

Gestion Santé

Rubrique Livre de *Gestion Santé*

"What Really Causes AIDS"

de **Harold D. Foster**

Gestion Santé vous présente des livres marquant dans le domaine santé. Sont particulièrement pris en compte pour la sélection des ouvrages, la qualité scientifique, la précision de l'analyse socio-politique du monde de la santé, les analyses de ses dysfonctionnements, la présentation d'approches alternatives.

Harold D. Foster, "What Really Causes AIDS", [Quelle est la véritable cause du SIDA], Trafford Publishing, 2002.



L'auteur

Nous avons présenté l'auteur, un distingué professeur de géographie en retraite, et son [site](#) dans notre section des [sites référencés](#) par Gestion Santé. Nous y présentions l'auteur et sa théorie du Sida suite à la publication dans la revue Nexus d'un long article sur sa théorie sur le Sida.

Alors que l'ouvrage "What Really Causes AIDS" [[lien vers le site de Foster pour charger l'ouvrage en PDF](#)] et l'article traitant du même sujet sont en tout point remarquable, l'auteur a fait le choix de les mettre tous deux en libre accès afin de leur assurer la plus large diffusion possible. C'est donc avec plaisir et dans le même esprit

que nous participons à cette diffusion d'informations et informons nos lecteurs de l'existence du site, de l'article, des ouvrages de l'auteur et que nous en donnons un résumé en français, qui sera je l'espère utile aux lecteurs francophones.

Rappelons qu'il existe de nombreuses théories alternatives au Sida, dont certaines vont jusqu'à nier l'existence du virus, ce qui n'est pas du tout la position de Foster. En effet l'auteur ne nie pas le lien entre HIV et Sida, mais propose une théorie nouvelle de sa dangerosité pour l'organisme, en s'appuyant d'ailleurs sur des travaux académiques reconnus en médecine et dans d'autres secteurs des sciences humaines, dont il propose une synthèse originale.

Le livre "What Really Causes AIDS"

Cet ouvrage de Foster constitue un très utile complément aux deux articles de l'auteur sur le Sida parus dans Nexus et fourmille d'informations passionnantes complétant ceux-ci. Comme pour les articles précédemment cités, chaque affirmation est étayée de très nombreuses références scientifiques utiles sur le mode de l'ouvrage universitaire. Homme cultivé et humaniste, Foster met aussi en exergue des sections de son ouvrage des citations très diverses et de haute tenue appropriées au sujet traité. Bien entendu notre résumé n'épuise pas la matière de l'ouvrage et nous renvoyons également le lecteur à notre [présentation du site de l'auteur](#) pour des informations complémentaires.

L'auteur rappelle son désaccord avec le dogme formulé à Durban en juin 2000, par 5018 médecins et scientifiques du monde entier lors de la XIII Conférence Internationale sur le SIDA en Afrique du Sud, selon laquelle "Le HIV est la seule cause du SIDA". Mais l'auteur ne nie absolument pas, contrairement à certains activistes, l'origine virale du Sida. Je formulerais de la façon suivante et la plus synthétique possible la théorie soutenue par l'auteur telle que je l'ai comprise :

"Le Sida résulte des conséquences immunitaires, biologiques et physiologiques et des maladies dérivées induites, liées à une carence aiguë et continue en certains nutriments essentiels, qui résultent de la capacité du virus HIV à mimer la synthèse de l'enzyme glutathion peroxidase et à s'approprier au détriment de l'organisme les nutriments nécessaires à la synthèse de cette enzyme".

Ainsi l'auteur conteste le dogme qui vise exclusivement à détruire le virus. L'approche nutritionnelle est selon lui un préalable indispensable au traitement et de surcroît elle est extraordinairement bien adaptée aux pays pauvres, compte tenu de son coût réduit et de ce que les carences alimentaires y jouent un rôle encore plus décisif que chez nous dans la mortalité liée au Sida.

L'auteur conteste cependant les théories antivirales développées par Dr. Peter Duesberg niant le lien entre HIV et SIDA. Les données épidémiologiques et géographiques apportées par Foster pour démontrer l'origine virale du Sida sont à

cet égard démonstratives et convaincantes même s'il ne s'intéresse qu'au HIV-1. L'auteur expose au passage de façon très claire et sans les caricaturer, les controverses initiées par divers théoriciens contestataires lors du sommet de Durban.

[*Gestion Santé* : Il manque néanmoins à ce passage et dans le reste de l'ouvrage un exposé un peu approfondi de la théorie virale sur le passage du singe à l'homme par le chimpanzé (via le virus SIVcpz) pour le HIV-1 et par le singe mangabé (*Cercocebus atys*) via le SIVsm pour le HIV-2. Le SIVcpz serait lui-même une recombinaison de virus de singes chassés par le chimpanzé qui se seraient recombinaisonnés il y a très longtemps pour donner le SIVcpz qui est relativement inoffensif pour le chimpanzé, peut-être suite à un processus d'adaptation biologique (lire à ce sujet l'intéressant article publié en mai 2002 in [Emerging Infectious Diseases](#).)]

Les termites dans les fondations

Dans le chapitre **Les termites dans les fondations** (p. 11), l'auteur expose 7 anomalies qui vont dans le sens de sa théorie et invalident le dogme de Durban. Nous allons résumer ces 7 points. Par soucis de clarté, nous donnons tout de suite après les explications de ces anomalies fournies par l'auteur plus loin dans l'ouvrage.

L'anomalie n°1 : La mortalité par allaitement. Diverses études montrent que les femmes allaitantes HIV positives non soignées ont une mortalité fortement augmentée. En particulier, dans une étude réalisée au Kenya, les mères ont une mortalité à deux ans multipliée par trois si elles allaitent leur enfant (versus nourriture artificielle) phénomène inexplicable par la théorie dominante.

Explication : L'allaitement carence plus rapidement la mère en nutriments essentiels.

Anomalie n°2 : Le sexe au Sénégal. La prostitution dans ce pays est extrêmement élevée et on y pratique la polygamie et le mariage à l'essai. Il en résulte un taux énorme de promiscuité sexuelle le plus souvent sans usage de préservatifs. Malgré cela la prévalence de l'infection au HIV y est extrêmement faible bien que le Sénégal soit situé géographiquement dans une région à haut risque pour le Sida et que le taux de contamination soient faramineux dans d'autres pays du continent ayant les mêmes facteurs de risques.

Explication : Les sols du Sénégal très riche en sélénium (Se) donnent des apports alimentaires très élevés en Se aux habitants. Par contre les pays durement frappés ont une carence en Se dans les sols.

Anomalie n°3 : La déficience en sélénium. L'auteur rappelle l'importance du suivi des cellules CD4 T comme indicateur d'évolution du Sida. Celles-ci sont réputées être détruites par le virus selon les théories officielles. Pourtant le taux de Se plasmatique

est un bien meilleur indicateur de risque de mortalité du Sida que le décompte des CD4 T !

Explication : La carence en Se est une des causes majeure de l'effondrement de l'immunité en induisant une carence en antioxydants dans les CD4 T.

Anomalie n°4 : Le sarcome de Kaposi. Il s'agit d'un cancer fortement lié au Sida dont les localisations dans l'organisme peuvent être des plus diverses et qui était une tumeur très rare avant l'apparition du Sida. Toutefois on s'aperçut dans les années 50 qu'il était un cancer relativement fréquent en Ouganda, donc avant l'épidémie de HIV, et qu'il y frappait souvent une population jeune. Les recherches approfondies menées sur le sarcome de Kaposi depuis l'apparition du Sida ont démontré qu'il nécessitait une infection préalable par le virus HHV8 de l'herpès, le HIV agissant également comme un cofacteur dont le rôle est mal défini. En effet le sarcome existait avant l'émergence du HIV. Ni le HHV8 ni le HIV, ni la conjonction des deux n'explique de façon tout à fait satisfaisante l'explosion du taux de sarcome qui semble liée à un autre facteur non identifié.

Explication : Tous ces virus se développent préférentiellement à l'occasion de carences en Se et ont donc tendance à se superposer chez les malades. Le sol de l'Ouganda est très pauvre en Se.

Anomalie n°5 : Pourquoi maintenant ? On sait que le virus HIV est passé du singe à l'homme par la chasse et la consommation alimentaire des singes en Afrique. La multiplicité des types de souche de HIV suggère que le passage et la mutation chez l'homme est facile et s'est produite à plusieurs reprises et de différentes façons. Or la chasse est une pratique traditionnelle et l'épidémie de Sida ne s'est produite qu'à la fin du XXe Siècle. Pourtant la traite esclavagiste qui s'est poursuivie du XVIe S au XIXeS a provoqué un gigantesque brassage de population similaire aux grands mouvements de population du XXe S et n'a pourtant pas provoqué d'épidémie de Sida alors qu'elle propageait d'autres maladies.

Explication : Les modes de culture modernes des sols, les pluies acides qui lessivent les sols en leurs oligo-éléments et l'altération des habitudes nutritionnelles créent des carences organiques qui favorisent le HIV au XXeS.

Anomalie n°6 : négligence paternelle. Le Dr Montagnier père du virus du Sida a montré en 1990 que l'antibiotique tétracycline protégeait remarquablement les cultures cellulaires infectées par le HIV. Cela l'a amené à postuler l'existence d'un cofacteur au Sida en l'occurrence un mycoplasma c.a.d. une structure intermédiaire entre le virus et la bactérie, la tétracycline traitant les pathologies liées à des mycoplasmas. Bien que les recherches du Dr Montagnier n'aient pas permis d'isoler le ou les mycoplasmas concernés, il semble convaincu de l'existence de cofacteurs et ne soutiendrait certainement pas tel quel la déclaration de Durban (mai bien sûr il croit toujours à l'existence du Sida et à son rôle essentiel dans la maladie). [*Gestion Santé* : les financements de ses recherches sur le Sida lui ont été brutalement retirés

lorsqu'il a voulu explorer l'hypothèse des mycoplasmes, ce qui l'a rendu, depuis, très prudent].

Explication : La carence en Se et autres nutriments essentiels favorisent le développement de pathologies infectieuses associées qui accélèrent et favorisent le passage en Sida déclaré.

[*Gestion Santé* : Pour une position récente sur ce sujet de Montagnier, on pourra lire cet article de la [revue THS de juin 2002](#) ou les mycoplasmas que Montagnier juge particulièrement suspects sont *M. fermentans*, *M. pirum*, *M. penetrans*. Selon lui "(...) un couplage physique et fonctionnel se forme entre le virus et le mycoplasme, chacun aidant la multiplication de l'autre." Par ailleurs, il semble "que des protéines de mycoplasmes sont incorporées dans l'enveloppe virale."

Les [mycoplasmas](#) sont des bactéries quasi dépourvues d'enveloppe cellulaire ayant probablement pour origine dans l'évolution des formes normales de bactéries. Les mycoplasmas peuvent se développer à l'extérieur ou à l'intérieur des cellules mais utilisent des stérols pré-formés des membranes cellulaires (dont fait partie le cholestérol) et d'autres nutriments ou constituants cellulaires des membranes cellulaires des hôtes infestés pour se reproduire de façon autonome (contrairement aux virus). Les membranes cellulaires deviennent donc plus fragiles et plus sensibles aux virus et autres pathogènes et par ailleurs comme le cholestérol est à l'origine de la fabrication d'hormones clés, notamment stéroïdes, il en résulte au niveau de l'équilibre général de l'organisme une dérégulation de l'axe hypothalamus - hypophyse - surrénal. Or celui-ci est [fréquemment perturbé dans l'infection à VIH](#). Le dérèglement pourrait être très augmenté si des mycoplasmas sont présents et cela pourrait provoquer entre autre effet une accélération de l'effondrement du système immunitaire par inhibition des dérivés hormonaux du cholestérol (la prégnenolone serait peut-être le meilleur produit à introduire en complémentation car il commande la production d'autres hormones).

Les mycoplasmas sont depuis quelques années soupçonnés d'intervenir dans de nombreux troubles comme le SIDA (il y a de nombreuses recherches sur ce sujet mais le grand public n'en est pas informé) mais aussi l'arthrite rhumatoïde et bien d'autres pathologies. Si vous vous documentez sur Internet sur les mycoplasmes vous tomberez rapidement sur la militarisation des mycoplasmes par la recherche US sur les armes biologiques qui remonterait à la 2e guerre mondiale. Ceux-ci auraient été répandus dans l'environnement par des tests militaires secrets contribuant à l'apparition et à la diffusion de souches particulièrement virulentes et contagieuses de mycoplasmes dans la population générale d'où l'apparition de nouvelles pathologies dégénératives à cette époque. Le [Dr Mercola](#), pour lequel j'ai beaucoup de respect, et qui traite depuis 1989 l'arthrite rhumatoïde comme une maladie à mycoplasme sur la base des recherches déjà anciennes du [Dr Brown](#), a par ex. mis en ligne en 2001 un article de [Donald W. Scott \(2e partie\)](#) sur cette question mais vous trouverez une foule d'articles intéressants en tapant par ex. "AIDS et mycoplasma" dans Google. Scott pense comme certains autres auteurs que le VIH sortirait des laboratoires biologiques militaires US. Je ne suis pas sûr que les faisceaux d'indices

qu'il avance et dont je ne peux vérifier la véracité permettent de se faire un avis sur la question. Il y a en tout cas là matière à des recherches complémentaires.

Par ailleurs, [les résultats d'un essai](#) publié en 2004, effectué en Tanzanie, dont on a un peu parlé à sa sortie, mais sans véritable réflexion théorique sur ses implications, montre que chez des enfants zambiens traités par le [cotrimoxazole](#), qui associe deux antibiotiques : triméthoprimine et sulfaméthoxazole, la mortalité à 19 mois a été réduite d'un incroyable 43% ! Ces chiffres sont difficilement explicables par la théorie dominante sur le VIH, même en tenant compte de l'importance des co-infections en Afrique. Il se trouve que le cotrimoxazole, antibiotique de la famille des sulfamides, est actif contre les mycoplasmes en particulier le *Mycoplasma pneumoniae*. Ces données semblent donc aller dans le sens des hypothèses du Dr Montagnier. La question de savoir si les mycoplasmes jouent un rôle important dans l'évolution de la maladie et à quel stade ils pourraient jouer ce rôle (dès le début ou tardivement) reste bien sûr ouverte, mais force est de constater qu'une fois de plus, dans ce domaine, la science académique a privilégié une approche idéologique des problèmes scientifiques au détriment d'approches ouvertes et créatives ouvrant largement l'angle d'approches des problèmes de santé à étudier.]

Anomalie n°7 : Les hémophiles et la séropositivité des conjoints. On connaît les scandales de santé publique qui ont amené la contamination de masse des hémophiles. Celle-ci a permis d'étudier le taux de contamination des conjoints avant que ne soit connu cette séropositivité de masse. Malgré la durée des contacts sexuels à risque la contamination des épouses est demeurée remarquablement faible sans que l'on sache l'expliquer.

Explication : Comme cela a été démontré sur d'autres virus Se dépendant, le risque de contamination par le HIV est très augmenté chez les personnes carencées en Se ET INVERSEMENT. Les épouses n'ayant pas de raison particulière d'être carencées en Se, la contamination est restée étonnamment faible malgré le risque de contamination sexuelle.

[*Gestion Santé* : Les taux de contamination homme - femme et femme - homme que j'ai pu consulter sont finalement "relativement" faibles [voir la [grille 2](#) dans le document ci-joint qui donne les pourcentages de risque par mille, par ex. "vaginal réceptif" de 0,3 à 0,7 pour mille] et varient aussi beaucoup avec le type de partenaire. Ces taux très faibles suffiraient d'ailleurs à expliquer pour l'essentiel la protection des partenaires sexuels des hémophiles. Mais d'un autre côté cela fait resurgir la question du pourquoi du caractère massif de l'épidémie dans de nombreux pays au vu de ces taux faibles de contamination. Outre la carence en Se qui pourrait augmenter fortement le risque de contamination en affaiblissant le système immunitaire, il semble que la politique de stérilisation des dispositifs médicaux, incroyablement déficiente dans de nombreux pays du tiers monde, pourrait avoir une responsabilité écrasante dans la propagation foudroyante de l'épidémie. Il s'agit d'un sujet tabou car parmi tous ces actes médicaux, les campagnes de vaccination très activement patronées par l'OMS pourraient avoir propagées massivement une foule de maladies dont le sida dans certains pays qui ont réutilisés massivement des seringues

incorrectement stérilisées notamment pour ce qui concerne l'émergence du SIDA à l'occasion de la grande campagne de vaccination internationale ayant permis l'éradication de la variole à la fin des années 70. Cette hypothèse paraît plus simple que celle d'un complot US pour exterminer les populations du tiers monde que nous évoquions ci-dessus (recherches de Scott) ! Cela correspond bien aussi au mode de diffusion du VIH et des hépatites par les toxicomanes (seringues usagées), par la transfusion et par les extraits de sang pour les hémophiles constatées en France et ailleurs. On notera qu'à l'inverse les pays africains très contaminés ayant eu récemment les meilleurs résultats dans la lutte contre le Sida auraient investis massivement dans l'asepsie (d'après ce que j'ai pu lire dans un article de la rubrique santé du Figaro courant 2004 pour ce dernier point).]

Le SIDA catastrophe majeure pour l'humanité

Suit au **chapitre 3** un bilan terrifiant du développement de l'épidémie de Sida et de son évolution attendue à l'avenir. Pour le Sida, les souches les plus récentes deviennent résistantes aux anti-rétroviraux. La résistance aux traitements explose aussi pour la tuberculose, la typhoïde, la syphilis, la pneumonie et diverses autres maladies liées au sida. La situation va encore empirer (par sélection de souches résistantes) lorsque tous ces traitements seront plus largement diffusés en Afrique et dans les pays en développement. Tout cela se conjugue avec la situation sanitaire désastreuse dans de nombreux pays.

Le chapitre 4 dresse quelques hypothèses pour l'avenir. En 2015 le sida sera, en souffrance cumulée par l'humanité, la plus grande catastrophe jamais vécue par l'homme, largement devant les 2 guerres mondiales. La compréhension de l'évolution et de la façon dont le HIV produit le sida demeure pour l'essentiel une énigme et cela a des conséquences majeures pour la définition de traitements efficaces. L'auteur évoque 8 hypothèses largement différentes sur les modalités de cette évolution et montre comment tout cela est incompatible avec le dogme de Durban.

Le talon d'achille selon la médecine académique et selon Foster

Le chapitre 5, Le talon d'achille rappelle l'intérêt de frapper l'adversaire à son point faible. Le HIV est malheureusement très résistant. Il appartient à la classe des rétrovirus dont les gènes sont composés d'ARN. Comme les autres virus il lui faut rentrer dans la cellule et en prendre le contrôle pour se reproduire. Les rétrovirus comme le HIV utilisent en sus l'enzyme reverse transcriptase pour transformer leur ARN en ADN et l'introduire dans les gènes de l'hôte. Le HIV fait partie du sous-groupe des rétrovirus appelé lentivirus souvent appelés virus lents. Ces virus s'attaquent au système immunitaire et déclenchent des symptômes similaires au sida.

Deux facteurs rendent le HIV difficile à éradiquer. C'est un virus très variable car sa réplication n'est pas auto-contrôlée et il subit donc des mutations permanentes lors de sa réplication qui rendent son repérage et sa destruction par le système immunitaire très difficile. Ensuite le virus infeste des cellules T au repos où le virus n'est pas repéré par le système immunitaire ni atteint par les agents antiviraux. D'autres virus ont cette capacité à demeurer indéfiniment dans l'organisme mais ils n'ont pas la propriété de créer des maladies qui s'aggravent sans cesse. Certes ces maladies peuvent rebondir à l'occasion d'un affaiblissement du système immunitaire mais n'ont rien de comparable au sida.

La réplication par l'enzyme reverse transcriptase est pour la médecine académique le premier talon d'achille du virus et beaucoup de drogues antivirales s'attaquent à cette étape du cycle vital du HIV (AZT, ddC, 3TC, ddI et d4T) en bloquant cette enzyme.

Le 2e talon c'est la phase d'assemblage du virus. Les éléments constitutifs d'enzymes et de protéines sont décomposés en petits fragments par l'enzyme virale protéase. Les inhibiteurs de la protéase sont utilisés à cette étape de la réplication virale. Ils incluent le saquinavir, le ritonavir, et l'indinavir. De nouvelles souches résistantes à ces médicaments se développent malheureusement rapidement.

Les exemples d'anomalies précitées font penser à l'auteur qu'il existe un autre talon d'achille qui n'est pas pris en compte par la médecine académique. Le Sénégal a un taux optimum de Se, calcium, magnésium et des taux très faibles de contaminants cancérigènes. D'où des taux de cancer et de sida extrêmement faibles. Le Se est très économique et très facile à apporter de diverses façons.

Le sélénium et l'enzyme glutathione peroxydase

Dans le **chapitre 6**, l'auteur rappelle que le chercheur Will Taylor, est le père de la théorie liant sur le plan de la biologie cellulaire HIV et Se et décrivant la compétition entre le HIV et l'organisme pour l'appropriation du Se. Rappel sur la géographie du Se et ses liens avec le HIV. Le taux bas de Se semble aussi favoriser la virulence [*Gestion Santé* : Phénomène également observé pour la [grippe](#)]. La virulence du Coxsackievirus semble aussi très liée à la carence en Se et il peut alors provoquer des dommages cardiaques importants. Quelques études pilotes amènent l'auteur à évoquer l'hypothèse très stimulante et malheureusement trop peu connue selon laquelle une carence en Se conjuguée à une contamination par le Coxsackievirus pourrait être une cause fréquente d'accidents cardiaques dans la population générale. Il en va de même chez les malades du sida.

L'auteur étudie d'autres virus et s'attarde sur le cas du virus Ebola sans doute le virus le plus Se dépendant existant et qui provoquerait une carence aiguë en Se en quelques jours seulement. Encore une hypothèse extrêmement féconde !

Au niveau de la thyroïde, l'enzyme de-iodinase transforme les T4 en T3 et est Se dépendante. Les T3 sont faibles chez les malades du Sida.

L'homologue de l'enzyme glutathione peroxidase (Gpx) utilisant le Se est intégrée dans le génome du HIV. Sa carence induit l'apoptose (mort cellulaire) des cellules CD4 T et un effondrement de l'immunité et réciproquement.

En matière de traitement, l'auteur conseille 400mcg de Se par jour pour le Sida et 200mcg pour la prévention des maladies virales et du cancer chez les personnes en bonne santé.

Une question accessoire mais fort intéressante est de savoir pourquoi le Se inhibe la réplication des virus et non l'inverse alors que le virus et Se dépendant et que le Se apporté devrait favoriser au contraire sa réplication (effet paradoxal). La réponse la plus probable est que cette disponibilité du Se pour le HIV est beaucoup moins grave que les conséquences du manque de Se pour l'organisme induite par sa réplication. En effet lorsque le Gpx reste à taux normal grâce à la complémentation en Se, le Gpx a un effet inhibiteur majeur sur l'enzyme reverse transcriptase du HIV. De plus, la compétition entre l'organisme et le HIV pour l'appropriation du Se induit progressivement chez l'hôte une carence aiguë en Gpx extrêmement néfaste pour l'organisme par stress oxydatif et elle entraîne de plus une paralysie progressive du fonctionnement du système immunitaire (Cf. section suivante). Enfin, comme évoqué plus haut, la carence en Se renforce la virulence et la mutabilité du HIV qui résulte du stress oxydatif induit par la carence en Gpx. A l'opposé, l'apport en Se diminue donc virulence et mutabilité.

[*Gestion Santé* : Ce dernier point rejoint peut-être la théorie extrêmement intéressante de [Claude Reiss](#), un biologiste qui a travaillé sur l'apport de fragments d'ARN pour traiter le SIDA, ces brins d'ARN peuvent être de deux types différents, soit favorisant un codage conforme du Sida par les ribosomes en inhibant la tendance naturelle du VIH à muter, ce qui fait que le système immunitaire arrive à le repérer et à le détruire, ce qui n'est pas le cas en temps normal, soit au contraire les ARN apportés peuvent viser à multiplier les erreurs de transcriptions pour le rendre inoffensif (brevet du CNRS malheureusement non évalué à ce jour du fait de l'inertie de cet organisme). Il est possible que les apports en Se et autres nutriments ralentissent aussi suffisamment la tendance naturelle du VIH à muter, ce qui donnerait le temps à l'organisme de l'identifier et de le détruire selon un processus d'autovaccination.]

Retour sur la définition du SIDA

L'auteur revient sur la définition scientifique récente du Sida tout à fait unique pour une maladie infectieuse puisqu'elle se réfère au taux de lymphocytes CD4 T et tout une batterie de co-indicateurs, ce qui suggère à nouveau que le HIV n'est pas à lui seul la cause du Sida. L'auteur rappelle que toute maladie infectieuse sévère

provoque une chute du taux plasmatique de Se (et de fer) suivi d'un rebond après la guérison. Il en va différemment des catégories de virus qui continuent à se reproduire indéfiniment et consomment beaucoup de Se comme le VIH. Les cellules CD4 T ont aussi besoin de sélénocystéine et la carence en Se inhibe leur production et affaiblit le système immunitaire et le rend vulnérable aux affections opportunistes qui dépriment à leur tour le taux de Se. Pour l'auteur on peut donc parler d'un cercle vicieux sélénium CD4 T qui tend à s'accélérer inexorablement par rétroaction positive. Ceci permet de comprendre et de confirmer la responsabilité du HIV dans le Sida via la perte de Se et de co-éléments de fabrication du Gpx et de comprendre la présence des cofacteurs liés aux maladies opportunistes elles-aussi correspondant souvent à des états carencés en Se ou d'autres cofacteurs du Gpx. Ceci permet de sortir des polémiques stériles entre médecine académiques et contestataires de la théorie officielle.

Pourquoi maintenant

La dévastation des forêts tropicales provoque la diffusion de nouveaux virus qui s'adaptent à un nouvel environnement. La population mondiale est largement carencée en Se, ce qui a un impact important sur les maladies infectieuses, en particulier celles liées aux rétrovirus, le cancer et les maladies cardiaques qui sont devenues les pandémies du XXI^e S. Les pluies acides, l'agriculture industrielles, les polluants de tous ordres concourent à la carence générale en Se. Aux USA le phénomène touche une grande partie des productions agricoles céréalières et est officiellement reconnu.

Beaucoup d'auteurs s'accordent à reconnaître que la population initiale dans lequel a diffusé le Sida avait un système immunitaire déficient résultant du style de vie et des infections qui affectaient cette population. Celles-ci induisaient des déficiences en Se et donc du système immunitaire. Le HIV se diffuse donc préférentiellement dans les régions pauvres en Se et dans des sous-fractions de la population ayant des facteurs de risque élevés soit de contamination soit de déficit du système immunitaire pour des raisons liées au déficit de Se.

L'utilité de l'acide aminé cystéine, de la glutamine, du tryptophan

Mis à part le Se, l'auteur étudie en détail le rôle très important de la cystéine, acide aminé clé qui est un élément constitutif du Gpx et que le HIV tend à éliminer de l'organisme. C'est un indicateur fort de mortalité future par Sida. L'auteur explique comment le HIV induit cette carence. D'une façon générale le HIV induit des carences graves en soufre et ce macro élément essentiel pour la synthèse de nombreux acides aminés doit être supplémenté. De même l'auteur examine le cas des acides aminés glutamine et tryptophan et de la vitamine B3 (la vitamine B3 étant

utilisée pour fabriquer le tryptophan, les carences en B3 et tryptophan sont étroitement liées).

Prévenir le SIDA

L'auteur fait un tour d'horizon des méthodes de préventions présentes ou futures proposées par les idéologies dominantes notamment médicale. L'auteur exprime notamment ses réserves à l'égard des espoirs concernant la vaccination. Il craint notamment la création de nouvelles souches de Sida induites par la vaccination. Il rappelle l'énorme travail de Edward Hooper "[The River](#)" qui a émis l'hypothèse que le Sida proviendrait des anciens vaccins oraux de la polio cultivés sur des reins de singes et qui ont en tout cas aboutis, sinon à la diffusion du Sida, au moins on en est maintenant sûr, à la diffusion massive de virus de singes chez plus de 100 millions de personnes vaccinées.

[*Gestion Santé* : par le [virus SV40](#) à partir des années 50, un facteur de promotion majeur des tumeurs cancéreuses pour lesquels les chercheurs ont toutes les peines du monde à obtenir des crédits de recherche compte tenu du tabou pesant sur l'origine de la contamination par les vaccins. Le virus SV40 est très résistant ce qui explique qu'il ait résisté aux techniques habituelles de filtration et de stérilisation, ce qui n'est pas le cas du VIH qui est très fragile, ce qui rend l'hypothèse de Hooper peu vraisemblable (mais l'ouvrage par ailleurs très fouillé est néanmoins une mine d'information diverses). Un autre auteur Léonard Horowitz a publié un ouvrage très documenté "La guerre des virus : sida et Ebola" proches des théories de Donald W. Scott sus évoquées. Sur la catastrophe sanitaire du SV40, la meilleure étude disponible est "[The Virus and the Vaccine](#)" de Debbie Bookchin et Jim Schumacher. Cet ouvrage accablant pour le comportement de l'establishment médical n'a précisons le rien de "conspirationiste"].

Les particularités du virus HIV qui lui permet de se coder dans l'ADN des cellules hôtes ainsi qu'à rester silencieux rendent problématiques et risquée la mise au point d'un vaccin qui pourrait provoquer des maladies auto-immunes. Il faut impérativement s'assurer si l'on peut vacciner sans risque les personnes déjà porteuse du VIH. Si ce n'est pas le cas, on peut imaginer la difficulté que cela va poser dans le tiers monde. Quid aussi des personnes infectées vaccinées qui vont mourir quand même ? Quid des personnes vaccinées qui vont être quand même contaminées si la protection n'est pas comme c'est probable de 100% ? Quid du relâchement des mesures de précaution ? Bien des effets pervers sont à attendre, de quoi provoquer très rapidement de graves suspicions dans les populations traitées... On risque ainsi de vacciner des centaines de millions de personne avec un vaccin développé de façon accélérée sans respect de toutes les règles de précaution avec des risques maximum de déclencher une nouvelle catastrophe sanitaire.

Evidemment la méthode de l'auteur d'augmenter les apports en Se est largement défendue. L'auteur se demande si le cas exceptionnel du Sénégal qui bénéficie

passivement de sa richesse en Se peut conduire à des politiques actives efficaces. C'est bien le cas en Chine où le virus Coxsackievirus responsable de la maladie de Keshan a été jugulé par une politique volontariste d'augmentation des apports en Se alimentaire. Les chercheurs chinois ont aussi montré que la supplémentation en Se inhibait tant la *diffusion* (par contamination) de l'hépatite B que la *gravité* de la maladie pour ce qui concerne l'hépatite B et C. Ces données sont très probablement transposables au HIV et il serait donc possible de mettre en place une politique de complémentation en Se et d'enrichissement des sols par des fertilisateurs, méthode particulièrement économique à mettre en œuvre. Malheureusement les apports journaliers recommandés de Se par les autorités sanitaires sont fixés beaucoup trop bas et ne correspondent pas aux données scientifiques. Outre son utilité préventive, la politique préconisée par l'auteur a aussi l'énorme avantage d'être également très utile pour les personnes déjà contaminées en limitant la gravité de la maladie et en retardant le passage en Sida déclaré.

Un traitement logique du SIDA

L'auteur après les précautions d'usage expose son traitement par la supplémentation en rappelant que celui-ci est, pour une efficacité maximum, à moduler en fonction des carences constatées chez le sujet, carences qui vont donc aussi varier dans le temps. L'auteur rappelle les différentes études cliniques portant sur les suppléments qu'il conseille (les différents constituants de l'enzyme Gpx) et qui confortent l'efficacité de son traitement. L'auteur examine ensuite différentes études sur les variations des taux plasmatiques de Se (et leur impact démontré sur la mortalité par cancer) ainsi que pour les autres nutriments qu'il recommande avec évidemment comme objectif de ramener les patients dans des taux plasmatiques élevés. D'autres nutriments co-facteurs de la synthèse des constituants du Gpx sont aussi examinés (les vitamines B9, B12 et B6 pour la synthèse des acides aminés soufrés, la vitamine C qui protège le Gpx, la N-acétyl cystéine acide aminé soufré majeur).

L'auteur fait l'éloge de la noix du Brésil, une nourriture traditionnelle des tribus locales, 2,3g de farine dégraissée apportant 200mcg de Se très assimilable (avec d'importantes variations possibles selon l'origine du produit). Elle apporte en sus de la cystéine, glutamine et du triptophane cofacteurs du Gpx. L'auteur fournit aussi des tables alimentaires très pratiques sur les différents aliments les plus intéressants pour leur apport en Se, Cystéine, Glutamine et Tryptophane.

Citant les travaux du chercheur et expert le Dr Taylor, l'auteur propose 400mcg de Se par jour pour les personnes ayant le HIV avec un apport même plus élevé de 800mcg chez les patients ayant un taux plasmatique initial bas, jusqu'à reconstitution des stocks, puis passage à 400mcg. Sont ensuite examinés selon la même logique l'intérêt d'une complémentation dans les autres éléments constitutifs du Gpx ainsi qu'en plusieurs cofacteurs minéraux et vitaminiques qui peuvent faciliter leur normalisation. A chaque fois sont examinés les différents dosages possibles et les contre-indications éventuelles.

En conclusion

Un livre très documenté et argumenté sur une théorie encore trop peu connue sur l'origine, la prévention et le traitement du Sida. Certes de nombreux auteurs alternatifs évoquent ici où là l'intérêt du Se ou de la prise de N-acetyl-cystéine et de vitamine C sur la base de recherches académiques, mais c'est la première fois que cet ensemble d'éléments est intégré dans une théorie générale du Sida qui de plus dépasse largement le problème du traitement médical pour embrasser des éléments provenant de différentes branches des sciences humaines parfaitement maîtrisées par l'auteur.

Par ailleurs il faut rappeler que après bien des hésitations et depuis plusieurs années la médecine académique propose une instauration relativement tardive des trithérapies (lire par ex. sur positif.org Q-R 2). Il est donc important que les patients qui s'intéressent en nombre de plus en plus grand à la supplémentation puisse avoir des informations sur une stratégie de supplémentation cohérente.

A lire donc absolument.

Peut-on conseiller d'autres nutriments en dehors de ceux proposés par Foster ?

Quelques réflexions de *Gestion Santé* pour finir sur les nutriments qui pourraient être intéressants d'apporter en sus de ceux évoqués par l'auteur. D'innombrables produits peuvent évidemment avoir un intérêt, mais je voudrais prolonger ici la stratégie de l'auteur d'une supplémentation ciblée aux produits essentiels en fonction d'une théorie cohérente de l'action du HIV et de ses co-facteurs sur l'organisme.

Notre idée serait de prolonger sur ce point la réflexion engagée à travers nos commentaires sur les mycoplasmas comme co-facteurs du SIDA. On sait que ceux-ci perturbent tout particulièrement le métabolisme du cholestérol et à partir de là la synthèse des hormones synthétisées à partir du cholestérol, ce qui dérègulerait l'axe hypothalamus - hypophyse - surrénalien. Cela rejoint la stratégie de supplémenter en DHEA que pratiquent certains patients en se basant sur le fait que les taux de DHA des personnes séropositives sont souvent très inférieurs à ceux attendus pour leur classe d'âge. Toutefois il me semble que si l'on se base sur le fait que la baisse de la DHEA provient de la dérégulation de la synthèse des hormones à partir du cholestérol, il serait plus logique de compléter avec l'hormone qui soit synthétisée directement à partir du cholestérol à savoir la pregnenolone qui est en amont des autres hormones (DHEA, progestérone, estrogène, testostérone et cortisol). Attention comme indiqué la pregnenolone et la DHEA sont des hormones. Ces produits ont le statut de supplément nutritionnels aux USA mais pas en France. Il est conseillé de doser la DHEA dans le sang pour ajuster la complémentation ([cela est possible aussi pour la pregnenolone](#) bien que cet examen soit moins courant).

Un autre nutriment qui me semblerait intéressant c'est l'iode (apportée sous forme de [solution de Lugol](#)) et pour deux raisons. D'une part, comme Foster l'a montré dans d'autres de ses articles, les carences en selenium et iode sont souvent liées, et la carence en iode pourrait aussi expliquer la faiblesse de la production de T3 par la thyroïde chez les malades du Sida. D'autre part l'iode est un désinfectant puissant qui agit sur les micro-organismes présent dans le sang lorsque celui-ci passe dans la thyroïde (cette fonction de désinfection du sang par la thyroïde est peu connue et on n'évoque en général que la production des hormones par cette glande). De plus il semble que l'iode soit très actif sur les mycoplasmas. L'iode pourrait probablement être actif sur tous les co-facteurs bactériens. Le [Dr Guy. E. Abraham](#) a récemment publié plusieurs articles intéressants sur la supplémentation en iode et explique pourquoi la solution de Lugol est la mieux adaptée à la supplémentation. Ces articles sont très intéressants mais les doses qu'il propose (13mg d'iode total par jour, voir plus) me paraissent vraiment élevées. Des doses de 1 à 2 mg par jour me paraîtraient plus raisonnable. Attention même ces dosages plus faibles correspondent à des doses de 10 fois supérieures à l'alimentation normale (qui apporte rarement plus de 100 à 200mcg d'iode) et je vous déconseille de les utiliser sans avis médical. De toute façon je crois que la solution de Lugol est devenu depuis peu un médicament disponible seulement sur ordonnance. Le site "[Pharmacie de Rocheville](#)" propose une page bien faite sur les besoins en iode, les apports recommandés et les limites de sécurité (l'article évoque 20mg ce qui est relativement élevé).

Sur l'iode à part les articles de Abraham je conseille aussi la page de [JCROWS.COM](#) sur l'utilisation ancienne de la solution de Lugol par le Dr Jarvis dans de nombreuses pathologies humaines et animales. Celui-ci a notamment utilisé la solution de Lugol pour lutter contre la brucellose (un mycoplasme particulièrement fréquent) chez les ruminants. La mastite de la vache évoquée dans l'article est également causée par un mycoplasme. C'est d'ailleurs ce qui m'a mis sur la piste de l'utilisation possible de l'iode pour lutter contre les mycoplasmes. Le Dr Jarvis conseillait 2 gouttes par semaine ce qui correspond à 1 ou 2 mg par jour d'après mes calculs. On trouve sur [cet autre site](#) des informations complémentaires sur la position des halogènes dans la table périodique des éléments.

Liste de tous les [livres du mois](#).

Retourner à la [liste des sujets](#) traités.

Sujets liés :

[Le site de Harold D. Foster](#)

Ce site est administré par Jacques Valentin. Tous les articles présentés ici ont pour but de vous inciter à une réflexion ouverte et critique. Je ne suis pas professionnel de santé. Les articles présentant des

médicaments, des compléments alimentaires, des aliments, des techniques de bien être et de santé n'ont pas pour but de vous inciter à les utiliser ou à les consommer, ni de se substituer à un avis médical autorisé! Les informations disponibles sur le site peuvent comporter des erreurs, des lacunes ou des omissions et ne visent pas à l'exhaustivité; merci d'en tenir compte lors de votre lecture. D'une façon générale, je ne peux que vous inciter à vous documenter, à prendre plusieurs avis et à faire preuve de retenue et de bon sens que ce soit en matière de médecine traditionnelle ou alternative et plus largement pour tout ce qui concerne la gestion de votre santé.

Contenu sous copyright © 2001 Jacques Valentin (ou autres auteurs suivant indications). Tous droits réservés. Aucune portion de ce site Web ne peut être copiée ou reproduite sans permission expresse. Questions et commentaires sont à adresser à gestionsante@caramail.com

Créé le 28/04/04. Dernière modification le 4/11/05.