



Essai de synthèse et réflexions

Dialogue et coopération sont-ils possibles ?

Pour la première fois, « officiels » et « dissidents » ont été invités à exposer leurs points de vue divergents sur le SIDA en Afrique dans un cadre public et démocratique. Ce simple fait est en soi un succès.

Il est cependant apparu très clairement ce 8 décembre 2003 qu'il ne suffit pas d'être face à face pour que naisse une réelle communication.

La nécessité de lutter contre la pauvreté et d'améliorer les conditions de vie en Afrique est reconnue par tous. Mais à part cela, les deux parties présentent le problème de deux manières radicalement différentes et campent inébranlablement sur leurs positions.

L'hypothèse officielle, bien connue, est universellement considérée comme un fait indiscutable: le SIDA (Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquises) est une maladie virale sexuellement transmissible, la plus grave pandémie que le monde ait connue, une infection virale qui ravage l'Afrique subsaharienne et la menace dans son développement économique et social. La pauvreté est autant une conséquence de l'épidémie qu'un cofacteur favorisant. Pour réduire la pauvreté il faut prioritairement éradiquer le virus par des moyens préventifs et thérapeutiques: préservatifs, traitements anti-viral à la mère et à l'enfant au moment de l'accouchement, généralisation des trithérapies en usage en Occident. Cette position s'appuie sur les résultats de tests VIH effectués le plus souvent sur des femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales, extrapolés à la population générale et aboutissant aux estimations publiées par l'OMS et relayées par tous les médias.

Constatant et démontrant l'absence ou l'inconsistance de preuves en faveur de cette hypothèse virale, d'autres scientifiques émettent une autre hypothèse basée sur des observations cliniques et thérapeutiques, sur

l'étude rétrospective de recensements nationaux et des courbes de natalité, mortalité et morbidité. Cette minorité scientifique constate qu'il n'y a pas de nouvelle épidémie sexuellement transmissible mais qu'il existe en Afrique un grand nombre de facteurs immunosuppresseurs qui, cumulés, suffisent à expliquer le SIDA. Ces mêmes scientifiques contestent fondamentalement le rôle causal du « VIH », et même son existence comme rétrovirus exogène et infectieux. Ils insistent sur le fait que les tests dits VIH sont non spécifiques et donc trompeurs, et devraient être abandonnés comme instrument diagnostique. Ces tests non fiables rendent caducs les chiffres statistiques de l'OMS. L'amélioration des conditions de vie, d'hygiène et d'alimentation, l'utilisation des ressources nutritionnelles pour restaurer l'immunité, le traitement médical des maladies infectieuses bien connues et l'élimination de tous les facteurs toxiques immunosuppresseurs, y compris les anti-viraux, sont la solution à la fois préventive et thérapeutique.

Deux positions vraiment divergentes entre lesquelles le Professeur Montagnier assume une position intermédiaire, défendant l'hypothèse virale et la possibilité d'un vaccin tout en insistant sur l'importance de l'approche nutritionnelle anti-oxydante.

« VIH » ou facteurs immunotoxiques divers, voilà la pomme de discorde entre « officiels » et « dissidents ». Voir clair sur ce point est capital car, selon la nature de la cause, les priorités préventives et thérapeutiques seront tout à fait différentes.

Comme il s'agit d'un problème scientifique, une honnête confrontation devrait, sinon résoudre l'opposition, du moins initier un débat entre les deux points de vue.

Or, une fois de plus, on a pu constater le 8 décembre que, sans être toujours un dialogue de sourds, la confrontation est difficile et n'aboutit pas à un véritable débat. Pourquoi donc ?

Une première réponse saute aux yeux : c'est une question de **mots**. Nous ne parlons pas le même langage, les mots ne véhiculent pas les mêmes concepts chez les uns et chez les autres parce que le sens des mots a été altéré. Une **confusion** profonde s'est ainsi introduite dans les esprits, tant chez les scientifiques et les médecins que dans le grand public.

Sans doute le Professeur Montagnier parle de stress oxydatif et de cofacteurs. En cela il utilise des mots sans ambiguïté et sur lesquels tout le monde peut s'entendre, même si pour les dissidents les cofacteurs sont des facteurs tout court.

Mais par ailleurs les scientifiques officiels parlent d'« isolement » là où il y a seulement détection de marqueurs indirects. Les scientifiques contestataires eux, disent « non-isolement » car isoler un virus et détecter des marqueurs sont choses bien distinctes, au niveau scientifique bien sûr mais même au simple niveau des mots : si vous trouvez un chapeau dans la rue, il ne nous viendra pas à l'idée de dire : « J'ai rencontré Monsieur Untel », même s'il s'avère que ce chapeau lui appartient. A fortiori si Monsieur Untel vous est inconnu ...

Les uns parlent de VIH comme d'une réalité incontestable ; les autres disent « VIH » entre guillemets car, faute d'isolement, cette dénomination n'a pas de fondement scientifique et est un abus de langage : il n'y a pas de preuve qu'un virus soit la cause de l'immunodéficience humaine.

Les uns parlent de « prévalence d'infection VIH » alors que les autres disent « prévalence de séropositivité », refusant d'assimiler un test positif à une infection spécifique car, en plus du fait que le terme « VIH » doit être remis en cause, le test est sujet, comme tout test antigène/anticorps, au phénomène des réactions croisées et, quand bien même le « VIH » aurait été isolé, il serait de toute façon non spécifique.

A partir de ces distorsions sémantiques majeures toute la terminologie infectieuse utilisée universellement quand on parle de SIDA devient bien sûr logique et cohérente : infection donc contagion, contamination, voies de contamination, préservatifs, antiviraux, tests, vaccins, etc ... Mais cette terminologie n'a aucun sens pour ceux qui défendent l'hypothèse que l'effondrement immunitaire appelé SIDA est dû à des facteurs toxiques, sanitaires et nutritionnels.

Tout le débat scientifique est donc piégé par des mots ... Ce sont d'abord des mots et des confusions qui séparent et empêchent le dialogue.

Cette confusion sémantique et scientifique s'aggrave d'ailleurs avec le temps pour porter un message toujours plus éloigné de la réalité clinique :

du mot « SIDA » (qui représente une réalité) on est passé à l'expression « VIH/SIDA » (qui introduit un élément hypothétique, et en plus un lien de cause à effet) et puis à « infection VIH » tout court (ce qui supprime la référence au fait clinique pour donner toute la place à l'hypothèse).

C'est aussi l'usage systématique et l'incessante répétition de ces mots: isolement, VIH, test VIH, etc... qui a réussi à convaincre le monde entier que la cause du SIDA était définitivement trouvée. La puissance magique des mots a réussi à faire passer une simple hypothèse pour un fait établi qu'on ne peut plus discuter.

Enfin, au-delà de la communication impossible c'est tout le processus de recherche qui est aussi bloqué: les budgets et les subventions étant intégralement attribués aux laboratoires virologiques, toute recherche alternative est empêchée, ce qui rend évidemment impossible une confrontation scientifique féconde.

Une autre réponse à la question du dialogue difficile est que, de part et d'autre, la rigueur scientifique parfaite n'est peut-être pas au rendez-vous. En science, comme dans tous les domaines, les erreurs et les imperfections sont normales et même inévitables. Mais il faut pouvoir les corriger: le débat et les échanges libres et ouverts permettent cela. Sans cette ouverture, celui qui se trompe se condamne à errer ou à tourner en rond autour d'une idée peut-être fausse. La censure et le dogmatisme sont la négation même de l'esprit scientifique.

Pour que deux scientifiques puissent s'écouter, s'entendre et dialoguer il suffit donc, mais il faut, que leur argumentation soit scientifiquement correcte ou, si elle ne l'est pas, qu'il y ait une ouverture à la controverse et à la critique.

Prenons deux exemples.

Depuis l'abandon de la monothérapie à l'AZT et l'application des trithérapies, les salles réservées aux malades du SIDA se sont vidées dans les hôpitaux occidentaux et, d'autre part, la mortalité par infections opportunistes a chuté spectaculairement (« effet Lazare » de la trithérapie administrée en phase terminale).

Le Professeur Clumeck a très bien exposé ces faits, chiffres à l'appui, et il n'y a pas lieu de les discuter.

Ce qui par contre reste sujet à discussion c'est le pourquoi et le comment de ces effets positifs. Des chercheurs italiens ont mis en évidence l'action directe des antiprotéases contre les agents pathogènes responsables des infections opportunistes les plus fréquentes et les plus graves: la pneumonie à *Pneumocystis carinii* et la candidose systémique¹. La trithérapie agirait donc comme un superantibiotique contre ces germes. Son efficacité n'est pas une preuve que ces malades du SIDA sont infectés par un rétrovirus particulier.

Il faudrait pouvoir débattre ouvertement de ces questions: pourquoi et comment?

De même, avant de déduire des effets positifs observés avec les trithérapies qu'il faut en banaliser l'usage et les introduire largement en Afrique, il faudrait, pour justifier médicalement de telles conclusions, prouver préalablement que, sur le long terme, leurs effets bénéfiques l'emportent sur leur grande toxicité.

Le deuxième exemple concerne les «dissidents». Ceux-ci font état de données épidémiologiques, d'expériences de prévention et de traitement efficaces (par exemple dans la région de la Kagera en Tanzanie) comme argument en faveur de leur hypothèse.

Sans doute ces faits d'observation (tout aussi incontestables que l'effet Lazare) sont-ils convaincants pour ceux qui sont déjà acquis à l'hypothèse que l'effondrement immunitaire en Afrique est causée par la malnutrition, les multiples infections bactériennes et parasitaires, et par d'autres facteurs immunosuppresseurs de nature toxique.

Mais pour que ces observations et cette hypothèse soient prises au sérieux par les autres scientifiques il faudrait des études cliniques comparatives et prospectives effectuées avec toute la rigueur scientifique nécessaire. Il manque à l'hypothèse dissidente la dimension expérimentale, le contrôle par l'expérimentation.

1. A. Cassone et al : *J. of Inf. Dis.*, 1999 ; 180 ; 448-53.

De telles études doivent impérativement être réalisées. Ce besoin d'études cliniques a d'ailleurs été ressenti à plusieurs reprises au cours du colloque. Et en 1987 déjà le Dr Konotey-Ahulu disait : « C'est l'épidémiologie clinique, et non la séroépidémiologie, qui est la réponse au problème du SIDA en Afrique² ». Or à ce jour, faute de financement et de subventions, rien, à ma connaissance, n'a pu encore être fait dans ce domaine.

Ce qui précède n'est malheureusement pas une simple discussion académique. Pour l'Afrique, l'enjeu est crucial. Ou bien tous les efforts médicaux, scientifiques et financiers continuent à se concentrer sur les tests, les préservatifs et des traitements anti-rétroviraux au détriment de l'attention portée aux maladies infectieuses endémiques bien connues, à la malnutrition et à la pauvreté, ou bien on reconnaît que la priorité absolue est au contraire d'éradiquer cette misère nutritionnelle et sanitaire. Ou bien les gouvernements africains épuisent leurs budgets santé dans une lutte antivirale plus que discutable, ou bien ils consacrent leurs ressources à l'amélioration des conditions de vie des populations.

Est-ce rêver d'imaginer que des études cliniques comparatives et prospectives rigoureusement menées, soient un jour promues et financées pour faire objectivement la lumière sur les deux hypothèses, et sortir ainsi le problème du SIDA de son a priori virologique ?

Rappelons-nous le temps pas si lointain où le scorbut, le béri-béri et la pellagre, considérés comme des maladies infectieuses, ravageaient certaines régions du monde. C'est la reconnaissance de leur nature nutritionnelle qui a fait disparaître ces « épidémies » d'avitaminoses causées par une alimentation carencée.

Est-ce rêver de croire qu'il en sera un jour de même pour le SIDA ?

Nous sommes tous, scientifiques officiels comme scientifiques contestataires, formés à la même discipline : l'objectivité dans l'observation des phénomènes, le respect des faits et de leur prééminence sur l'hypothèse, la rigueur dans l'interprétation et l'expérimentation, l'ouverture au débat contradictoire, voilà nos règles de conduite.

2. Dr Konotey-Ahulu : *BMJ*, 1987 ; 294 ; 1593-4.

Est-ce rêver de croire qu'à partir de ces règles qui nous sont communes, la question du SIDA puisse être objectivement réexaminée, qu'une volonté émerge pour regarder les réalités en face, pour voir et reconnaître les confusions et les dérives, pour revenir à l'intégrité sémantique et scientifique ?

Est-ce rêver de croire qu'émergera un jour une volonté de dialogue entre scientifiques aujourd'hui en désaccord ?

Effectivement tout cela n'est aujourd'hui que rêve car il existe un autre obstacle au dialogue, peut-être le plus grand : la question du SIDA, en Afrique et ailleurs, est devenue un débat idéologique où les préjugés, le dogmatisme, les émotions irrationnelles et les conflits d'intérêt l'emportent sur la raison scientifique. L'hypothèse virale, avec ses retombées économiques et financières, est devenue le lieu de convergence de divers et puissants intérêts qui seraient menacés si un dialogue vraiment scientifique, honnête et impartial, aboutissait à reconnaître au SIDA une cause autre que virale. Aujourd'hui, comme la politique et l'information, la science médicale est devenue l'otage du pouvoir économique et financier et a perdu son indépendance.

La seule issue est que les scientifiques prennent conscience et s'affranchissent de cette emprise et retrouvent, avec leur liberté de pensée, l'ouverture nécessaire au débat contradictoire. Alors seulement le rêve évoqué plus haut aura des chances de devenir réalité.

Il y a enfin une dernière condition pour que dialogue et collaboration scientifiques soient possibles : les deux parties doivent le vouloir.

Vouloir, voilà encore un point critique. Car dialoguer est toujours difficile : cela suppose, de part et d'autre, qu'on sacrifie son amour-propre et ses intérêts personnels au profit d'un intérêt supérieur, en l'occurrence ici la vérité scientifique, qu'on fasse taire ses préjugés, qu'on respecte le point de vue de l'autre partie et qu'on décide de l'écouter vraiment. Collaborer n'est certainement pas plus facile car aux exigences du dialogue doit s'ajouter la patience parmi bien d'autres qualités...

Devant ce fardeau de difficultés la plupart hausseront les épaules et tourneront le dos. Espérons seulement qu'il y en ait quelques-uns, cons-

cients de l'enjeu, courageux et déterminés, qui accepteront de faire passer le service à rendre à l'Afrique avant le confort des préjugés et du statu quo.

L'objectif d'un débat et d'une collaboration scientifiques véritables sur le sujet du SIDA en Afrique n'est pas du tout de chercher à savoir qui a raison et qui a tort mais bien de chercher ensemble où est le vrai, avec le but commun d'aider efficacement les populations africaines à résoudre leurs graves problèmes d'immunité et à éradiquer le SIDA.

Sur cette question médicale nous sommes, scientifiques et médecins, au service des Africains. Nous voulons et devons voir clair sur les causes du problème. C'est la condition sine qua non pour agir efficacement.

Vouloir un débat ouvert et une coopération dans la recherche n'a pas d'autre raison d'être.

« L'esprit vraiment scientifique devrait donc nous rendre modestes et bienveillants. Nous savons tous bien peu de choses en réalité, et nous sommes tous faillibles en face des difficultés immenses que nous offre l'investigation dans les phénomènes naturels. Nous n'aurions donc rien de mieux à faire que de réunir nos efforts au lieu de les diviser et de les neutraliser par des disputes personnelles. En un mot, le savant qui veut trouver la vérité doit conserver son esprit libre, calme, et, si c'était possible, ne jamais avoir, comme dit Bacon, l'œil humecté par les passions humaines. » (Claude Bernard, Introduction à l'étude expérimentale. Première partie, chapitre II, section III: « L'expérimentateur doit douter, fuir les idées fixes et garder sa liberté d'esprit »).

Dr Marc Deru, juin 2004