

L'Apprenti Sage N° 10

Printemps 2003

Table des matières :

- **Mark Pierpont - Coordinateur de la Prévention contre VIH/SIDA fait publique sa démission**
- **Professeur Jens Jernal - SIDA : L'effondrement d'un mythe**
- **Dr Heinrich Kremer - Réponses aux questions du Président Mbeki**
- **Les photos du VIH : Ce qu'elles montrent en réalité – Stefan Lanka**
- **Interview de Stefan Lanka**
- **Carl Rogers - Comment puis-je créer une relation d'aide ?**

Supplément :

- **Eleni Papadopulos-Eleopulos et al (The Perth Group) - Commentaire sur l'interview avec le professeur Montagnier par Djamel Tah**



Le Coordinateur du Programme de Prévention contre le VIH/SIDA rend publique sa démission

*À Robin Keene, SCHNS, Superviseur des Maladies Transmissibles du Département de Santé,
Manatee County, Florida, 3 juin 1999*

Madame Keene,

Veillez accepter ma démission du Département de Santé à partir du 17 juin, 1999.

Après des mois de lutte et une recherche approfondie, je regrette ne plus pouvoir remplir en bonne conscience ma position au sein de la Santé Publique. Comme vous le savez, depuis une année j'ai étudié des documents scientifiques qui remettent en question même les fondements de la politique SIDA de la Santé Publique. Après mûres réflexions, je trouve que je ne peux plus promouvoir l'éducation VIH/SIDA ni les tests SIDA recommandés par le Département de Santé de l'État de Floride. Ma continuation violerait ma propre conscience car cette politique ne reconnaît et ne promeut qu'une seule opinion vis-à-vis de la cause du SIDA.

Suite à une investigation soignée, il devient tristement clair qu'un grand schisme a existé dans la recherche sur le SIDA. Ceci depuis l'annonce, politiquement chargée, faite par Robert Gallo au monde en 1984, que le VIH est la cause probable du SIDA. Malheureusement, seulement un côté de la recherche scientifique fut rendu disponible au public. Ce côté est bien plus puissant, nourri par les finances d'agences comme le Centre de Contrôle des Maladies et l'Institut National de la Santé qui financent la plupart des campagnes d'information publique et les programmes de recherche. Cette science dominante est promue, et même manipulée par des géants pharmaceutiques, qui ont une motivation financière évidente. Le système de Santé Publique et les compagnies pharmaceutiques sont devenus la même source d'information pour les travailleurs de santé, et ils limitent leur information à un côté du débat scientifique. Ils ignorent, voir occultent, la recherche scientifique controversée. Aidée par un média complaisant, la Service de Santé Publique a presque étouffé des opinions scientifique différentes, et a donc nié au peuple leur droit fondamental au consentement informé.

Par la présente, je retire ma participation de ce qui sera vu un jour comme la plus grande violation du principe de consentement informé de l'histoire de la Santé Publique.

Très sincèrement

Mark Pierpoint

Coordinateur du Programme de Prévention contre le VIH/SIDA

Continuum vol 5, n° 6 1999. Traduction Mark Griffiths

VIH-SIDA : L'effondrement d'un mythe

Nexus n° 23, Nov-Déc 2002

Le Mensonge Statistique

Par le professeur Jens Jernal, MD (MA), DSc hc, MSc, BA, FWAIM, © 2002

Apartado 591 Arrecife, Lanzarote, ES35500, Espagne, e-mail : paradoxe@intercom.es

Les statistiques sur l'expansion mondiale de ce qui est communément appelé VIH et SIDA doivent s'analyser en tenant compte des limites de leurs concepts fondateurs.

La science statistique est censée constituer le fondement de toute science moderne et être une discipline habituellement et exclusivement intéressée par les quantités, les mesures et les chiffres, édictés comme autant de preuves indiscutables.

Malheureusement, il est aisé de falsifier ou de biaiser intentionnellement des résultats statistiques en négligeant simplement certaines règles spécifiques et complexes présidant à l'échantillonnage et à l'évaluation des données. Mais l'aspect le plus fascinant des statistiques réside dans les possibilités qu'elles offrent à un statisticien intelligent de manipuler à dessein les chiffres et de créer ainsi l'illusion de démontrer ou d'infirmer à peu près tout et son contraire. Les statistiques du SIDA constituent une superbe vitrine de ce travail de prestidigitant. Elles sont clairement conçues dans un souci d'arrangement, employant plusieurs trucs d'illusionniste pour gonfler les chiffres à un point qui suscite suffisamment la terreur ou la panique au sein d'une partie assez large de la population. Elles permettent ainsi au pouvoir d'introduire des mesures exceptionnelles de contrôle par des moyens forts comme des mandats médicaux, intervenant de façon contraignante sur la liberté de mouvement et de comportement. C'est un moyen assez comparable au couvre-feu qui permet de contrôler une situation d'agitation politique ou de guerre.

Nous n'aborderons pas ici les raisons probables d'un tel jeu au sein du pouvoir et examinerons seulement de quelle manière les chiffres du SIDA sont de facto manipulés intentionnellement dans le but d'affecter la réalité d'une distorsion importante et de fonder des projections alarmistes pour le futur.

Quels sont donc ces trucs d'illusionniste auxquels je fais illusion ?

Le premier utilise la technique du cumul des données, inusité pour les autres maladies, qui n'a d'autre intérêt logique que de grossir la réalité des chiffres et de donner l'impression de leur progression. Ainsi, plutôt que d'établir le nombre de nouveau cas apparu telle année, on préfère vous nourrir du nombre cumulé de cas rapportés depuis le début du phénomène. Cela a plus d'impact, et avec un peu de chance, le chiffre pourrait même être pris pour une donnée annuelle.

Une seconde technique, généreusement utilisée par de nombreux rapports sur le SIDA, est de changer la base de référence des chiffres, spécialement lorsque ceux-ci contredisent les attentes. Cela a été fait de différentes façons, la plus courante étant celle consistant en l'élargissement des symptômes donnant lieu au diagnostic de SIDA. Par exemple, de nouvelles maladies ont été intégrées à la définition du syndrome d'immunodéficience. Plus de 29 différentes maladies, toutes connues préalablement à l'apparition du SIDA, sont ainsi considérées comme manifestation du syndrome lorsqu'elles s'accompagnent d'un test séropositif (test en fait non spécifique, qui réagit à plus de 60 divers facteurs qui n'ont rien à voir avec le SIDA ou le VIH).

Il est alors aisé de comprendre que plus nombreuses sont les maladies répertoriées comme symptomatiques du SIDA, plus les statistiques comptabilisant le nombre de personnes infectées sont importantes. C'est un des moyens permettant de désigner le SIDA comme un fléau en progrès alors que les faits démontrent le contraire. En effet, après un pic en 1992, le nombre de nouveaux cas déclarés aux USA décroît régulièrement. Ce n'est pas l'impression laissée par les messages véhiculés par les médias et les autorités sanitaires.

Il est également important de prendre conscience du fait qu'en Afrique, aucun test n'est requis pour le diagnostic de SIDA. Toute maladie déclarée pendant plus d'un mois et manifestant certains symptômes est automatiquement répertoriée comme tel. Ces maladies ont toujours existé ; elles étaient courantes bien avant l'apparition du SIDA. C'est l'une des raisons de l'inflation des chiffres concernant l'Afrique. Mais même en adoptant cet élargissement des critères de la maladie, les chiffres restent inférieurs aux évaluations données par les journaux. La raison en est que les estimations dont ces 1) derniers font état sont créées de toutes pièces et généreusement épicées par des projections dans le futur infondées et imaginaires. Évidemment, il est préférable d'utiliser les "estimations" plutôt que les décomptes réels, car elles peuvent être gonflées à volonté. Par ailleurs, lorsque l'on désire dénombrer le nombre de personnes infectées par le VIH, l'estimation est le seul outil disponible car aucun chiffre précis n'est possible. Seul un très faible pourcentage des cas est soumis à un test d'anticorps, abusivement désigné comme "test VIH", laissant toute latitude à l'estimation des quantités. Si seul le nombre de cas avérés et correctement diagnostiqués était rapporté, le fait ne causerait certainement pas le même émoi, et encore moins de panique, dans l'opinion publique.

Un rapport américain récent affirmait qu'au moins le quart des personnes séropositives n'en avait même pas connaissance. Comment, dans ces conditions, un journaliste peut-il donner de chiffres ? Les statistiques du SIDA sont pleines d'absurdités de ce genre, mais personne ne semble s'en émouvoir, ni même le remarquer.

LES STATISTIQUES DE L'AFRIQUE

L'une des rares sources de statistiques africaines du SIDA est constituée les résultats de tests anticorps (dit VIH) effectués sur les femmes enceintes dans quelques maternités publiques. Ces chiffres montrent une forte proportion de mères séropositives. Pourquoi ?

Parce qu'il existe plus de soixante conditions médicales différentes pouvant occasionner la défection du test, dont la grossesse elle-même ! Elles incluent les vaccinations ou de récentes infections provoquées par les hépatites, la malaria, la tuberculose ou la grippe.

Considérant que ce test est pratiqué sur des femmes enceintes et que la gestation est l'une des causes connues d'erreur du test, que la plupart des femmes accédant à ces maternités souffrent de malnutrition, de pauvreté et ont probablement été exposées à plusieurs des autres conditions d'invalidité du résultat, il est aisé de prédire qu'une forte proportion d'entre elles sera dépistée séropositives. Cependant, cela ne signifie aucunement qu'elles le sont, et encore moins qu'elles développeront le SIDA.

Pourtant, ces résultats inévitablement imprécis et non significatifs sont pris en compte et appliqués au continent entier, aux hommes comme aux femmes, aux jeunes comme aux vieux, aux riches comme aux pauvres, sans distinction, les incluant à la démonstration de l'incidence du SIDA. Ces personnes n'en sont pourtant aucunement représentatives, et quiconque est en possession des rudiments de connaissance au sujet des tests et des statistiques ne peut qu'en être conscient. C'est bien pourtant ainsi que les statistiques sur le SIDA en Afrique sont élaborées puis publiées.

Incidentement, en dehors de l'invalidation des résultats du test par plus de soixante causes, il a été prouvé que ceux-ci varient d'un jour à l'autre pour une même personne, même réalisés par le même laboratoire, encore plus si les laboratoires sont différents, et toujours plus si ces derniers sont dans des pays différents. La raison en est qu'il n'existe pas de "règle d'or" en la matière, et que la décision de retenir tel ou tel taux sur l'échelle de séropositivité est laissée au libre-arbitre de chacun. On utilise ce type de test pour convaincre les gens qu'ils vont mourir du SIDA, afin qu'ils achètent des médicaments hors de prix qui les rendront désespérément malades, et les tueront même plutôt que les guérir.

Voilà le passif, et les bonnes raisons qui expliquent la réticence du Président d'Afrique du Sud Mbeki à offrir ces médicaments non seulement inefficaces mais mortels aux femmes enceintes, aux nouveau-nés et finalement à n'importe lequel de ses concitoyens.

Une étude a déterminé qu'un groupe de jeunes hommes ayant effectué le test avait connu une mortalité plus importante qu'un autre groupe de sujets non testés, et quiconque en prenait

connaissance supposait automatiquement que ces séropositifs étaient bien morts du SIDA. Cependant l'étude ne montrait pas la cause réelle de ces morts dans le groupe testé séropositif. Dans la partie de l'étude qui s'en préoccupait, on établissait une corrélation entre les personnes testées positivement et le taux de mortalité légèrement supérieur, mais aucune corrélation n'est faite avec le SIDA. La plupart de ces morts n'étaient pas en fait causées par le SIDA. Ceci constitue un cas typique de miroir aux alouettes !

En outre, en Afrique, les rapports épidémiologiques sont basés sur un éventail de critères très différents selon la région ou l'agence de recensement. Le fait que les cas de SIDA semblent mieux soutenus financièrement que les maladies traditionnelles, pousse les auteurs de rapports à assimiler toute maladie comme SIDA lorsqu'il s'agit de simples cas de tuberculose, de malaria ou d'autres maladies endémiques du continent africain.

De façon intéressante, la tuberculose et la malaria, toutes deux très courantes en Afrique, ont été inscrites sur la liste entrant à part entière dans la définition du SIDA, mais chacune d'entre elles peut rendre déficient le test VIH. Malin, non ? Vous apercevez l'écran de fumée ?

Selon les estimations officielles de l'UNAIDS pour 2000, 36,1 millions de personnes dans le monde vivent infectées par le VIH/SIDA. Parmi ceux-là, 25,3 millions vivaient en Afrique subsaharienne. Mon interrogation à ce sujet est: comment peuvent-ils le savoir ?

Dans le tiers-monde, un cas de SIDA peut être diagnostiqué sans l'usage du test dit VIH, sans qu'il s'agisse d'une véritable infection par le VIH. C'est un fait avéré que très peu sont testés et ceux qui ont obtenu un résultat positif représentent un part infinitésimale des 36,1 millions que l'UNAIDS déclare vivre avec le SIDA. Alors comment trouvent-ils donc les autres ?

Généralement, aucune distinction n'est faite entre les séropositifs porteurs sains et les sidas déclarés. Comme s'il s'agissait de la même chose ! Un autre écran de fumée. Ailleurs, la même source estimait le nombre de nouvelles infections à 5,3 millions en 2000, alors qu'elle donnait pour le nombre cumulé de morts du SIDA le chiffre de 21,8 millions.

Sachant qu'extrêmement peu de tests sont réalisés en Afrique à cause de son coût élevé, on ne peut s'empêcher de se demander sur quelle base sont faites ces estimations. C'est encore plus vrai considérant que le nombre officiel de morts du SIDA ne correspond qu'à une petite partie des chiffres délivrés par l'UNAIDS depuis le début de "l'épidémie", il y a 20 ans. Ceci en dépit de toutes les bonnes raisons avancées pour qualifier d'alarmante la progression de la maladie en Afrique.

Un des arguments avancé par les statisticiens inflationnistes pour expliquer ce décalage est que la plupart des décès dus au SIDA sont attribués à d'autres maladies, soit parce que les proches ne souhaitent pas admettre qu'un membre de la famille ait été victime d'une maladie aussi honteuse, soit parce qu'ils ne savent pas qu'il s'agit du SIDA ! Mais par contre, ceux qui réalisent des estimations le savent, même sans l'aide du test. On se demande bien comment. Sans doute par clairvoyance ?

ANATOMIE D'UN PANDÉMIE

Que faire de plus pour conjurer l'insidieuse impression que le SIDA représente une pandémie à progression accélérée menaçant de balayer l'ensemble de la population mondiale à moins de l'anticiper et de la juguler en poussant les gens à se jeter sur une chimiothérapie chère et mortelle abusivement qualifiée "d'antivirale" ?

Un autre truc employé est de sélectionner une tranche d'âge connaissant le taux de mortalité le plus bas, disons les jeunes entre 20 et 30 ans, et de montrer que le SIDA (ou plutôt les "antiviraux" prescrits) s'y avère être la cause première de décès. Prenez soin alors de ne pas révéler le taux réel, car s'il est trop faible, il émousserait l'effet recherché. Ainsi, dans la mesure où peu de membres de cette génération meurent de causes naturelles, il est aisé de voir dans le SIDA la principale cause de mortalité, ou au moins une cause majeure au côté des suicides et des accidents.

Publier ce type de résultats avec suffisamment de publicité entraîne facilement l'opinion publique à conclure que le SIDA est une cause majeure de décès, ou du moins qu'une très forte proportion de membres de cette tranche d'âge est victime du SIDA... alors que le taux réel, même parmi ces

jeunes, pourrait ne pas excéder 1 %. Vous le voyez ? et hop ! "Disparu". C'est un moyen utilisé par les illusionnistes pour une prestidigitation statistique qui leur évite de réellement mentir.

Au final, jouons la carte du nombre réel des orphelins du SIDA comparé aux estimations. Celles-ci omettent de préciser la définition d'un orphelin: enfant dont l'un ou les deux parents sont décédés. Il n'existe pas non plus de documentation fiable permettant de dénombrer le nombre de parents manquants effectivement morts du SIDA ou même simplement morts par quelque cause que ce soit. La cause d'absence des parents de loin la plus répandue en Afrique en est les conflits armés qui ravagent le continent depuis plusieurs décennies.

Un exemple récent pro venant d'Inde illustre bien ce qui se passe. Les statistiques officielles présentées aux Nations Unies affirment l'existence de 560 000 orphelins du SIDA dans le pays, pour seulement 17 000 morts ! Lors d'une conférence de presse, un journaliste demanda à David Miller, représentant de l'UNAIDS en Inde, d'où il sortait ces données concernant les orphelins. Il n'avait aucune réponse. Le ministre indien de la santé en référa à la personne chargée de gérer la collecte des chiffres du SIDA pour le gouvernement. Cette dernière lui rétorqua qu'il n'existait aucune estimation du nombre d'orphelins du SIDA en Inde. Quand le Docteur Miller fut interrogé à ce sujet, il répondit: "Je ne peux révéler la source de l'information. Je dois en discuter avec mes collègues de Genève." Un autre fait n'a cessé de me fasciner: comment une institution publique, supposée professionnelle et responsable, comme celle de l'Organisation Mondiale de la Santé, peut-elle connaître l'incidence du virus VIH (souvent assimilée au SIDA) sur les adolescentes africaines, affirmant que leur taux de contamination augmente de 26 % d'une année sur l'autre ? Quelle est la source d'information lui permettant une telle assertion ? Quelques jeunes filles testées dans une école l'an dernier, et quelques autres cette année, peut-être juste après avoir été vaccinées, ou après le pic annuel de grippe ? Ou bien l'étude était-elle limitée aux adolescentes enceintes ? Combien d'entre elles ce test a-t-il concerné ? Comment y a-t-on procédé ? Pourrions-nous voir le détail de l'étude, s'il vous plaît ? La plupart des personnes ne réalisent pas que souvent, lorsqu'un pourcentage est donné pour un pays ou un groupe social, seul un petit nombre d'entre ses membres ont été effectivement examinées. Le résultat obtenu dans ce petit échantillon est alors étendu à l'ensemble du groupe visé, malgré le risque important de sa non-représentativité. Un statisticien aguerri qui souhaite falsifier la réalité choisira en conséquence l'échantillon occasionnant le résultat escompté, sans avoir besoin de truquer les chiffres eux-mêmes

Pour compléter ce tour des "illusions statistiques", je vais vous livrer un aperçu essentiel de ce que cache derrière la soi-disant fiabilité statistique du test VIH.

On affirme un test VIH être fiable à 98 %. Acceptons l'assertion par amour de la rhétorique. Dans notre culture obsédée par les chiffres, les quantités et les pourcentages, cela devrait rassurer la plupart des personnes. Mais que peut donc signifier cette vérité statistique dans la vie d'un individu ? Dans un échantillon représentatif de la population américaine, l'estimation de la fréquence de l'infection VIH est de 0,04 %, soit 4 cas pour 10000 personnes. Si l'on teste donc 100 000 américains, on peut s'attendre à trouver parmi eux 40 cas réels de personnes infectées par le VIH. Cela signifie aussi que le reste, soit 99 960 personnes, serait diagnostiqué séronégatives. Cependant comme le test est fiable à 98 %, il se peut qu'il se trompe pour 2 % de ces 99 960 personnes en les identifiant comme séropositives, soit 1,999 d'entre elles !

Ainsi, pour cet exemple, parmi les 2 039 qui seraient révélées séropositives, seules 40 le seraient réellement. Cela signifie que 98 % de ceux qui ont été testés séropositifs ne le sont pas du tout. En d'autres mots, ce test déclaré fiable à 98 % et ainsi agréé pour être commercialisé est en fait imprécis à 98 %, du point de vue des personnes qu'il aura révélé séropositives.

Imaginez les sorts des 1999 cas sains, informés faussement de leur contamination par le VIH et qui, à force d'intimidations, ou bien séduits par l'establishment médical, prennent de l'AZT ou d'autres médicaments toxiques pour "retarder" la manifestation de la maladie. Mis à part le coût exorbitant du traitement (et donc l'énorme bénéfice pour le secteur médical) combien, d'après vous, survivront à l'épreuve ? Peu, je vous l'assure.

Tel est le scénario diabolique mis en scène par les autorités américaines. L'ensemble de la population a peur de faire le test et ceux qui sont déclarés séropositifs sont poussés à acheter des

médicaments nuisibles assurés de les mener à la mort. (Si vous croyez toujours, à l'instar de la propagande médiatique, que l'AZT est un remède servant La vie, aller donc chercher quelques informations facilement vérifiables sur le site web : www.rethinkingaids.com et faites une recherche sur "Anthony Brink" et le corollaire du procès en instance.)

Nous avons accepté plus haut l'idée de la fiabilité du test à 98 %; Il semble que personne ne se soit demandé comment ce fait avait été établi, dans la mesure où il n'existe aucun contrôle sérieux. Comme pour le reste du dogme actuel du SIDA, et la plus grande part de la "science VIH", il s'agit simplement d'une pure déclaration de foi.

En fait, sur la base de ce que révèle cet article, nous savons que la marge d'erreur peut être beaucoup plus importante. Mais nous savons également qu'être déclaré séropositif par un test anticorps non spécifique pour un VIH hypothétique est sans fondement, car en lui-même, il n'a pas de valeur prédictive d'un développement futur du SIDA.

S'agit-il ainsi d'un écran de fumée destiné à piéger les personnes "à risque" confiantes dans un borbier de tests et de traitements hautement rentables qui, comme il est admis ouvertement, ne mènent nulle part sinon à l'anéantissement et à la mort ?

UN PROGRAMME SECRET

Une interprétation encore plus sinistre suggère que l'état de panique et de terreur intentionnellement provoquée par le matraquage médiatique fut conçu pour préparer le terrain en vue d'instituer un état d'urgence général justifiant d'importantes restrictions des droits et des libertés civiques, voire même des interventions militaires.

En effet, sinistre fut la tonalité apportée par la présidence de Clinton en 2000 lorsque le SIDA fut déclaré "question de sécurité nationale" non seulement en Amérique, mais partout dans le monde, et spécialement en Afrique. Est-il possible de déceler un programme politique secret derrière ceci, voire un complot du pouvoir pour le contrôle de la planète ? Si c'est vraiment le cas, qui en est la tête pensante ? La Maison Blanche, quelle que soit la tendance politique au pouvoir ? Ou le Président en place ? Ou la CIA ? ou le Pentagone ? Ou l'industrie pharmaceutique ou pétrochimique ? Et peut-être même l'ensemble de ces pôles de pouvoir, en concertation ? Et l'objectif en est-il seulement de générer des profits astronomiques et de renforcer le pouvoir financier ou bien s'agit du contrôle effectif de la planète entière ?

Il se pourrait qu'il ne s'agisse pas du début froidement planifié d'un scénario politique cohérent, mais peut-être devrions-nous rappeler comment tout ceci a commencé. C'est l'administration Reagan qui, au cours d'une année de campagne présidentielle, déclara, sans aucun bilan d'expert, débat ou consensus scientifique, qu'un nouveau rétrovirus était "la cause probable du SIDA" et qui promit un vaccin dans les deux ans. C'était en 1984, titre du célèbre roman visionnaire d'Orwell au sujet du futur gouvernement "Big Brother" qui fut publié cinquante années auparavant.

Depuis cette déclaration d'avril 1984, le gouvernement fédéral américain prit un contrôle total et dictatorial sur l'épidémie. Les autorités médicales décidèrent quelle recherche financer, quel traitement approuver, quel matériel publier dans les revues professionnelles et quelle information donner au public par les médias. Le reste de la sphère institutionnelle, à l'exception de quelques-uns, se mit à danser penaudement sur cet air-là, entrant dans une transe de mort dédiée au SIDA de l'Oncle Sam.

Et puisque la seule menace du SIDA ne produisait pas aux USA l'effet escompté sur le long terme, elle devait être suppléée par la menace terroriste et la peur de l'anthrax. Maintenant cet effet est bien atteint. Rapidement, la population effrayée s'est laissé complaisamment dépouiller de ses droits civiques élémentaires, et des pouvoirs dictatoriaux incontrôlés ont été conférés à diverses agences politiques, le tout au nom de la sécurité et dans le but de "protéger les gens". Ces mesures, ainsi que l'intervention militaire en Afghanistan, avaient été mises au point bien avant les attaques du 11 septembre.

Dans ce cadre, vous devriez comprendre plus facilement que la présence du nouveau rétrovirus, le mal nommé VIH, chez les personnes "testées séropositives", soit déduite de l'utilisation de marqueurs non spécifiques. Quelques chercheurs extrêmement crédibles affirment que ceux-ci ne

constituent aucunement une preuve d'infection par le VIH et que ce dernier pourrait même ne pas exister du tout ! À ce jour, le VIH n'a d'ailleurs jamais été isolé chez un patient; Que vous le croyiez ou non, ce sont les faits, et chacun peut le vérifier.

Avez-vous d'ailleurs remarqué que les personnes officiellement désignées "à risque" étaient en premier lieu de race blanche "socialement indésirables": les homosexuels, les toxicomanes par intraveineuse, les prostituées et les hémophiles, puis la classe pauvre des noirs américains et enfin les habitants de l'Afrique noire sub-saharienne ?

Et avez-vous remarqué que le premier et pendant longtemps le seul médicament autorisé pour traiter les malades du SIDA aux USA était l'AZT, vieux de 20 ans et mis au point pour lutter contre le cancer. 11 n'avait jusque là pas reçu l'agrément de la Food and Drug Administration pour cause de trop grande toxicité pour la consommation humaine ! Mais pour les groupes sociaux "à risque" du SIDA, l'AZT fut adopté par une procédure expresse qui s'est révélé depuis être une fraude pure et simple.

Pour un nombre sans cesse croissant d'observateurs professionnels avertis, il est de plus en plus évident que le SIDA n'est causé par aucun virus, qu'il n'est pas transmissible par voie sexuelle, et qu'il n'est même pas contagieux du tout. Au lieu de cela, il s'agit plutôt d'un syndrome multifactoriel, dont les causes les plus importantes sont l'absorption de produits chimiques toxiques ou de médicaments. Parmi eux figurent les pesticides, insecticides, les lubrifiants à base de benzène employés par certains homosexuels, les drogues récréatives, les parasites multiples, les infections virales et bactériologiques, la malnutrition et une cause, non des moindres, la prescription de médicaments de toutes sortes et plus particulièrement les chimiothérapies très toxiques habituellement préconisées pour les cas de SIDA et "d'infections par le VIH".

Il n'est aucune carence de traitement non-toxique pour le SIDA qu'il est parfaitement possible de le soigner. Il suffit d'en reconnaître les causes réelles et d'arrêter d'empoisonner les gens.

Comment faire face à cette situation ? En devenant plus vigilants et en remettant en question toute information émanant des médias et des agences gouvernementales, et de façon plus aiguë encore lorsqu'elle provient de secteurs liés au SIDA par des intérêts financiers ou de pouvoir. En refusant de se laisser manipuler, abuser et sacrifier sur l'autel d'une science corrompue, des jeux du pouvoir politique, de l'impitoyable monde des profits pharmaceutiques et surtout en utilisant notre bon sens et notre capacité à penser par nous-mêmes.

Références :

- *Al-Bayati, Dr Mohammed Ali, Get All the Facts: HIV Does Not Cause AIDS, Toxi-Health International, Dixon, California, 1999.*
- *Clark, Hulda Regehr, PhD, ND, The Cure For HIV and AIDS and The Cure for All Cancers, ProMotion Publishing, San Diego, California, 1993.*
- *Douglass, William Campbell, MD, Into the Light, Second Opinion Publishing Inc., Dunwoody, Georgia.*
- *Duesberg, Prof. Peter H., "AIDS Acquired by Drug Consumption and other NonContagious Risk Factors", University of California, Berkeley.*
- *Ellison, Bryan J. and Peter H. Duesberg, Why We Will Never Win the War on AIDS, Inside Story Communications, El Cerrito, California.*
- *Selvey, Jeremy F., The Secrets Behind HIY & AIDS, People's International Health Project, Los Angeles, California.*
- *Willner, Dr Robert E., MD, PhD, Deadly Deception: The Proof that Sex and HIV Absolutely Do Not Cause AIDS, Peltec Publishing Co., Boca Raton, Florida.*
- *Une bibliographie plus complète, contenant plus de 750 pages d'argumentaire scientifique, de resultats de recherche, et de discussions, au sujet du SIDA émanant de scientifiques internationaux de pointe peut être trouvée sur le site web de Rethinking AIDS à l'adresse : <http://www.virusmyth.com>.*

Traduction: David Dennery, Nexus n° 23, Nov-Déc
NEXUS : <http://www.nexus.fr>

Réponses aux questions du Président Mbeki

Par Dr Heinrich Kremer
Sept. 2000

Une brève réponse aux questions soulevées par le Président sud-africain Thabo MBEKI à la rencontre des spécialistes du SIDA à Prétoria les 6 et 7 mai 2000.

QUESTIONS :

1. Quelles preuves y a-t-il que le VIH soit la cause du SIDA, et quelles sont les conséquences de l'apparition de symptômes et de leur diagnostic ?
2. Quel rôle un traitement peut-il jouer dans les pays en développement ?
3. Comment prévenir le VIH/SIDA ?

CONSIDERATIONS PRELIMINAIRES

Le monoxyde d'azote (1)

Pour la première fois en 1987 la preuve fut faite par Furchgott et Ignarro (prix Nobel 1998) que les fonctions cellulaires de l'organisme humain étaient contrôlées par le monoxyde d'azote (NO, nitric oxide). On démontra au cours des années qui suivirent que les cellules immunitaires éliminent les germes pathogènes à l'intérieur de leur cytoplasme en produisant un gaz, le monoxyde d'azote. On découvrit qu'il existe 2 types de cellules immunitaires : celles (type Th1) qui produisent du NO et ses dérivés et celles (type Th2) qui n'en produisent pas mais stimulent la formation d'anticorps afin d'inhiber les germes pathogènes extracellulaires (2).

Ces découvertes révolutionnaires ont fait que beaucoup de théories considérées jusqu'alors comme correcte ont dû être révisées, les phénomènes immunitaires pathologiques interprétés comme des conséquences de l' " infection VIH "(3), conformément aux théories immunitaires qui prévalaient jusqu'ici, peuvent maintenant grâce à ces recherches nouvelles, être expliquées de façon cohérente et sans devoir invoquer une " infection VIH ". Ces nouvelles découvertes justifient tout à fait les questions critiques du Président MBEKI sur le VIH/SIDA et ont des effets considérables en ce qui concerne la médecine, la société, la politique et l'économie.

Il faut qu'il y ait équilibre entre les cellules immunitaires productrices de NO et celles qui n'en produisent pas. Cet équilibre entre l'immunité cellulaire et l'immunité dite humorale par anticorps peut être perturbé par des facteurs infectieux ou non infectieux qui tous deux peuvent mener à une immunodéficience acquise cellulaire (SIDA). Une hyperstimulation (trop longue ou trop forte) des cellules immunitaires productrices de NO mène à l'épuisement de ces cellules et l'inhibition de la production de NO qui en résulte est compensée par une activité accrue des cellules productrices d'anticorps. Il s'ensuit que les microbes intracellulaires tels que mycoses, parasites, mycobactéries et virus (germes de maladies opportunistes), qui normalement seraient éliminés sans symptômes par le gaz NO cytotoxique, se développent sans limites dans les cellules. Ce sont ces maladies opportunistes qui caractérisent cliniquement le SIDA.

La respiration aérobie de certaines cellules peut être bloquée par un excès de production de NO et par les phénomènes d'adaptation biologique qui s'ensuivent. Ces cellules peuvent alors adopter un mode de production d'énergie indépendant de l'oxygène. Cela peut mener à des formations tumorales et ce phénomène était déjà connu en 1924 (phénomène de Warburg) ; actuellement on peut l'expliquer grâce à ces découvertes sur le NO. Pour la même raison des cellules nerveuses et musculaires peuvent souffrir de dégénérescence si leur respiration aérobie est perturbée.

Groupes à risque en Occident

Le SIDA, au sens habituel, est une maladie rare en Occident : 0,001 à 0,002% de la population est atteint annuellement.

La plus grande part des patients SIDA se retrouvent parmi les homosexuels masculins du type " récepteur ". Dans ce groupe à risque, les causes principales d'hyperstimulation NO sont : l'inhalation de nitrite d'amyle (poppers) utilisé pour faciliter la pénétration anale, l'abus d'antibiotiques dont les produits de catabolisme sont le NO et des nitrosamines, l'absorption de protéines étrangères (résultat de coït anal non protégé) qui induit une surproduction de NO analogue à celle causée par les protéines antigéniques microbiennes, et enfin les toxines antigéniques dues aux infections répétées et à la surcharge des mécanismes cellulaires de détoxication.

Les drogués par voie IV constituent le 2° groupe à risque. Leur équilibre immunitaire est troublé par les drogues elles-mêmes, par les fréquentes infections provenant du partage d'aiguilles contaminées, par les substances toxiques mélangées aux drogues, par la malnutrition liée à l'usage de drogues. 5% de la population totale de drogués intraveineux sont potentiellement sujets à l'épuisement immunitaire. Dans de rares cas, les enfants de mères toxicomanes sont eux-mêmes immunodéficients du fait de l'intoxication chronique de leurs mères. La perturbation de la respiration cellulaire au niveau des cellules immunitaires et non-immunitaires fait que ces nouveaux-nés souffrent eux-mêmes d'insuffisance immunitaire.

Les hémophiles forment un 3° groupe à risque, du moins ceux qui ont reçu des injections de facteur de coagulation (le facteur VIII, une protéine) non purifié, donc associé à d'autres protéines antigéniques : cela aboutit à une hyper production de NO chronique comme l'ont prouvé des expérimentations animales.

Les polytransfusés (moyenne de 35 transfusions) du fait d'une maladie grave sont aussi un petit groupe à risque, numériquement parlant.

Un étude clinique étalée sur 10 ans et portant sur plusieurs milliers de patients, au Canada, a révélé déjà en 1986 que plus de 30% de patients opérés présentent des perturbations immunitaires : anomalies comprises aujourd'hui comme résultant de troubles des cellules immunitaires productrices de NO et de prépondérance des cellules immunitaires non productrices de NO.

Dès les années 60 il apparut qu'après traitement par médicaments immunosuppresseurs les patients ayant subi une transplantation d'organe souffraient des mêmes troubles immunitaires qui se manifestèrent à la fin des années 70 dans les milieux homosexuels masculins et qui reçurent le nom de SIDA à partir de 1982. Les mêmes maladies caractéristiques de l'épuisement immunitaire, les mêmes maladies opportunistes signant l'inhibition des cellules immunitaires productrices de NO et la prédominance des cellules immunitaires non productrices appaurent chez les leucémiques traités par des antimitotiques, substances analogues à l'AZT utilisé comme antiviral contre le SIDA.

D'autres facteurs immunotoxiques tout à fait différents peuvent stimuler de manière excessive la production cellulaire de NO et aboutir secondairement à son inhibition. Ce sont les substances toxiques (pharmaceutiques ou non), la malnutrition quantitative ou qualitative, l'injection de protéines étrangères, les infections multiples et récidivantes, les dysfonctionnements endocriniens, les stress émotionnels et bien d'autres facteurs.

SIDA dans le Tiers-Monde

Dans les pays en développement ce sont les infections et les phénomènes inflammatoires chroniques, la malnutrition et la consommation d'eau polluée qui sont les causes majeures d'épuisement immunitaire. Cette mauvaise situation sanitaire est due à des conditions de vie pour lesquelles l'Occident porte historiquement une grande part de responsabilité.

Ces conditions font que, dans les pays du Tiers-Monde, les enfants, les femmes et les hommes sont plus souvent infectés par des germes pathogènes que dans les pays industrialisés.

Les microbes qui vivent hors des cellules sont inhibés et éliminés par les anticorps et autres mécanismes immunitaires humoraux, tandis que ceux qui pénètrent dans les cellules (ce sont essentiellement les mycoses, les parasites, les mycobactéries et les virus) ne peuvent être efficacement inhibés et éliminés que par une production suffisante de NO.

En cas d'infection intracellulaire chronique, la production du gaz cytotoxique NO est constamment stimulée pour tenter d'éliminer le germe infectieux. Mais le NO est un facteur toxique pour la cellule elle-même : elle doit donc se protéger contre l'effet irritant et éventuellement mortel de ce gaz endogène. Cette protection est réalisée par divers antioxydants : protéines soufrées, vitamines, enzymes. Ces antioxydants doivent être ingérés ou synthétisés à partir de l'alimentation. Les antioxydants portent ce nom car ils doivent constamment neutraliser des substances oxydantes telles que le NO et ses dérivés, ou les radicaux libres oxygénés (reactive oxygen species, ROS). S'il y a épuisement d'antioxydants (à cause de déficit alimentaire d'antioxydants ou de substrats permettant de les synthétiser, ou bien à cause d'infections ou de processus inflammatoires chroniques épuisant les réserves d'antioxydants) les molécules de NO et de ROS ne peuvent plus être efficacement neutralisés. Il s'ensuit une détérioration cellulaire et divers dysfonctionnements métaboliques secondaires au sein des cellules immunitaires et aussi non-immunitaires ; cela mène à une inhibition de la production de NO et par conséquent à l'apparition des infections opportunistes.

Ce cercle vicieux commençant par la présence d'infections chroniques, de malnutrition et de carence en substances antioxydantes et aboutissant à davantage d'infections appelées infections opportunistes est bien connu dans les pays du Tiers-Monde sous le nom de SIDA nutritionnel (NAIDS ou SIDAn) (4).

Ces facteurs fondamentaux d'épuisement immunitaires (de SIDA) dans les pays en développement affectent indifféremment, quel que soit le sexe, les enfants pas encore nés, les nouveaux-nés, les enfants, les femmes et les hommes. Ces facteurs diffèrent fondamentalement de ceux qui entraînent le SIDA en Occident dans les groupes à risques.

SIDA et NO

Le SIDA en Afrique n'est pas plus le résultat de la transmission sexuelle d'un prétendu germe infectieux qu'il ne l'est en Occident. Le SIDA n'est pas causé par un germe infectieux particulier. La présence d'un tel germe n'est ni nécessaire ni suffisante pour comprendre les processus de la maladie. La supposition que le SIDA est dû à un germe infectieux est née à cette époque encore récente où les processus fondamentaux qui régissent l'immunité n'étaient pas encore compris. Même dans les cas de SIDA où des infections constituent un facteur important d'épuisement immunitaire par carence de production de NO dans les cellules immunitaires, les maladies sexuellement transmissibles (MST) ne jouent pas un rôle exclusif. Le sexe n'est qu'une source d'infection parmi bien d'autres. La plupart des infections chroniques ne sont pas transmises sexuellement : par exemple la tuberculose pulmonaire, la malaria, les verminoses et de nombreuses autres infections tropicales. C'est le cas aussi des infections opportunistes qui sont principalement dues à des mycoses, des parasites, des mycobactéries, le cytomégalovirus (CMV) et autres virus herpétiques. L'infection caractéristique et la plus courante du SIDA, la pneumonie à pneumocystis carinii (PPC), en est une autre preuve : elle est déclenchée par un parasite fongique des voies aériennes.

La vision scientifique réduisant la cause du SIDA à la transmission homosexuelle ou hétérosexuelle d'un prétendu " virus du SIDA " a empêché de voir les causes réelles de l'immunodéficience et des infections opportunistes. Toutes ces infections sont la conséquence de l'inhibition de la production de NO, tant dans les cellules immunitaires que dans les cellules non-immunitaires, et du blocage de la respiration aérobie de certaines cellules.

La théorie " VIH/SIDA " a été jusqu'à présent incapable d'expliquer pourquoi les maladies caractéristiques du SIDA sont censées se développer à cause d'un prétendu VIH transmis sexuellement ou par voie sanguine, alors que ces mêmes maladies se développent sans aucune intervention de " VIH " dans les cas de SIDA pharmacotoxique ou SIDA nutritionnel. Ce que ces différents cas ont par contre en commun ce sont des facteurs immunoagresseurs de type toxique, pharmacotoxique, infectieux et nutritif, ou une stimulation immunitaire massive à partir de protéines antigéniques étrangères.

De nombreuses études expérimentales et cliniques ont établi qu'au tout début de la séroconversion, quand le patient devient " VIH " positif, la taux d'antioxydant et de protéine sulfurée détoxifiante

dans les cellules immunitaires est très bas, que les cellules immunitaires prédominantes ne produisent plus de NO, et que par contre la production d'anticorps est augmentée. Cela prouve que ce qui perturbe le système immunitaire de ces patients c'est l'inhibition de la production de NO à cause du manque de molécules antioxydantes chargées de la détoxification. Un grand nombre de cellules immunitaires Th2 non productrices de NO quittent alors la circulation sanguine pour stimuler les lymphocytes B producteurs d'anticorps (5).

Il n'est donc pas nécessaire d'imaginer un prétendu VIH pour expliquer ces perturbations. Pourtant, la diminution de lymphocytes T4 dans la sang circulant est donnée comme preuve que ces cellules sont détruites par le " VIH " ! Aux E-U le diagnostic du SIDA est posé, même s'il n'y a pas de symptômes cliniques, sur base de la chute du nombre de lymphocytes T4 sous un certain seuil associé à la positivité du test " VIH ". Cette procédure diagnostique discutable (SIDA sans syndrome clinique ou " IDA ") a fait que les cas de SIDA officiels aux E-U depuis le 1^o janvier 1993 ont augmenté de plus de 100%. En Europe on n'a pas utilisé à l'époque cette définition de SIDA et dès lors les cas de SIDA ont continué à chuter.

Tout aussi discutable est la manière de diagnostiquer le SIDA en Afrique. La définition de Bangui (1985), qui est en usage aujourd'hui sous de multiples variantes, permet de faire un diagnostic de SIDA sur des symptômes cliniques aussi peu spécifiques que la toux, la fièvre, la diarrhée etc... si ces symptômes datent de plus d'un mois. Ces symptômes sont courants dans les pays en développement du fait des fréquentes maladies inflammatoires et infectieuses chroniques. Ces cas, enregistrés comme SIDA sans critères diagnostiques véritables, sont rapportés à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à Genève. Et c'est sur base de ce diagnostic sommaire d'une supposée " extension épidémique du VIH en Afrique " qu'on fait des projections (estimations par extrapolation) du nombre de cas VIH/SIDA et que des chiffres catastrophiques illustrant la pandémie de VIH/SIDA en Afrique sont offerts à la presse du monde entier. Là-dessus les médias, sans se poser de questions sur le sérieux de ces données, dépeignent l'Afrique comme " un continent qui se meurt "...

Voilà comment l'opinion mondiale a été manipulée et convaincue que 90% des " infections VIH/SIDA " apparaissent en Afrique.

Se poser des questions

En Europe, aux Etats-Unis et en Afrique l'image que se fait le public du SIDA repose donc sur des réalités différentes. Dès lors, et vu les moyens limités des pays en développement, se poser des questions relève du plus élémentaire bon sens : quelle est la cause du SIDA, comment prévenir et traiter ? Comment arriver à séparer nettement le problème médical réel des considérations médicales officielles focalisées sur le VIH/SIDA ?

REPONSE A LA QUESTION 1

" VIH " ?

A propos de la question sur les " conséquences de l'apparition des symptômes et de leur diagnostic ", il faut remarquer tout d'abord qu' en Afrique les causes véritables des maladies ne sont pas, ou sont incorrectement, diagnostiquées.

On peut se rendre compte aussi que les malades du SIDA et leur famille sont mis, par le diagnostic, dans une situation de peur panique, d'exclusion et de désespoir.

Il n'y a en fait aucune preuve pour étayer la théorie disant que " le SIDA est causé par le VIH " et au contraire énormément de preuves contre cette théorie. Personne n'a jamais isolé le " VIH ", l'existence de ce prétendu virus fut affirmée suite à la présence de marqueurs moléculaires non spécifiques apparaissant après manipulation de cellules immunitaires sanguines de patients homosexuels atteints de SIDA (6). Ces cellules immunitaires furent stimulées par des substances très oxydantes ce qui, on le sait maintenant, déclenche en réaction la production de NO. Comme elles étaient carencées en molécules soufrées détoxifiantes, une partie de ces cellules périt ; ce phénomène (chute de lymphocytose) est interprétée comme une destruction des lymphocytes par

l'hypothétique VIH. Une autre partie des cellules réagit en adaptant son métabolisme ; entre autres par la synthèse de nouvelles protéines et par l'expulsion hors de la cellule de protéines liées au stress oxydatif. La présence de ces deux marqueurs moléculaires (protéiques) fut considérée comme la preuve de la présence de " VIH ", alors que ces mêmes marqueurs peuvent apparaître dans bien d'autres cultures cellulaires soumises aux mêmes conditions de laboratoire.

Isolement ?

Toutes les expériences qui prétendent être des isollements de " VIH " sont basées sur la mise en évidence de tels marqueurs non spécifiques après stimulation par des substances très oxydantes. Sans avoir recours à ces artifices chimiques, personne n'a pu démontrer la présence de " VIH " libre dans le sérum sanguin de patients " VIH " positif ou atteints de SIDA, alors que, selon la théorie VIH/SIDA qui prévaut depuis 1995, ce " VIH " devrait se multiplier des milliards de fois...

Les découvertes concernant la NO, font apparaître que les chercheurs " VIH " ont confondu cause et effet. L'inventeur du test " VIH " breveté en 1987, le prof. Gallo, traita ses cultures cellulaires de patients SIDA avec de l'hydrocortisone. Or l'hormone hydrocortisone bloque la division cellulaire, y compris celle d'éventuels virus intracellulaires qui ne peuvent que synchroniser leur reproduction avec celle de la cellule-hôte. L'hydrocortisone inhibe aussi la production de NO tout en promouvant la néo-formation de protéines (regenerative proteins).

Deux anciens collègues du Prof. Gallo ont révélé en 1987 que la présence de marqueurs moléculaires (protéines néoformées ou protéines " de stress " expulsées par les cellules sous la forme de particules dites " virus-like ") avait été démontrée avec une facilité particulière après l'adjonction d'hydrocortisone aux cultures cellulaires utilisées pour la recherche de " VIH " dans les lymphocytes de patients atteints de SIDA. Il s'agissait des expériences menées dans la laboratoire du Prof. Gallo en 1984, au moment de la mise au point du test " VIH ". Le prof. Gallo avait, à l'époque, tenu secret cet usage d'hydrocortisone, et il ne reconnut le fait qu'en 1998 quand on le lui reprocha au cours d'une conférence de presse au Congrès international sur le SIDA à Genève.

Le Prof. Gallo a été jusqu'ici incapable d'expliquer pourquoi le " VIH " se reproduit particulièrement bien dans une culture cellulaire traitée à l'hydrocortisone alors que, comme le sait bien tout médecin praticien, l'hydrocortisone bloque la division des cellules-hôtes. La recherche sur le NO donne l'explication : les marqueurs moléculaires prétendent preuve de l'existence du " VIH " ne sont rien d'autre que des protéines néoformées et des déchets cellulaires expulsés par les cellules exposées au stress oxydatif sous forme de particules virus-like. Ces marqueurs, non spécifiques, n'ont rien à voir avec le prétendu " VIH ".

Un test " VIH " ?

Le Prof. Gallo fit des co-cultures de lymphocytes de patients atteints de SIDA et de cellules leucémiques humaines, et stimula ces cultures avec des facteurs oxydants. Une protéine apparut dans la co-culture à la suite de ce traitement. Il l'appela " protéine VIH " sans apparemment faire l'hypothèse plus vraisemblable qu'elle pouvait provenir de cellules humaines soumises au stress oxydatif de la culture. Il utilisa alors cette protéine abusivement attribuée au " VIH " comme substrat de son test à anticorps " anti VIH ", test qui fut breveté. Ce substrat antigénique, dont la dose a été calculée pour réagir à des taux particulièrement élevés d'anticorps, réagit avec les anticorps présents dans le sérum sanguin des patients dont les cellules immunitaires produisent une grande quantité d'anticorps. Cette situation apparaît surtout chez les malades dont la réponse immunitaire cellulaire par NO est épuisée et compensée par une synthèse accrue d'anticorps (réaction immunitaire humorale).

Un test " VIH " positif veut donc simplement dire ceci : la personne testée a un grand nombre d'anticorps dans le sang, et ces anticorps réagissent avec la protéine étrangère du test. Comme un anticorps ne réagit pas uniquement avec la protéine spécifique contre laquelle il a été produit (un anticorps n'est pas rigoureusement spécifique), il s'ensuit qu'un grand nombre d'anticorps différents réagiront positivement avec la protéine du test " VIH ". En Afrique, les anticorps des personnes testées réagissent positivement au test " VIH " alors que ces anticorps réagissant ont été

initialement produits contre les protéines antigéniques du BK (tuberculose), du plasmodium de la malaria, de parasites ou de bien d'autres germes infectieux.

Transmission ? Contamination ?

Ne parlons donc pas d'infection " VIH ", pas plus par transmission sexuelle que par voie sanguine. Les prétendues contaminations de mère à enfant sont des transmissions soit d'anticorps maternels à l'enfant, soit de produits toxiques pour le système immunitaire en formation du fœtus, soit de médicaments immuno-toxiques administrés après la naissance. Ce peut être aussi le résultat d'une infection chronique de la mère transmise à l'enfant.

Les contaminations " VIH " dites professionnelles ou suite à un viol sont des faits exceptionnels. Aucune étude scientifique ne prouve que ces cas existent réellement. Ces histoires dramatiques sont fondées sur la pseudo-logique de l'hypothèse VIH/SIDA et sont utilisées pour faire croire au public que le SIDA est une infection.

REPONSES AUX QUESTIONS 2 et 3

Améliorer les conditions alimentaires et sanitaires

Ce qui précède montre bien qu'aucun traitement ni aucune prévention ne peuvent se fonder sur l'existence d'un supposé VIH cause du SIDA.

Il y a cependant des possibilités de prévention et de traitement pour le SIDA et pré-SIDA : corriger la malnutrition calorique et protéique et les carences alimentaires diverses, traiter les causes infectieuses et non infectieuses de maladie, éviter les autres facteurs de risque, prendre des compléments vitaminiques, des minéraux, des antioxydants, des médicaments protecteurs du foie.

Des traitements non toxiques peuvent rétablir l'équilibre immunitaire en ne bloquant pas la respiration cellulaire comme le font l'AZT et autres antiviraux.

Depuis quelques années, la médecine conventionnelle a, elle aussi, commencé à redécouvrir les bienfaits des antioxydants et de la protection hépatique chez les patients immuno-déprimés. Dans ce domaine, les pays en développement ont beaucoup de possibilités : consommation de produits de la mer comme aliment (poissons) et compléments alimentaires (algues), culture de plantes indigènes non brevetées pour usage phytothérapeutique, réhabilitation de médecines traditionnelles.

Des somme fabuleuses ont été gaspillées en Occident depuis 1984 sur base de la théorie manifestement fautive selon laquelle " le VIH est la cause du SIDA ". Les pays pauvres ne peuvent pas se permettre ces extravagances et devraient plutôt investir leurs maigres ressources dans l'amélioration des conditions générales d'existence. Ceci implique que les équipes médicales de ces pays soient formées à appréhender les problèmes selon les connaissances scientifiques de l'an 2000 plutôt que celles de 1984. L'histoire médicale en Occident a démontré que la fréquence et la gravité des maladies infectieuses aiguës et chroniques ont pu être drastiquement et durablement réduites dès avant le milieu du XX^e siècle, avant l'introduction des médicaments de synthèse, des antibiotiques et des vaccinations de masse (7). Entre-temps, les découvertes de la recherche fondamentale sur le NO, sur la vie cellulaire symbiotique et dans d'autres domaines sont à l'origine de progrès significatifs dans la prévention et le traitement des déficiences immunitaires.

Tôt ou tard ces découvertes prévaudront dans la prévention et le traitement du SIDA. Les chercheurs, les médecins et les autres professions impliquées dans la question ont bénéficié depuis 1984 d'un flux massif de subventions pour combattre le " VIH , cause du SIDA ". Ils ont été indignés par les saines questions du gouvernement sud-africain sur la cause, le traitement et la prévention du SIDA, mais cette indignation est liée à leur ignorance et leur refus d'apprendre.

Ce rejet des médecins et scientifiques dissidents est une violation inacceptable des droits de l'homme (au détriment surtout des malades). Ces dissidents n'ont fait que tirer des conclusions rationnelles de découvertes scientifiques reconnues et fondent leur attitude dissidente sur les meilleures observations et connaissances disponibles, sur les exigences de leur conscience et sur le sens qu'ils ont de leur responsabilité professionnelle.

L'Afrique du Sud devant un choix

Que se passerait-il si le gouvernement sud-africain restait attaché à la théorie virale du SIDA, théorie devenue scientifiquement obsolète, et suivait les conseils recommandant l'usage massif de poisons comme l'AZT et médicaments similaires ? Cela déclencherait justement la catastrophe annoncée pour l'Afrique par les autorités médicales, les médias, les politiciens et l'industrie pharmaceutique, ainsi que par la grande armée de ceux qui profitent des énormes subventions libérées en réponse à la peur viscérale des populations menacées d'un nouveau fléau. Après avoir vaincu l'apartheid et son racisme, la mission historique du gouvernement sud-africain ne serait-elle pas de résister à la psychose du " VIH " et de développer un modèle proprement africain en vue de promouvoir des conditions de vie meilleures ainsi que des règles de prévention et de traitement ?

En Occident des séropositifs ont survécu parce qu'ils ont résisté à la psychose ambiante, parce qu'ils ont reconnus les facteurs de risques et qu'ils ont adopté un mode de vie sain en utilisant largement des compléments alimentaires et des antioxydants. A l'inverse, les séropositifs qui ont fait confiance à la médecine officielle ont été victimes de traitements dits antiviraux hautement toxiques.

L'AZT, un dangereux poison cellulaire

" Le très toxique AZT bloque la maturation des cellules immunitaires productrices d'anticorps dans la moëlle osseuse " (8).

Pendant ses premiers mois de vie le nouveau-né est protégé contre les infections extra-cellulaires par les anticorps transmis par sa mère. Les anticorps mesurés chez le nouveau-né par le test " VIH " sont donc des anticorps de sa mère. En Occident, environ 12% de bébés nés de femmes séropositives sont eux-mêmes séropositifs.

Personne ne sait réellement quels anticorps de la mère et du bébé réagissent positivement au test. Comme le seuil de sensibilité du test est déterminé pour que la positivité apparaisse avec une certaine quantité d'anticorps, un test positif signifie seulement que la mère et le bébé ont dans le sang une quantité suffisante d'anticorps pour réagir à la protéine du test . Et un test négatif chez un bébé né de mère séropositive signifie simplement que le bébé n'a pas reçu assez d'anticorps de sa mère pour réagir au test.

Que se passe-t-il si on donne de l'AZT à la femme enceinte séropositive ?

Par ses propriétés biochimiques l'AZT va attaquer les cellules immunitaires productrices d'anticorps, le taux d'anticorps transmissible au bébé va diminuer et donc le bébé recevra peut être trop peu d'anticorps de sa mère pour faire réagir le test. Affirmer que " l'usage de l'AZT diminue de moitié la probabilité de transmission du VIH au nouveau-né " est une interprétation erronée de ce phénomène.

En réalité, le test ne révèle pas la présence ou l'absence de " VIH " mais seulement la quantité d'anticorps transmise par la mère au bébé.

Le mécanisme d'action de l'AZT est bien connu. Il inhibe certains enzymes nécessaires à la respiration cellulaire et à la formation de l'ADN.

L'AZT administré à des femmes enceintes a causé de graves malformations congénitales et d'autres problèmes de croissance (10).

L'administration d'AZT est strictement contre-indiqué pour tout séropositif ou malade du SIDA, femmes enceintes ou non, enfants ou hommes, y compris pour les malades non testés considérés comme " infectés par le VIH " selon les critères de Bangui. " Une analyse critique des publications prétendant que l'AZT a des effets anti-VIH montre qu'il n'existe aucune preuve théorique ou expérimentale confirmant que l'AZT, seul ou en association, ait un tel effet " (11).

Le fait que l'AZT inhibe des enzymes microbiennes a été interprété à tort comme une action inhibitrice sur le " VIH ". Mais les cellules des malades dont le système immunitaire est déjà déprimé sont plus sensibles à cette inhibition enzymatique que les germes pathogènes, de sorte que l'usage de l'AZT ne fera que favoriser, tôt ou tard, le développement de germes responsables de maladies opportunistes caractéristiques du SIDA.

L'AZT et l'excès de NO ont une action et des effets similaires : souffrance et détérioration accélérée des cellules de l'organisme avec dysfonctionnement de leur métabolisme.

L'idée fixe " infection VIH " empêche de comprendre les choses de cette manière. Le fabricant d'AZT reconnaît que des " phénomènes pathologiques semblables à l'infection VIH ont été observés après un traitement prolongé à l'AZT " (Glaxo Wellcome, notice 1998). Il fait également cet avertissement : " Rétrovir (=Zidovudin=AZT) peut être associé à une grave intoxication des cellules souches de leucocytes et de globules rouges avec parfois anémie grave. Des dégénérescences de cellules musculaires ont été associées à l'administration prolongée d'AZT ".(Glaxo Welcome : Rétrovir. In : Physicians' Desk Reference. Medical Economic Co, Monvale, 1998, p 1167-75).

Les symptômes de ce qu'on appelle " infection VIH " (perturbations de l'immunité cellulaire, test " VIH " positif, et maladies opportunistes) peuvent trouver une explication cohérente grâce aux découvertes sur le NO et sans devoir imaginer l'existence d'un " VIH ".

Des faits et des chiffres manipulés

" En Afrique du Sud, presque la moitié des jeunes femmes sont séropositives dès l'âge de 20 ans, et 58% à 25 ans. Parmi les hommes, le taux d'infection atteint son point culminant à 32 ans : 45% ont le virus fatal dans le sang à cet âge " (Der Spiegel, 3/7/2000).

" Le soudain accroissement de cas de tuberculose parmi les travailleurs des mines d'or de Carletonville a attiré l'attention du directeur de l'Institut Epidémiologique de Johannesburg, le Dr Williams. En 10 ans le nombre de tuberculeux a presque quadruplé ; la tuberculose est 100 fois plus fréquente que dans les pays industriels. Explication du Dr Williams : cette maladie pulmonaire est souvent le résultat d'une infection VIH. Les tests confirment ses soupçons : 1 mineur sur 3 est déjà infecté par le VIH, comme le sont 37 % des femmes adultes " (Der Spiegel 3/7/2000).

Ce que cette prestigieuse revue européenne oublie de dire à ses lecteurs c'est que des chercheurs orthodoxes sur le VIH/SIDA de l'Université de Harvard (US) ont conclu d'une grande étude faite en 1994 que " les résultats des tests Elisa et Western Blot (WB) doivent être interprétés avec prudence quand ils sont réalisés chez des gens ayant été au contact avec le bacille tuberculeux ou d'autres mycobactéries. Les tests Elisa et WB ne peuvent pas être considérés comme suffisants pour établir un diagnostic de VIH dans les régions d'Afrique où le taux d'infection à mycobactéries est très élevé. Dans ce cas un très grand pourcentage de tests VIH Elisa ou WB sont faussement positifs " (11).

Comme beaucoup d'autres grands médias, Der Spiegel a été informé à plusieurs reprises du caractère fantaisiste des déclarations scientifiques concernant le VIH/SIDA en Afrique. Mais sa ligne rédactionnelle n'a pas changé pour autant.

Toute personne correctement informée des conditions de travail dans les mines d'or africaines et des conditions de vie dans les camps aménagés pour les travailleurs comprend parfaitement pourquoi il y a tant de tuberculose et d'autres infections parmi eux. Pour expliquer l'endémie de tuberculose dans cette population de mineurs, il n'est pas nécessaire d'invoquer une infection " VIH " ni d'effectuer des tests " VIH ".

Poursuivons donc la lecture de Der Spiegel : " Un jeune Sud-Africain sur deux mourra de SIDA, prédit l'OMS. Chaque heure qui passe, 70 Sud-Africains sont infectés par le virus fatal. Et nulle part, déclare l'épidémiologiste Brian Williams, la situation n'est pire que dans la ville minière de Carletonville. Parce que là sont réunies les conditions idéales pour que se développe un virus transmis sexuellement. Quelque 70.000 hommes seuls vivent dans des baraquements construits par les sociétés minières autour de la petite ville et de ses quartiers noirs. C'est le résultat d'une politique de création d'emplois datant de l'apartheid. L'or se trouve plusieurs kilomètres sous le sol de Carletonville. Il faut 1 tonne de minerai pour extraire 1 gr d'or. Pour rendre la mine rentable, il faut employer sur le site minier une main d'œuvre considérable venant d'ailleurs. Jusqu'à présent, ces travailleurs itinérants ne voient leurs familles que tous les 2 à 3 mois. Le reste de l'année ils vivent entassés à 14 sur 45 mètres carrés " (Der Spiegel, 3/7/2000).

N'importe quel médecin un peu expérimenté reconnaît dans cette description les conditions de vie et de travail idéales pour le développement et la transmission du bacille tuberculeux (BK, bacille de Koch) et d'autres germes infectieux, d'autant plus si les soins médicaux sont, comme dans les pays d'Afrique, insuffisants.

Des tests non spécifiques et donc non fiables

Ces chiffres effarants d' " infection VIH " en Afrique du Sud se basent uniquement sur le test " VIH " Elisa qui donne très fréquemment des résultats faussement positifs. En Occident pour porter le diagnostic d' " infection VIH " il faut 2 tests Elisa positifs confirmés par 1 test WB positif. En Afrique, en règle générale, on ne fait que le test Elisa (pour une question de prix). De plus les résultats du test dépendent de la viscosité du sang, qui est plus grande dans les pays tropicaux qu'en Occident. Cela fait que des Africains testés séropositifs dans leur pays sont régulièrement séronégatifs quand ils sont testés en Occident selon les critères occidentaux.

En réalité on peut dire que tout test " VIH " positif est un faux positif, que ces tests ne peuvent pas mettre en évidence des anticorps anti " VIH ", pour la bonne raison que personne ne peut fournir la preuve que le substrat antigénique de ces tests dits VIH est une protéine du "VIH " (6).

Pour l'interprétation de ces tests à anticorps faits en Afrique, il est essentiel de savoir ce que ces tests veulent dire :

- un test positif signifie-t-il que le sang du patient contient des anticorps anti "VIH " produits après contamination sexuelle par le " VIH " ?
- ou bien un test positif signifie-t-il que le sang du patient contient des anticorps d'une autre nature, produits suite à un (ou des) contact(s) avec une mycobactérie (BK, bacille de la lèpre, mycobactérie aviaire...), ou un germe fongique (pneumocystis carinii, candida, cryptocoque, histoplasme...), ou un autre parasite (coccidia, plasmodium...) ou tout autre germe pathogène sans rapport avec le " VIH " ?

Une médecine scientifique se doit de considérer ces questions et d'y répondre si elle veut prétendre à un minimum de sérieux.

La recherche médicale a clairement démontré que les tests " VIH " réagissent positivement aux anticorps formés contre des mycobactéries et des mycoses (12). Il n'est pas scientifiquement défendable d'affirmer qu'en Afrique un test " VIH " positif équivaut à une infection fatale par le " VIH ". L'affirmation du Dr Williams selon laquelle le développement de la tuberculose parmi les Africains est le résultat d'une infection " VIH " est absolument dénuée de fondement. La réalité biologique est que l'infection mycobactérienne tuberculeuse entraîne la formation d'anticorps et que ces anticorps peuvent réagir positivement avec les protéines du test " VIH ". L'infection mycobactérienne précède et cause la séropositivité et non l'inverse.

Par contre un test " VIH " positif ne permet pas de dire qu'une infection mycobactérienne, fongique ou autre est activement en cours. Il faut pour cela faire appel à des méthodes diagnostiques spécifiques. Une séropositivité peut impliquer la présence d'anticorps apparus suite à une infection antérieure, mais ne permet pas d'identifier le type d'infection.

Les tests dits VIH sont donc absolument non spécifiques et sans valeur. Les utiliser est irrationnel et conduit à des interprétations erronées et dangereuses.

Malgré ces faits bien connus, c'est sur ces tests et ces diagnostics de séropositivité plus que douteux que se fonde l'OMS pour publier ses statistiques épidémiologiques catastrophiques et ses prédictions apocalyptiques, qu'à leur tour l'ensemble du corps médical et les grands médias de tous les pays considèrent comme une information scientifique et une réalité biologique indiscutable qu'ils transmettent alors au grand public.

Manipulation de l'opinion

Les déclarations délibérément fausses de scientifiques sur l'épidémie " VIH " mortelle en Afrique du Sud font un perfide usage du nombre de séropositifs présentés comme des infections " VIH "

prouvées. Ces chiffres permettent d'accuser le gouvernement sud-africain d'irresponsabilité politique et de répandre une peur panique injustifiée dans la population. Et cela au profit d'intérêts politiques et économiques.

" La moitié des jeunes adultes mourront de l'épidémie parce que l'état n'a pas agi " (...) " Et le pire est encore à venir... Une catastrophe difficilement imaginable menace les pays tels que le Zimbabwe, la Zambie, le Botswana et l'Afrique du Sud ". (Der Spiegel, 3/7/2000)

Le gouvernement sud-africain devra répondre par autre chose que des discours au défi très dangereux qu'il doit assumer après ce 13^e Congrès International sur le SIDA organisé dans son propre pays et notoirement sponsorisé par les multinationales pharmaceutiques.

L'Afrique du Sud semble en effet le pays utilisé pour servir de tête de pont aux firmes pharmaceutiques pour le reste des pays en développement.

En Occident les horribles scénarios et les histoires de virus mortel transmissible sexuellement ont perdu de leur crédibilité. En Allemagne les statistiques médicales officielles de 1999 nous apprennent que 800 séropositifs sont morts du SIDA. Toutes ces victimes avaient été traitées par les poisons antiviraux. L'épidémie générale prédite pendant des années ne s'est pas produite.

Les firmes pharmaceutiques prévoient donc une stagnation de leurs ventes en Occident et comptent sur le marché des pays en développement pour prendre le relais et satisfaire leurs actionnaires : leurs bénéfices peuvent s'accroître même si elles vendent à des prix cassés car il y a des millions de candidats à l'empoisonnement. La stratégie a comme premier objectif le traitement des femmes enceintes séropositives avec des médicaments antiviraux qui ont un effet destructeur sur les cellules de la moëlle osseuse productrices d'anticorps et qui, par cette action, diminueront le nombre de nouveaux nés séropositifs. Ce qui sera interprété comme un effet inhibiteur sur le " VIH "...

Comment va réagir l'Afrique du Sud à cela ?

Voici ce qu'écrivait le Président Mbeki le 3 avril 2000 dans une lettre adressée à des chefs d'Etats : " Il n'y a pas si longtemps, dans notre pays, des gens furent tués, torturés, empoisonnés, privés de leur liberté d'expression parce que les autorités en place estimaient que leurs opinions étaient dangereuses et inacceptables. Aujourd'hui on nous demande de faire exactement la même chose que la dictature raciste de l'apartheid que nous avons combattue, parce que, nous dit-on, il existe un consensus scientifique partagé par la majorité des scientifiques et qu'il est interdit de le remettre en question ".

Cependant, aujourd'hui il ne s'agit plus d'une controverse scientifique. C'est l'étouffement de faits scientifiques indiscutables au profit d'intérêts particuliers (vested interests). C'est, plus précisément, la " torture propre " de millions de gens sans défense victimes d'une panique organisée et qui devraient être traités par des produits pharmaceutiques dont la toxicité est démontrée ; des traitements basés sur les résultats de tests à anticorps dont il est démontré qu'ils ne permettent pas de diagnostiquer une infection fatale à " VIH ". Dans cette situation, l'espoir est que les cadres médicaux et sociaux dans les pays en développement alignent leur politique de santé sur l'état des connaissances de l'an 2000, afin de combattre par de mesures préventives et thérapeutiques efficaces les véritables causes du SIDA. Cette tâche exigera que soient mobilisées intelligemment toutes les ressources et toutes les forces, et qu'on se libère de l'idée fixe faisant du SIDA une " infection à VIH ", qu'on se libère de cette hypothèse réductrice qui embrouille terriblement le problème.

L'industrie pharmaceutique et la Névirapine

" D'après les prévisions présentées à Durban par le Bureau of Statistics et l'Agency for International Development (AID), deux services officiels américains, l'espérance de vie au Botswana est de 29 ans ; en Afrique du Sud, au Swaziland et en Namibie elle est de 30 ans. D'autre part, M. Mbeki déclara à l'ouverture du Congrès que la pauvreté était la première cause de mort dans le monde, et la principale source de maladies et de souffrances. De manière indirecte il exprima des doutes sur l'importance de la catastrophe SIDA annoncée pour l'Afrique du Sud. Au Botswana 1 personne sexuellement active sur 3 est infectée, le plus haut pourcentage du monde. En Afrique du Sud, il y a 4,2 millions de porteurs de virus (1 adulte sur 5), plus que dans n'importe

quel autre pays du monde. A partir de 2003 les populations du Botswana et d'Afrique du Sud vont décliner, selon de nouvelles études américaines. A peu près 70% des 334 millions de victimes du SIDA et la quasi totalité des 11 millions d'orphelins SIDA du monde vivent en Afrique subsaharienne.

Dans son discours d'ouverture du Congrès (auquel assistaient pendant 6 jours plus de 11.000 médecins, scientifiques et activistes SIDA) Mbeki a déçu les attentes de ceux qui espéraient le voir abandonner sa position controversée et se mettre à combattre le SIDA. Il déclara qu'on ne pouvait pas tout mettre sur le compte d'un virus, mais il évita de parler du lien entre VIH et SIDA. Contrairement à l'opinion de la grande majorité des scientifiques, il ne considère manifestement pas ce lien comme décisif. Dans une lettre au chef de l'opposition, Leon, Mbeki réitéra ses doutes sur l'efficacité de la thérapie antivirale, ce qui aggrava encore le malaise des scientifiques. La Ministre sud-africaine de la santé, le Dr Manto Tshabalala-Msimang, exprime aussi des réserves : le deuxième jour du congrès elle déclara que l'efficacité et les dangers possibles de la Névirapine devaient être soigneusement étudiés avant d'envisager son usage en Afrique du Sud. Pour ce faire, la firme pharmaceutique allemande Boeringer-Ingelheim, productrice de la Névirapine, médicament qui pourrait grandement réduire la transmission du SIDA de la femme enceinte ou allaitante à son enfant, a offert de fournir gratuitement le produit à l'Afrique du Sud et aux autres pays en développement pendant 5 ans " (Frankfurter Allgemeine Zeitung : Weitere Kontroversen auf dem AIDS-Gipfel in Durban, 11/7/2000).

La Névirapine est un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (NNRTI) utilisé pour inhiber la réplication du " VIH ". Comme l'AZT, il inhibe la maturation des cellules productrices d'anticorps de la moëlle osseuse et il peut donc négativer un test " VIH " chez le nouveau-né. Une analyse critique des données actuellement disponibles montre que la Névirapine est aussi peu efficace contre le " VIH " que l'AZT (11).

Un esprit rationnel qui examine le problème n'a pas besoin " d'étudier soigneusement l'efficacité et les dangers possibles de la Névirapine " parce que l'usage de cette substance immunotoxique est aussi peu justifié que l'usage de l'AZT. Il n'y a au contraire que de formelles contre-indications.

Par contre celui qui adhère à la théorie virale du SIDA se sentira obligé de faire cette étude soigneuse de la Névirapine. Et, sous la pression psychologique de la croyance générale qu'un enfant sur 2 risque de mourir d'infection " VIH ", cette étude soigneuse aboutirait à l'administration de Névirapine (et autres drogues similaires) à des femmes enceintes ou allaitantes, à des nouveaux nés, des enfants, puis d'autres hommes et femmes. C'est ainsi que cela s'est passé en Occident depuis 14 ans, le scénario est donc bien connu.

De même les résultats de cette " étude soigneuse ", en Afrique du Sud et ailleurs des effets de la Névirapine administrée à des femmes enceintes séropositives et à leurs nouveaux nés peuvent être imaginés d'avance. Ces effets prouveraient seulement que le taux d'anticorps non spécifiques peut être diminué par des substances toxiques : certains enfants nés de femmes séropositives pendant la grossesse seraient séropositifs, certains autres négatifs, et les séronégatifs seraient statistiquement plus nombreux dans le groupe traité. Cela serait interprété, erronément, comme une preuve que la Névirapine inhibe le " VIH " et, malgré les graves atteintes immunitaires observées après l'usage, même court, de ce genre de médicaments immunotoxiques, les résultats de " l'étude soigneuse " justifieraient le traitement régulier par la Névirapine, ou des produits similaires, de millions de femmes enceintes et de leurs nouveaux-nés. Les ravages immunitaires qui s'ensuivraient seraient attribués au " VIH "...Les perturbations de la biologie cellulaire qui apparaissent toujours quand le système immunitaire est agressé seraient interprétées comme la preuve que le " VIH " est mortel.

Et personne ne remarquerait même plus le fait, démontrable, que les spécialistes du VIH/SIDA confondent la cause et l'effet.

L'offre gratuite de Névirapine pendant 5 ans pour réaliser une " étude soigneuse " est un argument face à la compétition d'autres firmes pharmaceutiques fabricant des produits analogues. Un large " retour sur investissement " apparaîtrait après 5 ans. Et à long terme le gouvernement sud-africain serait pieds et poings liés soumis à la dictature de l'industrie pharmaceutique, de ses exécutants et de ses agents de marketing. Dans le même temps l'opinion publique mondiale bien manipulée

féliciterait le gouvernement sud-africain pour l'empoisonnement massif de son peuple et on ne parlerait plus d' " irresponsabilité et de manque de volonté politique " .

CONCLUSIONS

Si...

Si les découvertes fondamentales sur le monoxyde d'azote (NO) et dans d'autres secteurs de la biologie avaient été connues au début des années 1980, on n'aurait pas dû chercher une explication au développement des maladies opportunistes en imaginant un " VIH ". On n'aurait pas non plus considéré la nécessité de faire des tests " VIH ". Et personne n'aurait pu justifier une recherche sur l'efficacité et les dangers possibles de substances immunotoxiques en vue de traiter, ô paradoxe, des malades immunodéprimés.

On aurait mis en évidence et étudié l'état de stress oxydatif des personnes à risque et des malades, on aurait observé que la carence en anti-oxydants et les dérèglements de la production de NO dans les cellules immunitaires (type Th1) étaient des faits reconnaissables longtemps avant les manifestations cliniques des maladies opportunistes. On aurait reconnu les facteurs de risque expliquant l'immunodéficiência des malades en Occident et dans les pays en développement. Et on aurait cherché à écarter ces facteurs de risque par des mesures préventives et thérapeutiques visant à restaurer l'équilibre immunitaire et un métabolisme cellulaire correct.

Ce n'est pas la première fois dans l'histoire de la médecine qu'une maladie de carence est prise pour une maladie infectieuse. Ce fut le cas pour le béri-béri (carence vit. B1) et le scorbut (carence en vit.C), par exemple.

Enjeux

Le quartier général de la propagande pour le " VIH ", l'ONUSIDA, a pointé un doigt accusateur sur la conduite du Président Mbeki.

" Si les choses continuent de cette manière, tous les efforts investis dans l'aide au développement n'auront servi à rien, ce qui évidemment aurait des conséquences pour l'économie mondiale. Dans le pire des cas, c'est l'anarchie qui menace. " (Der Spiegel, " Zeitbombe vor der Haustür ", 10/7/2000). On peut reconnaître là un chantage politique à peine voilé.

Pourtant, cette bruyante propagande au service de l'industrie pharmaceutique ne doit pas cacher entièrement le fait que même des partisans de l'empoisonnement massif organisé soutiennent, par leurs déclarations, la position du gouvernement sud-africain.

" Le problème pour la plupart des patients traités c'est toujours les effets secondaires. Les experts considèrent même comme possible que dans les 10 ans à venir des troubles coronariens apparaissent fréquemment chez les malades VIH traités. Et l'affaiblissement du système immunitaire pourrait même causer l'apparition de cancers. " (Der Spiegel, " Zukunft der Todgeweihten ", 10/7/2000).

C'est un comble : ceux-là même qui prétendent que leurs médicaments immunotoxiques dits antiviraux peuvent prévenir une maladie caractérisée par la déficience immunitaire, prévoient maintenant que les patients ainsi traités risquent de développer des maladies graves en conséquence des effets toxiques de leurs traitements.

En réalité, il est manifeste que tous les médicaments dits antiviraux peuvent causer des immunodéficiences, des atteintes au muscle cardiaque et la cancérisation de cellules dont la respiration est bloquée, surtout chez des gens immunodéprimés au départ.

Au cours des discussions du 13^e Congrès sur le SIDA, l'opinion exprimée dans le Wall Street Journal en 1996 fut confirmée : les séropositifs et les malades du SIDA traités par antiviraux " sont pratiquement les cobayes de la recherche pharmacologique et font l'objet de la plus grande et la plus coûteuse expérimentation médicale jamais effectuée " .

Le gouvernement sud-africain a été le premier à oser s'opposer à la folie galopante de la théorie virale du SIDA et aux profiteurs de cette croisade " humanitaire ". Le problème du SIDA démontre la vulnérabilité de la civilisation quand on abuse de l'énorme pouvoir de suggestion de la médecine moderne pour exploiter les populations en créant la panique face à des épidémies imaginaires. Les stratégies trompeuses des chasseurs de virus et de leurs propagandistes sont plus insidieuses que

l'ancien colonialisme parce qu'elles méprisent le droit humain à la vie et à l'intégrité corporelle, et s'imposent sous le masque de l'aide humanitaire. Ce faisant elles empêchent de reconnaître les réelles causes scientifiquement établies du SIDA et, de les traiter par les moyens non toxiques existants.

La théorie VIH/SIDA a soulevé de monstrueux problèmes et n'en a pas résolu un seul. Les promesses de guérison ont une date d'expiration toujours plus courte, la désinformation est utilisée d'une façon inimaginable, l'éthique médicale est depuis longtemps abandonnée. Depuis 16 ans on attend la mise au point d'un vaccin contre le " VIH " promis pour les " 2 à 10 ans à venir. ". Depuis avril 1984, quand la ministre américaine de la santé inaugura la doctrine nationale du " VIH , cause probable du SIDA ", ce vaccin est régulièrement promis avant et pendant chaque Congrès mondial sur le SIDA. Simple méthode de marketing destinée à maintenir ouvert le robinet des subventions pour de nouvelles recherches.

Le vice congénital de l'hypothèse VIH/SIDA est l'enregistrement d'un brevet par le découvreur du test " VIH " sans avoir soumis préalablement sa découverte au jugement scientifique. Le profit commercial a corrompu la recherche médicale sur le SIDA dès le départ.

Les découvertes sur le NO, les recherches sur les cytokines et sur la vie symbiotique cellulaire, elles, ne sont pas brevetées et peuvent être utilisées par quiconque à des fins de prévention et de traitement.

Heinrich Kremer, docteur en médecine, a été entre 1968 et 1975 directeur du service médico-social pour toxicomanes, délinquants sexuels et déséquilibrés mentaux à Berlin Tegel (un projet pilote du gouvernement fédéral allemand en vue d'une réforme du système pénal), puis directeur médical d'une clinique pour adolescents et jeunes adultes toxicomanes (Brauel, Basse Saxe). Il a démissionné de ce service fédéral en 1988 à cause de différences de vue concernant l'éthique professionnelle et médicale liée à la politique sur la drogue et le SIDA. Depuis 1988 il a fait de la recherche fondamentale sur le cancer et le SIDA et a travaillé entre 1995 et 1999 avec le Prof. Alfred Hässig comme membre assistant du Study group for Nutrition and Immunity (Berne).

Notes

(1) Les intertitres sont du traducteur

(2) Lincoln et al., " Nitric Oxide in Health and Disease " Cambridge Univ.Press., Cambridge UK, 1997
Lucey et al., " Type 1 and Type 2 Cytokine Dysregulation... " Clin.Microb.Rev.9, n°4, 1996, p 532-62
Ignarro and Murad, " Nitric Oxide, Biochemistry, Molecular Biology and therapeutic implications ", Academic Press
Moncada et al., " Nitric Oxide, Physiology, Pathophysiology and Pharmacology ", Pharm.Rev. 43, 1991, p 109-137
parmi bien d'autres publications.

(3) Le terme VIH est écrit dans cet article avec des guillemets : " VIH " car ce terme est inapproprié. Le terme de " Virus de l'Immunodéficience Humaine " ne pourrait être utilisé qu'après démonstration de son existence et de son rôle étiologique dans l'immunodéficience humaine. Tout cet article démontre au contraire qu'il n'est à ce jour qu'une " réalité virtuelle ". NDT

(4) W.R.Beisel, 1992 ; J.Nutr. 122 : p 591-96

W.R.Beisel, 1996 ; J.Nutr. 126 : p 2611-15

(5) Buhl et al., Lancet 2, 1989 : p 1294-6

Greenspan, Med.Hypoth.40, 1993 : p 85-92

Bower, Nutr.in Clin.Practice 5, 1990 : p 189-95

Temin, Mol.Biol.Evol.2, 1985 : p 455-68

Teng and al., Nature 386, 1997 : p 31-32 parmi d'autres publications

(6) E.Papadopoulos et al., Curr.Med.Res. and Op. 13, 1997, p 627-634

(7) L.A. Sagan, " The Health of Nations : True Causes of Sickness and Well-being ", Basic Books, NY, 1987

(8) GJ Rosenthal and M.Kowolenko, " Immunotoxic Manifestations of AIDS Therapeutic "

JH Dean et al., " Immunotoxicology and Immunopharmacology " second edition. Rowen Press, NY 1994 : p 249-365

(9) Il est donc particulièrement toxique pour les cellules jeunes qui se reproduisent vite (moëlle osseuse, cellules embryonnaires) et pour les cellules dont la fonction respiratoire est très importante (système nerveux central, muscles, foie...). L'AZT cause donc un grand nombre d'effets secondaires (reconnus et cités d'ailleurs par les firmes pharmaceutiques) au niveau du sang, du tube digestif, du foie, des muscles, du système nerveux, avec risque de cancers, de mutation congénitales etc... NDT

(10) J.Kumar et al., Acq.Immund.Syndr.7, 1994 : p 1035-39 Moye et al., J.Ped 128, 1996, p 58-67

(11) E.Papadopoulos, Curr.Med.Res.and Op.15, Supplement 1 : p 1-45

(12) Kashala et al., J.Inf.Dis. 169, 1994 : p 296-304

Titre anglais : " Answers to the questions of President Mbeki "

<http://www.virusmyth.com/aids/data/hkmbeki2.htm>

Traduit de l'anglais par Dr Marc Deru

LES PHOTOS DU VIH

Ce qu'elles montrent en réalité.

Par Stefan Lanka (virologue, Dortmund)
Traduction Dr Marc Deru

Il est connu depuis longtemps que ce que les chercheurs "SIDA" ont présenté comme étant des photos du VIH représente en fait des particules cellulaires normales chargées des transferts métaboliques ou d'autres fonctions. Comme ces particules ont, contrairement aux virus, des fonctions uniquement intracellulaires, elles sont très instables une fois extraites de leur milieu cellulaire, et elles ne peuvent être isolées ni photographiées à l'état isolé.

Les véritables virus sont tellement stables qu'il est facile, pour prouver qu'on les a isolés, de les photographier directement, en 3 dimensions, au microscope électronique (ME) sans devoir recourir à une fixation chimique préalable.

Par contre, les particules chargées des transferts métaboliques et les autres particules cellulaires sont tellement instables qu'elles ne peuvent être photographiées qu'après fixation chimique, dans des cellules, des tissus ou des milieux de cultures spéciaux. (Font exception à cette règle les mitochondries, organites cellulaires producteurs d'énergie, qui peuvent être isolés sous une forme stable). Ces particules ne peuvent donc pas être isolées, elles sont accompagnées d'autres éléments de cellules, tissus ou liquides chimiquement fixés et enchâssés dans la résine (resin-embedded) ; pour visualiser quelque chose au ME il faut alors faire des coupes ultrafines dans ce matériau mixte, car au ME on ne peut rien voir si les coupes sont plus épaisses.

Bien sûr des virus existants peuvent aussi être photographiés en coupes ultrafines mais, c'est là le point important - à l'état isolé.

Tout ce qui nous a été présenté comme étant du VIH ce sont des coupes ultrafines de particules cellulaires. (1, 2)

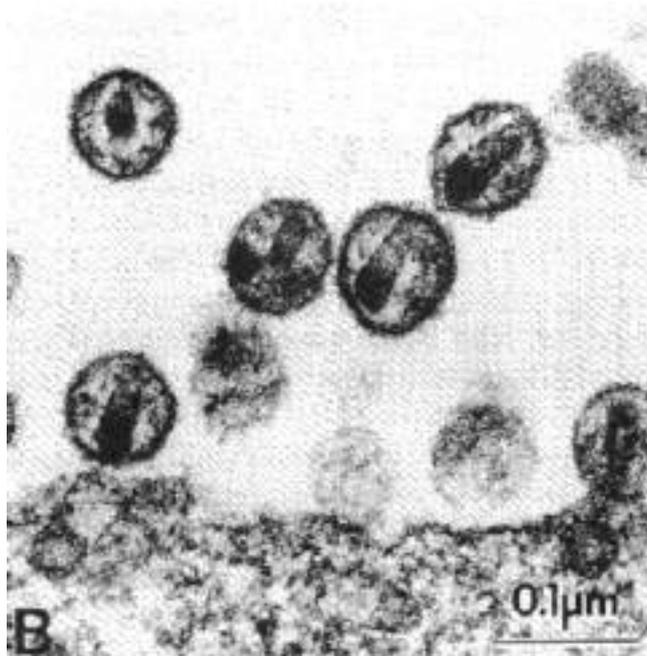


Fig 1

Photo au ME, en coupe ultrafine, de particules très petites. Ces particules sont prétendues être du VIH, mais en réalité elles sont des particules cellulaires et non virales (ce qu'on appelle habituellement "particules virus-like", "microvésicules", "microsomes"). Les débris qui figurent en bas de la photo montrent que les particules ne sont pas purifiées ni isolées. Ces photos sont toujours publiées sans aucune preuve que les particules sont d'origine virale.

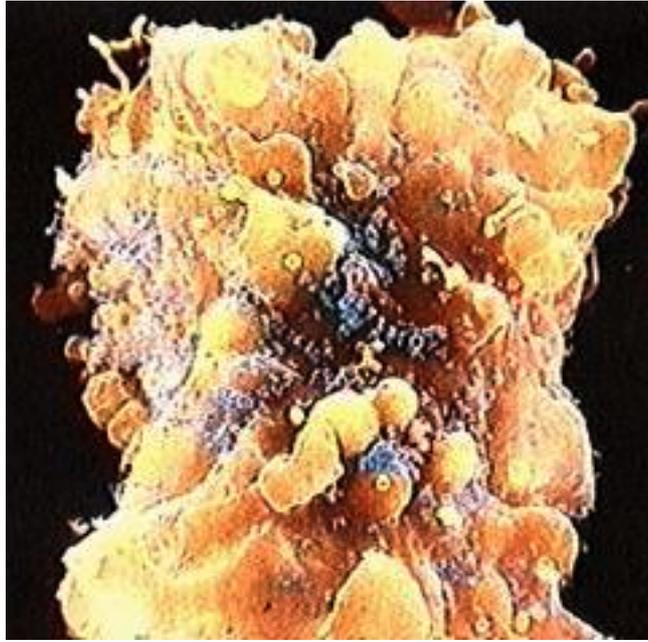


Fig 2.

Photo au ME, mise en valeur par ordinateur, d'une cellule entourée de petites particules. Les particules colorées en bleu/gris qu'on prétend être des particules VIH attaquant ou quittant (cela dépend des publications) un globule blanc sont en fait des artefacts dus au procédé de coloration et/ou de fixation ; au mieux ce peuvent être des particules cellulaires pénétrant ou quittant la cellule (phénomène bien connu sous le nom d'endo ou exocytose). De belles photos de ce genre (faits par Lennart Nilsson) ont été publiées sans aucune preuve que les particules sont d'origine virale.

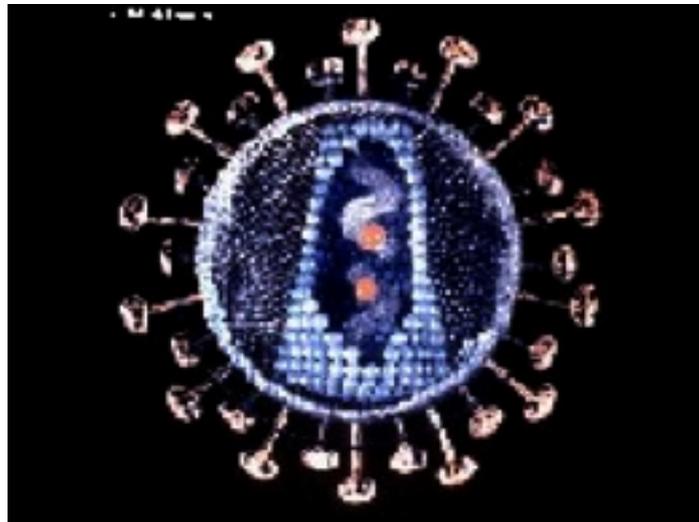


Fig 3

Les chercheurs VIH croient que le virus "du SIDA" ressemble à ce dessin : une bombe ou une mine sous-marine dans le sang. Ce modèle se base sur la détection de particules cellulaires dans des lignes cellulaires cultivées dans des conditions très spéciales. De telles particules n'ont jamais été isolées, et leur existence en tant que virus ou particule d'origine virale, n'a jamais en aucune façon été démontrée.

Ce n'est qu'un modèle basé sur un ensemble de protéines de diverses tailles (aucune autre caractéristique !) qui sont, par les tests aux anti-corps (connus sous le nom de tests VIH ou tests SIDA), censées représenter des parties du VIH. Ce modèle s'est construit sur une conception erronée de ce qu'est un rétrovirus et de ce à quoi il doit ressembler.

Références :

1. Stefan Lanka : Fehldiagnose AIDS ? Bisher konnte das AIDS-Virus nicht isoliert werden. *Wechselwirkung*, 48-53, Dezember 1994. Stefan Lanka : HIV - reality or artefact ? *Continuum* Vol 3, No 1, 4-9, April/May 1995. Stefan Lanka : HIV debate. *Continuum* Vol 3, No 2, 4-7 + 27-30, June/July 1995
2. Eleni Papadopulos-Eleopulos, Valendar F. Turner, John M. Papadimitriou, David Causer : The isolation of HIV : Has it really been achieved ? The case against. *Continuum* Vol 4, No 3, Supplement 1-24, September/October 1996

L'INTERVIEW DE STEFAN LANKA

qui concurrence les théories officielles et alternatives sur le SIDA

par **Mark Gabrish Conlan**

Zenger's Dec. 1998

Tandis que la plupart des personnes aux ETATS-UNIS et en Europe de l'ouest croit que le prétendu virus humain d'immunodéficience [VIH] est la cause unique du SIDA, la discussion fait rage au sein même de la communauté alternative du SIDA afin de déterminer si le VIH existe ou non. Alors que Peter Duesberg, Ph.D. - pratiquement le seul théoricien alternatif du SIDA possédant une réputation publique significative - continue à insister sur le fait que le VIH existe, mais est inoffensif, d'autres chercheurs alternatifs du SIDA et des activistes viennent à la conclusion que le virus n'existe pas. Les partisans principaux de cette théorie sont le chercheur australien Eleni Papadopulos-Eleopulos et ses collègues. Ils soutiennent le fait que le HIV n'a été jamais isolé selon les critères de l'institut de Pasteur de 1973, et donc qu'il est probablement ce qui s'appelle "un rétrovirus endogène" - une création du propre matériel génétique du corps qui ressemble à et fonctionne en partie comme un virus, mais n'est pas une infection parce qu'elle vient des propres cellules du corps.

Stefan Lanka, Ph.D. pousse la réflexion sur l'existence du VIH encore plus loin. Chercheur allemand, le Dr. Lanka est désigné habituellement comme virologue. Mais ceci décrit seulement une petite partie de ses vastes champs d'étude. À partir de ses expériences en biologie marine, en biochimie, biologie évolutionnaire et virologie, il a établi une théorie entièrement nouvelle du VIH et du SIDA. Il pense que tous les prétendus rétrovirus sont en réalité les propres créations du corps ; que l'hépatite est un désordre auto-immun (une maladie dans laquelle le corps est attaqué par des composants de son propre système immunitaire) plutôt qu'une maladie virale ; que le SIDA n'a rien à voir avec la suppression de l'immunité ; et que cela devrait vraiment s'appeler le syndrome acquis d'insuffisance d'énergie acquis - SAIE - parce que sa vraie cause est une panne dans la livraison d'oxygène au sang et/ou aux tissus du corps. Dr. Lanka a fait une tournée sur la côte occidentale en octobre et a parlé à H.E.A.L. - à San Diego le 20 octobre. Zenger l'a interviewé quelques heures avant cet événement.

Zenger : Je voudrais en savoir plus au sujet de votre expérience, quelle est votre formation, quand vous avez étudié, en quoi vous êtes vous spécialisé, et essentiellement comment vous êtes venus à ces idées au sujet du SIDA ?

Stefan Lanka, PhD. : J'ai commencé à étudier la biologie moléculaire en 1984, et je me suis bientôt ennuyé parce que j'ai pris conscience que tout ce que vous devez apprendre afin de passer les examens est une pensée dogmatique déjà vieille et démodée. Ainsi je suis venu à l'écologie parce que j'ai réalisé, tout en étant à l'étranger dans différents pays, que vous pouvez effectuer des recherches très importantes sans grandes machines ou beaucoup d'argent. Je recherchais une occasion de faire de la génétique moléculaire dans le domaine de la biologie, ainsi j'ai choisi d'entrer dans la biologie marine et j'ai fait beaucoup d'études au microscope électronique

Un professeur de biologie marine était disposé à me laisser travailler avec lui, et tout en faisant ceci, j'ai trouvé par accident un rapport stable virus-hôte. À ce moment précis, j'ai su que c'était ça. La meilleure manière de faire la recherche génétique significative est d'avoir un rapport stable de virus-hôte, dans lequel un virus est produit dans l'hôte, mais ne le tue pas. Ainsi vous pouvez vraiment étudier comment ils agissent l'un sur l'autre, comment le matériel génétique du virus est produit et

comment il interagit avec l'hôte, sans le manœuvrer. C'est toujours le seul rapport stable de virus-hôte en virologie, autre que dans des bactéries.

J'étais heureux de pouvoir effectuer cette étude, mais d'abord j'ai dû convaincre mon professeur d'accepter de financer mes nouvelles études. Il me dit qu'il était un biologiste classique et qu'il ne pourrait pas me commanditer en tant que chercheur en virologie. J'ai dû trouver un autre professeur qui était disposé à me guider, et le jour même j'en ai trouvé un duquel j'ai obtenu un laboratoire. J'ai pu acheter tous les outils et grosses machines que je désirais sur mes propres heures supplémentaires, ainsi j'ai eu les meilleures conditions pour commencer mes études. Après un an, j'avais isolé un virus et l'avais caractérisé.

Quand j'ai commencé à faire la recherche virale, on était déjà en 1986, 1987, au moment même où le public en Allemagne et en Europe commençait à prendre conscience du SIDA. Puisque le SIDA était censé être provoqué par un virus, j'ai été automatiquement considéré comme spécialiste dans le domaine du SIDA. Au début, c'était un sentiment agréable. Je disais aux gens ce que j'avais entendu dans les media et à la TV, et je ne vérifiais pas l'évidence parce que tout le monde était convaincu que le SIDA était une maladie virale. Puis, j'ai entendu parler des rumeurs disant que Robert Gallo [le chercheur américain en cancérologie qui, le premier, a identifié le VIH comme la cause du SIDA] se conduisait mal, qu'il trompait le public au sujet de son premier rétrovirus [le HTLV-1, que Gallo a prétendu être la cause du SIDA en 1982, avant sa soi-disant découverte du VIH], qu'il avait volé le virus de Montagnier, et tout ce genre de rumeurs.

J'avais déjà une attitude quelque peu critique quand j'avais commencé à étudier la génétique moléculaire, aussi je suis allé à la bibliothèque pour consulter la littérature sur le VIH. À ma grande surprise, j'ai constaté que quand ils parlent du VIH ils ne parlent pas d'un virus. Ils parlent des caractéristiques et des activités des cellules dans des conditions très spéciales. J'étais profondément bouleversé. J'ai alors pensé, "bon, je ne suis pas assez expérimenté. J'ai du passé à côté de quelque chose. Et puis, de leur côté, ces personnes ont l'air absolument sûres. "Aussi, j'ai eu peur qu'en parlant de ça à mes amis, ou même à ma famille, elles pensent que c'était absolument délirant et dingue. J'ai étudié pendant longtemps la virologie, de la fin au commencement, du commencement à la fin, pour être absolument sûr que le VIH n'existait pas. Et il me fut facile d'en être sûr parce que je me suis rendu compte que le groupe entier de virus auxquels on dit que le VIH appartient, les rétrovirus - comme d'autres virus qui sont prétendus être très dangereux - en fait n'existent pas.

Zenger : Ainsi ça a été juste sur la base de cette lecture que vous avez conclu que ce qui s'appelle VIH, ce qui est considéré comme le "virus VIH" et est censé être infectieux comme d'autres virus qui sont reconnus comme étant des microbes pathogènes étaient en réalité des phénomènes produits seulement par le corps. Comment vous en êtes vous rendu compte, et pourquoi en êtes-vous si sûr ?

Dr. Lanka : Je me suis demandé à quoi servent les virus dans l'évolution, parce qu'ils ne semblaient avoir d'autre fonction que d'être très dangereux et de tuer d'autres cellules. Aussi, j'en suis venu à la biologie évolutionnaire et j'ai constaté que la première molécule génétique de la vie était l'ARN, et que l'ADN est venu seulement plus tard au cours de l'évolution. Chacun de nos génomes, et ce des plantes et animaux les plus évolués, est le produit de ce qu'on appelle la transcriptase inverse : L'ARN retranscrit en ADN.

Mais je m'étais déjà rendu compte à ce moment-là que les théories concernant la génétique moléculaire étaient très dogmatiques. Au début des années 60 ils avaient proposé le dogme central de la génétique moléculaire, qu'ils essayent de confirmer même aujourd'hui, et qui est ridicule. Ce dogme indique que l'ADN se comporte d'une manière statique ; L'ADN fait l'ARN ; L'ARN ne peut pas être transcrit de nouveau dans l'ADN ; L'ARN voit le jour seulement sur la base de l'ADN. C'était et est la base, du dogme central de la génétique moléculaire.

J'ai constaté que ce genre de théorie était venue de la recherche financée par l'industrie américaine de production de graines, et qu'un pan entier de la connaissance existante - notamment, celui de la cytogénétique, avant la deuxième guerre mondiale - avait été simplement supprimé ou même calomnié comme étant une "science paresseuse" parce qu'elle avait été réalisée la plupart du temps en Europe. Cette science avait bien établi que le matériel génétique n'est pas stable. Il est sujet au

changement, et cela signifie que le matériel génétique est transcrit de façon réversible. Il va dans les deux directions.

Cette première recherche avait également établi qu'à l'intérieur de la cellule nous avons une quantité énorme de matériel génétique autre que celui du noyau. Mais parce que la génétique moléculaire et la biologie moléculaire ont été fondées en réalité par des physiciens, qui avaient pensé qu'ils pourraient expliquer la structure entière de l'atome juste en se concentrant sur le noyau, quand ils se sont mis à la biologie, ils ont apporté la même erreur. Ils se sont concentrés seulement sur le noyau de la cellule et ont affirmé que celui-ci était responsable de toutes la façon dont la vie vient à l'existence, comment elle est commandée, etc... C'est ridicule, parce qu'ils sont passés à côté de l'essentiel de la vie : la production de l'énergie.

Tout en étudiant les aspects évolutionnaires de la biologie, je me suis rapidement rendu compte que la transcription inverse est commune à toutes les formes de la vie, et est en fait la base de toute vie plus élevée. Plus tard j'ai appris que la transcription inverse est un mécanisme de réparation pour l'ADN chromosomique. Mais le courant principal de la génétique moléculaire est encore bloqué dans le dogme central : "il n'y a rien qui ressemble à la transcription renversée de l'ARN à l'ADN." En 1970, quand ils ont détecté biochimiquement qu'il y a une inversion du courant du matériel génétique, ils n'ont pas renoncé au dogme ou même n'ont pas essayé de le changer. Au lieu de cela, ils l'ont appelé une exception au dogme central de la génétique moléculaire, et ils ont expliqué cette exception en postulant l'existence des rétrovirus.

Zenger : Excusez-moi, mais je pensais que la rétrovirologie avait vu le jour dès 1911, avec Peyton Rous et ses expériences avec des poulets. [Rous avait chirurgicalement enlevé des tumeurs cancéreuses des poulets dans son laboratoire, les avait fait pousser, les avait fait manger à des poulets sains et avait observé que les poulets sains qui avaient mangé des tumeurs avaient eu des tumeurs eux aussi. Il avait conclu que les tumeurs avaient pu être entraînées par un agent infectieux transmis des poulets malades aux poulets sains].

Dr. Lanka : Non, ce fut seulement rétrospectivement qu'il a été cité comme celui qui avait traité des rétrovirus. Ce que Peyton Rous avait réellement fait était qu'il avait tellement croisé ses animaux que le matériel génétique des différentes souches (lignées) qu'il avait l'habitude d'accoupler était devenu de plus en plus plus semblable. Quand les matériels génétiques des animaux deviennent trop semblables entre eux, alors, encore plus de matériel génétique est échangé entre les chromosomes que ce qui se produit normalement. Souvent, avec les animaux ou les plantes consanguins, sur deux endroits des chromosomes le matériel génétique entre les deux est perdu. Ainsi vous verrez les dommages chromosomiques caractéristiques des animaux consanguins, plantes ou êtres humains, ayant pour résultat des incapacités qui sont bien étudiées. Ainsi, parce que les poulets de Rous étaient très fortement consanguins, ils ont eu un taux élevé de cancer spontané.

Les résultats de cette recherche ne furent pas cités pendant plus de 20 ans. Plus tard, certains ont essayé de spéculer à leur propos. Vers la fin des années 60 et au début des années 70 ils ont commencé à y penser parce que la biologie moléculaire a pris le pouvoir dans la médecine moderne, et ils ont affirmé - contre le corps existant des connaissances et des faits - que le cancer était provoqué par des entités infectieuses : par des virus, ou des mutations, ou des virus causant des mutations. Ils ont ignoré le fait que le cancer est en rapport avec des insuffisances en oxygène, chose qui avait été déjà établie par les recherches d'Otto Warburg. Warburg avait reçu son premier prix Nobel en démontrant comment une cellule peut produire beaucoup plus d'énergie que dans le processus de fermentation, en utilisant la respiration oxydante. Et il avait reçu son deuxième Nobel pour avoir montré que le cancer est caractérisé par le processus de fermentation; cette respiration oxydante n'a pas lieu dans le cancer. Et ceci fut simplement ignoré.

Ainsi en 1970, quand ils ont montré que la transcription inverse se produit et qu'ils ont découvert l'enzyme, la transcriptase inverse, qui la fait, ils n'ont pas renoncé au dogme. Ils l'ont changé légèrement et dit qu'il y a une exception ; et que celle-ci était associée à l'existence d'une nouvelle classe de virus appelés les rétrovirus, dont ils ne peuvent pas prouver l'existence par ailleurs.

Quand j'ai été absolument sûr de tout ce dont je vous ai parlé, j'ai présenté le résultat de mes recherches au public. J'ai été invité à beaucoup de conférences sur la biologie marine et la biologie,

et à chaque conférence j'ai présenté mes propres données. J'ai utilisé chaque occasion pour critiquer le VIH, et j'ai rapidement pris conscience que parce que j'affirmais que le VIH n'était la cause du SIDA, parce que je ne pouvais pas le remplacer par autre chose, et parce que je n'étais pas en mesure d'expliquer ce qui se trame sous l'étiquette "VIH", j'étais forcé de chercher et trouver des gens qui pouvaient expliquer ce qui se passait.

Au début, naturellement, certaines des publications de Peter Duesberg m'ont beaucoup aidé, parce qu'il était une autorité qui remettait en cause beaucoup de choses. Ça, ça m'a aidé. J'ai traduit une partie de ses articles en Allemand et je les ai édités dans une petite maison d'édition. Mais par la suite, avec le temps, je me suis renseigné sur d'autres spécialistes, parmi eux Heinrich Kremer, le docteur allemand bien connu, l'ancien directeur médical des cliniques de toxicomanes de l'Allemagne fédérale, qui m'ont aidé à comprendre ce qui se passait vraiment.

Puisqu'il était responsable de l'introduction du vaccin contre l'hépatite B en l'Allemagne, et l'avait utilisé avec ses patients, Dr. Kremer avait vérifié les vaccins de l'hépatite B sur le marché. Il avait constaté que le vaccin américain, vaccin de l'hépatite B, avait été produit avec des sérums donnés par les hommes de la scène gaie de New York entre 1978 et 1980. Et, comme il le savait, une minorité de ces hommes avait énormément de relations sexuelles, et donc ceux-ci avaient eu beaucoup des maladies sexuellement transmissibles. Aussi, il avait peur d'employer ce vaccin, et à la place il avait employé le vaccin français, qui avait été produit à partir des donations de sang de la population générale en France.

Mais en 1983, le gouvernement allemand le força à ne plus employer ce vaccin. Ils dirent que le vaccin français était empoisonné par le "virus du SIDA" - au moment où personne ne parlait franchement d'un "virus du SIDA" - mais le vaccin américain était considéré comme O.K. Il a su, ou il a été averti, que ceci n'avait rien à voir avec la science, mais il a dû faire avec le fait que le système médical allemand, dans certaines régions de l'Allemagne, est pratiquement une colonie du système américain.

Peu après, en 1984, on lui dit de livrer des échantillons congelés du sang de ses patients à Berlin, au centre contre le SIDA récemment créé, pour qu'ils soient testés sur le "virus du SIDA." Avant de les laisser partir, il vérifia l'exactitude et la fiabilité du test d'anticorps VIH, et il se rendit compte que cet essai ne peut pas détecter le virus. Il ne peut pas dire oui ou non, vous êtes ou n'êtes pas infectés. Il peut seulement dire que vous avez un montant plus élevé ou moins élevé d'anticorps. C'est ainsi que le test d'anticorps VIH était et est conçu.

Zenger : D'après ce que j'ai compris, quand vous avez un essai d'anticorps réellement utile, comme l'essai d'anticorps pour la syphilis, vous obtenez une haute ou une basse réaction d'anticorps, et c'est un certain multiple du nombre de fois quand vous diluez l'échantillon original et avez toujours la réaction. Par conséquent vous savez non seulement que l'infection est présente, mais également à quel point le système immunitaire répond à lui.

Dr. Lanka : Je suis absolument sûr qu'aucun essai d'anticorps en médecine n'a quelque absolue signification que ce soit. Particulièrement concernant le test d'anticorps du VIH, il est clair que les anticorps qui sont détectés dans le test sont présents chez tout le monde. Certains les ont dans des concentrations plus élevées, certains dans des concentrations inférieures, mais c'est seulement quand vous atteignez un niveau très élevé d'anticorps - beaucoup plus haut que dans tout autre test d'anticorps - que vous êtes considéré "positif." C'est une contradiction dans les termes parce que, dans les autres tests d'anticorps, plus votre niveau d'anticorps est bas, plus votre risque d'avoir une infection symptomatique est haut. Mais avec le VIH ils disent que vous êtes "positif" seulement quand vous avez atteint un niveau très élevé d'anticorps. Au-dessous de ce niveau, vous êtes considéré comme négatif.

Zenger : Ainsi, c'est ce dont le Dr. Roberto Giraldo parlait quand il a parlé à H.E.A.L. à San Diego. Il a dit que quand ils font le test d'anticorps VIH, ils diluent l'échantillon à 1/400 de sa concentration originale, et que s'ils ne le faisaient pas, tous les échantillons seraient positifs.

Dr. Lanka : C'est ça. Comme c'est ridicule. Dr. Kremer le savait déjà en 1984. Il était très inquiet de l'avenir de ses patients, parce qu'en 1984, les politiciens lui avaient demandé de mettre ces patients déjà stigmatisés comme étant "VIH-positifs" en quarantaine, ce qui signifiait les séparer des

autres patients. Il refusa, parce qu'il n'y a aucune entité infectieuse. Il savait que tous ceux qui étaient passés par une hépatite active chronique ou qui avaient eu le vaccin de l'hépatite B réagirait "VIH-positif." Ainsi, il savait qu'il n'y avait aucune infection dans son hôpital.

Il informa dans le détail les mass médias, qui allèrent dans son hôpital s'informer. Il leur dit toute l'évidence. Et exactement les mêmes journalistes, dans des entretiens, dans Der Spiegel [un des plus grands et les plus populaires magazines de l'Allemagne] par exemple, publièrent juste le contraire. Alors, il sut que tout ça était intentionnel depuis le début. Ils ont joué à la guerre. Ils ont tous voulu avoir une peste de sang et de sexe, à l'opposé de l'évidence qu'il leur a présentée. Ainsi il sut que le SIDA était construit sur des idées fausses. Il traitait avec le niveau politique le plus élevé. Ils lui ont dit, hors enregistrement, qu'ils savaient, qu'ils ne s'en inquiétaient pas, que ça concernait la façon de traiter le problème de la drogue et des homosexuels.

Ils ont même essayé de le tuer, et ça n'a pas réussi. Il a eu une bonne intuition et est sorti de sa voiture avant que le pneu ait éclaté. Alors il a appris d'un ministre qui avait un profond respect pour lui, à cause de son travail avec les prisonniers et les consommateurs de drogue, que le gouvernement allemand effectuait une enquête psychologique secrète, essayant de montrer qu'il était mentalement malade et qu'il était maintenu dans son travail seulement parce qu'ils le considéraient en danger de commettre un suicide. Ainsi quand il a appris ceci, il a laissé la position de très haut rang qu'il occupait parce qu'il ne pouvait pas ne pas en parler. Cela ne convenait pas à son éthique.

J'ai également rencontré le professeur Alfred Hässig de Suisse. Il a fondé le système suisse de donation du sang et fut le premier à sortir des produits du sang afin de faire du plasma pour traiter des maladies chroniques. En devenant un collègue et un ami très proche à présent, j'en ai appris beaucoup sur l'industrie de production du sang et la force criminelle qu'il y a derrière. En mars 1996 à Berne [Suisse], Hässig, Kremer et moi nous sommes réunis pour la première fois.

Ce qui se produit dans le domaine de l'hépatite est devenu clair également. On n'a pas affaire à un virus. Naturellement, il y a une possibilité pour enrichir certains genres de protéines dans les produits de sang, qui causent alors des réactions auto immunes graves, mais seulement chez les personnes soumises à un grand stress, jamais chez les personnes non stressées. Quand ils ont appris à sortir ces protéines des produits du sang, ou à les diluer, il n'y a plus eu de problèmes hépatiques. J'ai appris ceci par lui.

Zenger : Est-ce que vous en train de dire que toutes les formes d'hépatite sont non infectieuses, ou juste certaines d'entre elles ?

Dr. Lanka : non, Il n'y a pas d'hépatite infectieuse.

Zenger : Donc il n'y a pas de virus de l'hépatite non plus.

Dr. Lanka : Tout à fait. Hässig combattait toujours pour s'assurer que les produits du sang étaient produits seulement sur la base d'un petit groupe de donateurs jeunes et en bonne santé. L'industrie a commencé à produire des produits du sang sur la base des donations commerciales de sang, en utilisant une quantité énorme d'échantillons de sang, les mettant en commun tous ensemble dans un grand récipient, parce qu'alors c'était bien meilleur marché pour sortir tous les divers genres de produits.

Zenger : Dans ce pays, ça devient encore pire parce que les donations de sang sont un des principaux moyens pour les personnes sans foyer de rester vivantes. En conséquence, nous prenons beaucoup de notre approvisionnement de sang de la part des personnes qui ont les styles de vie les moins sains de la société.

Dr. Lanka : Je connais tous les détails. C'est ce dont je vais vous parler. Le professeur Hässig a, par le passé, rencontré la personne responsable pour l'industrie de produire les produits industriels du sang, et un jour, alors que cette personne était ivre durant une visite des îles Fidji, après une conférence en Australie, elle dit au professeur Hässig que bientôt ils iraient casser les unités de production de sang appartenant à l'état, basées sur des donations volontaires de sang, parce qu'elles sont bien meilleur marché pour produire leurs produits de sang parce qu'elles vont dans les pays du tiers-monde, et qu'elles sont déjà là dans toutes les prisons des dictateurs en Amérique du Sud et ailleurs.

Quand Hässig a entendu parler de ça, il a téléphoné à certains de ses amis - Hässig était la principale personne dans les affaires de sang - et, à cette époque, il y avait quelques personnes non-corrumpues à l'OMS (l'organisation mondiale de la santé). Ainsi, lors d'une réunion d'urgence, après une annonce courte de manière à ce que l'industrie n'ait pas le temps de corrompre les membres qui décidaient de ces questions, ils ont décidé que la position de l'OMS serait de ne pas permettre de produire du plasma dans le tiers-monde, parce qu'ils les saigneraient.

Maintenant ils saignent les plus pauvres des pauvres, et ils vont au Mexique, près d'où nous sommes assis en ce moment. Afin d'aider l'industrie commerciale de produits de sang, la FDA [Food and Drug Administration des ETATS-UNIS] a approuvé qu'une seule personne puisse donner à jusqu'à 50 unités de plasma par année. Cela le signifie qu'il peut faire un don de son sang et du plasma de foie jusqu'à deux fois par semaine. Un éléphant ne survivrait probablement pas à cela, n'est-ce pas ? C'est la toile de fond, et ce qu'ils ont fait quand tout ceci fut en place fut de changer leur manière de traiter les hémophiles. Ça a commencé en Californie.

Jusqu'à l'année 1969, il était interdit de donner des facteurs de coagulation aux hémophiles à moins qu'ils aient eu un saignement interne. S'ils les avaient donnés en prophylaxie, des anticorps auraient été produits parce que ces produits de sang sont fortement souillés. En 1969, l'industrie commença à convaincre quelques médecins - et le premier fut une femme en Californie - de traiter les patients hémophiles en prophylaxie avec ces facteurs de coagulation, c'est ainsi que l'industrie a fait beaucoup de l'argent. Et, naturellement, ces hémophiles ont produit beaucoup d'anticorps contre ces produits, ce qui avait été prévu. Ils ont dû employer des doses plus élevées des facteurs de coagulation depuis, afin de concurrencer ces anticorps, afin que ces facteurs de coagulation fonctionnent réellement. Ils doivent graduellement augmenter la quantité qu'ils injectent.

Ça a été le meilleur business de l'industrie du sang depuis. Personne n'en parle, mais c'est la raison pour laquelle presque tous les hémophiles ont contracté l'hépatite. Si vous injectez un montant aussi élevé de protéines étrangères, ainsi que tous les contaminants, alors naturellement, le foie, en tant qu'organe métabolique central, est stressé, ce qui a pour résultat des inflammations hépatiques. Beaucoup d'hémophiles sont morts de l'hépatite, et le blâme a été reporté sur des virus inexistantes.

Zenger : Un des problèmes que nous rencontrons dans les groupes à chaque fois que nous parlons des théories affirmant que le VIH n'existe pas, ou que les rétrovirus n'existent pas, ou que la maladie n'est pas infectieuse du tout, est que souvent des personnes disent que c'est déjà assez dur de seulement essayer de faire accepter aux gens le fait que le VIH pourrait être inoffensif. Ce serait aller trop loin que d'essayer de les convaincre qu'il n'existe pas du tout, et encore bien plus difficile d'essayer de les convaincre que - si je comprends ce que vous dites correctement - depuis que la fin de la deuxième guerre mondiale, pratiquement chaque scientifique travaillant dans ce domaine s'est complètement compromis dans une théorie totalement fautive et que toute cette recherche est un non-sens et doit être balancé aux orties.

Dr. Lanka : Ce n'est pas vrai. Avant le SIDA, il y avait beaucoup de discussions et d'articles à propos du rôle des virus dans l'évolution. Les biologistes évolutionnaires débattaient déjà du dogme central de la génétique moléculaire. Mais ceci a été totalement mis sous silence, parce qu'ils ont tous vu la rapidité avec laquelle cette théorie de la génétique moléculaire est arrivée, et combien elle était forte. Même lorsque certains de mes collègues à l'université et tous ceux que j'atteignais étaient totalement convaincus de ce que je disais, ils restaient silencieux. Je n'ai jamais obtenu l'appui de beaucoup de professeurs de mon université. Certains d'entre eux, naturellement, m'ont apprécié beaucoup et ils ont essayé de m'avertir quand c'était trop, quand j'étais en danger d'être expulsé de l'université, etc... Mais aucun d'eux n'ont fait d'eux-mêmes de déclaration publique.

Zenger : A partir de quand est-ce que vous dateriez-vous le début de cette erreur, que vous appelez le dogme? Combien de temps a t'il été le paradigme dominant ?

Dr. Lanka : Je pense que ça a vraiment commencé dans les années 60, quand les rétrovirologues furent soutenus par le Président Nixon dans la "guerre contre le Cancer". C'était la première fois que des montants incroyables d'argent étaient versés dans ce genre de recherche. Des écoles d'élite ont été créées, dominant tout, et naturellement elles ont eu du succès avec les media parce qu'elles traitaient du cancer. Quand ils ont déclaré que les rétrovirus étaient la cause du cancer,

naturellement ils ont développé des chimiothérapies contre eux. Mais bientôt, ils ont dû renoncer à l'idée du cancer provoqué par des virus parce qu'ils ont vu que la transcriptase se produisait partout ou on les cherche. Ils ont trouvé que c'est une caractéristique commune à toutes les formes de la vie, particulièrement pour des cellules cancéreuses, et qu'en fait c'est un mécanisme de réparation.

Aussi, silencieusement, lentement mais sûrement, ils ont cessé de parler des virus causant le cancer, mais ont proposé une idée complètement nouvelle de ce qui cause le cancer, disant que c'est un système immunitaire faible. Quand l'immunologie, en tant que discipline biologique autonome avec son propre corps enseignant a été créée, les gens ont déclaré qu'ils pouvaient mesurer la force du système immunitaire en mesurant des lymphocytes dans la circulation sanguine. Naturellement, des milliers d'études avaient été effectuées dans les années 70 indiquant que le compte des globules blancs n'a jamais été corrélé avec aucune maladie ou avec n'importe quel âge.

Mais, même là, ils ont affirmé que les cancers sont créés par des mutations accidentelles partout dans le corps, et que le système immunitaire supprime le cancer. Et quand les cellules T4 sont hors d'usage à cause d'autre chose dans le système immunitaire, le système immunitaire ne peut plus supprimer le cancer. C'était la théorie de surveillance immunitaire du cancer, qui était fausse déjà au moment où ils l'ont annoncé ; parce qu'ils savaient déjà à ce moment-là que les cellules cancéreuses n'ont aucun marqueur spécifique à leur surface. Elles ont les mêmes marqueurs de protéine sur leur surface que les cellules embryonnaires.

Zenger : On ne s'attendrait pas à ce que le système immunitaire identifie une cellule de cancer puisqu'elle est identique aux autres.

Dr. Lanka : C'est ça. Nous avons beaucoup de cellules embryonnaires partout dans notre corps. Ce sont les cellules tiges. Quand les cellules nerveuses cassent, de nouvelles cellules de nerf peuvent régénérer hors des cellules embryonnaires, parce que ces cellules ne peuvent pas être régénérées. Ainsi nous avons des tissus embryonnaires partout, et nous en venons ici à la biologie évolutionnaire.

Maintenant je dois vous dire quelle est la base de nos vies. Le procédé de fermentation ne produisait pas assez d'énergie pour former des organismes multicellulaires ou pour permettre à la cellule de différencier. Les cellules bactériennes ne sont pas différenciées ; elles ne sont pas capables de construire des organismes multicellulaires parce qu'elles n'ont pas assez d'énergie. Seule l'invention de la photosynthèse - en utilisant l'énergie du soleil pour séparer la matière afin d'obtenir des électrons - a permis à la vie de continuer. La vie est dirigée par la force des électrons, et avec la photosynthèse, les électrons ont été produits par la séparation de l'eau, le produit de base était l'oxygène.

Cette photosynthèse était si réussie qu'elle a pollué la planète entière. L'eau, et par la suite l'atmosphère, ont été saturées d'oxygène. C'est seulement quand les bactéries ont commencé à apprendre à employer l'oxygène pour produire beaucoup plus d'énergie à partir du matériel organique, d'une molécule de sucre, que nous avons eu la prochaine étape dans l'évolution. La vie s'est arrangée avec la catastrophe de l'oxygène, et depuis lors, nous avons eu un équilibre parfait entre les bactéries productrices d'oxygène et les bactéries consommatrices d'oxygène, de sorte qu'elles gardent l'atmosphère à un niveau constant de 20 pour cent d'oxygène. C'est exactement le pourcentage auquel la vie peut persister. À un niveau plus bas, ou à un niveau plus élevé, c'est impossible. Nous vivons à cet équilibre. C'est le principe de Gaia.

Ces bactéries qui ont appris à employer l'oxygène pouvaient produire 20 à 30 fois plus d'énergie par molécule de sucre, car l'oxygène à l'extrémité absorbait tant d'électrons que beaucoup plus d'électrons pourraient être pris hors du sucre, produisant ainsi beaucoup plus d'énergie qu'il aurait été possible sans substance oxydante efficace à l'extrémité de la chaîne de production d'énergie. Cette révolution dans la formation d'énergie fut à la base toutes les cellules plus élaborées et des tous les organismes évolués. Naturellement, avec cet excès d'énergie, les cellules ont pu par la suite se différencier et former des organismes multicellulaires. Et ces bactéries, qui utilisaient l'oxygène, font partie de chacune de nos cellules, et sont appelées les mitochondries. Ainsi, les cellules les plus évoluées sont le produit de la fusion de plusieurs différents genres de bactéries : le spirochète, qui a

introduit la mobilité dans la vie; et les mitochondries, qui ont produit beaucoup plus d'énergie qu'avant.

Cette énergie en excès est à la base de toute vie évoluée, et si vous la violez - si vous ne laissez pas l'oxygène venir dans l'organisme ; si le sang est oxydé par des poppers [nitrites] ou des sulfonamides [incluant les drogues sulfamide comme le Bactrim et le Septra]; ou si le chemin de transit entre le sang et les cellules est empoisonné par les métaux lourds, ou le manque d'acides gras essentiels ; ou quand les mitochondries sont détruites dans les cellules, en raison du manque de nutrition, ou à cause des antibiotiques - l'oxygène ne peut pas être transportée du sang aux cellules. Alors la cellule ne peut pas produire assez d'énergie. Elle peut soit mourir, ayant pour résultat l'inflammation; ou quand il est possible qu'elle survive, elle devient cancéreuse. Quand la cellule produit seulement de la fermentation, alors c'est le cancer, comme Otto Warburg l'avait déjà détecté dans les années 40.

Ils savaient dès le début que les cellules de cancer ont seulement des marqueurs embryonnaires sur leur surface. D'un point de vue biologique et évolutionnaire, il se comprend qu'une cellule cancéreuse est un retour à une étape embryonnaire. Elle se différencie en raison du manque d'énergie, et elle attend jusqu'à ce que le manque d'énergie soit terminé afin de se différencier à nouveau. Naturellement, si le manque d'énergie persiste, elle perd du matériel génétique ; ce qui étaient les anciens critères pour définir le cancer, quand les cellules ont perdu beaucoup de matériel génétique, parce qu'alors, elles ont perdu la capacité de se différencier à nouveau.

Zenger : En d'autres termes, le cancer se produit quand la cellule est programmée pour se comporter comme une cellule au stade initial du développement fœtal et se diviser à toute vitesse.

Dr. Lanka : C'est ça. Une cellule embryonnaire entre dans un état unicellulaire. Elle se comporte comme un organisme unicellulaire, comme une bactérie. Elle perd la capacité d'arrêter la réplication en entrant en contact avec d'autres cellules. Ainsi, en connaissant la biologie évolutionnaire, vous pouvez tout expliquer.

Afin d'expliquer l'échec à découvrir un rétrovirus causant directement le cancer, ils ont prétendu pouvoir mesurer le système immunitaire. Mais c'est ridicule. Dans le journal de l'association médicale américaine du 28 août 1981, il a été publié que ça n'a pas de sens de mesurer des lymphocytes dans le sang parce que seule une petite partie d'entre eux se trouvent dans le sang. Le système immunitaire est réalisé, non pas dans le sang, mais dans les tissus. C'est seulement rarement et accidentellement que nous voyons certains d'entre eux dans le sang. Nous avons déjà effectué des milliers d'études qui n'ont prouvé aucune corrélation entre la maladie ou la santé, chez les vieux ou les jeunes, et les cellules T ; et encore moins, naturellement, dans les sous-ensembles de cellules T.

Mais, même s'ils savaient que ces tests de cellule T n'avaient aucune signification, ils les vendaient au marché. En commençant en 1977 par les Etats-Unis, il était possible de faire breveter des entités biologiques ou des techniques biologiques, ainsi des gens ont commencé à faire de l'argent à partir d'idées biologiques.

C'est le moment définitif où la médecine moderne et la biologie moderne ont perdu leur 'Unschuld', leur innocence. C'est ça. La théorie de la surveillance immunitaire du cancer - la croyance que si vous mesurez la force du système immunitaire, alors vous serez en mesure de déterminer à quel moment vous développerez le cancer - était la base du SIDA, de l'idée du SIDA. Ils ont dit que si vos fonctions immunitaires sont faibles, vous développerez toutes les formes virales d'infections opportunistes et toutes les formes de cancer. Et ceci ne s'est jamais produit, en fait. Dans le SIDA nous n'avons jamais vu des infections opportunistes. Nous n'avons jamais vu toutes les formes virales de cancer; seulement une forme de cancer, le KS [le sarcome de Kaposi].

Zenger : Quand vous dites, "dans le SIDA que nous n'avons jamais vu aucune infection opportuniste", que voulez-vous dire vous par là ? Puisque pratiquement tout ce qui est lié au SIDA est considéré comme "une infection opportuniste."

Dr. Lanka : Ce n'est pas vrai. Une infection opportuniste est une infection bactérienne qui survient quand les fonctions immunitaires sont tombées, quand vous avez un défaut d'immunité ou une déficience immunitaire. C'était et c'est la définition d'un défaut d'immunité et d'une déficience

immunitaire : quand les infections bactériennes se succèdent dans votre corps, des infections bactériennes généralisées.

C'est le cas de ces enfants nés avec un défaut d'immunité, qui doivent vivre sous une tente en plastique ; ou de ces gens dans les services de réanimation, patients mourant maintenant comme des mouches parce qu'ils ont une déficience immunitaire après une opération, un accident, une transfusion ou une transplantation, quand les fonctions immunitaires sont artificiellement supprimées. Les infections bactériennes entrent partout dans le corps, et en raison de l'effondrement de la résistance (la toile de fond médical sur laquelle le "SIDA" a été inventé), elles meurent comme des mouches. Mais toutes ces infections bactériennes internes n'ont jamais fait partie de la définition du SIDA.

Zenger : Je me rappelle que c'était une question qu'on posait aux experts en matière de SIDA à certaines des premières réunions, au début des années 80 : "bien, si c'est une panne du système immunitaire, pourquoi n'a-t-on pas à froid tout le temps ? Pourquoi n'a-t-on pas à des gripes tout le temps ? Pourquoi n'a-t-on pas tout le temps des maladies infectieuses communes ? Pourquoi est-ce seulement des choses extrêmement ésotériques comme le PCP (pneumonie), le KS (sarcome de kaposi), le CMV, le MAI et autres ?

Dr. Lanka : Exactement. Les seules maladies observées chez les personnes ayant le SIDA sont celles dans lesquelles les spécialistes en maladies tropicales se sont spécialisés. Ce sont des organismes unicellulaires qui ont vu le jour durant des périodes évolutives où il n'y avait pas autant d'oxygène dans l'atmosphère qu'il y en a d'aujourd'hui. Ainsi, elles peuvent se développer seulement chez des personnes qui sont en manque d'oxygène. Et c'est pourquoi elles se montrent ici, même lorsque les fonctions immunitaires sont absolument parfaites.

Particulièrement dans le cas des mycètes (ndt : sortes de champignons), leur immunologie, leur immunité n'est pas connue. Ils pensent qu'ils ont la même immunité que celles des cellules bactériennes. Mais la biologie évolutive répond à ces questions aussi bien. Les mycètes ont vu le jour après les animaux. Les mycètes ont inventé des enzymes qui peuvent produire de l'énergie même en dehors de l'oxydation. Ils se nourrissent de la matière organique morte, c'est leur tâche dans l'évolution, en biologie : recycler. Sans mycètes, les plantes ne se développeraient pas sur la terre, en dehors de l'eau.

Zenger : C'est la raison pour laquelle, si vous cultivez des champignons, vous les mettez dans un endroit chaud, obscur et les remplissez de morceaux de bois et de quelques plantes.

Dr. Lanka : Tout à fait. Il était déjà totalement connu en 1965, que le PCP est un mycète. C'était et c'est encore la maladie définissant le SIDA la plus importante. Si vous regardez chez qui survient cette maladie, vous verrez des personnes qui prennent des poppers. Que sont les poppers? Des nitrites. Et vérifiez chaque dictionnaire à la librairie, ou les dictionnaires médicaux à destination du grand public : que font les nitrites dans le corps? Ils oxydent le sang. Cela signifie que le sang lui-même ne peut pas transporter l'oxygène. Ainsi, naturellement, les premières cellules à souffrir sont des cellules du poumon.

Les nitrites sont transformés immédiatement en oxyde nitrique dans les plus petits vaisseaux capillaires du corps. L'oxyde nitrique est produit par le corps dans des concentrations très basses afin de commander la tension artérielle, afin de commander le développement. Il doit être détoxifié par le corps immédiatement, parce que, dans des concentrations plus élevées, il agit très agressivement, détruisant tout. C'est pourquoi "les cellules mangeuses" du système immunitaire, les macrophages, libèrent l'oxyde nitrique en quantité élevée dans des réactions d'inflammation : pour détruire et digérer les cellules bactériennes.

Aussi, si vous prenez des nitrites régulièrement, ou de temps en temps - ce qui signifie que des quantités énormes et excessives d'oxyde nitrique sont produites - ça signifie que vous démarrez le processus d'autodestruction dans votre propre corps, particulièrement dans les poumons. Vous détruisez les tissus de vos poumons, et les infections fongiques se développent sur cette matière organique morte. Néanmoins, les fonctions immunitaires demeurent parfaites, en effet, ces patients suppriment les infections bactériennes. Tous ces 60 différents genres d'affections pulmonaires que

nous connaissons à ce jour, tous causés par des infections bactériennes, n'apparaissent pas parce que les fonctions immunitaires sont encore bonnes.

Ainsi nous avons un effet toxique direct, qui peut se produire même lorsque votre système de désintoxication ne travaille pas à un niveau cellulaire, parce que vous souffrirez de malnutrition. Le PCP peut également se produire chez des personnes qui souffrent de malnutrition extrême, comme il y en a eu en Afrique. C'est la raison pour laquelle le PCP ne fait pas partie de la définition du SIDA en Afrique, parce qu'il apparaît chez des enfants qui souffrent de famine parce que le système de désintoxication des cellules est très faible chez les enfants. C'est pourquoi, Au moyen âge, quand les puits étaient empoisonnés par des matières fécales ou de la viande des guerres civiles ou des guerres, c'était les enfants qui souffraient, devenant bleus - ça a été appelé "la maladie des bleus" - quand ils buvaient l'eau, parce qu'il y avait beaucoup de nitrites et de nitrates à l'intérieur, produits par la nitrification des bactéries quand les puits avaient été empoisonnés, parce que les systèmes de désintoxication des enfants sont très bas. C'est pourquoi les enfants mourant de faim fortement en Afrique contractent le PCP.

Je peux prévoir dès maintenant que les gens employant régulièrement du Viagra contracteront le sarcome de kaposi en deux à trois ans parce que le Viagra agit en bloquant la neutralisation de l'oxyde nitrique. Quand vous prenez du Viagra, l'oxyde nitrique s'accumule, détendant les muscles lisses, le sang entrant dedans, le pénis est érigé, et nos muscles sont détendus. Les Poppers agissent de la même façon : les nitrites sont transformés en oxyde nitrique dans les plus petits vaisseaux sanguins, et ainsi ces derniers se détendent. Mais alors que les poppers produisent directement l'oxyde nitrique, le Viagra fonctionne en empêchant la neutralisation de l'oxyde nitrique qui voit le jour normalement durant le processus de régulation de la tension artérielle. Il persiste constamment à un niveau très bas, mais s'il s'accumule, vous êtes en très grand danger.

Ainsi, si le sang s'est oxydé et que la paroi des plus petits vaisseaux, les capillaires est détruite par l'oxyde nitrique, qu'est-ce qui va se produire? Ces cellules se transformeront en cellules cancéreuses. Il y a un manque d'oxygène, et les premières cellules à souffrir de cette insuffisance d'oxygène sont celles de la paroi de l'épithélium, les plus petits vaisseaux, là où les nitrites sont transformés en oxyde nitrique. Ceci est, en fait, la définition du sarcome de Kaposi : quand la paroi - l'intérieur des plus petits vaisseaux - se développe sous une forme cancéreuse, grossissant de plus en plus et se multipliant. C'est l'hyperplasie, pas une forme de sarcome, mais une vraie forme de cancer, et cela est défini comme sarcome de Kaposi. Il peut aussi voir le jour même si vous n'avez pas de poppers, mais quand votre système cellulaire de désintoxication ne fonctionne plus.

Zenger : Alors, est-ce votre réponse finale à la question, "qu'est ce que le SIDA?"

Dr. Lanka : Oui. Le SIDA est un problème d'insuffisance d'énergie. Le terme de "SIDA" est absolument fallacieux parce qu'il n'a rien à faire avec un défaut d'immunité ou une déficience immunitaire. Il est clair que nous sommes en face d'une insuffisance d'énergie. Ainsi le terme "SIDA" doit être remplacé par le terme "SAIE", "syndrome acquis d'insuffisance d'énergie" et nous maintiendrions le terme "SIDA" seulement sous forme de syndrome de déficience d'intelligence acquis. SAIE a une base rationnelle, et il est traitable. Il y a des options de traitements très efficaces disponibles pour inverser les dommages provoqués par l'intoxication ou le manque de l'oxygène, à tous les divers niveaux.

Ici, aussi, la biologie évolutionnaire aide. Les animaux ne sont pas capables de produire trois classes principales de substances, parce que quand elles ont vu le jour dans l'eau, ces substances étaient disponibles. C'est un autre aspect de l'évolution, parce qu'ils ont grandi ou se sont développés dans un milieu constant où toutes les molécules essentielles ont été disponibles, les animaux n'ont pas pris la peine de produire eux-mêmes trois groupes importants de molécules. Ainsi ils ont l'avantage de pouvoir utiliser leur énergie afin de se développer encore plus ou plus vite.

Parmi ces substances que les animaux ne peuvent pas produire tout seuls se trouvent les polyphénols, qui sont des vitamines. Nous connaissons 5.000 genres différents de polyphénols produits par les herbes - par toutes les plantes, mais particulièrement par les herbes. Plus elles se développent haut, plus elles produisent des polyphénols. Vous pouvez détecter des plantes grâce au rayonnement. Ces polyphénols sont les propres inhibiteurs de protéase de la nature. Les animaux ne

peuvent également pas produire les molécules à longue chaîne de sucre qui compose les tissus de base qui forment jusqu'à 80 pour cent de notre poids corporel. Ces tissus produisent le milieu constant pour les cellules dans le corps - et si vous ne les avez pas vous tombez automatiquement malade.

Chaque cellule est entourée par ces tissus de base, les molécules à longue chaîne de sucre avec des protéines jointes. Toutes les cellules des nerfs finissent là, s'activant et se désactivant. Toutes les réactions immunologiques sont effectuées là. Ces tissus de base ont une structure quasi-cristalline et ils fonctionnent en cassant, oscillant, très rapidement, de plusieurs milliers de fois par seconde, avec cette vitesse, toutes les réactions biochimiques sont déclenchées, etc. etc... Si vous ne savez pas comment la vie travaille au niveau cellulaire, vous ne pouvez pas comprendre le cancer. Si vous ne savez pas comment la vie est organisée au niveau du tissu, vous ne pouvez pas comprendre la vie non plus, pas vrai ?

Ainsi si la cellule manque de ces substances, il ne peut pas maintenir son milieu. Les surfaces des cellules ont particulièrement besoin de ces molécules à longue chaîne de sucre afin d'empêcher le calcium de couler à l'intérieur de la cellule. Si ces produits ne sont pas là, du calcium est formé à l'intérieur des cellules, tuant les cellules, ayant pour résultat la mort commandée de cellules, l'apoptose : cela signifie l'inflammation. Normalement vous obtenez ces substances des plantes. Dans les cas d'urgence, si vous êtes épuisés, vous les obtenez du cartilage de bovin ou d'Agar, deux cuillerées chaque matin, avec ceci vous pouvez arrêter toutes les formes d'arthrite, et ces molécules sont également des inhibiteurs efficaces de protéase.

Dans tous les cas d'inflammation, ou de situation catabolique - quand vous perdez plus de cellules que le corps est capable d'en produire - vous prenez ça et ça va vous aider. Les inhibiteurs artificiels de protéase vous aident seulement pendant des périodes courtes. Ensuite, ils intoxiquent les cellules, parce que les inhibiteurs artificiels de protéase ne peuvent pas être digérés. Le corps ne peut pas se débarrasser d'eux. Ils forment des cristaux, et par la suite ils intoxiquent la cellule entière et l'organisme entier à tous les niveaux, parce qu'ils empêchent la digestion de toutes les protéines.

Nous avons atteint le bout, avec les traitements, parce que non seulement nous déconstruisons la théorie du SIDA et offrons une autre alternative, que tout le monde est capable de supporter et d'être heureux avec, particulièrement les spécialistes en oncologie. Nous offrons également des options très efficaces de traitement pour remplacer ces très dangereux inhibiteurs de protéase. Je pense que ça rend bien compte de ce que l'image du prétendu "SIDA" est vraiment.

Traduit par P.Lafont

Comprendre l'Approche Centrée sur la Personne

Voici cette autre personne, mon client.

(Texte de Carl Rogers)

J'ai un peu peur de lui, de pénétrer ses pensées qui sont en lui, comme j'ai un peu peur des profondeurs qui sont en moi.

Pourtant, en l'écoutant, je commence à éprouver un certain respect pour lui, à sentir que nous sommes parents.

Je devine combien son univers lui paraît terrifiant, quelle tension il met à essayer de le contrôler.

Je voudrais sentir ses impressions, qu'il sache que je le comprends.

Je voudrais qu'il me sache près de lui, dans son petit univers compact et resserré, capable de regarder cet univers sans trop de frayeur.

Je puis peut-être le lui rendre moins dangereux.

J'aimerais que mes sentiments dans ce rapport avec lui soient aussi clairs et évidents que possible, afin qu'il les reçoive comme une réalité discernable à laquelle il pourra retourner sans cesse.

Je voudrais entreprendre avec lui cet effrayant voyage en lui-même, au sein de la peur ancrée en lui, de la haine, de l'amour qu'il n'a jamais réussi à laisser l'envahir. Je reconnais que c'est un voyage très humain, et imprévisible pour moi, aussi bien que pour lui, et je risque, sans même savoir que j'ai peur, de me rétracter en moi-même devant certains des sentiments qu'il découvre.

Je sais que cela imposera des limites dans ma capacité à l'aider.

Je me rends compte que ses propres craintes peuvent par moment l'amener à voir en moi un intrus, indifférent et repoussant, quelqu'un qui ne comprend pas.

Je veux accepter pleinement ses sentiments en lui, tout en espérant que mes propres sentiments éclateront si clairement dans leur réalité qu'avec le temps, il ne pourra manquer de les percevoir.

Et surtout, je veux qu'il rencontre en moi une personne réelle.

Je n'ai pas à me demander avec gêne si mes propres sentiments sont "thérapeutiques".

Ce que je suis et ce que je sens peut parfaitement servir de base à une thérapie, si je sais "être" ce que je suis et ce que je sens, dans mes rapports avec lui de façon limpide.

Alors il arrivera peut-être à être ce qu'il est, ouvertement et sans crainte.

Comment puis-je établir une Relation d'aide

(Texte de Carl Rogers)

traduction Olga Kauffmann, sous-titres : Yves Le Petit-Laborde

1 - Suis-je authentique ?

Puis-je avoir une façon "d'être" qui sera profondément perçue par l'autre personne comme digne de confiance, fiable ou conséquente ?

La recherche et l'expérience ont toutes deux montré que c'est très important, et à travers les années, mes convictions me sont apparues comme des moyens plus profonds et meilleurs pour répondre à cette question.

J'avais l'habitude de penser que si je remplissais toutes les conditions extérieures de loyauté (maintenir les rendez-vous, respecter le caractère secret des interviews, etc...) et si je me montrais conséquent d'une façon constante durant les entretiens, alors les conditions seraient remplies.

Mais l'expérience m'a montré que, par exemple, pratiquer une acceptation conséquente, alors qu'en fait je m'ennuyais ou j'étais sceptique, ou je ressentais un autre sentiment non acceptant, était à coup sûr perçu à la longue comme inconséquent et indigne de confiance.

J'ai dû reconnaître qu'être digne de confiance ne demandait pas que je sois conséquent avec rigidité mais que je sois solidement authentique.

Le terme "congruent" est un terme que j'ai pour décrire comment j'aimerais être. Je veux dire par là que quel que soit le sentiment ou l'état d'esprit que je serais en train de vivre, il s'harmoniserait avec la conscience de cette attitude.

Quand cela est vrai, je suis alors une personne unifiée ou intégrée, à ce moment-là, et de ce fait, je peux "être", quoique profondément "je sois".

C'est une réalité sur laquelle je compte autant que les autres expériences.

2 - Ai-je bien conscience de moi ?

Une question étroitement liée à celle-là est la suivante :

En tant que personne, puis-je être suffisamment expressif de façon à communiquer sans ambiguïté ce que je suis ?

Je pense que la plupart de mes échecs pour réaliser une relation d'aide peuvent remonter à des réponses non satisfaisantes à ces 2 questions.

Quand je m'ennuie avec une autre personne mais que j'en suis inconscient, ma communication contient alors des messages contradictoires.

Mes mots font passer un message, mais je communique également, par des moyens subtils, l'ennui

que je ressens et cela trouble l'autre personne et le rend plus méfiant, quoiqu'il puisse également être inconscient de ce qui provoque la difficulté.

Quand, en tant que parent, ou thérapeute, ou enseignant ou administrateur, j'échoue dans l'écoute de ce qui se passe en moi, à cause de mes propres défenses à ressentir mes propres sentiments, alors ce genre d'échec semble se produire.

Il m'est apparu que la part importante de l'apprentissage fondamental pour quiconque espère établir n'importe quel type de relation d'aide, est le fait qu'il n'est pas dangereux d'être authentique avec transparence.

Si dans une relation donnée, je suis raisonnablement congruent, si aucun sentiment en rapport avec la relation ne reste caché; soit à moi, soit à l'autre personne, alors je peux être presque sûr que la relation sera une relation aidante.

Une façon d'exprimer cela qui pourrait vous paraître étrange est que si je peux établir une relation d'aide avec moi-même (si je peux être conscient de mes émotions et les accepter), alors il y a de grandes chances pour que je puisse établir une relation d'aide avec l'autre. Maintenant, accepter d'être ce que je suis, dans ce sens, et le montrer clairement à l'autre, est la tâche la plus difficile que je connaisse et que je ne réalise jamais pleinement.

Mais, réaliser que ceci "est" une tâche, a été très gratifiant, parce que cela m'a aidé à trouver ce qui n'a pas été dans des relations interpersonnelles qui devenaient houleuses, et de les remettre à nouveau sur une voie constructive.

Cela signifiait que si je veux faciliter le développement personnel des autres en relation avec moi, alors je dois me développer et quoique ce soit souvent douloureux, c'est également enrichissant.

3 - Suis-je capable de relations positives ?

Une troisième question est la suivante : puis-je me laisser aller à vivre des attitudes positives envers l'autre personne, attitudes de chaleur, d'attention, d'affection, d'intérêt, de respect ?

Ce n'est pas facile. Je trouve en moi-même, et je sens que je vois souvent dans les autres, un certain degré de peur de ces sentiments.

Nous avons peur de nous laisser piéger si nous nous laissons aller à vivre librement ces sentiments positifs envers une autre personne.

Nous pourrions faire l'objet d'exigences ou nous pourrions être déçus dans notre confiance et nous craignons ces issues.

Alors, en réaction, nous essayons de construire une distance entre nous et les autres : Raideur, une attitude "professionnelle", une relation impersonnelle.

Je sens très fortement que l'une des raisons importantes de la professionnalisation dans tous les domaines, est que cela aide à maintenir la distance.

Dans le domaine médical, nous formulons des diagnostics en considérant la personne comme un objet.

Dans l'enseignement et l'administration, nous développons toutes sortes de procédures d'évaluation de façon à percevoir, à nouveau, la personne comme un objet.

Par ces différents moyens, nous pouvons, je pense, fuir la possibilité de vivre l'expérience de "l'attention à l'autre" qui pourrait exister si nous reconnaissons la relation comme existante entre deux personnes.

C'est une véritable réussite quand nous pouvons apprendre, même dans certaines relations ou à certains moments dans ces relations, qu'il n'est pas dangereux de prodiguer l'attention, qu'il n'est pas dangereux d'établir un rapport avec l'autre en tant que personne pour laquelle nous avons des sentiments positifs.

4 - Ai-je la force d'être distinct ?

Une autre question dont j'ai appris l'importance dans ma propre expérience, est la suivante :

Puis-je être suffisamment fort en tant qu'individu pour être distinct de l'autre ?

Puis-je être un solide défenseur de mes propres sentiments, mes propres besoins, aussi bien que des

siens ?

Puis-je posséder, et si le besoin s'en fait sentir, exprimer mes propres sentiments comme quelque chose qui m'appartient, quelque chose de distinct de ses sentiments ?

Suis-je suffisamment fort dans ma propre distinction pour ne pas être démoralisé par sa dépression, effrayé par sa peur, ou englouti par sa dépendance ?

Mon moi intérieur est-il suffisamment robuste pour réaliser que je ne suis pas détruit par sa colère, envahi par son besoin de dépendance, ni asservi par son amour, mais que j'existe distinctement de lui avec mes propres sentiments et mes propres droits ?

Quand je peux librement sentir cette force d'être une personne distincte, alors je me rends compte que je peux me laisser aller à le comprendre et l'accepter beaucoup plus profondément parce que je n'ai pas peur de me perdre.

5 - Ai-je assez de sécurité intérieure pour laisser l'autre libre ?

La prochaine question est étroitement liée à la précédente :

Suis-je en moi-même suffisamment en sécurité pour lui permettre sa distinction ?

Puis-je lui permettre d'être ce qu'il est :

Honnête ou faux, infantile ou adulte, au désespoir ou trop sûr de lui ?

Ou ai-je le sentiment qu'il doit suivre mon conseil, ou rester d'une façon ou d'une autre dépendant de moi, ou se couler dans le même moule que moi ?

À ce propos je pense au petit travail intéressant de Farson qui a montré que le conseil le moins adéquat et le moins compétent tend à induire la conformité à sa personne, à avoir des clients qui se modèlent à son image.

D'autre part, le conseil le plus adéquat et le plus compétent peut avoir des interactions avec un client à travers de nombreux entretiens sans interférer avec la liberté du client à développer une personnalité tout à fait distincte de celle de son thérapeute.

Je préférerais être dans cette dernière catégorie en tant que parent, superviseur ou conseil.

6 - Ma compréhension empathique : jusqu'où peut-elle aller ?

Une autre question que je me pose est celle-ci :

Puis-je me laisser aller à m'introduire pleinement dans le monde de ses sentiments et de ses significations personnelles et les considérer comme il le fait ?

Puis-je plonger dans son univers privé si totalement que j'en perds tout désir de l'évaluer ou le juger ?

Puis-je y pénétrer avec tant de sensibilité que je puisse m'y mouvoir librement sans piétiner des significations qui lui sont précieuses ?

Puis-je le sentir avec tant d'acuité que je puisse non seulement comprendre les significations de son expérience qui sont évidentes pour lui, mais aussi ces significations qui sont seulement implicites, qu'il perçoit vaguement ou comme de la confusion ?

Puis-je étendre cette compréhension sans aucune limite ?

Je pense au client qui a dit :

"Chaque fois que je trouve quelqu'un qui comprend une "partie" de moi sur le moment, alors ça ne rate jamais, j'atteins un point où je sais que je ne suis "pas" compris encore une fois.... Ce que j'ai cherché si âprement, c'est quelqu'un à comprendre".

En ce qui me concerne, je trouve plus facile de sentir ce type de compréhension, et de le communiquer à mes clients individuels, plutôt qu'aux étudiants dans une classe ou aux membres du staff d'un groupe dans lequel je suis impliqué.

Il y a une énorme tentation à tenir les étudiants "sérieux" ou à pointer à un membre du staff les erreurs de son raisonnement.

Cependant dans ces situations, quand je peux me permettre de comprendre, c'est mutuellement gratifiant.

Et, avec mes clients en thérapie, je suis souvent impressionné par le fait que même un minimum de

compréhension empathique - une tentative hésitante et incorrecte d'appréhender la confuse complexité de la situation du client - est aidante, bien que sans aucun doute, cela aide beaucoup plus lorsque je peux voir et formuler clairement les significations de son vécu qui, pour lui, ont été confuses et embrouillées.

7 - Puis-je accepter l'autre tel qu'il est ?

Encore une autre question, c'est de savoir si je peux accepter chacune des facettes que me présente cette autre personne.

Puis-je l'accueillir telle qu'elle est ?

Puis-je communiquer cette disposition ?

Ou ne puis-je l'accueillir que conditionnellement ouvert à quelques aspects de ses sentiments et silencieusement ou franchement désapprobateur sur d'autres aspects ?

D'après mon expérience, lorsqu'une attitude est conditionnelle, elle ne peut alors développer ou changer les aspects que je ne peux pleinement accueillir.

Et quand - plus tard et souvent trop tard - j'essaie de découvrir pourquoi je n'ai pas été capable de l'accepter à tous les égards, je découvre généralement que c'est parce que j'ai été profondément effrayé ou que je me suis senti menacé par quelque aspect de ses sentiments.

Si je dois être plus aidant, alors je dois me développer et m'accepter à ces égards.

8 - Puis-je lui apporter la sécurité dans notre relation ?

La question suivante soulève un problème très pratique :

Puis-je agir avec assez de sensibilité dans la relation de façon à ce que mon comportement ne soit pas perçu comme une menace ?

Le travail que nous commençons à entreprendre en étudiant les concomitants psychologiques de la psychothérapie confirme la recherche de Dittes en indiquant combien facilement les individus se sentent menacés au niveau physiologique.

Le réflexe psychogalvanique - la mesure de la conductibilité de la peau - pique du nez quand la réponse du thérapeute est juste un peu plus forte que le sentiment du client. Et, à une phrase de ce genre "My, tu as l'air triste", l'aiguille bondit presque hors du papier.

Mon désir d'éviter d'être menaçant même à une si petite échelle n'est pas dû à une hypersensibilité vis-à-vis de mon client.

Il est simplement dû à une conviction, basée sur l'expérience, que si je peux le libérer aussi complètement que possible de la menace extérieure, il peut alors commencer à vivre et s'occuper des sentiments et des conflits qui l'habitent et dont il se sent menacé.

9 - Sans jugement ni évaluation ?

Un aspect spécifique mais important de la précédente question est celui-ci :

Puis-je le libérer de la menace du regard évaluateur des autres ?

Dans presque toutes les phases de notre vie - à la maison, à l'école, au travail - nous nous sommes trouvés sous les jugements extérieurs exprimés sous forme de récompenses et punitions :

"C'est bien", "c'est vilain", "ça vaut un A", "c'est un échec", "c'est un bon conseil", "c'est un conseil minable".

De tels jugements sont une part de notre vie de l'enfance à la vieillesse.

Je pense qu'ils ont une certaine utilité sociale dans les institutions et dans les organisations comme les écoles ou les corps professionnels.

Comme chacun de nous, je me suis trouvé bien trop souvent en train de faire de telles évaluations. Mais mon expérience m'a montré qu'ils ne marchent pas pour le développement personnel et de ce fait je ne crois pas qu'ils soient un élément de la relation d'aide.

Curieusement, une évaluation positive est à la longue aussi menaçante qu'une négative, du fait que dire à quelqu'un qu'il est "bien" vous donne aussi le droit de lui dire qu'il est "mal".

J'en suis donc arrivé à sentir que plus j'arriverais à maintenir une relation exempte de jugement et

d'évaluation, plus cela permettrait à l'autre personne d'atteindre un point où il reconnaîtrait que le lieu de l'évaluation, le centre de la responsabilité réside en lui-même.

La signification et la valeur de son expérience est en dernière analyse quelque chose qui dépend de lui et aucun jugement extérieur ne peut changer cela.

Je préférerais donc œuvrer dans le sens d'une relation dans laquelle je ne suis pas, même dans les sentiments qui me sont propres, en train de l'évaluer.

Je crois que ceci peut lui donner la liberté d'être une personne responsable d'elle-même.

10 - Puis-je le voir "en développement" ?

Une dernière question :

Puis-je rencontrer cet autre individu comme une personne dans un processus " de développement" ou vais-je être limité par son passé et par mon passé ?

Si, dans ma rencontre avec lui, je le considère comme un enfant immature, ou un étudiant ignorant, ou un névropathe, ou un psychopathe, chacun de ces concepts qui m'appartiennent le limitera dans ce qu'il peut être dans la relation.

Martin Buber, le philosophe existentialiste de l'université de Jérusalem, a une phrase :

"Confirmer l'autre" qui a eu une signification pour moi.

Il dit "Confirmer veut dire... accepter tout le potentiel de l'autre... Je peux reconnaître en lui, connaître en lui la personne qu'il a été... créé pour se développer... je le confirme en moi, puis en lui-même, en rapport avec cette potentialité que... peut alors être développé, peut évoluer".

Si j'accepte l'autre personne comme quelque chose de statique déjà diagnostiquée et classée, déjà modelée par son passé, alors je contribue à confirmer cette hypothèse limitée.

Si je l'accepte comme un processus "en développement", alors je fais ce que je peux pour confirmer ou rendre effectives ses potentialités.

C'est sur ce point que je vois Verplank, Lindsley et Skinner, en travaillant sur le conditionnement opérant, rencontrer Buber, le philosophe ou le mystique.

Tout au moins se regroupent-ils en principe d'une étrange façon.

Si je considère une relation uniquement comme une occasion de renforcer une certaine catégorie de mots ou d'opinions chez l'autre, alors j'ai tendance à le confirmer en tant qu'objet - un objet fondamentalement mécanique ou manipulable.

Et si je reconnais ce fait comme son potentiel, il aura tendance à agir dans le sens de la confirmation de cette hypothèse.

D'autre part, si je reconnais la relation comme une opportunité de "renforcer" tout ce qu'il est, la personne qu'il est avec toutes ses ressources existantes, alors il aura tendance à agir dans le sens qui confirmera cette dernière hypothèse.

Je l'aurai donc - pour utiliser de Buber - confirmé comme une personne vivante, capable d'un développement intérieur créatif.

Personnellement, je préfère cette deuxième sorte d'hypothèse.

CONCLUSION

Dans la première partie de cet article, j'ai examiné certaines contributions apportées par la recherche à notre connaissance sur les relations.

Essayant de conserver en mémoire cette connaissance, j'ai alors abordé le genre de questions qui émergent, de l'intérieur et subjectivement, quand je m'engage en tant que personne, dans les relations.

Si en moi-même je pouvais répondre par l'affirmative à toutes les questions que j'ai soulevées, alors je crois que toutes les relations dans lesquelles j'ai été impliqué auront été des relations d'aide, auront entraîné le développement.

Mais, je ne peux pas donner une réponse positive à la plupart de ces questions. Je peux seulement travailler dans la direction de la réponse positive.

Cela a soulevé dans mon esprit un doute énorme :

La relation d'aide optimale est le type de relation établie par une personne qui est psychologiquement mûre...

En d'autres termes ma capacité de créer des relations qui facilitent le développement des autres en tant que personnes distinctes, est à la mesure du développement que j'ai déjà accompli en moi-même.

À certains égards, c'est une pensée qui dérange mais c'est aussi une pensée prometteuse et pleine de défis.

Cela voudrait dire que si je suis intéressé à créer des relations d'aide j'ai devant moi une perspective de vie professionnelle fascinante, étendant et développant mes ressources dans le sens du développement.

Je reste avec la pensée inconfortable que ce que j'ai travaillé pour moi dans cet article puisse n'avoir que peu de choses en commun avec vos intérêts et votre travail.

Si tel est le cas, je le regrette.

Mais je me sens au moins partiellement conforté par le fait que nous tous, qui travaillons dans le champ des relations humaines et qui essayons de comprendre l'ordre de base de ce domaine, sommes engagés dans la plus cruciale entreprise du monde d'aujourd'hui.

Si nous essayons de comprendre, d'une façon réfléchie, nos tâches d'administrateurs, enseignants, éducateurs, conseils professionnels, thérapeutes, nous travaillons alors sur le problème qui déterminera le futur de cette planète.

Car ce n'est pas de la Physique que le futur dépendra.

Il dépendra de nous qui essayons de comprendre et de nous occuper d'interactions entre les êtres humains, de nous qui essayons d'établir des relations d'aide.

Alors j'espère que les questions que je me suis posées seront de quelque utilité, pour vous, en vous aidant à comprendre davantage lorsque vous tentez, à votre façon de faciliter le développement dans vos relations.

(Extrait de "On becoming a person" - "Devenir une personne" - 1961, Carl ROGERS, Houghton Mifflin Company, Boston.

Visitez le site www.epanouissement.net

Aujourd'hui :

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

Bon Courage

\$IDA



OU



Santé?

Notre libre choix démocratique



L'Association Mark Griffiths fut dissoute le 7 septembre 2002

Je continue à titre privé à entretenir la documentation pour les sites Internet :
<http://perso.wanadoo.fr/sidasante/> et <http://www.sidasante.com>
le contact avec des nombreux groupes nationaux et internationaux ainsi que la communication et les conférences. Vous pouvez commander toute ma documentation accumulée depuis 1989 sur CD-rom (site Internet Sidasanté) au prix de 30€. Vous pouvez obtenir le dernier Apprenti Sage au prix de 10€ ainsi que tout autre document au prix de 0,25€ par page imprimée. Chèques à mon nom à l'adresse ci-dessous.

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

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

E-mail : info@sidasante.com

Tél : 04 68 31 27 91



\$IDA © 1981. Made in America