

Un SIDAGATE annoncé

V **IH = SIDA = MORT** : c'est sur cette équation que repose la question du sida dans l'opinion depuis trente ans. Elle est pourtant loin de rendre compte de la réalité des faits et n'a été confirmée par aucune étude à ce jour. C'est pourquoi ils sont de plus en plus nombreux, médecins, chercheurs, journalistes, activistes gays, à appeler à l'ouverture d'un nouveau débat sur les causes du sida, au risque de passer pour des négationnistes auprès de leurs pairs et du public. Comment en sommes-nous arrivés à désigner comme coupable un virus qui n'a jamais été isolé? Comment d'hypothèse, l'origine virale du sida est-elle devenue un dogme en apparence inébranlable dont le culte a englouti des sommes faramineuses sans jamais guérir un seul malade? *NEXUS* a enquêté.

En 1981, les premiers cas de sida apparaissent. En 2012, selon le rapport Onusida 2011, il y aurait eu 1,8 million de décès reliés au sida dans le monde en 2010; quant aux personnes vivant actuellement avec le VIH, leur nombre est estimé à 34 millions*. Le vaccin promis pour 1986 lors de la très médiatique conférence de presse du 23 avril 1984 n'est toujours pas disponible... et loin de l'être. Entre-temps: des centaines de milliards de dollars dépensés, des milliers de publications, 395 000 000 entrées pour le mot « AIDS » sur Google, 216 000 000 autres rien que pour la version française... et zéro cas de sida guéri. Existe-t-il un autre problème de santé publique où les sommes englouties pour la recherche, le dépistage et le « traitement » ont atteint de tels sommets? Peut-on trouver une seule maladie qui ait fait l'objet d'autant de publications et d'attention médiatique, où les émotions aient à ce point envahi le débat, où l'agenda politique ait autant orienté les recherches, où les relations publiques aient été aussi déterminantes dans la perception de son image?

Nous pensons immédiatement au cancer; cependant, force est de constater qu'il reste loin derrière. Il manque à ce dernier un ingrédient capital: le sexe. En effet, le sida est la seule maladie où le sexe, à l'origine symbole de plaisir, de procréation et de vie, en est ainsi venu à être associé à la mort. **SEXE = VIH = SIDA = MORT**: c'est gravé dans la pierre, imprimé dans nos esprits. Mais l'équation centrale **VIH = SIDA** a-t-elle été prouvée? La réponse est: non, jamais.

La transformation de l'équation **VIH = SIDA** — à la base simple hypothèse de travail — en dogme est le résultat d'une convergence incroyable d'influences et de facteurs au cœur de laquelle le débat scientifique n'a jamais pu tenir la place qu'il méritait. Un professeur d'éthique aura ce mot: « *La première victime de cette guerre contre le sida aura été la science.* » On se sert toujours de ses habits de scène — ils impressionnent à peu de frais —, quant à la science elle-même, elle devient impuissante et muette devant la popularité médiatique d'une hypothèse, l'agenda politique et les intérêts économiques. C'était déjà, il y a quinze ans, le constat de David Rasnick, biologiste moléculaire



© Getty Images/Tim Flach + G.M.

à l'université de Californie : « *Je suis convaincu que le sida n'a pas grand-chose à voir avec la science et n'est même pas à la base un problème médical. Le sida est une construction sociologique maintenue en place par la peur et qui a engendré une espèce de maccarthysme médical capable de transgresser et de mettre à bas toutes les lois de la science.* »

Ce qui pourra s'avérer intéressant – et instructif au plus haut point – sera de tenter de démonter cette construction, d'en exposer les racines historiques, politiques et culturelles, et d'en découvrir son fondement : le raisonnement circulaire. Très brièvement, ce type de raisonnement consiste à partir de ce que l'on veut prouver, et d'adapter – voire de déformer – la réalité en conséquence. La maîtrise et la fréquence de son utilisation dans le domaine du sida sont tout simplement stupéfiantes. Cette maîtrise nécessite également de prodigieux trésors d'imagination de façon à éluder les paradoxes de l'hypothèse par la construction alambiquée de théories abracadabrantes. Bonne découverte...

*Unaid Data Tables 2011 <http://www.unaids.org/fr/resources/>

- **p. 18** Le jour où le VIH est devenu le sida
- **p. 23** Cachez ces dissidents...
- **p. 27** Un syndrome providentiel
- **p. 31** Les tests : positifs ici, négatifs là
- **p. 38** Une hypothèse immunisée contre les paradoxes
- **p. 44** Sida en Afrique : un cache-misère
- **p. 48** Si ce n'est pas le VIH..., alors c'est quoi ?

Deux cents chercheurs du monde entier se sont réunis en décembre 2011 aux Antilles pour réfléchir à l'éradication du VIH... Un événement qui n'est pas sans rappeler la conférence de presse historique de 1984, aux États-Unis, durant laquelle un certain Robert Gallo annonçait la découverte de la « *cause probable du sida* ».



« D

ix jours décisifs pour l'éradication ». Tel est le titre du communiqué de presse publié le 29 novembre 2011 et envoyé à toutes les rédactions. « *Les chercheurs sont plus que jamais déterminés à explorer toute piste conduisant à la guérison de l'infection par le VIH* », nous dit-on. Cette phrase est quelque part paradoxale pour la bonne raison qu'il nous est parlé « *d'explorer toute piste* », mais en se fermant immédiatement de nombreuses voies d'exploration puisque avec la précision « *conduisant à la guérison de l'infection par le VIH* », nous restons dans l'hypothèse que le sida est causé par le VIH. En résumé, on explore... mais dans une seule direction, en se gardant bien de regarder ailleurs.

Mais ne gâchons pas ce bel élan d'enthousiasme avec des détails sans importance et acceptons de croire, depuis trente ans que le problème du sida existe et plusieurs centaines de milliards de dollars dépensés, que nous allons « *l'éradiquer* » en dix jours. Cette année, c'est pour de bon : d'ailleurs le ministère de la Santé y va de son action décisive en accrochant deux magnifiques rubans rouges en façade.

Un workshop sponsorisé par les labos

Plus sérieusement, deux cents chercheurs vont se réunir autour d'un « *workshop international sur l'éradication du VIH et de ses réservoirs* » pour « *4 jours de travail intense* » du 6 au 9 décembre 2011. Le lieu a été plutôt bien choisi puisque le « *workshop* » en question aura lieu aux Antilles, plus précisément dans la partie hollandaise de Saint-Martin, à Philipsburg, ce qui, pour les chercheurs résidant dans l'hémisphère Nord, est certainement un détail d'importance à l'approche de l'hiver. Pour nous, simples mortels, à défaut d'être sur place, nous pouvons avoir une idée du cadre du séminaire et nous réchauffer virtuellement au soleil tropical, en surfant sur les pages du site www.informedhorizons.com (tout un programme !), consacré à l'événement. Il aura lieu au Westin St Marteen Dawn Beach Resort. J'entends d'ici les réflexions de certains lecteurs comme quoi ces chercheurs ne s'embêteraient pas, et tout ça aux frais du contribuable... Rassurons immédiatement ces gens de peu de foi : ce workshop n'est pas – du moins pas entièrement – financé par

Le jour où le VIH est devenu le sida

leurs impôts puisqu'à la page consacrée aux sponsors, nous trouvons, entre autres, les laboratoires pharmaceutiques Abbott (fabricant des antirétroviraux Kaletra® et du Norvir® et de plusieurs tests VIH), Boehringer Ingelheim (fabricant du Viramune®), Gilead (fabricant des antirétroviraux Atripla® et Emtriva®), Janssen (fabricant de l'antirétroviral Prevista®), ViiV Healthcare (fabricant des antirétroviraux Combivir® et Retrovir® entre autres).

À la réflexion: est-ce vraiment bien rassurant?

Toutefois, l'optimisme qui transpire de ce workshop destiné à l'« éradication du sida » rappelle étrangement celui qui imprégnait l'événement qui a donné le coup d'envoi de la belle aventure... il y a 28 ans de cela.

Un effet d'annonce magique

Le 23 avril 1984, une conférence de presse convoquée par Margaret Heckler, secrétaire d'État chargée à la Santé sous la présidence de Ronald Reagan, annonce au monde entier subjugué que « la cause probable du sida a été trouvée ». Dans la foulée, un vaccin est promis pour 1986. L'événement prend la communauté médicale par surprise, d'autant qu'il n'y eut aucune publication scientifique préalable. La validité de cette découverte ne pourra de fait pas être vérifiée par des pairs comme il est d'usage dans la communauté scientifique. Du jamais vu: une conférence de presse va, pour la première fois, créer l'histoire des sciences. Du côté des chercheurs, passé le choc, on se remet bien vite. Du jour au lendemain, les subventions qui commençaient à se faire rares faute de résultats sont à nouveau accordées avec une générosité qui rappelle le bon

temps de la guerre contre le cancer: qui s'en plaindrait? Dans ce sens, cette annonce eut un effet magique. Politiquement aussi, elle tomba au très bon moment. Un certain nombre de membres du show-biz, émus par le sort de Rock Hudson et avec à leur tête Liz Taylor, demandaient une solution rapide à cette épidémie naissante. La communauté gay reprochait également ouvertement à Reagan son inaction face à ce nouveau mal. Voilà qui était réparé. Le gouvernement prenait les choses en main puisque non seulement le coupable était désigné, mais un vaccin était promis pour dans deux ans: la cause et la solution avec une échéance. C'était simple, carré: que demander de mieux? Liz était contente, et Reagan fut réélu.

Seulement probable ?

Il peut paraître déplacé de s'attarder à des détails au milieu de l'excitation engendrée par cette découverte majeure, toutefois quelque chose gêne dans l'annonce même: « La cause probable du sida a été trouvée. » Que vient faire le qualificatif de « probable » dans une déclaration de conférence de presse concernant la cause tant attendue d'une maladie grave? On pourrait penser à une erreur de traduction tant ce qualificatif semble incongru dans un tel contexte. Cependant, en visionnant l'enregistrement vidéo original de ce célèbre événement médiatique, aucun doute n'est plus permis: c'est bien elle, Margaret Heckler, le brushing imperturbable sous le crépitemment des flashes, qui annonce: « First, the probable cause of AIDS has been found. »

Du jamais vu :
une conférence
de presse
va, pour la
première fois,
créer l'histoire
des sciences.



Robert Gallo et Margaret Heckler lors de la conférence de presse du 23 avril 1984.

On a bel et bien convoqué une conférence de presse internationale sur la base de quelque chose de seulement « probable ». Heckler poursuit : « *Non seulement un nouvel agent a été identifié, mais un nouveau procédé a été mis au point qui rend possible une production en masse de ce virus. Troisièmement, grâce à la découverte de ce virus et de ce nouveau procédé, nous avons à présent un test sanguin pour le virus. Avec ce test, nous sommes en mesure d'identifier les victimes avec une précision de 100 %. Nous ajoutons en ce jour un nouveau miracle au tableau déjà prestigieux de la science et de la médecine américaine.* » Pour un peu, le parterre de journalistes conquis se serait levé pour entonner, la main sur le cœur, *The Star Spangled Banner* (l'hymne national américain).

Après ce discours émouvant, Heckler s'efface pour laisser la place au héros du jour : le Pr Robert Gallo, qui, sûr de son effet face à l'enchevêtrement de micros, reproduisit pour les téléspectateurs du monde entier le miracle : « *Gentlemen, we have found the cause of AIDS.* »

Le soir même, un brevet est déposé (par le même Robert Gallo) sur la lignée cellulaire à partir de laquelle les premiers « tests VIH » allaient être conçus par les laboratoires

Abbott. Reagan débloque 54 millions de dollars pour donner le coup d'envoi à une guerre sans merci contre cette nouvelle peste et des dizaines de milliers de chercheurs sont recrutés. Clap de fin de l'histoire officielle, celle que tout le monde (ou presque) connaît...

Pendant trois ans, ce scénario très bien écrit du point de vue des relations publiques ne semble pas soulever d'objections - du moins pas publiquement - jusqu'à un article publié en mars 1987 par Peter Duesberg...

Fiction ou réalité ?

Pendant trois ans, ce scénario très bien écrit du point de vue des relations publiques ne semble pas soulever d'objections - du moins pas publiquement - jusqu'à un article publié en mars 1987 dans *Cancer Research* : « *Retroviruses as Carcinogens and Pathogens: Expectations and Reality*¹ ». Dans ce premier défi lancé à l'orthodoxie du sida, son auteur, Peter Duesberg, professeur de biologie moléculaire à l'université de Berkeley en Californie, explique pourquoi selon lui les rétrovirus (et parmi eux le VIH) ne peuvent être tenus responsables du sida puisque les virus de cette famille-là ne tuent jamais les cellules qu'ils infectent. L'article déclencha un tollé et, du même coup, le processus d'excommunication de Duesberg, cependant, paradoxalement, aucun débat scientifique. Était-il trop tard pour reculer ? Nous n'étions pourtant qu'en 1987, mais il faut croire que déjà la communauté scientifique était engagée jusqu'au

cou et sa crédibilité en jeu. La machine sida tournait à présent à plein régime: les CDC (Centers for Disease Control and Prevention) venaient de lancer le message « *Personne n'est à l'abri* » et des milliers de patients étaient déjà sous hautes doses d'AZT, un traitement très toxique dont la présumée efficacité reposait entièrement sur le postulat qu'il empêchait la réplication du VIH. Si l'hypothèse virale n'était pas avérée, cela signifiait que ces personnes avaient été empoisonnées inutilement. Une « boulette » dont personne ne souhaitait prendre la responsabilité.

Duesberg récidive une année plus tard avec un second article, « HIV is not the cause of AIDS² », qui choque tout autant le déjà puissant AIDS establishment que le premier, et ce d'autant plus que Peter Duesberg est un *insider*: il fait partie de leur monde. Considéré comme un des meilleurs spécialistes mondiaux des rétrovirus (il les étudie depuis trente ans), il est le premier à avoir réussi à identifier leur structure génétique et à la décoder. Ses travaux lui vaudront d'être élu à la prestigieuse Académie des sciences des États-Unis dès 1986 et d'être à deux reprises nommé pour le Nobel. Les arguments de Duesberg, pour choquants qu'ils soient, n'ont jusqu'ici jamais pu être réfutés: le chercheur démontre de façon parfaitement rigoureuse que l'hypothèse VIH = sida est incompatible avec les règles de base de la virologie. Il existe certains faits indéniables, considérant la nature même d'un virus, qui « ne collent pas » avec cette hypothèse.

Un rétrovirus très particulier

En effet, si le VIH était la cause du sida, il serait véritablement un rétrovirus d'un genre tout à fait nouveau dans la mesure où il violerait allègrement les postulats de Koch et les règles élémentaires de la virologie.

Les postulats de Koch sont un ensemble de quatre critères utilisés pour confirmer le rôle étiologique d'un micro-organisme (virus ou bactérie) dans une maladie:

1. Le micro-organisme doit être présent en abondance dans tous les organismes souffrant de la maladie, mais absent des organismes sains.
2. Le micro-organisme doit pouvoir être isolé de l'organisme malade et cultivé *in vitro*.
3. Le micro-organisme cultivé doit entraîner l'apparition de la maladie lorsqu'il est introduit dans un organisme sain.
4. Le micro-organisme doit être à nouveau isolé du nouvel organisme hôte rendu malade puis identifié comme étant identique à l'agent infectieux originel.

– Le VIH viole le premier postulat de Koch du

Les arguments de Duesberg, pour choquants qu'ils soient, n'ont jusqu'ici jamais pu être réfutés: le chercheur démontre de façon parfaitement rigoureuse que l'hypothèse VIH = sida est incompatible avec les règles de base de la virologie.

fait qu'il n'a jamais été possible de détecter le virus circulant, le provirus ou de l'ARN viral dans aucun cas de sida. Au point que les tests dits « tests VIH » ne recherchent pas le virus (ils auraient bien du mal à le trouver), mais des anticorps contre le VIH, eux-mêmes non spécifiques: nous y reviendrons.

– Le VIH viole le second postulat de Koch dans la mesure où, contrairement aux affirmations, il n'a jamais pu être isolé.

– Le VIH viole le troisième postulat de Koch dans la mesure où, lorsqu'il a été inoculé à des chimpanzés, il n'a jamais entraîné de sida. On a réussi à rendre les chimpanzés séropositifs, mais aucun n'a développé la maladie.

– Dans la mesure où le virus ne satisfait ni au postulat n° 2 ni au postulat n° 3, il ne peut satisfaire au postulat n° 4.

Une étrange discrétion

Deuxièmement, si le VIH était l'unique cause du sida, ce serait en contradiction avec sa nature de virus, et plus précisément de rétrovirus.

Pour déclencher une maladie, les virus pathogènes doivent être présents en grand nombre dans l'organisme et être biochimiquement actifs. Or le VIH semble d'une extrême discrétion puisqu'on peine à le retrouver même chez des patients en phase terminale du sida. D'autre part, il n'est pas biochimiquement actif dans le syndrome dont il serait la cause car, selon Peter Duesberg, il n'infecte qu'une cellule CD4 (sous-population de lymphocytes, gardiens du système immunitaire) sur 500. Dans ces conditions, le VIH ne peut être tenu responsable de la réduction de la population de ces cellules, la caractéristique même du sida, et ce même si toutes celles infectées mouraient, pour la bonne raison que, durant les 48 heures nécessaires au virus pour se répliquer, l'organisme régénère 5 % de ses cellules CD4, plus qu'il n'en faut pour compenser leur perte.

Le temps de latence entre l'infection et la déclaration de la maladie gêne également Peter Duesberg. Dans les premières années de l'ère sida, on l'estimait à 5 ou 7 ans, actuellement, il peut aller jusqu'à 20 ans et plus. Ce délai est incompatible avec le mode d'action ordinaire d'un virus. En effet, un virus ne peut frapper qu'avant l'immunité, c'est-à-dire avant la réponse protectrice de l'organisme par la production d'anticorps. Cette réponse est relativement

rapide, quelques semaines au plus, ce qui explique qu'il est demandé d'attendre six semaines avant de faire un test, le temps que l'organisme fabrique des anticorps qui pourront être décelés. Une fois ces anticorps présents, la fenêtre d'action d'un virus est fermée : l'organisme est protégé. Paradoxalement, la présence d'anticorps contre le VIH ne signifierait pas l'immunité, mais au contraire que la maladie va frapper, et qui plus est de façon dramatique. Le virus pourrait toutefois être une cause possible du sida s'il pouvait être réactivé après une période de latence asymptomatique, comme le virus de l'herpès. Cependant, le VIH reste inactif pendant la maladie dont il serait la cause. En conséquence, selon Duesberg, le test du sida traduit une vaccination naturelle efficace, la protection absolue contre une maladie infectieuse.

Rétrovirus suicidaire ?

D'autre part, l'hypothèse VIH = sida paraît d'autant plus surprenante lorsque l'on sait que le VIH est un rétrovirus et qu'aucun représentant de cette famille de virus n'a jamais tué une seule cellule. On constate au contraire que, dans certains cas, les cellules infectées se développent à un rythme plus rapide que la normale. Il est aisé de comprendre pourquoi un rétrovirus ne détruit pas la cellule hôte : il en est entièrement dépendant pour sa reproduction. Agir autrement serait pour lui suicidaire.

Il ressort de cela que plus on compare le comportement du VIH à celui des autres virus, plus il semble doté de pouvoirs absolument hors du commun. Pour faire court, nous avons un rétrovirus meurtrier alors que les rétrovirus ne tuent jamais les cellules, un virus qui attend jusqu'à 20 ans pour faire son œuvre, bien après l'immunité, au lieu de frapper en quelques semaines avant l'immunité comme les autres, un virus redoutable qu'on ne retrouve pas même chez les patients mourant de la maladie déclenchée par lui, un virus dont la présence d'anticorps dans le sang signifierait que l'on va développer la maladie et non l'immunité à la maladie, un virus qui serait transmissible sexuellement, mais avec une grande majorité (près de 90 %) d'hommes dans la population atteinte dans les pays occidentaux. ●

➤ Repères

Virus : entité biologique qui nécessite une cellule hôte, dont elle utilise les constituants et le métabolisme pour se multiplier. Les virus existent sous une forme extracellulaire ou intracellulaire. Sous la forme intracellulaire (à l'intérieur de la cellule hôte), les virus sont des éléments génétiques qui peuvent se répliquer de façon indépendante par rapport au chromosome, mais pas par rapport à la cellule hôte. Sous la forme extracellulaire, les virus sont des objets particuliers, infectieux, constitués au minimum d'un acide nucléique et de protéines. Le débat sur la nature des virus (vivants ou pas) repose sur des notions complexes et reste aujourd'hui ouvert.

Anticorps : protéine complexe utilisée par le système immunitaire pour détecter et neutraliser les agents pathogènes de manière spécifique. Les anticorps sont sécrétés par des cellules dérivées des lymphocytes B : les plasmocytes. Les anticorps constituent l'immunoglobuline principale du sang, aussi utilise-t-on parfois le terme immunoglobuline à la place du mot anticorps, mais cet emploi est abusif. Dans le cas de maladies auto-immunes, on parle d'auto-anticorps.

Antigène : macromolécule naturelle ou synthétique, reconnue par des anticorps ou des cellules du système immunitaire et capable d'engendrer une réponse immunitaire. Les antigènes sont généralement des protéines, des polysaccharides et leurs dérivés lipidiques. Des fragments d'antigènes appelés haptènes peuvent aussi induire une allergie.

Rétrovirus : virus à ARN simple brin, de polarité positive, infectant les vertébrés. Ils se distinguent notamment par la présence d'une enzyme virale : la transcriptase inverse (voir définition plus loin) qui rétro-transcrit leur ARN en ADN pour être intégré par la suite dans le génome de la cellule. La TI a la particularité de commettre relativement facilement des erreurs, ce qui fait que certains rétrovirus ont une grande variabilité génétique.

Sérologie : étude des sérums et des variations ou modifications de leurs propriétés au cours des maladies. Depuis les progrès de la biologie, elle consiste surtout, via ce qu'on appelle communément une analyse de sang, à mettre en évidence des indices de présence de pathogènes dans l'organisme, au moyen de différents tests. Elle permet une approche quantitative et qualitative, avec par exemple le dosage d'anticorps spécifiques. Elle est donc liée à l'étude des immunoglobulines du sérum sanguin ou d'autres liquides organiques. Elle est utilisée comme outil diagnostique, comme outil de dépistage (sida, hépatite, etc.) et comme outil épidémiologique et de plus en plus écoépidémiologique.

Sérum : liquide sanguin débarrassé de ses cellules et des protéines de la coagulation. C'est le liquide surnageant obtenu après la centrifugation du sang dans un tube. Il désigne en particulier le plasma sanguin purifié, débarrassé des facteurs de coagulation.

Transcriptase inverse : enzyme utilisée par les rétrovirus et les rétrotransposons qui transcrit leur information génétique de l'ARN en ADN, afin qu'il puisse s'intégrer dans le génome de l'hôte.

Source : Wikipédia

Cachez ces **dissidents...**

« Il suffit d'une fois ». Combien de fois n'avons-nous pas entendu ce slogan ? Et nous l'entendons encore : il ne faut pas relâcher « l'effort de prévention ». Pourtant, au milieu du discours anxiogène dominant, des milliers de voix dissidentes s'élèvent et sèment le doute. Et si on nous avait menti ?

En ouverture de son documentaire *House of Numbers*, le réalisateur Brent Leung témoigne : « Ayant grandi à l'ère du sida, j'ai appris que nous n'étions sûrs de rien dans la vie, sauf de trois choses : de mourir un jour, de devoir payer des impôts, et de contracter le VIH après un rapport non protégé. » Pour beaucoup d'entre nous, le sida est et restera comme un invité non invité de nos rapports sexuels, l'intrusion de la raison dans un acte que l'on aurait aimé un peu plus spontané. Qui n'a pas « flippé » après un rapport non protégé et attendu dans l'angoisse qu'Elisa nous délivre ? À moins que ce test ne change notre vie... Et pourtant, si l'on se base sur les conclusions des études scientifiques, il se pourrait que nous ayons « flippé » pour rien. L'une d'entre elles en particulier fit un certain bruit : conduite par Nancy Padian, du département d'obstétrique et de gynécologie de l'université de Californie et publiée dans le *Journal of Epidemiology* en 1997¹, elle a démontré que le slogan « Il suffit d'une fois » s'avérait quelque peu exagéré. Les chercheurs ont, à partir de 1985, recruté pendant dix ans 442 couples sérodifférents (un partenaire séropositif, l'autre séronégatif). Pour 360 d'entre eux, l'homme seul était infecté, pour les 82 couples restants, c'était l'inverse. Ils ont estimé le risque d'infection pour un seul rapport dans le sens d'une transmission d'homme à femme à... 0,0009, soit une chance sur 1000 rapports. Le risque d'infection par transmission d'une femme infectée à un homme non infecté était, quant à lui, encore plus faible et statistiquement non significatif.

Aucun cas de séroconversion

À partir de 1990, les critères sélectifs se sont resserrés. Lors des premiers recrutements, les partenaires étaient considérés non-utilisateurs de drogue IV (par intraveineuse) s'ils s'en étaient abstenus depuis 1978, date supposée d'apparition du VIH en Californie. Afin d'éviter tout risque d'attribuer à tort une transmission par partage de seringue à un rapport hétérosexuel, les partenaires avouant une utilisation de drogues IV même antérieure à 1978 furent dès lors éliminés. Une analyse d'urine vint en renfort démasquer les éventuels menteurs. Au total, les 175 couples de ce deuxième recrutement furent suivis pendant six ans avec examen tous les six mois. Parmi ces couples, aucun cas de séroconversion ne fut



« Ayant grandi à l'ère du sida, j'ai appris que nous n'étions sûrs de rien dans la vie, sauf de trois choses : de mourir un jour, de devoir payer des impôts, et de contracter le VIH après un rapport non protégé. » Brent Leung, réalisateur de *House of Numbers*.

observé. Il est vrai que, campagnes aidant, l'usage du préservatif a augmenté avec le temps. Cependant, même dans le groupe faisant usage de préservatifs seulement de façon intermittente ou pas du tout, le taux de transmission ne changea pas. Les chercheurs concluent que, lorsqu'on exclut les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse (UDI) et en l'absence d'autres MST, le risque est très faible. Il ne s'agit pas d'en déduire que l'on peut jeter ses préservatifs à la poubelle (il reste les autres MST), mais de prendre connaissance de certains faits.

Selon Peter Duesberg, aucun virus ne pourrait survivre en tant qu'agent sexuellement transmissible s'il lui fallait mille rapports sexuels pour se transmettre. En termes d'évolution, ce serait un cas désespéré. Les autres MST se transmettent d'ailleurs avec une efficacité bien supérieure: deux où trois rapports suffisent.

Doute contagieux

D'autres « douteurs » de l'hypothèse « VIH = sida » rejoignent bientôt Duesberg. En 1988, Kary Mullis, qui devait recevoir le prix Nobel de chimie en 1993 pour la découverte de la technique PCR (*Polymerase Chain Reaction*) – un procédé qui facilitera de façon considérable le travail des chercheurs en laboratoire en permettant d'isoler et d'amplifier les gènes d'un

micro-organisme –, commencera à se poser des questions à cause d'une référence introuvable (celle de la publication confirmant le VIH comme agent causal du sida)². Il racontera à l'envi comment, lors de la rédaction d'un rapport pour une demande de subvention, il sera dans l'impossibilité de trouver la moindre publication scientifique permettant de valider l'affirmation « le VIH est la cause du sida ».

David Rasnick, un biochimiste de l'université de Californie, concepteur des inhibiteurs de protéase, n'en sera pas moins critique vis-à-vis de l'hypothèse virale du sida et écrira en collaboration avec Peter Duesberg « The AIDS-Drug Hypothesis ». Rebecca Culshaw, quant à elle, travailla sur la modélisation mathématique de l'interaction du VIH avec le système immunitaire avant d'écrire un article retentissant: « Pourquoi j'ai arrêté de croire au VIH³ ». Elle est l'auteure de l'ouvrage *La Théorie VIH du sida, incohérence scientifique*⁴!

En 1991, ceux que l'on nommera bientôt « les dissidents » s'organisent et créent Reappraising AIDS⁵ (Groupe pour la réévaluation de l'hypothèse VIH = sida) sous l'impulsion de Charles Thomas, professeur de biologie moléculaire de l'université Harvard. Ils demandent l'ouverture d'un débat en écrivant une lettre ouverte qu'ils envoient à un certain nombre de revues scientifiques. Remettre en question la culpabilité du VIH dans le sida est si politiquement incorrect

► Les principaux dissidents de la thèse VIH = sida



Peter Duesberg, chercheur, professeur de biologie moléculaire à l'université de Californie, Berkeley.



Kary Mullis, chercheur, Prix Nobel de chimie 1993.



Étienne de Harven, docteur en médecine, spécialiste en microscopie électronique, coauteur des *Dix plus gros mensonges sur le sida*.



David Rasnick, biochimiste, université de Californie, Berkeley.



Dr Charles Gesheker, professeur d'histoire africaine, université californienne de Chico.

Rebecca Culshaw, mathématicienne, auteure de *La théorie VIH du sida, incohérence scientifique*!



qu'aucune d'entre elles n'acceptera de la publier. Les « dissidents » rappellent simplement que l'équation « VIH = sida » n'est encore qu'une hypothèse, et que la poursuite du processus, aboutissant à sa confirmation ou à son rejet, n'a jamais eu lieu.

En 1993, plusieurs chercheurs australiens, avec à leur tête les docteurs Eleni Papadopoulos et Valendar Turner, publient une remise en question de la validité du test Western Blot comme test de confirmation du diagnostic de séropositivité⁶. Ils seront bientôt connus sous le nom de « groupe de Perth ». En France, le Pr Étienne de Harven, à qui l'on doit la première observation au microscope électronique d'un rétrovirus, a dès le départ alerté la communauté scientifique sur le fait que l'isolement du VIH, malgré les prétentions du contraire, n'avait jamais été réalisé⁷.

Les journalistes aussi

Du côté des journalistes, il y aura Neville Hodgkinson, chroniqueur scientifique au *Sunday Times*, qui dénonça dès 1993 dans une série d'articles remarquables « le mythe du sida africain ». John Lauritsen, activiste et auteur gay, fut un des premiers à tenter d'avertir la communauté gay qu'en soutenant l'hypothèse VIH = sida, elle agissait contre ses intérêts véritables. Celia Farber, qualifiée de plus dangereuse journaliste sur le sida, fera trembler les piliers de l'AIDS establishment

en 2006 avec un article remarquable : « Out of control: AIDS and the corruption of medical science⁸ ». Plus près de nous, un des premiers ouvrages critiques en langue française, *Enquête sur le sida - les vérités muselées*⁹, sera écrit par Renaud Russeil en 1997. Un autre journaliste, Jean-Claude Roussez, écrira *Sida: supercherie scientifique et arnaque humanitaire*¹⁰ en 2004, suivi un an plus tard des *Dix plus gros mensonges sur le sida*¹¹, écrit conjointement avec le Pr Étienne de Harven.

Documentaires édifiants

La dissidence perce parfois sur les écrans : en mars 1996, le documentaire *Sida: le doute*, de Djamel Tahi, passera sur Arte lors d'une soirée Théma. Aux États-Unis, il y aura *Deconstructing the Myth of AIDS*, de Gary Null en 2003, *The Other Side of AIDS*, de Robin Scovill en 2004, *The House of Numbers*, de Brent Leung, en 2009, *The Science of Panic*, d'Isabel Otaduy et Patricia Monzani, et *Positively False: Birth of a Heresy* de Joan Shenton en 2011.

Deux dissidents en particulier se spécialiseront dans l'exposition des ravages causés par l'attribution de tous les maux que connaît l'Afrique à un seul coupable : le VIH. Il s'agira du Dr Christian Fiala, médecin autrichien, dont les nombreuses missions humanitaires en Afrique l'amèneront à douter de la version officielle, et du Dr Charles Gesheker, professeur d'histoire africaine



Dr Eleni Papadopoulos, médecin et leader du groupe de Perth.



Dr Valendar Turner, médecin et membre du groupe de Perth.



John Lauritsen, activiste gay et auteur.



Christian Fiala, gynécologue et obstétricien.



Neville Hodgkinson, chroniqueur scientifique au *Sunday Times*.



Celia Farber, journaliste et auteure.

à l'université californienne de Chico, qui dénonça en particulier la façon dont le sida en était venu à n'être qu'une médicalisation de la misère en Afrique.

À ce jour, les professionnels reconnus dans leur domaine qui ont fait savoir publiquement qu'ils n'adhéraient pas à la thèse officielle sont plus de 2800¹².

Des airs d'inquisition

À l'évidence, il ne s'agit pas d'une poignée de chercheurs et de journalistes en mal de célébrité (et d'embêtements), mais d'un véritable mouvement de remise en question de la théorie officielle. Les contestataires ont des références, présentent des arguments qui tiennent la route : les conditions sont réunies pour l'ouverture – enfin ! – d'un débat scientifique. Il n'aura jamais lieu.

À la place se déclenchera une véritable inquisition contre ceux qui menacent le dogme. Les termes employés, de par leurs connotations politiques ou religieuses, sont révélateurs de l'état d'esprit qui a envahi le domaine du sida. On parle d'« orthodoxie » du sida, les chercheurs qui pointent du doigt que quelque chose ne va pas sont qualifiés d'« hérétiques », de « dissidents ». Un terme plus approprié et d'une irréprochable neutralité serait celui de « repenseurs » de la théorie VIH = sida.

Peter Duesberg sera excommunié, au sens étymologique du terme, mis hors de la communauté scientifique. Ses anciens collègues lui tournent le dos, on déconseille aux étudiants de Berkeley de suivre ses cours s'ils veulent éviter de compromettre leur carrière, ses demandes de subventions de recherche sont systématiquement refusées par les NIH (National Institutes of Health) au point qu'il doit donner congé à sa secrétaire. On pourrait lui suggérer de demander de l'argent à son ancien copain Bob (Gallo) qui touchera une petite fortune grâce aux « tests VIH » suite au brevet déposé le soir même de la fameuse conférence de presse. Duesberg, quant à lui, en sera réduit à maintenir son laboratoire à Berkeley grâce à des fonds privés et à devoir s'exiler une partie de l'année en Allemagne (son pays d'origine) pour y poursuivre ses recherches. Un de ses collègues résumera ce qu'a dû subir le premier dissident : « *L'establishment a cherché à supprimer Duesberg par les méthodes des prêtres de l'Inquisition : censure, ostracisme, excommunication, et le refus des sacrements – en l'occurrence, les invitations aux conférences, les débouchés pour les publications, et les subventions pour*

À ce jour, les professionnels reconnus dans leur domaine qui ont fait savoir publiquement qu'ils n'adhéraient pas à la thèse officielle sont plus de 2800.

la recherche. » Les chercheurs qui rejoignent Duesberg sont qualifiés d'homophobes et les rares journalistes qui rapportent les raisons de douter de ces chercheurs sont accusés de contribuer à la propagation de l'épidémie.

Négationnisme ?

Celia Farber dépeint ainsi la situation : « *Toute tentative de tester de façon rigoureuse l'hypothèse médicale qui a les faveurs du moment est contrée non pas par un débat rationnel, mais par une rhétorique de chantage moral : "Peter Duesberg a le sang des bébés africains sur les mains. Duesberg est le diable en personne. C'est un psychopathe. Il devrait être en prison". Ceux qui voudraient amener l'establishment du sida à débattre de façon rationnelle comme cela se fait dans la plupart des autres domaines scientifiques sont qualifiés de négationnistes, comme si un certain scepticisme au sujet du potentiel pathogène du VIH équivalait, en termes de moralité, à renier que les nazis ont massacré six millions de Juifs*¹³ ». Farber racontera comment un de ses amis, à la seule évocation du fait qu'il la connaissait, perdra sa *girlfriend*. Ceux et celles qui demandent l'ouverture d'un débat viennent ainsi rejoindre les séropositifs sur le banc des pestiférés.

Même si la théorie VIH = sida n'avait présenté aucun paradoxe et avait abouti à un résultat en matière de santé publique, de telles réactions seraient totalement déplacées dans le domaine de la science où la remise en question des théories du moment fait partie intégrante de son avancée. Or, nous avons vu que ladite théorie présente de nombreux points faibles. La question qui vient ensuite en toute logique à l'esprit est : pourquoi a-t-elle été adoptée avec tant de précipitation en premier lieu ? ●

notes

1. N. Padian *et al.*, « Heterosexual transmission of human immune deficiency virus in northern California: results from a ten-year study », *American Journal of Epidemiology*, vol. 146, n° 4, p. 350-357.
2. Lire le récit de cette recherche dans la préface écrite par Kary Mullis de *Inventing the AIDS virus*, de Peter Duesberg, Regnery Publishing, 1996.
3. Traduction de l'article « Why I quit HIV » (mars 2006), consultable sur le site de sidasanté : http://www.sidasante.com/journal/pourquoi_j_arrete_de_croire_au_vih_culshaw.html
4. Aux éditions Marco Pietteur.
5. <http://www.rethinkingaids.com>.
6. E. Papadopoulos-Eleopoulos, V. F. Turner et J. M. Papadimitriou, « Is a Positive Western Blot Proof of Infection? », *Biotechnology*, vol. 11, 1993.
7. Voir le dossier réalisé par Pryscia Duceurjoly dans *NEXUS* n° 61 (mars/avril 2009).
8. *Harper's Magazine*, mars 2006.
9. Aux éditions Vivez Soleil.
10. Aux éditions Marco Pietteur, 2004.
11. Aux éditions Dangles, 2005.
12. La liste est consultable en suivant le lien : <http://aras.ab.ca/rethinkers.php>.
13. C. Farber « Out of control: AIDS and the corruption of medical science », *Harper's Magazine*, mars 2006.

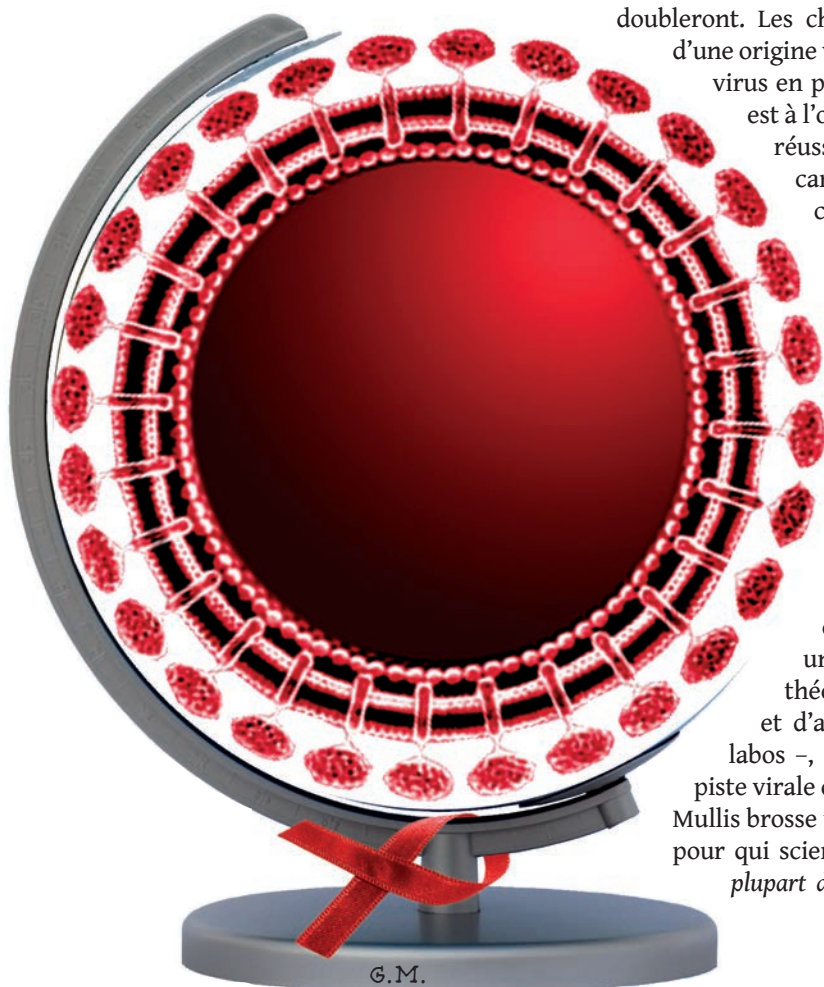
Un syndrome providentiel

Sourde aux alertes lancées dès les années 80 par les premiers sceptiques, la science s'enferme donc depuis trente ans dans une voie sans issue. Pourquoi une telle obstination ? En réalité, l'apparition du sida s'est avérée très vite providentielle à l'heure où les labos s'égarèrent sur la piste virale du cancer...

Retour au début des années 1970. Souvenons-nous : en 1971, Nixon déclare la guerre au cancer. Sous le National Cancer Act, les sommes allouées par le NCI (National Cancer Institute) à la recherche des causes biologiques de cette maladie doubleront. Les chercheurs vont suivre prioritairement la piste d'une origine virale de cette maladie en étudiant une famille de virus en particulier : les rétrovirus. Duesberg en personne est à l'origine de cette piste : il devint célèbre pour avoir réussi à isoler un gène rétroviral dans une cellule cancéreuse et être parvenu à infecter d'autres cellules avec ce gène. Les autres rétrovirologues s'engouffrèrent dans la perspective offerte par cette expérience et l'idée d'un rétrovirus coupable devint le fer de lance de la guerre contre le cancer.

Fausse piste

Mais déjà, Duesberg, toujours avec une longueur d'avance, n'y croyait plus. Loin de se reposer sur ses lauriers, il les brûle carrément¹ : il met en évidence les failles de sa propre théorie et annonce, à la grande surprise de ses collègues qui s'échinaient à la prouver, qu'il était fort improbable qu'ils y parviennent un jour. Ceux-ci, fort réticents à abandonner une théorie qu'ils venaient tout juste de comprendre et d'accepter – et qui, de plus, faisait tourner leurs labos –, suivirent en vain pendant dix autres années la piste virale du cancer... qui ne devait aboutir nulle part. Kary Mullis brosse un portrait sans complaisance de ces chercheurs pour qui science rime trop souvent avec routine : « *Ce que la plupart d'entre eux savent faire de mieux est de demander*



G.M.

des subventions au gouvernement, d'engager des gens pour faire les recherches, et de publier des articles dans les revues médicales qui concluent en général sur la nécessité de poursuivre les recherches dans la même voie... » Pourtant, l'un d'entre eux parviendra à se faire remarquer, non pas comme Duesberg pour ses idées avancées, mais pour son ambition.

Avant que la divergence de leurs idées – et méthodes – ne les sépare, Robert Gallo et Peter Duesberg ont été amis : ils travaillaient pour le même département au NCI. Parmi les milliers de chercheurs qui tentèrent en vain de prouver l'origine virale des cancers, Gallo fut le seul à prétendre avoir réussi. Il ne démontra en fait qu'un vague lien entre des anticorps contre un inoffensif rétrovirus, qu'il baptisa HTLV-I, et une forme de cancer très rare que l'on ne trouvait que dans deux îles quelque part dans le sud du Japon. Personne n'y prêta vraiment attention. Gallo retint la leçon : la prochaine fois, il traquerait le virus responsable d'une maladie un peu plus médiatisée. L'occasion ne devait guère tarder.

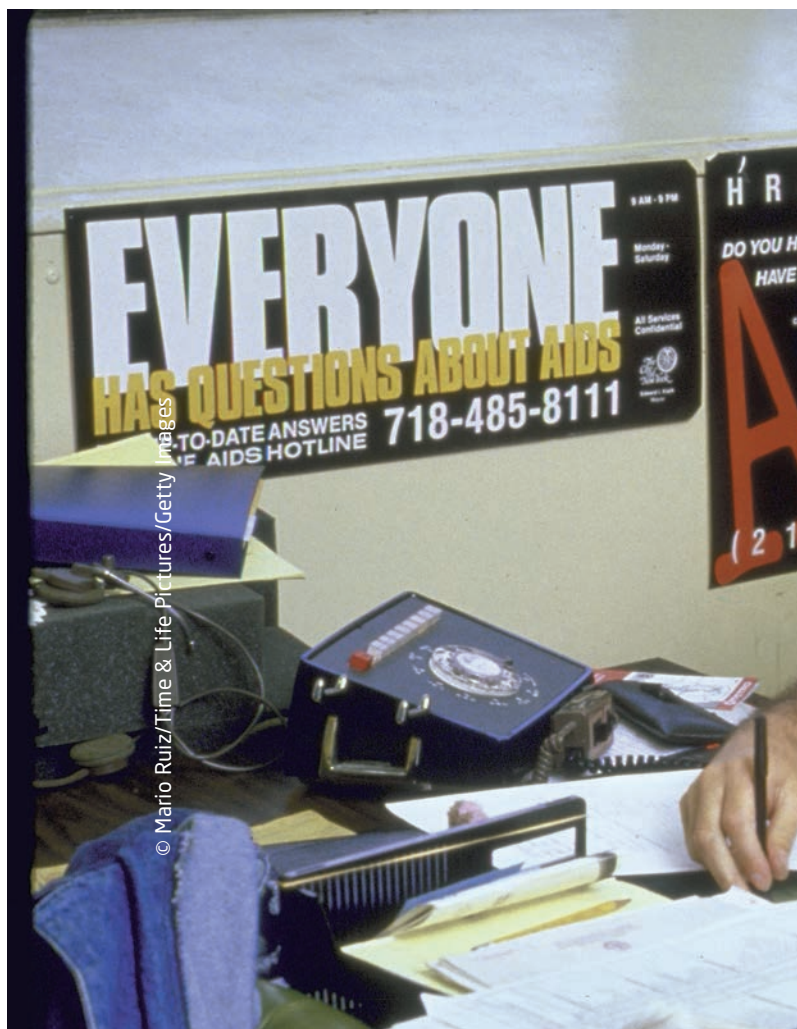
Premier cas de sida

Début 1981, le Dr Michael Gottlieb, médecin à l'hôpital universitaire de Los Angeles qui s'intéressait de près au système immunitaire, recherche des patients souffrant de maladies en rapport avec une déficience dudit système. On lui présente un jeune artiste gay de 33 ans atteint d'une candidose et d'une pneumocystose pulmonaire : l'occasion rêvée pour Gottlieb d'essayer la toute nouvelle technique de comptage des cellules CD4, comptage qui révélera une chute de cette sous-population de lymphocytes. Dans les semaines qui suivent, il trouve quatre autres cas similaires chez des hommes dans la trentaine. Outre la déficience immunitaire, un autre point commun reliait ces cinq cas : ils étaient tous homosexuels. Gottlieb, pressentant quelque chose d'inhabituel, fait un rapport aux CDC et nomme ce nouveau syndrome GRID, pour Gay Related Immuno-Deficiency². Quelque temps plus tard, des cas d'un « cancer très rare » appelé sarcome de Kaposi apparurent de la même façon chez de jeunes homosexuels « auparavant en bonne santé »...

Cancer gay

En juillet de l'année 1982, le total des cas de ce nouveau syndrome reportés aux CDC atteint 452. On commence à parler de cancer gay, de mal mystérieux, puis d'épidémie. Le

Du jour au lendemain, tous les chasseurs d'un virus susceptible de causer le cancer changèrent la plaque sur leurs portes et devinrent des chasseurs du virus du sida. Reagan leur accorda un milliard de dollars juste pour démarrer...



gouvernement, sous pression, va alors faire appel à Robert Gallo. En dépit de ses piètres résultats en tant que chercheur, c'est lui que la Maison Blanche ira chercher : il excellait à se faire bien voir dans les cercles du pouvoir tandis qu'on se méfiait de Peter Duesberg, trop imprévisible. Avec Gallo, l'hypothèse virale du sida trouvera son plus formidable porte-parole. Au départ, pourtant, cette hypothèse n'était pas la seule en course. Les CDC eux-mêmes avaient originellement considéré le sida comme une maladie du style de vie ; toutefois, cette hypothèse s'effaça bien vite devant d'autres considérations dont ils avaient à tenir compte : non seulement les subventions de l'institution étaient réduites d'année en année, mais elle était menacée dans son existence même. Si l'acronyme n'a pas changé, les CDC ont été créés en 1946 sous le nom de Communicable Disease Center, autrement dit un organisme dédié avant tout à la gestion des maladies transmissibles. Or, la dernière maladie infectieuse qu'ils avaient eu à affronter, la polio, étant loin derrière, des voix de plus en plus nombreuses s'élevaient pour s'interroger sur l'intérêt de conserver cette institution. Leur situation était telle



Des bénévoles de « AIDS Hotline » en 1986.

L'hypothèse virale du sida était exactement la solution que tout le monde attendait. Les *virus hunters* étaient aux anges ainsi que les CDC, nous l'avons vu, mais aussi les associations gays : leur mode de vie n'était plus en cause.

qu'un inquiétant mémo : « Il faut que nous trouvions une nouvelle peste ! » s'est mis à circuler au sein des CDC.

Les rétrovirus recyclés

Du côté des chercheurs qui avaient suivi sans résultat la piste virale du cancer, la situation n'était guère plus brillante : le chômage pointait à l'horizon. Mais si aucun rétrovirus ne pouvait causer le cancer, peut-être pouvait-on en trouver un responsable du sida ? Étienne de Harven commente lors d'une interview accordée au journaliste Jean-Claude Roussez : « *Cela [l'hypothèse VIH = sida] a été comme une forme de sauvetage du rôle des rétroviraux en pathologie humaine, et ces mêmes laboratoires de recherche fondamentale en cancérologie, qui, dans les années 1970, s'occupaient uniquement de cancer, se sont tout d'un coup occupés uniquement de sida, parce que c'était une manière de sauver, de justifier l'immensité des crédits qu'ils avaient reçus avec un résultat totalement nul.* » Ainsi, du jour au lendemain, tous les chasseurs d'un virus susceptible de causer le cancer changèrent la plaquette sur leurs portes et devinrent des chasseurs du virus du sida. Reagan leur accorda un milliard de dollars juste pour démarrer, et quiconque ressemblait de près ou de loin à un chercheur dans le domaine de la médecine fut employé à plein temps... et l'est toujours.

Succès unanime

L'hypothèse virale du sida était exactement la solution que tout le monde attendait. Les *virus hunters* étaient aux anges ainsi que les CDC, nous l'avons vu, mais aussi les associations gays : leur mode de vie n'était plus en cause. Quant aux compagnies pharmaceutiques, qui davantage qu'elles aurait pu accueillir l'origine virale du sida avec plus de ravissement ? Tout ira alors très vite. En 1983, des chercheurs de l'Institut Pasteur à Paris « isolent », dans une culture de cellules prélevées sur un décorateur gay qui présentait des ganglions lymphatiques enflés, un rétrovirus que, prudemment, ils nommeront Lymphadenopathy Associated Virus (LAV). Le Pr Luc Montagnier se souvient : « *Nous étions vraiment très excités parce que nous savions que c'était un nouveau type de virus pas encore observé chez l'homme et qui avait de grandes chances d'être la cause du sida. Bien entendu, à ce moment-là, nous n'avions pas encore la preuve absolue (full proof) que c'était bien le cas.* » Dans un souci de partage des connaissances, l'Institut enverra (fort naïvement comme nous le verrons) un échantillon du virus au laboratoire de Robert Gallo. Le chercheur américain et les institutions de santé fédérales sentent la concurrence près de réussir. Pas de temps à perdre : si l'on voulait se faire attribuer la primauté de la découverte du virus du sida, il fallait faire vite, bricoler à la hâte un virus « maison », et convoquer une conférence de presse.

La « preuve absolue » que l'on avait bien isolé le virus causal du sida attendra. Elle attend toujours... Une fois la découverte annoncée, la course pour un traitement ou un vaccin pouvait commencer, avec, en perspective, des financements illimités pour la recherche et la gloire assurée en cas de réussite. Cependant, qui va donner pour la recherche s'il ne se sent pas concerné ? Après avoir persuadé public et gouvernement que le coupable était un virus, il restait à les convaincre que ce virus n'épargnerait personne.

Prédictions terrifiantes

Dès 1985, les CDC ont alors terrifié l'Amérique en estimant à plus de 1,5 million le nombre d'Américains hétérosexuels qui « devaient » déjà être infectés⁵. Comme si cela ne suffisait pas, il était prédit qu'ils allaient mourir dans les deux ans. Le JAMA (*Journal of American Medical Association*) calcula qu'avec un taux de mortalité à deux ans dépassant les 80 %, cette maladie faisait à présent partie des plus sérieuses épidémies auxquelles était confronté l'homme des temps modernes. Le directeur de la Californian AIDS Research Task Force, le Dr Merle Sande, déclara tout de go : « *Nous sommes au milieu d'une catastrophe médicale majeure.* » La célèbre présentatrice Oprah Winfrey ajouta son grain de sel à la panique générale : « *En 1990, un hétérosexuel sur cinq sera mort du cancer.* » Des prédictions terrifiantes, un scénario de fin de monde... En plein été 1987, histoire de calmer les ardeurs estivales, les officiels de santé publique ont pris la décision lourde de conséquences de bombarder le public avec un message terrifiant : « *Personne n'est à l'abri.* »

Et pourtant, il n'existait toujours aucune preuve scientifique, ni aucun signe, montrant que les hétérosexuels étaient tout autant à risque, ce qui a tout de même poussé l'administration Reagan à interroger James Mason, directeur des CDC : « *Comment savez-vous que 1,8 million d'Américains sont infectés ?* » (Les chiffres grimpaient toujours.) « *C'est juste une supposition !* » s'est-elle entendu répondre. Lorsque le secrétaire à l'Éducation, pour le moins surpris, a demandé : « *Vous voulez dire que cette chose n'est pas en train de se répandre de façon explosive dans la population hétérosexuelle ?* » Mason a répondu : « *En effet, ce n'est pas ce à quoi nous assistons.* » Il semble donc que, dès le départ, les CDC savaient pertinemment que la population hétérosexuelle

Après avoir persuadé public et gouvernement que le coupable était un virus, il restait à les convaincre que ce virus n'épargnerait personne.

était considérablement moins à risque qu'une frange particulière de la communauté gay, mais n'ont en rien modifié leur message.

Politiquement correct

Ce sera le *Wall Street Journal* qui révélera, en 1996, le pot aux roses en exposant comment les CDC, après consultation de l'agence de publicité Ogilvy & Mather, décideront d'insister sur les risques encourus par les hétérosexuels afin d'obtenir davantage de subventions du gouvernement fédéral⁶. D'autre part, de façon bien compréhensible, la communauté gay voyait d'un très mauvais œil que l'on rattache la cause du sida à son mode de vie. À cette époque, le fait que les homosexuels puissent depuis peu afficher librement leur statut dans certains quartiers des grandes métropoles ne signifiait en rien la disparition d'une homophobie rampante. Les porte-parole de l'Amérique conservatrice et bien-pensante, devant la progression de ce « *cancer gay* », se mettent à déclarer publiquement que « *le sida est un châtiment divin* », que « *Dieu n'aime pas les homos* », et autres gentillesse du même acabit : la méconnaissance de l'étiologie d'un mal a toujours été propice à ce genre de dérives. Cet élargissement de la population à risque a ainsi très certainement constitué un moyen de rester politiquement correct et de n'accuser personne en particulier ; cependant, il avait encore un autre but. Le fait que l'épidémie en Occident soit restée confinée aux hommes, qui plus est aux homosexuels brûlant la chandelle par les deux bouts, allait complètement à l'encontre de la théorie virale. Un virus, par nature, n'a que faire des genres : un être humain n'est pour lui qu'un hôte et un vecteur et rien d'autre ; en conséquence, le nombre de personnes infectées des deux sexes aurait dû sensiblement être le même. Admettre que l'épidémie ne se répandait pas comme prévu hors des populations à risque revenait à admettre qu'aucun virus ne pouvait être en cause.

De façon fort regrettable, cette révélation du *Wall Street Journal* n'aura pas beaucoup d'effet comparée à la fantastique campagne « *Personne n'est à l'abri* ». Du coup, les hétérosexuels continuent de « flipper » et, au moindre rapport non protégé, se ruent sur le test VIH, le trouillo-mètre au maximum, tant ils redoutent de s'entendre dire : vous êtes séropositif. ●

notes

1. K. Mullis, « The medical establishment vs. the truth », *Penthouse*, septembre 1998.
2. P. Duesberg, *Inventing the AIDS Virus*, Regnery Publishing, 1996.
3. Jean-Claude Roussez, *Sida : supercherie scientifique et arnaque humanitaire*, éditions Marco Pietteur, 2004.
4. Interview accordée à Brent Leung dans *House of Numbers*.
5. Janine Roberts, *Fear of the Invisible*, Impact Investigative Media Publications, 2008.
6. A. Bennet, A. Sharpe, « AIDS Fight is Skewed By Federal Campaign Exaggerating Risks », *The Wall Street Journal*, 1^{er} mai 1996.

Les TESTS :

positifs ici
négatifs là



Test HIV positif. Avec ce verdict, tout bascule... Pourtant, le dépistage du VIH est loin d'être une science exacte. Faux positifs, critères et donc résultats variant d'un pays à l'autre... la fiabilité des tests apparaît bien approximative au regard des conséquences psychologiques, sociales et médicales qu'ils entraînent.

L'annonce en elle-même d'une infection au VIH, indépendamment de la présence d'un éventuel virus, est amplement suffisante à déclencher une cascade d'événements et, pour commencer, un désordre du système immunitaire. Les relations étroites et les permanentes boucles de feedback entre ce dernier et le cerveau sont à présent reconnues. La dépression, le sentiment de culpabilité, la honte, la peur, qui accompagnent fréquemment une annonce de séropositivité, sont tout à fait suffisants pour faire chuter le taux de cellules CD4. Vous êtes alors fin prêt à passer au stade de la mesure (il suffit d'une seule). Si ce taux est inférieur à 200 cellules/mm³ de sang (le taux normal se situe entre 500 et 1000 cellules/mm³ de sang¹), il vous donnera droit à accéder au statut de patient atteint d'un sida déclaré. Sans s'en rendre compte, une personne à qui on annonce un test positif est susceptible d'entrer dans un cercle vicieux où la prédiction VIH = sida = mort s'auto-réalise, non pas parce qu'elle est vraie, mais parce que cette personne s'attend à ce qu'elle soit vraie. Et pas seulement elle, mais le monde autour d'elle: la famille, qui s'attend déjà à ce qu'elle soit malade et qu'elle meure, les médecins, qui font preuve d'une sollicitude forcée qui en dit long, et les instances de santé publique qui qualifient déjà, innocemment ou non, une personne séropositive de « patient ». Il ne lui reste plus qu'à jouer le rôle qui lui est dévolu. Elle n'est déjà plus considérée par son entourage comme un individu à part entière, mais comme quelqu'un en sursis, et, qui plus est, propagateur potentiel de virus mortel, ce qui a conduit un médecin américain à commenter que le risque le plus immédiat du sida, dans la mesure où il se produit peu après l'annonce de la séropositivité, est celui de suicide. Pourtant, les pouvoirs publics et les médias nous incitent à nous faire dépister comme s'il s'agissait d'une activité aussi anodine que d'aller



Luis Galdamez/Reuters

acheter sa baguette de pain. En France, on estime à 50 000 le nombre de séropositifs qui s'ignorent et se baladent dans les rues en toute liberté: de vraies bombes à retardement. Comment sait-on que 50 000 Français sont séropositifs puisque eux-mêmes ne le savent pas est une autre question. En attendant, il nous est demandé de faire preuve de responsabilité citoyenne: chacun devrait connaître son « statut sérologique ». Il vaut mieux savoir, nous dit-on, mais savoir quoi au fait? Que signifie un test positif? Le test est-il fiable à 100 %?

Non pas un mais plusieurs tests

Première étape: le test Elisa (Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay), qui constitue à proprement parler le test de dépistage: peu onéreux, très sensible, il fait en quelque sorte un premier tri en éliminant les résultats négatifs. Il fut approuvé à l'origine pour garantir la non-contamination des échantillons sanguins lors des collectes de sang: sa très grande sensibilité en fait un outil particulièrement adapté à ce but. Cependant, lorsque l'on transpose le test Elisa comme première étape du processus consistant à décréter un individu – et non plus un échantillon de sang – positif, les conséquences psychologiques sont tout autres, alors que la sensibilité reste la même et qu'à cause d'elle, on a de grandes chances d'obtenir un certain nombre de « faux positifs »: le test sera décrété positif alors qu'il n'y a pas infection au VIH.

Pour éviter cet écueil, ce premier test de dépistage est obligatoirement suivi d'un test dit

« Aucun "test de sida" ne pourra jamais fonctionner du fait que le VIH n'a jamais été isolé, et que son existence n'a même jamais été démontrée. » Alfred Hassig, professeur d'immunologie

de confirmation pratiqué sur le même prélèvement: le Western Blot, moins sensible. Seul un résultat positif de celui-ci permettra de poser le diagnostic de l'infection au VIH. On pratique alors un autre test Elisa sur un prélèvement différent dans le seul but d'éviter une erreur éventuelle d'identité lors de la manipulation des tests. Nous avons donc un test de dépistage, suivi d'un test de confirmation, deux tests positifs permettant de poser le diagnostic de l'infection par le VIH.

Pas de spécificité sans isolement

Mais est-on bien certain qu'il s'agit d'une infection au VIH? Selon le Dr Rodney Richards, interviewé dans *The Other Side of AIDS*, la FDA (Food and Drug Administration) des États-Unis n'a jamais approuvé aucun « test VIH » pour un usage diagnostic². Rodney Richards a longtemps travaillé comme concepteur de tests en collaboration avec les laboratoires Abbott, les premiers à s'intéresser à ce marché. Il est assez difficile d'imaginer que des tests susceptibles de générer autant de conséquences tant au niveau individuel que collectif n'aient jamais été validés comme outils de diagnostic par la FDA, qui ne nous a pourtant pas donné jusque-là l'image d'une institution excessivement regardante. Il serait instructif de réaliser un sondage pour connaître le pourcentage de personnes dépistées qui ont connaissance de ce fait.

Pour que les tests VIH soient validés, il suffisait qu'il soit possible de prélever, d'isoler et de purifier le virus d'un patient testé positif, et ensuite de démontrer que ce virus n'est pas présent chez les patients testés négatifs. Cela n'a jamais été réalisé. Or un test d'anticorps ne peut pas être validé tant qu'il n'a pas été certifié par un étalon de référence: la présence de virus VIH lui-même dans l'organisme du sujet³. À la base, reste cet incontournable problème que le virus, malgré les annonces du contraire, n'a jamais été isolé dans le sérum d'un patient⁴. Dans ces conditions, comment connaître les protéines qui le composent? Le regretté Alfred Hassig, professeur d'immunologie à l'université de Berne, conseiller à l'OMS, président de la Société internationale de transfusion sanguine, qui savait de quoi il parlait, prévenait: « Aucun "test de sida" ne pourra jamais fonctionner du fait que le VIH n'a jamais été isolé, et que son existence n'a même jamais été démontrée. C'est tout le problème des tests VIH. L'impossibilité d'isoler une entité virale et de déterminer sans ambiguïté quelles sont les protéines qui le constituent a pour conséquence que prouver l'existence du VIH par la présence d'anticorps revient à recourir à un raisonnement circulaire⁵. »

Des tests qui testent quoi ?

Que contiennent alors ces tests ? En réalité, les protéines considérées comme les antigènes du VIH sont obtenues à partir de cultures dans lesquelles des cellules de patients atteints de sida sont cultivées en même temps que d'autres cellules provenant de patients exempts de sida – en règle générale, des cellules de patients leucémiques. Après que les cellules eurent été stimulées artificiellement, les chercheurs ont trouvé trente protéines dans le matériel filtré qui présentaient une densité caractéristique des rétrovirus. Ils ont attribué certaines protéines à différentes parties du virus, mais ils n'ont jamais démontré que ces prétendus « antigènes VIH » appartiennent réellement au VIH. Ils ont alors sélectionné dix protéines comme étant « spécifiques du VIH » parce qu'elles s'avéraient être les plus réactives avec les anticorps présents dans le sérum des patients atteints de sida (anticorps eux-mêmes non spécifiques). À présent, accrochez-vous : cela signifie que les « protéines VIH » ont été appelées ainsi non pas parce qu'il a été prouvé qu'elles entraient dans la composition du VIH, mais parce qu'elles réagissaient avec des anticorps dans le sang des personnes atteintes de sida. Ce qui permettra de diagnostiquer d'autres individus comme infectés par le VIH sur la base de la présence d'anticorps qui réagissent avec les mêmes protéines.

Vous suivez toujours ? Comme ni les uns ni les autres ne sont spécifiques, on pourrait se renvoyer la balle indéfiniment entre anticorps et antigènes qu'il serait toujours impossible de prouver l'infection par le VIH. En effet, du fait de cette non-spécificité, un anticorps dirigé contre un autre virus ou fabriqué suite à un état pathologique ou non peut très bien réagir avec une protéine du test et donner alors un résultat positif, même en cas de non-infection par le VIH : on a alors ce que l'on appelle une réaction croisée.

Réactions croisées

Ces réactions représentent l'effet pervers le plus inquiétant de la non-spécificité des anticorps réagissant aux protéines du test, et elles sont loin d'être exceptionnelles : près de 70 maladies ou états physiologiques ont été reconnus susceptibles d'engendrer ce type de réaction⁶. Elles peuvent se produire avec d'autres virus : celui de la grippe, de l'hépatite B, de l'herpès simplex 2, et également avec des bactéries, dont les bacilles de la tuberculose et de la lèpre. Le groupe de Perth a démontré par exemple que la tuberculose entraîne un Western Blot positif dans 50 % des cas⁷. Ces réactions croisées sont

Le groupe de Perth a démontré par exemple que la tuberculose entraînait un Western Blot positif dans 50 % des cas.

également fréquentes suite à une vaccination contre la grippe ou l'hépatite B. Il suffit de lire la notice d'un vaccin contre la grippe saisonnière, le Vaxigrip® de Sanofi Pasteur par exemple, pour en avoir confirmation : « Après vaccination antigrippale, il a été observé des réponses faussement positives aux tests sérologiques utilisant la méthode Elisa pour détecter les anticorps contre HIV1, hépatite C, et surtout HTLV1. Infirmées par le Western Blot, ces réactions transitoires faussement positives seraient dues à la réponse IgM induite par la vaccination. » La fiche produit consultable sur Internet⁸ du Fluarix® de GlaxoSmithKline, un autre vaccin antigrippal, confirme : « Dans les suites de la vaccination antigrippale, certains tests de dépistage (sida, hépatite C...) peuvent être exceptionnellement rendus faussement positifs. Pour éviter toute inquiétude injustifiée, ne pratiquez pas ces tests pendant le mois qui suit la vaccination. »

Risques de faux positifs

Curieusement, à ma connaissance, il n'est pas demandé aux personnes qui se présentent pour un dépistage de l'infection au VIH si elles se sont fait vacciner contre la grippe au cours du mois précédent. Ces réactions croisées se retrouvent d'autre part avec les maladies auto-immunes telles que la sclérose en plaques, la polyarthrite rhumatoïde, le lupus, dans certains types de cancers, dans la malaria, dans la cirrhose du foie. Certains états déclenchant la fabrication de protéines de stress tels qu'une activité physique intense ou la malnutrition peuvent eux aussi entraîner une réaction croisée avec les protéines des tests. De façon plus surprenante, la grossesse (et surtout la multiparité), qui n'a rien d'un état pathologique, peut faire de même. Selon la journaliste Christine Johnson : « La raison pour laquelle les membres des groupes à risque (homosexuels, consommateurs de drogue par voie intraveineuse, receveurs de transfusions sanguines) présentent des taux de séropositivité très élevés à leurs tests VIH tient au fait qu'ils ont été exposés à une multitude d'antigènes d'origine étrangère, ainsi qu'à des agents infectieux, et qu'ils présentent, par conséquent, de très nombreux anticorps à des antigènes non-VIH. Pour toutes ces raisons, il faut s'attendre à ce que les réactions croisées aux antigènes du VIH qui sont utilisés dans les tests VIH soient la règle plutôt que l'exception dans ces groupes à risque⁹. »

Les testés le savent-ils ?

À présent, depuis le 1^{er} décembre 2010, seuls sont utilisés les tests Elisa combinés anticorps/antigène p24. Considérée à tort comme une protéine spécifique du VIH, la p24, dans la mesure où elle susciterait une réaction plus rapide,

permettrait de réduire la fenêtre de conversion. Cependant, avec cette protéine, les réactions croisées sont relativement fréquentes avec certaines maladies auto-immunes. Ainsi 41 % des personnes atteintes de SEP (sclérose en plaques), même si elles ne réagissent pas au test Elisa, présentent une positivité à l'antigène p24¹⁰. Elle est d'autre part retrouvée chez une personne sur 150 sans aucune pathologie.

Le moins que l'on puisse dire est que le risque de réactions croisées est bien réel. Cependant, les personnes se soumettant au test sont-elles prévenues de ce risque? Question pourtant fondamentale d'un point de vue éthique...

D'autre part, nous relevons dans la conception des tests VIH un autre exemple de raisonnement circulaire. Pour leur composition, on a sélectionné certaines protéines du sérum sanguin de patients atteints de sida et on en a déduit qu'elles étaient des protéines constitutives du VIH sans se rendre compte que, dès cet instant, on a émis le postulat que le VIH causait le sida. Il suffit ensuite d'affirmer que les tests positifs basés sur ce postulat le prouvent et le tour est joué.

Les tests passés au test

Nous savions déjà que le test Elisa, étant d'une grande sensibilité, ne pouvait prétendre à la spécificité, les deux propriétés étant incompatibles: un test très sensible, en ratissant large, aura tendance à produire un certain nombre de faux positifs. Et pourtant, cette hypersensibilité a déjà été très atténuée par la dilution exceptionnelle du sérum. Les tests anticorps pour la plupart des autres maladies ne sont pas dilués ou très peu, comme le virus Epstein-Barr (taux de dilution de 10:1) ou le facteur rhumatoïde (40:1). Le test Elisa est le seul où le sérum est autant dilué puisque le taux de dilution est de 400:1. Un taux surprenant mais nécessaire pour la bonne raison qu'en l'absence de dilution, il semble que personne n'échapperait à un Elisa positif.

En témoigne l'intéressante expérience du Dr Roberto Giraldo, médecin d'origine colombienne, spécialiste en médecine interne et maladies infectieuses. Ce chercheur de l'université Cornell à New York a tout d'abord sélectionné une centaine d'échantillons, dont un de son propre sang, ayant tous été jugés négatifs au test Elisa réalisé selon les conditions de dilution protocolaires. Il a ensuite soumis les mêmes échantillons au même test, mais cette fois-ci avec un sérum non dilué. Résultat: 100 % des échantillons ressortaient positifs¹¹. Expérience instructive au plus haut point puisqu'elle laisse entendre que tout un chacun possède à des degrés divers des anticorps réagissant avec les protéines du test Elisa. Le seul facteur qui nous sauve de la séropositivité généralisée est la



Le test Elisa est le seul où le sérum est autant dilué puisque le taux de dilution est de 400:1. Un taux surprenant mais nécessaire pour la bonne raison qu'en l'absence de dilution, il semble que personne n'échapperait à un Elisa positif.

dilution fixée (sur quels critères?) à 400. D'autre part, les termes de positif et négatif pourraient suggérer que ces deux états sont catégoriquement tranchés. En réalité, la réaction du sérum au mélange de protéines du test Elisa se traduit par une coloration bleue plus ou moins prononcée selon le degré de réaction. Celle-ci est donc graduelle, c'est-à-dire qu'en dessous d'un certain seuil, on considérera le résultat comme négatif tandis que, juste au-dessus de ce seuil, il sera jugé positif: comme quoi tout tient à peu de chose...

Heureusement, Western Blot est là

Le test Elisa reste donc un test de dépistage, destiné en quelque sorte à faire un premier tri, le diagnostic d'infection ne pouvant être posé que sur la foi d'un deuxième test sur le même prélèvement sanguin, le Western Blot, dit test de confirmation. Le fait que ce test soit moins sensible que le test Elisa, ce qui le rend moins sujet aux faux positifs, est la raison pour laquelle il est utilisé en test de confirmation. Pourquoi alors ne pas l'utiliser immédiatement? Tout simplement à cause de son coût: on laisse au manœuvre Elisa le soin d'effectuer le



Campagne de sensibilisation lors de la journée mondiale du sida, à San Salvador, le 1^{er} décembre 2011.

gros du travail, le Western Blot ne se dérangeant qu'en cas de besoin.

Cependant, ce test est-il aussi précis que son statut privilégié de confirmateur pourrait le laisser supposer? Rappelons qu'il est basé sur les mêmes principes que le test Elisa: à savoir la réaction des anticorps sériques non spécifiques du VIH sur des antigènes qui ne le sont pas davantage. Cependant, à la différence de l'Elisa où les protéines sont mélangées, dans le Western Blot, elles sont séparées en fonction de leur poids moléculaire et se révèlent sous forme de bandes sur une fine languette de nitrocellulose. Un test réactif correspond à un certain nombre de bandes de protéines ayant réagi.

D'un pays à l'autre, tout change

Ce qui est toutefois assez surprenant, c'est que le nombre de bandes nécessaires pour définir le test comme positif varie d'un pays à l'autre. En Afrique, deux bandes suffisent à poser le diagnostic fatidique. Au Canada, il faut trois bandes, tandis que la France et l'Australie réclament quatre bandes. Quant au Royaume-Uni, il ne reconnaît tout simplement pas la validité du Western Blot comme test de confirmation d'une infection au VIH. Pour passer du statut de séropositif à celui, bien plus envié, de

Si vous faites votre test dans un laboratoire qui utilise ceux de la Croix-Rouge, vous serez jugé séropositif, alors que si vous le faites dans un laboratoire qui se base sur les critères de la FDA, miraculeusement, vous ne serez plus infecté par le VIH.

séronégatif, il suffit donc de prendre l'avion... ou de simplement changer de rue. Le Dr Valendar Turner, du groupe de Perth, présente, dans un article au titre explicite: « HIV positive? It depends on where you live¹² », un tableau indiquant qu'aux États-Unis, l'interprétation du Western Blot peut changer d'un laboratoire à l'autre selon l'institution (CDC, FDA ou Croix-Rouge) dont il applique les critères. Si vous faites votre test dans un laboratoire qui utilise ceux de la Croix-Rouge, vous serez jugé séropositif, alors que si vous le faites dans un laboratoire qui se base sur les critères de la FDA, miraculeusement, vous ne serez plus infecté par le VIH. Cette diversité dans l'interprétation des résultats du Western Blot laisse pour le moins perplexe quand il s'agit d'un test qui a le pouvoir de faire basculer votre vie. Une petite bande de plus ou de moins, un laboratoire d'analyses médicales plutôt qu'un autre, et tout change...

Marge d'erreur

Nous avons donc un test Western Blot qui vient « confirmer » un test Elisa. Cependant, nous venons de voir que le Western Blot est simplement une autre façon de rechercher ces anticorps non spécifiques, avec certes une moindre tendance aux faux positifs certes, puisque moins sensible. Mais dans quelle mesure un test non fiable à 100 % peut-il confirmer de façon certaine un autre test non fiable à 100 %? C'est une béquille qui soutient l'autre. On fait croire au public qu'en accumulant ainsi les tests (et ce dans certains pays seulement), on se protège de tout risque d'erreur. Cependant, il faut garder à l'esprit que cette démarche est en elle-même un aveu du manque de fiabilité du premier test pour commencer. D'ailleurs, Robert Gallo en personne, lors d'une interview accordée au réalisateur de *House of Numbers*, déclare: « *Fait correctement, la marge d'erreur est extrêmement faible.* » « *Fait correctement* »?: doit-on comprendre que, dans certains cas, ces tests ne sont pas réalisés de façon correcte? « *La marge d'erreur est extrêmement faible* »: là encore, en se voulant rassurant, le chercheur, qui a touché de considérables royalties sur chaque test Elisa effectué, commet un énorme aveu: il existe bel et bien une marge d'erreur. Ayons une pensée pour tous ceux et celles qui ont la malchance de se trouver bien malgré eux dans cette « *marge d'erreur extrêmement faible* »...

Arrêter les tests ?

Dès le départ, le problème semble résider en cette absence de spécificité qui provient du fait que l'on n'a jamais été capable d'isoler

le virus. On parle à la légère de « tests sida », alors que ce ne sont même pas des tests du VIH¹³. Ce sont des tests qui recherchent des anticorps qui sont supposés être des anticorps anti-VIH, mais qui ne sont en fait pas spécifiques.

Certains *insiders*, au vu de ce qui précède, ont une opinion très arrêtée sur leur généralisation. Rebecca Culshaw, dans son célèbre article « Pourquoi j'ai arrêté de croire au VIH », écrit : « J'en suis arrivée à croire sincèrement que ces tests VIH font incommensurablement plus de mal que de bien, en raison de leur incroyable manque de spécificité et de standardisation. Je peux adhérer à l'idée qu'il est utile de tester anonymement les réserves de sang pour dépister un marqueur non spécifique de maladie [...] Je ne peux adhérer à l'idée que chaque individu ait besoin d'un test diagnostique de VIH. Un test négatif peut ne pas être exact (quoi que cela signifie), mais un test positif peut créer des ravages et la destruction dans la vie d'une personne – tout cela pour un virus qui est, très probablement, absolument inoffensif. Je ne crois pas que cela soit aller trop loin de dire que ces tests devraient être interdits pour les diagnostics. » Étienne de Harven, qui a préfacé la traduction française de son ouvrage, n'est pas davantage favorable aux tests : « Ils [les tests] ne testent absolument rien. La meilleure conclusion et guérison de cette panique du sida serait d'interdire les tests. Si on cessait de faire ce fameux test de la séropositivité, on ne parlerait plus de sida¹⁴. »

Vers un dépistage systématique

Devant le risque d'erreur toujours présent et les implications d'une annonce d'un résultat positif, on pourrait penser que précaution et réserve seraient de rigueur dans l'incitation à se faire dépister. Or, si ce fut le cas au début de l'ère sida, si l'on en croit les dernières recommandations de la HAS (Haute Autorité de santé), il semble qu'il serait temps d'enclencher la vitesse supérieure et de passer à « la mise en œuvre d'un nouveau modèle de dépistage remettant en cause le paradigme "exceptionnaliste" qui fondait l'approche "traditionnelle" du dépistage, plusieurs recommandations et avis ont été récemment publiés préconisant un élargissement de la proposition de dépistage à la population générale, hors notion de comportements à risque ou caractéristiques particulières, à l'initiative des professionnels de

« Ils [les tests] ne testent absolument rien. La meilleure conclusion et guérison de cette panique du sida serait d'interdire les tests. Si on cessait de faire ce fameux test de la séropositivité, on ne parlerait plus de sida. » Étienne de Harven



Getty Images/Flickr RM/McGregor+montage G.M.

santé¹⁵ ». De toute évidence, on souhaite élargir la population concernée par le dépistage et impliquer plus activement les médecins généralistes, déjà fort mis à contribution dans la promotion des autres dépistages.

Principe de l'opt-out

On nous dit d'autre part : « Dans le cadre de la grossesse, il devrait donc être rappelé qu'un test de dépistage de l'infection par le VIH devrait être proposé au moment de la première consultation prénatale à toute femme enceinte, dans le cadre du bilan biologique réalisé de façon systématique, selon le principe de l'opt-out. » Par opposition au dépistage de routine avec consentement préalable (opt-in), le principe de l'opt-out consiste à insérer automatiquement le test VIH dans le bilan général sauf refus exprès de l'intéressée. Considérant l'absence d'information sur le risque d'erreur engendré par ce test, il est fort à parier que peu de femmes refusent. Confirmation apportée par le rapport Yeni 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, selon lequel seules 1,5 % des femmes refusent en France métropolitaine. Quant aux DOM, elles sont encore moins nombreuses à décliner le test : 0,5 %¹⁶. Difficile d'en expliquer les raisons, mais ce principe de l'opt-out nous fait tout de suite penser à la vente forcée (d'ailleurs illégale) : la procédure vous est vendue d'office et c'est le refus qui demande une démarche particulière et un certain travail, ce qui le rend bien

entendu moins probable que si c'était l'acte d'accepter ou d'acheter qui nécessitait cette démarche. Un autre constat suscite réflexion : nous venons de voir que la grossesse faisait partie des états physiologiques susceptibles d'engendrer des réactions croisées et donc un risque d'erreur, or il s'agit de l'état où le test est le plus activement promu...

Plus loin, cet encouragement est réitéré : « Dans l'objectif d'améliorer la détection précoce de l'infection par le VIH et de réduire le retard au dépistage, la HAS recommande que soit proposé un test de dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans, voire au-delà, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière. » On dérive donc doucement vers le dépistage systématique (qui est déjà officiel pour les femmes enceintes) sur la base qu'« aujourd'hui, un dépistage précoce permet de proposer une prise en charge thérapeutique ou prophylactique aux personnes infectées avec les meilleures chances de bénéfice individuel et [il] permet aussi d'améliorer la prévention de la transmission du VIH. L'approche de santé publique, fondée notamment sur le développement d'un dépistage en routine, semble donc plus à même de réaliser les objectifs d'une politique de dépistage de l'infection par le VIH que le maintien de l'approche exceptionnaliste qui prévalait jusqu'ici. » Le message est clair, l'approche « exceptionnaliste » peut aller se rhabiller : place à la banalisation des tests de dépistage. Et pour mieux banaliser, on a bien compris que l'attente des résultats (et la hantise d'aller les chercher) constituait un frein. La solution : le test rapide.

Le test en 30 minutes

Selon la HAS, le test de dépistage rapide (TDR) est défini comme « un test unitaire, à lecture subjective, de réalisation simple et conçu pour donner un résultat dans un délai court (moins de 30 minutes généralement) ». Nous sommes immédiatement rassurés par le qualificatif de « subjective » attribuée à la lecture. Elle semble l'être tant qu'il nous est dit que « l'interprétation des résultats du TDR doit tenir compte du contexte clinique et épidémiologique ». Le TDR n'est ainsi plus tout à fait anonyme et est susceptible d'être influencé par le « contexte ». Il est vrai que le TDR n'est, au même titre que l'Elisa, qu'un test de dépistage, et devra par conséquent faire l'objet d'un test de confirmation type Western Blot.

A priori, ce test vise davantage les populations à risque réticentes vis-à-vis des structures trop médicalisées. Quoi qu'il en soit, cette nouvelle offre ne peut qu'élargir le marché...

La grossesse fait partie des états physiologiques susceptibles d'engendrer des réactions croisées et donc un risque d'erreur, or il s'agit de l'état où le test est le plus activement promu...

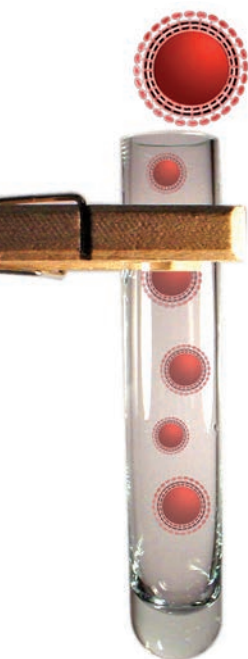
Un petit counseling ?

« Counseling : information conseil personnalisé, visant à aider une personne à prendre une décision, résoudre des problèmes, faire face à une crise nécessitant de sa part une série de changements auxquels elle ne se sent pas forcément préparée », nous dit la HAS, qui poursuit : « Les débats initiés au début des années 2000 autour d'un renouvellement du modèle de dépistage de l'infection par le VIH ont concerné également le counseling, certains considérant le counseling pré-test présenté souvent comme obligatoire comme un obstacle au dépistage. » On les comprend : qui a envie de se faire donner une leçon de morale et de répondre à des questions – que l'on peut supposer indiscretes – avant son test ? Plus loin, il nous est dit que : « Le counseling présente a priori un haut degré de pertinence dans la démarche de dépistage car celle-ci comporte des éléments nécessitant une forme de soutien, d'accompagnement ou d'aide au changement, notamment lorsque ce dernier porte sur les dimensions complexes ayant trait à la modification des pratiques sexuelles ou à la réduction des risques. »

Quelle aubaine tout de même que cet anglicisme ! Le terme est suffisamment flou pour que l'on ne sache trop ce qu'il définit : nous avons le choix entre information, leçon de morale, soutien, accompagnement, incitation ou vif encouragement au dépistage... Il est d'autre part suffisamment « tendance » pour faire son petit effet lors des sessions de brainstorming sur le sida management.

Accompagnement vs Information

Après une petite expérience, j'émets toutefois une réserve quant au côté « information » de ce terme fourre-tout. Imaginons que vous ayez eu un rapport à risque, ou que les messages entendus lors de la journée mondiale sur le sida soient parvenus à vous convaincre que c'était un scandale de ne pas connaître son statut sérologique. Considérant les implications d'un test positif, avant de vous soumettre au dépistage, vous cherchez à vous informer auprès d'une des nombreuses associations gravitant autour du sida et proposant sur Internet de répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser. Début décembre donc, je pose la simple question : « Les tests de dépistage sont-ils fiables à 100 % ? » à l'une d'entre elles. « Le test VIH est totalement fiable lorsqu'il est fait 6 semaines après une situation à risque, me répond-on. Dans le cas d'un résultat positif, un 2^e test est effectué pour vérifier une deuxième fois le résultat par un test qui s'appelle le Western Blot. Que vous est-il arrivé pour poser cette question ? » La dernière question traduit



incontestablement un désir sincère d'aider, mais il est dommage que l'« information » ne puisse être délivrée sans recourir à l'indiscrétion. Lorsque je demande des précisions sur la fiabilité des tests VIH, on me rassure en confondant fiabilité et respect de la fenêtre de séroconversion (période de latence nécessaire à l'apparition des anticorps dans le sang): « *Le délai de fiabilité d'un test de dépistage du VIH est de 6 semaines et se fait avec un test combiné anticorps-antigène p24. [...]*

En revanche, la fiabilité totale pour les tests à lecture rapide est de trois mois. ». Et lorsque je m'enquiers:

« *Quels sont donc les risques de faux positifs pour chacun des trois tests (Elisa/*

p24, Western Blot, test à lecture rapide)? Existe-t-il un risque d'erreur? » il m'est répondu: « *Tout résultat de test positif est, de toute façon, confirmé. Par conséquent on peut dire que, d'une certaine façon, il n'y a pas de faux positifs* »: nous voilà, d'une certaine façon, rassurés. J'insiste: « *Donc si je comprends bien, à partir du moment où un test Elisa positif est confirmé par un test Western Blot positif, il n'y a aucun risque d'erreur: il est à 100 % certain que la personne testée est porteuse du virus HIV?* ». Je reçois: « *Si les deux tests sont positifs, le médecin qui remet les résultats ne pourra manquer d'orienter la personne vers un service hospitalier spécialisé dans la prise en charge du VIH. Dites-nous ce qu'il vous arrive pour que vous nous posiez cette question. Peut-être pourrions-nous vous aider plus efficacement?* » La réponse dérive vers une promesse d'accompagnement (ce n'est pas ce qui était demandé), et encore une fois, vers une question indiscrète. À croire que poser des questions précises, et pour le moins légitimes étant donné les implications d'un résultat positif, ne peut que relever de la pathologie...

Fausse réassurance

Lorsque le service d'information est poussé dans ses retranchements: « *Si les deux tests sont positifs (Elisa + Western Blot): est-ce que ça garantit à 100 % que la personne testée est porteuse du virus? Quelle assurance pouvez-vous me donner?* » la faute est commise: « *Le WB confirme bien que la personne est contaminée par le VIH puisqu'il s'agit d'un test spécifique qui recherche le VIH.* » Deux incorrections dans cette phrase: le WB n'est pas un test spécifique justement dans la mesure où il ne recherche pas le VIH, mais des anticorps, eux-mêmes non spécifiques. Et, avec la dernière réponse, on persiste et signe dans

Il est bien gentil de nous tendre la boîte de Kleenex et de nous tenir la main pour nos premiers pas dans le monde des séropositifs, mais à tout prendre, nous préférierions ne pas y entrer pour rien sur la base d'un faux positif.

l'erreur et la fausse réassurance: « *Du fait de sa spécificité il n'y a aucun doute possible.* » Que retenir de ce dialogue de sourds qui laisse le sentiment, du côté du demandeur d'information, de ne pas s'exprimer en bon français? Qu'il est bien gentil de nous tendre la boîte de Kleenex et de nous tenir la main pour nos premiers pas dans le monde des séropositifs, mais à tout prendre, nous préférierions ne pas y entrer pour rien sur la base d'un faux positif. D'autre part, si nous pouvions échanger tous ces efforts de counseling, quelque signification que l'on donne à ce terme, contre des réponses précises, ce ne serait pas plus mal. Car enfin, contrairement à ce que leur banalisation laisse supposer, passer un test VIH n'a rien d'anodin: il peut s'ensuivre un traitement médicamenteux à vie, supposé – et seulement supposé – prolonger ladite vie, mais engendrant dans le même temps de très graves effets secondaires. Et, faut-il le rappeler, depuis trente ans, aucun patient n'a été guéri du sida. Devant ce bilan peu glorieux, il est certainement plus que temps de se poser certaines questions: et si les « dissidents » avaient raison et que, depuis le départ, l'hypothèse VIH = sida était une fausse piste? Qui est derrière cette hypothèse? ●

notes

1. Données de l'US Department of Health & Human Services. <http://aids.gov/hiv-aids-basics/>
2. Voir aussi l'interview de Rodney Richards « Why the "HIV Test" Can't Tell You Whether You Have HIV », par Mark Gabrish Conlan, *Zenger's Newsmagazine*, octobre 2001.
3. Voir NEXUS n° 23 (nov./déc. 2002) « Test VIH: une fiabilité contestée » de Christine Johnson, consultable sur le site www.sidasante.com.
4. Voir à ce sujet l'intervention du Pr Étienne de Harven au Parlement européen le 8 décembre 2003: « Problems with isolating HIV » <http://www.altheal.org/texts/isolhiv.htm> et E. Papadopoulos *et al.*, « The isolation of HIV- Has it really been achieved? The case against », *Continuum*, vol. 4, n° 3, sept./oct. 1996.
5. *Continuum* vol. 3, n° 1, avril/mai 1995.
6. C. Johnson, « Whose antibodies are they anyway? Factors Known to Cause False Positive HIV Positive Test Results », *Continuum*, sept./oct. 1996.
7. E. Papadopoulos, V. Turner, J. Papadimitriou: « Is a positive Western Blot proof of HIV infection? », *Biotechnology*, Vol. 11, juin 1993.
8. <http://www.eurekasante.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-ovgron01-FLUARIX.html>.
9. C. Johnson, « Can you really trust the AIDS tests? », *HEAL Magazine*, 1995, traduction française disponible sur le site <http://www.sidasante.com> « Les tests VIH: une fiabilité contestée ».
10. E. Papadopoulos, V. Turner, J. Papadimitriou: « Is a positive Western Blot proof of HIV infection? », *Biotechnology*, vol. 11, juin 1993.
11. R. Giraldo, « Everybody reacts positive on the ELISA test for HIV », *Continuum*, vol. 5 n° 5, 1999, p. 8-11.
12. *Continuum*, vol. 3 n° 4, nov./déc. 1995, p. 20. Tableau consultable suivant le lien: <http://www.healtoronto.com/wbchart.pdf>.
13. H. Bauer, « HIV Tests Are Not HIV Tests », *Journal of American Physicians and Surgeons*, vol. 15, n° 1, printemps 2010, p. 5-9.
14. Interview accordée à Jean-Claude Roussez, CD inclus dans *Sida: supercherie scientifique et amaque humanitaire*, éditions Marco Pietteur, 2004.
15. Haute Autorité de santé, « Dépistage de l'infection VIH en France: stratégies et dispositif de dépistage, synthèse et recommandations », octobre 2009.
16. Consultable à <http://www.sante.gouv.fr/rapport2010-sur-la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-infectees-par-le-vih-sous-la-direction-du-pr-patrick-yeni.html>.

Une hypothèse immunisée contre les paradoxes

« Le VIH est la cause probable du sida », clamait Robert Gallo en 1984. Depuis, la communauté scientifique maintient sa position à grand renfort d'illogismes et de glissements sémantiques.



Nous avons évoqué certaines pistes qui pourraient contribuer à expliquer la précipitation de l'annonce de la découverte du virus causal du sida : le contexte politique et économique, le besoin de rester dans le politiquement correct, la volonté de recycler chercheurs et structures, la nécessité de trouver un coupable unique capable de susciter la générosité tant gouvernementale que privée... mais le succès de l'hypothèse aurait-il été aussi grand sans l'appétit de gloire de Robert Gallo ?

L'obsession du Nobel

En 1985, à Tyson Corner, Virginie, une femme choisit sa nouvelle voiture chez son concessionnaire. Lorsqu'elle mentionne au vendeur qu'elle est chercheuse en médecine, celui-ci lui raconte qu'un de ses voisins, chercheur lui aussi, s'est plaint récemment que le Nobel de médecine venait de lui passer sous le nez. Quelques années plus tard, en discutant avec son paysagiste, la même femme apprend de celui-ci qu'un de ses clients lui avait dit avoir manqué de peu le Nobel par deux fois. Dans les deux cas, le malchanceux chercheur est le même homme : Robert Gallo. Les prix n'ont pourtant pas manqué au « découvreur » du VIH : environ 80 en 25 ans de carrière, mais c'est le Nobel qu'il veut, et il prend très mal, après deux nominations, de ne pas encore le compter parmi ses trophées. Avant de finalement être acceptée, sa demande d'intégration à la prestigieuse National Academy of Sciences avait été rejetée une demi-douzaine de fois, entraînant chaque fois une absence prolongée du labo, le temps que le refus soit « digéré ». Lorsque le boss réapparaissait, son échec était systématiquement mis sur le compte de « ses ennemis ». L'obsession de Gallo pour le Nobel remonte assez loin : en 1974, dans une tentative d'attirer un certain chercheur dans son laboratoire, il lui dit tout de go : « Ça ne vous tente pas de pouvoir dire un jour que vous avez fait partie

d'un laboratoire qui a gagné un prix Nobel ? » De même, en 1980, il demanda à un chercheur qui venait d'intégrer son équipe : « Qu'est-ce que vous allez pouvoir faire pour me gagner le prix Nobel ? »

Dans sa quête du Nobel, Gallo ne laissait rien au hasard. Au début des années 1980, un de ses amis, le virologue George Klein, faisait partie du comité du Nobel. Lors d'une conférence cette année-là, Gallo s'arrangea pour dîner chaque soir avec Klein... jusqu'à ce qu'il apprenne que ce dernier avait été remplacé dans le comité par l'immunologiste Hans Wigzell. Le soir même, Wigzell avait pris la place de Klein à la table de Gallo. Gallo n'a jamais considéré les autres chercheurs dans son domaine comme des collègues, mais comme des concurrents, voire des ennemis. Une de ses occupations favorites était d'organiser des conférences scientifiques afin de rassembler des gens qui pouvaient « être importants ».

La chance de sa vie

Sans le sida, Gallo n'aurait peut-être été qu'un de ces chercheurs décrits par leurs collègues comme sans scrupule, hyperactifs dans le domaine des relations publiques, et prêts à tout pour un moment de gloire. Le VIH fut la chance de sa vie. Après le « coup médiatique » de la conférence de presse de 1984 (lire page 16), le Nobel n'avait jamais été aussi proche, il suffisait d'attendre : chaque année le rapprochait de son but ultime. C'est alors qu'en 1989, survient l'inattendu, la douche froide, la tuile monumentale : un des plus brillants – et des plus tenaces – journalistes d'investigation des États-Unis, sur demande de son rédacteur en chef au *Chicago Tribune*, va s'intéresser au personnage de Robert Gallo. John Crewdson est une grosse pointure : s'il n'a pas autant de prix que son futur sujet d'enquête, il accroche à son tableau le plus prestigieux d'entre eux dans le domaine du journalisme : le Pulitzer, rien de moins. Auteur de plusieurs ouvrages, il a la réputation d'être un enquêteur patient,

méthodique et scrupuleux. Pour Gallo, cela ne pouvait plus mal tomber: lui qui souffre déjà d'une tendance reconnue à la paranoïa commencera par appeler le rédacteur du *Chicago Tribune* pour se plaindre que Crewdson avait été en fait payé par ses ennemis. Gallo a peur de Crewdson. Et pour une fois, il n'a pas tort.

Négociations d'épicier

Le journaliste va, avec une minutie arachnéenne, tisser sa toile autour de Gallo: vingt mois d'enquête. Un supplément de la taille d'un livre: « The Great AIDS Quest » fut publié dans le supplément du dimanche du 19 novembre 1989 du *Chicago Tribune*.

Et Crewdson déballe les dessous de la « découverte du siècle ». Il révèle comment, lorsqu'il devint évident que le virus qu'il disait avoir isolé en 1984 ressemblait comme deux gouttes d'eau à celui identifié par l'Institut Pasteur en 1983 (et fort naïvement envoyé à leur collègue américain), Gallo se raccrocha à l'explication que le patient français dont les chercheurs de l'Institut disaient avoir extrait leur virus (LAV) devait avoir été contaminé par le patient américain (jamais identifié) à partir duquel il prétendait avoir extrait son virus (HTLV-III). Gallo considérait la simple suggestion que le LAV puisse avoir contaminé son HTLV-III comme un affront personnel, et les instances de santé fédérales se sont empressées de soutenir leur héros. Confrontés à l'assurance des officiels du gouvernement américain comme quoi le HTLV-III de Gallo n'était pas le LAV de l'Institut Pasteur, les Français ont accepté en 1987 un arrangement à l'amiable qui a conduit à la déclaration commune de Ronald Reagan et du Premier ministre Jacques Chirac: Robert Gallo et l'Institut Pasteur étaient déclarés codécouvreurs « de façon indépendante » du virus du sida, qui s'appellera dorénavant VIH (virus de l'immunodéficience humaine), histoire de mettre tout le monde d'accord, et le nom des chercheurs de l'Institut fut ajouté au brevet américain du test.

Rendre à César...

Il fallut attendre 1991 pour que les NIH procèdent à une autre enquête prouvant que le chasseur de virus américain

Le statut de héros de la science américaine vaudra à Gallo d'être simplement déclaré coupable de « mauvaise conduite scientifique ».

avait bel et bien travaillé sur le virus de l'Institut Pasteur, ouvrant ainsi la voie à de nouvelles négociations sur les royalties du test, où, cette fois, les Français allaient s'octroyer la part du lion.

Deux semaines après la sortie de l'article de Crewdson, John Dingell, représentant démocrate au Congrès américain, *watchdog* des pratiques scientifiques douteuses, écrivait au directeur par intérim des NIH, lui demandant s'il avait l'intention d'enquêter sur les accusations du *Tribune*. Celui-ci lui répondit qu'une enquête était déjà en cours. Dingell n'en rédigea pas moins un rapport accablant contre Gallo. Que l'on se rassure pour ce dernier: son statut de héros de la science américaine lui vaudra d'être simplement déclaré coupable de « mauvaise conduite scientifique ». L'égo de certains chercheurs a très certainement joué un rôle non négligeable dans le succès de la piste virale du sida; toutefois, si nous souhaitons sincèrement tenter d'exhumer la racine du problème, il nous reste à analyser le type de raisonnement qui a conduit à cet état de fait.

Raisonnement circulaire

Ce qui est pour le moins surprenant lorsque l'on se penche sur l'historique de l'adoption sans débat de l'hypothèse VIH = sida, c'est qu'il semble que tout a été fait à l'envers et que la charrue a été systématiquement placée avant les bœufs: on a émis l'hypothèse de l'origine infectieuse de la maladie pour justifier les institutions déjà existantes (les CDC entre autres); cette infection a été attribuée à un rétrovirus de façon à continuer à donner du travail aux chercheurs qui avaient exploré – sans succès – l'hypothèse de l'origine rétrovirale du cancer; on a annoncé par conférence de presse au monde entier que la cause probable du sida avait été trouvée sans qu'aucun article scientifique ne soit publié au préalable pour venir appuyer cette découverte; on a dépensé – et gagné – des fortunes sur les tests qui ne prouvaient pas la présence du virus, lequel virus n'avait pas été prouvé être la cause de la maladie pour commencer. En d'autres termes, dans ce domaine, on est parti de la conclusion que l'on voulait obtenir « le VIH cause le sida », et on a adapté les faits censés la prouver. Ce n'était plus les données scientifiques qui



façonnaient l'image que le public – et une grande partie de la communauté médicale – avait du sida, mais les services de communication. Le sida devint une maladie gérée par l'industrie des relations publiques. L'agenda politique et les effets d'annonce médiatique ont décidé de la teneur du discours scientifique, l'ont orienté, déformé au besoin, le simplifiant à l'extrême et l'adaptant sans états d'âme de façon à ce qu'il s'intègre dans leurs plans.

Dérive sémantique

Cette façon de sauter directement à la conclusion sans passer par la case démonstration se retrouve également sur le plan sémantique. Le nom du virus pour commencer : « virus d'immunodéficience humaine » laissait entendre qu'il était de façon certaine responsable de l'immunodéficience observée dans le sida, ce qui n'est toujours, d'un point de vue scientifique, qu'une simple hypothèse qui n'a jamais été prouvée. D'autre part, on soude de plus en plus fréquemment les deux acronymes VIH et SIDA : on les retrouve collés partout sous la forme VIH/SIDA, aussi bien dans les documents officiels de l'OMS que dans la presse grand public. Gageons que très bientôt, on inventera, pourquoi pas, un nouvel acronyme officialisant de façon définitive cette dérive sémantique. Il semble déjà que l'on emploie les termes « VIH » ou « sida » de façon interchangeable puisque l'on parle dans le rapport de la HAS d'« épidémie de VIH », quoi que cela veuille dire. Le nom de la maladie ou du virus prétendument responsable n'est jamais neutre : il présente déjà aux yeux du grand public comme de la communauté scientifique l'explication étiologique comme une évidence.

Pourquoi une telle longévité ?

Toutefois, ce qui paraît plus surprenant encore, c'est la persistance de l'hypothèse, sa longévité. Les arguments à son encontre se sont pourtant accumulés avec une belle régularité au cours des années, et il est assez incompréhensible qu'elle tienne toujours debout alors qu'un seul parmi ces arguments aurait suffi à la mettre à bas si la logique avait prévalu. Comment a-t-elle pu résister aux arguments pourtant implacables qui l'invalidaient ? C'est à ces questions que nous allons tenter de répondre.

Un des facteurs qui a pu contribuer à sa longévité est l'abus du raisonnement circulaire. En effet, lorsque des voix se sont élevées pour exposer les failles de cette hypothèse, on a eu recours à ce type de raisonnement consistant à appuyer une hypothèse contestée par une nouvelle hypothèse non moins bancale. Un exemple parmi d'autres : ce qui sera connu sous

Lorsque des voix se sont élevées pour exposer les failles de cette hypothèse, on a eu recours à ce type de raisonnement consistant à appuyer une hypothèse contestée par une nouvelle hypothèse non moins bancale.

l'appellation de « surprise d'Amsterdam ». Au cours de l'été 1992, se tint dans la Venise du Nord la VIII^e Conférence internationale sur le sida où fut présentée l'existence de cas de sida sans VIH. Rien de moins. Si l'on pouvait développer un sida sans être infecté par le VIH, comment défendre encore que le VIH soit l'unique cause du sida ? Ces cas étaient a priori la preuve parfaite de la non-validité de l'hypothèse virale : que demander de mieux ? Il semble que ça n'était pas encore assez puisque plutôt que de remettre en question leur théorie, les officiels des CDC présents à Amsterdam émirent l'hypothèse d'un « nouveau virus » qui pourrait causer ces cas exceptionnels. Dans la foulée, on inventa une nouvelle maladie répondant au doux nom de lymphocytopénie CD4 idiopathique, ce qui signifie simplement, en langage courant, un nombre de lymphocytes inférieur à la normale (lymphocytopénie) de cause inconnue (idiopathique). Le fait de ne rien comprendre à un phénomène médical n'a jamais empêché l'attribution de noms savants.

Illogismes opportunistes

Autre exemple : les statistiques ont tendance à accuser une baisse ? L'explosion de cas dans la population hétérosexuelle ne s'est jamais produite ? Voilà l'occasion rêvée de remettre en question la transmission sexuelle du sida et, dans la foulée, son origine virale. Pas si vite : la définition du sida a été élargie par l'inclusion du taux de cellules CD4. Résultat : le nombre de cas de sida a doublé, la prédiction de l'explosion de l'épidémie s'est réalisée, donc l'hypothèse est juste.

Autre illogisme : par définition, le sida est un syndrome. Un syndrome est une association de symptômes cliniques, autrement dit quelque chose qui se voit, observable par un clinicien. Or, voilà que depuis 1993, on peut être diagnostiqué atteint d'un sida déclaré à partir du moment où l'on est séropositif et que l'on présente un taux de CD4 inférieur à 200, et cela même en l'absence de tout symptôme, donc de tout syndrome. Nous voilà diagnostiqués atteints d'un syndrome sans syndrome...

Il y a autre chose qui paraît incroyable : la signature du sida, nous dit-on, est la réduction d'une sous-population de lymphocytes, les cellules CD4, responsables de l'intégrité du système immunitaire. Or, le mystère du mécanisme par lequel le VIH affecterait ces cellules n'est toujours pas élucidé. En premier lieu, comment le VIH s'introduit-il dans la cellule cible ? On a supposé que sa membrane

fusionnerait avec celle de sa victime. Questionné en 2009 à ce sujet, Robert Gallo répond : « *Je ne comprends pas le processus de la fusion et je ne pense pas qu'il existe quelqu'un qui le comprenne².* » Eh bien, voilà qui est rassurant de la part de l'ex-découvreur du VIH. Pourtant, en 2007, interrogé sur ses projets de recherches, il avait alors déclaré qu'« *il s'intéressait à présent au mécanisme par lequel le virus causait la maladie³* ». Il était temps, aurait-on pu commenter...

L'hypothèse de l'apoptose

En fin de compte, lorsqu'il ne fut plus possible de soutenir que le VIH tuait les cellules CD4 en les pénétrant, on a émis l'hypothèse qu'il ne les tuerait pas directement, mais leur commanderait de le faire elles-mêmes, en d'autres termes, de se suicider par apoptose. Puis, quand cette hypothèse-là fut à son tour obsolète étant donné que, dans le même temps, le VIH était conservé en laboratoire dans des cultures de lymphocytes qui semblaient immortelles, on suggéra que le VIH causait le sida non pas en tuant les cellules CD4 (ou en leur commandant de le faire elles-mêmes) mais en surstimulant le système immunitaire. Il suffisait d'y penser... Pour illustration de l'absence totale de consensus dans ce domaine, les réponses embarrassées du Dr Jay Levy, directeur du Laboratory of Tumor and AIDS Virus Research de l'université de Californie à San Francisco au micro de Brent Leung dans *House of Numbers* : malgré tous ses efforts, il parvint à se contredire plusieurs fois en l'espace de quelques minutes. En résumé, à la question : « *Comment le VIH agit-il sur les cellules CD4 ?* », l'establishment du sida répond : « *Nous n'en avons pas la moindre idée, mais continuez à nous donner de l'argent.* »

Rebecca Culshaw résume ainsi cette recherche systématique d'explications tirées par les cheveux : « *Ils [les chercheurs] savent que leurs prédictions ne se sont jamais confirmées et pourtant, ils n'arrêtent pas d'inventer des mécanismes bizarres pour expliquer la pathogenèse du VIH⁴.* » Une telle obstination force l'admiration. Devant tant de mauvaise foi, il devient flagrant que nous avons affaire à un monolithe attaché avant tout à défendre l'indéfendable coûte que coûte, quels que soient les faits. Si l'on avait consacré autant d'efforts et de ressources à explorer les hypothèses alternatives que l'on en a mis à défendre et à sauver l'hypothèse



G.M.

VIH = sida, on aurait peut-être trouvé une solution. Il est en effet surprenant de constater l'acharnement déployé à trouver des explications aux nombreux paradoxes engendrés par cette hypothèse plutôt qu'à s'interroger sur la signification même de l'existence desdits paradoxes. Peter Duesberg confirme :

« *Il n'y a pas de paradoxes dans la nature, seulement des hypothèses erronées⁵.* » CQFD.

Les cas de sida explosent... ou est-ce seulement la façon de poser le diagnostic qui change ?

Nouvelles étiquettes

Avant de poursuivre, il est bon de rappeler que le sida n'est pas une maladie spécifique, mais un ensemble de maladies, et que chacune d'entre elles peut se produire chez des personnes séronégatives et possède une étiologie reconnue et un traitement spécifique absolument sans rapport aucun avec le VIH. Et pourtant, ces maladies sont dites « *maladies du sida* ». Cela conduit à des situations pour le moins étranges, brossées de façon sarcastique par un Peter Duesberg particulièrement en forme lors d'une conférence à Berkeley, en mars 1993 : « *Lorsque vous avez la tuberculose, qui est l'une des 25 maladies du sida, et que vous avez en même temps des anticorps au VIH, votre maladie sera appelée sida. Si vous avez la même maladie mais sans VIH, à ce moment-là, on appelle cela tuberculose et tout le monde s'en fout. Ça n'a aucune chance d'être publié dans Nature, Science, le NEJM, ou le Los Angeles Times. Personne n'en fera mention parce que la tuberculose est une ancienne maladie et personne ne peut faire une carrière dans cette voie-là. Une démence avec le VIH, c'est le sida. Une démence sans VIH, vous êtes simplement stupide. Ce n'est pas moi qui l'invente. C'est la définition du sida⁶.* »

Malade sans symptômes

Nous étions début 1993. Dans le courant de cette même année, les CDC décidèrent d'ajouter le cancer invasif du col de l'utérus à la liste des maladies du sida. À première vue, on ne saisit pas tout de suite le rapport entre le cancer du col et une déficience immunitaire. Peut-être s'agit-il là d'une tentative désespérée pour faire augmenter le pourcentage des femmes atteintes de sida, bien inférieur à celui des hommes dans les pays développés ? Cependant, 1993 restera avant tout l'année où le taux de cellules CD4 sera inclus comme critère de diagnostic. Un taux

À la question :
« Comment le VIH agit-il sur les cellules CD4 ? »
l'establishment du sida répond :
« Nous n'en avons pas la moindre idée, mais continuez à nous donner de l'argent. »

inférieur à 200 sera dorénavant suffisant pour déclarer un séropositif atteint de sida, même en l'absence de symptômes cliniques. Pour la première fois, un diagnostic de sida pourra être posé simplement sur la foi de deux mesures de laboratoire. « Nous avons remplacé la chose réelle par la mesure, comme si nous remplacions le repas par le menu », commente Richard Strohman, professeur émérite de biologie moléculaire à l'université de Californie à Berkeley.

Élargissement de la définition

Ce dernier changement de définition ne se fit pas sans heurts, même au sein de l'establishment : un officiel du Department of Health & Human Services prévint que cette inclusion allait rendre impossible tout suivi sérieux de l'évolution de la maladie dans la population. C'était le but, aurait-on pu lui rétorquer. En effet, selon le rapport de surveillance HIV/AIDS des CDC eux-mêmes, les diagnostics de sida ont enregistré un pic au cours du troisième trimestre 1991, après lequel ils ont diminué, puis ont accusé un autre pic au premier trimestre 1993 avec une augmentation de près de 100 %, au moment de l'élargissement de la définition⁷. Aux États-Unis, le nombre de cas déclarés de sida augmenta ainsi de 182 000 du jour au lendemain. Masquer un début de déclin des diagnostics était-il le seul motif possible de cette inclusion ? Selon Rebecca Culshaw, elle aurait présenté d'autres avantages, en outre « de diminuer de manière drastique le nombre des patients qui mourraient réellement. Il n'est point besoin d'être un pathologiste chevronné pour comprendre que si une personne ne présente pas de maladie, cela réduit déjà beaucoup son risque de mourir de maladie dans les moments à venir... Par conséquent, la proportion de cas de sida qui s'avéraient mortels connut une chute considérable en 1993-1994, ce que l'orthodoxie et les médias de masse furent plus qu'heureux de présenter comme une mortalité diminuée grâce aux inhibiteurs de protéase. Toutefois, lesdits inhibiteurs de protéase ne furent pas mis à la disposition générale des patients du sida avant 1996, donc plus de deux ans après qu'ait commencé le déclin de la mortalité⁸. »

Il existerait encore une autre raison, cette fois d'ordre social et économique : les activistes AIDS auraient réclamé cette inclusion dans le but d'augmenter l'accès aux soins et leurs remboursements. Des changements de définition qui n'ont pas grand-chose à voir avec le domaine médical...

« Le sida n'est pas une maladie de plus : c'est la maladie la plus métaphorique de toute l'histoire. C'est le triomphe absolu de la politique sur la science. »
Michael Fumento, journaliste

Un nouveau concept de maladie

En fin de compte, ce n'est pas seulement le sida qui est nouveau, mais la façon de définir une maladie qu'il a introduite : le sida est-il une nouvelle maladie ou bien un nouveau concept de ce qu'est une maladie ? « *Le sida n'est pas une maladie de plus : c'est la maladie la plus métaphorique de toute l'histoire. C'est le triomphe absolu de la politique sur la science* », répond le journaliste d'investigation Michael Fumento, auteur de *The Myth of Heterosexual AIDS*⁹. Plus près de nous, un médecin français d'origine croate du nom de Mirko Grmek, historien de la médecine, écrit dans *Histoire du sida*¹⁰ que « le sida n'est pas une maladie au sens premier du terme [...] Ses manifestations pathologiques n'auraient même pas pu être comprises en tant que maladie avant l'apparition de nouveaux concepts résultant des développements récents dans le domaine des sciences de la vie. Par le passé, une maladie était définie soit par des symptômes cliniques, soit par des lésions pathologiques, c'est-à-dire des changements morphologiques dans les organes et les tissus. Dans le cas du sida, rien de la sorte. Les personnes atteintes par le virus VIH souffrent et meurent avec des signes et des lésions typiques d'autres maladies. Il y a seulement vingt ans [nous sommes en 1995], ces maladies opportunistes étaient la seule réalité que les médecins auraient pu observer. » Rappelons que le comptage des cellules CD4 ne fut rendu possible que très peu de temps avant l'apparition des premiers cas de sida. « En d'autres termes, poursuit Grmek, le sida n'est pas seulement nouveau dans le sens où il n'a été reconnu que récemment : le sida est particulier dans le sens où il a été défini par des chercheurs dans le domaine de la biomédecine. On peut alors s'interroger : sans ces outils de mesure, qui n'existaient pas il y a vingt ans, comment le sida aurait-il pu être reconnu s'il avait existé à ce moment-là ? »

L'histoire du sida, dictée par des mesures de laboratoires, est donc ainsi jalonnée de changements de définition et de statistiques alarmantes. Mais nulle part ces statistiques ne le seront davantage que sur le continent noir. ●

notes

1. Seth Roberts, « Lab Rat: What AIDS Researcher Dr Robert Gallo Did in Pursuit of the Nobel Prize » *Spy*, juillet 1990.
2. Interviewé par Brent Leung dans *House of Numbers*.
3. Janine Roberts, *Fear of the Invisible*, p. 184, Impact Investigative Media Publications, 2008.
4. Rebecca Culshaw, *La Théorie VIH du sida, incohérence scientifique*, éditions Marco Pietteur, 2009.
5. *Alumni Day*, 6 mars 1993, Berkeley, université de Californie.
6. *Ibid.*
7. US Centers for Disease Control 1998 HIV/AIDS Surveillance Report Year-end 1997 p. 25, figure 6.
8. Rebecca Culshaw, *op. cit.*
9. Traduit en français chez Albin Michel sous le titre *Le Mythe du sida hétérosexuel*, 1989.
10. Petite Bibliothèque Payot, 1995.

Sida en AFRIQUE :

D

es scénarios de fin du monde comparent le sida sur ce continent aux grandes épidémies de l'histoire telles que la grande peste au Moyen Âge qui fit 20 millions de victimes. *USA Today* parlait d'une bombe à retardement qui reposait au sud du Sahara, l'Unicef qualifiait le sida « d'incarnation moderne de l'enfer de Dante », mais ces prévisions alarmantes, si promptes à déclencher panique et financements, sur quelle base les avait-on établies ?

Le problème en Afrique était : comment poser un diagnostic étant donné la disponibilité toute relative des tests ? En 1985, sous l'égide de l'OMS, un groupe de scientifiques occidentaux se réunit à Bangui et établit un certain nombre de critères censés permettre à un médecin face à un patient de décréter, simplement en l'examinant : « *Ce patient a probablement un sida.* » Ces critères étaient les suivants : perte de poids de plus de 10 % sur deux mois, diarrhée prolongée, toux persistante, fièvre. Cet ensemble de critères restera sous le nom de « *définition de Bangui* ».

C'est le sida !

Curieusement, le sida, déjà fort multiforme, se traduisait par certaines maladies à San Francisco, et par un ensemble de maladies complètement différentes en Ouganda. Et de façon encore plus curieuse, le sida touchait en très grande majorité les hommes en Occident, tandis qu'en Afrique, il était réparti également entre les deux sexes. « *Avec cette définition, confirme Tom Bethell, rédacteur pour l'American Spectator, ils pouvaient trouver le sida dans tout le continent. Ils pouvaient dire que nous étions tous exposés, que le virus affectait aussi bien les femmes que les hommes pour la bonne raison que, selon ces critères, n'importe qui dans un hôpital en Afrique pouvait être diagnostiqué atteint du sida sans jamais avoir passé le moindre test¹.* » En effet, les diarrhées infectieuses, très communes en Afrique, empêchent l'organisme de conserver ses nutriments. Cela affaiblit le système immunitaire. Lorsque l'eau est contaminée,

L'appétit des médias pour les chiffres spectaculaires et leur aversion pour les points de vue nuancés ont engendré une image apocalyptique de la situation en Afrique. À y regarder de plus près, c'est bien le cas... mais pas à cause du sida.

les gens souffrent de diarrhée de façon chronique et ne tardent pas à perdre du poids. À ce point-là, ils ont déjà rempli les critères de Bangui. La tuberculose, extrêmement répandue en Afrique, entraîne elle aussi une perte de poids, mais également fièvre et toux. Pour la malaria, enlevez la toux et remplacez par une grande fatigue. Tous ces symptômes rentrent exactement dans le cadre de la définition de

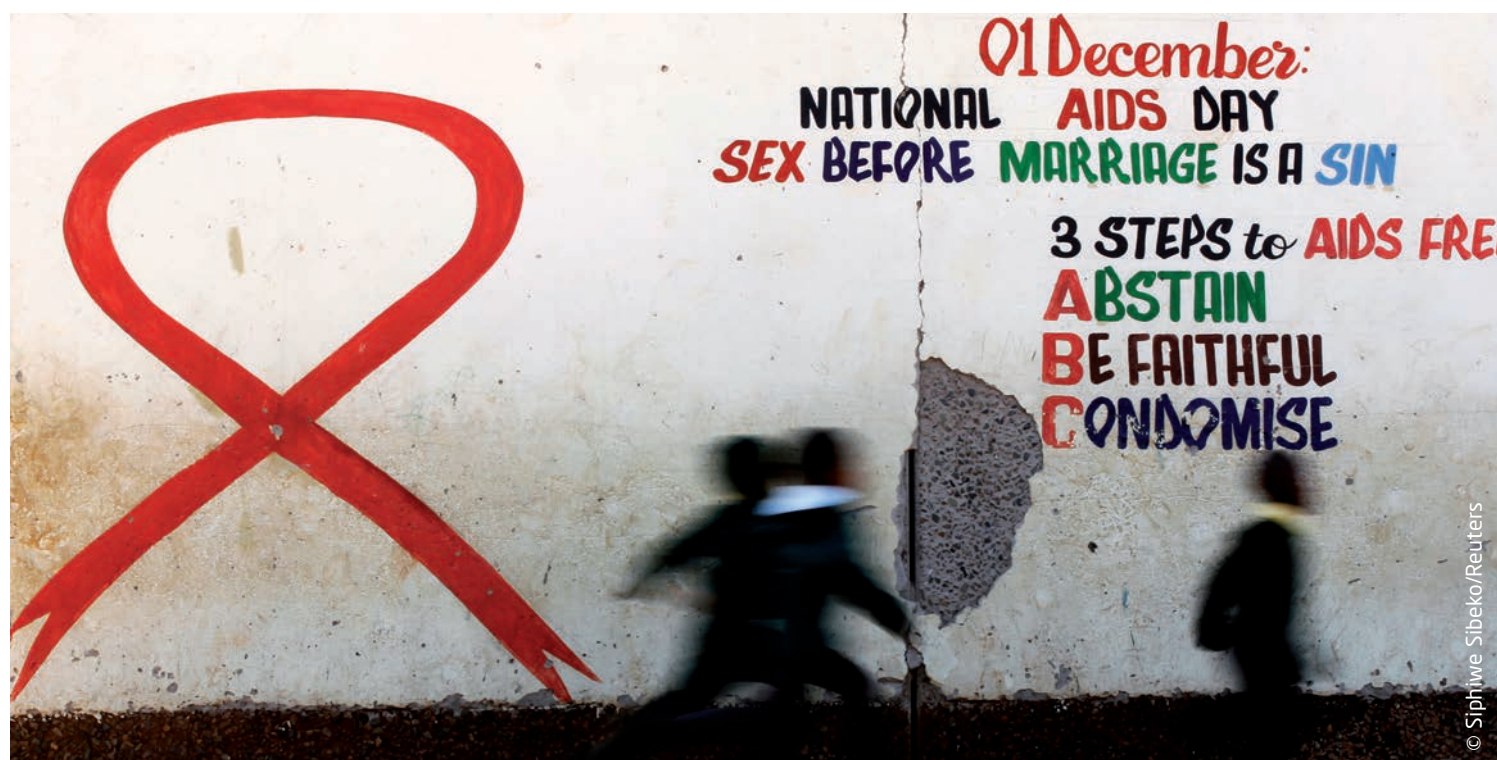
Bangui et suffisent à poser le diagnostic de sida.

Selon le Dr Christian Fiala, un grand nombre de médecins ont très certainement fait un usage quelque peu abusif de cette définition si commode : « *À présent, lorsqu'ils ne savaient pas de quel mal souffrait un patient, plutôt que de chercher, ils concluaient : "C'est le sida!"* ». Charles Gesheker, autre grand connaisseur de l'Afrique qui fit partie du comité consultatif sur le sida du président d'Afrique du Sud Thabo Mbeki, confirme en caricaturant à peine la situation : « *Il semble qu'à moins qu'un Africain soit tué par balle ou victime d'un accident de la route, il sera automatiquement déclaré "mort du sida". Doit-on aussi qualifier tout gamin africain surpris nu-pieds, la morve au nez, vêtu de nippes à la propreté douteuse, et sans parent en vue, d'"orphelin du sida"?* »

Épidémie de faux positifs

On a quand même parfois eu recours aux tests ; cependant, si dans les pays développés, ils ne garantissent pas une fiabilité à 100 %, en Afrique, les taux de faux positifs atteignent des pourcentages impensables. Et cela s'explique aisément : de nombreuses pathologies susceptibles d'entraîner des réactions croisées avec les protéines du test, la tuberculose et la malaria entre autres, sont endémiques en Afrique. En d'autres termes, le sang d'une grande majorité des résidents de l'Afrique subsaharienne est chargé d'anticorps suite aux nombreuses infections bactériennes et virales qu'ils ont eu à subir. D'autre part, alors que dans les pays occidentaux un test Elisa seul ne peut suffire à diagnostiquer une infection par le VIH, il semble que pour les Africains un seul test Elisa soit bien suffisant.

un cache-misère



Un centre de recherches et d'expérimentations sur le sida et les tests d'Ébola, à Franceville, au Gabon.

Et, dernière entorse à la logique, alors qu'il est reconnu que la grossesse est susceptible d'engendrer des réactions croisées aux tests, les estimations de la prévalence des séropositifs en Afrique seront en majorité extrapolées à partir des résultats d'un seul test Elisa effectué sur des femmes enceintes dans les cliniques prénatales.

Les besoins élémentaires négligés

Tandis que les officiels de santé occidentaux restent focalisés sur le VIH, 52 % des résidents de l'Afrique subsaharienne n'ont pas accès à l'eau potable, 62 % ne bénéficient pas d'installations sanitaires décentes, la moitié d'entre eux vivent avec moins de 1 \$ par jour et 50 millions d'enfants en âge préscolaire souffrent de malnutrition.

Christian Fiala, Charles Gesheker, le couple Krynen, fondateur de l'association Partage Tanzanie⁴, tous les observateurs de terrain le disent: la façon la plus efficace de lutter contre ces maladies infectieuses serait d'améliorer les conditions de vie des Africains, de leur ouvrir l'accès à l'eau potable, à une installation sanitaire décente, à une alimentation abondante et riche en nutri-

Certains dignitaires et médecins ont très bien compris que seul le mot magique « sida » donnait droit à la manne: on pouvait se faire payer des cliniques et de rutilants 4x4 pour se déplacer en brousse, du moment que c'était pour le sida.

ments, à des logements sains, et à des soins médicaux de base. C'est exactement de cette façon que l'incidence des maladies infectieuses et de la tuberculose fut considérablement réduite en Europe: pourquoi ne fait-on pas de même en Afrique? Ces mesures ne seraient peut-être pas aussi spectaculaires d'un point de vue médiatique, mais elles sauveraient des vies. Or, actuellement, des milliards de dollars sont détournés des programmes de lutte contre la tuberculose ou la malaria ou de projets d'amélioration des structures sanitaires vers la lutte contre le sida, à savoir la distribution de préservatifs, l'éducation au *safe sex* et la subvention des médicaments antirétroviraux. Évidemment, la dysenterie et la malaria ne font pas de beaux titres dans les journaux et n'attirent pas les dons de façon aussi efficace. Les nouvelles pestes, elles, ont ce pouvoir.

Certains dignitaires et médecins ont d'ailleurs très bien compris que seul le mot magique « sida » donnait droit à la manne: on pouvait se faire payer des cliniques et de rutilants 4x4 pour se déplacer en brousse, du moment que c'était pour le sida. Lorsqu'ils

étaient invités aux conférences internationales sur le sida, ces dignitaires recevaient en une journée ce qu'ils gagnaient en une année chez eux. Il leur suffisait de jouer le jeu d'un coupable unique qui pouvait être prévenu par un changement de comportement sexuel des Africains, et traité par les antirétroviraux dès que le diagnostic était posé.

Leçons de morale et préservatifs...

L'Afrique en est ainsi venue, bien malgré elle, à jouer le rôle de sauveur de l'hypothèse d'un virus transmissible, et a renforcé l'idée que le sida était partout, et que nous sommes tous à risque.

Les chercheurs et les activistes de l'establishment du sida ont échafaudé cette théorie du comportement sexuel particulier des Africains pour expliquer cette différence dans la répartition de la maladie dans la population hétérosexuelle entre l'Afrique et les pays occidentaux. Et chacun d'y aller de son discours moralisateur : à la X^e Conférence internationale sur le sida à Yokohama en août 1994, le Dr Yuichi Shiokawa déclara que le sida ne pourrait être contrôlé que si les Africains parvenaient à maîtriser leur appétit sexuel. Le Pr Nathan Clumeck de l'université libre de Bruxelles émettait quant à lui les plus grandes réserves sur le fait qu'ils en soient capables⁵. Un discours que l'on n'avait plus entendu – du moins publiquement – depuis l'époque des colonies : « *Ces étranges coutumes sexuelles des indigènes...* »

Si ce discours sur la surveillance des pratiques sexuelles a occupé le devant de la scène en Afrique, continent aux mœurs si dissolues, nos contrées civilisées n'ont toutefois pas été épargnées. Début 1987, le gouvernement britannique, dans un souci de contrer cette nouvelle peste par la promotion du *safe sex*, envoya une brochure « Ne mourez pas d'ignorance » à tous les foyers. Le message central était bien évidemment le risque d'une épidémie majeure de sida du fait de la transmission hétérosexuelle. La moitié des 23 000 foyers ainsi honorés s'avéraient abriter soit un couple âgé, soit une personne âgée vivant seule. L'une d'entre elles, une vieille dame, écrivit au *Guardian* : « *Pensez-vous que ce gouvernement qui s'occupe si bien de nous accepterait d'échanger ma brochure (comme neuve), cadeau de la campagne antisida, contre un seau de charbon?* »

Sur place, en Afrique, au bord des pistes poussiéreuses, fleurissaient à présent d'immenses panneaux publicitaires « *Mettez des préservatifs ou abstenez-vous* », ou encore préconisant de respecter le fameux ABC : *Abstain, Be faithful, Condomise*, l'Occident s'arrogeant ainsi le droit



Cape Town, en Afrique du Sud, le 9 août 2007 : des citoyens protestent contre le licenciement de Madlala-Routledge, ministre de la Santé, par le président Thabo Mbeki.

de demander aux Africains de se serrer la ceinture sur le plan sexuel, sans lever le petit doigt pour faire en sorte qu'ils se la serrent un peu moins tout court.

Se pourrait-il alors que l'on ait caché les vraies raisons des maladies endémiques en Afrique sous cette étiquette commode, un peu comme on balaye la poussière sous un tapis, un tapis aux couleurs du sida? Se pourrait-il que l'épidémie de sida en Afrique subsaharienne ait été utilisée pour justifier la médicalisation de la pauvreté?

À coupable unique, solution unique : dans les années 1990, les gouvernements des pays d'Afrique subsaharienne furent approchés par les fabricants d'antiviraux qui proposaient de « casser les prix », à savoir de rendre le traitement médicamenteux disponible pour 200 dollars par individu et par mois. Sachant que la plupart des Africains ne gagnent pas cette somme en une année, il ne restait plus aux gouvernements qu'à payer le reste, augmentant un peu plus leur dette, ou sacrifiant d'autres programmes sociaux.

La « méfiance déplacée » de Thabo Mbeki

Serait-ce sa formation d'économiste qui a incité Thabo Mbeki, président d'Afrique du

Se pourrait-il alors que l'on ait caché les vraies raisons des maladies endémiques en Afrique sous cette étiquette commode, un peu comme on balaye la poussière sous un tapis, un tapis aux couleurs du sida?

Sud, à poser de façon rationnelle le rapport bénéfices/risques de cette « offre » ? Quoi qu'il en soit, il décide, début 2000, de réunir un comité consultatif sur le sida regroupant des chercheurs des deux bords, orthodoxes et dissidents, pour l'aider à répondre à la question de savoir si la prévention (éducation et préservatifs) et le traitement proposés (les antirétroviraux) étaient la solution aux multiples problèmes de santé que connaissait son pays. La XIII^e Conférence internationale sur le sida devait avoir lieu à Durban en juillet de la même année et Mbeki souhaitait s'y préparer en recueillant l'avis des différentes factions. Ce fut un tollé. Le fait que Mbeki consulte également les dissidents lui vaudra des attaques *ad hominem* d'une extrême violence. Le *London Sunday* le qualifie « d'ennemi du peuple », le *London Observer* considère que « Mbeki laisse les bébés africains mourir », quant au *Times Magazine* du 21 avril 2000, il écrit : « Alors que le sida menace de balayer le quart de la population d'Afrique du Sud d'ici 2010 [on peut à présent juger de la valeur de cette prédiction, NdA⁷], le gouvernement recule devant ses responsabilités en refusant de rendre les antirétroviraux disponibles pour les victimes de viol et les femmes enceintes. Des centaines de milliers d'Africains, si ce n'est des millions, vont souffrir à cause de la méfiance déplacée de Mbeki envers l'autorité médicale. »

Déclaration de Durban

Quel crime a donc commis Mbeki ? Peut-on lui reprocher d'avoir cherché à s'informer en dehors du discours officiel sur les causes et les solutions d'un mal qui rongait son pays sachant que 4,2 millions de ses concitoyens étaient infectés selon les estimations mêmes d'Onusida ? C'est en fait plus compliqué que cela : Mbeki a refusé de jouer le rôle de chef d'État africain obéissant qui lui était dévolu. Il a osé douter de la version officielle et le dit lui-même dans son discours d'ouverture de la conférence de Durban le 9 juillet 2000 : « *Il me semble que nous ne pouvons pas tout reporter sur un seul et unique virus.* » Avant d'endetter encore davantage son pays en achetant des antirétroviraux, il a cherché à savoir s'ils étaient vraiment la solution. Ce chef d'État-là est bien embarrassant. De quel droit se met-il ainsi en travers du *business as usual* : une maladie, une cause, un médicament... et d'un formidable marché en perspective ? La riposte de l'establishment du sida ne se fera pas attendre. Une pétition réfutant les arguments des « dissidents » circule lors de la conférence. Elle sera envoyée à un nombre considérable de médecins. Pour Rebecca Culshaw, ce qui

De quel droit Thabo Mbeki se met-il ainsi en travers du *business as usual* : une maladie, une cause, un médicament... et d'un formidable marché en perspective ?

sera connu sous le nom de « Déclaration de Durban⁸ » est un document d'inspiration politique, destiné avant tout à répondre au président Thabo Mbeki : « *La Déclaration de Durban fut signée par plus de 5 000 "chercheurs PhD", ce qui laisserait supposer que les signataires s'étaient pour le moins familiarisés avec les publications aussi bien orthodoxes que dissidentes concernant le VIH/sida. Ce n'était pas du tout le cas, comme l'indique cet e-mail invitant à signer la déclaration et contenant le communiqué suivant : "Un grand nombre d'entre vous diront que le VIH/sida n'est pas leur domaine, mais avec les arguments dont vous disposez maintenant, vous en savez assez" (Bialy, 2004). Il n'y a rien de scientifique dans la déclaration de Durban. Il s'agit de manière évidente d'un texte de propagande puisant son autorité on ne sait trop comment, dans les milliers de signatures qui y étaient jointes⁹.* »

Ce texte réfutant les arguments des dissidents a ultérieurement lui-même été réfuté¹⁰...

Jeu de loterie

Depuis, les choses ont changé en Afrique du Sud, Jacob Zuma a succédé en 2009 à Thabo Mbeki (réélu en 2004). Est-ce du fait que Mbeki ne tient plus les rênes que la lutte contre le sida dans son pays prend à présent des allures de foire ? Helen Ziller, ministre de la Santé, incite ses concitoyens à se faire tester en organisant une tombola du 28 novembre au 10 décembre 2011 « *Know your status and win!*¹¹. » Qui a dit que le test VIH n'était pas une loterie ? La gagnante a eu de la chance : non seulement elle a empoché 50 000 rands (4 600 € tout de même), mais en plus le test était négatif. Aurait-elle considéré avoir gagné le gros lot s'il avait été positif ? ●

notes

1. Tom Bethell dans *House of Numbers*.
2. Christian Fiala dans *House of Numbers*.
3. Charles Gesheker « Myths and Misperceptions of the Orthodox View of AIDS in Africa », *Ethics & Politics*, IX, 2007, p. 330-370.
4. Voir NEXUS n° 23, Marc Deru, « Le sida en Afrique, une expérience de terrain en Tanzanie ».
5. Charles Gesheker, « Myths and Misperceptions of the Orthodox View of AIDS in Africa », *Ethics & Politics*, IX, 2007, p. 330-370.
6. Michael Fitzpatrick, « The tyranny of health doctors and the regulation of lifestyle », *Routledge*, 2000.
7. P. Duesberg *et al.*, « AIDS since 1984: No evidence for a new, viral epidemic – not even in Africa », *Italian Journal of Anatomy and Embryology*, vol. 116, n° 2, 2011.
8. « The Durban Declaration », *Nature*, vol. 406, juillet 2000.
9. Rebecca Culshaw, *La Théorie VIH du sida, incohérence scientifique*, éditions Marco Pietteur, 2009.
10. G. Stewart *et al.*, « The Durban Declaration is not accepted by all », *Nature*, vol. 407, septembre 2000.
11. « Zille's Aids testing incentive campaign angers YCL », *Mail & Guardian*, 4 décembre 2011.

Si ce n'est pas le VIH... alors **c'est quoi ?**

Juste avant l'apparition de la théorie VIH-sida, la piste du mode de vie était privilégiée. En effet, les premières victimes du syndrome appartenaient toutes à la communauté gay, en pleine libération sexuelle et très consommatrice de poppers... Pour le microbiologiste Peter Duesberg, c'est dans ces drogues que réside la clé du sida.

Il paraît aujourd'hui difficilement concevable qu'il fut un temps où la théorie VIH = sida ne tenait pas le rôle de favorite incontestée. Les CDC eux-mêmes étaient partis sur la piste d'un syndrome lié au style de vie et avaient, en 1983, conduit leur propre étude épidémiologique qui concluait que les patients homosexuels atteints de sida étaient de grands consommateurs de drogues récréatives et aphrodisiaques : ils ne purent trouver, parmi les victimes de ce nouveau syndrome, un seul patient qui n'ait jamais touché aux drogues¹. Il est vrai que, dès le départ, avant qu'ils ne soient balayés par la théorie du tout-virus, certains indices mettaient incontestablement sur la voie d'une piste « toxique » du sida. Lorsque l'on observa un étrange « cancer », le sarcome de Kaposi, chez les premiers cas de sida, les rapports précisait qu'il était apparu chez « *des jeunes homosexuels jusque-là en bonne santé* ». En réalité, leur santé était loin d'être si florissante : ces hommes pourtant jeunes avaient trop « tiré sur la corde », ils avaient vieilli avant l'âge et leur système immunitaire, de longue date trop sollicité, déclarait forfait, et plutôt à cause d'une méchante habitude que d'un méchant virus. On s'aperçut assez rapidement que les victimes du sarcome étaient tous des consommateurs réguliers d'une drogue récréative

très en vogue parmi la communauté gay : les poppers, à base de nitrite d'amyle. Outre leurs propriétés aphrodisiaques et la sensation de « flash » que procure leur inhalation, ils entraînent un relâchement musculaire général et du rectum en particulier, rendant plus aisée et moins douloureuse une pénétration anale.

Nitrites d'amyle en vente libre

Avant d'être connus dans la communauté gay sous l'appellation de poppers, les nitrites d'amyle entraient dans la composition de médicaments inhalés en cas d'urgence, lors d'angine de poitrine par exemple, pour éviter un spasme coronarien (ce sont des dilateurs des vaisseaux sanguins). Le nitrite d'amyle resta un médicament délivré uniquement sous ordonnance jusqu'en 1960, date à laquelle la FDA leva cette obligation. La substance ainsi en vente libre, une certaine frange de la communauté gay commença à l'utiliser de façon récréative. Lorsque la FDA réinstaura l'obligation de prescription en 1969, les habitudes étaient prises et bien prises, et une nouvelle industrie s'engouffra dans la brèche, contournant la nouvelle réglementation concernant le nitrite d'amyle en mettant sur le marché des poppers à base de nitrite de butyle ou d'isobutyle. Les pages des magazines gays se couvrirent de pubs



© Roger Ressmeyer/Corbis



Le professeur Peter Duesberg dans son laboratoire de l'université de Berkeley en 1985.

pour poppers: les magiques vapeurs jaunes en vinrent à faire partie de l'identité gay. À son apogée, cette industrie fut la plus rentable dans le domaine des produits pour gays, réalisant un chiffre d'affaires de 50 millions de dollars par an. Depuis 1989, les poppers sont interdits aux États-Unis (il faudra attendre 1990 en France). Cela ne signifie en aucune façon qu'ils sont introuvables. Ils le sont simplement sous une autre forme (désodorisants d'intérieur)... ou dans d'autres lieux (sex shops et Internet)².

Premières alertes

Pourtant, dès 1981, un activiste gay de San Francisco, Hank Wilson, envoya régulièrement des rapports médicaux assez alarmants sur les poppers à la presse gay. Celle-ci, ne souhaitant pas déplaire à ces annonceurs, refusa de les publier. En 1982, un chercheur fit de même avec la conclusion d'une étude sur des animaux de laboratoire démontrant que le nitrite d'amyle affectait le système immunitaire... sans plus de succès. Il semble donc que, dès le début des années sida, des indices concernant l'origine médicamenteuse du sarcome de Kaposi étaient présents, d'autant plus qu'avant d'apparaître chez

Les pages
des
magazines
gays se
couvrirent de
pubs pour
poppers: les
magiques
vapeurs
jaunes en
vinrent à faire
partie de
l'identité gay.

certain membres de la communauté gay consommateurs de poppers, il avait été observé que ce sarcome était 500 fois plus fréquent chez les transplantés que parmi le reste de la population. Or les transplantés, de façon à éviter les réactions de rejet, sont traités au moyen de médicaments immunosuppresseurs, dont la composition rappelle fortement celle des poppers...

Il faut croire que, très vite, il a été décidé qu'il était plus commode – et plus correct politiquement – de désigner un virus comme coupable plutôt qu'une substance toxique présente dans une drogue récréative liée à un mode de vie. Étrangement ou non, lorsque Robert Gallo en personne déclara en 1994 que le sarcome de Kaposi n'était pas forcément lié au VIH, cela ne déclencha aucune remise en question de l'origine virale du sida. Criminel aveuglement...

Cocktails de drogues dures

Et encore, s'il n'y avait eu que les poppers! Mais ce qui est proprement stupéfiant – c'est le mot – lorsque l'on considère les études

effectuées avant que la piste du style de vie ne soit abandonnée, sont les quantités de drogues récréatives consommées parmi les populations à risque, tout autant que les mélanges défiant toute raison (jusqu'à onze drogues différentes prises simultanément). De nombreuses autres drogues sont venues concurrencer les poppers sur leur terrain : le crystal (méthamphétamine), drogue euphorisante elle aussi, dont un des nombreux effets secondaires est la perte de poids ; l'ecstasy (amphétamine) ; le speed (amphétamine) ; l'acide (LSD) ; le crack (cocaïne) ; l'héroïne, le cannabis...

La reconnaissance des méfaits de ces joyeuses substances n'est pourtant pas récente. Peter Duesberg et David Rasnick nous apprennent dans leur opus « The Drug-AIDS Hypothesis³ » que le premier article scientifique reportant une immunodéficience suite à l'usage de drogues dures remonte à 1909 et décrivait cet état chez les morphomanes parisiens⁴. Une étude de 1921 par un pathologiste américain remarque que de très nombreux drogués souffrent de tuberculose et de syphilis. Depuis, de nombreuses études scientifiques ont documenté le type de maladies et de symptômes présentés par les usagers à long terme de drogues dures. On retrouve, entre autres, l'immunodéficience, la pneumonie, la tuberculose, la candidose, la lymphadénopathie (augmentation de volume des ganglions lymphatiques), la perte de poids, la diarrhée, la fièvre : cela ne vous rappelle rien ?

Touche pas à mon mode de vie !

Les effets toxiques directs de la consommation de drogues récréatives à long terme ne sont pas seuls en cause : entre également en jeu la façon dont elle va affecter l'hygiène de vie de leurs usagers. La perte de l'appétit, la malnutrition dans le sens d'une alimentation déséquilibrée pauvre en nutriments, le manque de sommeil, autant de facteurs unanimement reconnus comme favorisant l'immunodéficience. La communauté gay des métropoles américaines a accueilli avec soulagement la désignation d'un virus comme unique coupable : il éloignait les soupçons de leur mode de vie. Toute à sa libération nouvelle, elle n'a pas tout de suite perçu que son identité ne se résumait pas à certaines habitudes, et toute remise en cause de l'origine virale du sida était

Les transplantés, de façon à éviter les réactions de rejet, sont traités au moyen de médicaments immuno-suppresseurs, dont la composition rappelle fortement celle des poppers...

immédiatement taxée d'homophobie. Le doute était interdit tant à l'extérieur de la communauté qu'à l'intérieur. Un activiste gay s'y risqua pourtant : l'écrivain John Lauritsen fut un des premiers à tirer la sonnette d'alarme au sujet de la fréquence des maladies liées aux drogues dures dans sa communauté dans deux ouvrages : *Death Rush, Poppers and AIDS* (écrit conjointement avec Hank Wilson en 1986) et *The AIDS War* (1993). De l'extérieur, Duesberg et Rasnick s'y sont également risqués en exposant l'incroyable tribut que le mode de vie d'une certaine partie de la communauté gay leur faisait payer. Cependant, il ne s'agit pas de reporter la faute sur une communauté : le fait d'être homosexuel n'a pas grand-chose à voir avec l'immunodéficience, c'est l'hygiène de vie – ou plutôt son absence – et l'abus de drogues qui sont à considérer. Il faut souvent prendre le risque d'être politiquement incorrect si l'on veut sauver des vies. Peter Duesberg met les choses au point dans une intervention fort remarquée : « *Le sexe n'a jamais tué personne ; les drogues, si⁵.* »

Faire marche arrière ?

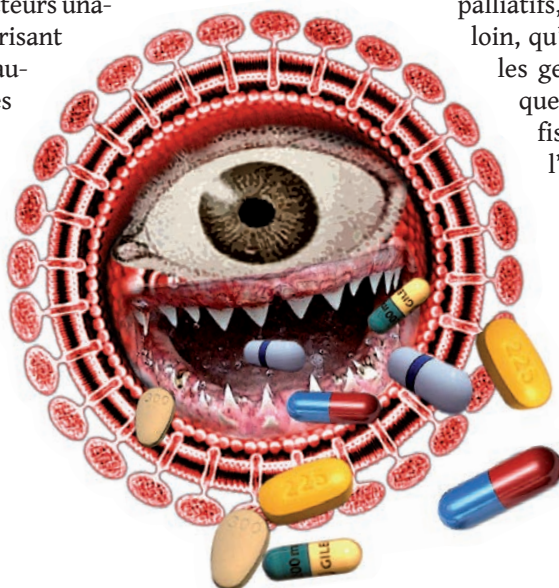
Dix jours pour l'éradication, nous dit-on. Mais comment éradiquer quoi que ce soit en si peu de temps alors que cela fait trente ans que l'objectif est au programme sans résultat apparent ?

La seule démarche qui permettrait quelque espoir serait celle consistant à admettre qu'il se pourrait bien que l'on fasse fausse route depuis tout ce temps. Persister dans cette voie, même plus fort, plus cher, plus grand, ne changera rien à l'affaire.

L'homme est le seul animal, qui, en totale contradiction avec un instinct de conservation bien compris, semble ne pas comprendre quand il est dans l'erreur. Il s'acharne, il persiste. Si l'on n'a pas encore obtenu de résultats autres que palliatifs, c'est qu'on n'est pas allé assez loin, qu'on n'a pas frappé assez fort, que les gens n'ont pas fait ce qu'il fallait,

que les financements ont été insuffisants. Il faut donc ne pas relâcher l'effort, poursuivre les campagnes d'éducation, banaliser les tests de dépistage, commencer les traitements plus tôt, poursuivre la recherche dans la même direction, et réclamer toujours davantage d'argent.

L'hypothèse VIH = sida a pu bénéficier de budgets colossaux



et d'amplement assez de temps pour faire ses preuves... si elles avaient existé. Conserver une mentalité inquisitrice n'est plus de mise: le temps est au débat et à la prise en considération des hypothèses proposées par « les dissidents », qu'il serait peut-être temps de qualifier de « lanceurs d'alerte ». La solution ne consiste pas à augmenter les budgets, mais à réinterpréter avec un esprit ouvert les données déjà existantes. Ne doit-on pas cela à toutes les victimes du sida et à tous ceux qui attendent une solution? En rappelant au passage qu'il est très difficile de trouver la solution d'un problème lorsque l'équation n'est pas posée de façon correcte pour commencer... Dans un monde simplement normal, quand il s'agit de vie humaine, l'ego et les intérêts financiers devraient s'effacer sur la pointe des pieds. Mais il y a fort longtemps que nous avons perdu de vue les rivages du monde normal. Nous avons pénétré si loin dans le monde d'Alice au pays des merveilles et des vœux pieux que nous avons fini par oublier qu'un jour nous avons su que la réalité était différente, que l'équation VIH = sida n'était qu'une hypothèse de travail. Alexis de Tocqueville nous prévenait déjà: « *Aucun problème n'est aussi difficile à résoudre que celui que l'on pense avoir déjà résolu.* »

Impossible aveu

La répétition et la médiatisation de l'hypothèse, son couronnement par un prix Nobel en 2008 attribué à Luc Montagnier et à Françoise Barré-Sinoussi (Gallo a dû en faire une jaunisse) rendent extrêmement difficile tout retour en arrière de la part de ceux qui lui ont donné naissance. Admettre que l'on s'est trompé après tant de temps – et tant de victimes? Et victimes de quoi? Du VIH lui-même ou des traitements censés le combattre? L'ainée des antirétroviraux, l'AZT, autorisée dans l'urgence en dépit de redoutables effets secondaires et toujours prescrite en combinaison avec d'autres, peut-elle être complètement innocentée? Les implications d'un tel aveu seraient considérables. Il est probable que certains experts savent pertinemment que le sida reste confiné au groupe à risque dans lequel il est apparu à l'origine, mais peuvent-ils le dire publiquement? Cela reviendrait à admettre que le budget consacré au sida est disproportionné en comparaison d'autres problèmes



Si le grand public avait connaissance de certains faits, cela affecterait considérablement le capital confiance jusque-là illimité dont ont bénéficié les chercheurs dans le domaine du sida.

de santé publique plus coûteux en vies. Qui oserait proférer une vérité si politiquement incorrecte?

Si le grand public avait connaissance de certains faits, cela affecterait considérablement le capital confiance jusque-là illimité dont ont bénéficié les chercheurs dans le domaine du sida. Rebecca Culshaw confirme: « *Il n'est pas du tout exagéré de dire que le jour où l'hypothèse VIH/sida sera reconnue comme fausse, l'institution scientifique tout entière perdra la confiance du public et la science elle-même subira des bouleversements et des changements profonds. La "communauté scientifique" a compromis sa crédibilité en soutenant aussi longtemps la théorie du VIH.* » En effet... ●

**Prochainement :
Le procès de l'AZT**

Suite à l'article de Françoise Barré-Sinoussi « Vers un monde sans VIH » paru dans *Le Monde diplomatique* du mois de janvier 2012, nous avons envoyé une série de questions au service de presse de l'Institut Pasteur. Pour cause d'emploi du temps chargé, il ne fut pas possible à Mme Françoise Barré-Sinoussi de nous répondre. Nous espérons que l'Institut Pasteur trouvera le temps d'exprimer son point de vue pour le deuxième volet de ce sujet consacré aux antirétroviraux.

S
O
U
S
T
I
T
U
T
E

1. Jaffe W. et al., « National case-control study of Kaposi's sarcoma and *Pneumocystis carinii* pneumonia in homosexual men: Part 1, Epidemiologic results », *Ann. Int. Med.* 99; 145-151.
2. Voir à ce sujet l'article de Renaud Russeil, « Les poppers, cause cachée du sida », *Neosanté* n° 6, consultable en suivant le lien : http://www.rethinkingaids.com/reference/Aids_Poppers_Neo_2011.pdf.
3. P. Duesberg, D. Rasnick, « The Drug-AIDS Hypothesis », *Continuum*, février/mars 1997.
4. C. Achard, H. Bernard, C. Bagneux, « Action de la morphine sur les propriétés leucocytaires; leuco-diagnostic du morphinisme », *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1909, 28; 958-66, 1909.
5. Alumni Day, 6 mars 1993, Berkeley, université de Californie.
6. Rebecca Culshaw, *La Théorie VIH du sida, incohérence scientifique*, Marco Pietteur, 2009.