le *Times*.

Puis ce fut le tour du professeur Gordon Stewart de jeter un pavé dans la mare. Il prédit qu'il n'y aurait pas d'épidémie du SIDA chez les hétérosexuels en Grande Bretagne ou en Amérique du Nord. Il dit qu'après une expérience de 11 années de propagation du SIDA il n'y avait aucune justification aux campagnes alarmistes disant que tout le monde courait le risque. Le nombre de femmes infectées par le SIDA en dehors de celles des groupes à haut risque était très faible. Sur la base de cet élément on ne pouvait pas maintenir qu'il y avait eu ou qu'il y aura une épidémie chez les hétérosexuels. Le Dr Joe Sonnabend se prononça également fortement sur la suppression 'criminelle' des moyens de recherche autres que ceux alloués au VIH. Il dit que cette tragédie avait été provoquée par l'establishment de recherche du SIDA et que cette déformation de la vérité 'a sans doute provoqué la souffrance et le décès de milliers de personnes'.

Durant ce temps, notre propre équipe de production avait été engagée pour réaliser une émission pour l'émission d'actualité phare *This Week* de Thames TV basée sur la conférence d'Amsterdam et se concentrant sur la question si oui ou non les hétérosexuels couraient un risque de contracter le SIDA lors de rapports hétérosexuels. Mais une fois de plus la lourde main de l'opposition intervint. Une semaine avant Amsterdam et littéralement dans les jours qui ont précédé les prises de vue, Paul Woolwich, rédacteur en chef de *This Week*, se retira de son engagement pour une émission. Sa lettre expliquait sentencieusement :

A la fois le Département de la Santé et le Terrence Higgins Trust ont exprimé, en des termes sans équivoque, *à* This Week *qu'ils se méfient fondamentalement de vous…. Ils n'auraient pas de problème quel qu'il soit si* This Week *réalisait l'émission sans la participation de Meditel. Les deux ont cité la décision de BCC dans laquelle votre société a été jugée d'avoir déformé déloyalement les points de vue de plusieurs scientifiques reconnus. Leurs chargés de presse ont dit qu'il était peu*

probable qu'ils voudront faire participer quelqu'un à l'émission mais à tout le moins étaient prêts à auditionner This Week.

Woolwich poursuivit en disant, « Je ne suis plus convaincu que nous serions capables de produire une émission équilibrée sur un problème controversé et il serait journalistiquement parlant irresponsable de ma part de poursuivre plus en avant ce projet ». Tant pis pour l'indépendance des médias. Mais heureusement nous n'étions pas entièrement muselés. Nous avions également été commissionnés pour produire des rapports de la conférence par le producteur italien Stefano Gentiloni de la RAI 2 et par Joanne Sawicki de Sky News.

Nous étions donc en mesure d'acculer Luc Montagnier. A notre surprise, il se rapprocha plus près qu'il ne l'avait jamais fait pour discréditer le VIH comme étant un facteur inévitable du SIDA. Bien qu'il continuât à croire que le VIH était nécessaire pour développer le SIDA, il admit ouvertement que toutes les personnes ayant le VIH ne progresseront pas vers le SIDA. Il dit, « Nous voyons des gens qui sont infectés depuis 9 à dix ans et même plus – de 10 à 12 ans, et ils sont en bonne forme. Leur système immunitaire est toujours bon. Et il est peu probable que ces personnes dégringoleront vers le SIDA ».

Le professeur Root-Bernstein, dont la recherche rigoureuse à l'Université d'Etat du Michigan dans des hypothèses alternatives sur la cause du SIDA avait récemment complété une étude dans la littérature sur les prostituées présumées infectées VIH/SIDA, exprimait avec vigueur ses doutes sur le risque d'une transmission hétérosexuelle du SIDA :

Il y a eu des douzaines d'études dans le Monde entier pour savoir si les prostituées développent soit le VIH soit le SIDA, et chacune de ces études, que ce soit en Europe ou aux Etats-Unis, ont de façon absolue montré que les prostituées qui sont infectées au VIH ou qui développent le SIDA sont, presque sans exception – il y a quelques exceptions – des toxicomanes par intraveineuse. Si elles ne se droguent pas, elles ne sont pas infectées au VIH et elles n'ont pas le SIDA – et elles voient la même clientèle.

Root-Bernstein poursuivit en exprimant sa colère de la manière dont la recherche scientifique s'était elle-même enfermée pendant si longtemps à la seule théorie qui dit que le VIH est la cause du SIDA.

La colère monte lorsque je pense à tous ces gens qui sont en train de mourir. Parce que ce n'est pas simplement une question de faire avancer la recherche pour convaincre d'autres scientifiques. La question qui se pose c'est que chaque mois qui passe, nous avons plusieurs centaines ou milliers de personnes qui meurent et qui auraient pu être aidées, si seulement nous avions fait de telle sorte que la recherche soit faite plus tôt ou si nous avions convaincu plus de personnes de se diriger dans cette direction.

VIH et Contamination de Laboratoire

Pendant notre trajet vers l'aéroport de Schiphol en compagnie de Montagnier j'ai saisi l'occasion de le questionner sur sa réponse à l'un des événements subordonnés les plus scandaleux de la saga VIH/SIDA. Était-ce lui la seule source originelle de ce qui est admis comme étant l'isolat du virus VIH ? Se pourrait-il, que l'isolat du virus que l'on affirmait avoir été découvert indépendamment au Royaume Uni, était également un contaminant du virus LAV (rappel : LAV virus associé à la lymphadénopathie – NdT) de Montagnier, tout comme les revendications de Gallo d'avoir isolé le VIH aux Etats-Unis et qui n'avaient été rien d'autre qu'un LAV ? Des millions de Livres étaient en jeu et le sujet n'est toujours pas résolu.

Pendant des années Duesberg nous avait dit que les soi-disant isolats du VIH qui ont mené à des brevets différents n'étaient en fait qu'un seul et même LAV du laboratoire de Montagnier (c'est-à dire le différend Gallo/Montagnier) qui, lorsqu'il était réparti, ce qui était une pratique courante, avait contaminé des cultures de cellules des laboratoires hôtes. La contamination n'est pas du tout inhabituelle. Elle s'était produite dans le laboratoire de Myron Essex à Harvard lorsqu'il avait proclamé avoir trouvé de nouvelles souches d'isolat de VIH provenant d'une femme africaine et d'un singe vert africain. Finalement cela s'est avéré n'être qu'une simple contamination par le

SIV (simian immunodéficience virus – virus d'immunodéficience simien, tristement célèbre pour avoir contaminé les vaccins antipolio des années 1960 - NdT) qui provenait de singes d'un zoo proche. La contamination des cultures cellulaires peut se produire par la verrerie de laboratoire ou par des particules virales présentes dans des gouttelettes d'aérosols qui pénètrent dans l'atmosphère des hottes utilisées pour la manipulation des cultures. Même de petites quantités de virus contaminant peuvent prendre le dessus d'un nouvel isolat et le dominer.

Au Royaume Uni, une petite équipe de virologues dirigée par Robin Weiss et Richard Tedder avait affirmé qu'ils avaient isolé leur propre et différente souche de VIH d'un malade du Royal Marsden Hospital. Ils l'appelèrent CBL-1 (pour Chester Beaty Laboratory dont Weiss était le directeur) et déposèrent un brevet pour le kit de test en 1986. Le brevet est détenu par l'Institut de la Recherche sur le Cancer et la Fondation Wellcome en possède la licence. Jusqu'en 1991, le principal test utilisé au Royaume Uni pour dépister le sang était basé sur cet isolat. En 1990, Wellcome avait vendu plusieurs millions de ces tests à environ 1 Livre l'unité.

En janvier 1991, Steve Connor écrivit un article solidement documenté dans l'*Independant on Sunday*, « Dispute d'un million de Livres au sujet d'un test sur le SIDA ». Son paragraphe d'introduction explique tout, « Une association caritative du cancer et un laboratoire pharmaceutique britannique risquent de devoir payer des millions de Livres à un institut de recherches français (l'Institut Pasteur de Montagnier) à cause d'un possible conflit au sujet du brevet d'un test sanguin NHS pour le SIDA ». Connor poursuivit en allant au cœur du problème : « Les chercheurs qui ont inventé le test sanguin pensent désormais qu'il se peut qu'ils n'aient pas fait une nouvelle découverte. A cause d'un mélange survenu dans le laboratoire, ils craignent d'avoir utilisé une découverte de l'Institut Pasteur de Paris, contrevenant par là à un accord écrit entre les instituts britanniques et français ».

Apparemment Weiss affirmait avoir fait toutes les vérifications nécessaires sur son isolat, mais ses découvertes ont été 'muselées' par l'Institut du Cancer (qui détient le brevet) et Wellcome (à qui la

licence a été octroyée). Une semaine après l'article de Connor, Robin Weiss confirma dans *Nature* la forte similitude entre son isolat et celui de Montagnier. Il admit que les deux cultures avaient été utilisées dans son laboratoire au même moment et dit « Je ne peux exclure la possibilité d'une contamination croisée ».

Les implications de ceci sont énormes. Après avoir réouvert son conflit avec Gallo aux Etats-Unis en 1991* et demandé une compensation plus élevée pour ce qu'il affirmait être une appropriation de son virus par Gallo, Montagnier pouvait maintenant diriger ses armes sur le Royaume Uni et réclamer le paiement de millions de Livres des revenus de 'l'isolat' du Royaume Uni qui allaient dans les poches de Wellcome, Weiss, Tedder et le NHS. Donc, que ce soit par erreur ou non, il est plus que probable que Weiss avait fait sien le virus de Montagnier. D'après John Maddox, « Weiss a fait une chose honorable en écrivant pour expliquer son erreur », mais, écrivit Steve Connor à ce sujet dans l'*Independant on Sunday*, il aurait été plus honorable encore s'il avait pu expliquer son erreur avant, et non après. Il aurait même été plus honorable s'il avait admis avoir gardé des informations sur le CBL-1 pendant trois années durant lesquelles il détenait avec la Fondation Wellcome un brevet pour le kit.

* En juillet 1994, les Américains acceptèrent de donner à l'Institut Pasteur une part plus grande des royalties de ce qu'il restait de durée de vie du brevet pour le test SIDA Gallo/NIH. Ceci fut considéré par l'Institut Pasteur comme une reconnaissance officielle que le virus avait été isolé dans ses laboratoires en 1983 (*Newsweek*, 25 juillet 1994)

Maintenant, de retour dans le taxi à Amsterdam avec Montagnier, je voulais découvrir ce qu'il pensait de toute cette affaire et s'il voulait poursuivre une action en justice au Royaume Uni. La rumeur disait que dès que l'Institut Pasteur aurait finalement réglé la situation américaine avec Gallo, il débuterait les poursuites au Royaume Uni. Tandis que nous étions en train de rouler sur l'autoroute menant à Schiphol je dis à Montagnier que nous avions suivi de près la situation Weiss/ CLB-1. A la lumière de l'aveu de Weiss dans *Nature*, est-ce qu'il allait diriger ses armes vers le Royaume Uni ? Il sembla tout d'abord déconcerté et

fronça ses sourcils. Puis il sourit d'une manière énigmatique et dit, « Robin Weiss est en train de travailler à l'Institut Pasteur en ce moment même. Peut-être j'irai faire un tour dans le couloir et j'aurai une conversation avec lui ».

Il est crucial que le sujet des isolats de Weiss et de Gallo soit résolu et pas seulement pour des raisons de rétribution ou de gain financier. Il (le VIH – NdT) n'est identifié que par des cultures cellulaires complexes et des séquençages en laboratoire, en étant constamment sous le risque d'une contamination, qui produisent un ensemble d'anticorps à des protéines que l'on dit spécifiques au VIH (c'est-à dire, que l'on dit révéler si le VIH est présent). Mais, comme nous allons le voir plus tard, si l'édifice entier du VIH est basé sur le même isolat (celui de Montagnier) et la base des tests dépend d'artefacts de laboratoire produits par manipulations de cultures et de séquençages, alors cela peut jeter le doute sur l'identification, voire même sur l'existence même du VIH lui-même (voir chapitre 14).

Réaction violente des Barons du SIDA

La conférence d'Amsterdam, par essence, prêchait à des convertis dans cette petite église. Il se peut qu'elle ait gagné quelques convertis, mais en fait elle souleva de nouvelles vagues entières d'antagonismes. La réaction de l'establishment médical fut spectaculaire. Le Dr D. A. Rees du MRC (rappel : Medical Research Council – Conseil de Recherche Médicale – NdT) produisit un bouillant communiqué de presse le 15 mai, le jour après le début de la conférence, titré 'Des propos irréfléchis coûtent des vies'. Il commença par :

Une épidémie de reportages médiatiques irresponsables et inexacts a émergé, centré autour d'une conférence du SIDA 'alternative' à Amsterdam. Ces reportages font la publicité aux affirmations du professeur Peter Duesberg que le VIH ne provoque pas le SIDA. Ils le citent disant que le SIDA « n'est pas une maladie infectieuse et que ce n'est pas une maladie sexuellement transmissible ». Ils donnent de l'espace dans les journaux et du temps d'antenne à ses affirmations que les rapports sexuels protégés n'ont pas empêché un seul cas de

SIDA. Et ils diffusent ce point de vue que l'AZT c'est « donner le SIDA par prescription ». Ces affirmations représentent un cocktail mortel de contre-vérités et d'ignorance…. Suggérer, comme le fait Duesberg, que les rapports sexuels non protégés sont inutiles dans la lutte contre le SIDA est d'une irresponsabilité à la limite du délit.

Lors de la conférence il y avait eu une différence d'opinion cruciale entre les factions de Duesberg et de Sonnabend sur le problème des rapports protégés. Sonnabend et son groupe qui comprenait Michael Callen, mettaient en cause le VIH comme responsable du SIDA et croyaient que les infections sexuellement transmissibles multiples pouvaient saper le système immunitaire et provoquer le syndrome du SIDA. Ils étaient donc engagés dans des campagnes de 'rapports sexuels plus sûrs' (qu'ils affirmaient avoir initiées) et l'usage des préservatifs, et étaient désireux d'obtenir l'appui de Duesberg.

Duesberg pense que le corps n'est submergé par l'infection qu'*après* que le système immunitaire n'ait été détruit par les assauts toxiques des drogues (intraveineuses et autres drogues récréatives et même de certains médicaments) et d'autres facteurs immunosuppresseurs comme les transfusions sanguines et les injections de facteur de coagulation VIII chez les hémophiles. Cette destruction du système immunitaire permet alors aux infections opportunistes de prendre le dessus sur un corps sans défense. Pour faire simple, la destruction du système immunitaire est provoquée par des facteurs toxiques et non par des facteurs infectieux. Bien qu'il maintenait que les préservatifs étaient importants pour éviter les maladies sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées, c'était l'opinion de Duesberg que les rapports protégés n'avaient pas empêché un seul cas de SIDA, et qu'en se focalisant exclusivement sur les rapports protégés et sur les aiguilles propres comme moyens de prévention contre le SIDA, on berçait les gens dans une fausse illusion de sécurité, ce qui dans l'opinion de Duesberg était complètement erroné et faux. Il y avait une impasse entre les deux factions.

La conférence se termina par des échanges acrimonieux. Néanmoins toute la semaine les arguments clés qui contestaient le VIH comme étant la cause du SIDA avaient été envoyés par télex, par fax et

imprimés dans le Monde entier. Lorsqu'ils furent résumés par Lauritsen énormément de bien avait été acquis par ce rassemblement. « En Europe le génie est sorti de la lampe », écrivit-il, « et l'orthodoxie du 'SIDA' ne sera plus jamais la même…. Des millions de personnes sont maintenant au courant que des scientifiques importants, armés d'arguments puissants, contestent le dogme officiel que le SIDA est une maladie à entité unique provoquée uniquement par un rétrovirus appelé 'Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH)' ».

Après la conférence la réaction dans les journaux médicaux et scientifiques était globalement hostile. Le 23 mai, le *Lancet* publia un article de Jaap Goudsmit, un scientifique hollandais présent à la conférence qui, avec Roel Coutinho et Frank Miedema avaient été les plus hostiles à l'hypothèse de Duesberg. Coutinho et Miedema avaient ouvertement hué Duesberg, allant même jusqu'à lui faire des grimaces. Un soir alors que les sessions étaient terminées, Duesberg a été invité à rejoindre Coutinho, Miedema et d'autres dans une salle à l'étage de l'église pour une discussion impromptue. Cela vira à une attaque contre Duesberg dans laquelle on lui a simplement crié dessus qu'il se trompait. Lorsque Duesberg fit remarquer l'absurdité d'une situation où l'on n'a jamais montré qu'aucun autre rétrovirus n'avait provoqué la maladie chez l'être humain, que celui-ci (le VIH) était supposé non seulement provoquer la maladie, mais vous tuer dix ans plus tard, ils dirent simplement « Ben oui, celui-ci le fait ».

On donna à Goudsmit deux pleines colonnes dans le *Lancet* pour rejeter les arguments de Duesberg en ne donnant aucun espace pour une réponse de ce dernier. Pour le rédacteur en chef du *Lancet*, décider de permettre à Goudsmit, un membre engagé de l'establishment du SIDA, de résumer la conférence dans son ensemble, sans laisser un centimètre carré d'espace à aucun des éminents scientifiques dissidents présents, semblait très injuste. A côté de cela, choisir Goudsmit, parmi toutes les personnes, était effectivement une grave erreur. Nous avions appris lors de la conférence qu'un an plus tôt, la propre recherche sur le VIH était passée sous un nuage très étendu. Lui et son collègue Henck Buck avaient publié une déclaration selon laquelle ils avaient trouvé un moyen de bloquer l'infectiosité du VIH. Leur travail fut soumis à quatre enquêtes universitaires séparées qui finalement

démolirent toutes les affirmations de leur article. Dans un article paru dans *Science*, Félix Eijgenraam décrivit comment Buck fut relevé de ses fonctions de doyen de la faculté et de président du département de chimie organique de l'Université de Technologie d'Eindhoven et comment la Faculté de Médecine de l'Université d'Amsterdam le reconnu coupable de faire des affirmations injustifiées, de sélection biaisée de données et de présentation de faits induisant en erreur. Lorsque j'écrivit une lettre au *Lancet* pour signaler la récente mésaventure de Goudsmit, le rédacteur en chef adjoint David Sharp, un mois plus tard me répondit que le *Lancet* « ne serait pas en mesure de trouver de la place pour elle. Devant la concurrence féroce il ne pouvait tout simplement pas trouver de place ».

Les suppressions répétées de toute information qui pouvait être critique vis-à-vis de l'establishment du SIDA n'étaient plus une surprise pour moi. D'autres allaient se rajouter. Suivant l'indignation des professeurs Klug et Perutz à Cambridge après notre émission *Le Piège du SIDA*, les événements d'Amsterdam s'avérèrent à nouveau de trop pour eux. Donc, avec deux autres scientifiques, lauréats du Prix Nobel, César Milstein et Abraham Karpas, ils écrivirent avec fureur à l'*Independant* :

*Malheureusement, l'importance donnée il y a deux ans aux points de vue de Duesberg dans une émission de télévision sur Channel 4 (*Dispatches *du 13 juin 1990) et maintenant renforcée dans la Presse en rapport avec la récente et qu'on a appelée conférence Alternative du SIDA à Amsterdam, ne peut que servir à accélérer la propagation du virus.*

Puisque toutes les preuves médicales et scientifiques indiquent sans aucun doute possible que le VIH est la cause du SIDA, nous espérons que votre journal continuera à éduquer le public aussi longtemps qu'il sera nécessaire de faire de la sorte.

Je connaissais les engagements forts envers l'hypothèse VIH de trois des signataires (Klug, Perutz et Karpas). Karpas nous avait dit lui-même dans une interview filmée qu'il avait développé son propre

isolat de VIH et son kit de test, qu'une compagnie japonaise était intéressée et qu'ils avaient été soumis au NHS (rappel National Health Institute – Institut National de la Santé – NdT) pour le traitement des malades. Je savais également que Klug et Perutz étaient impliqués dans des recherches sur le VIH en cours dans les laboratoires du MRC (Medical Research Council – NdT) de Cambridge. Nous avions compté là quatre projets majeurs sur le VIH, dont ceux des protéines régulatrices VIH-1, des agents anti VIH et des agents antiviraux VIH nucléosides. (Plus tard nous avons découvert, grâce à un ensemble de questions percutantes déposées par le Député du Parti Travailliste George Galloway sur l'AZT et le SIDA à la Chambre des Communes en mai 1993, qu'entre 1989 et 1993 le Gouvernement avait alloué au MRC un montant total de 68 millions de Livres pour la recherche sur le VIH et le SIDA).

Nous décidâmes de répondre aux accusations de l'*Independant*. Un article, écrit par Steve Connor, dans le même journal et publié le même jour que la lettre du groupe de scientifiques de Cambridge, nous avait spécifiquement attaqué, le *Times* et le *Sunday Times* pour nos reportages sur la conférence d'Amsterdam. Alors pour nous défendre, après en avoir discuté avec Simon Jenkins qui était à ce moment-là rédacteur en chef du *Times*, j'écrivis deux lettres au rédacteur en chef de l'*Independant,* Andreas Whittam Smith. La lettre suggérait que cela eût été plus honnête si les liens d'intérêts des signataires avaient été déclarés. Les deux lettres furent rejetées pour publication.

Jenkins fut d'accord que je devrais demander à Whittam Smith de porter l'affaire au médiateur de son journal, Sir Gordon Downey, qui deviendra plus tard commissaire parlementaire chargé des normes. La réponse de Sir Gordon fut brève : « Je pense que votre suggestion qu'à cause de leurs recherches dans le domaine, les signataires de la lettre publiée le 20 mai devraient 'déclarer leurs liens d'intérêts' est indigne. S'ils avaient moins de connaissances directes, leurs qualifications à commenter eussent été bien plus réduites ». Néanmoins Jenkins ne voulait pas en rester là. Il écrivit une lettre à Whittam Smith à titre personnel qui exprimait sa préoccupation que dans les domaines de recherche médicale, où de très grandes sommes d'argent gouvernemental étaient en jeu, domaines souvent liés avec des

laboratoires pharmaceutiques, les rédacteurs en chef devraient être prudents et demander que les liens d'intérêts soient déclarés.

Il est compréhensible que tous ceux qui sont étroitement associés à un projet souhaitent faire entendre leur expertise, et le fait qu'ils puissent toucher une contrepartie financière pour leur travail dans ce domaine particulier ne porte en aucun cas préjudice à leur intégrité ou de les disqualifie pour être entendus. La chose importante c'est que leurs liens d'intérêts soient déclarés et connus. Notre frustration découlait du fait que n'importe quelle personne de l'orthodoxie pouvait obtenir une audition ou voir sa lettre publiée alors que nos demandes étaient rejetées. Et lorsque nous demandions que soient déclarés les liens d'intérêts de nos critiques avec la recherche financée par le VIH, qu'ils soient d'ordre financiers ou professionnels, on nous ignorait.

Chapitre 10

Le SIDA et l'Afrique

Village Rakai, Ouganda : L'Epicentre du SIDA ?

Les êtres humains sont remplis de rétrovirus, et ni le VIH ni aucun autre rétrovirus en lui-même ne constitue une menace de quelque sorte. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas une chose telle que le SIDA – ça veut seulement dire que ce n'est pas le VIH qui en est la cause.

Dr Kary Mullis, Lauréat du Prix Nobel de Chimie, 1993

Quelque chose bougeait sur le sol sous un léger drap de coton. Nous avions quitté le soleil brûlant de la place du village pour rentrer dans l'obscurité d'une petite maison en pisé. C'est là que Najemba était étendue. Aussi maigre qu'un bâton elle essayait avec difficulté de s'assoir. Ses yeux étaient profondément tristes et elle leva son regard désespéré vers nous. Notre guide Yassin Balinda, traduisait rapidement et calmement la langue maternelle Luganda de Najemba. « Je ne peux pas marcher », dit-elle, « Vous voyez, ce sont mes jambes ». Elle tira le drap en arrière et nous vîmes l'infection de la peau sur ses jambes. Certaines parties étaient à vif et enflammées, d'autres avaient d'énormes croutes. Gerald, le frère de Najemba, nous dit que tout le village pensait que Najemba avait le SIDA. Mais elle n'avait jamais vu de médecin et n'avait jamais fait de test sanguin. « Mince (le SIDA) est une formule qui couvre tout ici », disait Gerald. « Lorsque quelqu'un meurt on l'appelle mince. Gerald expliqua que, parce qu'il devait nourrir sa femme et ses jeunes enfants, souvent il n'avait pas assez de nourriture pour voir Najemba, mais il y a quelques temps il avait réussi à obtenir des antibiotiques pour l'infection cutanée de Najemba. Ça allait mieux mais maintenant l'hôpital du village faisait

payer pour les médicaments de l'OMS et il n'avait pas les moyens de les acheter.

Je voyageai avec la journaliste Célia Farber. Toutes les deux nous avons fouillé dans nos porte- monnaies pour trouver le peu d'argent qu'il fallait pour lui acheter un traitement d'antibiotiques. J'avais décidé que je reviendrai dans ce village d'ici quelques mois avec notre équipe de tournage, mais je ne m'attendais pas à revoir Najemba encore vivante.

Le village Rakai n'était pas sur l'itinéraire autorisé par le Ministre ougandais de la Santé, mais nous avons fait cette visite non autorisée pour découvrir ce qui était en train de se passer dans cette région que le Monde avait appelé l'épicentre du SIDA. Bien que le village avait l'air à l'abandon, ce n'était pas une ville fantôme. Il y avait des hommes, des femmes et des enfants qui s'affairaient dans la poussiéreuse rue principale et sur la place. Nous avons marché vers un petit bar qui servait de la bière et des boissons non alcoolisées. Célia avait décidé de marcher vers la place du village et c'est là qu'elle a rencontré Gerald qui finalement nous a menés vers Najemba. Pendant ce temps j'étais restée au bar et j'avais entamé une conversation avec des travailleurs humanitaires méthodistes qui étaient en train de monter une école dans le village. « Le problème », dit l'un d'entre eux, « ce n'est pas tant le SIDA, c'est tout simplement que les gens n'ont pas assez à manger. Ils meurent de malnutrition ».

Lorsque, de retour à la maison, j'ai raconté cette histoire à des amis, ils disaient, « Mais comment peuvent-ils mourir de faim ? Regarde tes photos, on ne voit que des prairies vertes, des arbres et un sol fertile ! Bien sûr qu'ils pourraient vivre de ce pays ! ». Ceci est un malentendu classique. Comment peuvent-ils vivre de ce pays s'ils n'ont absolument aucune graine, qu'ils n'ont pas une seule houe à se partager et, pour éviter de mourir de faim, ont mangé les semences récoltées l'an passé ? La situation nutritionnelle désespérée des personnes vivant dans la région de Rakai avait été reconnue juste la semaine d'avant par le Président ougandais lui-même, Yoweri Museveni. Son discours qui décrivait les besoins de denrées alimentaires et d'aide agricole avait fait les gros titres des journaux.

L'organisation de notre voyage de recherche avait commencé plusieurs mois auparavant lorsque David Lloyd de Channel 4 avait suggéré que nous concentrions sur l'Afrique nos efforts de recherche sur le SIDA. Il accepta alors de nous allouer les fonds pour la réalisation du film que nous lui proposions *Le SIDA et l'Afrique*. Lloyd voulait que nous emmenions avec nous un médecin ou un scientifique en tant qu'observateur occidental. Je choisis le Dr Harvey Bialy, rédacteur en chef de *Bio/Technology*, qui avait travaillé pendant de nombreuses années en Afrique en tant qu'expert des maladies tropicales. Bialy était depuis un certain temps très préoccupé par la manière dont l'Afrique était accusée au sujet du SIDA et en particulier par le nombre croissant d'articles de recherche bâclés, rédigés par des chercheurs occidentaux spécialistes du SIDA à propos du continent sub-saharien.

Dès 1988, dans une interview avec Drew Hopkins pour *City Week*, Bialy disait :

*Il n'y a pas de littérature scientifique sur le SIDA en Afrique. C'est 100% de l'*ad hominem*, des bêtises anecdotiques. On trouve difficilement un seul article qui ait le moindre fondement qui soit sorti de cette soi-disant épidémie de SIDA. Je pensais depuis longtemps que ce qui était qualifié de SIDA en Afrique, qui était un syndrome de maladies tout-à fait différent de ce qui était appelé SIDA en Occident, n'était en fait rien de plus qu'un nouveau nom pour un ensemble de maladies anciennes. Les maladies qui sont appelées SIDA sont des maladies africaines classiques chez des populations qui ont depuis très longtemps été sujettes à ces infections. Lorsque ceci est réajusté en termes de terriblement, de terriblement mauvaise séro-épidémiologie, en ce qui concerne le soi-disant virus du SIDA, le tableau devient très sombre, du moins un tableau statistique très sombre. Pour commencer toute la notion de SIDA africain est malade. Pourquoi y a-t-il une chose telle que le SIDA africain ? Est-ce qu'on a un SIDA américain, un SIDA asiatique, un SIDA français ?*

Au même moment les Dr Anton Geser et Glen Burbaker avaient publié le manuscrit de leur article titré 'Le SIDA en Afrique : une hypothèse alternative'. Le paragraphe introductif disait :

Cet article propose une hypothèse alternative selon laquelle le SIDA n'est pas une nouvelle maladie en Afrique (ni partout ailleurs), et que le VIH n'est pas la cause du syndrome, mais simplement un virus passager qui prolifère plus aisément chez les hôtes immunodéprimés. Cette nouvelle hypothèse est appliquée au problème du SIDA en Afrique et certaines conséquences de ce point de vue alternatif sont soulignées, parmi laquelle la plus importante c'est que l'épidémie dévastatrice de SIDA, qui est actuellement prédite en Afrique, ne se produira pas.

L'article fait remarquer que même après l'introduction de critères élargis pour le diagnostic du SIDA en Afrique, tel que la 'maladie mince' et l'introduction des définitions des cas cliniques de Bangui agréées par l'OMS en vertu desquelles une combinaison de symptômes telle qu'avoir de la fièvre pendant un mois, de la diarrhée et une toux sèche pouvait conduire à un cas reconnu de SIDA, le nombre réel de cas de SIDA en Afrique restait bas. Geser et Burbaker poursuivaient, « Dans les cinq pays ayant le plus grand nombre de cas rapportés les chiffres cumulés à la mi 1987 étaient les suivants : Ouganda 1 138, Tanzanie 1 130, Rwanda 705, Kenya 625 et Zaïre 335.

J'avais planifié un voyage de recherche qui intégrait les pays qui avaient bénéficié des plus grandes sommes d'aide internationale pour la recherche du SIDA. Ce qui nous emmena, Bialy, Farber (qui était en train d'écrire une rubrique sur le SIDA) et moi-même, d'abord en Côte d'Ivoire et ensuite vers l'Est pour l'Ouganda, la Tanzanie et le Kenya. Dans chaque pays nous avons visité des hôpitaux et des laboratoires, et parlé à des scientifiques, des médecins, des malades et des travailleurs sanitaires, certains étaient convaincus de l'hypothèse virus/SIDA et un nombre surprenant qui ne l'étaient pas. Nous allions nous appuyer fortement sur la considérable expérience de Harvey Bialy en Afrique, sur sa crédibilité de biologiste moléculaire et sur ses impressions sur le tableau actuel du SIDA à la suite de notre large voyage de recherche que nous avions fait ensemble. Voilà comment il donna plus tard le ton pour notre film : « De par mon examen de la documentation ainsi que de mon expérience personnelle à propos de ce qu'on appelle les centres du SIDA en Afrique, je ne peux pas trouver de preuve crédible, convaincante que l'Afrique soit au centre d'une nouvelle épidémie

d'immunodéficience infectieuse ». Je suis revenue sur mes pas par la suite lorsque je retournais avec mon équipe de tournage, mais un autre fait marquant de notre voyage de recherche mérite d'être souligné.

Philippe Krynen, qui travaillait à Bukoba en Tanzanie pour une organisation humanitaire française appelée Partage, avait envoyé un fax à notre hôtel de Kampala pour nous dire que nous devrions le rencontrer à la frontière ougandaise avec la Tanzanie. « C'est trop difficile de faire traverser la voiture », avait écrit Krynen, « donc laissez votre voiture et traversez le no man's land à l'endroit où il y a un arbre. Je serai dessous ». Et il était bien là-bas, en jeans, avec des bottes de cow-boy, une chemise à col ouvert, un homme souple, infatigable avec des traits déterminés et une énergie inépuisable. Krynen était furieux de la manière dont les chiffres du SIDA étaient faussés et exagérés dans sa région autour du lac Victoria, et il avait réussi à faire participer tout un village dans son projet de secteur afin de se porter volontaire pour être testé dans le but de 'découvrir la vérité'. Il était venu avec quelques membres de son équipe, nous sommes donc passés dans une petite pièce où ils vendaient de la bière et des boissons non alcoolisées, et avons parlé des heures au sujet de son travail et sur la colère qu'il ressentait de la manière dont les communautés dont il s'occupait étaient en train de devenir démoralisées et physiquement atteintes à cause des campagnes de terreur d'épidémie du SIDA. C'était lors de cette rencontre que Krynen nous avait dit qu'il annoncerait les résultats de sa propre surveillance du VIH à la prochaine conférence africaine du SIDA à Yaoundé au Cameroun. Nous nous sommes mis d'accord pour nous rencontrer là-bas et filmer son annonce.

Pour quelle raison l'Afrique fut elle accusée d'être responsable du SIDA ?

Au milieu des années 1980, il était communément admis que le SIDA était originaire d'Afrique. C'était le Dr Kevin de Cock de l'Institut d'Hygiène et de Médecine Tropicale qui avait ouvert le bal en suggérant que le SIDA était 'une vieille maladie venue d'Afrique'.

Ensuite Robert Gallo, en compagnie de son collègue Max Essex entrèrent dans la danse et avancèrent l'hypothèse du singe – qu'un virus du singe vert africain avait sauté la barrière d'espèce pour infecter les humains et pour aller ensuite se répandre dans le monde entier. Puis le Dr Anthony Pinching de l'Hôpital Ste Marie à Londres rajouta l'idée que les gens d'Afrique centrale avaient des prédispositions génétiques pour être infectés par le VIH. Ensuite, un scientifique de Cambridge, Abraham Karpas, attira l'attention sur un obscur travail anthropologique dans lequel l'auteur affirmait que c'était une coutume locale pour les hommes et les femmes proches des rives du lac Victoria de s'inoculer du sang de singe dans les lombes comme aphrodisiaque. Encore en 1992, lorsque la plupart des scientifiques avaient tranquillement laissé tomber la connexion africaine, le professeur Roy Anderson de l'Imperial College de Londres déclarait encore que « Le virus du SIDA a presque sûrement son origine en Afrique ».

Ces théories n'avaient absolument aucun fondement scientifique. C'étaient des pièces de pure spéculation des 'gardiens de la sagesse' mais elles firent des dommages incommensurables à l'Afrique et à ses habitants. A la fin, Pinching admit que sa théorie était basée sur des données erronées. La théorie du singe fut jetée par la fenêtre lorsque des biologistes moléculaires japonais découvrirent que le virus du singe vert (en anglais Simian Immunodeficiency Virus ou SIV – NdT) différait de plus de 50% lorsqu'on le comparait au VIH. Ils conclurent qu'il n'y avait pas de relation génétique entre le virus humain et celui du singe. Le Dr Alan Cantwell, écrivant pour le *New African* dit :

L'origine africaine du SIDA a été démystifiée par plusieurs études épidémiologiques. Lorsqu'une équipe de scientifiques dirigée par J.W. Carswell a testé le sang de personnes âgées sexuellement inactives vivant dans des foyers gériatriques de la capitale ougandaise de Kampala… l'équipe découvrit qu'aucune de ces personnes âgées ne testait positivement aux anticorps du VIH. En 1986 l'étude conclut que le virus n'était pas présent en Ouganda depuis un bon moment.

Une autre étude importante du professeur G. Hunsmann, directeur du département de virologie et d'immunologie à l'Université de

Göttingen, a eu accès à plus de 6 000 échantillons de sérums congelés et stockés provenant de toute l'Afrique centrale. L'étude conclut, « moins d'un sujet pour mille était séropositif pour le SIDA au moment du prélèvement avant 1985, ce qui ne conforte pas l'hypothèse que la maladie est originaire d'Afrique ». Les découvertes de Hunsmann de 0,1% de positifs au VIH dans l'ensemble de la population était effectivement très bas. C'était même plus bas que les chiffres des personnes séropositives au VIH aux Etats-Unis de la même époque qui étaient entre 0,2 et 3% de la population.

Deux livres traitent bien ce domaine, s'attaquant à la fois aux questions scientifiques et aux attitudes racistes qui étaient impliquées dans l'association du SIDA avec l'Afrique – *C'est quoi le SIDA ?* du Dr Félix Konotey-Ahulu et *SIDA, l'Afrique et le Racisme* de Richard et Rosalind Chirimuuta. Konotey-Ahulu avait été préoccupé depuis un moment au sujet de faux rapports sur le SIDA en Afrique. A la suite d'un voyage à travers l'Afrique en 1987, il écrivit au *Lancet* : « Pour quelle raison les médias de Monde entier semblent avoir conspiré avec quelques scientifiques pour devenir extravagants avec les contre-vérités d'une manière si gratuite ? - c'était la question qui revenait le plus souvent dans les esprits des Africains et Européens intelligents que j'ai rencontrés durant mon voyage ». Richard Chirimuuta avait décrit comment 'l'accusation de l'Afrique' avait entraîné un flot de spéculations absurdes et préjudiciables au sujet du 'comportement des Africains'.

Il y avait beaucoup, beaucoup d'exemples, mais l'un d'entre eux c'est que les Africains donnaient à leurs enfants des singes morts comme jouet pour s'amuser et il y avait tout ce non-sens que les Africains étaient bien plus portés à la promiscuité sexuelle que tous les autres humains. Et je pourrais continuer et continuer. Que les Africains croient que le seul remède contre le SIDA était de dormir avec des vierges et que c'est pour cette raison que le SIDA s'était tellement propagé en Afrique. La plupart de ces exemples étaient fondés sur le racisme ou des préjugés racistes à l'encontre des Africains. Ces allégations que les Africains étaient plus portés à la promiscuité que le reste de la race humaine étaient infondées. D'un point de vue scientifique elles n'avaient aucun sens. En fait, lorsqu'ils ont envoyé

des équipes de chercheurs, de sociologues et d'anthropologues en Afrique, ils étaient stupéfaits de voir que les Africains étaient en fait bien plus conservateurs dans leurs pratiques sexuelles.

La réaction en chaîne de ces spéculations oiseuses par des gens comme Gallo, Essex, Pinching et Karpas étaient très graves. Elles ont conduit à l'ostracisme et à la mise à l'écart d'étudiants africains qui bénéficiaient de bourses à l'étranger ; elles ont conduit en Afrique à une fièvre de dépistage du VIH par les gouvernements étrangers et les chercheurs de projets dans les universités, puisant dans les services, prélevant du sang, l'envoyant par avion et inventant des estimations de l'incidence du VIH et du SIDA grossièrement exagérées pour le pays et pour le continent. Elles ont conduit à des flots d'argent provenant d'organismes d'aide tels que l'Agence du Royaume Uni pour le Développement Outre-Mer, le MRC (rappel : Medical Research Center – NdT), la Communauté Européenne, l'OMS, l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), le NIH (rappel : National Institute of Health – NdT), les Centres de Contrôle des Maladies (CDC), et d'innombrables associations non-gouvernementales, qui à leur tour mirent sur pied des laboratoires d'analyses ou initiaient des programmes d'éducation sexuelle et organisaient la distribution de préservatifs.

Il y a eu deux conséquences désastreuses de toute cette activité malavisée. Les estimations des taux de séropositivité et de SIDA montèrent en flèche hors de tout contrôle, entraînant des prédictions, comme celles du professeur Roy Anderson de l'Imperial College de Londres, d'une pandémie qui mènerait à une diminution de la population et à des troubles sociaux et politiques sur le continent africain. Mais la répercussion la plus grave a été la mise à l'écart progressif des vrais tueurs en Afrique – la malaria, la tuberculose et les infections parasitaires. Il n'y avait que peu ou plus d'argent pour les médicaments et le contrôle de ces maladies. Les 'évangélistes du préservatif' et les 'missionnaires des rapports sexuels protégés', comme les nomme Charles Geshekter, avaient emporté le morceau, pendant qu'on laissait mourir de plus en plus de gens de maladies qui auraient pu par ailleurs être traitées sans le manque de médicaments basiques.

Geshekter, professeur d'histoire de l'Afrique à l'Université d'Etat de Californie à Chico résume la situation par les mots suivants :

Les Africains meurent souvent de symptômes 'de type SIDA' après que leurs systèmes immunitaires aient été affaiblis par la malaria, la tuberculose, le choléra ou des infections parasitaires. Les maladies vénériennes non traitées peuvent également détériorer l'immunité de quelqu'un, rendant la victime susceptible d'être infectée.

Appeler SIDA ces décès et prétendre que c'est endémique offre d'alléchantes opportunités pour les agences de développement, pour les chercheurs universitaires et biomédicaux qui réclament à cor et à cri plus d'argent et plus d'intervention de l'Etat.

Perpétuer le mythe d'une 'épidémie de SIDA africain' provoquée par une promiscuité sexuelle renforce la dépendance de l'Afrique à des injections d'aide occidentale pour des tests de diagnostics, des équipements de stérilisation de haute technologie, du personnel médical et des thérapies médicamenteuses.

C'est la politique de sous-développement et non les rapports hétérosexuels qui mettent en péril les vies africaines. De mauvaises récoltes, la pauvreté rurale, les migrations de main-d'œuvre, l'entassement urbain, la dégradation écologique et la violence sadique des guerres civiles coûtent bien plus de vies. Lorsque les services essentiels de l'eau, de l'énergie et du transport s'effondrent, l'état sanitaire de la population se détériore et les risques de choléra et de dysenterie augmentent. La pauvreté est le meilleur indicateur des maladies diagnostiquées SIDA.

Bukoba, Tanzanie : Un Dissident du SIDA en Première Ligne

Les reportages et les images à la télévision au sujet de l'Afrique ont été d'une horreur absolue. L'OMS décrivait l'Afrique sub-saharienne comme ayant les taux d'infection au VIH les plus élevés au monde – on estimait un sur 40 adultes – et prédisait qu'à la fin du siècle il y aurait un demi-million de morts par an. « Il y a plus de gens qui

meurent » était la phrase que nous entendions toujours. Mais ce que nous avons découvert lors de notre voyage de recherches c'est qu'il est impossible de comparer les décès 'avant' et 'maintenant' parce que les décès ne sont enregistrés dans aucun des pays que nous avons visités. Nous savions également que les chiffres du VIH et du SIDA étaient largement surévalués par les agences internationales et par les responsables gouvernementaux corrompus. Les agences internationales étaient inondées de financements pour la recherche du SIDA dans le Tiers Monde et pour des programmes d'éducation sexuelle. Elles voulaient rentrer dans les pays africains, et dans le même esprit, de nombreux responsables de la santé africains, désireux de leur soutirer de l'argent, étaient heureux d'attiser les flammes de la panique du SIDA en gonflant leurs estimations des cas de SIDA et de tests VIH positifs.

En Afrique la grande majorité des cas de SIDA n'étaient pas diagnostiqués à l'aide de tests VIH ; ceux-ci étaient trop chers pour un usage généralisé. Le SIDA était (et est encore) diagnostiqué au travers des lignes directrices fixées dans la définition des cas cliniques par l'OMS à Bangui. C'est-à dire qu'en réalité ils n'étaient pas testés pour le VIH mais étaient diagnostiqués positifs ou négatifs sur la base d'une association de symptômes. On appelle cela le diagnostic de présomption. Le problème c'est que l'association de symptômes requise pour un diagnostic de SIDA (fièvre prolongée, diarrhée, toux sèche) était impossible à distinguer des vieilles maladies établies telles que la tuberculose et la malaria.

Avec le voyage de recherche derrière nous, nous sommes retournés tourner en décembre 1992. Une fois de plus Philippe Krynen nous attendait à la frontière Ouganda/Tanzanie. Krynen et sa femme Evelyne vivaient dans une maison sur une colline surplombant la ville de Bukoba avec une vue magnifique sur le lac Victoria. A côté de la maison se trouvait leur petite clinique pour enfants malades. L'équipe de Krynen apportait des soins médicaux, de l'instruction scolaire et de l'aide pour les enfants d'une quinzaine de villages dispersés sur une vaste région s'étendant sur plus de 1 600 kilomètres carrés (soit un carré de 40 x40 kms – NdT). Dans cette communauté la crainte du SIDA était si grande que Philippe avait eu du mal à susciter une aide

de la communauté pour les enfants. « Comment pouvez-vous demander à des personnes qui croient qu'elles vont mourir demain, comment pouvez-vous leur demander d'envisager l'avenir que sont ces enfants ? Ils abandonnent, ils n'investissent pas. Ils ne veulent pas travailler dans le Kagera du Nord parce qu'ils pensent qu'ils vont mourir du SIDA, où le contracter ».

Philippe et Evelyne étaient convaincus que si les personnes qui se sont révélées être séropositives recevaient les soins et le soutien appropriés, ils pouvaient guérir. C'est exactement ce qui survint à Lucy, une de leurs jeunes stagiaires qui était orpheline. Lucy était devenue malade avec des infections répétées et elle avait perdu plus de 10 kilos. Elle devint très renfermée et tout le monde pensait qu'elle avait le SIDA. Philippe se fit tellement de souci pour elle qu'il l'emmena à l'hôpital local où il découvrit qu'elle avait été diagnostiquée positive au VIH dans un test de dépistage non confirmé. Philippe et sa femme décidèrent de soutenir Lucy et de l'aider à regagner sa position au sein de la communauté. Ils la sortirent de sa petite hutte et construisirent pour elle une maison en ciment et lui offrirent un travail avec plus de responsabilité et une meilleure paye. Philippe raconte :

Et lentement, au bout de quatre ou cinq mois Lucy commença à guérir, à prendre du poids. ... Et parce qu'elle prenait du poids ses amis commencèrent à la regarder différemment, à ne pas la mettre à l'écart et à ne pas avoir peur d'elle, parce qu'ils commencèrent à se poser la question si elle avait ou non le SIDA. Il est très rare que vous voyiez des personnes qui ont été stigmatisées par le SIDA et qui ne sont pas décédées quelques mois plus tard. Donc Lucy était une des premières personnes qui, parce que nous n'avions pas accepté l'étiquette SIDA qui était sur elle, avait guéri et était la preuve apportée à la communauté que l'on peut guérir de tels épisodes.

Lors de trois tests successifs Lucy se révéla être négative au VIH. Elle est juste un exemple de la masse de statistiques VIH défectueuses qui empoisonnent l'Afrique, et de l'imprécision des tests. Son test de dépistage initial qui n'était pas confirmé aura été inclus dans les chiffres des séropositifs des rapports officiels. Krynen avait décidé de conduire sa propre surveillance du VIH dans la région et allait

annoncer les résultats lors d'une conférence de presse à la prochaine conférence sur le SIDA au Cameroun.

Les campagnes de sensibilisation au VIH avaient amené la plupart des gens de la région à croire qu'ils étaient infectés et les publications de l'OMS avaient avancé le chiffre de plus de 60%. Krynen était sceptique. D'abord il avait remarqué que le nombre de soi-disant décès du SIDA avaient diminué dans sa région durant les deux dernières années. Il décida d'aller aux faits. D'abord il demanda à tous ses 160 employés s'ils étaient d'accord pour des tests VIH confirmés. Il trouva que 5% étaient positifs. Puis tout un village de 842 personnes se porta volontaire. Il trouva que 13,8% étaient positifs. Ces chiffres sont considérablement plus bas que les estimations précédentes pour cette région de Tanzanie. Krynen nous a dit : « Ceci est la première fois en Afrique qu'un village entier s'est porté volontaire dans son ensemble pour être testé pour une maladie mortelle. La vérité était cinq fois moindre que les chiffres donnés par le Programme de Contrôle du SIDA de l'OMS ». Par la suite Harvey Bialy confirma de manière succincte la position de Krynen :

Certains de ces tests sont tellement non-spécifiques que 80 à 90% des résultats positifs qui sont relevés sont de faux positifs. Ils réagissent à des anticorps qui ne sont pas spécifiques au VIH. Et quand on réalise que ces tests sont avancés dans un contexte dans lequel nous devons tester le plus de personnes possibles, le résultat inévitable c'est que l'Afrique – les chiffres du nombre d'infections au VIH – deviendront largement exagérés et nourriront une prophétie autoréalisatrice très, très mortifère.

Les résultats faux positifs des tests VIH

Un parcours sur le sujet au travers de la littérature scientifique du monde entier montrait que des réactions croisées pouvaient mener à de faux positifs chez les personnes atteintes de malaria, de tuberculose, de lèpre, de leishmaniose, de lupus, de la maladie de Chagas et de la maladie du sommeil. En 1991, sept donneurs du sang sur dix qui avaient été vaccinés contre le virus influenza étaient déclarés positifs

aux anticorps du VIH, mais testés à nouveau se révélèrent négatifs. Un exemple étonnant de faux résultats positifs est documenté dans une lettre du Dr Alexander Voevodin de l'Institut de Pneumologie de Moscou au *Lancet*. En 1991, une opération de dépistage de masse en Russie, sur 29,4 millions de tests 30 000 se sont révélés être de faux positifs avec seulement 66 confirmations.

La confusion qui entourait les diagnostics cliniques de SIDA avéré (par opposition à ceux se révélant positifs au VIH) posait également des problèmes. Dans une lettre au *Lancet* d'un groupe de médecins travaillant en Tanzanie, Andrew Swai écrivit : « Nous sommes inquiets au sujet de ces nouveaux malades diabétiques qui pouvaient penser à tort qu'ils avaient le SIDA ». Swai décrivait un homme ayant le diabète insulino-dépendant qui a failli mourir parce que le médecin qui le soignait pensait qu'il avait le SIDA et était réticent à faire quoi que ce soit avant de connaître les résultats du test VIH. « En Afrique tropicale les maladies fébriles sont souvent attribuées à la malaria. Dorénavant, à certains endroits, le SIDA est le diagnostic à la mode, fait par le public et par les médecins. De nombreux patients atteints de maladies que l'on sait traiter et guérir peuvent maintenant être condamnés s'ils ne bénéficient pas d'une évaluation correcte. L'éducation publique et médicale sur le SIDA devrait insister que les symptômes tels que ceux qui sont décrits ne sont pas propres au SIDA ».

Myron Essex lui-même, un membre éminent du groupe qui entoure Gallo surnommé le Bob Club, trouva au début une incidence de la positivité VIH au Zaïre très élevée. Elle dut être abaissée de 70% lorsqu'il a été prouvé que dans ces régions où le bacille de la lèpre était endémique, une réaction croisée donnait comme résultat un faux positif.

Retour à la région Rakai : le Piège de la Pauvreté Africaine

Une fois passée notre visite à Bukoba, nous sommes retournés en Ouganda. Sur le chemin nous nous sommes arrêtés dans la ville de

Kyotera où l'on nous avait donné d'autres contacts. Nous avions entendu que dès que des visiteurs étrangers arrivaient dans cette région, une représentation soigneusement orchestrée était mise en place. Tous les enfants étaient rassemblés et encouragés à lever leurs mains si on leur demandait s'ils étaient orphelins. En Ouganda, un enfant est appelé orphelin si un des parents est décédé. De nombreux enfants lèveraient leurs mains, ceux qui étaient de vrais orphelins, orphelins à moitié ou pas du tout orphelins (par exemple si leurs parents avaient émigré pour trouver du travail ailleurs en les laissant avec leurs grands-parents). Ces données seront retournées aux organisations humanitaires comme preuve d'une épidémie de SIDA chez les adultes. Nous avons rencontré Badru Ssemanda, responsable de la ville, qui était indigné par la manière dont le SIDA était manipulé dans sa région pour des raisons infâmes,

Les gens essayent de vivre de cela (du SIDA). Ils pensent que s'ils le font connaître et qu'ils l'exagèrent, ils gagneront la sympathie de la communauté internationale et recevront de l'aide, ou plutôt recevront de l'assistance. Nous avons besoin d'assistance mais non pas en bluffant les gens et en disant que les gens meurent à un taux qui n'est pas vrai.

Nous sommes ensuite allés inspecter le point local d'approvisionnement en eau, un bassin à odeur nauséabonde à côté des effluents des canalisations de la ville. Lorsqu'il pleuvait l'eau devenait encore plus contaminée. De nombreuses personnes n'avaient pas de quoi faire bouillir l'eau avant de la boire. Nous regardions les enfants plonger leurs récipients en plastique dans l'eau, les ressortir pour les poser sur la tête où ils étaient équilibrés avec grâce. Mais ces eaux étaient plus dangereuses que n'importe quel supposé virus. Ces eaux contenaient des infections et des parasites qui pouvaient peu à peu détruire le système immunitaire, même celui de l'homme le plus robuste.

Nous avons rencontré le journaliste radio ougandais Sam Mulondo qui nous a dit que lorsque les gens développaient une diarrhée ou d'autres infections, ils étaient tellement terrifiés que cela pourrait être le SIDA que leur état empirait et souvent ils mourraient. « Les gens meurent

psychologiquement. … Quelqu'un a une simple malaria, ils ont peur d'aller chez le médecin parce qu'ils seront étiquetés cas clinique de SIDA. … Les gens sont simplement laissés chez eux. Ils ne suivent aucun traitement, quel qu'il soit ».

Cette soirée là j'allais apprendre comment les ravages de la guerre civile de la précédente décennie avaient laissé cette ville et toute la région sans aucune infrastructure médicale ou sociale. Notre chauffeur, Yassin Balinda nous raconta de quelle manière il avait été un chef de section des forces de libération pour renverser le président Idi Amin. Il nous proposa de nous conduire pour un tour en ville. Lorsque nous sommes passés à côté d'un cinéma de plein-air j'étais curieuse de savoir pour quelle raison il y avait plus de personnes assises à l'extérieur des murs du cinéma qu'à l'intérieur. Puis je vis un nuage d'insectes, attirés par les lampadaires du cinéma et qui tombaient au sol. Les gens à l'extérieur du cinéma les attrapaient avec enthousiasme à l'aide de boîtes de conserve vides. « Des sauterelles », dit Yassin. « C'est une spécialité locale. Très nutritif et goûteux lorsqu'on les frit ».

Au centre de la ville, Yassin attira notre attention sur plusieurs bâtiments fissurés et inclinés qui avaient été touchés par des obus. « C'est nous qui avons fait cela », dit-il. « Nous devions le faire parce que nous pensions qu'il y avait des tireurs embusqués à l'intérieur. Mais finalement nous avons réalisé que la ville entière était désertée. Tout le monde s'était enfui dans la brousse et tous les bâtiments publics, hôpital, clinique et dispensaire étaient abandonnés. Il n'y avait plus personne. C'est resté comme cela un bon bout de temps ». Le jour suivant lorsque je pénétrais sur la place du village Rakai mon cœur battait rapidement. Est-ce que je pourrais trouver Gerald, le frère de Najemba ? Est-ce que Najemba serait vivante ? Puis nous vîmes Gerald qui marchait à notre rencontre. Après nos salutations je demandais de suite « Comment va Najemba ? » « Elle est à la bananeraie » dit Gerald. « Je vais l'appeler. Elle est très faible et on lui a demandé de quitter sa maison ». Najemba marchait lentement vers nous, respirant lourdement. Elle s'assit un moment avec nous et nous montra comment ses infections aux jambes avaient disparu avec les antibiotiques. « Comment te sens-tu maintenant ? » lui demandais-je.

« Je ne me sens pas trop mal mais ce qui me manque ce sont des choses à boire ».

Puis elle nous dit tristement qu'elle avait été expulsée de sa maison qui donnait sur la place parce que le village pensait qu'elle avait le SIDA, et elle devait des arriérés pour son loyer. Elle essayait de construire elle-même une petite hutte en pisé dans la bananeraie. Nous l'avons suivie là-bas et avons vu ce qui allait devenir sa tombe. Dans l'humidité de la bananeraie située en creux, infestée par les moustiques de la malaria elle avait réussi à construire quelques murs de glaise avec un toit sommaire de feuilles de palmiers. Nous lui avons demandé de nous dire à combien reviendrait quelques médicaments et un an de loyer pour son ancienne maison. Le total était de 74 Livres. Nous lui avons mis cette somme dans la main et dit au revoir. Si Najemba meurt, son décès sera imputé au SIDA, mais, d'après moi, les vraies causes de son décès auront été sa condition de vie misérable et la cruauté et l'humiliation de son rejet social.

Avant de quitter le village Rakai nous avons roulé vers le petit hôpital rural sur la colline. Il était complètement désert – aucun malade, aucun personnel et une grande salle vide avec des lits démontés posés contre les murs. C'était ce qu'on appelait l'épicentre du SIDA et il n'y avait aucun malade du SIDA en vue. Puis nous avons entendu un bruit et sommes rentrés dans une pièce adjacente où le seul malade était couché – un bébé de quatre mois avec des convulsions dues à la malaria. Les membres de sa famille étaient debout autour du lit ou assis par terre sur les talons tels une frise tragique et silencieuse. Les médicaments donnés par l'hôpital ne marchaient pas, le bébé en aurait eu besoin d'un plus fort qu'on ne trouvait qu'en ville, à une heure de route. Oui, il y avait une infirmière à laquelle nous pouvions parler mais elle était allée se coucher. Elle aussi avait la malaria.

Je grimpais vers une maisonnette et une femme qui avait vraiment l'air très malade en sortit pour me saluer. C'était l'infirmière Namuburu Maxensia, le seul membre du personnel de l'hôpital. Je lui dis qui nous étions et elle semblait désireuse de nous aider en nous donnant des informations. Toute malade qu'elle était, elle retourna à l'hôpital avec nous où elle déverrouilla une grande porte d'un placard en bois et nous

montra un stock de médicaments fourni gratuitement par le Programme des médicaments de première nécessité de l'OMS. Ces médicaments étaient autrefois gratuits pour les villageois mais, dans le cadre d'un nouveau plan, un tarif fixe réduit était demandé – comme si quelqu'un dans le village en avait les moyens. Voilà donc pourquoi Gerald ne pouvait plus se procurer des antibiotiques pour aider Najemba. L'infirmière Maxensia nous a dit qu'avant que le nouveau plan n'ait été introduit, l'hôpital était rempli et il y avait quelques fois 50 malades en consultation externe. « Mais maintenant nous recevons peu », dit-elle tristement, « parce qu'ils ne peuvent pas payer ».

Melanie Wangler, notre directrice de production, fit passer un chapeau à tous les membres de l'équipe et nous avons récolté assez d'argent pour envoyer le bébé malade en ville avec un camion de location. A ce moment-là un homme est monté sur la colline à moto pour voir ce que nous faisions. Il dit à l'infirmière Maxensia que nous n'avions pas la permission d'être là. Nous la remerciâmes et partîmes rapidement, nous dirigeant vers la route pour Kampala.

A quelques kilomètres du village Rakai, au milieu de la désolation nous avons remarqué une haie soigneusement taillée qui entourait une petite maison chic et un jardin. Dans l'allée il y avait une Toyota rutilante. « Qui habite ici ? » demandais-je à Sam Mulondo. « Le couple américain qui administre le programme de conseils sexuels de Rakai » répondit-il. Nous y sommes allés et avons trouvé un jeune homme en shorts avec une boucle d'oreille en or qui était dans la véranda et une jeune femme à l'intérieur de la maison. Tous deux étaient concentrés sur leurs ordinateurs portables. Nous avons échangé les salutations et sommes partis rapidement. Je me sentais mal. Ils étaient là, les 'évangélistes du préservatif ', bien à l'abri dans leur district. Les 'missionnaires des relations sexuelles protégées' faisaient des sorties occasionnelles avec des préservatifs fourrés dans l'arrière de leur Toyota, disant aux gens de Rakai que c'était de leur faute s'ils étaient malades parce qu'ils avaient fait l'amour avec une nouvelle personne.

Kampala (Ouganda)

Est-ce que la Tuberculose et la Malaria sont appelées SIDA ?

Le fléau, bien intentionné mais malavisé, de la redéfinition des problèmes de l'Afrique et de l'imposition de leurs solutions par les Occidentaux a été très bien décrit par le ministre de la Santé ougandais, le Dr James Makumbi :

Nous avons plus de 700 organisations non gouvernementales qui opèrent sur le territoire en Ouganda. Cela soulève des problèmes, parce que seul un petit nombre fait un très bon travail. Mais pour un bon nombre d'entre elles, mon ministère n'a pas connaissance de ce qu'elles font réellement, et il n'y a aucun moyen de les évaluer. Malheureusement, bon nombre d'entre elles entrent précipitamment dans le pays, collectent des données et repartent avec, et nous en entendons à nouveau parler lorsque c'est imprimé dans les journaux. Et nous n'avons eu aucun apport. Une certaine partie du travail a été fait dans des zones très réduites, qui ne reflètent pas le reste du pays.

A cause du problème de la redéfinition du SIDA, faire face à la malaria, une maladie guérissable, avait été gravement négligé suite aux restrictions budgétaires sur la surveillance et le traitement. En 1992, le budget de l'OMS pour la surveillance de la malaria était de moins de 57 000 dollars alors que le financement de tous les organismes du SIDA dépassait 6 millions de dollars.

L'hôpital Mulago a une longue tradition d'excellence en médecine tropicale. Séparé de quelques centaines de mètres du bâtiment principal en béton, il y a un complexe de huttes basses entourées d'un haut grillage avec des barbelés. Ceci est le Vieil Hôpital des Tuberculeux de Mulago. Le Dr Martin Okot-Nwang, un des principaux spécialistes ougandais de la tuberculose, me montra l'une de ses salles. Il était inquiet de la manière dont les statistiques du SIDA étaient faussement rapportés. Il admettait que les cas de tuberculose avaient augmenté lors des dernières années et en expliqua les raisons. « Nous venons de traverser un ensemble de conflits dans le pays, et cela a entraîné la destruction de nos services de santé. Il n'est pas rare qu'après la guerre et la famine il y ait des poussées de maladies

infectieuses ou transmissibles parmi lesquelles on trouve la tuberculose.

L'essor des cas de tuberculose en Afrique avait poussé certains scientifiques à spéculer sur le fait que le VIH rendait les gens plus susceptibles à la maladie et que les tuberculeux qui sont positifs au VIH ont un portrait médical différent – ils 'attrapent plus d'infections et meurent plus vite'. Néanmoins il est difficile de trouver une preuve à cela. Ce qui est documenté c'est que des défauts dans la définition du cas clinique, celui-ci étant la combinaison de symptômes dont on se sert pour diagnostiquer le SIDA sans test VIH, se sont traduits par le fait que de nombreux cas de tuberculose ont été par erreur appelés SIDA. Okot-Nwang nous a dit :

Un malade qui a la tuberculose et est positif au VIH ressemblerait exactement à un malade qui a la tuberculose et qui est négatif au VIH. Cliniquement parlant, les deux malades pourraient présenter une fièvre prolongée, les deux malades pourraient présenter une perte de poids, les deux malades pourraient même présenter une toux prolongée, et dans les deux cas la toux pourrait produire la même chose. Donc, cliniquement parlant, je ne peux pas différencier les deux. Même si je regarde leurs analyses sanguines je risque de trouver des similitudes entre les deux groupes.

Dans le passé, seule la tuberculose extra pulmonaire, non pas la tuberculose des poumons était classée comme SIDA par les Centres Américains du Contrôle des Maladies, mais la tuberculose pulmonaire fut ajoutée à leur liste en janvier 1993. J'ai soulevé cela au Dr Okot-Nwang. Il a simplement ri et dit, « Je pense que s'ils incluent la tuberculose pulmonaire dans les cas définis comme SIDA alors toutes les tuberculoses en Afrique – presque toutes les tuberculoses en Afrique – seront un SIDA ». J'ai quitté le Dr Okot-Nwang avec un sentiment d'effroi alors que ses mots résonnaient dans mon esprit. Si toutes les tuberculoses d'Afrique sont appelées SIDA alors de plus en plus de tuberculeux seront complètement abandonnés 'parce qu'ils mourront de toutes façons'. Là où les tentatives de traitement étaient faites, nous serions de retour dans ce vieux cercle vicieux – l'argent pour la tuberculose sera détourné en conseils en matière de sexualité et

en préservatifs – il ne restera pas d'argent pour le traitement de la tuberculose.

Yaoundé (Cameroun)

Conférence Internationale Africaine sur le SIDA

La septième conférence internationale africaine sur le SIDA à Yaoundé au Cameroun était vraiment un grand événement, réunissant toutes les personnalités nationales et internationales du cercle du SIDA. Des fontaines à jets diffusaient de la lumière sur de grandes limousines à chauffeur qui entraient et sortaient du parvis, embarquant et transportant des ambassadeurs, des officiels des Nations Unies et de l'OMS, des 'scientifiques éminents' et des représentants des laboratoires pharmaceutiques.

A l'intérieur, un fourmillement de plus de 2 000 délégués dans ce qui ne peut être décrit que comme 'un bazar du SIDA'. Stand après stand on vendait tout l'éventail des kits de test VIH, y compris le test rapide à bandelette réactive. Des remèdes du SIDA étaient proposés ; des dessins animés sur les rapports protégés ; et au stand central, alors que des jeunes femmes en T-shirts blancs vous offraient des préservatifs de toutes les tailles et de toutes les couleurs dont vous pourriez rêver, un jeune homme en costume noir tenait en l'air un énorme pénis sculpté de couleur ébène tandis qu'il enroulait et déroulait lentement un préservatif autour de celui-ci.

Philippe Krynen était arrivé pour donner sa conférence de presse. Le public, dans cet environnement d'engagement total à l'égard des ravages du VIH en Afrique, était hostile. Malgré cela, il s'en est bien sorti face aux attaques concertées des fonctionnaires de l'OMS et de la brigade des évangélistes du préservatif. Il a rendu compte de la surveillance qu'il avait mise en place dans sa région de Kagera en Tanzanie. Le nombre de décès dus au SIDA dans sa région avait baissé ces deux dernières années, dit-il, et les estimations officielles de séropositivité au VIH étaient largement gonflées. Alors que les publications de l'OMS avaient avancé les chiffres de séropositifs au

VIH à 60%, il n'avait trouvé que 5% de positifs parmi ses 160 employés. Lorsqu'il avait testé le village entier (842 volontaires) il a trouvé que 13,8% étaient positifs.

Ces chiffres sont plus élevés que les estimations du nombre de positifs des pays occidentaux, qui sont de moins de 1% mais sensiblement plus bas que les estimations antérieures pour cette région de Tanzanie. La raison de ce taux d'incidence VIH présumé plus élevé en Afrique est que les attaques persistantes sur les défenses immunitaires du corps par la maladie, la malnutrition et l'eau souillée produisent des anticorps qui peuvent produire de faux positifs avec les kits de test VIH.

En janvier 1995 j'ai reçu une carte de vœux pour la Nouvelle Année de Philippe Krynen de Bukoba. Depuis sa courageuse et franche attaque contre l'orthodoxie du SIDA africaine il y avait eu des projets visant à l'expulser de Tanzanie. Il en avait appelé au Président. « L'establishment du SIDA n'a pas été en mesure de se débarrasser de moi » a-t-il écrit.

Maintenant ils essayent de se débarrasser du programme (le projet Partage) lui-même. Pourquoi ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain ? Mais ce n'est pas aussi facile. Des lettres écœurantes envoyées de Tanzanie et de Bruxelles (l'association humanitaire Partage de Krynen avait reçu des fonds de la Communauté Européenne) nous coupent de nombreux sponsors. ... Mais l'argent n'est pas tout. Le soutien local, déclenché par toute cette boue dont on nous a couverts, a considérablement augmenté. A long terme nous nous porterons mieux lorsque les laboratoires perdront leurs subventions… L'édifice du VIH est sérieusement fissuré d'après ce que je peux entendre de ma brousse et (19)95 pourrait voir son enterrement.

Une nouvelle lettre de Bukoba d'octobre 1997 a dit « A cause de l'échec des prédictions, il (le SIDA) est aujourd'hui considéré comme un risque de santé mineur ».

Abidjan (Côte d'Ivoire) : Le Projet des Centres de Contrôle des Maladies Américains

Notre dernier lieu de tournage était Abidjan en Côte d'Ivoire. Nous savions qu'Abidjan était devenue une des voies à partir du Nigéria pour le trafic de drogue. Parce que les prostituées sont habituellement en première ligne de la consommation de drogue, nous avons voulu essayer de trouver quel effet cela pouvait avoir sur leur état de santé. Nous avons découvert qu'elles consommaient des drogues dures sous forme inhalables – à savoir l'héroïne et la cocaïne, dans des variantes frelatées. Ceci était un phénomène nouveau pour l'Afrique. Ces drogues avaient commencé à se faire une place à Abidjan en 1985/86. Elles étaient très répandues parmi certaines catégories de prostituées et celles-ci étaient les seules qui tombaient malades. On aurait dit que les prostituées sous la dépendance de ces substances avaient le SIDA parce qu'elles perdaient beaucoup de poids et commençaient à avoir l'air affaibli à la fois à cause des effets directs des drogues et parce qu'elles dépensaient le peu d'argent qu'elles avaient en drogues plutôt qu'en nourriture.

Les Centres de Contrôle de Maladies américains avaient établi un important projet de recherche à Abidjan, dirigé par le Dr Kevin de Cock. Le Dr Georgette Adjorlolo, qui travaillait avec lui, avait dirigé un projet de recherche de 5 ans dans une maternité de Koumassi. Bien que l'on dise que de plus en plus de femmes en Afrique seraient positives au VIH (50% du total alors qu'en Occident 90% sont des hommes) ce que ces femmes ne semblent pas montrer c'est une progression fréquente vers le SIDA.

La clinique VIH de Koumassi était en effervescence le matin où nous sommes arrivés. De magnifiques bébés dodus étaient en train d'être démaillotés par de belles femmes qui avaient l'air en bonne santé, habillées de tissus imprimés aux couleurs vives. Il était difficile de croire que toutes les femmes présentes étaient positives au VIH. On nous a dit que 80% des mères positives au VIH de cette clinique étaient en parfaite santé. Nous avons rencontré et interviewé deux mères et le Dr Séverin Sibailly commenta « D'une manière générale les deux femmes que nous venons de voir ce matin sont asymptomatiques. Elles ne présentent aucun signe du SIDA, mais le problème est que nous ne savons pas quand elles ont été infectées.

Mais ce qui nous déroute c'est le fait que de nombreuses femmes qui sont classées négatives remplissent les définitions du SIDA ».

Le Dr Adjorlolo ne doutait d'aucune façon que le VIH était la cause du SIDA, mais elle aussi était perplexe par les différences d'évolutions vers le SIDA. « Ces observations me portent à penser que ce n'est pas seulement le VIH – mais certains cofacteurs qui accélèrent l'apparition de la maladie – et peut-être d'autres facteurs tels que l'alimentation et des infections concomitantes ». Le professeur Kassi Manlan, un haut responsable des services de santé, était arrivé à une conclusion à peu près similaire : « Le virus est seulement un cofacteur. On peut peut-être dire que l'évolution vers le SIDA n'est pas inévitable – qu'il se pourrait que beaucoup de monde rencontre le virus d'immunodéficience humaine – certains auront le SIDA, d'autres non ».

Tout cela est très loin des messages avancés par les organismes internationaux sur le VIH et le SIDA que des millions d'Africains ont reçus durant les années précédentes. Les messages à la radio accompagnés par le roulement du tambour de la mort – le VIH t'aura, le SIDA te tuera – une terreur semée dans le cœur de chaque auditeur.

Le SIDA sans VIH

De toutes les énigmes qui se sont accumulées, la plus grande était le nombre croissant de cas de SIDA, définis sur des bases cliniques, sans VIH, *documentés réellement dans des journaux scientifiques*. En septembre 1992, une lettre de Duesberg dans *Science* porta l'attention sur plus de 800 cas de SIDA sans VIH, diagnostiqués cliniquement, documentés aux Etats-Unis et en Europe et jusqu'à 2 200 cas en Afrique qui tous remplissaient la définition du SIDA de l'OMS. Il se peut qu'il y en ait plus, disait Duesberg, et il faisait remarquer que seuls environ 50% de tous les cas de SIDA rapportés par les Centres de Contrôle des Maladies (CDC), avec des diagnostics basés uniquement sur leurs symptômes de maladie, avaient été testés au VIH. Parmi ceux qui étaient testés, 5% n'ont jamais montré de signe de VIH.

Par ailleurs, la chercheuse du SIDA Michelle Cochrane, qui travaillait à Berkeley, avait découvert qu'il pourrait y avoir beaucoup, beaucoup plus de cas de SIDA sans VIH. Elle avait trouvé que si une personne de San Francisco avait les symptômes du SIDA mais que le test était négatif, lui ou elle ne rentrait pas dans les statistiques officielles à moins de revenir pour la confirmation de leur statut négatif au VIH, ce qui, bien sûr, arrivait rarement parce que la majorité de ces cas ne retournait jamais et ainsi était perdue pour les statistiques. Ainsi, deux études africaines qui démontrent le SIDA sans VIH sont pertinentes ici. Au Ghana sur 227 malades souffrant de perte de poids, de diarrhée, de fièvre chronique, de tuberculose et de maladies neurologiques, après des tests anticorps et des tests supplémentaires de réaction en chaîne de la polymérase (PCR pour Polymerase Chain Réaction – NdT)), 135 (59%) se sont avérés négatifs au VIH. Dans les études de Kevin de Cock faites dans trois hôpitaux d'Abidjan, plus d'un tiers des cas qui n'étaient *pas* considérés SIDA, d'après la définition des symptômes de Bangui, étaient positifs au VIH et un tiers des cas qui étaient considérés SIDA étaient négatifs au VIH.

Lorsque nous avons rencontré Kari Brattegaard, responsable des laboratoires de Kevin de Cock, elle nous a dit qu'elle avait effectué les habituels tests anticorps VIH (ELISA) sur un certain nombre de patients dont la maladie était dormante et qu'elle avait eu un résultat de 70% de positifs au VIH. Mais lorsqu'elle a essayé de confirmer ces tests avec un deuxième test anticorps ELISA elle a trouvé que tous les tests étaient négatifs. Voilà qui apportait encore plus d'eau au moulin pour notre rencontre éventuelle avec de Cock lui-même. Il y avait un peu de confrontation dans mon interview avec le Dr de Cock, pour ne pas dire plus. Je lui ai demandé comment il pouvait expliquer les 2 400 cas documentés de SIDA de ses études et d'autres études qui se sont révélés être négatifs au VIH ? « Si nous parlons du SIDA nous devrions peut-être abandonner le mot et parler de la maladie VIH. Très bien. C'est très clair ce qui est une maladie VIH. Maintenant il n'est pas surprenant que la multitude de symptômes, de signes, et en effet les infections opportunistes, occasionnellement – occasionnellement – apparaissent chez des personnes sans infection du VIH ». Le Dr de Cock maintenait que ces cas négatifs au VIH pouvaient apparaître

comme étant des SIDA mais qu'ils étaient simplement des maladies qui ont été entraînées au fond du filet lorsqu'on rassemblait un grand nombre de patients dans des buts de recherche (données de surveillance) et non pour des soins aux malades. La partie pertinente de notre interview vaut la peine d'être soulignée.

Q : Ces 2 400 cas ont été appelés SIDA, à toutes fins pratiques, dans toute la littérature. Et pourtant vous nous dites qu'ils n'auraient pas dû être appelés SIDA. Mais ils étaient identiques au SIDA. Alors est-ce que vous nous dites …

R : (Dr de Cock) Mais ils étaient négatifs au VIH.

Q : Donc vous nous dites qu'il y a eu 2 400 erreurs de diagnostic ?

R : Parlez-vous de – nous parlons de la qualité des données de surveillance.

Q : Les cas documentés de SIDA avérés qui, lorsqu'ils étaient testés, étaient négatifs au VIH.

R : Eh bien, alors ce ne sont pas des cas de SIDA. Ce ne sont pas des SIDA dans le sens où nous parlons au sujet de la maladie VIH.

Q : Mais ils ont été appelés SIDA dans les documents. Ils ont été appelés cas cliniques de SIDA définition de Bangui. Voyez-vous ?

R : Bien sûr je vois. Chaque définition de cas, particulièrement une qui est clinique, ne va pas être parfaite.

Le commentaire de Bialy sur cet échange était : « Lorsqu'on a des images cliniques identiques, l'une avec des anticorps VIH, l'autre sans anticorps VIH – appeler l'une SIDA et pas l'autre est une absurdité manifeste. C'est une preuve irréfutable que le VIH n'est pas nécessaire pour la présence du SIDA, excepté par définition ». L'OMS a choisi d'exprimer les choses différemment. Lorsque le nombre de cas de SIDA sans VIH devint un problème à la conférence mondiale du SIDA d'Amsterdam en 1992, et que les journalistes se jetèrent sur le fait que le CDC et le NIH avaient passé sous silence ces chiffres, le Programme Mondial du SIDA de l'OMS a convoqué une réunion au plus haut niveau à Genève pour aborder la question. La réunion était

présidée par le Dr Kevin de Cock. On a annoncé que les cas de SIDA sans VIH étaient causés par un problème génétique qui pouvait mener à une immunodéficience irréversible. Ils donnèrent un nom à cette maladie nouvellement concoctée lymphocytopénie idiopathique CD4 (ICL). Idiopathique signifie 'aucun cas connu', donc en effet cette maladie nouvellement étiquetée décrivait simplement le fait que les cellules CD4 étaient exterminées, sans qu'on en connaisse la raison, causant par-là la déficience immunitaire sans qu'on en connaisse la raison.

Anthony Fauci, qui était alors à la tête de la recherche du SIDA au NIH américain, donna sa raison pour confirmer que l'ICL (ou cas de SIDA sans VIH) était différent du SIDA avec VIH. C'était parce que l'ICL était hétérogène et affectait beaucoup plus les femmes que ceux avec une maladie similaire avec le VIH (décrits comme SIDA). Duesberg détruisit rapidement la théorie de Fauci dans le journal *Bio/Technology* en nous rappelant que le VIH est accepté comme étant la cause de plus de 25 maladies hétérogènes et, au sujet des femmes, il attira notre attention sur le fait que l'orthodoxie accepte également que le VIH provoque le SIDA en Afrique où 50% des présumés cas positifs au VIH sont des femmes. Donc, il n'y a aucune différence entre l'ICL (SIDA sans VIH) et ce qui est appelé SIDA.

L'incertitude derrière la science entourant le SIDA en Afrique n'a jamais été correctement exposée. Pendant plus d'une décennie on a bourré le crâne des Africains avec une certitude terrible, que le VIH allait les tuer. L'effet avait été celui du sorcier pointant l'os – des milliers et des milliers de personnes sont décédées inutilement – traumatisées psychologiquement, stigmatisées et abandonnées. Le dernier mot venant d'Afrique pour le Dr Martin Okot-Nwang : « Ce qui garde un homme vigoureux et lui permet de continuer ce qu'il fait est son espoir dans le futur. Mais une fois que vous m'avez dit que j'étais positif au VIH alors vous m'avez délivré le message que j'allais mourir, et donc je n'ai plus d'énergie pour le futur ».

A la fin de 1995, le Sunday Times a publié un article de Steve Connor, l'un de nos critiques les plus injurieux, titré 'Baisse mondiale du SIDA prédite'. Connor publia :

Les scientifiques réexaminent leurs prédictions au sujet de l'épidémie de SIDA après avoir découvert que la propagation explosive du virus avait décliné en Ouganda, un des pays au Monde les plus affectés. (De plus), la baisse spectaculaire du nombre de jeunes gens qui sont infectés en Ouganda suit des taux en baisse en Grande Bretagne et en Thaïlande, ce qui permet d'espérer qu'une épidémie d'ampleur mondiale peut être inversée.

Chapitre 11

'Journal d'un Dissident du SIDA'

Batailles à Berlin : la Conférence Mondiale du SIDA à Berlin

Je pense que la vérité peut être suspendue, détournée, rejetée durant ce qui peut apparaître comme de longues périodes de temps mais je pense que c'est comme une espèce d'énergie. Je ne pense pas qu'elle puisse être détruite. Je pense que c'est plutôt comme un avion en phase d'attente. Il doit atterrir quelque part finalement.

Célia Farber

Je peux me rappeler d'avoir été allongée, mon dos sur le carrelage frais du porche de la maison du cousin de Hector. Nous étions dans une banlieue tranquille de Berlin et il était plus de minuit. Hector fumait une cigarette en s'appuyant sur la balustrade. Nous étions en train de nous remettre des vagues d'hostilité et de haine que notre présence à la Conférence Mondiale du SIDA de Berlin en 1993 avait suscitée. Cela faisait presque deux ans que le Dr Hector Gildemeister avait rejoint nos forces. Il avait passé quelque temps à Berlin durant son enfance avant de s'établir en Angleterre où il fut finalement diplômé de l'Université d'Oxford avec un doctorat de biochimie. Au moment même où Michael venait de débarquer (chez les dissidents de l'hypothèse VIH/SIDA -NdT), Hector avait fait de même, mettant à notre disposition sa remarquable intelligence et son sentiment d'indignation toujours présent au sujet des lacunes de l'hypothèse virus/SIDA et de ses disciples. Depuis 1987, les conférences mondiales sur le SIDA venaient et partaient et nous ne faisions simplement que d'en lire ce qui paraissait dans les journaux. Cette fois-ci nous avons décidé d'être là, d'observer et de filmer. Donc un autre film, *Journal d'un Dissident du SIDA* avait vu le jour, un peu à la grâce de Dieu, puisque cette fois-ci nous avions obtenu un financement par réseau.

Les deux raisons principales de notre présence à Berlin étaient de représenter les points de vue de plusieurs scientifiques de pointe qui, délibérément, n'avaient pas été invités à la conférence et qui remettaient en question le VIH comme étant la cause du SIDA et également de souligner que l'AZT qui était actuellement administré aux personnes positives au VIH, qu'elles soient malades ou non, était hautement toxique et que l'on avait démontré dans des études récentes qu'il n'apportait aucun bénéfice. Nous avions, à partir de là, fait la transition de simples observateurs indépendants d'un discours scientifique en avocats de l'une des parties.

Forcément la transition semblait difficilement conciliable à des journalistes médicaux qui, comme tous les autres journalistes,

préfèrent rapporter les différends plutôt que de se jeter eux-mêmes dans la mêlée. Mais dans notre cas, la virulence de l'opposition à notre questionnement sur ce qui était considéré comme de la sagesse était si forte que, en défendant notre intégrité, nous avons été conduits à creuser de plus en plus profondément dans les faits et les questions sur lesquels nos adversaires s'appuyaient. Et plus nous creusions, plus les questions à poser devenaient criantes. Par ailleurs, et cela doit être dit, nous avons trouvé assez déplaisant, pour ne pas dire alarmant, la rapidité et l'aisance avec lesquelles les scientifiques, dont toute l'éthique aurait dû être fondée sur la curiosité et le questionnement, pouvaient fermer leurs esprits au questionnement d'une hypothèse qui, au mieux, n'avait à ce jour mené à rien.

Alors que nous nous approchions de Berlin je réalisais que nous allions affronter 14 000 délégués qui croyaient que le VIH causait le SIDA, et des centaines de représentants de compagnies pharmaceutiques avec d'énormes intérêts financiers investis dans l'hypothèse virus/SIDA. Je me sentais comme David contre Goliath. Lors de notre première soirée nous avons rencontré le groupe de dissidents de Berlin qui s'étaient rassemblés sur une terrasse de café avec le dissident le plus important de tous, Peter Duesberg. Ironiquement, il était à Berlin pour rendre visite à sa mère. Sans surprise il n'avait pas été invité à la conférence et est rentré à Berkeley le jour suivant.

Nous avions avec nous une sélection de dossiers d'informations impressionnants, parmi lesquels des exemplaires du livre *Rethinking AIDS* (Repenser le SIDA – NdT) où l'on trouvait des contributions de scientifiques de renom, parmi lesquels Kary Mullis lauréat du Prix Nobel, qui contestaient l'hypothèse virus/SIDA. Nous avions également le dernier article publié par Duesberg avec ses 523 références. On nous a dit qu'on ne pouvait pas les présenter dans la salle de conférence de presse et les organisateurs de la conférence les confisquèrent rapidement. C'était le début d'une série d'événements démontrant la censure en vigueur qui avait pénétré dans la conférence et étouffait toute tentative d'ouvrir un débat qui pouvait remettre en question le VIH comme cause du SIDA et menacer l'establishment.

A la conférence de presse d'ouverture le président, le professeur Otto Habermehl fit une déclaration importante, dont la portée avait échappé à la plupart des présents. Jusqu'à présent l'orthodoxie avait résolument maintenu que si vous aviez le VIH vous aurez le SIDA et vous alliez mourir. Mais pour la première fois dans un forum ouvert de cette sorte, Habermehl avait dit que tous ceux qui avaient le VIH n'allaient pas progresser vers le SIDA. Le 8 juin était une des journées les plus chaudes de l'année à Berlin. En dehors du centre de conférence se tenait Christian Joswig, un des dissidents de Berlin, tel une sentinelle courageuse, brandissant une bannière protestant contre Wellcome et l'AZT. A l'intérieur du vaste complexe à air conditionné, Robert Gallo faisait son grand discours qui devait être suivi par la conférence de presse.

C'était le jour où nous allions affronter Robert Gallo. Nous avons écouté son discours dans la salle de presse où les journalistes, avides d'emporter une petite information d'espoir dans la bataille pour cibler le soi-disant virus mutant, regardaient les écrans de télévision avec un air de stupéfaction face au potpourri de paroles de mystification virale emballées dans d'énormes doses de vœux pieux. « Pour le futur c'est une possibilité théorique excitante. … Dans le futur cela pourrait avoir des effets dramatiques. … Vous pouvez vous imaginer, théoriquement, si cela pouvait marcher, quelle grande avancée cela serait ». Il n'y avait rien à quoi se raccrocher, rien d'extraordinaire sur le sujet et certainement rien pour remplir une colonne de journal. C'était comme essayer de manger de la soupe avec une fourchette.

La conférence de presse était tout autant fade – un tas de félicitations réciproques. Je pris alors ma chance. Je me suis levée et j'ai cité le point de vue de Root-Bernstein qui disait qu'à la fin du siècle nous allions connaître tout ce que l'on pouvait connaître sur le VIH mais rien au sujet du SIDA. J'ai mentionné l'affirmation de Duesberg qu'aucune des prédictions basées sur l'hypothèse VIH ne s'était réalisée, et qu'il n'y avait pas eu de propagation hétérosexuelle du SIDA. N'était-ce pas le moment de trouver des financements pour une réévaluation complète de l'hypothèse virus/SIDA qui ne soit pas dictée par une recherche sans fin de médicaments antirétroviraux nouveaux, inutiles et nuisibles à la santé ? De nombreux collègues journalistes

exprimèrent leur désapprobation manifeste en sifflant. Gallo s'arrêta un moment. Puis il s'arracha les cheveux dans un simulacre d'exaspération et répondit avec colère, « Je pense que le Dr Root-Bernstein ne sait pas de quoi il parle ». « Je demande une réponse appropriée » criai-je aussi fortement que possible parce qu'ils avaient coupé mon micro. Gallo signala au président de séance, l'attaché de presse Justin Westhoff, qu'il avait d'autres observations :

La réponse est, je pense qu'il [Root-Bernstein] se trompe. Et je pense que toute personne rationnelle qui se penche sur cela prudemment et lentement est arrivée à la même conclusion – c'est qu'il se trompe. Je n'influence pas les financements. Je fais mon travail. Je travaille sur le VIH et la cause de cette maladie. Je l'ai fait depuis 1984. Si vous et le Dr Bernstein ne le croient pas, qu'il en soit ainsi. Faite votre travail sur ce que vous pensez en être la cause et ne m'ennuyez pas.

Nous étions nombreux à savoir que le Dr Gallo avait fait l'objet d'une enquête durant trois ans par le Bureau Fédéral Américain de l'Intégrité de la Recherche et qu'en décembre 1992 il avait été déclaré coupable par ses pairs de fraude scientifique, accusation contre laquelle, à ce moment-là, il faisait appel. C'était au tour de notre collègue hollandais, Robert Laarhoven de poser une question. « Pourriez-vous me dire », dit-il, « si le Dr Gallo a été invité comme orateur principal à cette conférence avant ou après avoir été déclaré coupable de fraude scientifique, et si c'est après, pensez-vous qu'il soit acceptable qu'un scientifique qui a perdu sa crédibilité s'adresse à nous en ce moment ? ». Il y eût plus de sifflets dans l'assemblée, après quoi Justin Westhoff intervint. « Je ne vais pas répondre à cela. Nous n'en discuterons pas » dit-il. Tout à la fin, Robert eût la réponse suivante, « Pour quelle raison la conférence internationale sur le SIDA ne devrait-elle pas inviter deux chercheurs du SIDA aussi fructueux tels que le professeur Montagnier et le Dr Gallo ? ».

La fin de la séance fût animée. Martin Delaney, à la tête de Project Inform de San Francisco (association humanitaire qui informe, accompagne les malades et fait pression sur les politiques pour permettre aux malades de se soigner, le tout en adhérant à l'hypothèse VIH/SIDA - NdT), adversaire de longue date de Duesberg, devint

enragé par mon questionnement de la propagation hétérosexuelle du SIDA et se saisit brutalement de mon poignet. Hector s'en est ensuite mêlé pour me défendre, citant les chiffres quasiment inexistants pour la propagation hétérosexuelle au Royaume Uni. « Je me fous de chiffres du Royaume Uni » cria Delaney. Ce à quoi Hector le traita de « sinistre crétin ». Pendant ce temps Gallo avait quitté l'estrade, marché droit vers Robert Laarhoven et l'avait accusé d'être « cruel » avec lui. Mais en quelques secondes il était dans le hall principal à la rencontre des photographes de presse. Pendant que ses gardes du corps poussaient brutalement les journalistes de côté, Gallo les remercia pour la protection qu'ils lui offraient et 'alluma' son sourire pour la presse.

L'Investigation Gallo : Trois Enquêtes Séparées

L'investigation Gallo est probablement le meilleur exemple de la manière par laquelle l'orthodoxie dominante protège les siens. L'intégrité scientifique et le désir sincère de découvrir la vérité n'avait que peu à voir avec le résultat final de cet épisode désolant dans l'histoire de la science. Après tout, pour quelle raison le NIH voudrait-il voir son étoile la plus brillante tomber en disgrâce ? Tous les efforts pour protéger Gallo ont été fournis et ceci filtra dans la presse nationale et scientifique.

Comment un scientifique, que l'on avait vu commettre tellement d'erreurs, pouvait-il garder autant de pouvoir ? Et comment une hypothèse telle que celle du virus/SIDA, qui comportait tant de lacunes, pouvait-elle conserver autant de crédibilité alors que tant de scientifiques hautement respectés avaient suscité tellement de doutes à son sujet ? Pour quelle raison, à tout le moins, n'y avait-il aucune source de financement pour les sceptiques ? Dans un environnement vraiment empirique, une bonne pratique scientifique ne doit-elle pas mettre à l'épreuve toute hypothèse raisonnable ? Le fait qu'à la fois Gallo et son hypothèse sur le SIDA continuent à perdurer est

symptomatique de la manière dont le processus d'enquête scientifique sincère est, en lui-même, devenu non-scientifique dans la société occidentale.

Durant la dernière décennie, le pouvoir, l'ambition, l'avidité et la vanité l'ont emporté dans le labyrinthe de la vie politique et les intrigues byzantines qui entourent la 'haute science' de la biologie moléculaire. L'homme le plus puissant de la décennie aura été Gallo lui-même. Décrit par *Newsweek* comme étant l'un des 25 'innovateurs de pointe' des Etats-Unis, Gallo s'est vu décerner plus de 80 prix dans sa carrière et a présidé un laboratoire comprenant quelques 50 scientifiques et dont le budget était de 13 millions de dollars. Mais bien que son laboratoire avait été décrit par un fonctionnaire du gouvernement comme étant 'à la pointe de la science', en examinant plus de 100 articles pertinents de nos archives, il est clair que la plupart de ses anciens collègues ne l'appréciaient pas.

Les rivalités féroces et les jalousies abonderont toujours dans le monde fermé des laboratoires scientifiques hautement financés. Les histoires sur le laboratoire de Gallo sont légion et le thème récurrent est celui de la déception parmi ses assistants au sujet de la juste reconnaissance et de l'attribution entourant leur travail. Pour trouver ce qui fut identifié comme VIH, une lignée cellulaire permanente (ou immortalisée) était nécessaire dans laquelle le VIH pouvait se répliquer. Cette procédure devait être effectuée dans le laboratoire. Le passé a montré qu'il était notoirement difficile de produire la bonne lignée cellulaire permanente.

Dans un article percutant de *Science* écrit par Ellis Rubinstein, nous lisons comment les scientifiques, qui au départ ont mis en culture la lignée cellulaire permanente dont Gallo s'est servi pour trouver le VIH, ont ressenti la manière dont ils avaient été traités. Lorsque l'on recherche le VIH dans le sang d'un malade, il ne peut être trouvé qu'après avoir été cultivé dans un laboratoire utilisant une lignée cellulaire permanente. Ces lignées cellulaires sont généralement des cellules cancéreuses. Elles sont prélevées de patients individuels et restent dans le laboratoire. Elles sont souvent identifiées d'après les initiales du malade. Les scientifiques Adi Gazdar, Paul Bunn, John

Minna, Bernard Poiesz et Frank Ruscetti ont tous contribué à la croissance d'une lignée cellulaire appelée HUT78 dans laquelle le VIH pouvait se répliquer.

Ceci était la lignée cellulaire qui a été utilisée par Mikulas Popovic, virologiste en chef du laboratoire de Gallo, pour trouver le VIH. Pourtant, dans le laboratoire de Gallo le HUT78 changea mystérieusement de nom pour devenir le H9, permettant en cela de l'écarter de ceux qui l'avaient au départ cultivé. Les articles de Gallo sur le SIDA publiés dans *Science* prétendaient que le H9 était un dérivé d'une nouvelle lignée cellulaire appelée HT. Mais la recherche de John Crewdson dans les documents du laboratoire, révélés grâce à la procédure de liberté de l'information, confirmèrent que les notes manuscrites de Popovic montraient qu'il avait changé le nom de HUT78 en HT en décembre 1983.

Gazdar a déposé une plainte officielle au NIH. Il a demandé la reconnaissance de l'usage de sa propre lignée cellulaire et la prise en compte de son droit à des revenus pour le brevet qu'avait déposé Gallo au NIH. « Il ne s'agit pas seulement d'argent » avait-il dit dans *Science*, « Il s'agit d'attribution. Voilà une lignée cellulaire qui est utilisée dans le monde entier pour des tests de SIDA et personne ne sait que cela vient de mon laboratoire ». Rubinstein relate « Mais Gallo a dit à *Science* que la demande de crédits de Gazdar est 'une blague pathétique'. Gallo dit « Je ne considère pas cela (la découverte d'une lignée cellulaire – NdT) tellement génial. Dans mon esprit il n'y a pas de mérite pour une lignée cellulaire. Si cela arrive par accident que vous ayez une lignée cellulaire, et alors ? Nous n'avons pas déposé de brevet sur la lignée cellulaire, nous l'avons fait pour le processus ». Plus loin dans l'article Gallo est cité comme ayant dit :

Je devais me préoccuper et me concentrer sur le fait si nous pouvions avoir prouvé d'une manière incontestable en 1985 au lieu de 1987 si ceci (le VIH) provenait de la lignée HUT78 ? Peut-être en devait-il en être ainsi – Dieu sait que nous avions dit que c'était probable. Le fait est que nous aurions pu…. Le fait est que je n'ai jamais réellement pensé que c'était important. Et vraiment franchement je ne le pense toujours pas et je ne comprends pas les personnes qui le pensent ».

Eh bien il se peut que Gazdar ait pensé que le montant de deux années de revenus d'un brevet à 100 000 dollars l'an était important.

Gallo sous le feu des critiques

Le conflit initial entre Montagnier et Gallo pour savoir qui le premier avait découvert le VIH a été réglé en 1987 lorsque des juristes français et américains ont forgé un accord de compromis par lequel les 8 millions de dollars annuels provenant des royalties du brevet du test sanguin pour le VIH seraient partagés. Mais la situation continua à faire parler d'elle pendant deux autres années jusqu'à ce que, comme un coup de tonnerre, le journaliste d'investigation John Crewdson ne lance son attaque de 50 000 mots dans le *Chicago Tribune*. Il y décrivait Gallo comme étant « un scientifique influent et intimidant qui avait chassé le mauvais virus pendant plus d'un an, tout cela pour faire marche arrière et ressortir avec un quasi jumeau génétique du virus qui avait déjà été trouvé par ses collègues à Paris et qu'on lui avait envoyé quelques mois auparavant ». Crewdson concluait que Gallo avait obtenu le virus du SIDA du laboratoire de Montagnier « soit par accident soit par vol ».

Cela a conduit aux appels de l'Institut Pasteur (le laboratoire de Montagnier) à renégocier l'accord de 1987 et à demander la somme de 20 millions de dollars en réparation. Cela a également conduit le membre du Congrès John Dingell, un lanceur d'alerte très redouté dans les couloirs de la science, de demander une enquête immédiate. Dingell avait déjà enquêté sur des fautes scientifiques et financières de membres de l'équipe Gallo. Maintenant, dans une lettre à William Raub, patron de Gallo et directeur intérimaire du NIH, Dingell rugissait, « dans le passé le NIH a fermé les yeux sur des fautes commises par des scientifiques hauts placés financés par des fonds fédéraux. Nous espérons que cela ne sera pas le cas dans la situation présente, et que les allégations feront l'objet d'une enquête approfondie et que des mesures appropriées seront prises si nécessaire ».

Raub répondit qu'une enquête sur leur propre chercheur vedette Robert Gallo conduite par le Bureau de l'Intégrité Scientifique du NIH était en cours. Un panel de 11 scientifiques nommés par l'Académie Nationale des Sciences était chargé de cela. En octobre 1990 l'enquête fut transformée en procédure formelle d'examen à laquelle fut également associé le chercheur en chef de Gallo, Mikulas Popovic, qui avait été responsable de la culture des virus dans le laboratoire de Gallo durant la période critique 1983/84.

Il y avait au moins 12 points qui faisaient l'objet d'une enquête, parmi lesquels les accusations de perte de données, le refus de porter les contributions au crédit d'autres scientifiques et les faux démentis que le VIH avait été utilisé dans les cultures de Popovic. Mikulas Popovic avait adopté des méthodes inhabituelles pour cultiver le VIH. Il avait regroupé dix virus de dix malades puis les avait mis en culture. Un indice irréfutable était déjà apparu au travers des investigations de John Crewdson. James Swire, avocat de l'Institut Pasteur, avait reçu une lettre écrite à Popovic par un électro microscopiste à l'Institut National du Cancer qui avait étudié les cellules contenant les virus provenant du laboratoire de Gallo. La version originelle de la lettre, datée du 14 décembre 1983, disait que le virus LAV français avait été photographié avec succès en train de se développer dans des cultures. Mais lorsque Swire reçut en 1985 une autre copie de cette lettre en réponse à la requête de liberté d'information, toute mention du LAV avait été effacée. Plus tard Gallo nia avoir eu connaissance de cela.

La situation se compliqua encore davantage par l'affirmation de Gallo que les deux échantillons de VIH de Montagnier et de Gallo avaient été contaminés par le sang provenant d'un autre malade appelé Lai. Et alors ? dit Gallo dans une lettre à *Nature* qui résonnait de pharisaïsme moral. La ressemblance entre son virus et celui de Montagnier « semble maintenant expliquée … en bref rien de tout cela n'affecte l'histoire des événements importants écrits par Luc Montagnier et moi-même pour *Nature* en 1987 et pour *Scientific American* en 1988. Il est maintenant temps que cette période de controverse arrive à son terme et que pour nous tous nous concentrions nos efforts à mettre fin à la pandémie ».

Mais le sujet ne pouvait pas être si aisément balayé d'un revers de main. Simon Wain-Hobson, un chercheur de l'Institut Pasteur dit alors, « Nous savions tous que c'était une contamination qui datait de 1986. Pourquoi il lui (à Gallo) a fallu six ans pour l'admettre ? Nous avons fait un test sanguin à partir d'un virus qui avait été isolé en France, Gallo a fait un test sanguin à partir du même virus. Ça ce sont les faits ». Pendant ce temps, le député John Dingell était toujours sur le sentier de la guerre. Frustré par l'échec de n'avoir pu obtenir jusque-là une conclusion de fraude scientifique, Dingell déplaça la cible de son attaque sur Gallo de fraude à parjure et fraude sur le brevet, en liaison avec l'application de Gallo de son brevet de test VIH.

Le 31 décembre 1992, le *New York Times* publia un reportage en première page annonçant les résultats de l'enquête du Bureau de l'Intégrité de la Recherche. Gallo tout comme Popovic furent reconnus coupable de fraude scientifique. Les enquêteurs dirent que Gallo avait « faussement déclaré » un fait crucial dans son article scientifique de 1984, et avait intentionnellement induit des collègues en erreur afin de s'attribuer du mérite et de diminuer celui de ses adversaires français. Le rapport disait aussi que sa fausse déclaration avait « entravé le progrès potentiel de la recherche sur le SIDA » en détournant des scientifiques d'un travail potentiellement fructueux avec les chercheurs français.

Gallo et ses avocats avaient su écarter la plupart des objets initiaux de l'enquête, les réduisant aux trois pour lesquels il fut déclaré coupable de faute scientifique, laquelle se concentrait dans l'article de Gallo de 1984 qui annonçait sa découverte du VIH. Popovic nia toute culpabilité. Le commentaire de Gallo par le biais de son avocat Joe Onek était que malgré une enquête longue et intensive, « le Bureau de l'Intégrité de la Recherche ne put exprimer son désaccord qu'au sujet de quelques erreurs triviales et au sujet d'une seule de mes phrases que j'avais écrite ». La conclusion selon laquelle la phrase est fausse, dit Gallo, « est complètement injustifiée. Elle est basée sur une interprétation fausse de la phrase. Gallo dit que les conclusions de l'investigation « n'ont aucune incidence sur la validité et l'importance de la recherche sur le SIDA conduite dans mon laboratoire ». Gallo tout comme Popovic décidèrent de faire appel contre les conclusions.

C'était là le stade où les choses en étaient lorsque Robert Laarhoven souleva la question de la présence de Gallo à la Conférence Mondiale sur le SIDA de Berlin. Mais au moment où nous avions fini le montage de notre film, en novembre 1993, la situation avait à nouveau changé. La Commission des Recours du Département de la Santé et des Services à la Personne (composée de juristes et non de scientifiques) fit des recherches sur l'affaire Popovic d'abord et décida de nouveaux critères pour la définition de faute scientifique. 'L'intention de tromper' devait être prouvée. Sur cette base le Bureau de l'Intégrité de la Recherche décida qu'il devait laisser tomber l'affaire Gallo et les accusations de faute furent retirées. Les poteaux du but avaient à nouveau été déplacés afin de protéger l'orthodoxie.

Je peux me remémorer téléphonant à un Lyle Bivens, directeur du Bureau de l'Intégrité de la Recherche du NHI, qui était découragé. Lorsque je lui ai demandé comment il se sentait au sujet du retrait des accusations de faute contre Gallo il dit, « Je ne considère pas cela comme une victoire. Nous ne sommes pas d'accord avec les standards appliqués par la Commission des Recours, qui s'emploient dans le but de protéger les intérêts des scientifiques ». Il me dit qu'il n'y avait aucun doute que Gallo avait été reconnu coupable de faute par ses pairs scientifiques et que le Bureau de l'Intégrité de la Recherche maintenait toujours les faits de l'affaire. « Il (Gallo) a reconnu qu'il s'était trompé…. Entre vous et moi, à moins que vous n'arriviez à la mauvaise conclusion dans votre étude, vous pouvez vous en sortir avec n'importe quoi ».

Les Résultats de l'Essai Concorde : L'AZT ne Présente Aucun Bénéfice pour les Asymptomatiques

Après que la séance de Gallo se fut terminée, je suis tombée dans le hall sur un visage familier. C'était le professeur Kassi Manlan que nous avions rencontré en Côte d'Ivoire. Il a souri lorsqu'il nous a vu et puis son visage s'assombrit. « Je suis choqué par ce que vois ici. Les populations africaines sont humiliées à cette conférence ». Il avait assisté à plusieurs séances qui avaient traité de la prévention du SIDA

en Afrique. « Tout ce que j'ai pu voir c'étaient des femmes blanches enroulant des préservatifs sur de gros pénis noirs. C'est *très dégoutant* (en français dans le texte – NdT). Il me semble que le SIDA a donné carte blanche aux gens pour parler de sexe en public. Et c'est tout ce qu'ils font. L'atmosphère est à la fois salace et dégradante ».

Un des problèmes les plus importants abordés à cette conférence était l'AZT et la publication des résultats de l'étude Concorde. En avril, deux mois avant la conférence, les résultats de l'étude Concorde qui avait duré trois années avaient été publiés dans le *Lancet*. Concorde avait essayé de découvrir si cela présentait un avantage quelconque de donner le plus tôt possible de l'AZT à des personnes positives au VIH qui n'avaient pas les symptômes du SIDA, plutôt que d'attendre que les symptômes ne commencent à apparaître. Le groupe qui recevait l'AZT tôt était appelé 'le groupe immédiat' et celui qui recevait le médicament plus tard 'le groupe différé'. L'essai, mené conjointement à Paris et Londres, qui impliquait 1749 participants, concluait, « Concorde n'a montré, chez les personnes exemptes de symptômes, aucun bénéfice significatif de l'utilisation immédiate de la zidovudine (l'AZT) comparée à la thérapie différée en termes de survie ou de progression de la maladie ».

Ceci était un coup sévère pour Wellcome, qui avait pendant plusieurs années poussé pour un recours rapide à l'AZT, et un coup sévère pour tous les diagnostiqués positifs au VIH récents qui ont peut-être cru que l'AZT allait les aider. Non seulement l'AZT n'aidait pas, d'après Concorde, mais il provoquait *plus* d'effets secondaires graves et il y avait *plus* de décès dans le groupe qui avait été soumis le plus longtemps à l'AZT. Pour être précis, 95 personnes étaient décédées dans le groupe tôt (immédiat) et 76 dans le groupe tard (différé) – le groupe auquel on n'a pas donné de l'AZT avant que les malades ne présentent des symptômes. Un autre coup arriva lorsque le MRC (rappel : Medical Research Council – NdT) publia son communiqué de presse au sujet de Concorde. Le MRC, qui avait conduit l'essai avec son homologue français l'INSERM, annonça que bien que quatre études similaires précédentes, dont trois furent interrompues prématurément après moins d'une année, avaient trouvé un délai dans

la progression clinique du SIDA, « un tel délai n'avait pas été observé (dans Concorde) sur la période de suivi la plus longue ».

Des inquiétudes au sujet de possibles effets toxiques de l'AZT sur les bébés et jeunes enfants avaient conduit, quelques semaines plus tôt, à des manifestations devant l'Hôpital Great Ormond Street pour Enfants Malades. C'était là le centre d'un essai conduit par le professeur Catherine Peckham et le Dr Diana Gibb, appelé Réseau Pédiatrique Européen pour le Traitement du SIDA – Essai PENTA I, qui avait pour projet de donner de l'AZT à plus de 300 bébés séropositifs sans symptôme du SIDA dans toute l'Europe. La plupart des bébés qui étaient enrôlés au Royaume Uni dans l'essai étaient nés de mères africaines ayant une compréhension limitée de l'anglais. Quelques-unes des femmes étaient devenues très inquiètes que l'on donne de l'AZT à leurs enfants car elles avaient entendu parler de ses effets toxiques.

On m'a demandé de faire un reportage sur ce problème pour Sky News et j'ai rencontré plusieurs des femmes africaines dont les enfants étaient dans l'essai. Deux avaient décidé de se retirer de l'essai et avaient jeté le sirop AZT pour leur enfant. Deux autres me dirent qu'elles avaient peur que l'AZT ne porte atteinte à la santé de leur enfant mais n'osaient pas se retirer. George Galloway, médecin, avait abordé le problème et m'avait dit, « Si les gens savaient que ce médicament hautement toxique était administré à éventuellement des centaines de petits enfants – comme je le dis, la plupart d'entre eux étant des Noirs, la plupart n'ayant rien à dire, leurs parents n'ayant pas voix au chapitre dans la société anglaise, alors je pense que ces essais seraient arrêtés et je pense que toute la situation devrait faire l'objet d'une enquête du Gouvernement.

A l'une des conférences de presse à Berlin, Nikki Adams du Collectif Anglais des Prostituées, souleva le problème avec Ian Weller, « A la lumière de l'étude Concorde, considérez-vous qu'il devrait y avoir une réévaluation complète de l'étude PENTA ? … Iriez-vous jusqu'à dire que les essais devraient être arrêtés immédiatement ? ». Weller répondit, « Je pense que les gens auraient tort d'extrapoler les résultats d'un essai sur adultes sur un modèle enfant … C'est pourquoi je

soutiendrais la poursuite des essais chez les enfants de cette tranche d'âge ». « Même s'ils sont asymptomatiques ? » demanda Nikki. Weller qui dans le passé avait dit que lui-même ne donnerait pas de l'AZT à des malades asymptomatiques adultes répondit, « Même lorsqu'ils sont asymptomatiques, oui ».

C'est à ce moment que des nouvelles commencèrent à se répandre qu'il y avait eu un incident à l'extérieur impliquant le groupe activiste Act Up. Les membres d'Act Up étaient à Berlin en tant que 'dissidents officiels'. On nous avait dit dans la semaine qu'Act Up au Royaume Uni avait touché de Wellcome 60 000 Livres, avec lesquelles de nombreux membres s'étaient servi pour payer leur voyage à Berlin. Le contingent venant du Royaume Uni avait pris ombrage au sujet des affiches anti-Wellcome et anti-AZT de Christian Joswig, les lui avait arrachées et les avait brûlées.

Peter Schmidt, le collègue de Joswig qui avait filmé les événements pour son émission sur les dissidents du SIDA sur la chaîne de Berlin accessible par câble, s'est vu ordonner par la police allemande d'effacer la séquence de la bande. Pendant ce temps, la police avait ordonné à Robert Laarhoven de quitter le stand qu'il occupait dans la salle des conférences et l'avaient sorti. S'il essayait de re-rentrer dans le hall il serait arrêté. C'est un Laarhoven furieux qui dit, « Il est devenu très clair pour moi qu'il y a une censure très forte à l'encontre de l'information dissidente et je n'ai plus peur d'utiliser des mots tels que « fascisme du SIDA ». La tension au cours de ces derniers jours avait commencé à faire son effet. Plus aucun d'entre nous ne rigolait. L'hostilité était si forte, même au sein de notre propre confrérie de journalistes, que tout ce que nous pouvions faire chaque matin c'était de mettre nos visages dans un moule en béton et patauger dans une mer de visages renfrognés.

Nous avons été rejoints par Célia Farber, la journaliste qui s'était penchée sur ce qui cause le SIDA. « Lorsque je me promène ici je ressens que tout ceci est sans espoir », dit-elle. « Nous avons affaire à une infrastructure multimillionnaire en dollars gargantuesque. Pour qui nous prenons-nous ? De qui pensons-nous nous moquer ? Nous devons être comme Sisyphe poussant la balle vers le haut de la colline et la

laissant rouler de l'autre côté vers le bas ». Donc nous avons poussé la balle vers le haut de la colline à la dernière conférence de presse.

Le professeur Habermehl (le président de la conférence) allait-il s'excuser pour les actes de violence horribles et pour la censure rencontrés à la conférence, demanda Lauritsen ? Habermehl lui répondit par un 'non' sans détours. Lors du point presse d'ouverture Habermehl avait décrit les personnes qui remettaient en question le rôle du VIH comme 'mentalement instables'. C'était au tour de Célia de prendre fait et cause. Elle rappela à Habermehl qu'il y avait beaucoup de scientifiques distingués dans le Groupe pour la Réévaluation Scientifique du VIH. « Référez-vous au Dr Mullis (lauréat du Prix Nobel et inventeur de la réaction en chaîne par polymérase) », dit Célia, « qui est un de vos collègues 'mentalement instable'. Si vous n'étiez pas au courant de ceci, maintenant que vous avez été mis au courant, pourriez-vous envisager de vous excuser ? ». « J'aimerais vous faire une déclaration », dit Habermehl. « Je pense que ce n'était pas une bonne façon de dire 'perturbé mentalement' et je le changerai. Je dirai 'bizarre' ».

Londres : La Conférence sur les Essais de l'AZT

Au début 1993 nous avions formé un groupe à Londres appelé SCAM (Standing Committee on AZT Malpractice – Comité Permanent sur l'abus de l'AZT) présidé par l'écrivain Martin Walker, auteur de *Dirty Medicine* (La Médecine Sale). Le but du groupe était d'organiser une conférence à Londres sur l'AZT qui soulignerait les problèmes entourant Concorde et l'essai PENTA. La presse gay londonienne n'avait pas été coopérative et le Pink Paper avait en fait retiré notre annonce pour la conférence.

Le matin du 20 juin 1993, au Kingsway College de Londres, Martin Walker ouvrit le débat par un discours sur la manière dont les multinationales comme Wellcome peuvent user de leur influence :

Ce dont nous parlons c'est de la commercialisation d'un produit surcapitalisé très onéreux qui doit être vendu et doit atteindre quelque

chose aux environs de 400 ou 600 millions de Livres lors des trois ou quatre premières années de son existence. En général il faut une durée qui se situe entre cinq et douze ans pour qu'un nouveau médicament obtienne l'autorisation de mise sur le marché. L'AZT était passé au travers du système britannique d'octroi des licences par une procédure accélérée quand bien même il n'y avait pas eu d'essais en Grande Bretagne.

Il y avait beaucoup de jeunes hommes présents qui avaient été personnellement impliqués dans le débat sur le SIDA et l'AZT. Pascal de Bock, qui avait été bénévole dans notre bureau pendant une année, nous avait dit qu'il avait dû abandonner son emploi d'infirmier en chef du bloc opératoire lorsqu'il avait été diagnostiqué positif au VIH. Il avait pris l'AZT pendant trois ans puis il a eu une attaque.

Je me suis dit, bien, si l'AZT m'a été donné pendant trois ans et n'avait rien fait pour mon taux de cellules T4 ou pour ma santé, il y a quelque chose qui ne va pas là-dedans. Je décidais de mettre à la poubelle tous les médicaments que je prenais. Alors j'ai simplement mis à la poubelle le médicament contre les migraines, le médicament contre le VIH, tout. J'ai appris d'un autre groupe (Positively Healthy) comment retrouver ma responsabilité sur ma santé et donc j'ai été plus vivant.

Quatre années ont passé, Pascal est en bonne santé.

C'est à cette conférence que Duesberg, qui était arrivé de San Francisco, se focalisa sur une nouvelle information importante. Il cibla des informations règlementaires produites par Wellcome pour le Recueil des Fiches de Données du Royaume Uni et pour le Codex des médecins américains (en anglais le PDR pour Physicians' Desk Reference – NDT). Il était faux, annonça-t-il. Des études antérieures menées par Robert Gallo et Sam Broder prétendaient que l'AZT pouvait cibler le VIH et était 1 000 fois plus toxique pour le VIH qu'il ne l'était pour les cellules humaines saines. Ces découvertes avaient conduit à des niveaux de dosage recommandés dans les manuels des médecins. « Mais en même temps », disait Duesberg, « Plusieurs chercheurs ont également vérifié la toxicité de l'AZT et trouvé que le Dr Gallo avait fait une erreur d'un facteur 1 000. Ceci n'est pas une petite erreur mineure ». En d'autres mots, l'AZT était 1 000 fois plus

toxique pour les cellules saines que ce qui avait été affirmé jusqu'à présent.

« Donc », poursuivit Duesberg, « Gallo en toute bonne foi croyait, tout comme Burroughs Wellcome et Broder, que la thérapie AZT était justifiée parce que l'AZT est 1 000 fois moins toxique pour la cellule qu'il ne l'est pour le virus. Donc cette croyance doit clairement être remise en cause maintenant parce que ce résultat n'a pas pu être reproduit par quatre études indépendantes ». Les assertions de Duesberg ont ensuite été rapportées au MRC (Medical Research Council -NdT) en relation avec les plaintes du SCAM au sujet des études PENTA. Aucune mesure ne s'annonçait.

Bien que la conférence sur les essais de l'AZT avait attiré plus de 200 délégués du monde entier, elle n'eût qu'un impact faible dans la presse nationale et la presse gay. Mais, quelques semaines après la conférence un soutien arriva, et ce d'une source inattendue. *Capital Gay* avait publié un article, écrit par Graham McKerrow, son ex rédacteur en chef et à ce moment-là rédacteur en chef intérimaire, de titre 'Il est temps de lever la censure'. « J'écris en tant qu'éditeur qui a inventé le journalisme du SIDA dans ce pays », dit-il en déplorant le manque actuel de 'courants d'opinions' dans les comptes-rendus sur le SIDA dans la presse gay, qui se reposaient beaucoup trop sur de soi-disants experts du SIDA. Il dit qu'il était maintenant temps « que notre presse parle du VIH comme étant ' la cause *suspectée* du SIDA' ». (C'est moi qui souligne)

L'AZT et les bébés : les Essais PENTA

L'objet de notre tournage se tournait maintenant sur l'administration de l'AZT à des femmes enceintes, des bébés et des enfants positifs au VIH. Une étude aux USA (ACTG 076) où l'on avait donné de l'AZT à des femmes enceintes avait été abandonnée. Elle impliquait l'administration d'AZT par intraveineuse à des femmes en train d'accoucher, et du sirop d'AZT aux bébés à la naissance. Sous la pression de Neenya Ostrum du *New York Native*, les personnes en charge de l'essai révélèrent les données sur les 30 premières femmes.

Cela montrait que 10% des enfants nés de ces femmes avaient des anomalies congénitales rares. Certains étaient nés avec des doigts de la main et des pieds supplémentaires. Et cinq bébés étaient nés avec la neutropénie, une diminution d'un certain type de globules blancs (connu pour être un effet secondaire de l'AZT), qui apparemment s'inversait d'elle-même.

Nous avons poursuivi notre enquête sur l'essai PENTA à Londres et ailleurs en Europe où l'on avait administré de l'AZT à des bébés positifs ne présentant pas de symptôme du SIDA bien que l'essai Concorde n'avait montré aucun bénéfice pour les adultes dans les mêmes circonstances. Nous avons appris que sur les 35 enfants auxquels on avait donné de l'AZT dans l'essai PENTA, 15 d'entre eux avaient eu des maladies du sang à cause de l'effet toxique sur leur moëlle osseuse ; chez sept de ces derniers c'était assez sérieux pour devoir recourir à des transfusions sanguines. Le but de PENTA était de trouver à quel moment il fallait commencer à donner de l'AZT aux bébés et aux enfants. Le Dr Richard Nicholson, rédacteur en chef du *Bulletin of Medical Ethics* a dit, « Mais bon sang, à quoi ça sert de continuer un essai pour trouver le bon moment pour commencer à donner de l'AZT à des enfants positifs au VIH si vous n'avez pas de preuve concluante que l'AZT fait du bien aux enfants à n'importe quel stade ? ».

Une manifestation fut organisée par le SCAM – avec les GAG (Gays Against Genocide – Homosexuels contre le Génocide -NdT)), le Collectif des Prostituées Anglaises et les Femmes Noires pour le Salaire des Tâches Ménagères – pour le 15 septembre 1993 devant le siège londonien du MRC afin de protester contre les essais et une lettre appelant à la fin de l'essai fut remise à un représentant du MRC (Medical Research Council – Conseil de Recherches Médicales – NdT). Ce jour-là le MRC publia un communiqué de presse accusant les manifestants de provoquer de la détresse aux familles d'enfants malades et de distribuer des 'tracts alarmistes dont les contenus n'avaient que peu de rapport avec la vérité, et des attaques personnelles sur des médecins qui étaient impliqués dans l'essai et dont la seule préoccupation est de trouver le meilleur traitement pour leurs malades.'

SCAM a poursuivi son action avec la préparation d'un document plus conséquent, en collaboration avec des médecins et des scientifiques avec des objections détaillées contre PENTA reposant sur de nouvelles analyses sur la toxicité de l'AZT. Il y avait de nombreux problèmes avec le protocole de l'essai PENTA qui inquiétaient les experts que nous avions consultés (voir l'appendice B). Une des préoccupations majeures était que si un enfant, qu'il soit sous placébo ou sous médicament, ne gagnait pas assez de poids et 'a vraiment besoin d'AZT' il devait être mis automatiquement sous AZT. Donc, si l'enfant auquel on administrait déjà de l'AZT, il continuerait d'en prendre, et s'il était sous placébo il serait mis sous AZT. (Ceci est appelé un transfert en ouvert – le médecin et le sujet savent maintenant que le produit administré n'est plus le placébo mais le médicament – NdT). Comme les effets de l'AZT sont souvent impossible à distinguer des symptômes du SIDA lui-même, il ne serait pas possible de savoir si un enfant perdait réellement du poids ou souffrait des effets de l'AZT. Dans ce dernier cas il pouvait être très dangereux de le laisser sous le médicament.

Une délégation du SCAM a remis le dossier au siège du MRC le 1er décembre 1993 ainsi qu'une lettre de George Galloway : « J'aimerais vous dire que j'ai de vives inquiétudes sur ces essais (PENTA) qui sont, bien sûr, en partie financés par vous-même et également par la Communauté Européenne. … Le MRC avec son énorme importance dans la vie du public britannique et concerné par le serment d'Hippocrate pour l'éthique médicale devrait arrêter ces essais immédiatement ».

La réponse du MRC arriva en février 1994 : elle n'abordait pas la question de la toxicité. La réponse donnée nous était à tous maintenant très familière : « L'AZT a été homologué pour un usage pour une maladie symptomatique par les autorités de réglementation du Royaume Uni, des Etats-Unis et de nombreux autres pays, après une étude détaillée des données de toxicité ; elles gardent également les études sous examen à la lumière d'information ultérieure. Il serait donc inapproprié pour le Conseil de faire des commentaires sur les données de toxicité générale ». L'essai PENTA est toujours en cours au moment où j'écris cela.

Lorsque finalement en décembre 1993 la diffusion sur Sky News de *Diary of an AIDS Dissident* eu lieu les résultats étaient prévisibles. Après l'émission, des questions posées par téléphone en direct par les téléspectateurs, traitées avec compétence par Laurie Meyer ont révélé une diatribe de téléspectateurs indignés nous accusant d'hérésie. Mais la réponse à l'émission de Chris Dunkley dans le *Financial Times* a montré qu'un progrès avait été fait en faisant passer notre message. Faisant une comparaison avec Copernic sous l'Eglise Catholique Romaine et avec les dissidents en Russie, qui aurait dû nous faire rougir de modestie si nous n'avions pas été aussi enragés par les machinations de l'orthodoxie du SIDA, Dunkley décrivit les tentatives de remise en cause de l'opinion communément admise sur le SIDA comme étant :

Un progrès contre un dogme inébranlable, contre l'amour propre (en français dans le texte NdT) *et contre le plus résistant de tous, le politiquement correct. ... Et néanmoins les choses commencent à s'améliorer. ... Lorsqu'on vous dit que « n'importe quel idiot peut voir que le Soleil tourne autour de la Terre et votre dénégation fait de vous un athée » ou « n'importe quel idiot peut voir que le communisme marche et votre dénégation fait de vous un fou » doit beaucoup ressembler, (pour les auteurs de l'émission), à « n'importe quel idiot peut voir que le VIH provoque le SIDA, la pandémie en Afrique sub-saharienne prouve que l'homosexualité n'est pas un facteur, l'AZT est un traitement utile, et votre dénégation fait de vous un homophobe ». ... Mais la révélation que des membres de l'establishment du SIDA sont maintenant si nerveux qu'ils essayent de supprimer les publications des dissidents suggère qu'il se peut que nous soyons proches de la découverte de la vérité dans le domaine public en général.*

Mais les découvertes dans la saga du SIDA ne sont, curieusement, jamais claironnées lorsque leur effet est d'affaiblir l'hypothèse orthodoxe. C'est pourquoi le court rapport qui avait paru dans le numéro de février 1995 du *Lancet* n'entraîna quasiment aucune agitation. Il annonçait que l'essai US NIH ACTG152 qui donnait à des enfants de l'AZT et un médicament terminateur de chaîne analogue (à l'AZT – NdT) appelé ddI avait été interrompu. 'Des taux de mortalité,

des retards de croissance, des infections opportunistes et des détériorations neurologiques et de développement neurologique étaient plus fréquentes dans le groupe sous zidovudine (AZT)'.

Chapitre 12

Qu'en est-il du SIDA à Haïti ?

La véranda de l'Hôtel Oloffson était pleine de monde le soir où nous sommes arrivés. L'hôtel, une grande maison élégante en bois, construit pour servir de maison familiale par la famille Sam et toujours gérée par ses membres, offre une oasis indispensable pour les voyageurs et, ce mois-ci, pour les correspondants internationaux du monde entier réunis ici dans l'attente des élections à venir qui n'étaient qu'à trois semaines de là.

Il y avait eu des émeutes dans les rues la semaine d'avant - 12 blessés et 7 morts. Les manifestants voulaient que le Président Aristide se présente pour un autre mandat de trois ans ; il avait passé les trois

années de son dernier mandat en exil aux Etats-Unis après le coup d'état militaire. Les tensions étaient très fortes. C'était comme du Graham Greene à vitesse élevée. A toutes les tables, des journalistes pianotaient sur leur portable ou téléphonaient à leurs contacts en murmurant sur un ton confidentiel, regardant tout autour d'eux au-dessus de leur main qui couvrait la bouche. Le ventilateur dansait paresseusement au-dessus de nous tandis que les serveurs se faufilaient silencieusement entre les tables. Nous étions donc là, ayant impudemment traversé en voiture la frontière de la République Dominicaine – James Whitehead, un jeune anglais homosexuel chercheur sur le SIDA, Kenny Padilla, notre guide de la République Dominicaine et moi, faisant notre recherche sur le SIDA à Haïti. Tous ceux qui étaient à l'Oloffson trouvaient cela vraiment déconcertant.

On s'attendait au début des années 1980 à ce que Haïti, l'un des pays les plus pauvres du Monde, n'infecte le reste du Monde avec le SIDA. Les médias avaient fait largement état que sa propre population allait être décimée par l'épidémie. Comment Haïti, avec une population de 7 millions d'habitants, s'était-il vu reprocher de répandre le SIDA en Occident ? Et comment les Haïtiens, en tant que nation, ont-ils été catégorisés comme étant l'un du 'Club des 4 H' originel, hémophiles, héroïnomanes, homosexuels et Haïtiens, qui étaient les plus exposés aux risques du SIDA ?

Il y avait beaucoup de théories qui sont maintenant discréditées ; la plus absurde avait relié le SIDA avec l'Afrique et affirmé que des singes africains, porteurs possibles du SIDA, étaient importés en Haïti et gardés comme animaux de compagnie dans les bordels. Une autre théorie développée dans le livre de Randy Shilts, *And the Band Played On* (Et l'Orchestre continuait à jouer), dénonçait un certain patient zéro, un steward gay très actif sur le plan sexuel, Gaetan Dugas, qui était venu en Haïti et aurait répandu le SIDA à travers l'Amérique et l'Europe. Durant les années 1970, Haïti était effectivement devenu le terrain de jeu des Caraïbes pour les homosexuels américains désireux de payer de jeunes garçons haïtiens pour des relations. Un grand nombre de ces touristes souffraient déjà de maladies sexuellement transmissibles avant leurs aventures haïtiennes, et plus tard devinrent très malades quand leur système immunitaire ne pouvait plus supporter

les assauts répétés (des infections – NdT). Néanmoins, ceci ne permettait pas d'établir que Haïti représentait un risque spécifique pour le SIDA.

L'histoire, qui raconte comment un groupe d'Haïtiens très malades dans un hôpital de Miami fut étiqueté avec le label SIDA et a conduit à ce qu'une nation entière soit décrite comme étant un danger de SIDA peut être décrite en quelques phrases. Elle implique principalement trois hommes ; Michael Gottlieb, un chercheur spécialiste des lymphocytes T de Los Angeles, Wayne Shandera de l'EIS (Epidemic Intelligence Service) et James Curran du Centre de Contrôle des Maladies (CDC) d'Atlanta en Géorgie. Dans leur zèle à élargir le petit groupe originel d'homosexuels atteints du Sarcome de Kaposi (KS) et de pneumonie à pneumocystis carinii et à bas taux de lymphocytes T, des appels furent envoyés partout aux Etats-Unis pour chercher d'autres cas similaires avec des taux de lymphocytes T faibles.

Lorsque l'hôpital Jackson Memorial à Miami reçut un appel du CDC demandant s'ils avaient vu des cas d'homosexuels masculins qui étaient gravement immunodéprimés, la réponse fut 'non', mais l'hôpital décrivit des cas de boat people haïtiens sous-alimentés qui étaient arrivés avec une forme virulente de tuberculose, de la salmonellose, et de différents parasites de l'intestin conduisant à la diarrhée et la malnutrition. Il y avait également des cas de toxoplasmose, commune à Haïti, de candida albicans (mycose) et de PCP (Pneumocistis Carinii Pneumonia, qui, avant l'arrivée du VIH, était normalement associé à la malnutrition). Ces malades Haïtiens étaient gravement immunodéprimés et beaucoup d'entre eux ne réagissaient pas aux traitements. Ces cas furent rapidement ajoutés aux autres de l'hôpital King's County de New York et à partir de là, prétendument, le risque du SIDA n'était plus limité aux homosexuels masculins. Être Haïtien signifiait simplement courir le risque du SIDA et ne plus pouvoir être donneur de sang. On en rajouta encore au préjugé anti-haïtien avec la série de cadavres autopsiés sortis de l'hôpital de Miami qui présentaient beaucoup de femmes et enfants avec des sarcomes de Kaposi internes disséminés dans tout le corps.

Les conséquences de tout cela sur Haïti étaient dramatiques. L'industrie du tourisme s'effondra et avec elle toute l'économie. Aux Etats-Unis, dans tout le pays les Haïtiens perdirent leur emploi. Révolté par cela, le Ministre de la Santé d'Haïti, Ari Bordes, demanda que les Centres pour le Contrôle des Maladies rayent Haïti de leur liste des catégories à risque. Les CDC furent à contre cœur d'accord et, à l'aide d'un petit jonglage de statistiques, réaffectèrent les Haïtiens dans différents groupes à risque. Mais un grand malentendu prend des années avant de disparaître. Ces premiers patients haïtiens des Etats-Unis, lorsqu'on leur demandait s'ils étaient homosexuels, nièrent cela avec véhémence. En Haïti, si l'on demande à un homme de donner du plaisir à un autre homme, il s'attend à être payé et ne se considère pas lui-même comme un homosexuel. En termes occidentaux il serait décrit comme étant un prostitué homosexuel masculin, mais ils ne le voient pas de cette façon.

L'un des intellectuels de premier plan d'Haïti, le Dr Joli-Cœur, que l'on peut voir régulièrement à l'Hôtel Oloffson dans un élégant costume noir avec une canne à pommeau d'argent avait vécu toute cette période. « Haïti a lourdement pâti du SIDA », dit-il avec colère :

Nous ne voyons pas d'épidémie ici, mais maintenant que toutes leurs prédictions sont fausses, ils (les Américains) ne font rien pour arranger les choses. Ils ont eu tout faux. Ils ont interrogé des Haïtiens dans des hôpitaux de Miami et ces Haïtiens ont nié être homosexuels. Ils n'ont pas voulu admettre qu'ils sont homosexuels ou bisexuels. Donc tout le monde a cru que les Haïtiens ont eu le SIDA sans être homosexuels. Mais ces hommes étaient des prostitués et avaient été au contact avec des touristes américains qui étaient homosexuels. Les Haïtiens qui sont tombés malades sont ceux qui étaient en contact avec les touristes. Ces mêmes personnes étaient également en contact avec le monde de la drogue, je pense donc que ce sont les drogues qui étaient 'contagieuses' et ont affecté leur santé.

Nous sentant peu à l'aise dans l'atmosphère de menaces et d'intrigues de l'Hôtel Oloffson, nous étions contents d'être sur notre chemin montant sur la colline derrière Port au Prince et passant devant les quelques grandes maisons en bois *fin de siècle* (en français dans le

texte – NdT) qui subsistaient, puis devant des demeures modernes en béton vers le QG de Manuel Duce. Il travaillait pour Médecins sans Frontières (en français dans le texte – NdT) et travaillait à partir d'une maison spacieuse qui se trouvait au sommet de la colline.

Manuel Duce, un bel Espagnol typique avec une tignasse de cheveux châtains, est un nutritionniste qui, avec son équipe de l'association caritative ACSUR Las Segovias, était en train de mettre en place un ensemble de dispensaires médicaux dans une province rurale du centre de Haïti, financé par l'Union Européenne. Dans les zones rurales il n'y avait pas de médicaments disponibles pour quiconque. L'idée était de sélectionner des candidats appropriés pour diriger les dispensaires payés par l'OMS, qui donnaient une formation d'une semaine et la fourniture gratuite de médicaments essentiels tels que les antibiotiques, des médicaments pour la tuberculose et des antiparasitaires.

Durant les 11 mois où il avait travaillé en Haïti, Duce avait fait une observation surprenante, « J'entends les gens parler au sujet du SIDA mais je n'ai jamais vu un cas de SIDA confirmé » m'a-t-il dit. La tuberculose était endémique et il y avait une nette augmentation de fièvre typhoïde. Les enfants de son secteur souffraient en moyenne de sept diarrhées par an et nombreux étaient ceux qui souffraient d'infections des voies respiratoires (les pneumonies comptaient à hauteur de 24% de la mortalité infantile) et de malnutrition. C'est pour cela qu'il y avait un besoin urgent pour son projet de dispensaires, car aucune médication appropriée n'était accessible à ces gens. Il disait qu'en ce qui le concernait, tout l'argent qui affluait en Haïti en provenance de l'OMS et de USAID et destiné à des programmes d'éducation sexuelle et à la distribution de préservatifs était complètement mal orienté. « Les gens ici ne se servent tout simplement pas de préservatifs » a-t-il dit. « C'est un gaspillage d'argent et un gaspillage de préservatifs ».

Au début de 1993, d'après les chiffres de l'OMS, 20 000 séropositifs avaient été rapportés en Haïti (60% d'hommes et 40% de femmes). La séroprévalence dans les zones urbaines était estimée de 5 à 10% et dans les zones rurales de 2 à 6%. C'étaient les chiffres constamment cités par les organismes du SIDA. Néanmoins les vrais chiffres de

l'OMS de cas de SIDA déclarés en Haïti sur 15 ans, de 1979 à 1994 totalisaient 4 967 – et ceci pour un pays supposé être le centre en Occident d'une épidémie mortelle. Il y avait là la preuve de l'habituel jonglage avec les chiffres auquel se livraient les agences du SIDA désireuses de gonfler les nombres en citant des estimations de gens séropositifs plutôt que les chiffres des cas déclarés de SIDA.

Lorsque nous avons visité l'Hôpital Général de Port au Prince pour enquêter sur leur expérience du SIDA, nous avons été surpris qu'on nous dise qu'il n'y avait pas de salle spécifique pour le SIDA dans l'hôpital. « Les gens viennent à l'hôpital en étant très malades, tuberculose, malaria, dysenterie » nous a dit une jeune médecin agréable « Certains sont testés et certains s'avèrent être positifs au VIH », elle haussa les épaules. Examiner la question des tests du SIDA en Haïti allait manifestement être une clé pour notre investigation. Le Laboratoire National de Santé Publique était le lieu où en Haïti la plupart des tests VIH étaient faits. Les laboratoires étaient également le centre du projet GHESKIO, qui signifie Groupe Haïtien d'Etude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes. Fondé par, entre autres, l'Université Cornell, l'OMS (qui paye pour la plupart des tests), USAID (qui paye pour la plupart des conseils en matière de sexualité et de planning familial) et l'UNICEF, GHESKIO fournissait des tests gratuits à la population haïtienne.

Le Dr Marie Deschamps était dans ce domaine une des étoiles les plus brillantes d'Haïti. Elle avait travaillé sur le projet pendant 15 ans et était manifestement une chercheuse dévouée et assidue. A nouveau, on me rappela comment, si jamais je rencontrais une personne comme le Dr Deschamps, je serais stupéfaite de la manière dont la religion du VIH et de sa prétendue infectiosité agissait, même sur les personnes les plus intelligentes, incapables ou refusant de voir le tableau du SIDA sous un angle nouveau – quand bien même aucune des prédictions et aucun des chiffres avancés ne résistaient à un examen approfondi. Lorsque la valeur douteuse des éléments de preuve reliant le VIH et le SIDA était devant leurs yeux tout effort serait toujours fait pour de trouver des excuses pour les anomalies et de trouver des échappatoires à des positions manifestement intenables.

D'après le Dr Deschamps il n'y avait en Haïti pas de chiffres pour le SIDA, seulement des chiffres pour les personnes positives au VIH ('La maladie VIH' était devenu la phrase à la mode). En fait une lettre de collecte de fonds pour le travail sur le SIDA du centre (le centre GHESKIO – NdT) était assez prudente pour ne citer que les estimations de l'OMS pour les personnes séropositives (40 millions en 2000) et un nombre estimé de 6 500 orphelins qui, d'après la lettre, pourraient se trouver à Port au Prince à cause du SIDA. Comme cela arrive si souvent avec les chercheurs sur le SIDA, la conversation avec Deschamps ne tournait qu'autour de pourcentages. Par exemple, Deschamps nous a dit que le nombre estimé de positifs au VIH (la séroprévalence) en Haïti avant 1991 était environ de 6% et était restée stable à 8-9% sur une population de 7 millions. Environ 40% de ce nombre avait été testé. Les 60% restant avaient été diagnostiqués sans test. Ses laboratoires réalisaient des tests doubles ELISA mais pas le Western blot (le test habituellement utilisé en Occident pour confirmer les tests ELISA). Ironiquement le Western blot a maintenant été abandonné au Royaume Uni en tant que test de confirmation et un double ELISA de la dernière génération des kits de test est considéré comme étant le moyen le plus fiable de tester le VIH.

Sur les 2 000 échantillons de sang qui étaient envoyés à son laboratoire afin d'être testés, environ la moitié étaient positifs. Le Dr Deschamps craignait que ses tout derniers kits de test fabriqués par Abbot qui étaient supposés tester à la fois le VIH 1 et le VIH 2 ne posent problème. Le premier test donnait une 'réaction faible' et lorsqu'il était répété par le second ils n'étaient 'pas automatiquement réactifs', signifiant qu'ils étaient négatifs ou indéterminés. Néanmoins, lorsqu'elle effectuait le deuxième test en se servant de l'ancien kit de test fabriqué par les laboratoires Pasteur, elle obtenait un résultat positif. Tout cela semblait confirmer – bien que le Dr Deschamps ne le voie pas de cette façon – l'imposture du dépistage du VIH. Sans référence absolue (pas de virus isolé réel) à partir duquel on peut comparer chaque kit de test, les erreurs peuvent s'amplifier au lieu de se corriger. Il est donc tout à fait possible que la plus grande partie du dépistage du VIH dans les pays du Tiers Monde produise des faux positifs en raison des anomalies dans les kits de test eux-mêmes et

également en raison du fait que les personnes qui vivent dans des régions où la lèpre, la malaria, la tuberculose et le lupus sont courants peuvent produire des résultats de test VIH qui sont de faux positifs.

Nous avons demandé au Dr Deschamps quelle était la période de latence pour arriver au SIDA déclaré. Elle dit qu'il fallait environ cinq à sept ans. Pensait-elle que tous ceux qui étaient positifs allaient mourir ? Tous, déclara-t-elle. Le fait que ces prédictions ne s'étaient simplement pas matérialisées, et que des centaines de milliers de décès du SIDA auraient dû survenir et qui ne se sont pas produits n'a pas ébranlé le Dr Deschamps. La population en Haïti avait augmenté régulièrement et, comme nous le savions de notre expérience africaine, il n'y avait pas de chiffres pour les décès enregistrés avec lesquels on pouvait comparer. La certitude VIH = SIDA = décès était fermement ancrée en cette scientifique.

Le Dr Deschamps continua pour nous annoncer qu'un article qu'elle avait préparé serait publié sous peu par le *Lancet*. Il décrivait une étude sur huit années de 920 couples sexuellement actifs (En Haïti les préservatifs ne sont habituellement pas utilisés, nous a-t-elle dit). Sur ces couples 475 étaient 'discordants', ceci pour dire qu'un des partenaires était positif et l'autre négatif. « Après huit années », dit-elle, stupéfaite par ses propres découvertes, très peu de ces couples devenaient 'concordants' c'est-à dire que les deux partenaires devenaient positifs au VIH. « Que voulez-vous dire par très peu ? » lui demandais-je. « Seulement 36 couples » répondit-elle. Cela signifie que sur une période de plus de 8 années 439 couples ne se sont pas mutuellement 'infectés'. « Je ne peux pas vraiment l'expliquer », dit-elle. L'étroitesse d'esprit enracinée dans l'opinion admise sur le VIH et le SIDA devait chercher des explications à l'intérieur de sa propre hypothèse. Où était la curiosité scientifique, nous sommes-nous à nouveau demandés, curiosité qui aurait dévoilé des explications autres que ce qui était généralement admis ? Où était l'inclinaison à au moins écouter ceux qui doutaient de l'infectiosité du VIH ? Qu'était-il arrivé au doute et au questionnement parmi les scientifiques ?

Il ne restait plus qu'à trouver quelques cas de SIDA. Nous sommes donc partis pour l'hospice de Mère Thérèsa, les Missionnaires de la

Charité à St Martin qui est sur la colline au-dessus du vieux marché. Nous avons serpenté avec notre voiture au travers du marché et nous nous sommes retrouvés, pris sans espoir d'en sortir, entre d'énormes bus de campagne aux couleurs éclatantes avec des pare-chocs géants menaçants et une myriade de camions et de petits véhicules. Il n'y avait pas de route. Il n'y avait qu'une marée humaine. *Là-bas ! A droite ! A gauche !* (en Français dans le texte-NdT) disaient les personnes que nous arrêtions dans la rue pour leur demander le chemin. Mais comment ? demandais-je. Où est la route ? Appuyez simplement sur l'accélérateur et vous verrez, répondaient-ils. C'est donc ce que fit Kenny, et comme l'ouverture de la Mer Rouge, les vendeurs par vagues successives rassemblaient leurs baskets et produits pour nous faire de la place, pour de suite se rabattre après notre passage.

Nous allions nulle part jusqu'à ce que Kenny ne repère une petite religieuse dans une tenue soignée qui trottait résolument par là en portant un sac à provisions en plastique. James sortit de la voiture et implora son aide. Sœur Marie Eugénie Beaulice des Sœurs de Marie vint à notre secours. Elle renonça à sa visite au monastère silésien, sauta dans notre voiture et nous conduisit à l'hospice des Missionnaires de la Charité. La mère supérieure, sœur Sunupa, était originaire d'Inde et portait la toque blanche familière bordée de trois bandes bleu foncé. Elle était heureuse de nous faire visiter l'hospice et nous parla de son travail tandis que nous marchions vers les salles. Voilà une femme qui en toute innocence faisait tout ce qu'elle pouvait pour aider les membres pauvres de la communauté qui étaient très malades. Personne ne pouvait la critiquer pour les faits dérangeants que nous allions entendre. Mais les scientifiques, médecins et politiciens qui, sans se poser de question, ont perpétué une implacable et inconditionnelle orthodoxie sur le SIDA auront des comptes à rendre.

Sœur Sunupa nous dit que tous ceux qui venaient dans cet abri avaient la tuberculose, les jeunes comme les vieux, et avaient beaucoup de parasites et d'autres maladies infectieuses. Comme son association caritative avait assez d'argent pour faire les tests VIH, on faisait un test sanguin à tout le monde. Elle nous dit que 90% de ces tests étaient

positifs. « Parce que nous savons qu'ils mourront certainement du SIDA », continua-t-elle « nous avons décidé que nous ne pouvions nous permettre de donner des médicaments à nos malades positifs au VIH ». Nous y voilà. L'horrible vérité exprimée en une courte phrase. Toutes ces personnes, dont de nombreux jeunes, avec des infections pouvant être traitées, se voyaient refuser des médicaments qui pouvaient sauver leurs vies. Parce que le seul financement disponible l'était pour le dépistage du VIH, le dépistage du VIH est devenu l'ordre du jour. Et parce que les systèmes immunitaires avaient été compromis par la tuberculose, il n'était pas surprenant que tant de 'tests' se révélaient positifs. Ces personnes étaient venues là pour être aidées. Mais leur présence ici sous le regard attentif de soignants vraiment bienveillants et bien intentionnés était en train de les condamner à mort.

La salle des hommes était remplie et il y avait un ou deux jeunes gens qui avaient l'air très émaciés et proches de la mort. Les autres déambulaient, parmi eux de nombreuses personnes âgées. C'était la salle des femmes qui nous a causé la plus grande angoisse. Elle était remplie de femmes jeunes, souvent charnues, qui avaient l'air en bonne santé et qui étaient tristement assises sur leurs lits. On leur avait probablement annoncé les résultats de leur test VIH et les tambours de la mort résonnaient déjà dans leurs oreilles. Quelques-unes réussirent à nous faire un bref sourire. J'ai été autorisée à prendre des photographies et deux d'entre elles posèrent pour moi à côté de la Vierge Marie. C'est avec tristesse que nous sommes partis. J'aimais cette Sœur Sunupa, vivante et pleine d'humour et lui souhaitais bonne chance dans son travail solitaire parmi l'une des populations les plus pauvres et malades du Monde. Que pouvait-on faire d'autre ?

Le deuxième plus grand projet en Haïti est situé à l'Hôpital Ste Catherine, dans un bidonville de Port au Prince appelé Cité Soleil. Rentrer dans l'enclos de L'Hôpital Ste Catherine c'est comme passer de l'entrepôt à la première classe sur un paquebot de luxe. Là vous pouvez vraiment sentir l'argent de l'aide étrangère. Le centre est géré par une association haïtienne, Centres pour le développement de la Santé (CDS), sous la direction du Dr Reginald Boulos. Dans un article sur le centre, Worth Cooley-Prost, une chercheuse que j'ai rencontrée

en Haïti, qui étudiait comment l'aide financière internationale américaine était dépensée, écrit :

Le CDS du Dr Boulos est de loin le plus puissant des bénéficiaires de l'assistance 'humanitaire' de l'USAID en Haïti. Les bureaux du vaisseau amiral CDS sont à la Cité Soleil, avec d'autres programmes majeurs à Gonaïves et Cap Haïtien. Le CDS reçoit un déconcertant enchevêtrement de subventions, de contrats, de sous-contrats et de sous-sous-contrats provenant de USAID, du NIH et d'autres agences gouvernementales américaines, se montant à de nombreux millions de dollars par an. Entre ces financements et l'argent de l'association humanitaire AmeriCares liée aux services de renseignements, et de quelques donateurs étrangers, Boulos a contrôlé un budget plus grand que celui du Ministère de la Santé (Haïtien). USAID a financé la recherche médicale à la Cité du Soleil sans interruption depuis 1975.

Cooley-Prost et ses collègues avaient mené une enquête spéciale sur les essais du vaccin de la rougeole chez les bébés séropositifs de ce centre. Elle a découvert que durant plus d'une décennie, des enfants haïtiens qui étaient déjà enrôlés dans une étude VIH qui se poursuivait, s'étaient vu administrer un vaccin expérimental contre la rougeole à des doses 10 à 500 fois supérieures aux doses habituelles. Au moment où la proposition de financement de départ pour l'étude VIH à la Cité du Soleil déclarait l'intention d'évaluer le vaccin de la rougeole et un autre vaccin sur des enfants positifs au VIH, on savait déjà que le vaccin contre la rougeole était associé à une immunodépression durable.

On avait administré le vaccin à des bébés âgés d'à peine quatre mois, contrairement aux recommandations de longue date de l'OMS de reporter la vaccination contre la rougeole au-delà de l'âge de neuf mois. Worth Cooley-Prost rapporta que « En fin de compte des analyses indépendantes ont confirmé que le vaccin provoquait des décès, surtout chez les filles, et semblait provoquer des effets négatifs à long terme sur les systèmes immunitaires des bébés. Compte tenu de ces découvertes, l'OMS annula sa recommandation d'utiliser ce vaccin ». Lorsque je visitais la Cité du Soleil je ne disposais pas de

l'information ci-dessus. Mon intention principale était de découvrir s'il y avait ou s'il y avait jamais eu une épidémie de SIDA en Haïti.

A l'Hôpital Ste Catherine nous avons trouvé une femme parlant tranquillement, Mme Ursule François, l'infirmière en chef dont le visage calme et intelligent vous disait qu'elle avait vu la plupart des choses de la vie et qu'il n'y avait plus beaucoup de surprises qui l'attendaient. Au fur et à mesure qu'elle bavardait elle commençait à s'ouvrir lentement. Elle avait vu des milliers de cas de tuberculose. Elle disait qu'elle ne voyait pas de différence dans l'image médicale entre les malades avec la tuberculose qui étaient séropositifs et les malades avec la tuberculose qui étaient séronégatifs. Elle pensait que tout ce spectacle 'SIDA et Haïti' avait été exagéré et pensait qu'il y avait des intentions cachées à l'œuvre. Dans le bureau du statisticien du projet nous avons rencontré Evelyne Leontus. Elle était préoccupée au sujet de la peur que les tactiques de terreur de l'épidémie de SIDA engendraient. Elle disait qu'elle connaissait de nombreuses personnes qui, lorsqu'elles souffraient d'infections, n'iraient pas chez un médecin ou à l'hôpital de peur d'être diagnostiquées positives au VIH. Elle ouvrit ses livres pour nous et nous avons comparé les chiffres des tests VIH sur une période de deux ans. Nous avons regardé le mois de janvier 1993 et l'avons comparé avec le mois de novembre 1994. Le premier mois de 1993, 154 tests ont été effectués et 42 étaient positifs. En novembre 1994, 250 tests ont été effectués et 78 étaient positifs. « Plus vous testez et plus vous en trouvez » a-t-elle dit.

Ceci semblait résumer ce qu'il en était du SIDA en Haïti : la recherche du SIDA avait en effet découvert beaucoup d'immunodéficience mais personne ne voulait considérer comment de vieilles maladies, telles que la tuberculose, avaient tendance à affecter le système immunitaire. C'est ainsi que les vieilles maladies, testées désormais avec des procédés nouveaux liés au VIH, étaient en train d'acquérir de nouvelles étiquettes avec des conséquences mortelles. Comme l'avait dit la sainte Sœur Sunupa, « Comme nous savons qu'ils vont sûrement mourir du SIDA, nous avons décidé que nous ne pouvions nous permettre de donner des médicaments aux malades séropositifs ».

Chapitre 13

Poppers et SIDA : Hémophilie et SIDA

Deux Domaines de Recherche Négligés

Par le passé nous avions compté plus d'un millier d'émissions sur le SIDA sur les chaînes des télévisions britanniques et américaines ; toutes donnaient la même vieille histoire basée sur le VIH, reposant sur l'émotion, sans aucune analyse scientifique. Mais il y a deux domaines d'inquiétudes qui pourraient aider à comprendre ce qui provoque l'érosion dévastatrice du système immunitaire que nous observons dans le SIDA et nous aider à résoudre le puzzle du SIDA. Ils n'ont jamais été portés à l'attention du public malgré une considérable documentation dans les journaux médicaux. Ce sont :

- L'usage des poppers ou nitrites amyle et butyle comme stimulants sexuels et leurs liens avec le sarcome de Kaposi et d'autres maladies liées au SIDA ; et
- Les effets toxiques sur le système immunitaire d'injections répétées de Facteur VIII, le coagulant utilisé par les hémophiles pour éviter les hémorragies.

La preuve est là mais la volonté d'enquêter est bloquée par le sentiment d'horreur familier que toute contestation du VIH pourrait entraîner les jeunes gens à arrêter de se servir de préservatifs et

pourrait pointer trop directement le doigt vers la (minuscule) part d'homosexuels masculins et les hémophiles qui pourraient courir le grand danger d'une grave immunodépression.

Les Poppers : de Dangereux Produits à Inhaler

Le milieu gay est énormément dans le déni sur ce qui est en train de se passer. En tant qu'homosexuel masculin qui vit dans le milieu, je vois que le milieu gay de Londres tourne aux poppers et l'Ecstasy. Le milieu du sexe marche aux poppers et le milieu des night clubs marche à l'Ecstasy, au coke, au speed et à l'acide. Donc mon expérience avec les personnes qui ont le SIDA c'est que je n'ai aucun de mes clients qui n'a pas ce que j'appelle des antécédents toxiques.

(Gareth James, homéopathe, Londres)

Leurs noms de rue sont, Rush, Kix, Hardware, Locker Room, Liquid Gold, Rave et bien d'autres. Ils étaient largement accessibles au Royaume Uni par le biais des sex shops, des bars gays, des pubs, des clubs et par envoi postal. Ils sont diffusés par des ventilateurs dans les discothèques et sont principalement utilisés par les homosexuels masculins comme stimulant sexuel pour dilater l'orifice anal. Ils peuvent augmenter ou prolonger l'orgasme ou produire un 'high' pendant la danse. Ils sont aussi mutagènes (c'est-à dire qu'ils produisent des changements dans la constitution génétique de la structure cellulaire ou peuvent provoquer le changement des facteurs génétiques des cellules) et ils sont cancérogènes chez les animaux.

En 1989 les poppers sont devenus une 'substance dangereuse interdite' aux Etats-Unis. Il est illégal de fabriquer, de distribuer, d'importer ou de vendre toute substance contenant des iso butyle nitrites ou tout autre produit de consommation 'utilisé pour inhaler ou introduit de toute autre manière dans le corps pour produire un effet euphorisant ou physique'. Néanmoins les fabricants de poppers aux Etats-Unis surmontèrent cet obstacle en changeant la formule chimique et en commercialisant les produits issus en tant que nettoyant de tête de lecteur vidéo ou de carburateur.

A l'origine, les poppers (nitrites amyle et butyle) étaient utilisés afin de dilater les vaisseaux sanguins et de soulager l'angine de poitrine, une maladie du cœur. Le terme 'poppers' est venu du son de verre qui casse lorsque les petites ampoules originelles qui contenaient le liquide médical étaient cassées. Mais ces doses-là étaient limitées et sous contrôle médical. Aujourd'hui, vous pouvez voir des jeunes gens sur les pistes de danse avec une petite bouteille à bouchon à vis, ouverte, pendant autour du cou et sniffant à volonté durant toute la nuit.

Dans les tous premiers jours du SIDA, les poppers étaient perçus comme étant un important facteur causal. Ceux qui faisaient partie du premier 'groupe' d'homosexuels avec le SIDA en Californie avaient tous utilisé des poppers pour faciliter le rapport anal. Leur maladie était au début décrite comme GRID – immunodéficience liée à l'homosexualité (en anglais Gay Related Immuno Deficiency - NdT). James Curran et ses collègues des Centres de Contrôle des Maladies (CDC – NdT) pensaient alors qu'un mauvais 'lot' de poppers pouvait en être la cause. Mais dès que le VIH est apparu sur la scène, l'hypothèse toxique fut abandonnée et l'hypothèse virus/SIDA fut adoptée avec enthousiasme à la fois par l'orthodoxie médicale et par la communauté homosexuelle. Néanmoins, John Lauritsen et son collègue Hank Wilson n'ont pas laissé tomber si facilement la première hypothèse, « Les preuves contre les poppers ont continué à s'accumuler » avaient-ils écrit.

Pendant plusieurs années, des articles majeurs dans les journaux médicaux les plus prestigieux du monde ont discuté de l'effet immunodépresseur et d'autres effets nocifs des poppers, et de leur possible rôle à provoquer le SIDA. La question n'est plus de savoir si les poppers jouent un rôle dans l'apparition du SIDA mais de savoir quel rôle ils jouent. Les poppers sont-ils un cofacteur relativement mineur ou très important ? En ce qui concerne les effets des poppers sur la santé, il n'y a aucun doute qu'ils sont nocifs. Pour certains individus, sniffer des poppers même une seule fois peut mettre leur vie en danger.

Lauritsen et Wilson poursuivaient pour décrire les connaissances scientifiques. Ils mentionnèrent une étude qui comparait deux groupes

d'homosexuels qui étaient positifs aux anticorps VIH, un groupe avec les symptômes du SIDA et l'autre sans symptômes, qui démontrait que l'usage des produits inhalés à base de nitrite (les poppers) se révélait être l'un des facteurs de risques les plus importants pour développer le SIDA, et surtout une maladie définissant le SIDA, le sarcome de Kaposi.

Les poppers sont dangereux pour la santé de bien des manières. Ils nuisent au système immunitaire, réduisent la capacité des vaisseaux sanguins à transporter l'oxygène, provoquent l'anémie et peuvent endommager les poumons. Il a été démontré qu'ils étaient mutagènes – c'est-à dire qu'ils peuvent provoquer un changement dans les gènes, et alors le danger c'est qu'ils peuvent entraîner un stade pré-cancéreux. Les nitrites organiques, tels que les poppers, sont également cancérigènes. Ils peuvent se combiner avec d'autres substances pour former des composés cancérigènes mortels connus sous le nom de composés N-nitrosés. Dans une étude menée par Karl Jorgensen, ce dernier décrit ces composés comme ayant « la capacité de déclencher le cancer après seulement une dose ».

Le Dr Harry Haverkos, qui travaillait à l'Institut National US sur l'Abus des Stupéfiants (en anglais US National Institute on Drug Abuse – NdT) a fait durant de nombreuses années des recherches sur les dangers sur la santé des substances inhalées à base de nitrites.

Ils ont commencé à être achetés d'une manière répandue aux Etats-Unis à la fin des années 1960 par des jeunes gens apparemment en bonne santé. Cela a amené la Food and Drug Administration (FDA) à rétablir le besoin d'une ordonnance en 1968. Comme il devenait plus difficile de se procurer des poppers dans des buts récréatifs non - médicaux, ils ont commencé à être commercialisés sous l'apparence 'd'encens liquide' et 'de produit odorant pour la maison'.

Haverkos s'est concentré sur deux liens entre les poppers et le SIDA : l'effet des poppers sur le système immunitaire et leur association avec le sarcome de Kaposi relié au SIDA.

Les substances inhalées à base de nitrites ont couramment fait l'objet d'abus aux Etats-Unis. Ces substances et le SIDA étaient un sujet très

populaire au début des années 1980 lorsqu'on ne connaissait pas la cause du SIDA. Avec la découverte du VIH, l'inquiétude aux Etats-Unis au sujet de l'usage des nitrites a décliné. Néanmoins, l'usage de ces substances inhalées à base de nitrites est associé à un relâchement du comportement et à la transmission du VIH parmi les homosexuels masculins, à des nombres de lymphocytes bas et à une activité de tueur naturel de cellule dans quelques études de laboratoire, et reste un cofacteur potentiel dans la pathogenèse du sarcome de Kaposi relié au SIDA ... des rapports isolés de fréquence en hausse du KS relié au SIDA sur la poitrine et le visage, surtout le nez, et dans les poumons sont cohérents avec le fait que ce sont les parties du corps les plus fortement exposées aux vapeurs de nitrites lorsqu'elles sont inhalées.

Les poppers sont un gros business – l'article le plus rentable dans le monde du business gay. Durant les années 1970, les bénéfices bruts étaient estimés à 50 millions de dollars par an. Il est ironique que le plus grand fabricant de poppers au Monde, Great Lakes Products, a produit un ensemble de publicités en 1983, publiées dans les revues gays, titrées « Projet pour la Santé ». Les publicités donnaient des conseils sur comment rester en bonne santé par l'exercice physique, l'alimentation et la diminution du stress, alors que Great Lakes Product vendait une substance hautement toxique, qu'elle ne pouvait ignorer qu'elle était utilisée comme aide sexuelle récréative par un certain nombre de personnes dans le monde gay.

Bien que les poppers ne pouvaient être délivrés que sur ordonnance il y a plus de 20 ans aux Etats-Unis et ont été complètement interdits par la suite, leur vente s'est poursuivie au Royaume Uni par le biais des sexshops qui les vendaient en tant que parfums d'intérieur. Cela a conduit le *News of the World* à mener une campagne contre 'la mortelle drogue du sexe' et à Georges Galloway d'appeler à l'interdiction de la vente des poppers. Galloway a dit à Capital Gay qu'il était préoccupé par l'usage des poppers chez les homosexuels masculins et qu'il pensait que le produit chimique pouvait avoir un effet nocif sur le système immunitaire de ceux qui étaient positifs au VIH. La réponse qu'il reçut de la Chambre des Communes révèle que le Conseil Consultatif avait considéré une interdiction en trois occasions distinctes, mais maintenait que « bien que les poppers posent

un danger limité pour la santé lorsqu'ils sont mal utilisés, ils n'entraînent pas de dépendance et ne provoquent pas de genre de problèmes sociaux qui sont suffisants pour justifier leur contrôle par rapport à la Loi de l'Usage des Stupéfiants ».

Le Conseil Consultatif sur l'Usage des Stupéfiants devait avoir été sacrément à côté de la plaque parce que le problème du mauvais usage des poppers chez les adolescents préoccupait déjà de nombreux travailleurs sociaux et membres de la police. Les poppers n'étaient plus confinés à la communauté gay, ils étaient devenus une des drogues à sniffer favorite parmi les écoliers. Au début de 1994, la situation était devenue grave dans certains endroits. Voici comment Neil Western du *Birmingham Pos*t décrit un usager âgé de 13 ans « C'était l'excitation que John aimait – le buzz, le frisson de faire quelque chose qu'il était supposé ne pas faire. Un peu comme fumer mais en plus osé. C'était présenté dans un petit flacon de médicament brun avec une étiquette dorée sur laquelle était écrit 'Ne doit pas être pris par des enfants'. C'était un liquide clair avec une odeur piquante qu'on lui avait dit de renifler et de se défoncer avec. Ça marchait. Il se sentait bien pendant quelques minutes mais ensuite, apparaissaient les nausées qui duraient des heures ».

Des élèves aussi jeunes que 11 ans étaient exposés aux nitrites amyles dans les écoles et la police dans les Midlands de l'Ouest commençait à s'inquiéter du fait que les poppers étaient maintenant libres d'accès aux écoliers mais ils étaient impuissants pour en arrêter l'usage. « Ce n'est pas plus illégal que de manger un chip butty (sandwich de pain de mie beurré garni de frites chaudes assaisonnées de ketchup – NdT) disait l'inspecteur de police John Crump de la Brigade des Stupéfiants des Midlands de l'Ouest. Les inspecteurs des normes commerciales du Staffordshire du Nord se saisirent également du problème comme le fit le Membre du Parlement pour la circonscription de Stoke Sud, George Stevenson, qui appelèrent à une interdiction de la vente de poppers au Royaume Uni. D'autres qui avaient soulevé le problème depuis quelque temps dans la communauté gay étaient Cass Mann de Positively Healthy et son collègue Wayne Moore. Ils lancèrent une campagne 'Arrêtons les Poppers' pour alerter et sensibiliser sur les risques de santé liés à l'usage des poppers, particulièrement auprès des

jeunes membres de la communauté homosexuelle. Wayne Moore soulignait que les comportements envers les poppers dans la communauté homosexuelle étaient relâchés et laxistes. Les poppers étaient perçus comme étant relativement inoffensifs et leurs effets agréables étaient considérés comme l'emportant sur tout risque de santé. Ceux qui les prenaient dans la communauté homosexuelle les voyaient simplement comme une 'tranche de plaisir' sans conséquence sur le long terme.

Mais cela n'a pas été qu'une voie à sens unique éloignée du lien des poppers avec le SIDA. Le NIH américain convoqua une réunion au plus haut niveau sur le sujet en mai 1994, en invitant à la fois Robert Gallo et Peter Duesberg. Il y avait un accord unanime pour dire que les poppers étaient un facteur de risque du SIDA et même Robert Gallo admit qu'il y avait une grande corrélation entre l'abus de poppers et le sarcome de Kaposi chez les homosexuels masculins et soutint l'appel pour des recherches ultérieures sur le sujet.

Au Royaume Uni un grand pas en avant se produisit en 1996 lorsque Sue Sharpe, directrice des services juridiques de la Royal Pharmaceutical Society, décida d'envoyer secrètement des représentants (des élus de la Chambre des Représentants – NdT) dans plusieurs sexshops du centre de Londres pour enregistrer comment les poppers étaient décrits par les vendeurs. Ces derniers, dans différents sexshops décrivirent les effets des poppers comme produisant un 'buzz', un 'afflux de sang' et qu'ils 'relaxaient les muscles'. Ces descriptions répondaient à la définition d'un médicament décrite dans la Loi sur les Médicaments et, pour cela, la violaient donc. La Royal Pharmaceutical Society engagea une poursuite envers un sexshop, le Zipper Store à Londres, propriété des Millivers (qui étaient les éditeurs du magazine *Gay Times*). Les Millivers admirent vendre illégalement des médicaments à des fins de consommation humaine et ont dû payer une amende de 100 Livres.

Depuis lors les poppers ne peuvent plus être vendus qu'en pharmacie et en janvier 1997 le nitrite amyle était restreint à ne plus être qu'un médicament délivré sur ordonnance. Néanmoins les sexshops continuent à vendre des poppers, ils demandent à leur client de signer

un formulaire confirmant qu'ils les utiliseront comme parfums d'intérieur. Stephen Lutener, chef de l'équipe d'inspection de la Royal Pharmaceutical Society, m'a dit, « C'est comme vendre des couteaux de combat et dire qu'ils vont servir à peler les carottes ».

Hémophilie ou Hémophilie/SIDA : Où est la différence ?

Sue Threakall est une de ces femmes anglaises capables, solides et fiables qui redonne foi en la nature humaine. Elle avait décidé de poursuivre en justice Wellcome et les autorités sanitaires locales pour avoir provoqué le décès de son mari Bob. Il était généralement admis que les hémophiles qui testaient positifs au VIH avaient été infectés par le Facteur VIII contaminé au VIH, le facteur de coagulation du sang qu'ils devaient se faire injecter afin que leur sang coagule.

Bob, le mari de Sue, un fonctionnaire, était hémophile et avait testé positif en 1985. Néanmoins, il avait continué à travailler et, d'après Sue, était plein d'entrain, sociable et généralement il allait bien durant cette période. A cette époque l'AZT était prescrit aux personnes qui étaient positives au VIH et qui avaient un nombre peu élevé de lymphocytes T mais qui étaient asymptomatiques (qui n'avaient pas développés les symptômes des maladies définies SIDA).

En 1989, Bob Threakall se vit prescrire de l'AZT et à partir de ce moment-là les choses allèrent de mal en pis. Il y avait à cette époque beaucoup d'enthousiasme parmi les médecins à prescrire l'AZT aux personnes positives au VIH asymptomatiques à cause des résultats de l'étude américaine prétendant montrer le bénéfice du médicament dans ce groupe de personnes. L'essai de trois années, néanmoins, avait été écourté après seulement neuf mois et y avait un malaise parmi les médecins au sujet de la manière dont il avait été conduit (cf. Michael Lange, Chapitre 8). Et par la suite, lorsque les résultats de l'étude Concorde apparurent, montrant qu'il n'y avait aucun bénéfice chez les adultes qui n'avaient pas de symptômes du SIDA et prenant de l'AZT, le professeur Ian Weller (qui avait conduit l'essai Concorde) avait ouvertement déclaré à la Conférence Mondiale du SIDA à Berlin qu'il ne prescrirait pas l'AZT à de tels patients.

Sue a vu la santé de son mari se détériorer rapidement une fois qu'il avait commencé à prendre de l'AZT. Il a fallu 18 mois à Bob pour mourir. Sa détérioration fut mise sur le compte du VIH mais Sue pensait différemment. Bob n'avait jamais été diagnostiqué comme ayant une maladie définie SIDA avant qu'il ne soit mis sous AZT. Elle avait vu notre film, *AZT : Source d'Inquiétude*, et avait décidé d'écrire à Peter Duesberg. Il répondit par un paquet d'articles sur la toxicité de l'AZT qu'il décrivait comme 'le SIDA par prescription'. Ceci convainquit Sue qu'elle devait engager une procédure judiciaire. Son avocat, Graham Ross, s'occupa de son cas et poursuivit Wellcome, l'Institut National de l'Allergie et des Maladies Infectieuses (dont le directeur, le Dr Anthony Fauci, avait dirigé les essais de l'AZT chez les personnes asymptomatiques) tout comme les autorités sanitaires locales (pour avoir permis au médicament d'être administré). Sue devint la première personne de l'Histoire à percevoir une aide judiciaire afin de pouvoir poursuivre en justice pour des dommages causés par l'AZT. Graham Ross décida de se focaliser sur les seules autorités sanitaires locales et le cas de négligence à leur encontre est toujours en cours. Plusieurs autres plaideurs se sont ajoutés à son cas et des juristes d'autres pays ont contacté Ross pour obtenir de l'aide sur le sujet des dégâts de l'AZT.

Peter Duesberg avait fait une étude approfondie sur les anomalies qui se trouvent dans les liens établis entre l'hémophilie et le SIDA. Il avait remarqué que les hémophiles avec et sans VIH présentaient exactement les mêmes types de maladies. Dans un article soumis au *Lancet* en août 1992, Duesberg donna un aperçu de son affaire. (Ces points furent finalement inclus dans l'article plus élargi de Duesberg publié dans *Pharmacology and Therapeutics*). Il soulignait que sur les 20 000 hémophiles aux Etats-Unis, environ 15 000 (75%) étaient positifs au VIH. Parmi ces derniers seuls 300 par an avaient développé le SIDA lors des cinq précédentes années. Cela équivalait, pour les hémophiles américains infectés au VIH, à un risque du SIDA de 2%.

L'article de Duesberg publié dans *Pharmacology and Therapeutic*s indiquait que :

D'après l'hypothèse virus/SIDA on se serait attendu à ce que maintenant (environ une période de latence de 10 ans après l'infection) au moins 50% des 15 000 hémophiles américains positifs au VIH auraient développé le SIDA ou en seraient décédés. Mais les 2% de risque du SIDA annuels indiquent que les hémophiles positifs au VIH devront attendre en moyenne attendre 25 ans avant de développer une des maladies du SIDA, ce qui est le même âge que leur âge moyen actuel. L'âge moyen des hémophiles américains s'est élevé de 11 ans en 1972 à 20 ans en 1982 et à plus de 25 ans en 1986, malgré l'infiltration du VIH dans 75% d'entre eux. Ainsi on pourrait avancer un argument logique que le VIH, au lieu de baisser l'espérance de vie des hémophiles l'a, en fait, augmentée.

Duesberg poursuivit pour souligner que la maladie et le décès chez les hémophiles positifs au VIH sont les mêmes que chez ceux qui sont négatifs au VIH, et que l'immunodéficience chez les hémophiles est indépendante du VIH. La plupart des études montrent que des transfusions à vie de sang et de Facteur VIII conduisaient à la suppression de l'immunité ce qui conduisait à son tour à des maladies classées dans la définition du SIDA. Avant le Facteur VIII, la plupart des hémophiles mourraient adolescents d'hémorragies internes. L'introduction du Facteur VIII a certes prolongé leurs vies, mais ces transfusions, sur un long terme, de protéines étrangères contenues dans le plasma donné utilisé pour le Facteur VIII ont fait leur effet.

Duesberg faisait porter la responsabilité sur les transfusions à long terme de protéines étrangères comme étant la cause de l'immunodéficience des hémophiles avec ou sans VIH. Il soulignait également que si le VIH était un virus infectieux, sexuellement transmissible, alors pour quelle raison y avait-il si peu de femmes d'hémophiles qui contractaient une maladie définie SIDA ? Les Centres de Contrôle des Maladies ont rapporté 94 femmes d'hémophiles américains avec des maladies définies SIDA durant les sept années entre 1985 et 1992. (Les maladies définies SIDA consistent en 29 maladies anciennes telles que la pneumonie, que l'on appelle SIDA seulement si le VIH est présent). Ceci reflétait simplement des taux de maladie et de décès habituels dans la population en général de ces 29 vieilles maladies. Duesberg concluait

en disant « Puisque la transfusion de protéines étrangères parait provoquer l'immunodéficience chez les hémophiles, la logique de prescrire le terminateur de chaîne AZT comme thérapie anti-VIH doit être reconsidérée ».

Une étude sur une cohorte d'hémophiles à Edinbourg, menée par le Dr Christopher Ludlum, a souvent été brandie comme exemple pourquoi il doit être faux de tenir la position que le VIH ne cause pas 'hémophilie/SIDA'. Les études sur l'hémophilie en question, lorsqu'elles étaient interprétées par Ludlum, étaient censées montrer que seuls les hémophiles positifs au VIH de cette cohorte particulière de 32 patients (tous avaient été exposés au même lot de concentré de Facteur VIII infecté au VIH) développaient le SIDA. Aucun des négatifs au VIH ne développa de SIDA. Vu de cette manière, la preuve est vraiment irréfutable. Mais l'interprétation de ces études nécessite un examen approfondi.

L'article décrivait comment, de ces 32 patients, 18 'devinrent positifs aux anticorps'. Les 14 autres, exposés au même lot de facteur VIII prétendument contaminé au VIH, ne se sont pas séroconvertis. Pour quelle raison ces 14 ne sont pas devenus positifs au VIH est une question à laquelle l'orthodoxie a été incapable de répondre. Le fait est qu'ils étaient négatifs et n'ont pas progressé vers des maladies définies SIDA. Cette étude a été brandie comme étant le plus bel exemple quant aux raisons pour lesquelles le VIH doit être la cause du SIDA. Voici donc la preuve. Aucun des négatifs au VIH ne développa de SIDA, seuls les positifs le firent.

Examinons donc d'un peu plus près les 18 patients positifs au VIH. Dire que seuls les positifs au VIH ont développé le SIDA est une grossière et hâtive simplification de la vérité. Le fait est que seuls *quelques-uns* des positifs au VIH progressèrent vers le SIDA. Dans l'étude, 10 des positifs au VIH n'ont pas du tout progressé vers le SIDA. En d'autres mots, plus de la moitié des infectés est restée en bonne santé. Pour quelle raison ? Personne ne parle jamais d'eux. Si vous regardez d'un peu plus près les 8 autres restants qui ont progressé vers le SIDA, vous remarquez que chacun d'entre eux avait une maladie génétique héréditaire du sang particulière appelée HLA

(Human Lymphocyte Antigene – Antigène du Lymphocyte Humain) haplotype A1 B8 DR3. Ceci signifie qu'ils avaient une faiblesse immunologique héritée. Comme l'article lui-même l'affirme, « L'évolution clinique la moins favorable est fortement associée avec l'haplotype HLA A1 B8 DR3 » et se poursuit « l'idée générale que des personnes portant l'haplotype A1 B8 DR3 sont hyperactives d'un point de vue immunologique peut avoir des implications importantes dans notre compréhension de la pathogenèse du SIDA ». Une phrase importante de l'étude, à laquelle on aurait dû donner une bien plus grande importance, dit, « Nous avons déjà remarqué que le risque de séroconversion après exposition au lot de Facteur VIII contaminé était relié au nombre de flacons de ce lot réellement utilisé et au nombre d'unités de Facteur VIII utilisé par an ».

Les effets toxiques du Facteur VIII sur le système immunitaire et le fait que les maladies similaires au SIDA qui se produisent chez les hémophiles ont été directement reliées à l'âge du patient hémophile et à la quantité de Facteur VIII qu'ils avaient prise, ont été confirmés par l'apparition d'études ultérieures sur les graves effets immunosuppressifs du Facteur VIII. La formule originelle du Facteur VIII comportait moins de 1% du facteur coagulant vital. Le reste était des impuretés. Les études montraient maintenant une amélioration spectaculaire de la santé des hémophiles auxquels on donnait une nouvelle forme purifiée de Facteur VIII constituée de 99% de facteur coagulant et seulement 1% d'impuretés.

Le nouveau produit coûte deux fois plus cher que l'ancien, faisant monter le coût annuel moyen du traitement entre 12 et 15 000 Livres et jusqu'à 50 000 livres pour les gros consommateurs, donc il n'était disponible que pour les hémophiles qui avaient été diagnostiqués positifs au VIH (établissant en cela un système à deux niveaux favorisant les hémophiles positifs au VIH). Lorsqu'il lui a été demandé de donner son opinion sur ces découvertes, le professeur Gordon Stewart a dit qu'elles étaient extrêmement importantes :

Si ce travail est confirmé cela signifie qu'il se peut que les patients ne contractent pas du tout le SIDA. Cela nous donne également un indice énorme sur le mécanisme du SIDA. Nous savons maintenant que si les

hémophiles sont transfusés avec des concentrés impurs, ils opèrent des changements qui ressemblent au SIDA ; et s'ils reçoivent le produit de haute pureté, ils n'opèrent pas ces changements. Donc la probabilité est que la réponse des hémophiles soit envers les protéines étrangères présentes dans leur traitement et non envers le VIH. L'affirmation que les patients hémophiles contractent le SIDA parce qu'ils ont été infectés par le VIH doit être remise en cause.

Quelqu'un d'autre qui en était arrivé à remettre en cause les liens entre le VIH et l'hémophilie c'était Russel Schoch, rédacteur en chef du *California Monthly*, la revue des anciens de l'Université de Californie à Berkeley. Il avait suivi attentivement l'argumentation et avait publié avec beaucoup de clarté deux exposés sur les arguments anti-VIH. Le fils de Schoch était hémophile. Dans un article émouvant qui occupait une page entière de *Newsweek* titré 'Papa, je suis positif au VIH', Schoch écrit, « Mon fils et moi-même soutenons fortement l'effort de réexaminer l'hypothèse que le VIH provoque le SIDA, une hypothèse qui jusqu'à présent n'a pas sauvé une seule vie humaine ».

Jusqu'à présent la conviction que les hémophiles qui étaient positifs au VIH avaient été contaminés par le sang infecté au VIH qui était dans leurs agents coagulants Facteurs VIII avait conduit à un tas de procès. A la fin de l'année 1990, il y avait au Royaume Uni plus de 1 000 adultes et 175 enfants qui réclamaient des dédommagements pour avoir prétendument été infectés par le Facteur VIII. Le gouvernement britannique décida d'ajouter 42 millions de Livres supplémentaires au total initial de 34 millions de Livres qui avait été versé en début d'année en tant que paiement à titre gracieux. En Europe et aux Etats-Unis de nouvelles demandes d'indemnisations arrivaient tous les jours par flots entiers.

A l'Hôpital Royal de Perth, en Australie de l'Ouest, la biophysicienne Eleni Eleopoulos pensait différemment. Elle avait travaillé sans relâche avec sa collègue de l'hôpital Valenta Turner et également avec ses collègues de longue date David Causer et le professeur John Papadimitriou, directeur du département de pathologie de l'Université d'Australie de l'Ouest. Ensemble ils ont acquis la certitude qu'il n'était pas possible que le VIH puisse être dans le facteur VIII, laissé là tout

seul à se reproduire et continuer pour aller infecter d'autres cellules. Ils préparèrent un article pour une édition spéciale du journal *Genetica* avec l'extrait audacieux et sans ambiguïté suivant :

Dans cette critique, l'association entre le Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) et l'hémophilie a été attentivement examinée, surtout les données qui ont été interprétées comme indiquant la transmission du virus de l'immunodéficience humain (VIH) aux receveurs de préparations de Facteurs VIII prétendument infectés. De notre point de vue, les données publiées ne prouvent pas l'hypothèse qu'une telle transmission se produise et donc que le VIH ne peut pas expliquer le SIDA chez les hémophiles.

Cette édition spéciale de *Genetica* a été remise par son rédacteur en chef, John McDonald, professeur de génétique à l'Université d'Athens en Géorgie à Peter Duesberg pour être éditée. Dans son avant-propos, McDonald mentionne que :

de facto *une conspiration revendiquée existe à l'intérieur de la communauté scientifique pour empêcher de présenter des points de vue contestataires et des hypothèses alternatives sur le SIDA au public scientifique et à la population en général. ... Ignorer les accusations de censure scientifique ne peut que miner la confiance du public non seulement envers le point de vue scientifique dominant mais également envers l'establishment scientifique dans son ensemble. En ouvrant ce forum aux hypothèses alternatives du SIDA,* Genetica *espère faire taire qu'une 'conspiration du silence' existe à l'intérieur de la communauté scientifique.*

Y a-t-il du VIH dans le Facteur VIII ?

Ce journal important a permis à Eleopoulos et à ses collègues de questionner quelques-uns des problèmes fondamentaux qui entouraient l'hémophilie et le SIDA et de soulever des questions qui n'avaient jamais été autorisées à être publiées auparavant. Des questions comme : Pourquoi le VIH n'avait en fait jamais été isolé du Facteur VIII ? Comment le VIH pouvait-il survivre à la congélation, à la

décongélation et à la stérilisation par un processus de filtration utilisés lors de l'obtention du Facteur VIII ? Comment se fait-il qu'il n'y avait aucun cas de SIDA/hémophilie impliquant le syndrome de Kaposi alors que cela était considéré comme étant une des maladies clé du SIDA ? Pour quelle raison les CDC ont-ils des cas documentés d'hémophilie/SIDA qui sont négatifs au VIH, sans maladies indicatrices ? Comment se fait-il que l'on ait prétendu que le 'VIH' avait été 'isolé' chez des enfants hémophiles qui n'avaient pas d'autre facteurs de risque et où leur Facteur VIII avait été contrôlé et recontrôlé et s'était révélé négatif aux anticorps du VIH ? « On ne peut se rapprocher davantage de la preuve », écrit Eleopoulos, « que ce qui a été appelé infection par le VIH n'est pas causé par un rétrovirus exogène auquel les hémophiles ont été exposés mais par l'administration de préparations de Facteur VIII ».

Pour que des particules virales VIH acellulaires (particules qui ne se sont pas intégrées dans l'ADN d'une autre cellule) soient capables de continuer et d'infecter d'autres cellules elles doivent posséder une enveloppe protéique appelée gp120 sur leur revêtement externe. Ces protéines forment, sur les particules virales, les boutons faisant saillie que l'on dit cruciales pour le VIH afin de se fixer sur une autre cellule et de l'infecter. Dans son article Eleopoulos souligne le fait que le VIH ne pourrait simplement pas être en mesure de survivre au processus de fabrication du Facteur VIII et que même si des particules virales acellulaires y parvenaient, elles ne pourraient constituer une source significative de transmission du VIH. En d'autres termes, elles ne seraient pas capables de continuer à infecter de nouvelles cellules parce qu'elles ne seraient rien d'autre que des parties incomplètes de débris viraux sans les indispensables boutons gp120 sur leurs enveloppes protéiques.

Eleopoulos fait remarquer que Gallo lui-même avait dit « L'enveloppe virale qui est requise pour l'infectiosité est très fragile. Elle a tendance à s'enlever lorsque le virus bourgeonne à partir des cellules infectées, rendant par là les particules incapables d'infecter de nouvelles cellules ». Ayant admis cela, comment Gallo pouvait-il expliquer un moyen par lequel le VIH pouvait infecter de nouvelles cellules ? Comme toujours, il avait une réponse toute prête. Il dit que sans

enveloppe virale, l'infection *pourrait* nécessiter un 'contact de cellule à cellule'. Ce contact de cellule à cellule aurait pour effet d'éliminer la nécessité d'avoir une enveloppe protéique. Néanmoins Eleopoulos conclut que puisque le gp120, que l'on dit crucial pour que le VIH ait la capacité d'infecter de nouvelles cellules, n'est pas trouvé dans les particules virales acellulaires, donc même si des particules de VIH sont présentes dans le plasma des préparations de Facteur VIII, elles ne seront pas infectieuses. Des recherches récentes confirment que plus de 99% des particules virales VIH extrudées de cellules sont défectueuses et décrites par l'orthodoxie même comme étant des particules non infectieuses.

Le Facteur VIII et les Faux Résultats Positifs des Tests VIH

Eleopoulos poursuit alors en s'attaquant au problème des faux résultats positifs des tests anticorps au VIH chez les personnes hémophiles. Elle fait remarquer que la présence d'anticorps au VIH chez les personnes hémophiles peut signifier que ce ne sont pas de vrais positifs. Elle cite le Dr Philip Mortimer, directeur du Laboratoire de Virologie de Référence du Service de Laboratoire de Santé Publique (en anglais Public Health Reference Laboratory – PHLS – NdT) à Londres :

Le diagnostic de l'infection au VIH est presque entièrement basé sur la détection des anticorps au VIH, mais il peut y avoir des réactions croisées trompeuses entre les antigènes VIH-1 (les protéines que l'on dit provoquer la réponse anticorps au VIH) et des anticorps produits contre d'autres antigènes, et ceci pourrait entrainer de fausses réactions positives. Ainsi, il peut s'avérer impossible de relier spécifiquement un anticorps à une infection au VIH-1 (*souligné dans le texte*).

En d'autres termes, les anticorps produits par une vaccination influenza pourraient réagir avec un test VIH et faire apparaître que le VIH, au lieu de l'antigène influenza, est présent.

Puis vint la nouvelle qui fit l'effet d'une bombe. Eleopoulos dit qu'un nombre significatif de malades du SIDA auront un faux test aux anticorps VIH parce que les hémophiles, les homosexuels et les toxicomanes par intraveineuse sont tous soumis à une très grande variété d'antigènes étrangers et d'agents infectieux qui ne sont pas spécifiques au VIH. Elle poursuit en décrivant comment avant 1988 la plupart des hémophiles furent testés pour le VIH avec le test ELISA. (Seuls très peu furent confirmés par un test Western blot à ce moment-là). Elle dit qu'il est bien possible que si les hémophiles testés uniquement avec ELISA ou même avec ELISA et Western blot avant 1988 étaient réévalués, un nombre significatif d'entre eux ne seraient maintenant plus classés comme positifs au VIH. Songez à tout ce que cela implique ! Tous les hémophiles positifs au VIH, en fait tous les séropositifs, testés avant 1988 devraient être rappelés pour être retestés, et tous les procès autour du Facteur VIII contaminé devraient être réexaminés.

Les Anticorps 'identifiant' le VIH ne sont pas spécifiques au VIH

L'article s'attaque ensuite à la base même de l'identification du VIH. La protéine 24 (p24) est une des protéines clés censées être spécifiques au VIH. Eleopoulos démontre, par une recherche dans la littérature, qu'il n'est pas prouvé que le p24 soit spécifique aux rétrovirus et ne peut pas être spécifique au VIH parce que le p24 d'autres rétrovirus suscitent les mêmes anticorps.

Il est intéressant de remarquer ici que bien que Gallo et Montagnier, dans une publication conjointe, affirmaient que le p24 est unique au VIH, Gallo a déclaré à maintes reprises que le p24 du VIH, et deux autres rétrovirus humains, qu'il affirme avoir isolés à partir d'êtres humains, peuvent présenter une réaction immunologique croisée. En d'autres termes, le p24 ne peut pas être spécifique au VIH. Eleopoulos cite plusieurs exemples pour soutenir cela. Le supposé si important p24 a été trouvé en proportion élevée chez des donneurs de sang 'indéterminés' ou négatifs au VIH et il apparaît dans le sang de

patients auparavant négatifs au VIH, après avoir reçu des transfusions de sang qui avaient été testées et s'étaient avérées être négatives au VIH. Il a également été détecté chez jusqu'à 36% des patients ayant un SLE (systemic lupus erythematosus – lupus érythémateux disséminé – maladie systémique auto-immune chronique – NdT) et chez des patients qui ont eu une transplantation d'organe. Dans la plupart des cas le p24 disparaissait quelques mois après la transplantation.

Eleopoulos fait alors sa première allusion sur le fait que le VIH, ou les protéines qui sont dites identifier le VIH, peuvent très bien ne pas être du tout spécifiques au VIH, et être de simples protéines qui se trouvent en chacun de nous (endogènes) et se réveiller lorsque le corps subit un sévère stress immunologique – que le VIH a été faussement identifié – qu'en fait il se peut que le VIH n'existe pas du tout. A la place de cela elles (les protéines dites identifier le VIH – NdT) peuvent être soit des protéines non virales soit des protéines d'un rétrovirus endogène. Elle conclut cette partie de l'article en déclarant catégoriquement que ce qui a été appelé infection au VIH chez les hémophiles, « *n'est pas provoqué par un rétrovirus exogène auquel les hémophiles ont été exposés par le Facteur VIII* » (je souligne).

Alors qu'est-ce qui rendait les hémophiles malades ? Eleopoulos cite de nombreux rapports qui décrivent comment le produit Facteur VIII impur est lui-même considéré comme provoquant des anomalités immunitaires telles qu'un nombre de lymphocytes T4 bas et une immunosuppression, même lorsqu'il est produit à partir d'une population de donneurs exempts de risques de SIDA. Elle fait également remarquer que les maladies de type SIDA (les pneumonies atypiques dont la pneumonie pneumo cystique carinii) chez un nombre appréciable d'hémophiles ont été rapportées avant l'ère du SIDA. L'article conclut en nous rappelant les impuretés du Facteur VIII et comment les cas de SIDA chez les hémophiles sont directement reliés à la quantité de produit de Facteur VIII que les hémophiles ont prise (en fonction de la dose) et de la durée pendant laquelle ils l'ont prise (en fonction de la durée).

La note de bas de page finale est d'une importance cruciale et figure en tant que 'note ajoutée comme preuve'. Depuis que le groupe de Perth

avait complété son article pour *Genetica*, les Centres de Contrôle des Maladies ont communiqué une copie de sa fiche d'information (CDC 1994) sur la transmission du VIH. Dans cette fiche ils déclarent assez ouvertement : « Les études du CDC ont montré qu'en séchant, même ces hautes concentrations de VIH, réduit le nombre de virus infectieux (dans le Facteur VIII) de 90 à 99% en quelques heures … sécher le sang humain ou d'autres fluides infectés au VIH réduit le risque théorique de transmission environnementale par rapport à ce qui a été observé – essentiellement zéro ». Commentant la fiche d'information, Eleopoulos et al. déclarent : « Il est par conséquent inexplicable, étant donné leurs propres données, que le CDC continue à considérer les patients hémophiles comme risquant d'être infectés par le VIH via des concentrés de Facteur VIII contaminés et il est énigmatique qu'une autre explication sur le 'VIH' et le SIDA chez les hémophiles n'ait pas été recherchée ».

L'Obstinée Communauté des Sceptiques

La mise en doute de Duesberg et d'Eleopoulos de l'hypothèse virus/SIDA au travers de leurs analyses critiques des anomalies de l'hypothèse hémophilie/SIDA n'avait pas échappé à l'orthodoxie du SIDA. Tôt ou tard ils seraient obligés de répondre. Et en septembre 1995 ils répondirent par la publication dans *Nature* d'une lettre de Sarah Darby et al. qui analysait les taux de décès chez les hémophiles avant et après 'l'infection' au VIH. La lettre était accompagnée par un éditorial retentissant de John Maddox et par un communiqué de presse vraiment sans équivoque du MRC (Medical Research Center). L'article affirmait que le taux de décès chez les hémophiles durant les sept années entre 1985 et 1992 était dix fois plus élevé chez les hémophiles infectés au VIH. (Il convient de rappeler que la thérapie AZT pour les hémophiles positifs au VIH avait été introduite après 1987).

Maddox commença son éditorial en disant que la lettre était une raison de plus, pour ceux qui soutiennent que le VIH n'a rien ou que peu à voir avec la cause du SIDA, de se faire discrets. Puis il alla plus loin, « Ceux qui ont pris les devants dans la longue controverse sur le VIH dans le SIDA, en particulier le Dr Peter Duesberg de l'Université de Berkeley en Californie, ont une lourde responsabilité qui ne peut être effacée que par une reconnaissance publique d'erreur, honnête ou autre. Et le plus tôt sera le mieux ». Néanmoins Maddox reconnaissait les défauts suivants dans le travail de Darby, « Néanmoins on peut aisément prévoir qu'il y aura des réclamations de la communauté obstinée des sceptiques que Darby et al. n'ont pas réussi à apporter tous les détails du traitement suivi par les 6 000 personnes qui sont enregistrées, et que tant qu'ils ne le feront pas, leur conclusion n'a aucune valeur ».

L'étude de Darby sur les hémophiles donna également à Steve Connor une autre occasion de retourner le couteau dans les dissidents du SIDA. « La plus grande étude au Monde sur les hémophiles a catégoriquement prouvé que le VIH provoque le SIDA, un lien contesté par une petite poignée de scientifiques non-conformistes qui ont bénéficié d'une large publicité en Grande Bretagne … la nouvelle recherche est considérée comme étant la réfutation finale des points de vue de Peter Duesberg ». Duesberg écrivit rapidement sa réponse. Il rédigea un article de 1 500 mots comprenant 19 références pour le *Lancet*. Dans cet article il rejetait les découvertes de Darby et se concentrait sur son point de vue que les effets immunosuppresseurs des protéines étrangères qui contaminaient le facteur VIII et les effets toxiques de l'AZT qui était donné aux hémophiles positifs au VIH devaient être pris en compte dans les décès SIDA/ hémophiles.

Richard Horton, récemment nommé rédacteur en chef du *Lancet*, qui avait jusqu'alors prêté une oreille attentive au débat des dissidents, rejeta l'article de Duesberg mais lui demanda une lettre de 500 mots ne comprenant pas plus de cinq références, qu'il publia dûment en novembre 1995. Dans son habituel style de confrontation, Duesberg lança un défi dans sa lettre à Horton. Il disait qu'il était prêt à céder si Horton pouvait prouver qu'il avait tort dans deux prédictions. La première prédiction était que si deux groupes d'hémophiles devaient

être étudiés pour être comparés, durant la durée de leur vie, sur leur consommation de Facteur VIII et de tous les autres médicaments, et qu'un des deux groupes était positif au VIH et l'autre négatif, ils se révèleraient avoir des risques de SIDA identiques.

La seconde prédiction était que si deux groupes d'hémophiles positifs au VIH devaient être étudiés, avec le même dosage durant leur vie de Facteur VIII mais que l'un des groupes était traité à l'AZT et autres médicaments anti-SIDA, alors le groupe traité avec les médicaments aurait un taux de mortalité dix fois supérieur à celui du groupe non traité. A ce jour la recherche n'a jamais été entreprise. Maintenant c'était au tour d'Eleni Eleopoulos de répondre à l'étude de Darby. Elle envoya à *Nature* une réfutation puissante qui fut refusée. Puis Huw Christie et sa corédactrice Molly Ratcliffe abordèrent la question dans leur magazine *Continuum* et publièrent un communiqué de presse disant :

Loin de nous excuser comme on nous l'a demandé dans un éditorial dans Nature *accompagnant la présente étude, nous, 'la communauté obstinée des sceptiques' avons toute raison de rester tels que nous sommes, et de considérer que l'étude conforte simplement les points de vue exprimés par le professeur Duesberg (Berkeley), Eleni Papadopoulos (Perth), le Dr Harvey Bialy (New York) et d'autres, que le VIH n'est pas la cause du SIDA. ... Au contraire, par la présente nous demandons et exigeons que les scientifiques impliqués réadoptent des principes scientifiques appropriés dans ce domaine très important de santé publique.*

Le numéro suivant de *Continuum* publia alors l'article rejeté d'Eleopoulos dans son intégralité. Dans cet article, elle et ses collègues firent remarquer que l'affirmation de Darby et al. que l'augmentation de 85% du taux de décès parmi les hémophiles positifs au VIH ne pouvait être soutenue que si l'étude avait des preuves à présenter que la cause des décès supplémentaires dans le groupe des positifs au VIH était le SIDA. Dans les faits, 168 des 403 décès de séropositifs l'étaient de causes autres que le SIDA, et que ceux que l'on disait être décédés du SIDA et du VIH induisaient en erreur parce que le SIDA est constitué de plus de 25 maladies différentes et parce qu'aucun agent

infectieux unique ne s'est jamais révélé provoquer autant de maladies différentes et non reliées les unes aux autres.

La communauté obstinée des sceptiques grandissait rapidement à Londres. Maintenant elle se préparait pour la phase suivante et *Continuum* s'avéra être un forum important à ce moment-là de l'histoire de la dissidence du SIDA pour les arguments provenant d'un jeune virologiste en Allemagne, le Dr Stefan Lanka, d'un groupe de scientifiques retraités en Suisse mené par le professeur Alfred Hässig et provenant de l'équipe qui les avait inspirés – arguments montrant que le VIH lui-même n'existe pas.

Chapitre 14

Le VIH existe-t-il ?

Conférence sur le SIDA de Buenos Aires : les Doutes Croissants

J'étais adossée dans le siège confortable de première classe du Boeing 747 et regardais la vaste étendue de l'Océan Atlantique, en route vers Buenos Aires grâce au ministre argentin de la Santé. Comment en étais-je arrivée là ?

Tout cela était dû aux efforts herculéens du Dr Ricardo Leschot, un médecin argentin qui travaillait dans le domaine du SIDA et qui avait fait de grosses vagues en Argentine. Lors de nombreuses interviews à la radio et à la télévision il avait annoncé son hérésie – que le VIH ne provoquait pas le SIDA. Le Dr Leschot avait remarqué qu'un grand nombre de ses patients avaient été détruits devant ses yeux par la pression dévastatrice d'une vie sous sentence de mort du VIH et sous les effets toxiques de l'AZT. Leschot avait travaillé avec plusieurs d'entre eux, réussi à leur parler lors de leurs crises et les avait persuadés d'abandonner l'AZT. Il avait vu quelques-uns d'entre eux commencer à s'épanouir à nouveau. A tout le moins il y avait la nécessité de remettre en question les suppositions établies. Cela l'avait poussé à organiser une conférence internationale sur le SIDA en avril 1995 à laquelle il avait invité autant de dissidents qu'il le pouvait. La conférence allait produire quelques étincelles car de nombreux délégués étaient venus de villes provinciales d'Argentine, remplis du zèle 'sensibilisation au VIH'. Ils étaient stupéfaits d'entendre autant d'orateurs contester l'hypothèse virus/SIDA.

Le VIH a-t-il déjà été isolé ?

La contribution la plus spectaculaire a été fournie par le virologue allemand Stefan Lanka. Lorsque, quelques mois plus tôt, Stefan Lanka était passé dans nos bureaux de Londres en brandissant un manuscrit en allemand affirmant que le VIH n'existe pas, Hector Gildemeister prit une profonde respiration et pensa « rien de plus que la même chose mais en allemand cette fois ». Puis, lorsqu'il a commencé à lire le récit de Lanka, il a décidé que ce n'était de loin pas la même chose. Le manuscrit expliquait bon nombre de points sur lesquels il fallait s'interroger avec le VIH. Gildemeister commença à traduire et à remodeler l'article pour le rendre accessible au lecteur de base. L'article fit de nombreux aller-retours entre lui-même et Lanka avant

qu'il ne soit prêt et, lorsque 'VIH : réalité ou artéfact' sortit, notre monde était une fois de plus sens dessus-dessous.

Stefan Lanka avait étudié la virologie à l'université de Constance en Allemagne où il avait rédigé un mémoire de doctorat sur une étude de virus marin. Il connaissait une ou l'autre chose sur l'isolation des virus, car son travail l'avait conduit à analyser quelques virus marins qui n'avaient jamais été identifiés auparavant. Il était devenu la première personne à isoler deux nouveaux virus marins et avait une brillante carrière devant lui dans le monde de la virologie orthodoxe – ceci jusqu'à ce qu'il croise le SIDA et les questions qui remettaient en question l'hypothèse virus/SIDA.

Dans leur article, « Un Western blot positif est-il la preuve d'une infection au VIH ? », Eleni Eleopoulos et son équipe avaient déjà fait remarquer que les protéines dites spécifiques au VIH pouvaient être trouvées en chacun de nous et que le test VIH et la science qui y était associée devaient être réévalués. Eleopoulos remettait en question l'isolation du VIH et citait les Centres de Contrôle des Maladies américains qui disaient dès 1988 qu'il n'y avait pas de corrélation entre la présence de VIH dans des cultures de laboratoire et chez les humains. Influencé par le travail d'Eleopoulos, Lanka a commencé à se demander non seulement si le VIH provoquait le SIDA, mais même si le VIH existait. Après tout, raisonnait-il ; il n'avait jamais été isolé ni photographié de manière fiable ; seules les protéines que l'on dit être spécifiques au VIH étaient utilisées pour signaler son existence et il n'y avait jamais eu de test VIH fiable. La validité scientifique de ces tests n'avait pas été établie et l'amplitude des variations inter laboratoires entre ces tests n'avait pas été mesurée. Des résultats de tests nécessitaient des interprétations et les critères pour leur interprétation variaient non seulement de laboratoire à laboratoire mais également d'un mois à l'autre.

Ici, à Buenos Aires, Lanka vint sur la scène avec son propre ensemble d'accessoires comme faux kit de démonstration et, dans un style accompli, expliqua comment on pouvait affirmer qu'un virus, tel que le VIH, existait au travers de cultures dans des coupelles de laboratoire et par des procédures de tests. L'identification du VIH, dit-il à son

auditoire, reposait sur une situation totalement artificielle, qui dépendait de lignées cellulaires permanentes se perpétuant dans lesquelles le VIH était incubé, et qui utilisait des manipulations techniques qui transformaient les cellules en rien de moins qu'un artefact de laboratoire. Ces méthodes s'auto-perpétuaient et étaient fausses. Le VIH, annonça-t-il, n'avait jamais été isolé et même il n'existait pas. C'était du lourd. Cela n'a certainement pas dû convenir aux sceptiques du VIH qui écartaient l'hypothèse VIH/SIDA mais acceptaient l'existence d'un rétrovirus comme passager bénin. Mais Lanka continua à presser sur le citron.

Ce que l'orthodoxie dominante décrivait comme étant le rétrovirus VIH devait être incubé dans des lignées cellulaires permanentes. Celles-ci sont des fois appelées lignées cellulaires immortalisées et sont habituellement des lignées cellulaires cancéreuses qui continuent de se répliquer sans cesse et permettent aux cultures de VIH de se développer en elles. Ainsi, pour 'trouver' le VIH, Gallo et Montagnier devaient, dans leurs laboratoires, mettre en culture du VIH à partir du sang d'un malade. Leurs déclarations qu'ils pouvaient voir le VIH tuer d'autres cellules étaient en conséquent faites à partir d'observations sur ces cultures, dans un environnement très éloigné des propres réponses immunitaires du corps.

De plus, Lanka fit remarquer que pour obtenir 'l'activité du VIH' ces lignées cellulaires devaient être traitées à l'aide d'agents chimiques afin d'activer les cellules et faire en sorte qu'elles se divisent. On ne pourrait jamais rencontrer de tels agents dans un corps humain ; ainsi, ceci était une procédure artificielle pour stimuler une réponse. Se servant d'effets de scène, Lanka montra que cette procédure artificielle revient à stresser une cellule, faisant que de petites parties (jamais la totalité) d'ARN se convertissent en un ADN correspondant grâce à une enzyme appelée transcriptase inverse. C'est de cette manière, dit-il avec un geste théâtral, que l'on dit que les rétrovirus existent, et que le VIH est né.

Mais Lanka poursuivit, ceux-ci ne sont pas des rétrovirus, ce ne sont rien de plus que des parties sans rapport l'une avec l'autre qui ont été transcrites en ADN avec l'aide de l'enzyme transcriptase inverse. Cette

activité chimique pouvait des fois aboutir à la liaison de morceaux aléatoires d'ADN (commutation de matrice). En d'autres termes, après avoir transcrit une séquence, la transcriptase inverse pouvait transcrire une autre partie aléatoire d'ARN et la rajouter. « C'est comme sélectionner des mots tirés d'un livre au hasard », dit Lanka, « en faire une nouvelle phrase et ensuite prétendre que la phrase a été tirée du livre ». La position de Lanka était que l'activité de la transcriptase inverse et les morceaux d'ADN qui en résultaient qu'on disait permettant de reconnaître le VIH n'étaient pas spécifiques au VIH. Ils étaient les caractéristiques de toute forme de vie et étaient utilisés pour réparer les dommages chromosomiques. Il maintenait que les procédures dont on se servait pour 'trouver' de l'activité rétrovirale étaient une construction de l'esprit. Elles étaient un moyen par lequel l'activité rétrovirale était identifiée 'par procuration' et que l'on n'avait jamais prouvé que les rétrovirus existaient vraiment.

L'existence des rétrovirus, disait Lanka, était perpétuée par un groupe de scientifiques qui, il y a 25 ans, avait mal interprété la signification du rôle de la transcriptase inverse. Les lignées cellulaires permanentes que ces scientifiques devaient manipuler afin de produire ce qu'ils appelaient le VIH provenaient d'une et même source de laboratoire, étaient congelées et envoyées à des collègues dans le monde entier qui obtenaient, sans surprise, des résultats similaires. Ces derniers furent ensuite brandis comme étant la preuve de la validité de l'existence des rétrovirus et de la science de rétrovirologie dans son ensemble. Les résultats, disait-il, étaient reproduits encore et encore, en se servant des mêmes lignées cellulaires manipulées, avec tout le monde travaillant à partir du même phénomène de laboratoire construit à l'origine.

Il est crucial dans l'affaire de Lanka qu'il n'existe aucune photo du VIH, bien que plus d'une 'photo' avaient été publiée soutenant cette légende. La vérité c'est que ce que l'on nous présentait, ce n'étaient pas des photos d'un virus, mais un ensemble d'électro microphotographies de particules séparées ressemblant à des virus, et présentes dans des cultures cellulaires (ou plusieurs types de particules sont présentes) et certaines de ces particules sont arbitrairement dites être le VIH. En juxtaposant ces photos on peut alors les faire apparaître dans une séquence pour représenter un événement en temps réel – en

train de pénétrer dans une cellule, de bourgeonner et ainsi de suite. Ceci n'est rien de plus qu'une technique d'animation digne de Walt Disney.

Harvey Bialy, lui-même une figure de proue des dissidents du SIDA, n'était pas convaincu par Lanka. Il campait fermement sur sa position que le VIH n'était pas la cause du SIDA, mais que le VIH avait été isolé. Il disait que les arguments de Lanka étaient ésotériques, qu'ils saperaient les efforts qui montraient combien la science du SIDA s'était trompée au sujet du VIH et qu'ils ne devraient pas être communiqués aux journalistes présents à la conférence. Le fait est que même la position dissidente sur le SIDA évoluait et les arguments scientifiques ont besoin d'un continuel réexamen, démontrant par là que le terrain de la pointe du débat sur le SIDA était très fertile. La présentation du discours de Lanka à Buenos Aires avait été préparée pendant de nombreux mois. Les lignes de communication entre Lanka, le groupe d'Eleopoulos à Perth, le groupe d'Hässig à Berne et les dissidents de Londres avaient vraiment eu une grande activité.

Pour mettre le discours de Lanka à Buenos Aires dans son propre contexte et pour comprendre d'où venaient les protéines qui sont identifiées comme étant du VIH, il nous faut examiner attentivement les travaux d'Eleopoulos et Hässig.

Le mécanisme du SIDA : Surcharge de l'Immunité Acquise

Tous les matins, Alfred Hässig se réunit avec ses collègues, un groupe de retraités septuagénaires, dans un bureau au centre de Berne. Ils ont formé le Groupe d'Etude sur l'Alimentation et l'Immunité et, sentant qu'ils avaient tout le temps du monde maintenant qu'ils n'étaient plus dans la foire d'empoigne professionnelle, décortiquaient méticuleusement de nombreuses suppositions dans les nouveaux champs émergeants de la science. Le SIDA était arrivé sous leur regard critique et, avec les Drs Wen-Xi et K. Stampfli (et plus récemment le Dr Heinrich Kremer), ils ont produit plus de 15 articles contestant

l'hypothèse virus/SIDA, certains d'entre eux ayant été publiés dans des journaux internationaux.

Hässig était un immunologiste expérimenté qui, pendant 37 ans, avait été à la tête du Service de Transfusion Sanguine de la Croix Rouge Suisse. Au travers de l'ensemble d'articles préparés avec ses collègues, Hässig avait mené une analyse détaillée du mécanisme qui provoque l'effondrement du système immunitaire, décrit comme étant le SIDA. A son avis et celui de son groupe, le SIDA est le résultat d'une réponse à un stress persistant, changeant le métabolisme du corps en un état d'agression du système immunitaire auquel le corps ne peut pas résister (appelé catabolisme). Cette situation métabolique correspond à une inflammation chronique du corps entier, comprenant une accumulation de cellules inflammatoires qui provoque la formation d'anticorps contre les protéines des propres cellules du corps. Ce sont ces anticorps qui ont été confondus avec des anticorps anti VIH.

L'argument principal de l'orthodoxie est que le VIH tue les lymphocytes T, cellules du système immunitaire (également appelées cellules CD4). D'après Hässig « Affirmer que le VIH tue les cellules CD4 est la plus grande erreur de l'hypothèse VIH/SIDA. Le syndrome du SIDA est provoqué par une réponse au stress. Ceci est clairement observé chez tous les malades du SIDA ». Hässig pense qu'un stress persistant est caractérisé par une réponse inflammatoire impliquant le système neuroendocrinien. Ceci est décrit comme étant un état d'hypercortisolisme, lorsque le corps est forcé à produire des quantités anormales de cortisol. « C'est une maladie neuroendocrinienne et non virale et à juste titre le problème d'immunologistes et non de virologistes ».

Hässig fait remarquer qu'Antonio Fauci, le doyen de la recherche sur le SIDA, a relié la réaction au stress au SIDA en 1974, dix ans avant que l'on n'annonce que le VIH était la cause du SIDA. Son article montrait que du cortisol injecté dans des personnes en bonne santé dans le but d'induire une réponse au stress produisait la même diminution du groupe de lymphocyte T CD4 (les cellules du système immunitaire) que celle qu'on observait chez les personnes ayant le SIDA. « N'est-il pas bizarre », dit Hässig, « que Fauci aurait oublié,

comme par hasard, son propre article lorsque le VIH est arrivé au centre de la scène ? ».

Conscient que lorsque le corps est stressé il produit des taux élevés d'anticorps (qui sont des protéines), Hässig a commencé à se renseigner sur la nature des anticorps dit spécifiques au VIH. Il souligna le fait que les patients ayant une maladie inflammatoire auto-immune appelée SLE (Systemic Lupus Erythematosus – Lupus Erythémateux Disséminé) testaient souvent positifs aux anticorps VIH. Dans une étude conduite en 1994, 43% des patients lupus avaient testé positifs aux anticorps VIH. Hässig en a conclu que les protéines que le corps produisait dans ces conditions étaient des autoanticorps, qui n'avaient rien à voir avec le VIH mais néanmoins testaient positif au test VIH. En d'autres termes, ce qui était trouvé c'était un profil anticorps élevé, mais ces anticorps n'étaient pas spécifiques au VIH.

Mais pour quelle raison le corps réagit-il contre lui-même et produit-il ces anticorps ? Hässig explique que chaque jour, en dehors de fabriquer de nouvelles cellules, le corps doit se débarrasser d'un milliard de particules cellulaires dont il n'a plus besoin. Il se peut que ces particules produisent de l'ARN et de l'ADN. Lorsque le corps est sous le stress il produit même davantage de ces particules. Les défenses immunitaires du corps ne peuvent pas toujours reconnaître tout ce matériel comme étant le sien. Il perd sa capacité à différentier le 'soi' du 'non soi' (protéines entrant dans le corps) et du 'soi altéré' (protéines anormales fabriquées dans le corps). Ceci est une réponse auto-immune classique. Le lupus (SLE) n'est pas la seule maladie qui peut déclencher cette réponse. D'autres maladies telles que l'arthrite et des maladies comme la tuberculose, les parasites, la lèpre, la malaria et la sclérose en plaques peuvent toutes produire le même effet. « Nous sommes vraiment arrivés au point », dit Hässig, « où nous pouvons reconnaître l'hypothèse VIH pour ce qu'elle est : un échec ».

Etant donné ce qui précède, Hässig est tout-à fait opposé à l'usage de l'AZT. Son groupe avait dénoncé son usage et avait porté l'attention sur les dommages qu'il peut provoquer aux intestins tout comme sur la moëlle osseuse, pour ne pas mentionner les mitochondries, bactéries vestigiales (se dit d'un organisme dont la fonction initiale a été perdue

en totalité ou en partie au cours de l'évolution – NdT) qui ont évolué avec nous pour devenir des 'blocs d'alimentation' vitaux des cellules humaines. Elles (les mitochondries – NdT) forment la principale source d'énergie de toutes les cellules de notre corps exceptées les cellules cancéreuses.

Alors qu'est-ce qui peut être fait pour ramener à l'équilibre un corps trop stressé ? Le travail sur l'alimentation du groupe de Berne dit que d'abord la source du stress psychologique et la thérapie à base de médicaments dangereux doivent être éliminés, et ensuite des mesures doivent être prises pour contrôler la réponse inflammatoire dans le corps – cette hyperactivation du système immunitaire qui produit la prolifération d'anticorps. Ceci peut être favorisé en réduisant le nombre trop élevé de radicaux libres d'oxygène dans le sang. Ce sont des atomes incomplets qui se répandent dans tout le corps provoquant inflammation et dommages. Ils peuvent être réduits par la consommation d'antioxydants à base de légumes dans des préparations végétales, et des aliments tels que le thé vert, les fruits frais et le tofu, qui contiennent tous des agents anti-oxydants comme les polyphénols flavonoïdes et les tanins.

L'un des effets indésirables de l'AZT le plus répandu ce sont les dégâts sur la paroi intérieure de l'estomac – provoquant de graves diarrhées et vomissements. Ceci à son tour affecte la manière dont le corps absorbe les aliments, mais l'hypothèse virus/SIDA et les thérapies médicamenteuses qui s'en suivent n'ont laissé que peu de place à l'exploration d'autres voies pour régénérer le système immunitaire et pour reconstituer les intestins. Le travail du groupe de Berne est d'importance parce qu'il étudie des moyens pratiques de traitement de personnes avec immunodéficience au travers de changements de leur mode de vie et de leur alimentation plutôt que par un cocktail de médicaments antiviraux.

Pendant ce temps, dans un pays aussi éloigné que l'Australie de l'Ouest, le petit groupe de scientifiques conduit par la biophysicienne Eleni Eleopoulos à l'Hôpital Royal de Perth avait poursuivi son analyse rigoureuse de l'orthodoxie du SIDA actuelle – analyse qui avait mené au discours de Lanka à cette tribune de Buenos Aires. Ils

avaient non seulement produit le travail important sur l'hémophilie décrit dans le chapitre précédent mais ils avaient dorénavant complété un article saisissant qui contestait le fondement même du test VIH Western blot. Le test de détection des anticorps au VIH ne détecte pas un virus. Il teste des anticorps qui réagissent avec un ensemble de protéines que l'on dit uniques au VIH. La procédure habituelle dans le Monde entier (sauf en Angleterre depuis 1992) pour tester le VIH a été d'effectuer un test ELISA double (dosage immunoenzymatique) pour vérifier le niveau des supposés anticorps spécifiques au VIH, et ensuite de confirmer avec un test Western blot.

Le test ELISA implique l'incubation d'un échantillon de sérum sanguin avec une mixture de protéines 'spécifiques au VIH'. L'ELISA est positif si la solution change de couleur jusqu'à une certaine densité, indiquant par là une réaction entre les protéines du kit de test et les anticorps du patient. Parce que le test ELISA n'est pas spécifique et peut réagir à des anticorps non générés par le VIH, la plupart des autorités chargées des tests s'efforcent d'éliminer les 'faux positifs' en répétant le test ELISA et en effectuant un autre test différent appelé Western blot. Le test Western blot est supposé être capable de trouver quelles sont les protéines du VIH qui sont présentes en identifiant les anticorps à ces protéines. Ceci apparaît dans une série de bandes qui identifient la présence d'un ensemble spécifique de réactions anticorps/protéine. Le test Western blot s'est montré si peu fiable pour diagnostiquer le VIH que le Laboratoire de Référence des Virus du PHLS (Public Health Laboratory Service – Service de Laboratoire de la Santé Publique -NdT) ne l'utilise plus et ne s'appuie plus que sur le test ELISA. Les résultats de tests sont atteints, idéalement, au travers un processus d'échantillons multiples qui implique la mise en œuvre de plusieurs tests ELISA sur un échantillon puis de l'envoyer pour confirmation à un autre laboratoire utilisant un kit de test différent. Néanmoins, le Western blot est toujours encore utilisé comme test de confirmation dans la plupart des pays du Monde. Des pays différents ont des critères différents quant au nombre de bandes du test Western blot qui sont nécessaires afin de déclarer que le test VIH est positif.

L'article d'Eleopoulos était la confirmation scientifique du discours innovant de Stefan Lanka à Buenos Aires. Elle ne décrivait pas

seulement pour quelles raisons les protéines dites spécifiques au VIH n'étaient pas propres au VIH mais également que même si des anticorps à ces protéines se révélaient on ne pouvait pas présumer que c'était le signe d'une infection au VIH. Eleopoulos critiquait le test ELISA tout comme le Western blot. Le test anticorps ELISA, disait-elle, ne pouvait avoir une signification que lorsqu'il était standardisé, c'est-à dire lorsqu'un résultat de test avait la même signification chez tous les patients, dans tous les laboratoires et dans tous les pays. Mais ceci n'était pas le cas et les résultats restaient variables parce qu'il n'y avait pas de standard absolu.

Pour illustrer comment le Western blot n'était pas reproductible elle a décrit l'Etude de Sûreté des Transfusions menée aux Etats-Unis. Dans cette étude quatre échantillons de sang furent soumis à une procédure de contrôle de qualité et testés aussi bien avec ELISA qu'avec Western blot. Deux furent déclarés positifs et deux négatifs. Ils furent ensuite soumis à des tests Western blot dans trois laboratoires de référence différents, testés encore et encore, quelques fois jusqu'à 70 fois. Les résultats montrèrent de remarquables variations, avec le même échantillon positif se révélant sept fois positif sur trois bandes de protéines et, dans le même laboratoire cinq fois sur uniquement une bande. Dans un autre laboratoire le même échantillon ne produisit aucune bande. De la même manière les échantillons négatifs produisirent des résultats positifs à plusieurs reprises. Parce que la décision qu'une personne soit ou non positive au VIH dépend de la présence ou non d'un certain nombre de bandes requises, ce manque de corrélation entre un laboratoire et un autre est, c'est le moins qu'on puisse dire, inquiétant.

Les résultats de ces essais répétés sont trop détaillés pour être approfondis, mais non seulement ils variaient considérablement à l'intérieur d'un laboratoire et d'un laboratoire à un autre, mais également les critères pour les déclarer positifs ou négatifs variaient d'un pays à l'autre. En Australie par exemple, quatre bandes au moins sont requises, au Canada et dans la plupart des états des Etats-Unis il en faut trois ou plus, et dans toute l'Afrique deux suffisent.

En d'autres termes, des personnes peuvent être positives ou négatives au VIH selon le laboratoire où elles ont été testées, selon le kit de test utilisé et selon le pays où elles ont été testées. Pas étonnant que le Dr Philip Mortimer, directeur du Laboratoire de Référence des Virus du PHLS de Londres ait abandonné l'usage des tests Western blot au Royaume Uni. Dans une analyse de qualité il a trouvé que « les laboratoires qui ont participé avaient développé 11 différents ensembles de critères pour la lecture des Western blots. Une confusion de cette sorte ne peut que conduire à des erreurs » a-t-il écrit.

Eleopoulos a expliqué un autre exemple des anomalies inquiétantes entourant le Western blot dans une lettre au *Lancet*. Elle nous rappelle les quatre femmes de Sydney qui ont été déclarées positives au VIH après une fécondation *in vitro* avec du sperme positif au VIH. C'est de cela dont l'orthodoxie s'est servi comme l'une des démonstrations les plus claires que le SIDA pouvait se répandre par le sperme chez les hétérosexuels. (Aucun des bébés nourris au sein de ces femmes ne devint positif). Les diagnostics de ces quatre femmes étaient basés sur des tests Western blot effectués en 1985 lorsque seulement une ou deux bandes étaient nécessaires pour tester positif. Selon les critères actuels pour un Western blot positif en Australie, aucune de ces quatre femmes ou même le donneur ne serait considéré comme positif au VIH. « Ni aucun ne serait positif d'après les critères mis en place par la FDA et la Croix Rouge Américaine. En fait, deux des femmes ne seraient pas positives selon les critères existants dans le Monde entier ».

Turner illustre les défauts des tests en citant une étude sur 1,2 millions de candidats au service militaire américain. Leur premier test VIH ELISA produisit 12 000 positifs mais seuls 2 000 d'entre eux se révélèrent positifs au Western blot et donc, d'après les auteurs, infectés au VIH. Turner écrit : « Ceci nous laisse 10 000 ELISA positifs qui ont dû réagir pour des raisons autres que des 'anticorps au VIH', un témoignage qui met bien en évidence le problème causé par des anticorps présentant des réactions croisées. … Ce qui signifie que vous n'êtes pas nécessairement infecté par ce que les anticorps semblent vous dire ». Turner résume en disant : « Il serait donc approprié, pour un scientifique désintéressé, de tenir compte de la possibilité qu'il n'y

ait absolument pas d'anticorps au VIH réels, que ce ne sont tous que des prétendants ». Et finalement, lorsque 2 210 personnes ayant la syphilis furent testés aux USA, 24% se révélèrent être de faux positifs avec ELISA. Sur dix échantillons qui testèrent positifs de manière répétée avec ELISA, neuf étaient négatifs avec le Western blot et, d'après les chercheurs, il n'y avait pour cette raison là qu'un seul 'vrai positif'.

Eleopoulos et son équipe de Perth ont produit un ensemble substantiel de travaux, et néanmoins l'establishment des virologues a choisi d'ignorer son article sur le Western blot et sa suite mettant en doute l'isolation du VIH. J'ai entendu que l'on disait que peu importe combien vous avez raison, tant que plus de 50% de l'establishment scientifique ne dit pas que vous avez raison, vous serez ignoré. Dans le passé, néanmoins, il était plus facile de faire connaître votre point de vue et voir votre hypothèse alternative soumise à l'épreuve. Le cauchemar de la science moderne c'est que les gros sous, les revenus de la publicité dans les journaux scientifiques, les brevets sur les médicaments et les kits de tests signifie qu'un défi à l'orthodoxie dominante court le danger de ne jamais être entendu – et que le point de vue hérétique puisse être le bon.

A la conférence de Buenos Aires, Lanka a déclaré à son auditoire que c'était le travail d'Eleopoulos qui l'avait conduit à aller un peu plus loin et d'examiner l'usage d'un autre moyen de 'trouver le VIH' appelé Réaction en Chaîne par Polymérase (en anglais PCR – NdT). La découverte de cette technique de Kary Mullis lui avait valu le Prix Nobel de chimie. Il a trouvé un moyen d'amplifier l'ADN, de telle sorte que l'on pouvait, pour ainsi dire, « trouver une aiguille dans une meule de foin'. Là où l'ADN cible était à peine détectable, la quantité présente peut être amplifiée, donc être doublée et redoublée jusqu'à ce qu'une quantité mesurable suffisante soit disponible. Cette technique avait été utilisée par les chercheurs du SIDA pour 'trouver' du VIH et apporter la preuve d'une charge virale massive chez les malades du SIDA. Mais quelques critiques maintiennent que ce qui est trouvé ce sont de petits fragments de particules virales défectueuses qui n'ont pas l'information génétique suffisante pour se reproduire, et encore

moins pour continuer à aller infecter d'autres cellules (voir chapitre 13).

A Buenos Aires, Lanka alla encore plus loin disant que ce n'étaient même pas des particules virales mais des morceaux d'ADN qui pouvaient être manipulés pour donner un résultat VIH positif. Illustrant ceci par une série de diapositives, il décrivit comment en changeant juste un peu le point d'amorce utilisé pour les tests PCR (voir ci-dessus – NdT), on pouvait faire que même un échantillon de sang négatif au VIH pouvait présenter un résultat positif. Il dit qu'il était même capable de faire de telle sorte que l'archevêque de Canterbury soit testé positif avec la PCR. C'était parce que, comme l'avait fait remarquer Eleopoulos, l'identification génétique des protéines dites spécifiques au VIH qui sont en chacun d'entre nous peut être amenée à exister par des manipulations de laboratoire.

Alors, qu'est-ce que ça veut dire tout ça ? Cela signifie que nous devons modifier radicalement notre réflexion au sujet de l'identification du VIH lui-même. C'est une position que Duesberg trouve inacceptable. Il pense que l'identification du VIH, reposant sur le processus du clonage moléculaire – par lequel on affirme qu'exactement les mêmes structures VIH ont été identifiées dans différents laboratoires de manière indépendante – est la preuve définitive que le VIH existe et que les rétrovirus dans leur ensemble existent. Ce n'est pas ainsi, proteste Lanka, parce que la définition des protéines spécifiques au VIH n'a jamais été examinée. Elle a simplement été annoncée par Gallo et ensuite confirmée par plusieurs de ses collègues, qui sans se poser de questions, ont accepté la formule de Gallo pour identifier ce nouveau et supposé catastrophique rétrovirus.

Arrivés à ce point, nous avions maintenant un volcan grondant au milieu d'une communauté du SIDA dissidente qui était autrefois très soudée. Les derniers mots de Duesberg sur ceci étaient « Il semble tragique que plus de 99% des chercheurs du SIDA étudient un virus qui ne provoque pas le SIDA et que les quelques-uns qui ne font pas cela sont dorénavant engagés dans un débat sur l'existence d'un virus qui ne provoque pas le SIDA ».

Carrément faux : le VIH incorrectement identifié

Le moment était arrivé d'enquêter plus profondément sur les implications de ce qui avait été dit. Nous avons décidé de nous focaliser sur le problème du dépistage du VIH. Est-ce que cela pouvait être un moyen d'apporter une preuve formelle de l'existence du VIH ou non ? Les faux résultats positifs et les contradictions entre un kit de test et un autre et entre les différents laboratoires apportaient déjà de solides indications que quelque chose clochait vraiment. Il y a au Royaume Uni 18 000 personnes qui avaient été déclarées positives au VIH. Etant donnés les changements dans les critères de diagnostic pour un résultat positif et les réactions croisées reconnues qui pouvaient produire un résultat 'faux positif', se pourrait-il que beaucoup d'entre elles aient été diagnostiquées à tort ?

Nous n'étions pas les seuls à nous en inquiéter. Le Dr Philip Mortimer, au Laboratoire de Référence des Virus du PHLS de Londres a dit à l'un de nos chercheurs, en avril 1996, que le problème des standards pour le dépistage du VIH était « un des arguments considérables qui ne sont pas entièrement compatibles. … Nous sommes tous très préoccupés à propos du degré de spécificité des tests utilisés pendant plus de dix ans et ceci est pour nous une cause de grande anxiété ». Mortimer était particulièrement inquiet au sujet du fait que, bien qu'il eût établi des lignes directrices pour les tests et essayait d'établir un principe concerté unique, « des scientifiques indépendants ne veulent pas suivre nos lignes directrices de laboratoire ».

Il y a de nombreux articles publiés dans la littérature médicale qui font état de réactions croisées avec le test VIH et de faux résultats positifs. Nous connaissions aussi le cas d'Hector Severino en République Dominicaine qui avait été testé positif après un accident de moto, on avait refusé de l'opérer et la peur du diagnostic avait poussé sa femme à se suicider. Par la suite Severino avait été testé négatif en deux occasions. En, 1997 il est toujours en bonne santé.

A présent c'était à notre tour de parler du londonien Tony (qui ne souhaite pas révéler son vrai nom). En 1986, à l'âge de 52 ans, il a été diagnostiqué positif au VIH après un examen de santé de routine et pendant six ans il pensait qu'il avait le SIDA. « On m'a délivré une sentence de condamnation à mort sur la foi d'un seul test sanguin », disait-il. Sa famille l'avait abandonné et les gens refusaient même de manger avec lui avant de se renseigner auprès de leurs médecins si c'était sans danger. « J'ai été traité comme un lépreux, comme un monstre. Lorsque j'avais un traitement dentaire le dentiste portait un casque et une visière ». Il avait si peur qu'il pourrait infecter d'autres personnes qu'il se lavait les mains à l'eau de Javel encore et encore jusqu'à ce qu'elles soient à vif. Tony a été à nouveau testé en 1991 et s'est révélé être négatif. Il demanda son échantillon sanguin original afin qu'il soit testé à nouveau et celui-ci aussi se révéla négatif. Le laboratoire concerné était à l'Université Collège de Londres (UCL), Département de Virologie de la Faculté de Médecine dirigé par le professeur Richard Tedder. Toni décida d'intenter un procès. Son avocat, Alan Bruce de la Lloyd & Company, avait dit que l'Administration Régionale de Santé Publique du secteur de Camden et Islington ne contesterait pas sa responsabilité et qu'une négociation pour dommages et intérêts était en cours.

On nous a également rappelé le mystère entourant le fait que des enfants hémophiles positifs au VIH avaient été testés positifs au VIH même après leurs transfusions de Facteur VIII alors que ce dernier avait été vérifié et doublement vérifié et s'était révélé négatif au VIH. La transmission sexuelle étant exclue, comment était-il possible que ces enfants aient contracté le VIH ? Un lot défectueux de Facteur VIII a dû passer au travers, dit l'orthodoxie. Mais si c'était cela qui était en cause, pour quelle raison les autres enfants qui ont été transfusés avec le même lot ne sont-ils pas devenus positifs au VIH ?

Notre recherche sur le problème déconcertant des faux positifs nous a menés à l'Université de Rome ou le professeur Vittorio Colizzi avait découvert que lorsque des patients ayant une maladie du sang appelée thalassémie étaient transfusés (avec du sang négatif aux anticorps au VIH), plus ils recevaient de transfusions et plus ils testaient positifs au VIH. C'est-à-dire, ils testaient positifs aux anticorps aux premières

protéines que l'on disait spécifiques au VIH – les p24, gp120 et p4. Colizzi a également étudié un groupe de femmes en Sicile. Il a choisi cette région parce qu'il voulait trouver des femmes qui avaient eu des rapports sexuels pendant de nombreuses années avec un seul partenaire. Il avait trouvé que les femmes qui avaient eu plusieurs enfants d'un même père, au cours des années avaient développé des anticorps qui produisaient un résultat positif au test VIH.

Nous voulions souligner le problème des faux positifs - un problème que l'orthodoxie reconnaissait – mais, plus important, nous voulions aller plus loin et expliquer, grâce au travail d'Eleopoulos, qu'un faux positif était une dénomination impropre, que ce qui en fait était testé n'existait pas. Clairement un autre documentaire de télévision s'offrait à nous et une fois de plus, le toujours très patient David Lloyd à Channel 4 nous a soutenus avec des crédits de développement. Travaillant avec Huw Christie, rédacteur en chef du magazine *Continuum*, pour notre projet de recherche nous avons sélectionné un groupe de volontaires positifs au VIH qui étaient désireux de se faire tester à nouveau. Afin d'examiner la fiabilité des tests VIH nous avons élaboré nos propres séries de tests préliminaires. Etant donné la sentence de condamnation à mort attachée à un diagnostic VIH positif et la crainte et discrimination concomitants, ceci était un projet qui nécessiterait vraiment d'être abordé d'une manière très prudente.

Pour atteindre l'objectivité totale, nous avons demandé au Dr Andrew Taylor du Robens Intitute de l'Université de Surrey, un laboratoire d'analyses très connu pour ses préoccupations de santé publique, de coordonner nos tests d'échantillons. Il a choisi un laboratoire de référence pour effectuer les tests ELISA, mais à ce stade il ne nous a pas révélé l'identité du laboratoire. Nos échantillons devaient être vérifiés avec trois kits de tests différents. Il y a plus de 20 kits de test ELISA commercialisés sur le marché. Nous en avons choisi trois très connus provenant des fabricants Murex (qui a repris le test Wellcozyme de Wellcome), Organon et Pasteur.

Maintenant il fallait sélectionner les échantillons de sang. Nous savions déjà que des personnes avec des maladies inflammatoires (auto-immunes) telles que la polyarthrite rhumatoïde et le lupus, mais

sans symptôme du SIDA, pouvaient tester positif. Les anticorps produits par la tuberculose, la candidose et la malaria pouvaient également faire des réactions croisées avec le test VIH ; tout comme les consommateurs de drogues par intraveineuse et les alcooliques ayant une hépatite B. D'après Eleopoulos, ces maladies peuvent produire des taux de gammaglobuline (une protéine) très élevés qui peuvent se révéler positifs avec le test ELISA. Nous avons finalement sélectionné un ensemble de 39 échantillons de sang provenant du monde entier afin de satisfaire aux conditions ci-dessus. Les échantillons de tuberculose nous ont été envoyés de la ville du Cap et nos échantillons de lupus et de malaria furent fournis par la Faculté de Médecine de l'UCL (University College London).

Nous avons ensuite rassemblé nos volontaires HIV positifs. Nous voulions les tester à nouveau à l'aide de notre étude contrôlée avec trois différents kits de test et également dans plusieurs cliniques de dépistage dans des centres hospitaliers universitaires du centre de Londres. Ils étaient cinq volontaires diagnostiqués positifs et un, Peter Nicholls, qui pensait qu'il était positif à cause de son comportement à risque. Un médecin a pris des échantillons de sang de ces six personnes et ils furent envoyés au Robens Institute. Là le Dr Taylor leur a donné des numéros de code pour un essai préliminaire et puis, afin de rendre l'étude encore plus aveugle, a donné un nouveau numéro aux mêmes échantillons de sang d'un deuxième lot pour un deuxième essai.

Au moment où la première série de résultats nous revint, nous savions que nos échantillons avaient été envoyés au laboratoire de référence de la Faculté de Médecine de l'UCL dirigé par le professeur Richard Tedder. Nos tests étaient coordonnés là-bas par Stephen Rice. Nous avons été surpris de recevoir les résultats de ces deux essais menés à partir de seulement deux des kits de test, le Murex et l'Organon. A première vue il n'y avait rien de particulièrement surprenant dans ces résultats. Les diagnostiqués positifs (et l'échantillon de Peter Nicholls auquel nous nous attendions qu'il soit positif) étaient tous manifestement positifs (avec une densité optique de plus de 2,00) lorsqu'ils étaient comparés avec les autres échantillons qui étaient tous négatifs (une densité optique aux environs de 0,04). Quant à la

troisième série de résultats, celle du kit de test Pasteur, apparemment le laboratoire n'avait pas été satisfait par le 'contrôle de qualité' à son sujet mais néanmoins avait consenti à nous en envoyer les résultats par fax. Là, vraiment, c'était un tableau très différent – 19 résultats sur l'ensemble, parmi lesquels les malades de la malaria, de la tuberculose et du lupus étaient dans une fourchette indéterminée. C'est-à-dire qu'ils étaient bien au-dessus des niveaux relatifs détectés sur les deux premiers kits de test et certains se rapprochaient du positif. D'après les lignes directrices du laboratoire de référence, ceux-ci auraient dû être retestés.

Nous avons alors contacté l'UCL au sujet des résultats Pasteur et on nous a dit qu'après vérifications complémentaires ils étaient totalement satisfaits avec les trois ensembles de résultats. Nous avions là un exemple très clair d'une différence significative dans les résultats entre des kits de test. A ce stade nous n'avons pas été surpris que Peter Nicholls avait testé positif avec les trois kits de test. Mais plus tard ses résultats devaient fournir la meilleure preuve du manque de fiabilité de toute la procédure de dépistage.

Parce que Eleopoulos avait souligné que nous devrions trouver quelques échantillons qui avaient des taux de gammaglobulines élevés (IGG et IGM) nous avons demandé à un laboratoire de référence en protéine d'une faculté de médecine de nous fournir quelques échantillons provenant de patients qui avaient des maladies auto-immunes (telles que la polyarthrite rhumatoïde ou le lupus) mais pas de maladie définie SIDA. Nous en avons envoyé quatre d'entre eux afin qu'ils soient testés au laboratoire de dépistage privé du centre de Londres. Deux jours après nous avons appris la nouvelle que l'un d'entre eux (avec le taux de gammaglobulines le plus élevé) avait testé positif sans aucun doute. Aucun deuxième test ne fut requis. Ceci était l'exemple clair d'un patient avec une maladie auto-immune qui n'avait rien à voir avec le 'SIDA' qui testait positif au VIH. Combien d'autres y avait-il nous sommes-nous demandés ?

Passons maintenant à la deuxième partie de notre plan. Nous savions que lorsque l'information est connue (habituellement sous la forme d'une requête du médecin) sur les facteurs à risque d'un individu, par

exemple s'il est homosexuel ou toxicomane, un résultat indéterminé peut être interprété positif lorsque le dossier médical de l'individu est pris en considération. Donc, afin d'exclure tout préjugé possible nous avons décidé de prendre les cinq diagnostiqués positifs et Peter Nicholls pour être testés à nouveau soit dans des cliniques privées soit dans des cliniques VIH du NHS. Ces six volontaires étaient homosexuels mais ils ont dit aux cliniques qu'ils étaient hétérosexuels. Les cinq premiers volontaires positifs ont constamment testé positif, mais à notre grand étonnement, Peter Nicholls qui avait été déclaré, anonymement, six fois positif à l'UCL (il faut garder à l'esprit le double dépistage avec chacun des trois kits de test) a testé négatif dans deux facultés de médecine de pointe de Londres, Ste Marie – Paddington et le Royal Free Hospital. Ces deuxièmes tests ont été effectués seulement un mois après les premiers. Donc, en un mois, Nicholls était passé de trois fois séropositif à deux fois séronégatif.

Ces tests, financés avec un budget dérisoire par une chaîne de télévision et conduits par une petite compagnie de production indépendante, auraient dû être réalisés il y a bien longtemps et sur une échelle bien plus large. Ils révèlent à quel point le test VIH n'est ni spécifique ni reproductible d'une manière satisfaisante. Ils révèlent qu'il y a de nombreux individus parmi les 18 000 diagnostiqués positifs au Royaume Uni qui ne peuvent être que des faux positifs. Ils nous rappellent aussi ces suicides tragiques qui sont survenus à la suite d'un diagnostic positif et de la terrifiante condamnation à mort qui l'accompagnait. La situation s'est encore plus aggravée par la récente introduction aux USA de kits de test VIH livrables à domicile. Les tests consistent à se piquer le doigt avec une lancette jointe, à le presser pour déposer trois gouttes de sang sur une carte de test munie d'un code chiffré et ensuite de la renvoyer par la poste au laboratoire pour analyse. Sept jours après on peut vous fournir les résultats par téléphone. Il y a eu énormément de controverse au sujet de ces tests faits sans aucune consultation clinique physique, et donc les fabricants ont ouvert un service de conseils téléphoniques gratuit.

Il y a déjà aux USA des personnes qui poursuivent en justice les autorités de santé pour 'mauvais diagnostics'. Un groupe d'avocats de Miami en Floride et Fort Worth au Texas a 80 affaires en instance. Ils

prédisent qu'il y aura une avalanche de procès dans un futur proche. A Miami, l'avocat Steve Mitchell a engagé en 1993 la première procédure judiciaire pour diagnostic abusif. L'affaire qu'il a gagnée impliquait une femme de 49 ans qui avait été violée en groupe quand elle avait la vingtaine. Elle était à l'hôpital pour des problèmes de thyroïde et on lui a proposé un test VIH gratuit. Elle testa positif.

On lui a dit que son diagnostic positif pouvait résulter d'une transfusion sanguine qu'elle avait eue il y a longtemps et qu'il n'était pas nécessaire de faire un nouveau test. La cliente de Mitchell a été mise sous un médicament analogue à l'AZT appelé ddl. Elle a été ostracisée par sa communauté et chassée de son église. Sa mère lavait toute sa vaisselle à l'eau de javel pure, ne se servait pas des mêmes toilettes et si sa fille se coupait, de l'eau de Javel était versé sur la plaie ouverte. Cette femme devint si désespérée qu'elle a été obligée de renoncer à la garde de son fils adolescent et déménagea en Géorgie où elle décida de se suicider. Durant tout ce temps sa santé physique était bonne et son taux de lymphocytes T 'frôlait les sommets' (était excellent). Sa cousine qui était infirmière insista pour qu'elle refasse un test. Elle fut retestée et se révéla négative. Elle n'y croyait pas. Alors elle se refit tester deux autres fois et se révéla à nouveau négative. Elle en fut persuadée – et décida d'engager une action en justice. Elle gagna et se vit attribuer une compensation de 600 000 dollars pour les préjudices subis.

Combien de personnes ont souffert, ou souffrirons dans le futur, de l'horreur indescriptible de se voir délivrer une 'fausse' sentence de mort sous dix ans du SIDA ? Et il y a encore des choses plus étranges. Clare Thompson dans son article du *Sunday Times Magazine* a fait des travaux de recherche précieux sur les anomalies entourant le fait d'être positif au VIH. Un jeune de Los Angeles qui était positif au VIH à la naissance avait perdu le VIH à l'âge de cinq ans. Les chercheurs de l'Institut du SIDA de l'UCLA (University of California and Los Angeles – NdT) ont dit que le virus avait été éradiqué du corps du garçon mais qu'il était toujours en train de se développer dans les tubes de tests. A Seattle, Judy a été déclarée positive à l'âge de 19 ans et a continué à être testée positive en trois occasions dans les cinq ans qui ont suivi. En 1989 elle a donné naissance à un fils qui était également

positif au VIH. Néanmoins, en 1992, son second enfant est né négatif alors que Judy restait positive. Puis Judy fut testée négative.

En 1988, Alfred Saah, un chercheur de l'Université John Hopkins à Baltimore a découvert que plusieurs de ses patients étaient passés de positif à négatif – par exemple Fran Peavey de Californie qui avait eu trois tests positifs en 1988 et qui est négatif en 1992. Saah déclare « J'étais ignoré. Ils dirent que les tests initiaux ont dû être contaminés. Mais j'y suis retourné et j'ai fait refaire les tests et j'avais raison. Je me sentais comme saint Jean Baptiste criant dans le désert. Au moins je suis maintenant de retour dans le bercail (c'est-à dire qu'après avoir été rejeté par ses pairs ces derniers ont reconnu qu'il avait raison – NdT) ».

Par exemple Eric Fuchs, âgé de 39 ans, consultant en management de New York, avait toutes les raisons de croire qu'il devait être positif au VIH. Bien que dorénavant monogame, il reconnaît volontiers des années de promiscuité sexuelle sur la scène gay durant les années 70 et 80. Néanmoins des tentatives répétées ont été faites sans succès pour infecter son sang in vitro avec le VIH. Il est déclaré immunisé contre le SIDA. Sarah Rowland-Jones à Oxford étudie plusieurs échantillons de sang qui également semblent immunisés contre le SIDA. Par exemple, la femme d'un hémophile qui est restée non infectée bien qu'elle ait eu des rapports non protégés avec son mari pendant deux ans avant qu'il ne réalise qu'il 'avait la maladie'.

Carrément faux : Mauvais Tests et Survivants à Long Terme

Lors d'une étape de recherche suivante pour Channel 4 nous avons découvert qu'en Ecosse un diagnostic positif VIH exigeait que le test ELISA (le test de densité optique qui mesure les niveaux d'anticorps) soit confirmé par un test Western blot (le test qui sépare en bandes chaque réaction protéine/anticorps). En Angleterre, Philip Mortimer du PHLS recommandait une suite d'ELISA sans Western blot.

Nous avons conçu un autre ensemble de tests, rassemblant 16 échantillons pour les envoyer en Angleterre afin qu'ils soient testés avec ELISA et en Ecosse pour les faire tester avec Western blot. Nous savions que quatre de ces échantillons avaient auparavant été testés positifs. Ces quatre ont toujours testé positif en Angleterre et en Ecosse. Un de nos échantillons a testé négatif en Angleterre et complètement positif en Ecosse. Cinq autres échantillons ont testé négatif à Londres et douteux en Ecosse (cela signifiait qu'une ou deux protéines spécifiques au VIH étaient présentes). Et deux échantillons testés négatifs à Londres mais avec une 'bande non spécifique' en Ecosse. Cela signifiait que des anticorps aux protéines proches des protéines spécifiques au VIH étaient présents dans les résultats écossais. Ces échantillons ont été déclarés ni négatifs ni positifs.

Sur notre total de 16 échantillons, 12 étaient déclarés négatifs à Londres. Sur ces 12, six ou 50% étaient soit positifs (1) soit douteux (5) avec le Western blot en Ecosse. Ce petit ensemble de tests confirmait la littérature publiée sur l'existence de faux positifs, mais également éclairait sur la façon dont l'interprétation d'un résultat de test dépend non sur un simple positif ou négatif, mais sur une estimation de réactions aux anticorps élevées ou faibles.

Ni nous examinons la séquence complète des 42 échantillons (la première exécution de 26 échantillons qui a passé par les trois kits de tests différents et la suivante de 16), nous trouvons que deux des 42 avaient des résultats complètement contradictoires - soit négatif puis positif soit l'inverse – et l'un a testé 'faux positif' (lorsque le patient concerné n'avait aucune des maladies définies SIDA ou de risque de VIH). Sans même inclure les résultats douteux, nous nous retrouvons avec trois 'diagnostics erronés'. Le Département de la Santé n'accepte qu'une imprécision de 0,01% dans le dépistage du VIH, et que même ce pourcentage sera éliminé par un dépistage complémentaire. Ceci pourrait vouloir dire qu'au Royaume Uni 1 260 personnes sur les 18 000 diagnostiquées positif sont en train de vivre avec une sentence de mort qui est erronée. Se servant des méthodes et critères propres à l'orthodoxie ces estimations sont prudentes. Néanmoins, c'est le point de vue d'Eleopoulos et de ses collègues que le concept de dépistage dans son ensemble est erroné parce qu'il est basé sur une identification

indirecte de quelque chose qui n'a pas été isolé et ne peut pas fournir une référence absolue pour un autre test.

Un autre aspect de notre recherche a consisté à mettre des publicités dans plusieurs journaux et magazines gay invitant des 'survivants à long terme' du VIH à nous contacter. Nous avons réussi à rassembler ce que nous avons décrit comme une 'équipe de football' de survivants à long terme. Bon nombre d'entre eux étaient séropositifs depuis 11 ans. L'un d'entre eux avait été déclaré positif à l'hôpital de la Faculté de Médecine de Londres durant l'été de 1996 puis négatif deux semaines plus tard. La seule chose que les survivants à long terme avaient en commun c'était qu'ils avaient refusé de prendre de l'AZT depuis le début. Plusieurs d'entre eux ont dit qu'ils avaient vu mourir des amis qui se sont mis sous AZT et qui continuaient leurs habitudes de consommer de la drogue. Clairement aucun des principes établis au sujet du VIH et du SIDA n'a résisté au test. Il n'y a pas eu de pandémie chez les hétérosexuels ; le SIDA est demeuré fermement dans les groupes à hauts risques et le SIDA ne s'est pas comporté comme une maladie sexuellement transmissible le ferait.

Cela faisait dix ans depuis que nous avons commencé notre voyage à l'intérieur de la controverse entourant le SIDA. Au début nous pensions que l'information que nous soulignions, grâce à d'éminents scientifiques dissidents du SIDA, changerait le Monde, mais les rangs de l'orthodoxie sont restés serrés. Considérant le tourment psychologique créé par un diagnostic VIH, le dommage physique causé par l'AZT, les 100 000 articles scientifiques sur le VIH et le SIDA qui n'ont toujours pas trouvé les réponses au sujet du SIDA ou qui n'ont pas sauvé une seule vie, ces questions restent posées. Combien de temps cela prend-il pour qu'une orthodoxie retranchée se lance dans l'étude et le financement de nouvelles voies de recherche ? Est-ce que cela prendra 350 ans – le temps qu'il aura fallu à l'Eglise Catholique d'absoudre Galilée de son 'hérésie' ? Est-ce que cela prendra 30 ans – le temps qu'il aura fallu au Dr Goldberger pour convaincre que la pellagre n'était pas infectieuse mais causée par la malnutrition ? Ou est-ce que la dernière information sur le manque de fiabilité du test VIH avec la menace à venir d'une multiplication de procès va faire pencher la balance ? C'est un truisme de dire que c'est

toujours l'argent qui a le dernier mot. Mais de la même manière que la question qui entourait le SMON au Japon a finalement été tranchée par les tribunaux, le procès imminent entourant les dommages causés par l'AZT et les mauvais diagnostics changeront la face de la science du SIDA à jamais.

Les Inhibiteurs de Protéase : Un Autre Echec de 'Remède'

Pendant que nous étions en train de travailler sur la recherche qui entoure le test VIH, nous étions également plongés dans la controverse actuelle entourant le nouveau cocktail de médicaments pour le SIDA qui comprenait les médicaments inhibiteurs de protéase (en anglais protease inhibitors ou PI – NdT) et les tests dont on se servait pour vérifier si les médicaments ont réussi à réduire la 'charge virale' d'une personne.

Une autre brève période de développement nous a été accordée par David Lloyd à Channel 4 et Mark Galloway, le rédacteur en chef de la série *Alerte Santé* de Channel 4, a également montré son intérêt pour certains aspects de nos investigations sur le test VIH.

Une certaine euphorie avait entouré l'introduction du nouveau et extrêmement cher cocktail de trithérapie pour le SIDA. Il y a eu des histoires d'un 'effet Lazare' avec des malades qui revenaient brusquement à la vie et les salles d'hôpital qui se vidaient. Mais, pour certains, les effets n'ont pas duré. Par exemple Marc Roemer était à la Une du *New York Times* lorsqu'il a été capable de quitter son lit et reprendre à nouveau son travail. Deux mois plus tard il était de retour sur la Une - décédé.

La période de lune de miel est désormais passée et les doutes sur la sagesse de prescrire ce cocktail, à des personnes ayant le SIDA et à des personnes qui ont testé positif au VIH mais sans symptôme du SIDA, ont commencé à s'insinuer. Les inhibiteurs de protéase avaient obtenu une licence grâce à une procédure accélérée après que les essais aient été prématurément arrêtés. Ils peuvent avoir de graves effets indésirables, il n'y a aucune preuve scientifique qu'ils agissent et les fabricants eux-mêmes disent que le médicament ne peut pas soigner le

SIDA. Néanmoins, les demandes à cor et à cris de certains groupes de pression du SIDA avaient entraîné une spéculation frénétique quant à la façon dont ils devraient être financés et au détriment de quels soins existants et centres de traitement.

Le nouveau cocktail comporte deux médicaments (l'un d'entre eux étant l'AZT ou un analogue) qui sont supposés empêcher le VIH de pénétrer dans une cellule, et un autre, l'inhibiteur de protéase (PI), que l'on dit bloquer l'enzyme de protéase du VIH, empêchant par-là l'emballage et la libération de virus nouvellement formés dans le flux sanguin.

Les trois inhibiteurs de protéase les plus importants sur le marché sont :

L'indinavir (commercialisé sous le nom de Crixivan) de Merck, Sharp & Dohne, le ritanovir (commercialisé sous le nom de Norvir) des Laboratoires Abbot et le saquinavir (commercialisé sous le nom d'Invirase) de Roche.

Les PIs ont été autorisés à la suite d'une étude de recherche fédérale qui a coûté 5 millions de dollars, étude conduite par l'Institut National Américain des Allergies et des Maladies Infectieuses (NIAID) qui portait sur 1156 patients. L'étude, menée dans 19 centres américains, fut arrêtée en cours de route en février 1997 parce que ceux qui ont mené les essais ont déclaré que les résultats, jusque-là, étaient tellement bons qu'il ne serait pas éthique d'empêcher des malades de bénéficier de la nouvelle combinaison de médicaments (coût annuel estimé à 15 000 dollars). Il fut annoncé que le nombre de décès et de maladies reliées au SIDA dans le groupe sous trithérapie était presque moitié moindre que celui du groupe qui prenait deux médicaments.

Les chercheurs ont dit que pour des raisons techniques on ne pouvait pas dire que la différence dans les décès était statistiquement significative. Néanmoins, le directeur de la recherche, le Dr Scott Hammer, a dit d'une manière énigmatique, « Il est juste de dire qu'il y avait une réduction dans la mortalité qui est compatible avec les résultats d'ensemble ». Le Dr Anthony Fauci, directeur du NIAD, a dit que la combinaison des traitements qui comprenaient les inhibiteurs de

protéase « *peuvent* réduire les risques de décès » (c'est moi qui souligne). Voilà ce que furent les essais qui ont conduit à l'octroi de la licence des PIs.

De nombreux médecins sont ambivalents au sujet de l'euphorie actuelle qui entoure les PIs. Le professeur Brian Gazzard lors d'une conférence sur le cocktail de la trithérapie au Royal Collège of Physicians (Collège Royal des Médecins - NdT) en novembre 1997 s'est montré prudent au sujet de l'approche américaine plus agressive du traitement. Le ton de Gazzard reflétait une désillusion grimpante autour des PIs et, sur ce sujet, aucune avancée réelle dans la thérapie du SIDA. Il a reconnu que la monothérapie AZT avait échoué et a conclu avec la surprenante remarque que peut-être que tout ce qu'il avait dit ce soir était faux. Peut-être que 10% étaient vrais mais il restait à savoir lesquels, avait-il dit. Le Dr Donald Abrams, directeur du programme SIDA au San Francisco General Hospital ne se décrit pas comme un cheerleader de la thérapie antivirale. A un séminaire de la Faculté de Médecine il a dit « J'ai un grand nombre de personnes qui ont choisi de ne prendre aucun médicament antiviral. … Ils ont vu leurs amis prendre en marche le train antiviral et mourir, alors ils ont choisi de rester naïfs (de ne pas prendre d'antiviraux).

Au Royaume Uni la notice d'information de 1987 du saquinavir (Invirase) de Roche dit : « Les patients doivent être informés que le saquinavir n'est pas un remède pour l'infection au VIH et qu'il se peut qu'ils continuent d'acquérir des maladies associées à une infection au VIH à un stade avancé, parmi lesquelles des infections opportunistes.

L'équivalent américain, le Codex des Médecins, a un avertissement qui ne se trouve pas dans la notice d'information du Royaume Uni. « ATTENTION – L'indication relative au traitement de l'infection au VIH de l'Invirase est basée sur des changements dans les marqueurs de substitution. A ce jour il n'y a pas de résultat d'essais cliniques contrôlés évaluant les effets de régimes contenant l'Invirase sur la survie ou la progression clinique de l'infection au VIH, telles que les apparitions d'infections opportunistes ou malignités.

Toxicité

Le Dr David Rasnick, scientifique chercheur de l'Université de Californie à Berkeley, qui a passé 20 ans à mettre au point des PIs pour d'autres maladies, décrit comment la toxicité associée aux PIs signifie que le foie est bloqué par les propres toxicités du médicament. Les toxines s'accumulent dans le foie et ensuite le 'crash' peut être très soudain.

Les effets toxiques ont un problème majeur. L'hépatite et la détérioration rénale sont énumérées tout comme la diarrhée, les maux de tête, la neuropathie périphérique et de rares cas de maladies graves de la peau, la leucémie myéloblastique aiguë, la jaunisse, la polyarthrite et la pancréatite menant au décès.

Le 'ventre Crix' est un autre effet secondaire indésirable. Le Crixivan et d'autres PIs affectent le système digestif et des personnes ont souffert d'un gonflement énorme de l'estomac associé à une digestion réduite.

Une étude récente du San Francisco General Hospital montre que le médicament a échoué pour 53% des personnes qui le prenaient. Il est généralement admis qu'entre 35 et 50% d'entre elles ne peuvent supporter les effets secondaires. Une autre étude de San Francisco révèle un risque augmenté des maladies définies SIDA – les rétinites à cytomégalovirus – chez les personnes qui prennent les PIs.

Le 11 juin 1997, la FDA américaine a publié un avertissement à l'attention des médecins disant que les patients qui prenaient des inhibiteurs de protéase devraient être étroitement surveillés pour un effet secondaire indésirable – le diabète. Bien que l'avertissement disait que 100 000 Américains qui prenaient le médicament ne devraient pas arrêter de le prendre parce que le risque de diabète paraissait être faible, ils étaient préoccupés au sujet de 83 malades qui avaient contracté le diabète ou avaient vu leur diabète existant empirer subitement après qu'ils aient commencé à prendre des PIs.

L'information au sujet des PIs de plusieurs centres d'accueil du SIDA de Londres a été contradictoire. Dans l'un nous avons entendu que la

nouvelle thérapie combinée avait permis à un homme de prendre du poids, alors qu'un autre disait qu'il ne pouvait suivre un régime qui comprenait 20 comprimés par jour à prendre une heure après les repas et ne plus rien manger pendant les trois heures suivantes. Dans un autre centre on nous a informé que durant les trois semaines précédentes trois hommes sous trithérapie étaient décédés.

En octobre de l'an passé, Philip Key, 31 ans, est décédé après avoir pris deux comprimés et demi d'Ecstasy (MDMA). Il était également sous l'inhibiteur de protéase ritanovir (Norvir). Abbott Royaume Uni, le fabricant du Norvir a admis que parce que les PIs ont des répercussions sur la capacité du foie de traiter les autres drogues, le taux d'Ecstasy dans le sang de Philip a pu tripler. Le médecin légiste a néanmoins conclu qu'il y a eu un décuplement dans les taux d'Ecstasy de Philip.

Le coût

L'approche américaine est de donner prématurément les médicaments aux personnes sans symptômes du SIDA. Mais au Royaume Uni certains spécialistes sont plus prudents. Le professeur Ian Weller (qui avait mené les essais Concorde) dit ; « Je ne me sens pas à l'aise au sujet de l'insistance sur l'intervention précoce alors que nous ne savons pas vraiment si c'est la bonne chose à faire. … Sans aucun médicament, 50% des personnes resteront parfaitement bien dix ans après avoir été infectés. Il se peut que nous n'ayons pas les bons médicaments pour engager les gens dans de nombreuses années de thérapie.

Si l'approche américaine devait être adoptée au Royaume Uni cela signifierait que les 18 000 personnes diagnostiquées positives au Royaume Uni seraient sous une 'pression féroce' pour se mettre sous une trithérapie très onéreuse. La trithérapie coûte annuellement 15 000 Livres par an et par patient (10 000 Livres pour les médicaments et environ 5 000 Livres pour les tests de charge virale qui sont effectués pour évaluer les effets du cocktail de médicaments. Au Royaume Uni pour 1997/98 le budget total pour le SIDA (incluant les soins, l'aide de

la communauté et la recherche) a été de 260 millions de Livres, presqu'exactement autant que ce que seraient les coûts totaux de la trithérapie.

Le groupe du Commissaire à la Santé VIH du centre de Londres a annoncé que sept administrations de santé publique feront des réductions drastiques dans l'argent dépensé dans des domaines tels que les centres de conseil, les centres d'amitiés, de soutien spirituel et les dispensaires, les thérapies complémentaires ou alternatives tout en réduisant également le nombre de lits dans les hôpitaux dans le but de financer les nouveaux cocktails de médicaments.

Une autre préoccupation concerne la crainte que les autorités de santé soient poursuivies en justice si elles ne fournissent pas la trithérapie. Le Dr Raymond Brettle de l'Hôpital Municipal d'Edinbourg s'inquiète au sujet des coûts en jeux dans la thérapie par PI. Il a déjà vu des services supprimés dans son hôpital alors qu'il ne fallait payer que pour la seule la bithérapie. Il a le sentiment que la trithérapie aura des effets drastiques sur d'autres services. Néanmoins, si les PIs ne sont pas financés il prévoit la répétition du précédent ensemble de problèmes impliquant l'Autorité de Santé de la Région de Derby Nord lorsqu'une patiente atteinte de scléroses en plaque n'a pas eu de béta-interféron. Elle a porté plainte devant les tribunaux et a gagné au motif que l'autorité de santé était tenue de fournir la thérapie s'il y avait la preuve qu'elle était efficace. Cette crainte de poursuites devant les tribunaux parmi les autorités de santé les oblige à augmenter leurs budgets affectés aux médicaments aux dépends d'autres services de soins.

La plupart des pays Occidentaux pense que les PIs sauvent les vies de personnes atteintes du SIDA. Mais cela est-il le cas ? En 1996, New York avec ses 16% des diagnostics de SIDA aux Etats-Unis a vu les décès liés au SIDA chuter de 30%. Les autorités sanitaires n'ont pas attribué cette baisse aux inhibiteurs de protéase. D'après May Ann Chiasson, assistante du Commissaire à la Santé de la ville de New York, le taux de décès du SIDA a commencé à baisser *avant que les principaux médicaments ne soient introduits*. Elle a suggéré que le déclin pouvait être davantage lié à de meilleures pratiques de santé

générale et à des traitements des infections opportunistes plus efficaces.

La thérapie médicamenteuse du SIDA est arrivée à un stade où la pression du consommateur (les personnes ayant le SIDA) a poussé les fabricants à produire des médicaments 'à processus accéléré' qui ne sont pas passés par les procédures de tests cliniques normales avant d'être autorisés à la mise sur le marché. Quelle est la justification de cette précipitation dans la conclusion ? Combien de temps faudra-t-il avant que les PIs ne soient considérés comme étant un échec ?

Simon Collins, écrivant dans *Positive Nation* dit que pour les personnes qui sont actuellement en bonne santé la décision de commencer ou non la thérapie est une décision qui a de quoi inquiéter. « Vous devez comprendre votre rôle comme étant celui d'un cochon d'Inde. Votre médecin sera incapable de répondre aux questions les plus importantes que vous allez lui poser. De quelle durée cela va-t-il augmenter mon espérance de vie ? Quels sont les dangers à long terme ? ».

Et John Stevens écrit : « Nous vivons une époque extraordinaire. Jamais auparavant autant de combinaisons de produits pharmaceutiques n'ont été consommées sur des périodes aussi longues ; des 'cocktails' de médicaments qui apportent des bénéfices tout comme de substantiels effets secondaires indésirables sur le long terme, connus ou autres ».

Nous vivons effectivement une époque extraordinaire. Il y a exactement 10 ans qu'on a mis fin prématurément aux essais sur l'AZT et le médicament a été très rapidement mis sur le marché. Maintenant, l'AZT à lui seul est considéré par l'establishment du SIDA comme étant un échec. Et néanmoins il figure toujours dans quelques-uns des nouveaux cocktails. Mais l'expérience montre qu'il peut se passer 10 ans avant que des médicaments inefficaces et dangereux soient retirés du marché.

Voilà une décennie que nous avons commencé à enquêter dans la controverse sur le SIDA. Après 2 milliards de Livres dépensés au Royaume Uni pour le SIDA et 40 milliards aux Etats-Unis, aucun des

principes établis au sujet du VIH et du SIDA n'a fait ses preuves. Il n'y a pas eu de pandémie hétérosexuelle ; le SIDA est resté fermement circonscrit dans les groupes à haut risque ; le SIDA ne s'est pas comporté comme l'aurait fait une maladie sexuellement transmissible et aucun remède au SIDA n'a été trouvé.

Appendice A

Résumé du Document du SCAM Soumis au MRC avec les Objections au Protocole des Essais PENTA

Conseil de la Recherche Médicale, Essai PENTA 1

3 Février 1992 (Amendé le 12 Août 1992)

1. *La conception de l'étude comportait de sérieux défauts. L'éventail des âges allait de 18 mois à 16 ans. Ceci supposait qu'un enfant pouvait vivre avec le VIH jusqu'à l'âge de 16 ans et rester en bonne santé. (Rappelez-vous que ne pouvaient entrer dans cette étude que les enfants qui ne présentaient pas de symptômes du SIDA). Etant donné les effets toxiques de l'AZT il était impossible qu'un enfant âgé de 18 mois puisse rester en bonne santé ou même survivre pendant 14 ans aux doses élevées d'AZT.*
2. *L'essai recommandait que lorsqu'un enfant, qu'il soit sous placébo ou sous médicament, 'dépérit' et 'a absolument besoin*

qu'on lui donne de l'AZT', on devait automatiquement lui donner de l'AZT (transfert en étude ouverte). Comme les effets de l'AZT sont souvent indistincts des symptômes du SIDA lui-même, il ne serait pas possible de savoir si un enfant était véritablement en train de dépérir ou s'il souffrait des effets de l'AZT. Dans ce dernier cas cela pourrait s'avérer mortel de le garder sous le médicament.

3. *Les dosages d'AZT recommandés aussi bien pour les adultes que pour les enfants a inquiété nos conseillers. Ils ont souligné que les renseignements requis par la Loi et fournis par Wellcome pour le Codex des Médecins Américains (en anglais Physicians' Desk Reference ou PDR – NdT) concernant les seuils de toxicité pour des doses d'AZT étaient faux. Cette information n'a jamais été rectifiée depuis les premiers articles produits par Wellcome dans le Codex en 1988. Cependant, depuis lors, cinq études distinctes (voir chapitre 11, note 26) ont montré que l'AZT est 1 000 fois plus toxique pour des cellules saines que ce qui est affirmé. Dans le Codex, le seuil de toxicité de l'AZT pour les lymphocytes a été établi à 20 micromoles, ce qui équivaut à une dose de 500 milligrammes par jour pour un adulte. Pourtant les doses pour les enfants de l'essai PENTA (600 mg/jour) étaient équivalentes à des doses de 1080 mg par jour pour un adulte. En termes de concentrations molaires dans le corps ceci équivalait à 43 micromoles. Par conséquent, d'après les cinq études indépendantes citées plus haut, les concentrations d'AZT de l'essai PENTA étaient 43 fois plus toxiques pour la cellule que ce qui était supportable et par conséquent cytopathogènes (entraînant la mort cellulaire).*
4. *La lettre de l'essai PENTA aux parents disait « Des études sur les adultes ont montré que l'AZT aide les personnes qui sont malades du SIDA à se sentir mieux et leur permet de vivre plus longtemps ». Ceci était une affirmation mensongère puisqu'il n'y a aucune preuve scientifique qui démontre que l'AZT permet aux personnes de 'se sentir mieux'. Et l'affirmation de vivre plus longtemps était basée sur les essais de phase II que nous avons déjà montré qu'ils étaient défectueux.*

5. *La lettre aux parents déclarait que l'AZT pouvait provoquer une baisse du nombre de globules blancs et entraîner l'anémie mais que ceci était 'réversible si l'AZT était arrêtée ou si la dose était réduite'. Ceci n'était pas toujours vrai comme Mir et Costello l'avaient rapporté dans leur lettre au* Lancet *(11 novembre 1988, pages 1195-96). Aucune mention n'a été faite dans la lettre sur le potentiel cancérogène avéré de l'AZT (Conseil sur la Recherche Médicale,* Handbook*, 1992, page 3).*
6. *Pendant au moins 40 années la pratique standard a consisté à faire des études de métabolisme radiomarquées sur tous les nouveaux médicaments afin de voir dans quelle partie du corps le médicament était absorbé. Une recherche minutieuse dans la littérature a montré que cela n'avait pas été fait avec l'AZT. Il est difficile de concevoir une seule raison à cela, et nos conseillers craignent que les résultats d'une telle étude montreraient que l'AZT est surtout métabolisée dans les intestins et la moëlle osseuse et pas du tout dans les lymphocytes T (comme cela a été prétendu).*

Appendice B

Commentaires du producteur de *Positively Hell* (*Carrément l'Enfer* – NdT)

et script du documentaire.

Commentaires sur le documentaire *Positively Hell* par la productrice et présentatrice Joan Shenton

Au début de l'année 2013 j'ai été approchée par le Dr Manuel Garrido Sotelo, médecin espagnol vivant en Galice, qui gère un site web dissident appelé 'Superando el Sida' [superandoelsida.ning.com]. Il compte 2600 membres de 15 pays hispanophones. Le Dr Sotelo et son groupe ont été choqués et profondément émus par la situation entourant le bébé Rico Martinez Nagel aux USA qui avait été enlevé à ses parents et forcé à prendre de l'AZT et d'autres médicaments antirétroviraux. Il décrivait cela comme étant une ''politique de santé publique génocidaire''.

Le site web du Dr Sotelo a réuni de nombreuses personnes du nord de l'Espagne qui vivaient avec un diagnostic positif aux anticorps du VIH depuis 27 ans ou plus. Il suggérait de rédiger une pétition signée par bon nombre de ces 'survivants à long terme' ('les non-progresseurs' ou 'les contrôleurs d'élite' comme les nommerait l'orthodoxie du SIDA) et de l'envoyer au Président Obama, à la Commission des Droits de l'Homme, aux Nations Unies et à l'OMS. Il disait aussi que la pétition devrait être envoyée aux procureurs généraux de nombreux pays.

Je lui offris mon aide et celle de la Fondation Ressource de l'Immunité et commençait à en apprendre plus sur le Dr Sotelo et son groupe. Lui-même avait été diagnostiqué positif durant 27 années et il connaissait huit ou neuf autres personnes dans son voisinage qui étaient dans la même situation. La théorie c'est que lorsque le régime de Franco a pris fin, une vague de drogues illégales est entrée dans le nord de l'Espagne. Elles étaient bon marché et on pouvait se les procurer facilement et de nombreux jeunes devinrent dépendants aux drogues intraveineuses et récréatives. Ils furent alors testés dans des centres de

désintoxication et se révélèrent positifs au VIH (rappelez-vous ce que disait Peter Duesberg que les toxicomanes par intraveineuse sont sûrs de tester positif non à cause des aiguilles mais à cause de ce qui passe au travers). Dans les années 1980 on ne trouvait pas facilement de l'AZT en Espagne et donc ces jeunes toxicomanes ont échappé aux effets mortels de l'AZT et étaient envoyés dans des centres de désintoxication souvent gérés par l'Eglise Catholique. 'Projecto Hombre' a été un de ces centres qui avait un taux de réussite élevé. Une fois qu'ils étaient 'propres' ces jeunes gens (certains d'entre eux ont participé à notre documentaire) continuèrent simplement leur vie.

Je demandais au Dr Sotelo si nous pouvions le filmer lui et d'autres membres de son groupe qui avaient vécu pendant presque trois décennies avec le diagnostic mortel. Il fut d'accord. Je contactais ensuite Andi Reiss, le coproducteur de notre précédent documentaire long métrage *Carrément Faux – Naissance d'une hérésie* pour diriger le documentaire et avons été assez chanceux de recevoir quelques financements pour passer une semaine à Saint Jacques de Compostelle. Le résultat en est un documentaire d'une demi-heure dont le titre *Positive Hell* (L'enfer de la séropositivité) et qui est presque terminé au moment où j'écris et qui sera envoyé dans le circuit des festivals de films.

Commentaires d'Andi Reiss – Coproducteur et metteur en scène

Mon intérêt dans le documentaire provient de l'idée d'avoir la possibilité de raconter des histoires qui ont été cachées au public pendant bien trop longtemps.

Positive Hell n'est pas une dissection systématique de la machine VIH/SIDA, mais un dialogue clé entre des gens ordinaires. Au cours des années ils ont vécu dans la peur et à l'intérieur d'un stéréotype, mais inspirés par leurs instincts et courage et par les arguments clairs de leur réseau, ils font partie du nombre grandissant de voix du monde entier qui contestent la science.

Leur analyse suggère l'existence d'un parti-pris de l'industrie qui ne peut pas être expliqué par une évaluation standard et, en conséquence de quoi, à moins que nous ne développions une compréhension bien étayée de la vraie nature de l'opinion personnelle, nous finirons presque toujours par adopter des points de vue faussés.

Dans un système de croyance post-moderne, qui ironiquement ressemble à une doctrine, nous devons lutter pour comprendre que toutes les opinions devraient pouvoir être entendues.

Positive Hell (2014) – Script

TITRE

Un film d'Andi Reiss et Joan Shelton

VOIX

C'est au début des années 1980 qu'on a commencé à dire à des personnes, certaines d'entre elles très jeunes, qu'elles allaient mourir sous peu. Ceci à cause des anticorps qui se trouvaient dans leur sang et qui avaient testés positif a un soi-disant nouveau virus mortel appelé VIH, 'Virus d'Immunodéficience Humaine'.

Imaginez l'annonce soudaine d'une épidémie et la condamnation à mort sans aucune vraie science pour l'appuyer. Cela ne semble pas possible n'est-ce pas ?

LEGENDE

TU VAS MOURIR

RAQUEL

De nombreuses fois j'ai pensé que j'allais mourir et plus encore lorsque je ne me sentais pas bien. Je pensais c'est à mon tour maintenant, je vais mourir, surtout après avoir vu [mourir] tant de gens, d'amis, de familles.

MANUEL

Lorsqu'ils m'ont dit que mon test était positif, évidemment ça a été un choc, parce qu'en ces temps-là on nous disait que nous allions mourir en quelques années. Je me sentais très très mal. C'est difficile d'exprimer avec des mots ce que je ressentais alors.

MANOEL

J'étais avec ma mère qui m'accompagnait. Je demandais au médecin comment ceci allait avoir des répercussions sur ma vie et il dit que malheureusement j'allais mourir, et que j'avais tout au plus trois années à vivre.

PABLO

C'était un coup terrible parce que je me rappelle que ma mère et mon père ont vécu une période difficile. C'était très dur pour eux et pour moi. Ils sont décédés maintenant. Ils m'ont beaucoup aidé à ce moment-là. Mes sœurs ont vécu une période difficile.

JESUS

Oh la la … Je me rappelle dans les premiers instants après avoir été informé, le choc était très spectaculaire, pour de nombreuses raisons différentes, mais petit à petit, vous commencez à intégrer cette idée dans votre tête. Puis il devint clair pour moi qu'il fallait simplement que je la sorte de ma tête, que je n'avais pas à prêter attention à aucune d'entre elles et continuer ma vie normalement.

MUSIQUE – Images montrant la mer

VOIX 2

Qui aurait pensé que les personnes que nous venons de rencontrer ont vécu pendant 26 ans ou plus avec un diagnostic VIH positif ? Quelques-unes d'entre elles, comme le Dr Manuel Garrido, n'ont jamais pris de médicaments antirétroviraux. Il a nagé à contre-courant du cours de l'orthodoxie médicale pendant trois décennies. C'est vraiment un exercice intense.

Rachel avait eu deux enfants qui sont en pleine forme et qui sont négatifs au VIH. D'autres, comme Manoel, ont pris des antirétroviraux

pendant un moment et ont trouvé qu'ils avaient pour effet qu'ils les rendaient tellement malades qu'ils ont arrêté de les prendre.

Comment cela est-il possible ? Direz-vous. Ne nous a-t-on pas dit que toute personne qui teste positif est sûre de mourir ? Est-ce que ces personnes ont un gène spécial magique qui les protège contre le VIH ? Ou se pourrait-il que cette condamnation à mort était erronée depuis le début ?

LEGENDE

EN BREF

MANUEL

Mon intérêt sur ce sujet a commencé lorsque j'ai été testé positif en 1987. Il y a 26 ans. Je n'ai jamais pris d'antirétroviraux et je vais très bien. En tant que médecin, je peux certainement dire que ce que j'ai vu et vécu me dit que tout ceci est entièrement une fraude. Vous ne devriez pas prêter attention aux pronostics et aux diagnostics, ils ne sont pas ce qu'on nous dit qu'ils sont. Les tests ne représentent rien. La majorité des traitements médicamenteux sont toxiques.

RAQUEL

J'ai été positive au VIH durant 27 ans. J'ai deux filles et avec l'une des deux j'ai pris de l'AZT. Les deux sont devenues négatives au VIH après avoir eu 18 mois. Elles vont toutes deux parfaitement bien. C'est avec ma deuxième fille que j'ai pris de l'AZT. Elle a une peau atypique, je ne sais pas si c'est une conséquence. Durant ces 27 années passées j'ai pris des antirétroviraux durant 8 ans et je ne les reprendrai plus parce que je me sens bien sans eux. Je me sens heureuse et pleine de vie. C'est le traitement qui fait que je me sens mal.

MANOEL

J'ai continué ma vie avec cela pendant 25 ans, je n'ai jamais été malade. Donc je dirais aux gens que si vous êtes malade alors c'est la maladie elle-même que vous avez, vous n'avez pas le SIDA. Si vous attrapez la grippe, alors vous avez la grippe. C'est tout.

JESUS

J'ai été positif au VIH durant 27 ans. Je n'ai jamais pris aucun traitement antiviral et j'ai toujours fait attention à ma santé comme une personne normale le ferait. Je n'ai jamais souffert d'aucune conséquence d'être séropositif et ma santé non plus ne s'est pas détériorée à cause de cela. Je peux prouver personnellement, par la réalité vécue de nombreuses personnes que je connais, que le simple fait d'avoir été diagnostiquées positif a immédiatement provoqué la détérioration de leur santé.

VOIX 3

Nous sommes allés à la rencontre de ce groupe remarquable de personnes à Saint Jacques de Compostelle. Cette ville située au cœur de la Galice, province du nord de l'Espagne, a été durant des siècles la destination de pèlerins chrétiens qui ont foulé les chemins bien battus à la recherche d'une foi plus forte et d'un éveil spirituel.

Notre groupe tenait à nous raconter leur propre et difficile voyage vers la vérité concernant leur état. Allaient-elles vraiment mourir ou étaient-elles les victimes d'une colossale bourde médicale et scientifique ?

Dans la ville côtière de Cangas où habite Manuel, les jeunes gens prennent tout l'été plaisir avec énergie aux activités sportives. La jeunesse de Manuel était très différente. A l'adolescence il se trouva mêlé à la drogue et à l'alcool, et puis, après avoir été testé positif au VIH, il est entré dans la 'Zone SIDA'.

Lorsqu'il réalisa qu'il n'était pas sur le point de mourir il commença à rassembler des informations du monde entier de scientifiques qui contestaient le VIH comme étant la cause du SIDA, et d'autres qui maintenaient que le VIH n'avait jamais été isolé, que le test VIH était simplement un test anticorps qui réagit positivement lorsque notre système immunitaire est défié pour différentes raisons.

Manuel attira à lui d'autres qui étaient dans la même situation et il décida rapidement de créer un site web appelé 'surmonter le SIDA'.

LEGENDE

RETOUR EN ARRIERE

MANUEL

J'étais, pour ainsi dire, un de ces buveurs qui buvaient jusqu'à ce qu'ils s'écroulent. Je n'ai jamais été un buveur méthodique. J'étais toujours un buveur qui était vraiment incontrôlé. Cela m'a manifestement valu de nombreux problèmes.

MANOEL

J'ai commencé à fumer de la marijuana. Après cela nous avons commencé avec les produits pharmaceutiques, les volant dans des pharmacies. Nous avons commencé à toucher à la morphine, à aller vers l'opium, le laudanum, les amphétamines. C'étaient les premières choses avec lesquelles on a commencé.

MANUEL

Ceci avait un impact énorme sur ma vie. Au début je me préparais pour des examens médicaux, j'étudiais pour obtenir une affectation. J'ai dû tout lâcher et cela a vraiment gâché ma vie. Si avant je ne prenais pas soin de moi, c'était encore pire après. Je n'avais aucune motivation pour continuer à vivre ou pour exécuter mon travail. Quelques années ont passé et mes problèmes avec l'alcool ont empiré. Cela a conduit à six années désastreuses de ma vie jusqu'à ce que j'entende parler au sujet d'autres points de vue qui m'ont aidé à surmonter la situation.

MANOEL

Je me rappelle le temps où il y avait une ou deux obsèques par semaine, et vous pouvez vous imaginer que j'étais en train de me demander quand mon tour allait venir parce que j'étais vraiment dans le même bateau. Je me suis dit ça doit être le SIDA qui est en train de tuer les gens. Alors je me suis senti déprimé mais je me suis relevé et j'ai continué. Je pouvais voir que rien d'étrange ne m'arrivait. J'allais bien.

VOIX 4

Notre profil d'anticorps peut devenir élevé pour de nombreuses raisons ; maladies auto-immunes, malnutrition, agression d'agents pathogènes provenant d'eau souillée. L'orthodoxie médicale actuelle accepte qu'il y ait plus de 70 états pathologiques qui peuvent élever les taux des soi-disant anticorps au VIH et provoquer des résultats positifs. Des maladies telles que la tuberculose, la malaria, l'hépatite, la consommation de drogues par intraveineuse et même la grossesse. Alors que signifie un test positif ?

LEGENDE

LE TEST

MANUEL

Cela signifie que si vous prenez en compte les maladies connues qui peuvent produire un résultat positif - parmi elles les vaccinations, l'exposition à des infections comme la grippe, un cholestérol élevé, des problèmes auto-immuns – alors vous pouvez en déduire que votre système immunitaire a été stressé par une série de facteurs qui lui ont fait produire différentes sortes d'anticorps. C'est cela qui produit un test positif, rien d'autre que cela.

MANOEL

Ils étaient tous très accrochés à leurs drogues. Et durant tout ce temps ils continuaient à tester les gens et à leur donner de l'AZT avec Septrin Forte. C'était comme une bombe à retardement et les gens ont commencé à tomber comme des mouches.

JESUS

Je pense qu'ils profitent de cette histoire au sujet du test tout simplement pour rendre les gens malades dans le but de vendre des médicaments antirétroviraux. C'est un commerce mondial qui est parfaitement bien huilé. Et comme pour l'Afrique ? Eh bien, cela va sans dire.

Voix 5

Imaginez que vous soyez un jeune couple amoureux et qu'on vous dise que vous ne devez pas avoir de rapports sexuels non protégés, que vous ne devez pas avoir d'enfant et que si vous en avez un vous ne devez pas le nourrir au sein. Eh bien, Pablo et Raquel avaient eu assez de chance pour avoir un médecin qui leur a dit de simplement continuer à vivre leur vie. Et c'est ce qu'ils ont fait. Ils ont une fille qui a maintenant grandi. Ni Pablo ni sa fille qu'il a eue avec Raquel n'ont testé positif au VIH.

LEGENDE

AUCUNE PREUVE DE TRANSMISSION PAR VOIE SEXUELLE

RAQUEL

Pablo, mon mari, a fait l'objet d'un suivi, ça fait longtemps depuis qu'il a fait cela mais il a été testé pendant au moins quinze ans, un contrôle tous les deux ou trois ans. Les tests étaient toujours négatifs.

PABLO

Nous avons eu des rapports sexuels protégés et non-protégés. Un rapport non-protégé a conduit à la naissance de ma fille qui est en bonne santé et magnifique, elle ne pourrait pas être mieux.

RAQUEL

Nous avons fait l'amour, ou avons eu des rapports sexuels 'non-protégés' comme le décrivent les médecins, de très très nombreuses fois et il n'a jamais été infecté.

MANUEL

J'ai des relations sexuelles tout-à fait normales. Ma partenaire et moi avons été ensemble pendant près de 20 ans. Elle a été testée récemment, non parce qu'elle le voulait mais parce que cela avait été demandé par une compagnie d'assurances. Il était négatif et nos relations sexuelles durant ces deux dernières décennies ont presque toujours ont eu lieu sans préservatif.

VOIX 6

La résistance à l'approche orthodoxe du SIDA et les protestations au sujet de la toxicité des médicaments anti-VIH ont continué pendant des décennies mais les scientifiques du domaine ont fait la sourde oreille. Que faut-il faire pour renverser une orthodoxie ? Eh bien, cela a pris 35 ans pour que l'hérésie de Galilée soit pardonnée par le Pape.

LEGENDE

MERES, BEBES & AZT

MANUEL

L'AZT se trouve dans la composition de nombreux cocktails antirétroviraux. A part cela, il est utilisé en intraveineuse chez les mères séropositives au moment de l'accouchement et il est également utilisé dans le protocole de traitement pour les enfants qui sont nés positifs au VIH.

C'est absurde parce que vous devez garder à l'esprit qu'ils peuvent être positifs au test parce qu'ils ont hérité des anticorps de leur mère. La majorité devient spontanément séronégatif après un an et demi, donc c'est absolument aberrant de l'utiliser.

JESUS

L'hôpital nous a conseillé, à ma femme et moi, de faire le test VIH parce que notre nouveau-né avait testé positif. Nous l'avons fait et tous deux avons testé positif.

Il faut vous rappeler que nous parlons de choses qui se sont passées en 1986. Ce n'est pas la même chose aujourd'hui. Donc, après nos résultats, le médecin nous a dit que nous devrions prendre soin de nous mais que nous n'avions pas besoin de nous faire de souci au sujet du bébé parce qu'il était fort probable qu'il testerait négatif dans les mois à venir.

Quelques mois plus tard ils nous ont dit qu'elle était devenue négative au VIH. Elle est maintenant juriste et ne sait pas que sa mère avait ce

problème. Ma femme et moi-même on ne lui en a jamais parlé. Nous nous sommes séparés depuis un moment et ne sommes plus en contact.

RAQUEL

Ma [première] fille est née positive au VIH en 1986 mais à ce moment là ils ne m'ont proposé ni pour moi ni pour ma fille aucun type de médicament. Ils disaient qu'il fallait que ma fille et moi-même ayons un suivi clinique. Elle a été contrôlée pendant plus de 18 mois. Puis elle devint négative au VIH. Elle n'a jamais eu aucun problème de santé. Et en plus elle a maintenant 27 ans et a six enfants. Elle est très fertile. Elle n'a pas pris l'AZT, rien. Durant ma deuxième grossesse ils ont dit que je devais prendre des médicaments à cause des risques pour le fœtus. J'avais pris connaissance de tellement d'anomalies. Si je n'avais pas pris de médicaments durant ma première grossesse pour quelle raison aurais-je dû les prendre durant la seconde ?

VOIX 7

La semaine précédant la Saint Jacques la ville était dans une ambiance festive. Ils étaient nombreux à être enclins à parier à la loterie. Seraient-ils chanceux ?

Pour notre groupe la décision s'il fallait ou non prendre les médicaments antirétroviraux ressemblait tout-à fait à une loterie. Seraient-ils chanceux ? Allaient-ils mourir s'ils les prenaient ? Vivraient-ils s'ils ne les prenaient pas ?

LEGENDE

DEFIER LES MEDECINS

MANUEL

Je suis médecin et je n'ai jamais pris d'antirétroviraux et je ne leur ai jamais trouvé aucune justification d'un point de vue médical.

MANOEL

Le médecin m'a proposé un traitement comprenant 27 comprimés par jour. Je l'ai regardé et je lui ai dit que je n'en prendrais pas. Il était

surpris. Je lui ai dit que si j'allais mourir du SIDA alors je mourrais du SIDA mais je n'allais pas mourir empoisonné par des pilules. Alors à partir de ce moment-là je ne suis plus retourné chez le médecin, j'ai oublié ma maladie et j'ai continué ma vie avec ma femme.

MANUEL

Jusqu'à présent j'ai vu environ 900 personnes. Je garde les notes des instructions que je leur ai données. Je ne peux pas vous donner un nombre précis mais il y a beaucoup de personnes qui ont arrêté de prendre leurs médicaments. Je ne sais plus rien de bon nombre d'entre eux.

RAQUEL

J'ai pris de l'AZT et de la Viramune durant les neuf mois de ma grossesse. J'ai arrêté d'en prendre parce que je me sentais bien sans eux. Les prendre me faisait me sentir vraiment très mal.

MANOEL

Ils m'ont convaincu et je l'ai accepté. Je ne sais pas pourquoi mais je l'ai simplement accepté. J'ai suivi cette thérapie pendant 8 ans. Mais alors que je la prenais, jour après jour je commençais à remarquer quelque chose de très étrange. Ma main droite ne fonctionnait plus correctement, je perdis la sensation dans cette main. J'avais des maux de tête, je ne pouvais plus lire, je ne pouvais plus dormir correctement la nuit ; juste une série de choses qui arrivaient progressivement et qui n'étaient pas normales. Ça me semblait bizarre parce que je menais une vie saine. Je marchais chaque jour 12 à 14 kilomètres., je mangeais bien et je prenais soin de ma santé.

JESUS

J'ai arrêté d'aller aux rendez-vous de mon médecin. C'était exactement au moment où ils commençaient à donner aux gens de l'AZT. Maintenant je vois tout ça de manière absolument claire : ceux d'entre nous qui n'ont pas persisté avec les traitements sont les seuls encore en vie – les autres sont décédés.

VOIX 8

Les années vécues dans la peur de mourir ont laissé des marques dans notre groupe. Non seulement ils sont en colère contre la manière dont ils ont été dupés, mais ils ont un profond sentiment de dégoût pour la manière dont ils ont été traités.

LEGENDE

LE DEGOÛT

RAQUEL

Lorsque j'ai commencé à me renseigner au sujet de tout cela et à lire sur Internet, l'étendue des mensonges impliqués … Tout d'abord je me suis sentie très en colère parce que la chose la plus importante semble avoir été l'argent. Mais après je me suis sentie soulagée. S'ils m'avaient dit à l'âge de 19 ans que j'allais mourir et qu'il s'avère que je n'ai pas le virus, eh bien, je commençais à rire beaucoup. Je pensais comme la vie est étrange, croire si longtemps que j'allais mourir et soudainement je n'ai pas le virus !

Je suis sûre que mon système immunitaire s'est détérioré à cause des médicaments, à cause du stress, mais me voilà.

PABLO

Regardez, je vis avec une personne qui a été positive au VIH pendant de nombreuses années. Lors de mes quatre ou cinq dernières années j'ai été testé négatif. J'ai des rapports sexuels non protégés avec ma partenaire et ma vie n'a pas du tout changé. Ma vie est normale, ma fille est normale et ma femme est normale. Ce pourquoi je suis désolé c'est pour tous les torts qui ont été faits à mon beau-frère, à ma belle-sœur, à un tas d'amis qui ne sont plus avec nous. Ils allaient bien mais ont été complètement détruits par des médicaments dont personne ne connaissait quoique ce soit à leur sujet mais qui devaient être prescrits parce que c'est ce qu'il y avait en ce temps-là.

MANOEL

Eh bien, les gens ont commencé à savoir parce que je vis dans une petite ville. Tout fait très vite le tour, les rumeurs se propagent, certaines personnes ont arrêté de me parler. D'autres étaient hésitants, attendant pour voir ce qui allait se passer. Tout le monde attendait de voir quand j'allais mourir.

VOIX 9

Le futur de notre groupe était ressenti d'une manière très précaire mais ils ont obstinément suivi le chemin de la dissidence, se renforçant mutuellement tout comme les pèlerins de Saint Jacques l'ont fait pendant les siècles.

LEGENDE

ET MAINTENANT

MANOEL

Maintenant je mène une vie vraiment saine, je fais attention à moi. Je mange sainement, je dors aux bonnes heures, je marche tous les jours, je fais des balades à vélo. Je me suis impliqué dans des associations écologiques, je participe au site web Surmonter le SIDA, je fais des choses que je trouve épanouissantes. Je me sens bien et content de moi. Je vis avec mon fils qui est venu vivre avec moi quand il avait 16 ans et il en a maintenant 27. J'ai de bonnes relations avec mes amis et ma famille, donc je me sens équilibré dans ma vie.

RAQUEL

Vous réalisez que vous ne mourez pas, vous guérissez. Puis vous vous demandez comment vous avez pu être si malade durant tout ce temps ? Je meurs depuis longtemps. J'ai demandé aux médecins, quand est-ce que ceci montrerait son visage ? Aucun d'entre eux ne disait quoi que ce soit. Cela fait maintenant dix ans depuis la dernière fois que j'ai été suivie et si ceci montre son visage en quinze ans alors il ne me reste plus que cinq ans à vivre. Si quelqu'un vous dit que vous allez mourir vous voulez savoir combien de temps il vous reste, pour faire les choses que vous devez faire.

PABLO

Je vis avec Raquel. Je ne vis pas avec le SIDA. Je ne pourrais pas avoir la même relation si le SIDA était présent.

VOIX 10

C'est la recherche acharnée de la vérité qui a donné à notre groupe la force de continuer. Ils ont prouvé que la position orthodoxe était fausse. Maintenant c'est à leur tour d'être entendus.

LEGENDE

DERNIERE PARTIE

MANOEL

Je me rappelle de l'entretien qui se terminait. J'ai commencé à pleuré et j'avais un sac à dos imaginaire sur mes épaules qui tombait par terre à ce moment-là après tant d'années. C'était un sentiment de soulagement. Ou de liberté. Je ne sais pas comment le décrire. C'était comme revenir à la vie.

CREDITS

Avec tous nos remerciements à Raquel Sanz Raboso, au Dr Manuel Garrido Sotelo, à Manoel Penin Diaz, à Pablo Enriquez Montero et Jesus Iglesias Saco.

Ecrit et raconté par Joan Shenton.

Musique et producteur associé : Mark Wood.

Titres : Maria Padro Casas.

Producteurs : Andi Reiss et Joan Shenton.

Producteur exécutif : Christian Fiala.

LEGENDE

Jesus a vécu 27 ans suite à son diagnostic positif au VIH. Malheureusement il est décédé le 10 février 2014. Il avait 54 ans.

CREDITS

Filmé, dirigé et publié par Andi Reiss.

Meditel Productions

Yellow Media Entertainment - Copyright MMXIV.

[Script adapté pour ce livre par Mohammed AZIZ]

Appendice C

Article de Peter Duesberg et al. de 2009 qui a été retiré

Commentaires sur le retrait provenant d'un extrait d'interview du film de Christian Fiala, 2011.

Il y a quelques années (en 2009), des collègues et moi-même avons publié un article à propos du SIDA en Afrique, comparant les prédictions faites dix ou quinze ans en arrière avec les données officielles de mortalité et les taux de croissance de population actuelles, notamment en Ouganda et en Afrique du Sud. Il est devenu évident que les prédictions étaient totalement fausses, nous avons donc analysé les hypothèses de base de ces prédictions et conclu que ces hypothèses devaient également avoir été fausses.

Alors nous avons publié un article qui disait, eh bien, nous devrions examiner ces hypothèses et peut-être en discuter pour apprendre quelque chose du passé. Malheureusement cet article a été censuré, retiré deux semaines après sa publication, au motif que les idées

présentées ‘posaient une menace potentielle contre la santé publique mondiale’.

Cette censure d’un article scientifique est une caractéristique nouvelle et elle indique que la science pourrait bien glisser vers quelque chose qui ressemble à un système de croyance religieuse où les opinions sont perçues comme une menace si elles ne suivent pas le politiquement correct d’une époque donnée.

Non seulement notre article a été censuré et retiré, mais le journal a été fermé et réouvert à peine quelques mois plus tard sous un contrôle totalement nouveau dans le but explicite d’empêcher toute publication d’un article qui pourrait aller à l’encontre de l’opinion publique.

Notice du retrait, 19 juillet 2009

Cet article du journal a été définitivement retiré. La ligne éditoriale de *Medical Hypotheses* précise que le journal a de la considération pour ‘les idées scientifiques radicales, spéculatives et non traditionnelles’, mais les articles ne seront acceptés que s’ils sont ‘cohérents et clairement exprimés’. Au demeurant nous avons reçu de graves manifestations d’inquiétudes au sujet de la qualité de cet article, qui contient des avis hautement controversés sur les causes du SIDA, avis qui pourraient être potentiellement dommageables à la santé publique mondiale. Etant donné ces importants signaux de préoccupations, nous avons chargé un panel d’experts extérieurs pour enquêter sur les circonstances par lesquelles cet article en est arrivé à être publié en ligne. Le panel a recommandé que l’article devrait être révisé par des pairs en externe. A la suite d’un processus de révision géré par l’équipe éditoriale du *Lancet*, tous les cinq réviseurs externes ont recommandé le rejet, entraînant le panel d’experts à recommander un retrait définitif. L’Editeur s’excuse pour tous les inconvénients que cela peut causer. La politique d’Elsevier sur le Retrait d’Article peut être trouvée sur http://www.elsevier.com/locate/withdrawalpolicy.

L’hypothèse VIH/SIDA n’est pas en phase avec la réalité à propos du SIDA en Afrique du Sud – Un nouveau

regard (P.H. Duesberg, J.M. Nicholson, D. Rasnick, C. Fiala, H.H. Bauer), le 11 juin 2009

Sommaire

Une étude récente de Chigwedere et al., « Estimation des avantages perdus de l'usage des médicaments antirétroviraux en Afrique du Sud », affirme que durant la période 2000 – 2005 chaque année environ 330 000 décès du SIDA étaient causés par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), décès qui auraient pu être évités par des médicaments anti-VIH. L'étude rendait responsable ceux qui remettent en cause l'hypothèse que c'est le VIH qui provoque le SIDA, particulièrement l'ancien président d'Afrique du Sud Thabo Mbeki et l'un de nous, pour ne pas avoir empêché ces décès par des traitements anti-VIH tels que l'AZT, terminateur de chaîne ADN et l'inhibiteur de l'ADN du VIH, la névirapine. Nous demandons ici, 1. Quels sont les éléments qui prouvent que les énormes pertes de vie sud-africaines revendiquées par l'étude Chigwedere sont dues au VIH ? 2. Quels sont les éléments prouvant que les Sud-Africains auraient tiré bénéfice de ces médicaments anti-VIH ? Nous avons trouvé que les statistiques démographiques d'Afrique du Sud ne rapportaient qu'un 'décès par VIH sur 1 000 séropositifs par an (ou 12 000 pour 12 millions de séropositifs) entre 2000 et 2005 alors que Chigwedere et al. ont estimé les pertes dues au VIH autour de 330 000 vies par an. De plus le Bureau du Recensement US et l'Afrique du Sud ont indiqué que la population d'Afrique du Sud a augmenté de 3 millions durant la période 2000 – 2005 au lieu de subir des pertes, passant de 44,5 à 47,5 millions, quand bien même 25 à 30% de la population étaient positifs aux anticorps contre le VIH. Des discordances analogues ont été trouvées entre des revendications d'épidémie VIH dévastatrice en Ouganda et, simultanément, une massive augmentation de la population ougandaise. De même la population sub-saharienne totale a doublé, passant de 400 millions en 1980 à 800 millions en 2007 durant les épidémies VIH africaines. Nous en concluons que les affirmations selon lesquelles le VIH a causé d'énormes pertes de vie africaines ne sont pas confirmées et que le VIH n'est pas suffisant ou même nécessaire pour provoquer les maladies connues jusqu'ici et appelées

dorénavant SIDA lorsqu'il y a présence d'anticorps contre le VIH. De plus nous remettons en question l'affirmation que les personnes positives aux anticorps VIH tireraient bénéfice de médicaments anti VIH parce que ces médicaments sont forcément toxiques et parce qu'il n'y a pas encore de preuve que le VIH cause le SIDA.

Introduction

Se basant sur l'hypothèse que le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est la cause d'une récente épidémie de SIDA en Afrique du Sud, Chigwedere et al. ont estimé que 330 000 décès du SIDA causé par le VIH auraient pu être évités durant la période 2000 – 2005, 'parce qu'un programme de traitement médicamenteux antiviral réalisable et opportun n'a pas été mis en œuvre en Afrique du Sud'. L'hypothèse VIH/SIDA considère pour admis que le VIH cause environ 27 maladies précédemment connues, mais seulement de 5 à 10 ans après l'infection et l'induction d'une immunité antivirale. En conséquence, Chigwedere et al. ont rendu responsables tous ceux qui remettent en cause l'hypothèse VIH/SIDA pour la non-utilisation de médicaments anti-VIH afin d'empêcher les pertes de vies humaines estimées, avant tout le président d'Afrique du Sud Thabo Mbeki et même l'un d'entre nous. De plus, ils laissent entendre qu'environ 30 000 nouveau-nés auraient pu être sauvés annuellement en empêchant une 'transmission de mère à enfant' du VIH par de courts traitements sur toutes les femmes enceintes avec les médicaments forcément toxiques que sont l'AZT et la névirapine (voir ci-dessous).

Par rapport à notre objectif de résoudre l'épidémie de SIDA, et par rapport aux accusations spécifiques que ceux qui remettent en question l'hypothèse VIH/SIDA pourraient être responsables de la perte de centaines de milliers de vies humaines nous demandons ici, 1. Quels sont les éléments qui prouvent que les énormes pertes de vie sud-africaines revendiquées par l'étude Chigwedere sont dues au VIH ? et 2. Quels sont les éléments prouvant que les Sud-Africains auraient tiré bénéfice de ces médicaments anti-VIH tels que l'AZT et la névirapine ?

Un nouveau regard sur le SIDA en Afrique du Sud

Aucune preuve sur les pertes énormes de vies sud-africaines dues au VIH

Depuis 1984 un flot continu de publications a avancé l'hypothèse qu'une nouvelle épidémie de VIH est en train de décimer l'Afrique et que des pourcentages élevés d'Africains sont déjà infectés par le VIH. Compte tenu de cela et de l'étude récente de Chigwedere et al. 'qui estime' à 330 000 par an le nombre de décès du VIH qui auraient pu être évités entre 2000 et 2005, il est surprenant que les statistiques sud-africaines ne rapportent qu'un seul 'décès VIH' par an sur 1 000 séropositifs sud-africains.

Ce nombre a été obtenu de la manière suivante : la moyenne de la population totale sud-africaine par an de 2000 à 2005 a été obtenue à partir de statistiques américaines et sud-africaines cohérentes indiquées dans le Tableau 1 et le Graphique 1A. Cette moyenne était approximativement de 45 millions. La population positive aux anticorps du VIH a ensuite été calculée à partir des pourcentages annuels des positifs aux anticorps du VIH de la population totale recensés dans le Graphique 1B et également dans le Tableau 1. On peut voir dans le Graphique 1 et le Tableau 1 que le nombre moyen de sud-africains séropositifs entre 2000 et 2005 était environ 12 millions, ou 25 à 30% du nombre total moyen de 45 millions de Sud-Africains. Le taux annuel de 'décès VIH' chez les Sud-Africains positifs au VIH a ensuite été calculé en divisant le nombre total de 'décès VIH' par an par 12 millions. Il est montré dans le Tableau 1 que les 'décès VIH' ne représentaient que 2,5% de la mortalité totale enregistrée (10 471) en 2000, se situant au-delà du 10ème rang et donc n'apparaissaient pas en 2001, 2002 et 2003, étaient au 10ème rang avec 2,3% des cas (13 440) en 2004 et au 10ème avec 2,5% des cas (14 532) en 2005.Ainsi donc les statistiques sud-africaines ont enregistré entre 2000 et 2005 une moyenne d'environ 12 000 'décès VIH' par an seulement sur 12 millions de positifs au VIH, ou 1 sur 1 000. Ceci est 25 fois moins que les 300 000 décès VIH annuels estimés par Chigwedere et al.

En d'autres mots la mortalité attribuable au VIH des 12 millions de Sud-Africains environ qui étaient positifs aux anticorps du VIH entre 2000 et 2005 (Tableau 1 ; Figure 1), n'était que de 0,1%. Puisqu'il a

été indiqué que la mortalité toutes causes confondues avait augmenté annuellement entre 0,9 à 1,3% durant la période allant de 1999 à 2006 (Tableau 1 ; Figure 1), la mortalité VIH des Sud-Africains positifs aux anticorps du VIH représente moins de 1/10ème de la norme.

En outre, l'étude Chigwedere de Harvard 'estime' qu'entre 5% en 2000 et 55% en 2005 des 60 000 nouveau-nés sont décédés d'une transmission du VIH de mère à enfant parce qu'il n'y avait pas de médicaments anti-VIH disponible pour prévenir l'infection. Durant cette période la population a augmenté d'une moyenne de 0,5 million par an et il y a eu environ 0,5 million de décès par an (Tableau 1 ; Figure 1). Il s'en suit qu'il y a donc eu environ 1 million de nouveau-nés par an durant cette période, à propos desquels l'étude de Harvard estime les décès dus au SIDA de 3 000 à 30 000. Mais des décès estimés de 3 000 à 30 000 sur 1 million de nouveau-nés (0,3% à 3%) sont difficiles à détecter statistiquement et sont même encore plus difficiles à attribuer au VIH, parce que toutes les maladies définies SIDA sont déjà connues, maladies indépendantes du VIH appelées SIDA uniquement en présence d'anticorps contre le VIH. Compte tenu de cela on peut se demander si l'étude d'Harvard avait connaissance des statistiques démographiques sud-africaines et si elle a pris en considération les difficultés à différencier les maladies définies SIDA VIH positives de celles VIH négatives.

Nous concluons que les statistiques sud-africaines ne fournissent aucune preuve sur les énormes pertes de vies humaines dues au VIH durant la période 2000-2005 estimées par Chigwedere et al. à savoir un surcroît de la mortalité habituelle de 300 000 décès VIH et environ 30 000 le nombre de décès supplémentaires dus à la mortalité des nourrissons infectés au VIH. Comme nous n'avons pas pu confirmer les chiffres énormes de décès VIH avancés par Chigwedere et al., nous n'avons pas analysé leurs estimations sur le comment un tel nombre de décès aurait pu être évité par des médicaments anti-VIH.

Croissances rapides de population malgré des épidémies de VIH simultanées

Nous avons ensuite questionné si les statistiques de population de l'Afrique du Sud appuient la thèse que l'Afrique est dévastée par une nouvelle épidémie VIH, qui, d'après les chercheurs VIH/SIDA, a commencé en 1984.

Comme indiqué dans la Figure 1B et le Tableau 1, *l'Enquête de Prévalence Nationale pour le VIH et la Syphilis d'Afrique du Sud* a publié pour la première fois la présence d'anticorps contre le VIH en 1990 dans 0,7% de la population sud-africaine. Dans les 8 années suivantes le pourcentage des Sud-Africains ayant des anticorps contre le VIH a progressivement augmenté jusqu'à 23%. Après 1998 la prévalence des positifs aux anticorps au VIH s'est stabilisée, oscillant entre des niveaux maximaux de 23 et 30% (Tableau 1 ; Figure 1B).

Mais au lieu de provoquer des pertes humaines de manière dévastatrice, l'épidémie de VIH en Afrique du Sud a coïncidé avec une augmentation constante et massive de sa population (Figure 1A). Durant la période spécifique 2000 à 2005, la population sud-africaine a gagné 3 millions de personnes, passant de 44,5 à 47,5 millions. Et ceci s'est produit alors même que 25 à 30% de la population, ou une moyenne de 12 millions de Sud-Africains, étaient positifs aux anticorps contre le VIH durant cette période (voir les Figures 1A et 1B).

De manière générale on peut voir dans le Tableau 1, colonne 2 et sur la Figure 1A que de 1980 à 2008 la population sud-africaine a augmenté, passant de 29 à 49 millions, au taux élevé d'environ 1 million par an au début des années 1980 et d'environ 0,5 million par an depuis les années 1990. Les courbes de croissance de la population sud-africaine et celle de mortalité correspondante étaient continues et compatibles entre 1997 et 2006 (Figure 1A et 1C).

Ainsi il n'y a pas de preuve statistique pour la perte annuelle de 300 000 vies supplémentaires à la mortalité habituelle ou d'un total de 1,8 millions de 2000 à 2005 comme l'affirme l'étude de Harvard. La courbe de croissance continue aurait chuté de 3 millions à 1,2 millions durant cette période et la mortalité annuelle aurait augmenté d'une moyenne de 500 000 à plus d'un million durant cette même période (Tableau 1). Mais ceci n'a pas été observé.

Une divergence similaire avait été trouvée auparavant par l'un d'entre nous entre des affirmations d'épidémie de SIDA dévastatrice en Ouganda et une croissance simultanée et inattendue de la population ougandaise. On peut voir sur la Figure 2 et le Tableau 2 que la population ougandaise a considérablement augmenté de 12 à 31 millions durant la période 1980-2008. En 1989, le Ministre de la Santé d'Ouganda a signalé pour la première fois que 5,8% de la population était positive aux anticorps du VIH. Ce nombre aurait augmenté à environ 13% en 1990 puis a diminué lentement pour atteindre à nouveau 5% en 2006 et 2007 (Figure 2C).

De plus les augmentations de population massives de l'Afrique du Sud et de l'Ouganda durant l'ère du SIDA ne sont pas des exceptions parmi les pays africains subsahariens. La population subsaharienne totale a en effet doublé, passant de 400 millions en 1980 à 800 millions en 2007.

Nous concluons que, contrairement aux affirmations de Chigwedere et al. il y a eu entre 2000 et 2005 une augmentation massive de la population sud-africaine de 3 millions de personnes qui s'inscrit exactement dans la courbe de croissance de la population qui s'étend de 1980 à 2008 (Figure 1A). En plus il y avait une croissance massive similaire de la population en Ouganda, bien que l'Ouganda fût également et simultanément soumis à une épidémie de VIH. De même il y a eu une augmentation massive similaire de la population totale sub-saharienne durant les épidémies VIH africaines. Donc le gain massif de 3 millions de Sud-Africains supplémentaires entre 2000 et 2005 et l'absence de pertes anormales de 330 000 par an ou de 1,8 millions cumulés entre 2000 et 2005 remettent en question les estimations de Chigwedere et al..

Puisque les épidémies de VIH africaines ont coïncidé avec des croissances constantes et massives des populations affectées, nous en concluons que les épidémies de VIH ne sont vraisemblablement pas la cause des épidémies de SIDA. Compte tenu de cela nous posons ensuite la question si le VIH est un virus passager.

Le VIH est-il un virus passager ?

Un virus passager peut être défini comme étant un virus qui n'est pas suffisant et qui n'est pas nécessaire pour causer une maladie. En fait la définition du SIDA par les Centres de Contrôle des Maladies (CDC), SIDA qui est n'importe laquelle des 27 maladies connues auparavant lorsqu'il y a présence d'anticorps contre le VIH, définit pratiquement le VIH comme étant un virus passager. Il (le CDC – NdT) reconnaît que toutes les maladies définies SIDA ont existé et continuent d'exister indépendamment du VIH, par exemple la tuberculose et la pneumonie. Ainsi le VIH n'est pas nécessaire pour ces maladies. En même temps le CDC et autres partisans de l'hypothèse VIH/SIDA reconnaissent l'existence de millions de positifs aux anticorps du VIH, qui sont bonne santé, comme les millions de séropositifs africains décrit ci-dessus. Il s'ensuit que le VIH n'est pas suffisant pour le SIDA.

L'hypothèse du VIH passager offre également l'explication la plus simple pour les divergences entre les croissances massives de population et la présence d'épidémies de VIH dévastatrices nouvellement signalées en Afrique du Sud (Figures 1 et 2). Cette explication soutient que le VIH est un virus passager établi depuis longtemps, non pathogène, neutralisé par des anticorps après des infections asymptomatiques, périnatales ou non-périnatales (tout comme tous les autres rétrovirus que l'on trouve chez les humains ou chez les animaux). La nouveauté perçue au sujet des épidémies de VIH reflèterait alors une nouvelle épidémie, inspirée par l'hypothèse VIH/SIDA : celle du dépistage du VIH. L'hypothèse du virus passager explique également les échecs à trouver un mécanisme pour l'hypothèse que le VIH cause le SIDA en tuant les cellules immunitaires malgré plus 25 années de recherches.

L'hypothèse du virus passager est cohérente avec le fait que le VIH est, de manière naturelle, effectivement transmis le plus souvent de mère à enfant, comme tous les autres rétrovirus, qu'il est asymptomatique jusqu'à au-delà de 25 ans (depuis qu'il est connu) chez les personnes non soumises aux risques chimiques liés au SIDA, parmi lesquelles les personnes séropositives de l'armée US, qu'il soit resté stable d'un point de vue épidémiologique aux environs de 25 à 30% en Afrique du Sud (Figure1B), aux environs de 5% en Ouganda (Figure2C, et), et aux environs de 0,3% (1 million sur 300 millions)

aux Etats-Unis depuis 1985. En revanche, les virus pathogènes se propagent de manière exponentielle pour ensuite décliner en quelques mois de manière exponentielle à cause de l'immunité antivirale, formant la courbe classique en forme de cloche telle que décrite par la loi de Farr. Prenez, par exemple, la typique évolution temporelle sur plusieurs mois de l'épidémie de grippe saisonnière.

En somme nous concluons que le VIH est un virus passager. Ceci expliquerait le faible pourcentage de 0,1% de 'décès VIH' parmi les 12 millions de sud-africains positifs aux anticorps du VIH enregistré entre 2000 et 2005 (voir ci-dessus). Cette explication soutient que la plupart des environ 12 000 'décès VIH' sud-africains sont des tuberculoses et des pneumonies conventionnelles attribuées au VIH parce que les malades se sont trouvés infectés par le virus passager VIH. C'est ce qu'il y a de plus probable puisque la tuberculose et la pneumonie sont les premières causes de décès et également les maladies définies SIDA prédominantes en Afrique du Sud.

La preuve que les Africains positifs au VIH tirent bénéfice de médicaments anti-VIH remise en question

L'étude de Harvard propose que les inhibiteurs de VIH tels que l'AZT et la névirapine sont des traitements 'bénéfiques' aux malades sud-africain du SIDA comme étant prophylactiques et améliorant la qualité de vie et pour éviter aux nouveau-nés d'être infectés par le VIH. L'AZT et la névirapine sont conçus pour inhiber le VIH parce qu'ils inhibent la synthèse ADN du VIH. Il y a néanmoins trois problèmes non résolus avec ce point de vue :

1. La synthèse de l'ADN du VIH n'a jamais été détectée chez les personnes positives aux anticorps du VIH parce que la réplication du VIH est arrêtée en présence d'anticorps contre le VIH. Par conséquent il est peu probable que les inhibiteurs de la synthèse de l'ADN puissent jouer un rôle contre un virus qui est latent et qui ne fabrique pas d'ADN tel que le VIH chez les personnes positives aux anticorps.
2. L'AZT a été élaboré il y a 45 ans pour tuer les cellules cancéreuses humaines en arrêtant la synthèse de l'ADN. Bien que l'arrêt de la synthèse de l'ADN soit inévitablement

cytotoxique, l'AZT est utilisée contre le cancer, puisque les cellules cancéreuses fabriquent habituellement plus d'ADN que les cellules normales et sont donc plus susceptibles de subir des terminaisons de chaîne que la plupart des cellules normales. Néanmoins cet avantage, ne s'applique pas lorsque l'AZT est utilisé contre une cible tel que le VIH, qui est latent, qui ne fabrique pas de nouvel ADN viral. Ce qui reste dans ces conditions ce sont uniquement l'inévitable toxicité ADN, l'immunotoxicité et l'aneuploïdie, qui sont induites par l'AZT, et, qui sont d'une manière euphémique appelées 'effets indésirables' par l'étude de Harvard. Parmi ceux-ci il y a les maladies mortelles du foie, des reins et du cœur, non définies comme SIDA, qui ont été décrites récemment. L'inhibiteur de la synthèse de l'ADN du VIH, la névirapine par exemple, induit de mortelles 'insuffisances hépatiques et de graves réactions cutanées' en plus de 'bouffées, maux de tête, diarrhées, fièvres, douleurs abdominales et myalgies', (voir également [26,27]). Les Directives Thérapeutiques du NIH reconnaissent que 'le risque de plusieurs maladies non définies comme SIDA, parmi lesquelles des maladies cardiovasculaires, des événements liés au foie, des maladies rénales et certaines malignités non définies SIDA, est plus grand que le risque du SIDA chez les personnes avec des taux de lymphocytes T CD4 supérieurs à 200 lymphocytes /mm^3; le risque pour ces événements augmente progressivement lorsque les taux de lymphocytes T CD4 décroît de 350 à 200 lymphocytes/mm^3.

3. Plus de 50% des nouveau-nés de mères positives aux anticorps du VIH n'acquièrent pas le VIH maternel et, si l'étude de Harvard devait s'imposer, ils seraient donc inutilement traités avec des médicaments anti VIH inévitablement toxiques. Par exemple il a été démontré que le traitement périnatal des mères positives au VIH et de leurs nouveau-nés avec des médicaments anti VIH que l'étude de Harvard recommande provoquait des formes variées de dommages génétiques chez les nouveau-nés, parmi lesquels 'une toxicité mitochondriale à long terme', 'un dysfonctionnement mitochondrial persistant' dû à un ADN mitochondrial déficient ou perdu, et 'des pertes et

duplications de chromosomes, des recombinaisons somatiques et des conversions géniques', qui 'justifient leur surveillance à cause des conséquences génotoxiques à long terme'. Ces défauts génétiques sont dépendants de traitements et indépendants du VIH parce que les mêmes effets ont été trouvé chez des enfants négatifs au VIH nés de mères positives au VIH qui ont été traitées pour prévenir la transmission du VIH. De plus, Olivero et al. de l'Institut National du Cancer ont montré la génotoxicité et la tumorigénicité chez les souris et les singes nés de mères traitées à l'AZT. En revanche, aucun de ces défauts génétiques n'a été diagnostiqué chez la plupart des 34 millions de positifs au VIH asymptomatiques dont la plupart ne sont pas traités.

Ayant connaissance de ces toxicités potentiellement mortelles des médicaments anti-VIH, l'étude Harvard maintient que les 'bénéfices' de ces médicaments 'l'emportent' sur leur inévitable toxicité. Mais, contrairement à ces affirmations, des centaines de chercheurs américains et britanniques ont publié conjointement une analyse collaborative dans le Lancet en 2006 qui concluait que le traitement des malades du SIDA avec des médicaments antiviraux ne 's'est pas traduit par une baisse de la mortalité'.

Conclusions

Nous n'avons pas trouvé de preuve statistique pour les allégations de l'étude Harvard que des centaines de milliers de vies sud-africaines ont été perdues durant la période 2000 à 2005 suite à une épidémie VIH/SIDA. Au lieu de cela, les statistiques sud-africaines n'ont enregistré par an qu'un seul 'décès VIH' pour 1 000 séropositifs (ou 12 000 'décès VIH' parmi les 12 millions de séropositifs) entre 2000 et 2005. Contrairement aux allégations de pertes de vies massives avancées par l'étude Harvard de Chigwedere et al., les statistiques démographiques de l'Afrique du Sud montrent que la population a augmenté de 3 millions entre 2000 et 2005, passant de 44,5 à 47,5 millions, poursuivant une

tendance régulière depuis 1980 alors même qu'une moyenne de 25 à 30% était positifs aux anticorps contre le VIH depuis 1998.

Par conséquent nous remettons en cause l'hypothèse que le VIH provoque le SIDA et également la proposition de Chigwedere et al. que d'hypothétiques énormes pertes de vies dues au VIH puissent être évitées par des traitements prévus pour inhiber le VIH avec des inhibiteurs de synthèse d'ADN, non seulement parce qu'il n'y a pas de preuve de pertes de vies humaines et donc pas de preuve pour un VIH pathogène, mais également parce que ces médicaments sont inévitablement toxiques.

Compte tenu de cela il est probable que 'le refus d'accepter l'utilisation d'ARV (médicaments anti VIH)' de l'Afrique du Sud, refus que l'étude de Harvard critique, a peut-être sauvé des centaines de milliers de vies humaines en évitant l'exposition à des inhibiteurs de synthèse d'ADN potentiellement mortels. C'est donc l'hypothèse VIH/SIDA qui non seulement est déconnectée avec l'Afrique du Sud mais qui est aussi potentiellement dangereuse à son égard. Par conséquent il semble prématuré et en fait injustifié de rendre responsable l'ancien président Thabo Mbeki et d'autres, dont l'un d'entre nous, pour des pertes de vies présumées en Afrique du Sud.

Déclaration de conflit d'intérêt

Moi-même et mes co-auteurs n'avons aucun conflit d'intérêt en ce qui concerne notre article pour *Medical Hypotheses*.

Remerciements

Nous remercions le Colonel Frank Anders, le Lieutenant-Colonel Clinton Murray et le Major Jason Okulicz pour nous avoir fourni les premiers résultats sur les Contrôleurs d'Elite-VIH de la cohorte militaire US et pour d'autres informations précieuses, et Bill Redfearn de Berkeley pour ses commentaires critiques. Nous sommes très reconnaissants pour le soutien de la Fondation

d'Abraham J. et Phyllis Katz (Newnan, Géorgie), de la Fondation de La Thérapie Cancéreuse (New York), de Stefan Ebeling (Philanthrope, Düsseldorf en Allemagne), de Robert Leppo (Philanthrope, San Francisco), Peter Rosza (Philanthrope, Los Angeles) et d'autres sources privées. Un article précurseur de celui-ci a été rejeté par le *Journal of AIDS*, qui a publié l'article de Chigwedere et al. avec des attaques politiques et ad hominem mais sans offrir, ne serait-ce qu'une seule référence, pour un chiffre incorrect ou une affirmation de notre article (disponible sur demande).

Tableau 1

Statistiques démographiques de la population sud-africaine de 1980 à 2008

Year	Population × 10^{-6}	HIV+ (%)	Deaths × 10^{-3}	HIV-Deaths × 10^{-3}
1980	29.3			
1981	30.2			
1982	31.1			
1983	32.1			
1984	33.2			
1985	34.3			
1986	35.1			
1987	35.9			
1988	36.8			
1989	37.6			
1990	38.5	0.7		
1991	39.3	1.7		
1992	40.1	2.2		
1993	40.9	4.0		
1994	41.6	7.6		
1995	42.2	10.4		
1996	42.8	14.4		
1997	43.3	17.0	317	*
1998	43.9	22.8	365	*
1999	44.5	22.4	381	10
2000	45.1	24.5	415	10.5
2001	45.6	24.8	453	*
2002	46.1	26.5	500	*
2003	46.6	27.9	554	*
2004	47.0	29.5	572	13
2005	47.5	30.2	591	14.5
2006	47.9	29.1	607	15
2007	48.4	28.0		
2008	48.8			

*Non reporté parce que les décès VIH étaient au-delà de la 10ème cause de mortalité. (La population est indiquée en millions, les décès et décès VIH en milliers)

.

Appendice C

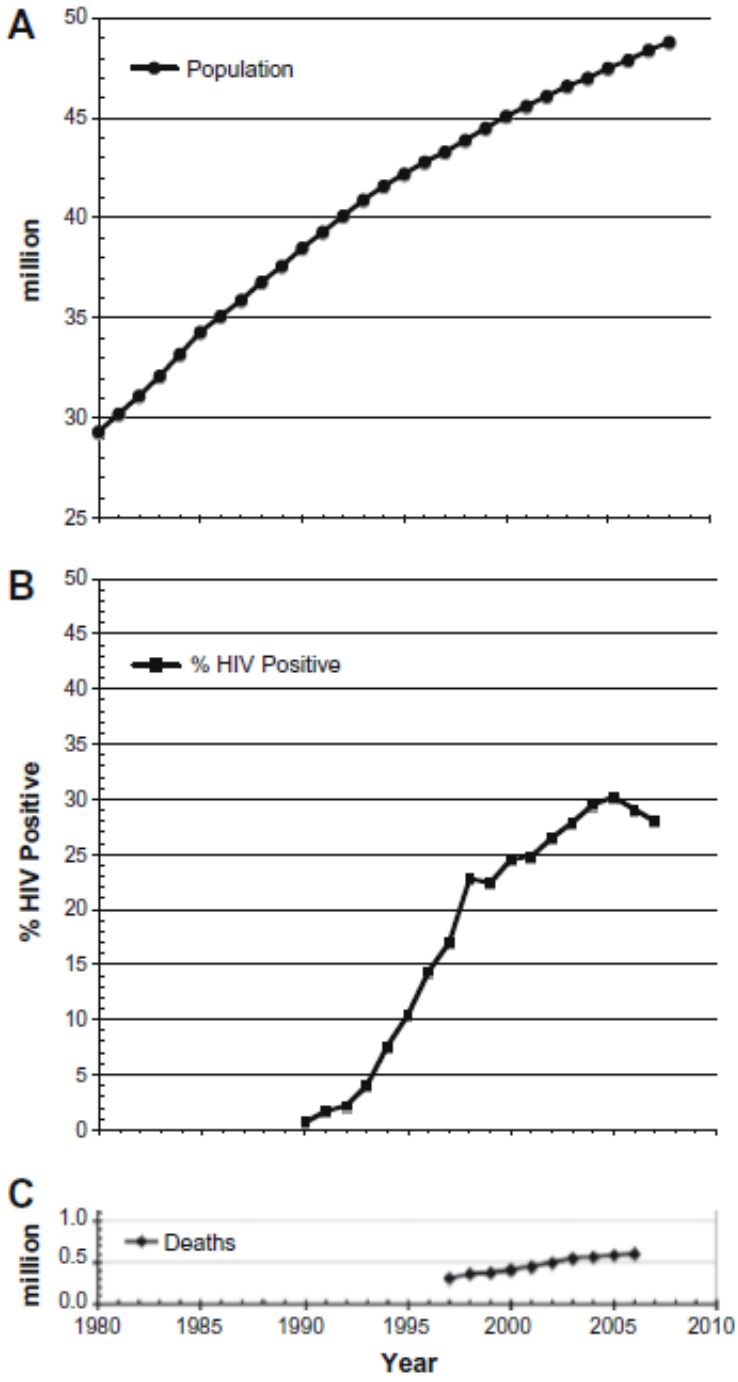

A
Population
million
50
45
40
35
30
25
B
% HIV Positive
% HIV Positive
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
C
Deaths
million
1.0
0.5
0.0
1980
1985
1990
1995
2000
2005
2010
Year

Figure 1.

Courbes de croissance de la population (A), de l'incidence des positifs aux anticorps du VIH (B) et de mortalité (C) de la population sud-africaine entre 1980 et 2008, telles que disponibles des sources sud-africaines et américaines citées dans le texte.

Tiré de l'article de Peter Duesberg et al.de 2009

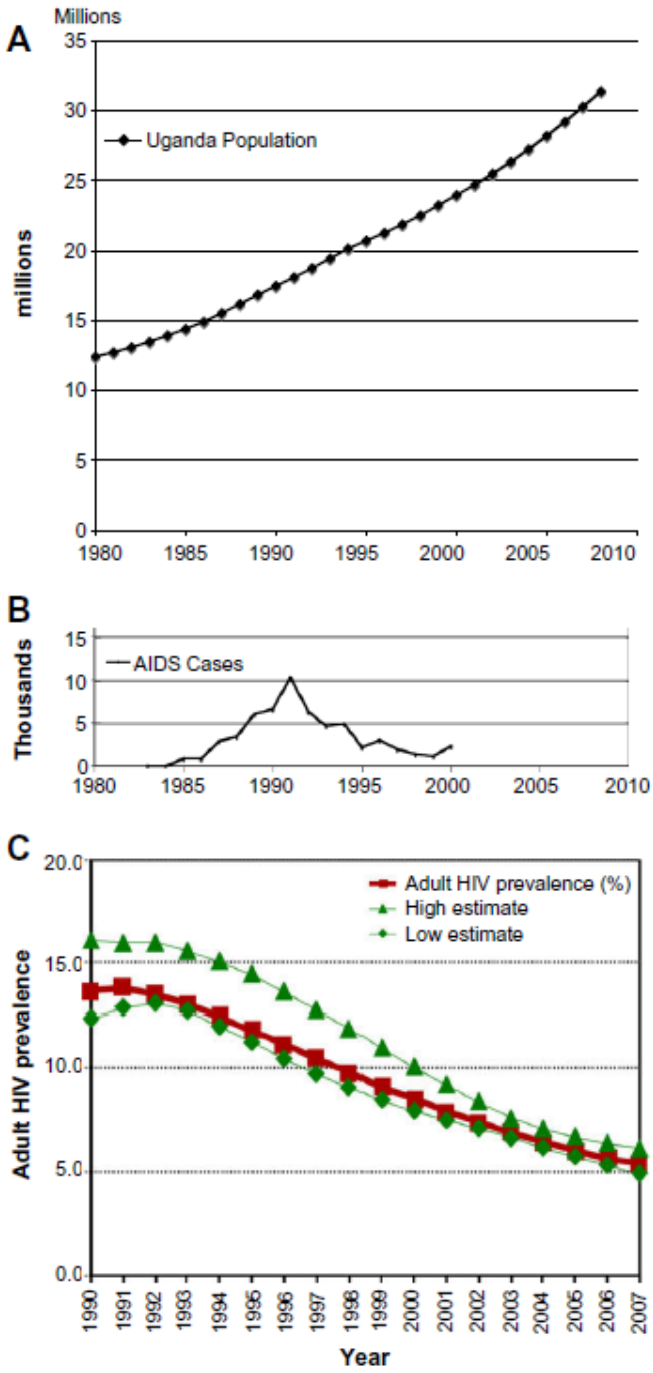

A
Millions
35
30
25
20
15
10
5
0
millions
Uganda Population
1980
1985
1990
1995
2000
2005
2010
B
Thousands
15
10
5
0
AIDS Cases
1980
1985
1990
1995
2000
2005
2010
C
Adult HIV prevalence
20.0
15.0
10.0
5.0
0.0
Adult HIV prevalence (%)
High estimate
Low estimate
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
Year

Figure 2

Courbes de croissance de la population (A), d'incidence du SIDA (B) et d'incidence des positifs aux anticorps de la population ougandaise entre 1980 et 2008 telles que disponibles des sources ougandaises et américaines et de l'Organisation Mondiale de la Santé cités dans le texte.

Tableau 2

Statistiques démographiques de la population ougandaise de 1980 à 2008.

Year	Population* × 10^{-6}	AIDS cases** × 10^{-2}
Uganda health statistics		
1980	12.4	
1981	12.7	
1982	13.0	
1983	13.5	0.2
1984	13.9	0.1
1985	14.4	8.8***
1986	14.9	8.8***
1987	15.5	29.1
1988	16.2	34.3
1989	16.8	60.9
1990	17.5	66.2
1991	18.1	102.4
1992	18.7	63.5
1993	19.4	46.4
1994	20.1	49.3
1995	20.7	21.9
1996	21.2	30.3
1997	21.9	19.6
1998	22.5	14.1
1999	23.2	11.5
2000	24.0	23.0
2001	24.7	
2002	25.5	
2003	26.3	
2004	27.2	
2005	28.2	
2006	29.2	
2007	30.3	
2008	31.4	

Population en millions, cas de SIDA en centaines.

*Bureau des Statistiques US.

**Cas de SIDA du Ministère de la Santé à Kampala, Ouganda

***Environ 8,8 x 10^{-2} est représentatif pour les deux années 1985 et 1986 ensembles.

Article reproduit avec la permission des auteurs. Copyright annulé par Elsevier.

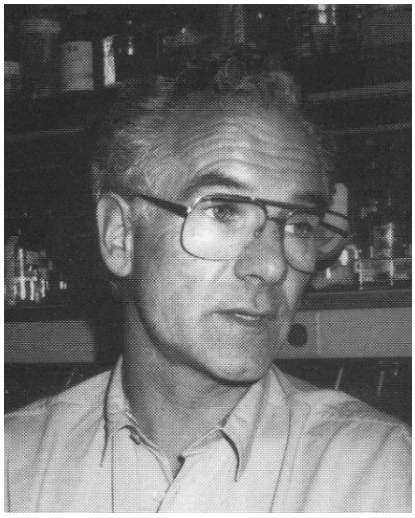
[*] Chigwedere P, Seage 3rd GR, Gruskin S, Lee TH, Essex M. 'Estimating the lost benefits of antiretroviral drug use in South Africa.' *J Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2008; 49:410–5.
[2] Piot P, Quinn TC, Taelman H, Feinsod FM, Minlangu KB, Wobin O, et al. 'Acquired immunodeficiency syndrome in a heterosexual population in Zaire.' *The Lancet* 1984; 2:65–9.
[3] Quinn TC, Mann JM, Curran JW, Piot P. 'AIDS in Africa: an epidemiologic paradigm.' *Science* 1986; 234:955–63.
[4] Durban Declaration, Over 5000 authors. The Durban declaration. *Nature* 2000; 406:15–6.
[5] Statistics South Africa. Mid-year population estimates, 2007. Department of Home Affairs, South Africa; 2007.
[6] Statistics South Africa. Stats in brief 2000. *Statistics South Africa*; 2000.
[7] US Census Bureau, International data base. Population South Africa. US Department of Commerce; 2008.
[8] National Department of Health South Africa. 'The national HIV and syphilis prevalence survey.' South Africa; 2007.
[9] Statistics South Africa. 'Mortality and causes of death in South Africa.' 2006: Findings from death notification. *Statistics South Africa*; 2008.
[10] Duesberg P, Koehnlein C, Rasnick D. 'The chemical bases of the various AIDS epidemics: recreational drugs, anti-viral chemotherapy and malnutrition.' *J. Biosci.* 2003; 28:383–412.
[*1] Centers for Disease Control. '1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults.' *Morb. Mort. Weekly Rep* 1992; 41(No. RR17):1–19.
[*2] National Department of Health South Africa 2008. The national HIV and syphilis prevalence survey South Africa; 2008.
[*3] Fiala C. 'AIDS in Africa: a call for sense, not hysteria (Rapid Responses for Sidley, 327 (7408) 184).' Bmj.com; 2009.
[*4] Mulder DW, Nunn AJ, Kamali A, Nakiyingi J, Wagner HU, Kengeya-Kayondo JF. 'Two-year HIV-1-associated mortality in a Ugandan rural population.' *The Lancet* 1994; 343:1021–3.
[*5] Mulder DW, Nunn AJ, Wagner HU, Kamali A, Kengeya-Kayondo JF. 'HIV-1 incidence and HIV-1-associated mortality in a rural Ugandan population cohort.' *AIDS* 1994; 8:87–92.
[*6] Goodgame RW. 'AIDS in Uganda-clinical and social features.' *N. Engl. J. Med.* 1990; 323:383–9.
[*7] World Health Organization, UNAIDS, UNICEF. Epidemiological fact sheet on HIV and AIDS; Core data on epidemiology and response Uganda; 2008.
[*8] World Bank Group. Population of Sub-Saharan Africa; 2008.
[*9] Bauer HH. *The origin, persistence and failings of HIV/AIDS theory*. Jefferson, NC and London, UK: McFarland & Co.; 2007.
[20] Henry WK, Tebas P, Lane HC. 'Explaining, predicting, and treating HIV-associated CD4 cell loss: after 25 years still a puzzle.' *JAMA* 2006; 296:1523–5.
[2*] Okulicz J, Marconi V, Dolan M. 'Characteristics of elite controllers, viremic controllers, and long-term nonprogressors in the US Military HIV cohort.' Keystone symposium HIV pathogenesis. Banff, Alberta, Canada; 2008.
[22] Mims C, White DO. *Viral pathogenesis and immunology*. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1984.

[23] Bregman DJ, Langmuir AD. 'Farr's law applied to AIDS projections.' *JAMA* 1990; 263:50–7.
[24] Horwitz JP, Chua J, Noel M. Nucleosides. V. 'The monomesylates of 1-(20-deoxybeta-D-lyxofuranosyl)thymidine.' *J. Org. Chem.* 1964; 29:2076.
[25] Borojerdi JP, Ming J, Cooch C, Ward Y, Semino-Mora C, Yu M, et al. 'Centrosomal amplification and aneuploidy induced by the antiretroviral drug AZT in hamster and human cells.' *Mutat. Res.* 2009; 665:67–74.
[26] Reisler RB, Han C, Burman WJ, Tedaldi EM, Neaton JD. 'Grade 4 events are as important as AIDS events in the era of HAART.' *J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.* 2003; 34:379–86.
[27] El-Sadr WM, Lundgren JD, Neaton JD, Gordin F, Abrams D, Arduino RC, et al. 'CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment.' *N. Engl. J. Med.* 2006; 355:2283–96.
[28] Medicine.Net.com. Nevirapine index; 2008 [accessed].
[29] Department of Health and Human Services, Panel on antiretroviral guidelines for adults and adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents; January 29, 2008. p. 13. Available from: http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf.
[30] Poirier MC, Divi RL, Al-Harthi L, Olivero OA, Nguyen V, Walker B, et al. 'Long-term mitochondrial toxicity in HIV-uninfected infants born to HIV-infected mothers.' *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2003; 33:175–83.
[31] Barret B, Tardieu M, Rustin P, Lacroix C, Chabrol B, Desguerre I, et al. 'Persistent mitochondrial dysfunction in HIV-1-exposed but uninfected infants: clinical screening in a large prospective cohort.' *AIDS* 2003; 17:1769–85.
[32] Escobar PA, Olivero OA, Wade NA, Abrams EJ, Nesel CJ, Ness RB, et al. 'Genotoxicity assessed by the comet and GPA assays following in vitro exposure of human lymphoblastoid cells (H9) or perinatal exposure of mother-child pairs to AZT or AZT-3TC.' *Environ. Mol. Mutagen.* 2007; 48:330–43.
[33] Brogly SB, Ylitalo N, Mofenson LM, Oleske J, Van Dyke R, Crain MJ, et al. 'In utero nucleoside reverse transcriptase inhibitor exposure and signs of possible mitochondrial dysfunction in HIV-uninfected children.' *AIDS* 2007; 21:929–38.
[34] Olivero OA, Anderson LM, Diwan BA, Haines DC, Harbaugh SW, Moskal TJ, et al. 'Transplacental effects of 30-azido-20, 30-dideoxythymidine (AZT): tumorigenicity in mice and genotoxicity in mice and monkeys.' *J. Natl. Cancer Inst.* 1997; 89:1602–8.
[35] May MT, Sterne JA, Costagliola D, Sabin CA, Phillips AN, Justice AC, et al. 'HIV treatment response and prognosis in Europe and North America in the first decade of highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis.' *The Lancet.* 2006; 368:451–8.

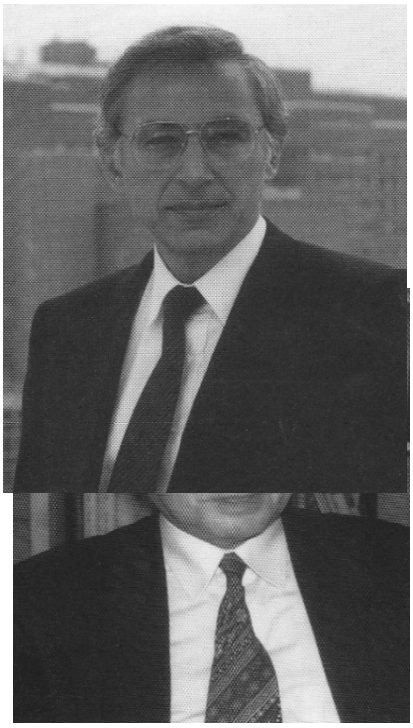
Appendice D

Photographies de la première édition de *Positively False*

1. Le professeur Peter Duesberg de l'Université de Californie à Berkeley a contesté durant de nombreuses années la position affirmant que le SIDA est une maladie infectieuse provoquée par le VIH. Ses appels pour que des études soient entreprises, et à leur financement, dans d'autres explications possibles du SIDA, parmi lesquelles l'usage à long-terme de drogues récréatives et intraveineuses, ont rencontré une forte résistance de la part des milieux économiques, universitaires et militants pour lesquels l'hypothèse VIH/SIDA est devenue une vérité incontestée.



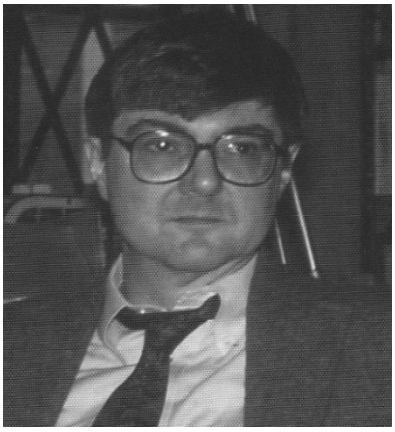
2. Le Dr Robert Gallo, actuellement directeur de l'Institut de Virologie Humaine dans le Maryland a contribué à définir l'orthodoxie standard sur le VIH et le SIDA bien que ses méthodes de recherche aient été fortement critiquées par trois enquêtes du Gouvernement US. Sa prétention d'avoir été le premier à isoler le rétrovirus VIH a été discréditée, cependant l'exploitation commerciale du brevet de son test VIH a nourri la proposition que le VIH conduit inévitablement au SIDA.
3. Le Dr Luc Montagnier, de l'Institut



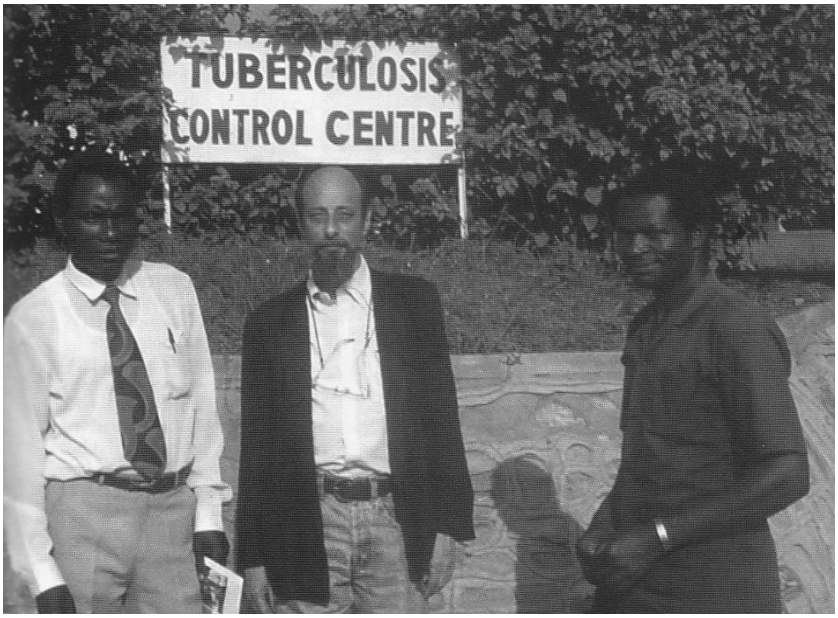
Pasteur en France, a été le premier à revendiquer l'identification du rétrovirus VIH ce qui a conduit inexorablement à l'association du VIH avec le SIDA. Au fil des ans Montagnier a fait remarquer que le VIH seul, sans cofacteurs, ne pouvait pas causer le SIDA, confortant en cela certains dissidents puisque le découvreur même du VIH mettait la pédale douce sur des affirmations catégoriques de la relation du VIH avec le SIDA.

4. Eleni Eleopulos, biophysicienne de Perth, Australie de l'Ouest, a conduit une équipe de recherches qui critique la manière dont le VIH aurait été isolé et identifié. Elle souligne les anomalies des résultats des tests VIH, anomalies qui indiquent que le VIH a été identifié à tort et peut être même n'existe pas.

5. John Lauritsen, écrivain et journaliste, a consacré sa carrière récente à suivre le débat sur le SIDA tout en essayant de communiquer au grand public le scepticisme grandissant de nombreux chercheurs de la communauté scientifique envers les explications orthodoxes du phénomène VIH/SIDA.

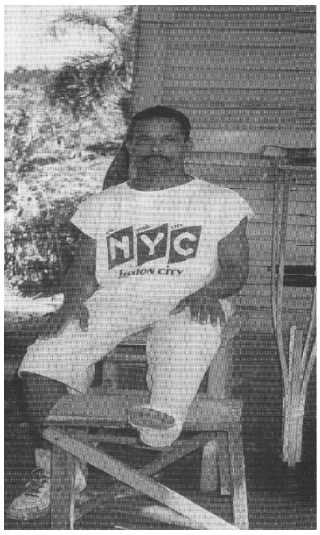


6. Le Dr Harvey Bialy, rédacteur scientifique de *Bio/Technology*, avec le spécialiste de la tuberculose, le Dr Martin Okot-Nwang et son agent sur le terrain Joseph Nakibali à Kampala. Bialy a tenté de faire découvrir à un public plus large la probabilité que les 'décès SIDA' en Afrique sont dus à des maladies liées à la pauvreté telles que la tuberculose et dont les effets meurtriers sont massivement exacerbés lorsque l'on refuse à des personnes diagnostiquées par erreur séropositives des traitements conventionnels à leurs maladies connues depuis longtemps.



Hector Severino, employé d'hôtel en République Dominicaine, a été diagnostiqué positif au VIH lors d'un test effectué à la suite d'un accident de moto. Parce qu'il était séropositif on a refusé de l'opérer et il est resté handicapé. Sa femme désespérée s'est suicide, il a perdu son travail et sa vie a été brisée. Deux ans plus tard il a été diagnostiqué négatif en deux occasions distinctes. Le cas de Severino souligne la difficulté intrinsèque des tests VIH dont les résultats peuvent être affectés par différents facteurs en différentes occasions.

Appendice E



Texte de présentation de la jaquette intérieure de la première édition de Positively False.(modifié)

Le VIH est une infection. Le VIH mène au SIDA. Le SIDA tue. Ça c'est l'hypothèse. Tous les chercheurs du SIDA, quelles que soient leurs convictions, acceptent cela comme rien de plus qu'une hypothèse.

Les recherches sur l'hypothèse VIH = SIDA = Décès

HIV is an infection. HIV leads to AIDS. AIDS kills. This is the hypothesis. All AIDS researchers of whatever persuasion accept this as no more than a hypothesis.

Investigation of the HIV = AIDS = Death hypothesis, which has wrongly acquired the force of certainty, has been riddled with flaws

leading to distorted results, wrong conclusions and needless suffering, claims Joan Shenton. Worse, research has been driven by pharmaceutical companies anxious to protect enormous investments in drug treatments like AZT and by the ambitions of some unscrupulous scientists equally anxious to protect their research funding, patented HIV test kits and ultimately their egos. Worse still, these combined interests have succeeded in blocking off research in other directions. The result, according to Shenton, has been bad science.

Joan Shenton, a prize-winning medical journalist, was caught up in the dramatic David and Goliath battle between the AIDS orthodoxy and dissenters who have questioned the hypotheses of the orthodoxy. What startled Shenton, during her investigations for Channel 4 TV, was the shrill vehemence with which the scientific orthodoxy dismissed the work of other AIDS researchers who postulated the possibility that HIV was a harmless retrovirus, that AIDS was not an infectious condition and that, even if it were, it was not HIV which broke down a body's immune system but rather the toxic assault from drug abuse, drug 'treatments' for AIDS and, in haemophiliacs, impurities from repeated clotting factor transfusions.

In this book Shenton introduces scientists who maintain that HIV has never been isolated and that the HIV test is simply picking up proteins said to be specific to the virus, but which reside in all of us and happen to become raised when the body's immune system is compromised for other reasons. She has recorded an extraordinary account of the tyranny of orthodoxy imposed by some scientists and the pharmaceutical industry which, according to Shenton, has distorted and derailed the process of scientific inquiry, cost billions of misspent dollars for 'treatment' and misdirected research funding, and condemned tens of thousands of individuals with the stigma and anxiety of an HIV-positive label. In the Third World, according to Shenton, millions of unfortunates are being falsely classified as HIV and AIDS victims who, because they 'are going to die anyway', are being denied treatment for their true ills brought on by poverty, deprivation and malnutrition.

Through her attempts to investigate AIDS research Shenton paints a fascinating picture of collusion between science and commerce. Her book makes a real contribution to our understanding of the debates surrounding HIV and AIDS and raises disturbing questions about the relationship between scientific analysis, public health and commercial

interest.

Joan Shenton's medical journalism has included the production of 49 documentaries on health issues for network television, 7 on the HIV/AIDS issue. Two of her films on AIDS have received the Royal Television Society Journalism Award and a British Medical Association award. Shenton's programmes have been made for the BBC, Channel 4, Thames TV and Central TV. *She currently maintains the Immunity Resource Foundation and has produced the independent AIDS films* Positively False [positivelyfalsemovie.com] *and* Positive Hell [positivehell.com].

Bibliography

Adams, Jad, *AIDS: The HIV Myth*, Macmillan, 1989

Altman, Dennis, *Homosexual Oppression and Liberation*, Plymbridge, Boston, I993 – *AIDS in the Mind of America*, Anchor Doubleday, New York, 1986; UK edition, *AIDS in the New Puritanism*, Pluto, London, 1986

Callen, Michael, *Surviving AIDS*, Harper & Row, London, September 1990

Chirimuuta, Richard and Rosalind, *AIDS Africa and Racism*, Free Association Books, London 1989

Duesberg, Peter, *Inventing the AIDS Virus*, Regnery Publishing Inc., Washington DC, 1996

– *AIDS: Virus or Drug-Induced*, Kluwer Academic Publishers, Netherlands, 1996

Ellison, Bryan J. and P.H. Duesberg, *Why We Will Never Win the War on AIDS*, Inside Story Communications, El Cerrito, California, 1994

Franchi, Fabio and Luigi de Marchi, *AIDS: 'La Grande Truffa'*, SEAM, Rome, 1996

Gallo, Robert, *Virus Hunting: AIDS, Cancer and the Human Retrovirus*, A New Republic Book, Basic Books, Harper Collins, London 1991

Hodgkinson, Neville, *AIDS: The Failure of Contemporary Science – How a virus that never was deceived the world*, Fourth Estate, London, 1996

Holub, William and Claudia, *'AIDS' . . . Careful Scientific Scrutiny Provides a Totally Different View*, Life Systems, 174 Bagatelle Road, Melville NY 11747, 1988 (ISBN 0-942494-52-0)

Konotey-Ahulu, Felix, *What is AIDS?*, Tetteh-A'Demeno Company, Watford, England, 1989

Kramer, Larry, *Faggots*, Minerva, New York, 1990

Lang, Serge, *Challenges*, Springer Verlag, New York, November 1997

Lauritsen, John, *Poison by Prescription: The AZT Story* (Foreword by Peter Duesberg), Asklepios, New York, 1990 (ISBN 0 943742-06-4)

– *The AIDS War*, Asklepios, New York, 1993 (ISBN 0-943742-08-0)

Lauritsen, John and Hank Wilson, *Death Rush: Poppers and AIDS*, Pagan Press, New York, 1986

Lauritsen, John and Ian Young (eds), *The AIDS Cult: Essays on the Gay Health Crisis*, Asklepios, Provincetown, 1997; Pagan Press, Box 1902, Provincetown, MA 02657-0245

Miller, David J. and Michael Hersen (eds), *Research Fraud in the Behavioral and Biomedical Sciences,* John Wiley, New York/Chichester, 1992 (ISBN

0-471-52068-3)
Paglia, Camille, *Sex, Art, and American Culture*, Viking, London, 1992
Root-Bernstein, Robert, *Rethinking AIDS*, The Free Press, New York, 1993
Schwartz, Joseph, *Creative Moment*, Jonathan Cape, London, 1994
Scott, Andrew, *Pirates of the Cell*, Basil Blackwell, Oxford, revised 1987 (ISBN 0-631-15637-2)
Shilts, Randy, *And The Band Played On*, Penguin, Harmondsworth, 1988
Soda, T. (ed.), *Drug-Induced Sufferings: Medical, Pharmaceutical, and Legal Aspects*, Excerpta Medica, Amsterdam, 1980
Walker, Martin, *Dirty Medicine*, Slingshot Publications, London, 1993

Index

A

Abbott Laboratories, 176, 215, 217
ABC News, 59
Abidjan, 48, 150, 152
Ablashi, Dharam, 43
Ablin, Richard, 11–12
Abrams, Donald, 216
ACSUR Las Segovias, 174
Act Up, lviii, lx, 165
ACTG 076, 168
Adams, Jad, xxi, 1, 3, 5–8, 10, 13–15, 37, 41, 92
Adams, Niki, 165
Adjorlolo, Georgette, 150–51
adult T-cell leukaemia (ATL), 35–36
Advisory Council on the Misuse of Drugs, 184
Advocate, The, lviii
aflatoxins, 52
Africa, xvii, xx, xxiii, xxix, xxxvi–xxxviii, xxxix–xl, lii–liii, liv–lv, lx, lxi, lxiv–lxv, lxvi, lxx, lxxv, lxxx, 5, 20, 30–31, 35, 37, 40, 44, 48, 53, 98, 129, 136–42, 143–44, 148–52, 153, 163–64, 172, 176, 205, 228, 235–41, 243–46, 253
African National Congress (ANC), xx
African swine fever, 12
African Woman and Child Feature Service (Nairobi), lxiv
AIDS Research, 18, 72
Al-Bayati, Mohammed, xliv
albumen, 6
alcohol/alcoholics, 20, 75, 209, 227
All Party Parliamentary Group on AIDS, 84, 120
Allen, Anita, xx
Altman, Dennis, 19
Altman, Lawrence, 58–59
Alzheimer's disease, 34
American Association for the Advancement of Science, 42
AmeriCares, 178
Amin, Idi, 145
amphetamines, 227
Amsterdam, 124, 127, 130–31, 133–34, 153
amyl nitrite, lxxviii, lxxx, 60, 184–85
Anderson, Roy, 53, 139, 141
aneuploidy, 242
angel dust (PCP), 21
Anglesey, Lady, 94–95
Annan, Kofi, liv
antibiotics, lxxviii, 19–20, 28, 136, 146–47, 174
Apuzzo, Virginia, 24
Arcadia (Florida), 56
Argentina, 198
Aristide, Jean-Bertrand, 172
arthritis, 203
Ascher, M. S., 91
Asia, 48, 137
Asian flu, 59
Asscher, William, 117
Atlanta, Georgia, 173
Atlantic Ocean, 198
Australia, xx, lxxxvii, 9, 118, 205
Avon Health Authority, 92
azidothymidine (AZT), xvi–xvii, xxix, xlviii–xlix, lviii–lix, lx–lxi, lxiii, lxxxi, 3, 4, 23, 55, 73, 76, 80, 91, 94–121, 125, 127, 131, 134, 156–57, 164–70, 186–87, 194–98, 203, 211, 214–16, 217, 219, 221–22, 223, 226, 228, 229–30, 231, 236, 237, 241–43, 254
Aziz, Mohammed, xxi, xxii–xxiii, 234
AZT on Trial conference, 166–67

B

Babick, Chris, 101
Bagherzade, Iradj, xvi–xvii
Baker, Clark, xxiv–xxv, li
Balinda, Yassin, 136, 145
Ballard, Alan, 10
Baltimore, 42, 212
Baltimore, David, 32–33
Bangui clinical case definition, lii, 138, 142, 152–53
Banks, Nancy Turner, xxvi–xxvii
Barcelona, 115
Barre-Sinoussi, Françoise, 70
Barry, David, 120
Bauer, Henry H., xvi–xviii, 236
Beaulice, Marie Eugénie, 177
Béchamp, Antoine, xxvii
Beitman, Ron, 101

Beldekas, John, 10, 12
Benn, Tony, 3
Berkeley, lxxix, 7, 27, 29, 33, 66, 74, 77, 89–90, 93, 106, 151, 157, 189, 194, 195, 216
Berkowitz, Richard, 18–19, 72
Berlin World AIDS Conference, 26, 156–57, 163, 165, 186
Berne, 201, 203
Berry, Adrian, 67
beta-interferon, 218
Bethesda, Maryland, 29
Bialy, Harvey, xvii, lxxxi, 9, 111, 125, 137–38, 143, 153, 195, 201, 253
Bio/Technology, 9, 111, 137, 253
Birmingham Post, 184
Bivens, Lyle, 163
Black Women for Wages for Housework, 168
Black, David, 20, 22, 24
Bob Club, 29, 34, 61, 144
Bolognesi, Dani, 93
Bordes, Ari, 173
Boston (USA), 10, 12, 100–101
Boulos, Reginald, 178
Brands, Martien, 124
Brattegaard, Kari, 152
Brazil, 6
breast cancer, xviii, 2, 3, 34, 55
breastfeeding, lxvi, 50, 55, 205, 228
Bremner, Charles, 126
Brettle, Raymond, 218
Bristol, 92
British Broadcasting Corporation (BBC), xix–xx, 1
British Library, xix
British Medical Association Foundation for AIDS, 82
British Medical Journal, xxxvi, 63, 83, 120
Broadcasting Complaints Commission (BCC), 94–96, 108, 119–20, 121, 128
Broder, Samuel, 103, 167
Brown, Karen, 80
Brown, Phyllida, 117–19
Bruce, Alan, 208
Bruneau study, xxix
Buck, Henck, 133
Buenos Aires, 198–99, 201, 203–4, 206
Buianouckas, Frank, 99
Bukoba, 138, 142, 144, 149–50
Bulletin of Medical Ethics, 168
Bunn, Paul, 160
Burbaker, Glen, 138
Bureau of Justice (USA), 22
Burroughs Wellcome, 72, 108, 120, 121, 167
Bush, George, lxi
butyl nitrite, lxxviii, lxxx, 181–82

C

Caiazza, Stephen, 11
Calcutta, 52
Cali, 52
California, lxxviii–lxxx, lxxxviii, 5–7, 12, 27, 29, 51, 55, 56, 60, 90, 107, 182, 189, 194, 212
California Monthly, 189
California State University, Chico, xl, 141
Callen, Michael, 19, 24, 72, 131
Cambridge, 85, 125, 133–34, 139
Cambridge Bioscience, 40
Cameroon, xvii, 139, 143, 149
Campaign Against Health Fraud (Quackbusters), 14
Campbell, Duncan, 14–15, 133–34, 95–96, 100, 118
Camu, 57
Canada, 6, 205
Cancer Research, lxxiv, lxxxii, 7, 27, 36–37
candida albicans (thrush), 173
candidiasis, 209
Cangas, 227
Cantwell, Alan, 139
Cap Haitien, 178
Cape Cod, 75
Cape Town, 209
Capital Gay, 83, 167, 184
Caribbean, 35, 172
Carswell, J. W., 140
Carte Blanche, xx
Cass, Terrel, lxxx
catabolism, 201
Causer, David, 190
Centers for Disease Control (CDC), xlii, lvii–lviii, lx–lxi, lxiv, lxxv, lxxxii, lxxxvii, 9, 23, 28, 37, 58–61, 73–74, 77, 141, 148, 150–51, 153, 173, 182, 187, 190, 193, 199, 193
central Africa, 31, 139–40
Centres for Development of Health (CDS), 178
cervical cancer, lxxxviii
Chagas disease, 144
Channel 4 (TV), lxxv, lxxx, lxxxv, 2, 6–7, 10, 13, 74, 80–84, 94, 96–98, 100, 116, 119–21, 133, 137, 209, 212, 214, 254
chemokines, 42

Chermann, Claude, 70
Chernov, Harvey, 103
Chester Beatty Laboratory, 129
Chiasson, Mary Ann, 218
Chicago Tribune, xxviii, 41–42, 44, 161
Chigwedere, Pride, 236–40, 243–44
Chin, James, xxxvi
Chirac, Jacques, 41
Chirimuuta, Richard and Rosalind, 140
Chiron Corporation (California), 12
cholera, 1, 87–88, 141
Christie, Huw, xx, 195, 209
Christopher, Don, 94, 96
Ciba-Geigy, lxxxvii, 1
Cité Soleil, 178–79
Citizens Against AIDS in Schools, 56
City Hospital (Edinburgh), 218
City Week, 137
Clinton, Bill, 48
cocaine, xxix, lx, 20, 22, 91, 126, 150
Cochrane, Michelle, 73, 151
Cold Spring Harbor conference, 30, 70
Cole, John, 93
Colizzi, Vittorio, 208
Collins, Simon, 218
Columbia Journalism Review, xlvii
Committee on Safety of Medicines, 117
Complera, lviii
Concorde trial, 3, 79–80, 113, 163–66, 168, 186, 217
Connor, Steve, 84, 129–30, 134, 154, 194
Continuum, xx, lxxxv, 195, 209
Cooley-Prost, Worth, 178–79
Cooper, D. A., 118
Copernicus, 125, 169
Cornell University, 175
cortisol, 202
cortisone, 1
Costello, Christine, 99, 222
Coutinho, Roel, 124, 132
Covent Garden, 3, 10, 87
Cowley, Liz, 13
Cox Committee, 62–64
Craddock, Mark, 9
Craven, Barrie, 63
Crewdson, John, xxviii, 41, 44, 160–62
Crick, Francis, 67
Crix belly, 216
Crixivan, 215, 216
Croce, Carlo, 35
Crowe, David, xxviii–xxx, xxxii
Crump, John, 184
Curran, James, 37, 60, 173, 182
Curtis, Hilary, 82
cytomegalovirus (CMV), 18, 72
cytomegalovirus retinitis, 217

D

Daily Mail, 13
Dan, Bruce, 59
Darby, Sarah, 194–95
Dartmouth, 51
Darwin, Charles, 125
Data and Safety Monitoring Committee, 113
Dawid, Igor, 67, 68
Day, Robin, xix
ddC (dideoxycytidine), 110
ddI (dideoxyinosine), 110, 170, 211
de Bock, Pascal, 4, 166–67
de Cock, Kevin, xxxvi, 139, 150, 152–53
Deer, Brian, 100, 118
Delamothe, Tony, 120
Delaney, Martin, 159
dementia, lxxxv, lxxxviii, 22, 86
Department of Health and Human Services (USA), 26, 39, 163
Department of Health and Social Security, 54, 61
Deschamps, Marie, 175–76
DeSoto County, 56
Determine test, lii
diabetes, lv, 4, 144, 217
diarrhoea, xl, liv, lxxxv–lxxxviii, 1, 87, 138, 142, 145, 152, 173, 174, 203, 216, 242
Díaz, Manoel Penin, 225–33
Dina, Dino, 12
Dingell, John, 43, 161–62
Dirty Medicine, 14, 166
Dispatches, lxxx, lxxxv, 6, 13, 82, 84, 98, 116, 119, 121
DMT (dimethyltryptamine), 21
DNA (deoxyribonucleic acid), xxvi, xxix, lxiii, lxxxiii–lxxxiv, 7, 9, 30, 33, 39, 67, 80, 98–99, 105, 107, 187, 191, 200, 202, 206, 236, 241–42, 243
dolutegravir (Tivicay), lviii
Dominican Republic, xix, 57, 172, 207, 253
Downey, Gordon, 134
Drug Enforcement Administration, 22
Duce, Manuel, 174

Duesberg, Peter, xvii, xx–xxi, xxix, xlix, lxi, lxx, lxxii, lxxiv, lxxviii–lxxxii, 6–7, 9–11, 12, 14–15, 21–24, 27, 29–32, 34–38, 43, 58–61, 62, 66–69, 71, 73–83, 84–91, 93, 95, 99, 102, 105–6, 111, 115, 124–27, 129, 131–33, 151, 153, 157–59, 167, 185–87, 190, 194–95, 206–7, 223, 235–36, 251
Dugas, Gaetan, 172
Dunkley, Chris, lxxxiii, 84, 169
Durham, 108
Duvalier, 'Baby Doc', 6
Duvalier, 'Papa Doc', 6

E

EACG 020, 118
EBV (Epstein-Barr virus), 18
Ecstasy, 20–21, 181, 217
Edinburgh, 92, 188, 218
Edinburgh International Film Festival, 92
Eijgenraam, Felix, 133
Eindhoven Technical University, 133
Eleopulos, Eleni Papadopulos, xx, lxxii, 124, 189–94, 195, 201, 203–4, 205–6, 208–10, 213, 252
ELISA test, xxviii, lii, lviii, lxxxiv, 152, 176, 192, 203–6, 209, 212–13
Ellison, Bryan, 38, 58–59, 61, 66, 75
Ellner. Michael, 99
Elsevier, 236, 248
Ely, Elizabeth, xxxi–xxxii
England, Roger, xxxvi
English Collective of Prostitutes, 165, 168
Entero-Vioform, lxxxvii
Environmental Health Perspectives, 183
Epidemic Intelligence Service (EIS), 28, 49, 58–61, 173
Eroticus Publications, 51
Essex, Myron (Max), 32, 38, 40, 129, 139, 140, 144
ethyl chloride, 20
Europe, xxxvi, xlv, lv, lxiv, lxxiv, lxxx, lxxxv, 6, 19, 48–49, 63, 74–75, 128, 132, 164, 168, 172, 189
European Community, 141, 150, 169
European Union, lxxxii, 174

F

factor VIII, lxxxviii, 11, 56, 132, 181, 186–95, 208
Farber, Celia, xxxiii–xxxv, xlvii, lxxii, 99, 112, 124, 136, 138, 156, 165
Fauci, Anthony, xxxix, lxi–lxii, 60, 153, 186, 202, 215
Felson, Artie, 20
Fiala, Christian, xxi, xxxvi–xxxviii, 235–36
Fire Island, 21
Fischl, Margaret, 103, 106, 109–10
fisting (brachioproctic intercourse), lxxviii, 20, 51
Flat Earth Society, 15
Florida, 56, 74–75, 211
Food and Drug Administration (FDA), xlii, lx, lxii, 100–101, 103, 183, 205, 217
Forgan, Liz, 13, 116
Fort Worth, Texas, 211
Fox, Paul, 13
France/French, lxi, 26, 29, 41, 44, 48, 79, 113, 129–30, 138, 142, 161–62, 164, 252
Francis, Donald, 60
Francis, Pam, 83
Franco, Francisco, 223
François, Mme Ursule, 179
Frankfurt, 41
Freedom of Information Act, 94, 100, 101, 103
Freeman, Michael, 1
Freestone, D.S., 120
Friedman-Kien, Alvin, 73, 96
Frontliners, 94
Fuchs, Eric, 212

G

Galicia, 223, 226
Galileo, lxxix, 126, 214, 229
Gallo, Robert, xvi, xxviii, lx–lxi, lxxix, 26–27, 29, 31–36, 37–45, 55–56, 61, 72, 126, 129, 130–31, 139, 140, 144, 157–63, 167, 185, 191, 192, 199, 207, 251
Galloway, George, 3, 134, 165, 169, 184
gamma globulin, 6, 209–10
Gay Times, 185
gay-related immune deficiency (GRID), lx, lxxx, 17, 60, 182
Gays Against Genocide (GAG), 168
Gazdar, Adi, 160–61
Gazzard, Brian, 117, 215–16
Genetica, 190, 193
Geneva, 153
genotoxicity, 243
Gentiloni, Stefano, 128
Georgia, 173, 211
Gerald, 136–37, 146–47
Germany, lxxxiv, 27, 196, 199
Geser, Anton, 138

Geshekter, Charles, xxxix–xl, 141
Ghana, liv–lvi, 152
GHESKIO project, 175
Gibb, Diana, 164
Gilbert, Walter, 75, 84, 88
Gildemeister, Hector, 3–4, 156, 198
Gilead Sciences, lviii, lxii
Giraldo, Roberto, xxxv, xlii, lxxii
Glasgow University, 23, 62
Global AIDS Programme (WHO), 53, 153
Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), liv
Goldberger, Joseph, lxxxv–lxxxvi
Golden State Warriors, 115
Gonaives, 178
gonorrhoea, 17, 29, 85
Göttingen University, 140
Gottlieb, Michael, 60, 173
Goudsmit, Jaap, 124, 132–33
Grade, Michael, 119
Great Lakes Products, 184
Great Ormond Street Hospital for Sick Children, 164
Greenwich Village, 72
Griffin, Beverly, 14, 89
Grosvenor House, 13
Group for the Scientific Reappraisal of HIV (USA), lxxxii, 29–30, 106, 125, 166
Guillain-Barré syndrome, 59

H

Habermehl, Otto, 157, 166
haemophilia, xlviii, lxxix, lxxxviii, 5, 11–12, 30, 56, 132, 172, 181, 186–95, 203, 208, 212, 254
Haiti, 5–6, 37, 172–79
Hamilton, John, 108–9, 118, 121
Hammer, Scott, 215
Hammersmith Hospital, 89
Harper's, xxxv, xlvii
Harvard (University), xxvii, lix, 17, 32, 40, 84, 107, 129, 238, 239, 241–44
Haseltine, William, 32, 35, 40, 55
Hässig, Alfred, 196, 201–3
Hawkes, Alison, 1
Hawkes, Nigel, 127
HEAL (Health Education AIDS Liaison), xliv, 98, 99
Health Education Authority, lxxv, 64
Heckler, Margaret, xxviii, lvii, lx, lxvi, 27, 39
Hemo-Caribbean, 6
Hemodynamics, 51
hepatitis, lxiii, 6, 18, 23, 29, 87, 209, 228
heroin, lvii, 20–21, 126, 150, 172
herpes, 72
Hersee, Mike, xxi, xliv–xlvi
Hershey, 33–34
Herxheimer, Andrew, 2
highly active antiretroviral therapy (HAART), xvii, lxi, lxiii–lxv
Hinuma, Yorio, 35
Hirsch, Nicky, 3
HIV-suppressive factors (HIV-SF), 42
HLA haplotype A1 B8 DR3, 188
Ho, David, lxi, 9
Hodgkinson, Neville, xxi, xlvii–xlix, 49–50, 121, 124–25
Hoechst and Squibb, 1
Hoffman, Geoffrey, 90
Hoffman, Robert, 107
Hopkins, Drew, 137
Horrobin, David, 68
Horton, Richard, 120, 195
Hot 'n Healthy Times, 51
House of Numbers, lxii
human T-cell leukaemia virus (HTLV), 34–39, 40–41, 43, 45, 61
Hunsmann, G., 140
HUT78, 160
hyperplasia, 36

I

idiopathic CD4 lymphocytopaenia (ICL), 153
Illinois, 53
Immune Reconstitution Syndrome, lxiv–lxv
Immunity Resource Foundation (IRF), xxi, 223
immunoglobulin, 6
Imperial Chemical Industries (ICI), 1
Imperial College, 53, 139, 141
Independent Broadcasting Authority, 82
Independent on Sunday, The, 84, 125, 129–30
Independent Television Commission, 96, 119
Independent, The, 13, 49, 83–84, 133–34
India, 177
indinavir, 215
Inner London HIV Health Commissioner's Group, 218
Inoue SMON virus, lxxxvi
Institut national de Santé et de Recherche médicale (INSERM), 164
Institute of Actuaries (UK), 54, 61
Institute of Cancer Research, 129
Institute of Child Health (UK), 54

Institute of Human Virology, University of Maryland, 42, 251
Institute of Hygiene and Tropical Medicine, 139
Institute of Pulmonology, Moscow, 144
Invirase, 215–16
Islington, 208
isobutyl nitrite, 182
Ivory Coast, 48, 138, 150, 163

J

Jackson Memorial Hospital, 173
Jaffe, Harold, 86, 88–89
Japan/Japanese, lxxxvi–lxxxvii, 35–36, 89, 134, 139, 214
jaundice, 216
JC virus, 75–76
Jenkins, Simon, 134
Johns Hopkins, Baltimore, 212
Johnson, Christine, li–liii
Johnson, Magic, 114–15
Johnson, Phillip E., lxxviii
Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), xxxvi, xxxviii, xlii, lvi, lxi
Joli-coer, 174
Jorgensen, Karl, 183
Joswig, Christian, 157, 165
Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (JAIDS), 244
Journal of the American Medical Association, 59

K

Kagera, 142, 149
Kampala, 138–40, 147, 253
Kaposi, Maurice, 74
Kaposi's sarcoma (KS), lxxviii, lxxxviii, 5, 18, 21, 23, 42, 60, 73–74, 86, 173, 175, 181, 183, 185, 190
Karpas, Abraham, 133, 139, 140
Kassi, Manlan, 163
Kay, Philip, 217
Kent, Clark, 29
Kenya, 138
Kilbracken, Lord, 64
Kilmarnock, Lord, 84
King's County Hospital, 173
Kingsway College, 166
Klug, Aaron, 85, 133–34
Kobler centre, 121
Koch, Robert, xxxiii, 77, 85–86, 87–89
Konotey-Ahulu, Felix, 140
Koop, Surgeon General, 51
Koumassi, 150
Kramer, Larry, 21
Kremer, Heinrich, xxvii, lxxii, 201
Krynen, Philippe, 138–39, 142–43, 149–50
Kyotera, 144
Kyoto University, 35

L

Laarhoven, Robert, 158–59, 163, 165
lactic acidosis, lxiv
Laker(s), 114–15
Lancet, The, 14, 54, 63, 74, 89–91, 99, 120, 132–33, 140, 144, 164, 170, 176, 187, 194–95, 205, 222, 236, 243
Lang, Serge, 9
Lange, Michael, 110–11, 186
Langmuir, Alexander, 58
Lanka, Stefan, xvii, lxxii, 196–201, 203–4, 206–7
LaRouche Jr, Lyndon H., 56
laudanum, 227
Lauer, Helen, liv–lvi
Lauritsen, John, lvii–lix, lxxii, lxxxviii, 20–21, 37, 50–51, 72, 79–80, 94, 99–100, 101–2, 103, 118, 120, 124, 132, 166, 182, 252
LAV (lymphadenopathy-associated virus), lxi, 29–30, 38–39, 40–41, 45, 129, 162
Lazarus effect, 214
LDK, 21
Le Fanu, James, 64
LeGall-Salmon, E., lxiii
Legionnaire's disease, 59–60
leishmaniasis, 144
Leith, William, 125
Leontus, Evelyne, 179
leprosy, lv, 144, 176, 203
Leschot, Ricardo, 198
leukaemia, 33–39, 59, 61
Liang Wen-Xi, 201
Libya, xliv
liver failure, lvii, lxiii–lxiv, 242
Liversidge, Anthony, 29
Lloyd & Company, 208
Lloyd, David, lxxx, 6, 7, 10, 13, 69, 78, 80, 82, 84, 94–95, 100, 137, 209, 214
London, xix, xliv, xlix, lxxiv, 85–1, 3–4, 23, 50, 53–54, 57–58, 64, 71, 78, 82, 87, 112, 117, 139, 141, 164, 166, 168, 181, 185, 191, 195, 198, 201, 205, 207–8, 209–11, 213
London Declaration, lxxv, 62

London School of Economics (LSE), 14
London School of Hygiene and Tropical Medicine, lvi, 53
London University Medical School, 2
London Weekend Television, 5
Los Angeles, liii, 18, 60, 173, 212, 244
Los Angeles County Public Health Department, liii
Ludlum, Christopher, 188
lupus, 144, 176, 202, 209–10
Lutener, Stephen, 185

M

MacArthur Prize Fellowship, 74
Macdonald, Victoria, 48, 64
Maddox, John, xlix, lxxxii, 67, 86, 88–91, 124, 130, 194
Maggiore, Christine, xxxi, xxxv
Makanza, Samuel, 49
Makumbi, James, 147
malaria, xl, lv, 57, 141–42, 144–48, 175–76, 203, 209–10, 228
Mandela, Nelson, xxiii
Manhattan, 18, 21, 72, 98
Manicaland, 49
Manlan, Kassi, 151
Mann, Cass, 4, 21, 80, 112, 113, 185
Mann, Jonathan, 53
Mansfield, Simon, 121
marijuana, 20, 75, 227
Martin, G. Steven, 68
Martin, John C., lxii
Massachusetts, lvii, 10
Matanuska Thunderfuck, 21
Maudsley Hospital (London), 23
Maxensia, Namuburu, 146–47
Mbeki, Thabo, xx–xxi, xxiii, xxxix, lxi, 236–37, 244
McClintock, Barbara, xxvi
McDonald, John, 190
McDonald, Sheena, 92
McKerrow, Graham, 167
MDA (methylenedioxyamphetamine), 20–21
MDMA (Ecstasy), 21, 217
Médecins Sans Frontières, 174
Medical Hypotheses, 68, 235, 244
Medical Research Council (MRC), lxxxii, 3, 62–63, 82, 85, 113, 131, 134, 141, 164, 167, 168–69, 194, 221
Medicines Act, 116, 185
Medicines Control Agency (MCA), 116–17
Meditel Productions, xx–xxi, lxxiv, lxxx, 1, 88, 119, 128, 234
Meldrum, Julian, 83
Mellor, David, 62, 64
Memorial Elementary School, 56
Merck, Sharp and Dohme, 215
Mercury, Freddie, lxxxiii
mescaline, 21
Meyer, Laurie, 169
Miami, 109, 173–74, 211
Miami University, 106
Michael, Terry, lx–lxii
Michigan State University, 124, 128
Middlesex School of Medicine, 83
Miedema, Frank, 124, 132
Mill, John Stuart, 15
Millennium Development Goals (MDGs), liv–lv
Millivers, 185
Milstein, Cesar, 133
Milton, Felicity, 3
Minna, John, 160
Mir, Naheed, 99, 222
Mirabel Airport, 6
Missionaries of Charity, 177
Misuse of Drugs Act, 184
Mitchell, Steve, 211
mitochondria, lxiv, 203, 242
Miyoshi, Isao, 35
M-Net, xx
monkeys, 34, 35, 40, 90, 129, 139–40, 172
Montagnier, Luc, xvi, xxviii, lxi–lxii, lxxix, 26, 29–31, 33–34, 38–42, 44–45, 48–49, 56, 69–72, 92, 96, 124–27, 128–31, 159, 161–62, 192, 199, 252
Montero, Pablo Enriquez, 225–33
Montreal (Canada), 6
Moore, Wayne, 185
Moretti, Maurizio Lucà, 23
Morley, Sheridan, 84
morphine, 227
Mortimer, Philip, 191, 205, 207, 213
Moscow, 30, 144
Moss, Andrew, 76, 92, 96
Mulago Hospital, 148
Mullins, Barry, 40
Mullis, Kary, lxxii, lxxxii, 9, 39, 136, 157, 166, 206
Mulondo, Sam, 145, 147
multiple sclerosis (MS), 34, 203, 218
Murex, 209–10
Murley, Reginald, 64
Murphy, John, 59
Museveni, Yoweri, 137

My World survey, liv
myalgia, 242
myeloblastic leukaemia, 216

N

Nagel, Rico Martinez, 223
Najemba, 136–37, 144, 146–47
National Academy of Sciences (USA), 7, 27, 32, 43, 50, 68, 161
National Basketball Association (NBA), 115
National Cancer Act, 32
National Cancer Institute (NCI), xlii, 29, 32, 34, 61, 103, 162, 243
National Gay Task Force, 24
National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), lxi–lxii, 60, 110, 186, 215
National Institute on Drug Abuse (USA), 22, 183
National Institutes of Health (NIH), xviii, xlii, lx–lxi, lxxxii, 7, 24, 27, 29, 32, 42–44, 59–61, 76, 93, 103, 141, 153, 159–61, 163, 170, 178, 185, 242
National Laboratory Research Institute, 175
Nationwide, 1
Nature, xlix, lxxxi–lxxxii, 14, 41, 45, 63, 67–68, 85–86, 88–89, 91, 111, 124, 130, 162, 194, 195
NBC News, 100
Neil, Andrew, 125
neuropathy, 89, 216
neutropaenia, 168
nevirapine (Viramune), 231, 236–37, 241–42
New African, liii, 139
New England Journal of Medicine (NEJM), 52, 63, 103, 118, 121
New Scientist, 14–15, 83, 117–19
New Statesman, 100
New York, xxxv, xlvii, lxxx, 10, 11, 18–20, 23, 54–55, 59, 72, 88, 94, 99–101, 110, 112, 173, 195, 212, 218
New York Native, lviii, 12, 18–19, 31, 50, 103, 168
New York Safer Sex Committee, 20
New York Times, The, 48–49, 58–59, 162, 215
New York University, 73
New York University Hospital, 73
Newsnight, xx
Newsweek, xxxvii, 159, 189
Ngonyama, Smuts, xx
niacin, lxxxv–lxxxvi
Nicholls, Peter, 209–11
Nicholson, Joshua M., 236
Nicholson, Richard, 168
Nigeria, 150
Nixon, Richard, 32
non-Hodgkin's lymphoma, 104
non-specific urethritis, 18
North Carolina, 108
North Derby Area Health Authority, 218
North Staffordshire Trading Standards, 184
Northumbria, University of, 63
Norvir, 215, 217

O

Oakland, 55, 66
Observer, The, 114
Office of Medical and Scientific Justice (OMSJ), xvi, xxiv–xxv, xxvii, li, lxv
Office of Population Censuses and Surveys (UK), 54
Office of Research Integrity (ORI), 26, 43, 158, 163
Ogg, Derek, 92
Okot-Nwang, Martin, 148, 153, 253
Oloffson Hotel, 172, 174
Olympic Games, lxxxvi, 115
oncogenes, 32–33, 36, 67, 93
Onek, Joe, 163
opium, 227
OraQuick test, liii
Orenstein, R., lxiii
Organon, 209–10
Ortleb, Chuck, 12
Ostrum, Neenya, 168
Overseas Development Agency, 141
Owles, Ian, 104
Oxford, 4, 156, 212

P

Padian study, xxix
Padilla, Kenny, 172
Paediatric European Network for Treatment in AIDS (PENTA), 164–69, 221–22
Paglia, Camille, 22
pancreatitis, 216
Pan-Data Systems, 43
Panem, Sandra, 45
Papadimitriou, John, 190
parasitic infections, 141, 174

Paris, xlii, 29, 38, 40, 45, 69–70, 71, 130, 161, 164
Park Project, 113
Partage, 138, 150
Partridge, Nick, 95–96
Pasteur Institute (Paris), xxviii, xlii, 29, 38, 41, 49, 69–70, 71, 129–30, 161–62, 176, 209–10, 252
Paxton, Bill, 212
Peavey, Fran, 212
Peckham, Catherine, 54, 164
pellagra, lxxxv–lxxxvi, 89, 214
Peltz, Perri, 100
penicillin, 12, 62
People with AIDS (New York), 20, 101
pericarditis, 23
Perth (Western Australia), xvii, xx–xxi, xxvii, xxxiv, xlvii, xlix, lxi, lxxxiv, 124, 189, 193, 195–96, 201, 203, 205–6, 252
Perutz, Max, 85, 133–34
Peyton, Rous, 32
Philadelphia, 35
Philippines, 115
Physicians' Desk Reference (PDR), 167, 216, 221
Pinching, Anthony, 15, 139, 140
Piot, Peter, xxxix, lvi
Planck, Max, 125
Pneumocystis carinii pneumonia (PCP), lxxviii, lxxxviii, 5, 23, 60, 173, 193
pneumonia, lxxviii, 5, 8, 22–23, 59, 74, 87, 174, 187, 193, 240, 241
Poiesz, Bernard, 160
polyarthritis, 216
polygamy, 49
polymerase chain reaction (PCR), xxix, lxxxiv, 9, 39, 152, 166, 206
Popovic, Mikulas, 26, 160, 161–63
poppers, lviii, lx, lxxviii, lxxx, 20–21, 28, 60, 73, 75, 91, 181–85
Port-au-Prince, 6, 174–76, 178
Positive Hell, xxi, 223–24, 255
Positive Nation, 218
Positively False – Birth of a heresy, xxi, 224, 255
Positively Healthy (campaign group), 4, 21, 80, 112, 113, 167, 185
Positively Women, 94, 96
President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), lxi, lxiv
Pretoria, xx
progressive multifocal leukoencephalopathy (PML), lxv, 75
Project Inform, 100, 159
Proposition 64, 56
Prostaglandins, 68
protease inhibitors (PIs), xvii, 116, 214–18
provirus, lxxxiv, 9
Proyecto Hombre, 223
Public Health Laboratory Service (PHLS), 191, 204–5, 207, 213
Puerto Plata, 57–58

R

Raboso, Raquel Sanz, 225–33
RAI 2, 128
RAID (Responsible AIDS Information at Dartmouth), 51
Rakai village, Uganda, xxxvii, 136–37, 144, 146–47
Raleigh, 108
rapid test, lii–liii
Rapoport, Roger, 55
Rasnick, David, lxiii–lxv, 216, 236
Ratcliffe, Molly, 195
Raub, William, 161
Ray family, 56
Reagan, Ronald, lx, 19, 41
Reappraising AIDS, 30, 107, 125
Red Cross, 205
Rees, D. A., 82, 131
Reiss, Andi, 224, 233–34
Renty, Chris, 104
Rethinking AIDS, 124, 157
retrovirology/retrovirus, xxvi, xxxix, xl, lxxiv, lxxix, lxxxiii–lxxxiv, 7–9, 15, 26–27, 30, 31–41, 55, 61, 67, 74, 86, 90, 93, 99, 105, 132, 136, 191–93, 199–200, 207, 241
reverse transcriptase, xxvi, lxi, lxxxiv, 33–34, 99, 105–6, 116, 200
rheumatoid arthritis, 209, 210
Rhodes, Arthur, 57
Rice, Stephen, 210
Richman, Douglas, 103
Richman, Elaine, 42
Right to Reply, 121
Rist, Darrell Yates, 23
ritanovir, 215, 217
RNA (ribonucleic acid), xxvi, xxviii–xxix, lxxxiii–lxxxiv, 7, 33, 39, 99, 105, 200, 202
Robb, John, 119
Robens Institute, 209
Robinson, David, 92
Roche, 215–16
Rode Hoed, 124
Roemer, David, 215

Rolling Stone, xxxv, 20
ROMA Project, 83
Rome University, 208
Root-Bernstein, Robert, 74–75, 124, 128, 158
Ross, Graham, 186
Roundtree, Alan, 98
Rous sarcoma virus, 32
Roussel, 117
Rowland-Jones, Sarah, 212
Royal College of Surgeons, 64
Royal Free Hospital, 211
Royal Hospital, Perth, 124, 189, 203
Royal Marsden Hospital, 129
Royal Opera House (Convent Garden), 78
Royal Pharmaceutical Society, 185
Royal Postgraduate Medical School, 89
Royal Society, 63
Royal Television Society (RTS), 13, 69, 119, 255
Rubin, Harry, 33, 68, 77
Rubinstein, Ellis, 160
Ruscetti, Frank, 160
Russell, George, 82
Russia, xxxv, lxvi–lxviii, 144, 169

S

Saah, Alfred, 212
Saco, Jesús Iglesias, 225–33
Salahuddin, Syed Zaki, 43
Salk polio vaccine, 59
salmonellosis, 173
San Diego, 106–7
San Francisco, lxiii, 10, 18, 19, 51, 66, 73–74, 76, 88, 91, 100, 105, 151, 159, 167, 217, 244
San Francisco AIDS Foundation, 52
San Francisco Chronicle, lxiii
San Francisco General Hospital, 76, 106, 216
San Francisco World AIDS Conference, 53, 71
Santiago de Compostela, xxi, 224, 226
saquinavir, 215–16
Sarasota (Florida), 56
Sarin, Prem, 43
Satterthwaite, Hal, 83
Sawicki, Joanne, lxxx, 128
Sazonova, Irina, lxvi–lxviii
Schechter, M. T., 90–91
Scheff, Liam, lxix–lxxi
Schmidt, Peter, 165
Schoch, Russell, 189
Schooley, Robert, 100
Schwartz, Joseph, 89
Science, 38–39, 40, 133, 151, 160
Sciences, The, 42
Scientific American, 162
Scotland, 212–13
Scotland Yard, 50
Scott, Paul, 69
Scottish AIDS Monitor, 92
Seattle, 212
Senegal, 40
septicaemia, 23
Septrin Forte, 228
Severino, Hector, 57–58, 207–8, 253
sexually transmitted diseases (STDs), xviii, xix, lv, lxxiv, lxxviii, 23, 72, 77, 131–32, 173, 214, 219
Shandera, Wayne, 60, 173
Sharp, David, 133
Sharpe, Martyn, 57
Sharpe, Sue, 185
Sherwood, Martin, 108
Sibailly, Severin, 151
Sicily, 208
Silkstone (Barnsley, Yorkshire), 57
simian immunodeficiency virus (SIV), 90, 129, 139
Singer, Maxine, 67, 68
Sisman, Adam, 15
Sisters of Mary, 177
Sky News, lxxx, 128, 164, 169
sleeping sickness, 144, 152
Snow, John, 87
Soho, 10
Sonnabend, Joseph, 18, 55, 72, 99, 127, 131
Sotelo, Manuel Garrido, lxxii–lxxiii, 223–24, 225–33
South America, 35
Spain, lxxiii, 1, 87, 223, 226
Special K, 20
Spin, xxxv, liii, 29
Spitzig, Barbara, 101
Ssemanda, Badru, 145
St Catherine's Hospital, 178, 179
St Luke's-Roosevelt Hospital, 110
St Martin, 177
St Mary's Hospital, Paddington, 139, 211
St Petersburg (Florida), 75
St Stephen's Clinic/Hospital, 117, 121
Stampfli, K., 201
Standing Committee on AZT Malpractice (SCAM), 166–69, 221
Stanley Laboratory, 29, 77
State University of New York, 11

Stat-Pak test, lii
Stevens, John, 218
Stevens-Johnson syndrome, xlv
Stevenson, George, 184
Stewart, Gordon, lxxiv–lxxvi, 23, 62–63, 124, 127, 189
Stott, E. J., 90
STP (hallucinogenic drug), 21
Strathclyde University, 83
Stribild, lviii
strychnine, 21
Study Group on Nutrition and Immunity, 201
subacute myelo-optic neuropathy (SMON), lxxxv–lxxxvi, 2, 214
sub-Saharan Africa, xxxvi, lxi, lxxxviii, 142, 169, 236, 240
sulphonamide, 1
Sunday Telegraph, The, 13, 48
Sunday Times Magazine, The, 212
Sunday Times, The, xlix, 49, 100, 118, 121, 125, 134, 154
Sunday Tribune (California), 55
Sunupa, Sister, 177–78, 179
Super K, 21
Superando el Sida (Overcoming AIDS), xxi, lxxii, 223, 227, 232
Surgam, 117
Surrey University, 209
Swai, Andrew, 144
Sweden, lxxxvii
swine flu, 59–60
Swire, James, 162
Swiss Red Cross Blood Transfusion Service, 201
Switzerland, lxxxiv, 196
Sydney, 205
Sydney, University of, 9
syphilis, lv, 12, 17, 28, 72, 85, 206
systemic lupus erythematosus (SLE), 1, 192, 202

T

Takatsuki, Kiyoshi, 35
Tanzania, 138, 142–45, 149–50
Taylor, Andrew, 209
Taylor, Elizabeth, lxxxiii
T-cells, lxi, 8, 34–36, 37–39, 60, 88, 90, 108, 111, 173, 186, 202, 211, 222, 242
Teas, Jane, 12
Tedder, Richard, 129–30, 208, 210
Temin, Howard, 32–33, 115
Teresa, Mother, 177
Terrence Higgins Trust, xxii, 94–96, 113, 116, 120, 128
Thailand, 154
thalassaemia, 208
Thatcher, Margaret, 64
The National HIV and Syphilis Prevalence Survey South Africa, 239
This Week, 127–28
Thomas, Charles, 106
Thompson, Clare, 212
Threakall, Bob, 186
Threakall, Sue, 185–86
thymidine, 105
Tomalin, Jan, 116
Tookey, Christopher, 13
Totsuka, Etsuro, lxxxvii
toxoplasmosis, 173
Transfusion Safety Study, 204
transglutaminase, 11
Treatment Action Campaign (TAC), lxv
triple therapy, 214–15, 217–18
Truvada (tenofovir), lxii
Tsubaki, Tadeo, lxxxvi
tuberculosis (TB), xl, lv, lxxxviii, 22, 86, 141–42, 144, 147–49, 152, 173, 174–76, 177–78, 179, 203, 209–10, 228, 240–41, 253
Turner, Valendar, xx, 190, 205–6

U

UCLA AIDS Institute, 212
Uganda, xxxvi–xxxvii, 57, 136–37, 138–40, 142, 144–45, 147–48, 154, 235, 236, 240, 241, 247–48
UK, xix, xlv, xlvii, xlviii, lxxv, lxxviii, lxxxvii, 50, 54, 61–62, 63–64, 79, 90, 99–100, 108, 113, 122, 125, 129–30, 132, 141, 159, 164–65, 167, 169, 176, 181, 184–85, 189, 205, 207, 211, 213, 216–17, 219, 243
Ulmer, Fritz, 124
Unheard Voices, The, 3, 13
Uni-Gold test, lii
United Nations Development Programme (UNDP), liv
United States (USA), xxv, xxviii, xxxi, xxxvi, xlii, xlix, lvii, lviii, lx–lxi, lx–lxii, lxiii–lxiv, lxxiv–lxxv, lxxx, lxxxvii, 6, 9, 22–23, 27–28, 35, 37, 51, 54, 58, 61, 63, 69, 93, 99–100, 106, 108, 121, 128–29, 130, 140, 167–69, 172–74, 182, 183–84, 187, 204–6, 211, 215,219, 223, 238, 241, 243, 246–47

University College London (UCL), 2, 208
University of California, xlii
University of California, Berkeley, lxxviii–lxxix, 7, 90, 189, 216, 251
University of California, Los Angeles (UCLA), 60
University of California, San Diego, 107
University of California, San Francisco, lxiii
University of Georgia, Athens, 190
University of Konstanz, 199
University of New York, lvi
US Army, 241
US Census Bureau, 236
USA Today, 114
USAID, 141, 175, 178

V

Vancouver, 90
Venice International Symposium on Cancer Research and AIDS, 55
Verney-Elliott, Michael, 3, 5–7, 10, 11, 13, 40, 70, 92, 94
Veterans' Administration (VA), 108, 118, 121
Victoria, Lake, 139, 142
Vienna, lviii
Viral Oncology Unit, 70
virus cancer programme meeting (Hershey, Pennsylvania), 33
Virus Reference Laboratory, 191, 204–5, 207
Voevodin, Alexander, 144
Vogt, Peter, 67
Volberding, Paul, 106, 111

W

Wain-Hobson, Simon, 162
Walker, Martin, 14, 166
Wall, P. D., 83
Wangler, Melanie, 147
Washington, lxxiv, lxxviii, 40
Washington World AIDS Conference, xlviii
Watney, Simon, 80
Watson, James, 67
Webeck, Ron, 75–76
Weber, Jonathan, 83
Weiss, Robin, 86, 88–89, 129–31
Wellcome Foundation, xvi, 94–95, 99–101, 104–5, 107–11, 113, 114, 116, 118–20, 129–30, 164, 165–67, 185–86, 209, 221
Wellcome Research Laboratories, 120
Wellcozyme test, 209
Weller, Ian, 78–80, 95, 113–14, 116, 165, 186, 217
Wembley Stadium, lxxxiii
Werth, Barry, 31, 40
West Midlands Drugs Squad, 184
Western Australia, lxxxiv, 124, 189–90, 203
Western Australia, University of, 190
Western blot test, xxviii, lii, lviii, lxxxiv, 176, 192, 199, 203–6, 212–13
Western, Neil, 184
Westhoff, Justin, 158
Westminster Hospital (London), 1
Whitehead, James, 172
Whittam Smith, Andreas, 134
Wilkie, Roy, 83
Willis, John, 116
Wilshire, Peter, 49
Wilson, Hank, 182
Windsor, xix
Wiseman, Carol, 5
Wong-Staal, Flossie, 93
Wood, Susan, 117
Woolwich, Paul, 127
World Foundation for AIDS Research and Prevention, 48
World Health Organization (WHO), xxxvi–xxxvii, xlii, lii, lxxiv–lxxv, lxxxii, 53, 58, 136, 138, 141–42, 143, 147–48, 149, 151, 153, 174–76, 179, 223
Wu, A., 109
Wuppertal University, 124

Y

Yale University, 9
Yaoundé (Cameroon), 139, 149
Yarchoan, Robert, 104
YHC, 21

Z

Zagury, Daniel, 44
Zaire, 138, 144
zidovudine (AZT), 79, 92, 99, 103–4, 109, 114, 118–19, 120, 164, 170
Zimbabwe, liii, 49
Ziogas, George, 57
Zipper Store, 185