

# néosanté

Le sens des maux, les solutions bio

n°53

Revue internationale de santé globale

Mensuel - 6<sup>e</sup> année - 5 € (Belgique) - 6 € (France + UE) - 8 CHF (Suisse) - 10 \$ (Canada)

février 2016

## DÉCODAGES

Autisme

Diverticulite

Rhizarthrose

Dans ce numéro,  
index des décodages

## THÉRAPIE



La méthode TRE

## BIEN-ÊTRE

L'écrévolution

## AVANTAGE NATURE

Le desmodium,  
allié du foie

## NATURO PRATIQUE

Soyons propre mais  
pas trop !

## Interview



**MARION KAPLAN**

«Mangeons paléobiotique !»

# SIDA

## Enquête chez les sérodiscidents

Des séropositifs sans traitement  
et...en pleine forme !



ISSN 2295-9351



9 772295 935107

53



# ÉDITO

## UNE LUMIÈRE DANS LA NUIT

Oui, je sais : dans *Néosanté*, nous avons déjà publié plusieurs articles et dossiers sur le sida. Certains lecteurs nous ont déjà fait le reproche d'accorder une place démesurée à cette maladie touchant finalement peu de monde. Et ils ont bien raison ! Contrairement aux prévisions apocalyptiques des marchands de panique, ce fléau soi-disant transmissible a fait long feu et l'effroyable épidémie annoncée n'a pas eu lieu. Au lieu d'en rajouter une couche, nous pourrions arrêter de parler de cette affection en fin de compte très peu répandue. Il y a pourtant urgence à revenir sur le sujet car la doctrine officielle sur le syndrome d'immunodéficience acquise, au lieu d'être abandonnée en raison de ses incohérences et de ses prophéties foireuses, est quasiment en passe de triompher ! Je m'explique par une rapide chronologie : début des années 80, l'apparition de la pathologie parmi les homosexuels urbains américains ne laisse guère planer de doute. Leur vie sexuelle débridée (plusieurs centaines de partenaires par an), leur usage affolant d'antibiotiques à large spectre et surtout leur consommation effrénée de drogues « récréatives » (dont les très toxiques « poppers ») suffisent amplement à expliquer l'effondrement de l'immunité exposant à quelques maladies opportunistes typiques (sarcome de Kaposi, pneumocystose). Tout change avec la découverte du HIV par Gallo et Montagnier. Ce dernier proclame très vite que le rétrovirus est tout au plus un cofacteur, mais on ne l'écoute déjà plus : la machine du marché est en marche avec la création du dépistage, la recherche illusoire d'un vaccin, le recyclage de l'AZT (un médicament anticancéreux abandonné pour cause d'hypertoxicité) et enfin l'invention des trithérapies où le poison est dilué parmi d'autres molécules antivirales.

Bilan ? Réussite commerciale totale ! Aujourd'hui, il ne reste plus grand monde pour mettre en doute l'hypothèse virale. Les « dissidents » de l'hypothèse chimique ont beau continuer à dénoncer l'imposture en alignant les arguments, leur discours est devenu inaudible par la faute du black-out médiatique. Aujourd'hui, en 2016, le piège est presque refermé : suite au reflux de la mortalité, l'opinion publique est convaincue que les trithérapies marchent et donc que le coupable est bien le microbe combattu ; grâce aux tests-express, le contingent de séropositifs continue à croître et la clientèle des labos est donc assurée ; cerise sur le gâteau pharmaceutique, l'arrivée du Truvada et d'autres remèdes « préventifs » va médicaliser des millions de bien-portants même pas contaminés ! Le plus retors des businessmen mafieux n'aurait pas pu rêver mieux que cette rente garantie pour de nombreuses décennies. La faille, car il y a une faille, c'est que l'information « alternative » continue à circuler, un tout petit peu grâce à nous et beaucoup grâce à internet. Sur la toile, les propos du biologiste moléculaire Peter Duesberg, du rétrovirologue Étienne de Harven et d'autres scientifiques contestataires ne sont pas (encore) censurés et trouvent écho chez de nouveaux lecteurs. Ils font surtout mouche dans une population très particulière, celle des séropositifs en pleine santé qui ne perçoivent aucun signe inquiétant et qui semblent héberger le HIV sans inconvénient. Selon la théorie admise, ces « contrôleurs » naturels du virus seraient une infime minorité. Mais comme vous allez le lire dans le dossier de Pryska Ducœurjoly (*page 6 et suivantes*), aucune étude sérieusement conduite ne permet d'affirmer une telle chose. Si ça se trouve, les séropositifs « autorésistants » au sida sont beaucoup plus nombreux !

Quoi qu'il en soit, un phénomène est en train d'émerger via le web et les réseaux sociaux : l'éclosion d'une communauté de personnes diagnostiquées porteuses du HIV et qui ont décidé de ne pas commencer de traitement. Ou bien, encore plus courageusement, d'interrompre leur cure antivirale. Notre journaliste est allée à leur rencontre, en a interrogé plusieurs et les a spontanément qualifiés de « sérodissidents ». Leurs témoignages sont très intéressants, car ils révèlent combien deux « dogmes » de la science dominante – la charge virale et le taux de cellules CD4 – ne résistent pas aux faits. Malgré l'absence de médication, ces deux paramètres jouent au yoyo et montent et descendent, parfois au-delà des normes, sans motif explicable. Et lorsque les chiffres ne sont franchement pas bons, qu'ils sont censés annoncer l'entrée imminente en maladie, certains sérodissidents constatent au contraire qu'ils ne se sont jamais aussi bien portés. Entre la thèse officielle et ce vécu personnel des rebelles, il y a à tout le moins une zone d'incertitude qui devrait susciter questions et remises en question. Mais je ne me fais pas d'illusion : le mythe de la piste infectieuse et le mensonge de la transmission contagieuse sont tellement implantés dans les esprits que la grande escroquerie n'est pas près de s'effondrer. Pour la médecine classique, sans doute, les sérodissidents resteront des sidéens en sursis égarés en territoire obscurantiste. Et s'ils étaient plutôt des lumières dans la nuit, un début de dévoilement de la vérité ? Sans les encourager dans leur démarche (\*) – ce n'est pas notre rôle – nous saluons avec respect leur geste de bravoure.

Yves RASIR

(\*) Aux éventuels lecteurs séropositifs qui seraient tentés par l'abstinence thérapeutique, *Néosanté* recommande de ne pas le faire sans l'avis d'un professionnel de santé ouvert à cette possibilité.

# ENQUÊTE CHEZ LES SÉRODISSIDENTS

DOSSIER

Par Pryska Ducoeurjoly

***Faut-il se soumettre aux trithérapies dès lors qu'on est diagnostiqué séropositif ? Cette question peut sembler saugrenue tant elle va à l'encontre des recommandations officielles. Elle est pourtant au cœur de l'expérience de vie de nombreux séropositifs qui, après des recherches sur le web et mûre réflexion, ont décidé de sortir de la « médicalisation de la peur » et de cesser leur traitement. Et Ô surprise, leur état de santé ne s'est pas dégradé ! Ce phénomène, peu étudié, est qualifié de marginal par les spécialistes du VIH. Serait-il possible que ces experts se trompent lourdement, entraînant les patients dans un parcours de soins injustifiés et coûteux ? Se pourrait-il aussi que les « sérodiSSidents » soient en train d'apporter la preuve que le syndrome d'immunodéficience ne s'acquiert pas par la faute d'un rétrovirus ? C'est en tout cas ce que suggère cette enquête de Pryska Ducoeurjoly consacrée au diagnostic et au suivi médical de la séropositivité.***

**E**n France, plus de 6 000 personnes découvrent chaque année leur séropositivité à l'aide des tests Elisa et Western Blot, confirmée par leur taux de CD4 (cellules immunitaires) ou de charge virale (quantité de virus présent dans le sang). En Belgique, ce sont plus de 1 000 personnes par an qui, du jour au lendemain, voient leur vie basculer avec ce diagnostic. Au regard des arguments amenés par un grand nombre de scientifiques (voir notre encadré *Et si tout ce que vous avez appris à propos du sida était faux ?*), les chiffres de la séropositivité sont à prendre avec des pincettes : les tests de dépistage ne seraient pas fiables du tout ! De plus, il existe une pléthore de publications montrant 70 états susceptibles de générer un faux positif. « Cette histoire de test est une vaste fumisterie ! », tempête William<sup>1</sup>, 53 ans, diagnostiqué séropositif en août 2014. Après onze mois de trithérapie, ce père de famille a finalement arrêté son traitement. Sa décision définitive, il l'a prise en novembre 2015, après avoir épluché la littérature médicale. Chez lui, l'annonce de la séropositivité a déclenché un processus de réactions en chaîne qui l'ont amené à découvrir « l'incroyable ». Après le « choc énorme » de l'annonce du diagnostic, ce fut l'incompréhension : « J'ai toujours eu une vie sexuelle dans les clous ! Je ne me drogue pas. Je ne fume pas. Je fais du sport, j'ai un corps d'athlète. J'ai été marié pendant 20 ans. J'ai vécu avec une compagne pendant 7 ans. Alors, quand j'ai fait le test au moment de m'engager dans une nouvelle relation, ma première réaction a été : ce n'est pas possible ! »

Après l'incompréhension, l'acceptation... « J'ai subi une pression pas possible de la part des médecins qui me disaient : si vous ne le faites pas pour vous, faites-le pour vos enfants... Annoncer à mes gosses cette séropositivité a été en soi un événement traumatisant. Il m'a fallu un bon mois avant de me résigner à prendre ces médicaments. »

Rapidement, William va suivre sa première intuition : « Profitant d'une pause professionnelle, j'ai avalé des sommes d'informations considérables pour me rendre compte que, finalement, j'étais face à la plus grande hérésie du siècle. Aujourd'hui, j'ai passé le stade des interrogations. La « charge virale », c'est de la grosse couillonnade ! Et je ne vais certainement pas jouer les cobayes de l'industrie. Et plutôt que d'engager un bras de fer avec les médecins, je vais les laisser croire à leur théorie. Ce qui compte pour moi, c'est la manière dont je me sens et je me sens en pleine forme ».

Sans trithérapie, on ne survit pas à l'infection au VIH, tel est le discours officiel. Mais en réalité William se dit absolument certain de rester en bonne santé, surtout avec son hygiène de vie « irréprochable ». Il dénonce **une médecine déshumanisée qui définit l'état de santé des séropositifs sur la base de deux résultats de laboratoire contestés, en dehors de toute observation clinique.**

## La charge virale, un marqueur inadapté

Officiellement, la charge virale décrit la quantité de virus présent dans le sang et c'est un marqueur de la progression du virus. « Faux ! », rétorquent les scientifiques dissidents. La technique de la PCR (Réaction en Chaîne par Polymérase) pour identifier et quantifier le VIH ou virus du sida est dénon-



cée par son inventeur lui-même, Kary Mullis, nobélisé pour cette découverte, mais aussi par un grand nombre de spécialistes, comme le Pr Etienne de Harven, pionnier de la microscopie électronique. Malgré tout, ce test continue de servir de référence quasi absolue.

« Quand ces tests sont faits sur le sérum de personnes considérées VIH-négatives, 3% à 10% d'entre elles ont généralement des charges virales positives. L'explication la plus probable pour ce taux élevé de faux positifs est que les analyses d'ARN-VIH réagissent généralement avec de l'ARN non-VIH, comme ceux produits par les cellules humaines normales et par des microbes », explique Matt Irvin, un médecin généraliste américain<sup>2</sup>.

« Un test positif de charge virale ne peut pas être considéré comme indiquant la présence de ne serait-ce qu'un seul génome complet de VIH, et il ne peut donc pas être utilisé pour déterminer la présence du virus ni, a fortiori, sa population », écrit aussi Roberto Giraldo<sup>3</sup>, médecin spécialiste des maladies infectieuses, membre du conseil d'administration du Groupe pour la réévaluation scientifique de l'hypothèse VIH/SIDA (Rethinking Aids).

« Lorsque le médecin vous annonce que votre charge virale se compte en centaines de milliers de copies, voire en millions pour certains, il y a de quoi flipper ! », témoigne Bertrand, un séropositif de 34 ans, diagnostiqué il y a 7 ans. Bien qu'ayant déjà eu une charge virale de l'ordre de 250 000 copies (contre 2 000 maximum pour espérer éviter la trithérapie), il n'a jamais voulu prendre de traitement. Force est de constater que, malgré les pronostics défavorables des médecins, sa charge virale est spontanément tombée à 11 500 ; en fait, elle ne s'est jamais stabilisée, oscillant aléatoirement autour des 40 000 copies.

« D'une manière générale, j'évite de suivre à la lettre le contrôle trimestriel. Cela reste une source de stress chronique qui pourrait mettre à mal mon immunité... ». Médecins et chercheurs sous-estiment en effet l'impact délétère, l'effet « nocebo », de l'annonce de mauvais résultats, capable de provoquer une chute immunitaire (dépression, stress...) chez certains séropositifs anxieux ou vulnérables psychologiquement au discours médical. « Il faut être fort mentalement pour résister au bourrage de crâne et rester ancré dans ses convictions ! », lance William.

## Le taux de CD4 : autre marqueur impératif

La théorie dit qu'avoir un taux de cellules CD4 inférieur à 350 est également un signe d'activité virale car ce serait ce type de cellules immunitaires que le VIH attaque et détruit. Un taux de 350 justifie une mise sous traitement. À moins de 200 CD4, on considère que l'infection est à un stade avancé et, aux États-Unis, c'est même devenu suffisant pour dire qu'un sida est déclaré, malgré l'absence d'infections opportunistes. Mais pour les dissidents là encore, aucune donnée scientifique ne prouve que le VIH détruit préférentiellement les cellules T4 ou ait un quelconque effet toxique pour ces cellules immunitaires.

La méthode de comptage elle-même pose de nombreux problèmes de fiabilité. La technique de cytométrie de flux (pour déterminer les taux de chaque type de cellules immunitaires) nécessite

**Un test positif de charge virale ne peut pas être considéré comme indiquant la présence de ne serait-ce qu'un seul génome complet de VIH**

« Il vaut mieux surveiller la tendance du taux de cellules CD4 au fil du temps. Si c'est possible, il vaut également mieux faire mesurer son taux de cellules CD4 dans le même hôpital et environ à la même heure. Si vous souffrez d'une infection, telle que grippe ou herpès, il vaut mieux retarder l'examen jusqu'à ce que vous vous sentiez mieux », concèdent les dépliants officiels<sup>4</sup>.

Dans le cas de Bertrand, déjà évoqué plus haut (sans traitement depuis 7 ans) : « Au fil des examens, j'ai pu constater une variation importante de mes taux, sans lien apparent avec mon état de santé. Je suis déjà descendu à 220 CD4, et puis c'est remonté naturellement. En moyenne, ça fait le yoyo autour des 350, sans jamais avoir dépassé les 500 ». Cet exemple met à mal l'argumentaire insidieux des autorités sanitaires qui assurent que SEUL un traitement peut faire remonter les taux de CD4 ou bien éviter un emballement de la charge virale.

## Pression sur les parents

« Lorsqu'on m'a annoncé ma séropositivité en 2004, à l'occasion d'un test de routine, je me suis vue mourir. À l'époque, j'ignorais tout de la controverse. En me documentant sur internet, l'inexistence du virus est petit à petit devenue une conviction. Je n'ai jamais pris de traitement et ma santé s'est toujours maintenue. »

L'histoire de Sabine aurait pu s'arrêter là, surtout en Suisse, pays des médecines complémentaires. Sauf que quelques années plus tard, Sabine donne naissance, à la maison, à son deuxième enfant, en accord

avec son nouveau compagnon au courant de sa séropositivité. Comme cela arrive à beaucoup d'enfants, le petit, alors âgé de 3 mois, fait un séjour à l'hôpital à la suite de symptômes qui inquiètent sa mère. À cette occasion, les médecins retrouvent le dossier médical de Sabine et découvrent sa séropositivité. L'enfant est immédiatement placé sous trithérapie sur la base des taux de CD4 et de la charge virale, sans test Elisa ni Western Blot, jugés non fiables sur les nourrissons. Ce sera le début d'un séjour de deux mois à l'hôpital en soins intensifs où l'enfant subira une batterie d'examen entraînant des interventions en tout genre :

« À la suite d'un scanner, une petite tache apparaît sur un poumon. Mon bébé subit un lavage bronchial sous anesthésie générale, à la suite de quoi on lui pose une voie centrale sur la poitrine pour administrer tous les médicaments. Deuxième anesthésie générale. Il se retrouve avec de l'eau dans les poumons, ce qui nécessite son intubation. Finalement au bout de deux mois, on nous laisse





sortir avec obligation de donner à mon enfant la trithérapie. Très vite, nous avons diminué puis cessé le traitement. Le petit allait bien, ses examens CD4 et charge virale passaient à peu près pour le corps médical. Jusqu'au jour où ils ont dosé les médicaments dans le sang. Pas de trace du traitement ! Finalement, je suis dénoncée par l'hôpital au tribunal de la protection de l'enfant. Quelques mois plus tard, je suis condamnée par le tribunal des mineurs et restreinte de mes droits parentaux pour la santé. Un médecin curateur nous contrôle désormais ».

Dans le courrier de dénonciation au juge, l'hôpital écrit : « L'enfant est sans traitement efficace depuis plusieurs mois déjà. Pour l'instant, il a bien évolué cliniquement. Malheureusement, ses examens de sang sont très inquiétants montrant que le virus est très actif et que l'enfant présente un risque très important de complications (développement du sida, voire décès) qui peuvent survenir prochainement. »

Pendant 6 mois, les infirmières viennent matin et soir vérifier que l'enfant reçoit bien son traitement. Depuis mi-2014, l'enfant est donc sous trithérapie. Sabine, quant à elle, travaille sur le lâcher prise... Elle s'est tournée vers la médecine quantique pour atténuer les effets secondaires. « Je suis

### On est en droit de se demander si le « contrôle naturel du VIH » n'est pas à la portée d'une majorité de séropositifs.

confiante car bien accompagnée par des praticiens alternatifs de haut niveau. Mais ce traitement chimique durera jusqu'à la majorité de mon fils tant que les taux de CD4 et de charge virale ne seront pas conformes. L'ironie, c'est que j'attends maintenant des résultats d'analyse auxquels je ne crois même pas... ».

Dans le dossier médical que nous avons pu consulter, la suffisance des médecins transpire entre les lignes : « Parents qui ont des interactions avec leur bébé extrêmement bien ajustées et empathiques, alors qu'ils n'expriment aucun sentiment de responsabilité, ni émotions de tristesse, d'angoisse ou de colère par rapport à la situation. Madame est dans la rationalisation avec un modèle de pensée très solide et construit. Situation très paradoxale, en lien avec le fonctionnement parental (dénis des conséquences de la maladie et des risques de transmission) ».

Or l'attitude des parents est tout aussi rationnelle que la littérature scientifique qui remet en cause ces traitements. L'affaire de Sabine révèle la toute-puissance du dogme actuel qui peut compter sur une justice expéditive lorsque ses ordonnances ne sont pas respectées. Mais il n'y a pas que le sida qui puisse aboutir à priver les parents de leur liberté de choix en matière de santé : vaccinations, traitement du cancer, et peut-être bientôt autisme ou hyperactivité, les familles n'ont qu'à bien se tenir !

## Des traitements abusifs ?

La pression n'est pas moins forte sur les adultes. Voici l'histoire d'Étienne, embarqué dans un lourd protocole médical dès 1993 (sous AZT d'abord, puis sous bi-thérapie, puis sous trithérapie) sans discontinuer jusqu'en 2013. Au total, 20 ans de trithérapie dont il s'est sauvé grâce à... internet !

« Pendant toutes ces années, j'ai été un bon petit soldat. Je ne sais pas comment j'ai pu supporter tous ces médicaments, d'autant plus que mon angoisse de la mort m'encourageait à toujours consommer de la drogue. Avec ma tête de mort-vivant, je ne pouvais pas cacher que j'étais séropositif. Jusqu'au jour où je suis tombé sur un post Facebook. Je suis remonté jusqu'à l'association de Rethinking Aids. J'ai lu beaucoup de livres, notamment celui de Peter Duesberg. Il n'y avait rien de plus merveilleux à lire ! La supercherie m'est apparue tellement évidente que je n'ai pas douté cinq minutes. Lorsque j'ai revu mon médecin et que je lui ai dit que j'arrêtais le traitement, il était bouche bée. Maintenant je ne souhaite plus qu'il dose mes CD4 et la charge virale, je lui dis : regardez plutôt mon taux de vitamine D ! ».

## Un autre regard sur les HIV controllers

Étienne est donc un survivant. Il a survécu à la fois au VIH et aux... trithérapies. Une « preuve » de l'utilité des trithérapies, dira sans doute son médecin ! Mais s'agit-il vraiment d'une preuve dans la mesure où les trithérapies n'ont jamais été testées contre placebo (voir plus bas) ? Étienne n'est-il pas plutôt un *HIV controller*, c'est-à-dire un patient qui contrôle naturellement la progression du VIH ? Officiellement, la réponse est non ! Car Étienne n'entre pas dans le cadre d'une définition très précise de cette population, évaluée par ailleurs à seulement 0.5% ou maximum 1% des séropositifs.

En effet, pour être considéré comme *HIV controller*<sup>5</sup>, il faut : primo, ne jamais avoir reçu de traitement (cas peu courant en terre occidentale), deuxio avoir une charge virale inférieure au départ à 2 000 copies, et finalement abaissée à 400 copies. Des critères très sélects ! C'est pourquoi Bertrand non plus ne peut être considéré comme un contrôleur du VIH et ce, malgré une absence totale de traitement depuis 7 ans : ses résultats biologiques ne sont pas *normaux* ! Ne parlons même pas de Sabine, 10 ans sans traitement, puisqu'elle n'a jamais souhaité contrôler ses taux... Quant à William, cela fait seulement un an qu'il ne prend plus de médicaments et ses taux initiaux le mettent de toute façon hors-jeu.

**En réalité, il n'existe pas de statistiques fiables sur le nombre de séropositifs en bonne santé sans trithérapie.** On est alors en droit de se demander si le « contrôle naturel du VIH » n'est pas à la portée d'une majorité de séropositifs. Car, de notre côté, il n'a fallu qu'une journée de recherche sur les réseaux sociaux pour trouver et interviewer quatre séropositifs asymptomatiques sans traitement. Mais pour le corps médical, ce phénomène ne peut tout simplement pas exister à large échelle. Comme nous le précise l'un des spécialistes des contrôleurs du VIH au sein de l'Agence française du sida (ANRS), « ceux qui auraient échappé au sida, après un arrêt du traitement, représentent moins d'une vingtaine de malades tout au plus ».

Ce spécialiste fait référence à l'étude ANRS VISCONTI<sup>6</sup> qui a identifié 14 patients avec une durée de rémission pouvant aller dans certains cas jusqu'à 13 années après l'interruption des traitements antirétroviraux. Mais cette étude ne s'intéresse qu'à des patients mis sous traitement dans les 3 mois suivant la primo-infection, ce qui fait dire à son coordinateur : « Le traitement précoce a probablement limité l'extension des réservoirs viraux, et préservé les réponses immunitaires. Cette combinaison a certainement pu favoriser le contrôle de l'infection après l'arrêt du traitement ». Conclusion : il faut, le plus tôt possible, mettre tous les séropositifs sous traitement ! Ne pas le faire serait dès lors une entorse à l'éthique médicale.

En réalité, il y a de fortes présomptions pour que la majorité des patients, surtout dans les populations qui ne sont pas à risque, soit abusivement placée sous traitement. Une hypothèse soutenue par David Crowe, président de Rethinking Aids, qui évoque un « raisonnement circulaire » basé sur de faux postulats : « Officiellement, on estime qu'il y a dans le monde des millions

de gens qui ignorent leur séropositivité, mais il est très probable qu'ils n'aient jamais eu besoin des services de la médecine car ils sont toujours restés en bonne santé. De plus, le temps d'incubation de la maladie étant estimé à environ 10 ans, il est peu probable que tout séropositif ayant confiance en son médecin reste sans traitement pendant toutes ces années ! C'est pourquoi nous n'avons aucun moyen de savoir s'ils sont sujets ou non à une quelconque progression de la maladie sur le long terme ».

### Pas d'essais contre placebo pour les trithérapies

Contrairement aux exigences de la bonne science, ces thérapies jouissent de la même dispense que les vaccins<sup>7</sup>. Tout le monde est tellement sûr de leurs bienfaits que les anti-rétroviraux n'ont plus besoin de se conformer aux règles élémentaires des essais cliniques pour obtenir une mise sur le marché. Comme l'assure David Crowe : « *Seules les études sur l'AZT, le tout premier traitement contre le VIH, ont été faites contre placebo. Ces études sont notoirement suspectes comme l'a bien détaillé John Lauritsen, dans son livre « AZT : Poison sur ordonnance »<sup>8</sup>. Les études suivantes, consacrées aux bi- et trithérapies ont deux défauts fondamentaux : premièrement, elles sont faites en comparaison de l'AZT, très toxique, et montrent seulement qu'elles sont moins toxiques. Certaines études incluent aussi de l'AZT, mais c'est toujours à des doses inférieures (200 ou 300 mg/jour au lieu de 1 500 mg dans les premiers essais sur l'AZT). Leurs résultats sont donc sans surprise très favorables aux trithérapies... Deuxièmement, elles ne mesurent jamais l'amélioration de la santé via l'observation clinique, mais seulement via l'amélioration des taux de CD4 ou de la charge virale* ». Rien n'est donc vraiment prouvé !

Pire, les trithérapies ne feraient que déplacer le problème de la morbidité. Nous citerons simplement une étude de 2005 qui s'est intéressée aux patients sous trithérapie arrivant à l'hôpital. « *Au fur et à mesure de la progression de l'ère des HAART (Highly active antiretroviral therapy), des trous dans l'armure des trithérapies sont apparus. (...) Les morts attribuées à des maladies hépatiques étaient plus fréquentes que les affections opportunistes. Les hospitalisations pour une acidose lactique, un syndrome de reconstitution immunitaire (typique d'un traitement sous trithérapie, ndla), et des complications à un stade avancé directement liées au traitement, sont devenues beaucoup plus visibles. Certains auteurs ont également noté une augmentation de la mortalité et des admissions à l'hôpital au fur et à mesure que l'ère des trithérapies progressait.* »<sup>9</sup>

### Des traitements alternatifs passés sous silence

Partout dans le monde, il existe des médecins alternatifs spécialisés dans le domaine du sida, actifs notamment au sein des organisations *Alive and Well*<sup>10</sup>, *Heal*<sup>11</sup>, ou encore répertoriés sur une liste mise en ligne sur le site de *Rethinking Aids*. Preuve que toutes les options de traitements possibles ne sont pas proposées aux malades. Au contraire, les patients en sont intentionnellement détournés, par la pression morale ou, au besoin, par la force judiciaire.

« *Ces traitements alternatifs devraient être remboursés par les assurances maladies ou pris en charge par les systèmes nationaux de santé* », est-il écrit dans la Déclaration de Pont-du-Gard (2012, France, Congrès de dissidents). Belle idée, mais inutile de rêver dans le contexte actuel où les enjeux financiers sont colossaux, d'autant plus qu'il s'agit de traitements à vie. Une rente pour l'industrie, à laquelle s'ajoute le marché indirect, difficilement chiffrable, des ventes de médicaments traitant les infections opportunistes liées à la maladie ou aux effets secondaires des trithérapies.

### Des coûts de traitement à faire pâlir un chômeur !

Actuellement, une trithérapie coûte entre 1 000 et 1 500 € mensuels, soit l'équivalent d'un revenu minimum ! Avec cette somme, chaque malade

## Quelques chiffres

D'après l'ONUSIDA, 35 millions de personnes seraient séropositives dans le monde (rapport 2014), des chiffres comparables à la prévalence du cancer ! 20 milliards de dollars annuels sont consacrés à la recherche. 1,3 million de personnes ont été classées mortes du sida en 2013.

Apparemment, c'est une catastrophe mondiale. Les médias nous le rappellent tous les ans. Mais ces chiffres sont à nuancer fortement depuis le pavé dans la mare de l'épidémiologiste James Chin, ancien directeur des programmes sida de l'OMS, auteur de *The Aids Pandemic*<sup>18</sup>.

Dans cet ouvrage, il démontre que les statistiques sur la prévalence d'une infection par le VIH sont exagérées dans le but d'entretenir la peur d'une extension de l'épidémie à la population générale, extension qui n'a finalement jamais été observée. James Chin, qui ne fait pas partie des dissidents du postulat VIH=Sida, rappelle que « *le VIH est difficile à transmettre sexuellement, et qu'une épidémie ne peut se produire que dans la plus haute concentration de comportements à risque. De tels niveaux n'existent pas dans les populations générales* ».

pourrait s'offrir un suivi auprès de spécialistes mondiaux des médecines complémentaires... En attendant, « *le marché mondial des traitements anti-sida a atteint environ 13 milliards de dollars en 2009. Il progresse de 13% par an, et devrait dépasser 17 milliards de dollars d'ici à 2018, rien qu'en Europe et aux États-Unis* », écrit *Le Figaro*<sup>12</sup>.

En 2015 dans le monde, **16 millions de séropositifs étaient sous traitement, contre 9,7 millions fin 2012** ! Une forte augmentation due à l'activisme des autorités sanitaires qui préconisent un traitement dès la connaissance de la séropositivité, en l'absence de signes cliniques de maladies, indépendamment même du résultat des analyses biologiques<sup>13</sup>.

Les recommandations de l'OMS (septembre 2013) prévoient de « *fournir un traitement anti-rétroviral, indépendamment de la numération des CD4, à tous les enfants vivant avec le VIH de moins de 5 ans, à toutes les femmes enceintes ou allaitantes porteuses du VIH et à tous les partenaires séropositifs lorsque l'un des partenaires n'est pas infecté* ». Objectif affiché : « *garantir que les 26 millions de personnes susceptibles de bénéficier du traitement y aient effectivement accès, pas une personne de moins* ».

**L'agence française du sida est une belle illustration du problème des conflits d'intérêts : les membres de ses commissions sont sous multiples contrats avec les firmes qui produisent des médicaments qu'ils ont à évaluer.**

**Cette médicalisation de la peur permet d'élargir toujours plus et au plus grand nombre les indications des traitements... Une technique de vente courante chez les laboratoires, mais pas forcément au profit de la santé des patients.**

### L'éternel problème des conflits d'intérêt

« *Les agences gouvernementales devraient être indépendantes. Or aux États-Unis, depuis Ronald Reagan, la FDA (Food and Drug administration) demande à l'industrie pharmaceutique des honoraires pour approuver un médicament. Ceci a pour effet pervers l'approbation rapide des nouvelles demandes, qui aident à financer la FDA. Le fait qu'un bon nombre de médicaments soient retirés du marché après l'approbation indique que le processus est défaillant. Mais ce-*



la arrive rarement avec les médicaments contre le sida, simplement parce que chez les gens diagnostiqués, la plupart des effets secondaires des médicaments sont imputés au VIH ». Logique circulaire...

L'agence française du sida, alias ANRS, est une belle illustration du problème des conflits d'intérêts : « Tous les membres de ses commissions sont sous multiples contrats avec les firmes qui produisent des médicaments qu'ils ont à évaluer », rappelle le Pr Philippe Even, dans son dernier ouvrage *Corruptions et crédulité en médecine*<sup>15</sup>. À titre d'exemple, pour réaliser ce dossier, nous avons recherché les déclarations des conflits d'intérêts des scientifiques qui ont rédigé le dernier rapport de l'ANRS « Prophylaxie pré-exposition » (PrEP) (rendu public en septembre 2015)<sup>16</sup>. Ce rapport a notamment permis l'extension d'utilisation du Truvada<sup>17</sup> (laboratoire Gilead) annoncée par la ministre française de la santé en novembre 2015. Or tous les experts, sauf un (sur 23), ont des liens réguliers, parfois très étroits avec l'industrie des anti-rétroviraux, dont plusieurs avec le laboratoire Gilead. Mais ces liens sont subtilement minimisés, car déclarés uniquement pour « la période des travaux sur la PrEP réalisés depuis la saisine par l'ANRS et le CNS (avril – juillet 2015) ».

Il faudrait un article entier pour mettre à jour l'extrême faiblesse des recommandations de l'ANRS qui, en aucun cas, ne peut être qualifiée d'agence indépendante tant ses experts flirtent avec l'industrie ! Par ailleurs, ce récent rapport de l'ANRS, favorable à la prescription d'anti-rétroviraux pour les personnes séronégatives à risque, s'appuie sur une étude conduite par l'ANRS elle-même, IPERGAY, qui conclut que le Truvada de Gilead est efficace, essai qui a soulevé la polémique à propos de questions éthiques et de conflits d'intérêts<sup>18</sup>. Cette étude a coûté quelque 1,3 million d'euros publics. Autant d'économies pour le laboratoire !

« On dit souvent que l'ANRS est une figure à part dans le monde de la recherche, tant dans son mode d'organisation que son mode de financement », s'enorgueillit le président de l'agence, dans le rapport d'activités 2014. C'est effectivement l'agence de santé française à laquelle on signe le plus de chèques en blanc pour ses essais et où la vigilance sur les conflits d'intérêt y est la moins exercée. ■

## NOTES

- (1) Les noms cités ont été changés pour préserver nos témoins...
- (2) *Charge virale faussement positive. Que nous mesurons-nous ?* Matt IRWIN, 2001.
- (3) *Est-il rationnel de prévenir et traiter le sida en administrant des drogues antirétrovirales aux femmes enceintes, aux nourrissons, aux enfants ou à n'importe qui d'autre ? La réponse est négative !* Roberto A. GIRALDO et al. 2003.
- (4) [www.aidsmap.com](http://www.aidsmap.com)
- (5) « *Immunologic and Virologic Progression in HIV Controllers: The Role of Viral "Blips" and Immune Activation in the ANRS CO21 CODEX Study* ». PLoS ONE. 2015.
- (6) Communiqué de presse, 14 mars 2013. *Sida : 14 patients adultes contrôlent leur infection plus de 7 ans après l'arrêt de leur traitement*. Institut Pasteur.
- (7) Dans les études sur les vaccins, le placebo est généralement le cocktail des adjuvants (aluminium). Voir *Neosanté*, Septembre 2014
- (8) <http://paganpressbooks.com/jpl/POISON.PDF>. Lire notamment le chapitre AZT on trial. Voici aussi en français le site [sidasante.com](http://sidasante.com)
- (9) *Inpatient care of the HIV infected patient in the highly active antiretroviral therapy (HAART) era*. PULVIRENTI J.J. *Curr. HIV Res.* avril 2005. Vol. 3, n°2, p. 133-145.
- (10) <http://www.aliveandwell.org>
- (11) <http://www.healids.com>.
- (12) *Sida : les laboratoires misent sur des traitements simples*. *Le Figaro*, 1<sup>er</sup> Juin 2005.
- (13) Dossier « VIH Sida », sur le site [www.inserm.fr](http://www.inserm.fr)
- (14) *Les nouvelles recommandations de l'OMS concernant le VIH appellent à un traitement plus précoce de la maladie*. Communiqué de presse de l'OMS (30 Juin 2013)
- (15) EVEN P. *Corruptions et crédulité en médecine : Stop aux statines et autres dangers*. Ed. Le Cherche Midi, 2015. Pour l'ANRS, voir les pages 480-486.
- (16) [http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/experts-vih\\_prep2015.pdf](http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/experts-vih_prep2015.pdf)
- (17) Le Truvada est une combinaison d'antirétroviraux du laboratoire américain Gilead qui a été mise sur le marché en 2005. Il s'est ensuite avéré que, pris quotidiennement ou même quelques heures avant et après une relation sexuelle, il permettait à des personnes saines de réduire très fortement le risque d'être contaminées par le VIH. Ce traitement est relativement onéreux (500 euros la boîte de 30 comprimés)
- (18) *Ipergay, l'essai de prévention du sida qui fait polémique*. *Le Monde*. 26 mars 2012.

## Et si tout ce que vous avez appris à propos du sida était faux ?

« J'ai étudié pendant tellement longtemps la virologie, dans tous les sens, que je suis absolument sûr qu'il n'existe aucune chose ressemblant au VIH. Le groupe entier de virus auquel on dit appartenir le VIH, les rétrovirus -comme d'autres virus que l'on prétend très dangereux, en fait n'existe pas du tout ». Ces propos sont ceux de Stephan Lanka, un virologue et biologiste allemand, l'un des 2 600 scientifiques ou chercheurs qui composent le groupe « dissident » Rethinking Aids. Ce collectif a été fondé en 1991 sous l'impulsion du Pr Peter Duesberg<sup>18</sup>, microbiologiste de Berkeley (Californie) qui émit le premier des doutes sur l'hypothèse VIH=Sida, dès 1987. Parmi les grands scientifiques signataires du texte fondateur de Rethinking Aids (liste sur [sidasante.com](http://sidasante.com)<sup>18</sup>) : Kary Mullis (Prix Nobel de Chimie), Etienne de Harven (pathologiste, pionnier de la recherche sur les rétrovirus, ancien président de la Société américaine de microscopie électronique), Heinz Ludwig Sängner, professeur émérite de biologie moléculaire et de virologie au Max-Planck-Institutes for Biochemistry (prix Robert Koch 1978), etc ! Des pointures internationales qui savent de quoi elles parlent. Néo Santé a déjà publié plusieurs dossiers sur la controverse. Voir notamment « La fin de l'hypnose VIH » à consulter sur [www.neosante.eu](http://www.neosante.eu).



# Devenez DIFFUSEUR DE **néosanté**

Absente des kiosques et principalement diffusée sur abonnement, la revue *Néosanté* peut cependant compter sur un réseau d'associations, de commerces, de thérapeutes ou de particuliers qui nous diffusent en France, en Belgique, en Suisse et au Québec (liste sur [www.neosante.eu](http://www.neosante.eu)).

Ce n'est pas un système de dépôt mais un choix de deux « abonnements partenaires » (5 ou 10 exemplaires par mois) avec une marge allant de 55 % à 64 % pour vous rémunérer ou financer une cause qui vous tient à coeur.

**(pour souscrire, voir page 39)**



**Avec cette formule de partenariat,  
vous gagnez à nous faire connaître !**



# ANCIENS NUMÉROS



Vous pouvez acheter les anciens numéros à la pièce  
(*papier\* ou numérique*) ou vous procurer  
toute la collection (*numérique*)

*voir page 39*

*\* le numéro 5 est épuisé*

Vous pouvez aussi les commander en ligne dans  
la boutique du site [www.neosante.eu](http://www.neosante.eu)

# ABONNEMENT

## FAITES VOTRE CHOIX PARMIS LES 7 FORMULES

Et renvoyez cette page à *Néosanté Éditions* - 64, avenue de la Jonction - 1190 Bruxelles (Belgique)  
Fax: +32 (0)2 - 345 85 44 - info@neosante.eu

Nom: ..... Prénom: .....  
Adresse: .....  
Code Postal: ..... Ville: ..... Pays: .....  
Adresse E-mail: .....@.....  
Tél: ..... Portable: .....

### Je souscris un abonnement ANNUEL (11 numéros/an) à la revue *Néosanté*

	Belgique	France (+UE+Dom-Tom)	Suisse	Québec (+ Reste du monde)
<input type="checkbox"/> Abonnement SIMPLE	50 €	60 €	80 CHF	100 \$
<input type="checkbox"/> Abonnement DE SOUTIEN	60 €	70 €	100 CHF	120 \$
<input type="checkbox"/> Abonnement THÉRAPEUTE	75 €	90 €	120 CHF	150 \$
(Vous recevez deux numéros, un pour vous, un pour votre salle d'attente)				
<b>Abonnement PARTENAIRE</b>				
<input type="checkbox"/> Paquet(s) de 5 exemplaires	150 €	175 €	240 CHF	300 \$
<input type="checkbox"/> Paquet(s) de 10 exemplaires	200 €	225 €	320 CHF	400 \$
(Vous recevez chaque mois 5 ou 10 numéros et vous diffusez la revue autour de vous au prix de vente indiqué en couverture. Le bénéfice vous permet de vous rémunérer ou de financer une organisation de votre choix)				
<input type="checkbox"/> Abonnement NUMÉRIQUE	40 €	40 €	48 CHF	50 \$
(Vous recevez chaque mois la revue en format PDF)				
<input type="checkbox"/> Abonnement COMBINÉ	70 €	80 €	106 CHF	126 \$
(Vous recevez chaque mois une revue au format papier + la revue en format PDF)				

### ANCIENS NUMÉROS :

#### Je commande toute la collection de revues déjà parues en format numérique (53 numéros) - 90 €

mon adresse mail est: .....

#### Je commande ..... exemplaire(s) imprimé(s) de *Néosanté* N° (entourez les numéros choisis)

1	2	3	4	<del>5</del>	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53										

au prix par exemplaire de 5 € (Belgique) 6 € (France+UE+Dom-Tom) 8 CHF (Suisse) 10 \$ (Canada+Monde)  
(Pour acheter les revues numériques à la pièce (4 €), ou obtenir la collection (90 €), visitez aussi la boutique sur [www.neosante.eu](http://www.neosante.eu))

#### Je paie la somme totale de ..... (€, \$, CHF) (Biffer la mention inutile)

Par chèque ci-joint à l'ordre de *NéoSanté Éditions*

Par virement bancaire

Sur le compte de *NéoSanté Éditions* IBAN: BE31 7310 1547 9555 Code BIC: KREDBEBB

Par paiement électronique (Paypal, cartes de crédit & débit) via le site [www.neosante.eu](http://www.neosante.eu)

date et signature:

#### Je désire une facture.

Mon N° de TVA est .....

