

néosanté

Le sens des maux, les solutions bio

n°55

Revue internationale de santé globale

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

Avril 2016

DÉCODAGES

Acné juvénile
Coxarthrose
Hydrocéphalie
Claustrophobie

LE NEUROFEEDBACK DYNAMIQUE



Enquête sur une
technique très
prometteuse

NATURO PRATIQUE

La salive et l'urine
pour cicatriser

BIEN-ÊTRE

Le féminin sauvage

PALÉONUTRITION

L'ulcère d'estomac

Extraits



MICHEL ODENT

L'humanité va-t-elle survivre à la médecine ?

CHIMIO :

Ce qu'on ne vous dit jamais

- Ses fausses victoires et ses vrais échecs
- Sa toxicité et ses effets... cancérigènes
- Son coût prohibitif, la dictature des protocoles, les conflits d'intérêt, l'influence des labos, etc.



9 772295 935107

LE SOMMAIRE

N°55 avril 2016

SOMMAIRE

Éditorial	p 3
Santéchos	p 4
DOSSIER: Chimio, ce qu'on ne vous dit jamais	p 6
Extraits: Dr Michel Odent	p 14
CAHIER DÉCODAGES	
- L'hydrocéphalie	p 19
- L'acné juvénile	p 20
- La coarthrose	p 21
- Rubrique « Le plein de sens »	p 22
- Décodagenda	p 23
- L'ÉVIDENCE DU SENS	p 24
<i>La rubrique de Jean-Philippe Brébion</i>	
PRENDRE SOIN DE SA VIE : La chronique de Jean-Jacques Crèvecoeur	p 25
CAHIER RESSOURCES :	
- Avantage nature : se revitaliser	p 27
- Naturo pratique: cicatriser par la salive et l'urine	p 28
- Bon plan bien-être : rituels de la femme sauvage	p 29
- Espace livres	p 30
- Paléonutrition: les brûlures d'estomac	p 32
- Nutri-infos	p 33
- Outils	p 34
Article 95: Le neurofeedback dynamique	p 35
Abonnement : 7 formules au choix	p 39



NÉOSANTÉ
est une publication de Néosanté Éditions (Triadis Eko sprl)
Avenue de la Jonction, 64
1190 Bruxelles (Belgique)
Tél.: + 32 (0)2-345 04 78
Fax: +32 (0)2-345 85 44
E-mail: info@neosante.eu
Site: www.neosante.eu
N° d'entreprise: BE 0871 351 988
N° CPPAP: 1116 U 92531
ISSN: 2295-9351

Directeur de la publication & rédacteur en chef:
Yves Rasir

Journalistes:
Carine Anselme, Michel Manset,
Pryska Ducoeurjoly, Dina Turelle,
Emmanuel Duquoc

Corrections:
Ariane Dandoy

Abonnements:
secretariat@neosante.eu

Website & layout:
Siham Mrassi

Ont collaboré à ce numéro:
Bernard Tihon, Jean-Jacques Crèvecoeur,
Jean-Philippe Brébion, Yves Patte, Jean-Brice Thivent,
Dr Michel Odent

Photo de couverture: Deposit Photo

Impression: Dereume Printing (Drogenbos)

Afin d'arriver entre vos mains, notre revue est conditionnée avec soins par l'ASBL l'Ouvroir. Cette ETA offre, aux personnes en situation de handicap, une place active dans notre société.

NOTRE LIGNE ÉDITORIALE

Les Éditions Néosanté sont indépendantes de tout pouvoir politique ou financier et libres de toute attache avec un quelconque mouvement philosophique ou religieux. Ne bénéficiant ni de subsides ni de rentrées publicitaires, nous finançons nos activités avec le produit des abonnements, la vente de la revue au numéro et la commercialisation de livres compatibles avec notre approche de la santé. Celle-ci repose principalement sur les recherches du biologiste Henri Laborit et sur les découvertes du médecin Ryke Geerd Hamer, lesquels ont mis en lumière l'origine conflictuelle et le sens biologique des maladies. Selon ce nouveau paradigme médical, ces dernières ne sont pas des erreurs de la nature mais, au contraire, des solutions de survie déclenchées par le cerveau inconscient en réponse à des situations de stress. Avec les méthodes naturelles de prévention et les techniques thérapeutiques considérant l'être humain dans sa globalité, la divulgation de ce processus vital représente l'axe majeur de nos objectifs éditoriaux.



ÉDITO

NÉOSANTÉ PASTEURISÉ !

Moment délicat dans la vie du mensuel *Néosanté* : pour la première fois depuis sa création, j'ai failli censurer un article, celui de la rubrique Paléonutrition (page 32). Non pas que son titulaire ne soit plus à la hauteur : au contraire, Yves Patte est aujourd'hui considéré comme un des meilleurs spécialistes francophones du mode de vie et du régime paléo. En Belgique, les médias « mainstream » l'invitent régulièrement à défendre le sérieux et les fondements scientifiques de cette approche désormais en vogue. Comme il y a 5 ans, lorsque je lui ai demandé de rejoindre notre équipe, notre chroniqueur m'épate toujours par la rigueur et la pertinence de ses contributions. Il explique toujours de manière étayée comment une alimentation de type préhistorique peut participer au maintien de la santé et à la prévention des maladies, voire à l'accélération de leur guérison. Ce mois-ci encore – et c'est pour ça que je n'ai pas touché à son papier, il expose brillamment de quelle manière on peut éviter et soigner les ulcères d'estomac par des réglages alimentaires. Bien que l'origine des pathologies se situe à nos yeux dans le vécu psycho-émotionnel, nous pensons toutefois que la façon de se nourrir revêt une certaine importance. Et particulièrement lorsqu'il s'agit de troubles digestifs. Mais dans son introduction, Yves Patte s'écarte résolument de notre ligne éditoriale en attribuant la causalité des ulcères gastriques à la bactérie *Helicobacter pylori*. Je ne pouvais pas publier ça sans apporter quelques nuances.

Jetons d'abord un bref regard dans le rétroviseur : depuis le XIX^e siècle et un certain Louis Pasteur, la médecine occidentale est persuadée que la genèse des maladies infectieuses est imputable aux microbes qui les accompagnent. Et de fait, les apparentes victoires vaccinales, l'action réelle des antibiotiques et les bénéfices d'une hygiène minimale ont semblé conforter ce point de vue. La découverte des virus et celle du système immunitaire ont ensuite figé cette idée d'un corps humain évoluant dans un univers hostile peuplé de vilaines bêtes toujours prêtes à le prendre d'assaut et à déborder ses défenses. Malgré Claude Bernard soulignant le rôle du terrain et Antoine Béchamp démontrant le pléomorphisme bactérien, la vision pasteurienne d'une humanité en guerre contre le microcosme s'est finalement imposée à la surface de la terre. Pire : avec la progression des moyens de détection, la science a identifié des myriades de minuscules ennemis dont elle a, de surcroît, élargi le rayon de malfaisance bien au-delà des affections accompagnées de fièvre. De nos jours, on attribue une cause infectieuse à des maladies aussi diverses que le diabète et la dépression, la schizophrénie, l'autisme ou encore certains cancers. Cette manière de présenter les choses est toutefois contredite par les découvertes du Dr Ryke Geerd Hamer : oui, il y a toujours des camions rouges sur les lieux d'un incendie (on finira donc par en repérer dans chaque tissu malade), mais ce ne sont pas eux qui mettent le feu. Dans sa « quatrième loi biologique », la médecine nouvelle décrit un système ontogénétique où les micro-organismes (qu'ils proviennent de l'extérieur ou qu'ils soient générés de l'intérieur) manœuvrent toujours sur commande du cerveau dans le but (parfois vain, bien sûr) de réparer ce qui a été préalablement abîmé. Pour comprendre plus avant ce nouveau paradigme et mesurer à quel point il s'éloigne de l'ancien, je recommande encore et toujours le livre « *Pour en finir avec Pasteur* » du Dr Éric Ancelet^(*). Cet ouvrage décrypte excellemment l'erreur majeure consistant à présenter l'immunité comme un déploiement de forces militaires.

Revenons maintenant à la bactérie *Helicobacter pylori*, clouée au pilori jusque dans nos pages. Elle est tellement commune qu'on la retrouve chez 50% des êtres humains. On la dit responsable des ulcères gastro-duodénaux, mais seulement dans 80% des cas. Et chez l'immense majorité des personnes infectées, sa présence n'est synonyme d'aucun symptôme. Pacifique et léthargique le plus souvent, quel étrange assaillant que celui-là ! Sa présence fluctuante et son rôle exact dans l'ulcère de l'estomac s'expliquent beaucoup mieux par le paradigme hamérien et par sa deuxième loi, celle sur l'évolution biphasique des maladies. Comme par hasard, la bactérie est parfois dépistée lors d'une deuxième analyse, après un premier test négatif. Oui mais, m'a objecté Yves Patte, des études sur animaux auraient montré leur ulcération stomacale après inoculation de l'agresseur héliçoïdal. C'est sans doute vrai, mais ce type d'expérience équivaut à infliger un stress correspondant à l'effet recherché. Quel animal déjà stressé par sa détention ne trouverait pas indigeste de recevoir un gros paquet de bactéries dans la panse ? À notre estimé collaborateur, j'ai rappelé les travaux d'Henri Laborit, dont les rats torturés à l'électricité somatisaient seulement en l'absence de toute possibilité de lutte ou de fuite. Pas besoin de microbe pour déclencher un ulcère, et pas besoin d'un traitement biocide pour en guérir. Quand bien même *Helicobacter* ne serait pas toujours sympa avec les estomacs, c'est avec le ressenti d'être ulcéré que démarre le processus pathologique, et non par la faute du pompier suspecté de pyromanie. Que nos lecteurs nous pardonnent la très partielle et éphémère pasteurisation de ce numéro de *Néosanté*...

Yves RASIR

(*) Ouvrage disponible dans la médiathèque *Néosanté* (www.neosante.eu)

● Sport & cancer



Instrument de prévention du cancer et de ses récurrences, l'exercice physique pourrait aussi être un précieux allié une fois que la maladie s'est installée. Selon une récente étude animale réalisée à l'Université de Copenhague et publiée dans *Cell Metabolism*, le sport pourrait en effet réduire la taille des tumeurs déjà formées. Les souris qui avaient couru

dans leur cage présentaient une réduction de leur cancer au poumon d'environ 50% par rapport à celles qui étaient inactives. Selon les chercheurs, ce serait l'adrénaline libérée lors d'un effort intense qui aiderait les cellules NK (« natural killer ») à se déplacer jusqu'à la tumeur pour mieux la combattre. Pour appuyer leur théorie, les scientifiques ont administré de l'adrénaline à des animaux et constaté des effets similaires.

● Démence & médicaments

Abuser de médicaments destinés à réduire l'acidité de l'estomac, comme les inhibiteurs de la pompe à protons, mettrait le cerveau en danger. C'est du moins ce que rapportent des chercheurs allemands dans une étude publiée dans la revue médicale *JAMA Neurology*. Chez les personnes prenant ce type de médicaments au moins une fois tous les trois mois, il y a un risque de démence sénile majoré de 44% par rapport à celles qui n'en consomment jamais.

● Microbiote & inflammations intestinales

Des études précédentes avaient déjà mis en évidence l'existence d'un déséquilibre de la flore intestinale chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Mici), avec une augmentation de bactéries pro-inflammatoires et une diminution de bactéries anti-inflammatoires. Des chercheurs français ont voulu aller plus loin et faire la part de la composante fongique (champignons et levures) du microbiote chez les malades. Ils y ont trouvé un ratio plus important de *Basidiomycota/ascosmycota*, une proportion plus forte de *Candida albicans* et une présence plus faible de *Saccharomyces cerevisiae*. L'équipe du Dr Harry Sokol a également identifié des déséquilibres fongiques propres à certaines pathologies : ainsi, dans la maladie de Crohn, la diversité des champignons est augmentée relativement à celle des bactéries, ce qui n'est pas le cas dans la rectocolite hémorragique.

● Maladie de Lyme : coup de théâtre !

Renversement de situation : le site américain qui met en ligne les recommandations pour les professionnels de santé et les compagnies d'assurance, le National Guideline Clearinghouse, a retiré les recommandations qui prévalaient jusqu'à présent, celles de l'IDSA (Société américaine des maladies infectieuses), et les a remplacées par celles de l'ILADS, une association considérée naguère comme dissidente. Ça veut dire qu'outre-Atlantique, la tendance officielle est désormais à considérer que la maladie de Lyme peut revêtir une forme chronique, être causée par plusieurs familles de bactéries Borrelia, se transmettre facilement et être par conséquent grandement sous-diagnostiquée. Avec ce changement de consignes, il est donc hautement prévisible que le nombre de malades reconnus va grimper en flèche chez l'Oncle Sam, et par ricochet sur le vieux continent. Ce dont se félicitent déjà les associations de patients et leurs médecins militants, comme le Pr Christian Peronne. Tout profite pour l'industrie des antibiotiques qui ne devait plus espérer l'ouverture d'un tel marché...

● Les premières banques de selles

Pressentie il y a quatre mois à peine dans cette rubrique (*Néosanté n°51*), la création de « banque de selles » est déjà une réalité aux États-Unis, et une première en Europe vient de s'ouvrir aux Pays-Bas. Comme nous l'avions imaginé, cet organisme public a pour mission de récolter les excréments auprès de donneurs anonymes et non rémunérés, de congeler cette précieuse matière et de la répartir dans les hôpitaux pratiquant la transplantation fécale. Destinées aux personnes souffrant d'infections chroniques des intestins, ces « greffes » de microbiote se pratiquent de plus en plus couramment chez nos voisins néerlandais.

● Poussières & pesticides

L'ONG française *Génération Futures* a fait analyser une vingtaine d'échantillons de poussières prélevées dans des maisons situées à proximité de cultures (vignes, vergers, céréales). Verdict : entre 8 et 30 pesticides ont été détectés par habitation, avec une forte présence de ceux suspectés d'être des perturbateurs endocriniens. L'ONG précise que trois produits ont été retrouvés dans tous les échantillons et qu'une substance interdite depuis 2008, le diuron, a été mesurée dans 90% des habitations.

● Cadmium & ostéoporose

Une équipe suédoise a réalisé une étude chez 936 hommes âgés de 70 et 81 ans, avec pour objectif d'analyser les associations éventuelles entre une exposition au cadmium, la densité minérale osseuse (DMO) et le risque de fracture. Au bout de dix ans, ils ont trouvé un lien significatif entre la présence du métal lourd, une baisse de la DMO et les fractures ostéoporotiques non vertébrales. Cette corrélation se maintenait même chez les non-fumeurs, ce qui indique que l'exposition par l'alimentation représente déjà un risque pour la personne âgée.

● Les enfants perdent en endurance !

L'inactivité a largement progressé chez les enfants au cours des dernières décennies. « En 40 ans, nos collégiens ont perdu environ 25% de leur capacité physique », alerte le Pr François Carré, cardiologue au CHRU de Rennes et membre de la Fédération Française de Cardiologie. C'est-à-dire qu'ils courent moins vite et moins longtemps. » En 1971, un enfant courait 800 mètres en 3 minutes. Il lui faut aujourd'hui 4 min pour couvrir la même distance. Quand on sait que l'endurance est l'un des meilleurs marqueurs d'une bonne santé cardio-vasculaire, il serait temps de recommencer à bouger !

● Ostéopathie & lombalgies

Effectuée à l'Université de North Texas (États-Unis) et publiée dans *The Journal of The American Osteopathic Association*, une étude a porté sur 455 hommes et femmes souffrant de lombalgies depuis au moins trois mois. Ces patients ont subi six séances d'ostéopathie réparties sur huit semaines et leur état a été évalué un mois après la fin du traitement sur deux critères : la douleur et la mobilité. Des améliorations d'au moins 50% de ces deux paramètres ont été enregistrées dans la majorité des cas, et davantage encore parmi les personnes les plus handicapées au départ. « Les manipulations ostéopathiques devraient être envisagées avant toute démarche vers des interventions plus coûteuses et plus invasives » a commenté le responsable de la recherche.

ZOOM

ZIKA : ce qu'on ne vous dit même plus



Il fallait s'y attendre : quand elle trouve un virus émissaire, la médecine pasteurienne le charge de tous les péchés du monde. En quelques semaines, une avalanche de « preuves » a été récoltée pour incriminer le microbe dans toute une série de pathologies. Selon une étude parue dans *The Lancet*, Zika serait impliqué dans le déclenchement du syndrome de Guillain-Barré, une affection neurologique réversible mais pouvant entraîner une paralysie des membres et une atteinte respiratoire potentiellement mortelle. Selon une autre étude, publiée dans le *New England Journal of Medicine*, le virus serait bel et bien responsable de la flambée d'anomalies fœtales, notamment de microcéphalies, observée au Brésil. Ce que confirmerait également une recherche parue dans la revue *Cell Stem Cell* et qui indique que 90% de cellules neuronales infectées en laboratoire s'en trouvent endommagées.

Last but not least, ce diable de Zika pourrait aussi provoquer la myélite aiguë, une maladie de la moelle épinière susceptible de laisser des séquelles motrices. D'inoffensif accompagnateur de symptômes grippaux, le nouvel ennemi public n°1 est donc passé sans transition au statut de cruel malfaiteur doté de pouvoirs dévastateurs. Bien évidemment, l'industrie planche déjà sur un vaccin dont certains labos annoncent la mise au point imminente.

Ce qu'on ne vous dit même plus, c'est que le lien de causalité est encore loin d'être établi scientifiquement. Au moment de rédiger ces lignes, l'OMS ne s'est pas encore prononcée et les chercheurs concernés n'osent pas encore l'affirmer. Par exemple, les auteurs de l'étude sur les cellules cérébrales soulignent eux-mêmes que leurs éprouvettes contenaient des cellules transformées pour les rendre « progénitrices », et pas d'authentiques cellules souches neurales. Cela signifie que cette expérience in vitro pourrait ne pas du tout refléter les mécanismes réels in vivo. Quant à l'étude sur les anomalies fœtales, elle n'a porté que sur 88 femmes enceintes et n'a pu mettre en évidence que 4 cas de microcéphalie. Certes, il ressort des différents travaux que le Zika possède un « neurotropisme », c'est-à-dire une affinité pour le système nerveux. On l'a retrouvé dans le cerveau de fœtus et de bébés. Et alors, qu'est-ce que cela prouve ? Cela prouve une probable corrélation, mais pas un lien causal. Pour étayer ce dernier, encore faudrait-il expliquer pourquoi les précédentes épidémies (Afrique, Polynésie...) n'ont pas donné lieu à des pics de malformations congénitales. On va bien sûr nous raconter que le virus a sans doute muté, que l'agresseur est devenu plus agressif, ce qui dispensera d'enquêter sur d'autres suspects.

Car ce ne sont pas les candidats coupables qui manquent ! Le mois dernier, je vous parlais d'un nouveau vaccin introduit au Brésil, de moustiques mutants lâchés dans l'environnement et surtout du pyriproxifène, ce larvicide montré du doigt par des médecins argentins et brésiliens. Connue comme perturbateur endocrinien, ce produit est également soupçonné d'être tératogène. Mais c'est loin d'être le seul ! Dans le Tiers-Monde, on pulvérise toujours des pesticides de la famille des organophosphorés. Ces produits neurotoxiques sont interdits en Occident mais encore largement utilisés en Afrique et en Amérique du Sud. Or de nombreuses études – j'en ai plusieurs sous les yeux – démontrent qu'une exposition in utero perturbe le développement du cerveau et réduit très significativement le périmètre crânien. La microcéphalie est aussi une possible rançon de la pollution industrielle. Par exemple, l'Université d'Haifa, en Israël, vient de publier un article montrant qu'à proximité d'une usine pétrochimique, les bébés naissent avec une tête 20 à 30% plus petite que la moyenne. Et n'oublions pas la malnutrition ! Sur son blog, le journaliste américain John Rappoport a exhumé des reportages de presse remontant aux années 90 et décrivant l'apparition d'une sous-espèce humaine de « pygmées » microcéphales. Où ça ? On vous le donne en mille : au nord-est du Brésil, dans des familles de travailleurs agricoles se nourrissant essentiellement de farine de manioc. À l'époque, ces étranges « homens nanicos » (hommes nains) formaient jusqu'à 30% de la population environnant les grandes plantations. Auraient-ils disparu par magie, depuis qu'un virus cache-misère monopolise l'attention médiatique ?

Y.R.

● Les pédiatres américains mettent en garde contre le Gardasil



Un vaccin sûr, le Gardasil ? C'est ce que rabâchent les autorités de santé, mais ce n'est pas l'avis du Collège Américain des Pédiatres. Pourtant très favorable aux vaccinations, ce groupement professionnel vient en effet de tirer la sonnette d'alarme sur la toxicité du vaccin anti-HPV. L'association estime que celui-ci pourrait être associé « à de très rares mais

graves réactions comme l'insuffisance ovarienne prématurée ». Selon le Collège des pédiatres, la plupart des médecins généralistes ne sont pas au courant d'un lien possible avec cette maladie des ovaires ou avec l'aménorrhée prolongée (absence de règles). Or, aux États-Unis, 88% des rapports d'effets secondaires comprenant l'insuffisance ovarienne ont été imputés au seul Gardasil. Compte tenu que la notification est estimée 100 fois inférieure aux accidents réels, il pourrait y avoir eu 20 000 cas depuis l'introduction du vaccin il y a dix ans. (Source : *Natural News*)

● Des microbes bons pour le cœur

En agissant sur l'activité des bactéries intestinales, il est possible de réduire le risque cardio-vasculaire : c'est ce que vient de montrer une étude sur animal parue dans *Cell* et conduite à la Cleveland Clinic. (États-Unis). Les chercheurs ont élucidé le mécanisme par lequel certaines bactéries de l'intestin produisent un gaz, la triméthylamine, lorsqu'elles dévorent la choline alimentaire, un nutriment très présent dans les œufs et la viande. Ce gaz est ensuite métabolisé dans le foie pour produire de l'oxyde causant inflammation et athérosclérose. Mais en supplémentant les souris avec des huiles végétales, l'étude a permis de freiner ce processus. Voilà sans doute pourquoi le régime méditerranéen est si protecteur pour le cœur.

CHIMIO :

CE QU'ON NE VOUS DIT JAMAIS

DOSSIER

Par Anne Gourvès

Depuis plus de 70 ans, la chimiothérapie s'est imposée comme un dogme dans la médecine anticancer. Mais ne s'acharnerait-on pas à poursuivre dans une voie que certains jugent à la fois très toxique et peu efficace ? Contrairement à ce que disent les discours officiels, les bénéfices thérapeutiques de la chimio semblent en effet sujets à caution. Ses victoires seraient en bonne partie illusoire car la rémission n'est pas synonyme de guérison tandis que le taux de survie à 5 ans devrait son apparente progression à un dépistage de plus en plus précoce des tumeurs. À l'inverse de ce qu'on nous dit aussi, les nouvelles molécules ne seraient pas moins néfastes que les anciennes et leurs dégâts collatéraux seraient encore pires pour les patients. Certains traitements seraient même redoutablement cancérogènes ! En lisant ce dossier qui explore également la collusion entre les autorités de santé et l'industrie pharmaceutique, vous allez mieux comprendre ce qui se cache derrière l'obstination à privilégier la guerre chimique contre le cancer.

Depuis les années 1940, et jusqu'au début des années 1990, les molécules employées en chimiothérapie sont dites « cytotoxiques » (« susceptibles de détruire la cellule »). Elles sont utilisées pour détruire les cellules cancéreuses. Cette destruction passe notamment par l'arrêt de la division cellulaire devenue anarchique lors du processus tumoral. Malheureusement, les mécanismes de la division cellulaire sont identiques pour toutes les cellules, qu'elles soient saines ou tumorales, et ce sont, dès lors, toutes les cellules de l'organisme qui sont affectées par le traitement, à des degrés divers.

Fondée sur la toxicité

En effet, ce traitement, en s'attaquant aux cellules qui se reproduisent rapidement, atteint les cellules tumorales, mais aussi celles du tube digestif, celles qui sont à l'origine des cheveux et des poils, celles de la reproduction ou celles de la moelle osseuse qui fabriquent les globules rouges, blancs et les plaquettes. Cet effet cytotoxique, qui entraîne des effets secondaires redoutables, n'a pas empêché l'essor de la chimiothérapie, alors même qu'au début des années 1980, les essais cliniques ne montraient que peu d'efficacité sur les tumeurs solides¹. Les progrès de la chimiothérapie sont venus de nouvelles approches moléculaires et génétiques du cancer. Les réseaux de communication qui régulent l'activité de la cellule tumorale sont souvent altérés et constituent des cibles plus spécifiques pour les anticancéreux de nouvelle génération. Ce fut la découverte de cibles thérapeutiques comme des facteurs de croissance, des protéines spécifiques de la division cellulaire, des inducteurs de l'angiogenèse (formation de vaisseaux sanguins qui alimentent la tumeur)... Ainsi, les thérapies ciblées vinrent révolutionner la chimiothérapie... et révolutionner le secteur de la recherche sur le cancer.

Effet collatéral

Cette recherche, qui était une recherche à petit budget supportée par les gouvernements, est devenue la propriété d'une industrie multimilliardaire. Parmi les traitements ciblés, l'un des premiers médicaments fut le Glivec (mésylate d'imatinib), développé par le laboratoire Novartis, dont la molécule inhibe l'activité d'une enzyme, la tyrosine kinase, nécessaire au développement des globules blancs cancéreux. Quant à l'Avastin (bevacizumab), mis au point par les firmes Roche et Genentech, il bloque la croissance des vaisseaux sanguins alimentant la tumeur, et il est aujourd'hui l'une des molécules les plus commercialisées dans notre pays. Mais ces thérapies ciblées, supposées sauvegarder les cellules saines, sont loin d'être sans effets secondaires. Par exemple, l'Avastin présente, dans son cortège d'effets secondaires très fréquents, des toxicités cardiaques, pulmonaires et digestives, ainsi que des risques thrombo-emboliques². On estime qu'environ 80 % des thérapies ciblées présentent une toxicité cutanée notoire considérée comme l'un des effets secondaires les plus handicapants par les patients. Ainsi, si le terme « cytotoxique » a disparu de la définition des nouvelles molécules, elles n'en demeurent pas moins nocives. Maintenir une thérapie aussi toxique que la chimiothérapie sous-entend donc qu'elle doit apporter un véritable bénéfice aux malades, mais est-ce réellement le cas ?



Un flou bien entretenu

L'efficacité se mesure, pour les antibiotiques, lorsqu'il y a une guérison en cinq jours en moyenne. En matière de chimiothérapie, c'est lorsque le patient n'est pas décédé au bout de cinq ans, quel que soit par ailleurs l'état de santé dans lequel il se trouve. La confusion entre rémission et guérison est largement entretenue auprès du grand public. Sur des sites dits « officiels » comme celui de la Ligue contre le cancer, on peut lire qu'aujourd'hui les taux de guérison sont de 60 %³. Chacun peut ainsi penser qu'aujourd'hui, en France, 60 % des personnes atteintes d'un cancer en guérissent. En réalité, il s'agit d'un taux de rémission moyen à cinq ans après le diagnostic initial d'un cancer. Il existe de grandes variabilités de ce taux selon les cancers (de 93 % pour le mélanome de la peau à 5 % pour le cancer du foie⁴) et la disparité demeure importante selon les différents pays européens. Ceci s'expliquerait en partie, selon les sources officielles, par des dépistages trop tardifs dans certains pays et donc des cancers plus avancés et plus difficiles à traiter.

Une contribution minime

On peut donc définir l'efficacité de la chimiothérapie par sa contribution dans cette survie à cinq ans. Une étude australienne parue en 2004 dans la revue *Clinical Oncology*⁵ a semé le trouble en annonçant que la chimiothérapie contribue peu à la survie des patients atteints de cancer. Pour cette étude, les chercheurs ont rassemblé les données des registres du cancer en Australie et aux États-Unis de patients adultes diagnostiqués en 1998 pour des tumeurs solides. Ils ont ainsi analysé le cas de 72 964 patients en Australie et 154 971 aux États-Unis, répertoriant 22 types de cancers. Cette étude conclut que la chimiothérapie, seule, n'aurait permis la survie à cinq ans que

pour 2,3 % des patients australiens et 2,1 % des patients américains. Selon les auteurs, les autres patients encore en vie cinq ans après le diagnostic auraient bénéficié d'une prise en charge dans laquelle la chimiothérapie n'aurait joué qu'un rôle secondaire par rapport aux autres composantes du traitement (chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie, etc.). Cette étude a été remise en question par le site d'information médicale France Cancer, qui évoque l'existence de biais dans l'analyse des chercheurs australiens. France Cancer est un site réservé aux professionnels de santé et soutenu par Chugai Pharma, firme pharmaceutique qui a fusionné avec le laboratoire Roche (leader mondial sur le marché des anticancéreux) en 2002. Il est cependant difficile de se fier entièrement à une critique menée par une entreprise qui défend ses intérêts financiers.

Déterminer la cible

Quoi qu'il en soit, évaluer un traitement anticancéreux est une tâche très complexe, ne serait-ce que parce qu'on ne peut parler « du » cancer, mais « des » cancers⁶. Il s'agit non pas d'UNE maladie, mais d'un groupe de maladies très variées, y compris dans leur classification histologique⁷. La variabilité de comportement des cellules tumorales vis-à-vis de toute forme de chimiothérapie reflète bien la quantité de facteurs qu'il faut prendre en compte dans des études d'efficacité. Il faut évaluer le stade d'avancement du cancer (dépistage précoce ou non), le type de cancer (tumeurs solides ou non), la localisation du cancer, l'état de santé général du patient, s'il s'agit d'un cancer primaire ou secondaire, etc. Et il faudrait définir non pas UN taux d'efficacité, mais différents résultats en fonction de tous les critères évoqués.

Quant aux taux de mortalité tous cancers confondus, ils restent élevés malgré plus de 70 ans de chimiothérapie, et malgré une augmentation du taux de survie à cinq ans pour une grande partie d'entre eux. En 2012, en France, 148 000 personnes sont décédées de cette maladie, avec une augmentation de la mortalité de 11 % chez les hommes et de 20 % chez les femmes depuis 1980⁸. Si les thérapies ciblées s'annonçaient très prometteuses, il semble que les résultats ne sont pas à la hauteur des attentes. Le problème est que la plupart des principes actifs utilisés aujourd'hui, y compris les cytotoxiques, ont une activité thérapeutique trop restreinte pour de nombreux patients atteints de tumeurs solides⁹.

Les cibles des nouvelles thérapies ne sont pas présentes chez tous les patients. Le choix de telle ou telle thérapie nécessite de définir chaque tumeur par des marqueurs cellulaires spécifiques qui sont des cibles potentielles de médicaments. Ainsi, la mise en

Les thérapies ciblées, supposées sauvegarder les cellules saines, sont loin d'être sans effets secondaires. La chimio de nouvelle génération est même accusée d'accroître le risque de mortalité.

place de tests fiables permettant de définir des marqueurs moléculaires de chaque tumeur est l'un des challenges complexes de la recherche clinique.

Survivre au traitement

Face à la complexité de la mise au point des thérapies ciblées, à leurs cibles restreintes et leur toxicité non négligeable, on peut se demander quel est le bénéfice réel de ces chimiothérapies de nouvelle génération. L'Avastin, dont les ventes se sont chiffrées à quelque sept milliards de dollars en 2010, est même accusé d'accroître le risque de mortalité¹⁰. Le Dr Vishal Ranpura, du Stony Brook University Medical Center à New York (États-Unis), a conduit une analyse à partir des résultats de seize essais cliniques portant sur 10 217 patients atteints de diverses tumeurs cancéreuses à un stade avancé. L'incidence de décès chez les malades traités avec l'Avastin seul est de 2,5 %. Si l'Avastin est combiné avec des taxanes¹¹ comme le paclitaxel, le docétaxel ou des agents dérivés du platine, le risque de mortalité par hémorragies, neutropénie, perforations intestinales, embolie pulmonaire et accidents



vasculaires cérébraux est multiplié par 3,5¹². L'éditorial du journal scientifique international *JAMA (Journal of the American Medical Association)*, en 2011, soulève la question de savoir si cette molécule apporte de réels bénéfices dans le traitement de certains cancers.

La *Food and Drug Administration (FDA)* avait d'ailleurs annoncé en décembre 2011 le début du processus de retrait du marché de l'Avastin dans le traitement du cancer du sein en raison de son inefficacité et des risques présentés. Le fabricant avançait, pour les cancers du sein avec métastases, une prolongation de la vie de cinq mois et demi en moyenne. Ce qui ne s'est pas vérifié. Au contraire, des effets secondaires très indésirables ont été observés, notamment des hémorragies et des perforations gastro-intestinales¹³. En France, ce médicament est encore aujourd'hui numéro un des prescriptions d'anticancéreux. L'Avastin a représenté en 2012 plus de 21 % des parts de marché dans les prescriptions de chimiothérapie. Et les ventes ne vont

Certaines études montrent que les traitements de chimiothérapie contribuent largement à la croissance des tumeurs et à l'apparition de cancers secondaires, plus particulièrement chez les enfants.

certainement pas décroître malgré tous les effets secondaires graves, car le laboratoire Roche n'a apparemment pas coutume de se remettre en question. En effet, la revue *Prescrire* révélait dans son numéro du 1^{er} novembre 2012¹⁴ : « Une inspection de routine menée en 2012 pour le compte de l'Agence européenne des médicaments (EMA) a révélé que la firme Roche n'avait pas analysé ni transmis aux agences du médicament plus de 80 000 cas suspectés d'effets indésirables, dont plus de 15 000 chez des patients décédés. » Cette même revue conclut que « le discours des firmes pharmaceutiques sur leur rôle de "partenaires de santé" est en réalité très loin de leurs agissements ».

Chimiothérapie cancérogène

Si l'efficacité de la chimiothérapie s'avère limitée et qu'elle induit de nombreux effets secondaires, on ne s'attend tout de même pas à ce que le cancer lui-même fasse partie de ses effets secondaires ! Pourtant, une étude publiée en octobre 2014 dénonce le risque élevé de cancer du pancréas après le traitement du lymphome de Hodgkin par chimiothérapie ou par radiothérapie. Cette étude a été menée sur 19 882 patients diagnostiqués pour un lymphome de Hodgkin entre 1953 et 2003, tous traités pour ce lymphome et tous considérés comme « survivants »¹⁵. En 2002, l'augmentation des risques de cancer du poumon chez des personnes également traitées pour ce type de lymphome avait déjà été mise en avant¹⁶. De manière plus générale, une équipe de chercheurs a évalué les risques d'apparition de cancers secondaires chez les enfants et les adultes. Leurs résultats montrent que les traitements de chimiothérapie (et radiothérapie) contribuent largement à l'apparition de cancers secondaires, plus particulièrement chez les enfants « survivants » d'un premier cancer. Cette augmentation de cancers secondaires peut même dépasser les 20 %¹⁷. De plus, les types de cancers secondaires majoritaires induits par la chimiothérapie sont les cancers qui ont le plus fort taux de mortalité, comme les cancers du pancréas et les cancers du poumon.

Autre inquiétude : des chercheurs américains du *Fred Hutchinson Cancer Research Center* de Seattle ont démontré en 2012 que la chimiothérapie peut favoriser la croissance des tumeurs¹⁸ ! En effet, en endommageant les cellules saines, elle induit la production de la protéine WNT16B par ces mêmes cellules. Cette protéine active la survie et la croissance des cellules tumorales. C'est également cette protéine qui permet à la tumeur de devenir résistante à tout traitement ultérieur en modulant la réponse immunitaire¹⁹. Lorsque l'on parle de la survie à cinq ans des patients atteints de cancer, nous sommes donc en droit de nous demander si les survivants sont des survivants du cancer ou des survivants de la chimiothérapie. Pourquoi la chimiothérapie est-elle encore aujourd'hui le choix n° 1 de traitement du cancer ? Qui prend les décisions concernant les choix thérapeutiques ?

LES CHIMIOTHÉRAPIES et leur mode d'action

Le terme général de chimiothérapie comprend deux types de thérapies : les chimiothérapies cytotoxiques et les thérapies ciblées. La classification de leurs molécules s'effectue comme suit :

Chimiothérapies cytotoxiques :

- Les agents alkylants : ils se lient à l'ADN pour perturber sa réplication ainsi que la synthèse des protéines.
- Les inhibiteurs de topoisomérases : ils induisent des cassures de l'ADN en inhibant la fonction d'enzymes nécessaires à la réplication.
- Les antiméitotiques : ils perturbent le mécanisme de la division cellulaire.
- Les autres agents chimiothérapeutiques : certains antibiotiques, enzymes, dérivés de l'acide glutamique...

Thérapies ciblées :

Ces médicaments ont une action qui est ciblée sur un point précis du fonctionnement ou du développement des cellules tumorales.

- Les anticorps monoclonaux : le nom de la molécule a pour suffixe «-mab». Ils sont administrés par voie intraveineuse et dispensés en milieu hospitalier.
- Les inhibiteurs de tyrosine kinase et apparentés : le nom de la molécule a pour suffixe «-nib». Ils sont administrés par voie orale et délivrés en pharmacie.

Source : *Situation de la chimiothérapie des cancers en 2011. Collection Rapports & synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, juin 2012.*

Big Pharma derrière l'INCa

L'INCa, créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, coordonne pour l'état les actions de lutte contre le cancer. Il est constitué d'un groupement qui rassemble l'État, les grandes associations de lutte contre le cancer, les caisses d'assurance maladie, les organismes de recherche et les fédérations hospitalières. Il centralise toutes les informations et les décisions dans les domaines de prévention, dépistage, soins et recherche sur le cancer. Il organise les plans cancer (2003-2007, 2009-2013 et 2014-2019) et l'élaboration des protocoles standard de soins. Il constitue la source exclusive de l'information officielle en cancérologie donnée aux malades, aux professionnels de santé, aux chercheurs et à la population de manière générale. Bénéficiant d'un tel monopole scientifique, éducatif et décisionnel, il est normal de vouloir s'assurer de son éthique et de sa déontologie. Quelle est réellement l'indépendance de cette institution vis-à-vis de l'industrie du cancer ? Si l'on consulte les fiches de déclarations publiques d'intérêts (DPI) des membres des instances, des experts scientifiques ou membres de différents groupes de travail²⁰, on se demande où se trouvent les garanties d'indépendance. Les liens avec toutes les industries pharmaceutiques leaders sur le marché des anticancéreux sont clairement mentionnés.

Le Pr Agnès Buzyn, présidente de l'INCa depuis 2011, a également été membre du comité consultatif des laboratoires Bristol-Myers Squibb (BMS) et Novartis de 2008 à 2011, dont elle a perçu une rémunération. Elle a réalisé des symposiums rémunérés de 2005 à 2011 sur le Glivec pour le compte de Novartis et de même pour BMS. Elle a également reçu de ces laboratoires des rémunérations qui ont été versées à l'Association Robert-Debré pour la recherche médicale, association dont elle était membre en 2009 et 2010. Mais, bien sûr, aucune des industries pharmaceutiques reversant de l'argent de cette manière indirecte à l'Association Robert-Debré ne figure dans la liste des partenaires de cette association, laquelle a pour but d'améliorer



les conditions d'accueil et d'hospitalisation des enfants et des adolescents, mais aussi de financer des projets de recherche médicale... en demandant des dons aux particuliers. Le Pr François Sigaux, directeur de la recherche et de l'innovation à l'INCa depuis le 1^{er} septembre 2014, est membre du conseil scientifique de la société Néovacs SA, société française de biotechnologies spécialisée dans le développement de vaccins thérapeutiques (une voie qui fait partie de la lutte contre le cancer).

Le Pr Hervé Avet-Loiseau, lui, figure dans le groupe de travail « Cancer Info » dont le but est d'élaborer un guide à destination du grand public sur « la recherche en cancérologie ». Il est actuellement consultant rémunéré chez Janssen, Celgene et Onyx. Quant au Dr Bernard Poletto, qui apporte son expertise dans ce même groupe de travail, il est aussi secrétaire général d'Arcagy-Gineco, un groupe de recherche clinique académique spécialisé en cancérologie gynécologique. Ce groupe s'affiche comme indépendant et à but non lucratif... sauf que son partenaire principal n'est autre que le laboratoire Roche. On peut donc se demander quelle sera l'impartialité de ce groupe de travail « Cancer info » pour transmettre l'information auprès du grand public.

La liste continue

Parmi les experts scientifiques de l'INCa figure aussi le Pr Jean Navarro. Il est difficile d'imaginer que cet expert aura une vision objective sur la très intéressante publication de 2012²¹, qui démontre le lien entre la consommation de lait et le cancer de la prostate. Car le Pr Navarro était président de l'institut Danone de 2010 à 2012 et y est toujours membre du comité de pilotage²² ! Et quel regard le Pr Marie-Paule Vasson portera-t-elle sur cette même étude ? Elle est membre du groupe de travail « Actualisation des données scientifiques sur le lien entre nutrition et cancers », mais déclare un conflit d'intérêts avec Nestlé comme investigateur d'un essai clinique... Un autre expert « indépendant » de l'INCa, le Dr Silvia Novello a réalisé des études scientifiques pour le compte de Pfizer, Daiichi et Eli Lilly avec rémunération pour une organisation (non spécifiée) dont elle est membre. Quant à ses conférences, elles sont financées par Boehringer (conférence en mars 2014 à Genève sur le cancer du poumon) ou même par Novartis en 2013. On peut facilement imaginer qu'un laboratoire qui finance des conférences à destination des oncologues est très attentif au contenu de celles-ci. Dans le groupe de travail « Recommandations », l'indépendance des membres n'est pas non plus au rendez-vous. Le Dr Christine Bergeron élabore des recommandations aux professionnels de santé sur les conduites à tenir devant un frottis cervico-utérin anormal. Quelles peuvent être les recommandations d'une personne qui est membre rémunéré de la commission scientifique de Sanofi depuis 2008 ? Elle a aussi réalisé des études pour le compte de Roche qui, en échange, verse une rémunération pour le laboratoire Cerba, dont la directrice du département de pathologie n'est autre que Christine Bergeron ! Quant aux invités du conseil d'administration, ils ne sont pas plus indépendants : le Pr Bataille, par exemple, n'est autre que l'in-

vestisseur à hauteur de 30 % dans le capital de la société Myelomax, une société de biotechnologie impliquée dans le traitement des myélomes. L'ironie est que c'est le comité de déontologie et d'éthique de l'INCa qui s'occupe de contrôler toutes ces fiches de liens d'intérêts en spécifiant : « L'INCa se doit de garantir l'indépendance et l'impartialité des expertises. » Ce ne sont donc pas réellement l'INCa ou le ministère de la Santé en France qui détiennent le monopole des décisions en matière de cancérologie, mais bel et bien l'industrie pharmaceutique... et l'industrie pharmaceutique a-t-elle intérêt à guérir une maladie aussi rentable que le cancer ?

Un coût indécot

Lorsqu'on parle des coûts de la chimiothérapie, il faut comprendre que ce n'est qu'une partie du coût réel du traitement du cancer, puisqu'une chimiothérapie est rarement utilisée seule. En ce qui concerne les médicaments de chimiothérapie, les laboratoires Roche, Eli Lilly, Janssen et Sanofi se partagent une belle part du gâteau²³. Ils commercialisent les cinq molécules les plus vendues, qui représentent 72 % des dépenses de chimiothérapie. Ainsi, parmi plus d'une centaine de molécules de chimiothérapie à disposition, seulement dix représentent plus de 95 % des ventes. Les molécules du top cinq appartiennent toutes à la classe des thérapies ciblées, soit les plus chères. Ce sont même les médicaments les plus chers au monde, que ce soit dans les pharmacies ou à l'hôpital²⁴.

Et dans ce top 10 figure le Glivec, indiqué chez des patients atteints de leucémie myéloïde chronique. Les patients doivent prendre ce médicament à vie, pour la modique somme de 30 000 euros par an ! Tous ces produits sont remboursés à 100 % par la Sécurité sociale. Avec 355 350 nouveaux cas de cancer en 2012 (200 350 hommes et 155 004 femmes, chiffres INCa), le montant des remboursements effectués par l'Assurance maladie s'élève à plus de 1,6 milliard d'euros. Les médicaments anticancéreux représentent 30 % du marché des médicaments vendus à l'hôpital et 61 % des coûts proviennent des thérapies ciblées. C'est ainsi que la France se situe en tête des pays européens en matière de dépenses de médicaments de chimiothérapie et surtout de thérapies ciblées.

Les 6 et 7 novembre 2013, à Lyon, a eu lieu la 6^e édition des Rencontres de la cancérologie française. Le Pr Jean-Paul Vernant, hématologue à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière

à Paris et chargé du rapport de recommandations pour le troisième Plan cancer, y a dénoncé le « *prix scandaleusement élevé* » des molécules anticancéreuses : « *En une décennie, le prix des nouveaux médicaments anticancéreux a*

Quatre laboratoires commercialisent les cinq médicaments les plus vendus, lesquels représentent 72 % des dépenses de chimiothérapie. Pas étonnant que l'État et les associations subissent l'influence de l'industrie pharmaceutique.

pratiquement doublé, passant d'un coût moyen de 3 700 à 7 400 € par mois. Cette tendance risque de s'aggraver avec le développement de cette médecine dite "ciblée", qui va favoriser l'émergence de médicaments de "niche". » Depuis 2004, ce ne sont pas moins de 45 molécules de chimiothérapie qui ont été mises sur le marché, dont 22 en thérapie ciblée.

Dépistage ? On se frotte les mains

La chimiothérapie a encore de beaux jours devant elle. En effet, l'objectif n°1 du nouveau Plan cancer 2014-2019 est de favoriser des diagnostics plus précoces. Or, le dépistage est aussi un levier majeur d'augmentation du nombre de traitements inutiles, notamment pour les cancers du sein et de la prostate. En effet, si l'on prend l'exemple du dépistage organisé du cancer du sein, des études américaines, suédoises et norvégiennes suggèrent que la moitié ou plus des cancers détectés lors des dépistages auraient disparu tout seuls si l'on n'y avait pas touché²⁵. Une étude indépendante de



2012²⁶ démontre, en comparant des populations de femmes dépistées et non dépistées, que pour chaque décès évité, il y a trois surdiagnostics. Ces résultats ont été confortés en 2013 par une étude danoise indépendante dans la revue de la collaboration *Cochrane*²⁷, un réseau mondial indépendant de chercheurs, professionnels, patients, soignants et personnes intéressées par les questions de santé. L'analyse porte sur 7 essais incluant 600 000 femmes âgées de 39 à 74 ans ayant subi ou non des mammographies de dépistage. Cette étude montre que non seulement le dépistage ne réduit pas la mortalité par cancer du sein, mais qu'il induit des traitements inutiles chez des femmes en bonne santé. Sur 2 000 femmes dépistées à partir de 50 ans pendant dix ans, il y a 1 décès évité, 10 femmes surdiagnostiquées et traitées inutilement, et 200 femmes qui subiront le stress des résultats faussement positifs. L'utilité du dépistage organisé du cancer du sein est à nouveau remise en question en février 2014, dans le *British Medical Journal*²⁸, qui affiche clairement un surdiagnostic de 22 %. Les auteurs de cette étude estiment que « les politiques de dépistage par mammographies devraient être revues ». Mais ils ajoutent que ce n'est pas chose facile « parce que les gouvernements, les organismes de financement de la recherche, les chercheurs et les médecins peuvent avoir intérêt à poursuivre des activités qui sont bien établies ».

Malgré cela, en septembre 2013, le Dr Jérôme Viguier, directeur du département « Dépistage » de l'INCa, annonçait que la controverse était « scientifiquement réglée ». Selon lui, les dernières études montraient que les programmes de dépistage organisé avaient permis de réduire la mortalité par

Il n'y a plus de choix thérapeutique, seulement des protocoles imposés. Et l'inclusion systématique des patients dans les essais thérapeutiques permettent à Big Pharma de mettre sur le marché de nouvelles molécules très lucratives.

cancer du sein de 15 à 21 % et d'éviter 150 à 300 décès pour 10 000 femmes participant au dépistage pendant dix ans²⁹. En 2011, le Dr Viguier affirmait pourtant dans le quotidien *La Croix* : « *Le problème est que nous n'avons pas les moyens de faire la différence entre les cancers qui vont se développer et les autres. Et par sé-*

*curité, on préfère tous les traiter*³⁰. » C'est ainsi que les taux de survie à cinq ans pour le cancer du sein incluent des femmes qui ont été traitées (avec succès !) pour un cancer qu'elles n'avaient pas.

La corne d'abondance

En France, chaque année, c'est plus de 50 % de la population des femmes de plus de 50 ans qui se fait dépister. Plus de 48 000 nouveaux cas de cancers du sein sont estimés par l'INCa en 2012 grâce au dépistage de masse. Depuis la mise en place de ces dépistages à grande échelle, on note une augmentation non négligeable des chiffres annuels des cancers du sein et de la prostate (les plus nombreux en France). Ce qui n'est pas le cas dans les pays qui ne font pas de dépistage à grande échelle, comme le fait remarquer le Docteur Nicole Delépine, oncologue et pédiatre, ancienne directrice de l'unité d'oncologie pédiatrique de l'hôpital universitaire Raymond-Poincaré de Garches³¹.

Le dépistage du cancer du sein, organisé par les pouvoirs publics, est généralisé sur l'ensemble du territoire depuis 2004. À l'occasion d'Octobre rose, mois dédié au cancer du sein, l'INCa et le ministère de la Santé mettent en place une campagne d'information en partenariat avec l'Assurance maladie afin de sensibiliser les femmes aux bénéfices du dépistage. Si cette campagne semble a priori sans liens avec les industriels, l'analyse de quelques déclarations publiques d'intérêts (DPI) démontre encore une fois à quel point les leaders du marché des anticancéreux ont un intérêt notoire à maintenir les dépistages de masse. Le soutien le plus actif de la campagne rose est Europa Donna, la coalition européenne contre le cancer du sein. Europa Donna reçoit des subventions de l'Union européenne, mais a égale-



ment comme partenaires les firmes pharmaceutiques Eli Lilly, Novartis, Pfizer, Sanofi et Roche³². La présidente Nicole Zernik était d'ailleurs oratrice au Forum Santé publique organisé par Sanofi en 2013³³. Quant au conseil scientifique d'Europa Donna³⁴, ses onze membres sont loin d'être indépendants. Le Dr Anne de Roquancourt, anatomopathologiste à l'hôpital Saint-Louis à Paris, dans sa DPI de décembre 2011, était co-investigatrice dans une étude sur l'Herceptin en 2007, molécule mise au point par Roche dans le traitement du cancer du sein. Elle est également consultante comme experte de la glande mammaire pour la HAS (Haute Autorité de Santé), et experte scientifique à l'INCa. Elle était invitée comme auditrice par les laboratoires Roche au Carrefour d'anatomie pathologique en novembre 2011 avec frais de déplacement et hébergement financés par le laboratoire. Le Dr Anne Tardivon, radiologue à l'Institut Curie à Paris, qui apporte aussi son expertise à l'INCa, est membre du comité de relecture de rapports pour la HAS, et a également été financée par le laboratoire Roche en 2013 pour une conférence sur l'imagerie médicale. Quant au Pr Michel Marty, cancérologue à l'hôpital Saint-Louis à Paris, il est membre du conseil scientifique de l'INCa, président de la Société française du cancer et membre du comité scientifique de la Ligue. Il est également financé par l'ANSM en tant que membre du groupe de travail « Hémato-oncologie ». Et ses liens avec l'industrie pharmaceutique sont clairement mentionnés dans sa DPI d'août 2012 : consultant rémunéré de Celgene, Sanofi, Debiopharm, Pierre Fabre Oncologie, rémunéré également par le laboratoire Roche pour une étude clinique en 2013, pour des conférences en 2011 et 2012...

Ainsi, parmi les partenaires de la plate-forme Cancer Info de l'INCa, aucun laboratoire pharmaceutique n'est mentionné³⁵, mais parmi les 40 partenaires, dont Europa Donna, il est clair que les leaders mondiaux des anticancéreux sont tous présents. Malgré les controverses, le dépistage organisé sera bien l'objectif n°1 du nouveau Plan cancer sous l'influence de Big Pharma, ce qui devrait permettre d'accroître les ventes d'anticancéreux en augmentant les surdiagnostics.

Fin de la liberté thérapeutique

Face à l'alliance médico-politico-financière qui impose les ambitions d'une industrie pharmaceutique à tous les niveaux de la prise en charge des patients atteints de cancer, on peut se demander de quelle liberté thérapeutique disposent les praticiens en oncologie. Depuis 2003, l'INCa impose les protocoles de traitement à tous les centres publics et privés qui traitent les cancers, y compris les centres de radiothérapie libéraux. Tous les centres sont obligatoirement organisés en réseaux afin de bénéficier de l'accréditation de la HAS. Ces accréditations sont délivrées selon les critères d'agrément définis par l'INCa pour les principales thérapeutiques du cancer. Sans cette accréditation, il n'est pas possible de traiter un patient atteint de cancer. « *L'appartenance à un réseau de cancérologie constitue en outre l'une des conditions que doit satisfaire tout établissement de santé qui traite des ma-*

lades atteints de cancer, dans le cadre du dispositif des autorisations³⁶ ». Les « conditions transversales de qualité » constituent l'un des trois piliers du dispositif des autorisations. Comme noté sur le site de l'INCa : « Leur respect est donc obligatoire pour la pratique de la chirurgie des cancers, de la radiothérapie externe et pour la pratique de la chimiothérapie³⁷ ». Et ces conditions s'imposent dès le diagnostic initial. Dans ces conditions transversales de qualité figure le suivi des référentiels de bonne pratique clinique, c'est-à-dire que l'INCa indique au travers de ses directives « *le meilleur traitement pour une maladie donnée, à un stade donné* », comme mentionné sur leur site. L'INCa produit ainsi en partenariat avec la HAS toute une série de recommandations de bonnes pratiques pour les professionnels de santé, allant de la prévention et du diagnostic aux protocoles thérapeutiques, établis pour tous les types de cancer. Face à un tel système monopolistique, on peut se demander quel est le devenir de l'article R.4127-8 du Code de la santé publique sur la liberté de prescription : « *Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.* »

Automatisme de traitement

Il paraît évident que dans un tel contexte d'autoritarisme thérapeutique, peu d'oncologues oseront remettre en cause ces « bonnes pratiques imposées », au risque de perdre la sacro-sainte accréditation de la HAS. C'est ainsi que le service d'oncologie pédiatrique du Dr Nicole Delépine de Garches a fermé, l'été dernier, à l'occasion de son départ à la retraite, malgré le fort désir de toute l'équipe soignante de maintenir ce service. Depuis des années, le Dr Delépine ne respectait pas les recommandations nationales qui étaient de faire entrer presque tous les enfants atteints de cancer dans les essais thérapeutiques. Selon le Dr Delépine, il faut en premier lieu se fonder sur des traitements déjà éprouvés et connus comme efficaces avant de se lancer dans des essais cliniques. Elle dénonce aujourd'hui au travers de livres³⁸ et de conférences un automatisme de traitement où l'on a enlevé au médecin sa capacité de réflexion, de remise en question... et sa liberté de prescription. Aujourd'hui, ni le médecin ni les familles de malades n'imagineront que d'autres approches sont possibles. Il n'y a plus de choix thérapeutique, seulement un protocole imposé. Et l'inclusion systématique des patients dans les essais thérapeutiques permettra à Big Pharma de mettre sur le marché de nouvelles molécules qui rapporteront des milliards de dollars.

Dogme thérapeutique

À l'heure où l'industrie pharmaceutique subit de plein fouet des déremboursements de médicaments et des scandales comme celui du Mediator, le cancer reste une mine d'or, et la chimiothérapie, la panacée d'une entreprise multimilliardaire. Dans un monde de la pensée unique, Big Pharma impose via l'INCa les protocoles de chimiothérapie en bafouant la liberté thérapeutique. C'est tout l'organigramme de la lutte contre le cancer qui est sclérosé. Le lobbying pharmaceutique s'exerce à tous les niveaux, des institutions de santé aux organismes de recherche, en passant par les grandes associations de lutte contre le cancer. Ainsi, la Fondation ARC, qui a pour valeur « indépendance, responsabilité, intégrité » et qui siège à l'INCa, n'affiche apparemment aucun partenaire pharmaceutique sur son site Internet. Mais son partenaire scientifique principal, l'UICC, est une organisation (dont l'ARC et l'INCa sont membres eux-mêmes) qui a des liens d'intérêts avec les laboratoires Roche, Pfizer, Sanofi... Plus question de se demander si la chimiothérapie est le meilleur choix thérapeutique en oncologie : l'enjeu financier est tel qu'une remise en question n'est pas d'actualité. Les firmes pharmaceutiques ont ainsi imposé la chimiothérapie comme dogme thérapeutique dont l'efficacité ne se discute pas. Elles ont instauré un système de santé fondé sur l'autoritarisme où le médecin n'a d'autre choix que de suivre les recommandations imposées par l'INCa s'il veut continuer à trai-

Affaire Moulinier : quelle liberté de prescription ?



Lorsque le docteur Didier Moulinier, diplômé en cancérologie après une collaboration de deux ans avec le professeur Lucien Israël, s'est installé à Bordeaux en 1985, il ne se doutait pas que la pratique d'une médecine fondée sur la liberté de prescription serait aussi difficile. Le 25 juin 2012, le conseil régional de l'Ordre des médecins d'Aquitaine le condamne à un an d'interdiction d'exercer. C'est la deuxième condamnation après plus de vingt ans de persécutions incessantes de la Sécurité sociale et du conseil de l'Ordre. Ce jugement a été annulé par le Conseil d'État en octobre 2014, mais le docteur Moulinier sait que ce n'est qu'un sursis.

On lui reproche notamment de ne pas suivre à la lettre les protocoles définis par la Haute Autorité de santé (HAS) et d'avoir eu recours à des thérapeutiques complémentaires. Or, durant vingt-cinq ans d'exercice, il n'a jamais fait l'objet de la moindre plainte de ses patients, mais de dénonciations plus ou moins anonymes de confrères. Dans son blog, le docteur Moulinier dénonce un système de santé où règnent les conflits d'intérêts qui nuisent à la liberté de prescription et au patient : « *Il est bien évident que pour un médecin ou un chirurgien, il vaut mieux actuellement appliquer strictement les protocoles en cours, mis en place au demeurant par la HAS avec des membres qui ont dans la majorité des cas des prises d'intérêt avec les laboratoires plutôt que d'essayer de s'écarter de ces protocoles.* »

Pour tenter de maintenir sa liberté de prescription, le docteur Moulinier a décidé de sortir du secteur conventionné de la CPAM. D'ailleurs, comment faire autrement quand, entre autres choses, une consultation dure habituellement une heure ? De plus, comme il le souligne, « *tout médecin signataire de la convention médicale devient l'otage du pouvoir décisionnaire des médecins de caisse. Ainsi en cas de contestation par la CPAM de pratique médicale non conforme à leur vision de la médecine, outre une sanction disciplinaire de la part du conseil de l'Ordre, le médecin se verra dans l'obligation de rembourser de sa poche toutes les prescriptions contestées.* » Effectivement, le prix d'une certaine liberté est tel qu'il fait réfléchir !

ter des patients atteints de cancer. Si ce mode monopolistique convient à certains, d'autres médecins, y compris cancérologues, s'insurgent contre un système où le patient cancéreux n'est plus au centre décisionnel du choix thérapeutique. Dans sa lettre d'information du 23 avril 2015, le professeur Joyeux, chirurgien et cancérologue à l'Université de Montpellier, juge les chimiothérapies « *abusives et parfois même dangereuses*³⁹ ». Mais la remise en question du choix des axes de recherche est complexe. Les membres non scientifiques des autorités de santé n'ont pas les compétences nécessaires pour poser un regard critique sur l'aspect technique et médical des études réalisées sur les traitements en cours. Quant aux experts scientifiques, qui auraient toutes les compétences pour cette analyse, ils sont, pour la plu-

CLASSIFICATION des chimiothérapies

Une chimiothérapie est rarement utilisée seule. Différents termes sont utilisés pour caractériser le type de chimiothérapie. Elle peut être :

- néo-adjuvante : lorsqu'elle est pratiquée avant la chirurgie ou la radiothérapie dans le but de réduire la tumeur. La durée moyenne est de 3 à 5 mois ;
- adjuvante : lorsqu'elle est réalisée après la chirurgie dans le but de réduire le risque de métastases qui peuvent être induites par l'acte opératoire. Elle dure environ 5-6 mois ;
- concomitante : lorsqu'elle est associée à une radiothérapie dans le cas d'une tumeur inopérable ;
- palliative : lorsqu'elle est administrée seule dans le cas des cancers avancés, lorsque la tumeur est inopérable à cause de son invasion importante dans les tissus avoisinants. Elle peut durer de 3 mois à plus d'une année

part, liés à l'industrie pharmaceutique. Et les coûts des essais cliniques nécessaires pour la mise au point de nouvelles molécules en thérapie ciblée sont si énormes que tout gouvernement n'a d'autre choix, aujourd'hui, que de déléguer la totalité de la recherche médicale en oncologie aux firmes pharmaceutiques. Malheureusement, il n'est plus à démontrer que Big Pharma œuvre pour ses propres intérêts financiers au détriment de la santé publique. En France, même les traitements complémentaires qui ont fait leurs preuves, mais qui nuisent aux intérêts financiers des firmes pharmaceutiques, sont écartés de tout protocole de soins de chimiothérapie. Des médecins, des chercheurs sont même destitués de leurs fonctions pour avoir voulu « sortir du protocole standard officiel », alors que les patients montraient une amélioration de leur qualité de vie⁽¹⁾. Il devient urgent que le patient revienne au centre des prises de décisions médicales. Urgent aussi de refondre tout l'organigramme de lutte contre le cancer afin de garantir une réelle indépendance d'un système de soins aujourd'hui totalement formaté par l'industrie du cancer. Un tel système monopolistique fige l'espoir de réels progrès médicaux, empêche toute recherche médicale qui ne sert pas Big Pharma et nuit gravement à la santé des patients. Aujourd'hui, par leur manque d'indépendance, les autorités de santé condamnent l'exercice illégal de la guérison pour permettre l'exercice légal du lobbying pharmaceutique...

RÉFÉRENCES

- (1) « Chemotherapy and the war on cancer », Bruce A. CHABNER & Thomas G. ROBERTS, *Nature Reviews Cancer*, janvier 2005.
- (2) *Effets secondaires des thérapies ciblées*, Réseau Onco-Poitou-Charentes, association de coordination des acteurs de santé en oncologie, 01/09/2014.
- (3) *Le cancer, définition et chiffres*, http://www.ligue-cancer.net/article/9523_le-cancer-en-france
- (4) *Survie des personnes atteintes de cancer en France – 1989-2007*, rapport INCa février 2013.
- (5) « The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5-year survival in adult malignancies », MORGAN G., WARD R., BARTON M., *Clin. Oncol. (R. Coll.Radiol.)*. 2004 Dec;16(8):549-60.
- (6) « Chemotherapy and the war on cancer », *op.cit.*
- (7) L'histologie est la science qui traite de la structure des tissus et des cellules qui constituent les êtres vivants.
- (8) *Les cancers en France en 2014 : l'essentiel des faits et chiffres*, Institut national du cancer, février 2015.
- (9) « Chemotherapy and the war on cancer », *op.cit.*
- (10) « Treatment-Related Mortality With Bevacizumab in Cancer Patients ». Vishal RANPURA, Sanjaykumar Hapani, Shenhong Wu, *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 2011.
- (11) Le principal mécanisme d'action de la classe des taxanes est l'inhibition de la fonction des microtubules. Les microtubules sont essentiels pour la division cellulaire.
- (12) « Bevacizumab Treatment for Solid Tumors Boon or Bust ? », Daniel F. HAYES, *The Journal of*

the American Medical Association (JAMA). 2011.

- (13) « L'anticancéreux Avastin accusé d'accroître le risque de mortalité dans certains traitements », *Le Monde*, AFP, 02/02/2011.
- (14) « Pharmacovigilance : mission impossible pour les firmes », la revue *Prescrire*, novembre 2012.
- (15) « Pancreatic cancer risk after treatment of Hodgkin lymphoma », G. M. DORES *et al.*, *Annals of Oncology*, juillet 2014.
- (16) « Lung cancer following chemotherapy and radiotherapy for Hodgkin's disease », TRAVIS L. B. *et al.*, *The Journal of the National Cancer Institute*, février 2002.
- (17) « The rising incidence of second cancers: patterns of occurrence and identification of risk factors for children and adults », MORTON L. M. *et al.*, *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 2014.
- (18) « Treatment-induced damage to the tumor microenvironment promotes prostate cancer therapy resistance through WNT16B », Yu SUN *et al.*, *Nature Medicine*, juin 2012.
- (19) « WNT16B from Ovarian Fibroblasts Induces Differentiation of Regulatory T Cells through -Catenin Signal in Dendritic Cells », Cong-Cong SHEN *et al.*, *International Journal of Molecular Sciences*, juillet 2014.
- (20) Déontologie et transparence (DPI), sur le site de l'Institut national du cancer.
- (21) « Whole Milk Intake Is Associated with Prostate Cancer-Specific Mortality among U.S. Male Physicians », Yan SONG *et al.*, *The Journal of Nutrition*, décembre 2012.
- (22) Conseil d'administration de l'Institut Danone France, www.institutdanone.org
- (23) INCa chiffres anticancéreux (« Molécules anticancéreuses : dépenses et innovation ») <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/5-prise-en-charge/79-chimiotherapie/98-les-molécules-anticancéreuses-dépenses-et-innovation.html>.
- (24) « Les 10 médicaments qui coûtent le plus cher à la Sécu », Mélanie MAZIERE, *Le Quotidien du pharmacien*, 14 avril 2014.
- (25) « Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends », JØRGENSEN K. J., GÖTZSCHE P. C., *British Medical Journal*, 2009. « Natural history of breast cancers detected in the Swedish mammography screening program; a cohort study », ZAHL P. H., GÖTZSCHE P. C., MÆHLEN J., *Lancet Oncology*, octobre 2011.
- (26) *The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review*. Independent UK Panel on Breast Cancer Screening, MARMOT M. G. *et al.*, novembre 2012.
- (27) *Dépistage du cancer du sein par mammographie*, GÖTZSCHE P. C., JØRGENSEN K. J., Breast Cancer Group, 17 juin 2013, www.cochrane.org
- (28) « Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomized screening trial », Anthony B. MILLER, Claus WALL, *et al.* *British Medical Journal*, février 2014.
- (29) « Dépistage du cancer du sein : la mammographie remise en question », *Sciences et Avenir*, www.sciencesetavenir.fr, 18 février 2014.
- (30) « Des médecins dénoncent un surdiagnostic du cancer du sein », Pierre BIENVAULT, www.lacroix.com, 11 octobre 2011.
- (31) Conférence du Dr Nicole Delépine sur le cancer à Marseille le 6 décembre 2014.
- (32) Liste des partenaires d'Europa Donna France www.europadonna.fr/7.aspx?sr=5.
- (33) Liste des orateurs Sanofi sur www.sanofi.fr
- (34) Liste des membres du conseil d'administration sur www.europadonna.fr/3.aspx?sr=1
- (35) Liste des partenaires de l'INCa sur www.ecancer.fr/cancerinfo/ressources-utiles/nospartenaires.
- (36) Sur les réseaux régionaux de cancérologie de l'INCa, www.e-cancer.fr/soins/lastructure-de-loffre-de-soins/les-reseaux-regionaux-de-cancerologie
- (37) *Les autorisations de traitement du cancer*, sur www.e-cancer.fr
- (38) *Le Cancer, un fléau qui rapporte*, Michalon Éditeur, février 2013, et *Neuf petits lits sur le trottoir*, Fauves Éditions, novembre 2014.
- (39) *Dites-leur qu'il y a une autre médecine !* Professeur Henri JOYEUX, www.professeur-joyeux.com, 01/04/2015.
- (40) Voir notamment : « Qui osera réhabiliter Beljanski », Kim-Anh LIM, *Nexus* n° 96.

Docteur en génotoxicologie, **Anne Gourvès** (pseudonyme) travaille comme cadre dans l'industrie pharmaceutique. Cet article a été publié initialement par le magazine *Nexus* (dans son numéro 102 de janvier-février 2016), lequel nous a aimablement autorisé à le reproduire.

Infos : www.nexus.fr



FAITES UN GESTE POUR CEUX QUE VOUS AIMEZ !

Offrez un abonnement-cadeau à la revue **néosanté**

- au prix-cadeau de 40 € (48 CHF – 50 \$) pour la version papier
- ou de 32 € (40 CHF – 44 \$) pour la version numérique

Et recevez 3 mois gratuits sur votre propre abonnement

Si vous êtes abonné(e) à la revue **néosanté** vous pouvez gagner un prolongement de votre abonnement de 3 mois en offrant un abonnement annuel à l'un(e) de vos ami(e)s, parents ou connaissances.



Règlement

- 1) Ce cadeau est obligatoirement offert à une autre personne que vous-même (nom et adresse faisant foi)
- 2) Vous devez être déjà abonné(e) à la revue *Néosanté* et en règle d'abonnement à la date d'envoi du talon-ci-dessous
- 3) La personne à qui vous offrez l'abonnement ne peut pas être ou avoir déjà été abonnée à *Néosanté*.
- 4) Dès réception de votre paiement, le destinataire est averti de votre cadeau et votre abonnement est prolongé gratuitement de 3 mois.
- 5) Vous pouvez photocopier cette page et offrir autant d'abonnements que vous le désirez. Pour chaque abonnement offert, nous prolongeons le vôtre de 3 mois.

Remplissez le **TALON CI-DESSOUS EN LETTRES CAPITALES** et renvoyez-le à **Néosanté / Abokado – Avenue de la Jonction, 64 à 1190 Bruxelles (Belgique)** (de France, timbre à 95 centimes)

Fax: + 32 (0)2 345 85 44 - E-mail : info@neosante.eu



Je suis abonné(e) à la revue *Néosanté*

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

PAYS : E-mail :@.....

J'offre un **ABOKADO**

version papier au prix de 40 € (48 CHF – 50 \$)

version numérique au prix de 32 € (40 CHF – 44 \$)

à la personne suivante :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

PAYS : E-mail :@.....

Je paie la somme de (€, CHF, \$) (Biffez la mention inutile)

par chèque ci-joint à l'ordre de *Néosanté Éditions*

par virement bancaire sur le compte de *Néosanté Éditions*

IBAN: BE31 7310 1547 9555 Code Bic: KREDBEBB

par paiement électronique (Paypal ou carte de crédit) via le site www.neosante.eu

Je désire une facture. Mon n° de TVA est

Dr MICHEL ODENT

L'Humanité survivra-elle à la médecine ?

Âgé aujourd'hui de 85 ans, le célèbre chirurgien-obstétricien ne se repose pas encore sur ses lauriers de pionnier de l'accouchement naturel en maternité, de fondateur de l'écologie périnatale et de précurseur des recherches en « santé primale ». Il continue à jeter un regard critique sur sa discipline, dont il prophétise froidement qu'elle risque de rendre l'être humain totalement dépendant de la médecine moderne. Dans un nouveau livre (), il se demande même si l'Humanité pourra y survivre ! Débutant par une question candide – « Avons-nous besoin des sages-femmes ? » – cet ouvrage explique que leur présence n'a pas toujours été utile et que, de toute façon, la naissance par césarienne pourrait bientôt devenir la norme, avec toutes les conséquences funestes que cette « industrialisation de la naissance » implique. Avec l'aimable autorisation de son auteur, voici un extrait du livre où Michel Odent appelle à une urgente prise de conscience et à la mise en œuvre d'un avenir différent.*

EXTRAITS

Par Dr Michel Odent

Après avoir analysé les raisons pour lesquelles notre question peut être considérée comme stupide, et après avoir analysé les raisons pour lesquelles elle peut être considérée comme sensée, nous devons évoquer les raisons de penser que, de toute façon, il s'agit d'une question inutile et anachronique, puisque l'avenir est à la naissance par césarienne. Comme nous l'avons déjà souligné, il n'est pas encore fréquent de faire référence au concept de sélection naturelle à propos de l'être humain. Il est cependant indiscutable que la médecine moderne, et particulièrement l'obstétrique, ont neutralisé les lois de la sélection naturelle.

Il est indiscutable que la médecine moderne, et particulièrement l'obstétrique, ont neutralisé les lois de la sélection naturelle. Ces considérations rendent plausible une tendance irréversible vers des besoins accrus de césariennes.

Jusqu'à une époque récente, seules les femmes ayant tendance à accoucher facilement mettaient au monde beaucoup d'enfants sans prendre trop de risques pour leur propre vie. Aujourd'hui le nombre

d'enfants par femme dépend d'autres facteurs que la capacité d'accoucher. Ces considérations rendent plausible une tendance irréversible vers des besoins accrus de césariennes.

Vers une nouvelle compréhension de la normalité

Dans la mesure où le concept de sélection naturelle peut sembler purement théorique, nous aurons recours à des moyens plus acceptables pour transmettre la conviction que la césarienne peut devenir, dans un avenir prévisible, la façon « normale » de naître. L'un des moyens simples et rapides est d'analyser les graphiques démontrant la tendance continue vers des taux accrus de césariennes. Dans les pays développés, ces taux étaient de l'ordre de 2% au milieu du vingtième siècle. Ils sont aujourd'hui de l'ordre de 30% dans des pays représentatifs tels les USA, l'Allemagne, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Les taux de césariennes ont augmenté à des vitesses encore plus grandes dans des pays émergents tels la Chine et la plupart des pays latino-américains. En prenant

ces données comme point de départ, toutes les projections et extrapolations suggèrent que, à l'échelle planétaire, la voie abdominale sera la façon « normale » de naître pendant la deuxième moitié du vingt-et-unième siècle.

À part la profonde incompréhension culturelle de la physiologie de l'accouchement, ce tournant inspire de nombreuses interprétations. La première est que les avancées techniques ont rendu l'intervention infiniment plus rapide et plus facile, avec un minimum de risques. Quand j'ai fait mes premières césariennes au cours des années 1950, l'intervention durait environ une heure, et il fallait habituellement compenser les pertes sanguines par un ou deux flacons de sang. Aujourd'hui, grâce aux simplifications techniques introduites au cours des années 1990, la durée de l'opération est de l'ordre de 20 minutes et la perte de sang est considérablement réduite. Ajoutons que, dans la plupart des cas, l'anesthésie générale n'est plus nécessaire.

Il est indiscutable que, dans les hôpitaux modernes bien équipés et bien organisés, la césarienne a atteint un degré de sécurité impressionnant pour les praticiens de ma génération. Ceci est illustré par d'éloquentes statistiques. Dans un rapport concernant toutes les femmes qui ont accouché au Canada (à l'exception du Québec et de Manitoba) entre avril 1991 et mars 2005, 46 766 femmes ont accouché par césarienne programmée pour présentation du siège¹. Il n'y eut aucune mort maternelle dans ce groupe, alors qu'il y en a eu 41 parmi les 2 292 420 femmes qui avaient pour projet d'accoucher par les voies naturelles (la différence n'est pas statistiquement significative). Ces données sont utiles parce que les risques de morts maternelles en relation avec la césarienne sont difficiles à évaluer. Dans ce rapport, les indications des césariennes étaient indépendantes de la santé maternelle. Dans la plupart des statistiques, les risques sont trois ou quatre fois plus élevés après césariennes que dans les cas de naissance par voie vaginale. Mais ces statistiques sont trompeuses et doivent être interprétées, parce qu'une proportion comparativement élevée de femmes qui accouchent par césarienne ont des conditions pathologiques pré-existantes, des complications de grossesse et des complications d'accouchement associées à des risques accrus de mortalité.

Des évaluations ont même été publiées concernant les effets sur les statistiques périnatales de taux accrus de césariennes. Une

MICHEL ODENT



L'Humanité survivra-t-elle à la médecine ?



étude a tenu compte du fait que, parmi les 4 millions de naissances annuelles aux USA, environ trois millions ont lieu à 39 semaines ou après. Il a été calculé que si toutes les Américaines atteignant 39 semaines accouchaient par césarienne, plus de 9000 cas d'encéphalopathie néonatale seraient évités chaque année². Les statistiques du plus grand centre obstétrical de Shanghai aboutissent à des conclusions similaires. Parmi les 66 226 femmes qui ont mis au monde leur premier bébé dans ce centre entre 2007 et 2013, un quart a choisi de programmer une césarienne (seules les présentations avec tête du bébé normalement fléchie ont été prises en considération). Les risques d'encéphalopathie néonatale étaient 4,5 fois plus bas après césarienne à la demande de la mère qu'après projet d'accouchement par voie vaginale³.

D'autres raisons d'accroître les taux de césariennes sont suggérées par les résultats d'études épidémiologiques à long terme. Une étude chinoise publiée en 2010 en est un exemple. L'objectif était d'évaluer les risques de problèmes psychopathologiques de l'enfance en fonction de la façon de naître⁴. Cette énorme étude (plus de 4000 premiers bébés nés à terme) fut conduite dans une population du sud-est de la Chine où le taux de césariennes était de 56%. Trois groupes d'enfants furent impliqués. Les enfants du premier groupe étaient nés par voie vaginale sans forceps (ou ventouse). Ceux du deuxième groupe étaient nés par forceps (ou ventouse). Les enfants du troisième groupe étaient nés par césarienne programmée à la demande de la mère. Ces derniers, nés par césarienne avant que le travail ne commence, avaient les risques les plus faibles de problèmes psychopathologiques. Après prise en considération de nombreux facteurs associés, les différences restaient hautement significatives. L'une de mes interprétations est

que, dans le contexte de la Chine moderne, presque tous les enfants avaient probablement été exposés à l'ocytocine synthétique, à l'exception de ceux nés par césarienne avant le début du travail. Cette interprétation n'est pas inspirée par des données apportées par le contenu de l'article. Comme cela est habituel dans la littérature médicale, l'ocytocine synthétique n'y est pas mentionnée. Cela peut sembler paradoxal, puisque l'ocytocine synthétique est largement utilisée dans les pays développés et aussi dans les pays émergents. C'est l'intervention obstétricale la plus fréquente à l'échelle planétaire. Il y a jusqu'à présent un manque de recherche concernant les effets secondaires de cette composante de l'assistance pharmacologique pendant les différentes phases de l'accouchement, bien que des effets d'une grande diversité soient plausibles. Une nouvelle génération de recherches pourrait apporter de nouvelles raisons de préférer la césarienne en cours de travail à l'assistance pharmacologique prolongée. Cela pourrait avoir un impact significatif sur la façon de naître, particulièrement dans des pays – comme la France – où les taux de césariennes sont restés relativement stables, après plusieurs années d'augmentation spectaculaire. Ce sont des pays où l'assistance pharmacologique est très utilisée, sans que de probables effets secondaires à long terme ne soient pris en considération.

Il y a, par exemple, des raisons théoriques de tester l'hypothèse selon laquelle le recours à l'ocytocine synthétique pendant l'accouchement peut contribuer à expliquer la fréquence des difficultés d'allaitement et des arrêts prématurés d'allaitement.

Cette hypothèse a le soutien d'études épidémiologiques, telles des études filmées des effets de l'ocytocine sur les réflexes archaïques des nouveau-nés, et donc l'initiation de l'allaitement^{5,6,7,8}. La valeur de ces études préliminaires est limitée parce que, dans le contexte des pays développés, il est difficile de dissocier les effets de l'ocytocine synthétique des effets d'autres composantes de l'assistance pharmacologique pendant l'accouchement, en particulier l'anesthésie péridurale. C'est pourquoi j'ai suggéré que des études soient conduites dans des pays émergents où l'ocytocine synthétique est couramment utilisée alors qu'il n'y a pas de services de péridurales⁹.

Finalement, nous pouvons évoquer des questions sur une probable évolution de la capacité d'accoucher, sans avoir à faire référence aux lois de la sélection naturelle. Aujourd'hui, avec l'aide de l'épigénétique, il est facile de comprendre qu'une fonction physiologique peu utilisée a tendance à s'affaiblir de génération en génération. À l'ère de l'assistance pharmacologique et des techniques simplifiées de césarienne, le système de l'ocytocine représente un exemple typique de fonction physiologique de moins en moins utilisée : jusqu'à une époque récente, il était impossible de mettre au monde bébés et placentas sans une activation intense de ce système.

D'autre part, les praticiens qui, par habitude, s'enquerraient de la façon dont une femme est née, aboutissent à la conclusion qu'il y a des corrélations entre la façon dont une femme est née et la façon dont elle met au monde ses propres enfants. Bien entendu, il ne s'agit que de corrélations, et de nombreux facteurs sont impliqués. En d'autres termes, il y a des raisons de s'interroger sur la capacité d'accoucher dans l'espèce humaine après quelques décennies d'obstétrique industrialisée¹⁰.

Nous avons même des raisons de franchir un pas de plus et de

Il y a des raisons de s'interroger sur la capacité d'accoucher dans l'espèce humaine après quelques décennies d'obstétrique industrialisée. Nous avons même des raisons de nous demander si la capacité d'accoucher n'est pas déjà en train de s'affaiblir.



nous demander si la capacité d'accoucher n'est pas déjà en train de s'affaiblir. Une accumulation de données récentes suggère que d'autres facteurs qu'un environnement hospitalier inapproprié doivent être pris en considération pour expliquer les difficultés croissantes des accouchements modernes, puisque cette tendance est particulièrement significative en ce qui concerne les naissances à la maison. Les conclusions d'une étude américaine concernant deux cohortes séparées par un intervalle de 50 ans sont significatives¹. Les auteurs comparèrent un premier groupe de près de 40 000 naissances qui eurent lieu entre 1959 et 1966 et un second groupe de près de 100 000 naissances qui eurent lieu entre 2002 et 2008. Seuls les accouchements non déclenchés d'un seul enfant à terme se présentant par la tête ont été inclus dans l'étude. Après avoir pris en considération de nombreux facteurs, tels l'âge, la taille et le poids de la mère, il est apparu que la première phase de l'accouchement était considérablement plus longue dans le deuxième groupe. Elle était deux heures et demie plus longue dans le cas d'un premier bébé, et deux heures dans les autres cas. Pour les praticiens de ma génération, cette étude confirme une évidence. Elle justifie les questions que nous soulevons.

Signes préliminaires d'une nouvelle normalité

La tendance à considérer la césarienne comme la façon « normale » d'accoucher est déjà décelable. Il est significatif que beaucoup de femmes gynécologues-accoucheurs choisissent de mettre au

Des disciplines scientifiques émergentes, telles que l'épigénétique et la Primal Health Research, ont le pouvoir d'élargir nos horizons en nous obligeant à penser à long terme l'évolution de notre espèce.

monde leurs propres bébés par césarienne^{12,13}. Le concept de césarienne à la demande est une étape importante de notre histoire. Il est considéré comme acceptable

et est même encouragé par les organisations médicales les plus influentes. Il est aussi significatif que, dès 2003, le comité d'éthique d'ACOG (American College of Obstetrics and Gynecology) a publié un texte selon lequel la programmation de la césarienne n'est pas contraire à l'éthique. Un membre influent de cette organisation a ajouté que, selon lui, cela est une étape dans la direction où nous allons, et qu'avec l'amélioration des connaissances, cette attitude sera mieux acceptée¹⁴. À la même époque, en Grande-Bretagne, NICE (National Institute for Clinical Excellence) a émis des recommandations préliminaires établissant clairement que les médecins ne doivent pas refuser le droit à la césarienne à la demande, mais la raison pour la demande doit être analysée, enregistrée et discutée.

Césariennes avant le travail et césariennes en cours de travail

Quand la césarienne sera considérée comme une façon « normale » d'accoucher, les sujets de discussion seront déplacés. Les principales questions concerneront le moment de l'opération. Quel est le meilleur moment pour faire une césarienne ? Dans cette perspective, il y a trois sortes de césariennes : césariennes avant le travail, césariennes en cours de travail sans urgence et césariennes d'urgence. Il convient de reconsidérer les classifications habituelles, qui confondent d'une part césariennes programmées et césariennes avant le travail, et d'autre part césariennes en cours de travail et césariennes d'urgence : il est possible de programmer

une césarienne qui sera effectuée en cours de travail, et une césarienne en cours de travail peut être décidée et effectuée avant le stade de l'urgence.

Dans le contexte scientifique actuel, il convient aussi de reconsidérer les classifications habituelles concernant les façons de naître en général. Du point de vue du bébé, les principales différences sont entre les naissances par césarienne avant le début du travail et toutes les autres façons de naître, quelle que soit la route.

Il est facile de prévoir les possibles différences entre les bébés nés par césarienne avant le début du travail et tous les autres, et d'interpréter en particulier les risques de difficultés respiratoires, puisque nous savons aujourd'hui que les poumons du fœtus émettent des signaux qui participent à l'initiation de l'accouchement : le surfactant, protéine pulmonaire, joue le rôle d'hormone indiquant que les poumons du bébé sont assez matures pour résister à la transition entre la vie en milieu aquatique et la vie dans l'atmosphère¹⁵. Rappelons de plus le rôle des hormones de stress maternelles et fœtales dans la maturation des poumons du bébé. Il est bien connu que lorsqu'une naissance prématurée semble imminente, on injecte à la mère des analogues d'hormones de stress (corticostéroïdes) pour préparer les fonctions respiratoires. Le stress de l'accouchement va de pair avec la libération d'endorphines qui induisent la libération de prolactine. L'un des nombreux effets de la prolactine est de participer à la maturation des poumons¹⁶. Il importe de donner aussi une grande importance à la noradrénaline, hormone de stress fœtale, dont les rôles sont multiples, outre la protection contre le manque d'oxygène pendant les contractions utérines et la maturation pulmonaire.

Cela est le point important : les multiples effets négatifs de la privation de stress chez les bébés nés par césarienne avant le début du travail ont été jusqu'à présent sous-estimés. Il a été démontré, par exemple, que sous l'effet de l'adrénaline le sens de l'odorat a atteint un grand degré de maturité à la naissance chez les bébés nés par césarienne en cours de travail. Une expérience suédoise a consisté à exposer des bébés à une odeur spécifique pendant 30 minutes immédiatement après la naissance et ensuite à tester leur réponse à cette odeur (et à d'autres odeurs) à l'âge de trois ou quatre jours¹⁷. Puisque la concentration de noradrénaline avait été évaluée, il a été possible de conclure que la noradrénaline fœtale libérée pendant le travail joue un rôle dans la maturation de l'odorat. Nous devons souligner le rôle important du sens de l'odorat immédiatement après la naissance. J'avais déjà mentionné au cours des années 1970 que le sens de l'odorat est le principal guide vers le mamelon dans l'heure qui suit la naissance^{18,19}. Il a été démontré que c'est avant tout par le sens de l'odorat que le nouveau-né peut identifier sa mère (et, dans une certaine mesure, que la mère peut identifier son bébé).

Il y a eu récemment une accumulation de données suggérant que, dans la mesure du possible, il est préférable d'attendre le début du travail pour faire une césarienne. Des études dans l'espèce humaine ont révélé de nombreuses différences parmi les bébés en fonction du moment de la césarienne.

Parmi ces études, nous devons mentionner l'évaluation des concentrations d'adiponectine dans le sang du cordon chez des bébés en bonne santé nés à terme (l'adiponectine est une hormone métabolique impliquée en particulier dans le métabolisme des lipides). La concentration est significativement plus basse après césarienne effectuée avant le début du travail qu'après toutes les autres façons de naître, que ce soit par césarienne ou par les voies naturelles²⁰. Ces données suggèrent un mécanisme par lequel la privation de stress à la naissance pourrait être un facteur de risque pour l'obésité de l'enfance et de l'adolescence. Nous devons accorder aussi une grande importance à des don-

nées concernant le microbiome du lait. Il y a des différences significatives entre le lait de mères qui ont accouché par césarienne avant le début du travail et le lait de celles qui ont accouché par voie vaginale ou par césarienne en cours de travail²¹. Ces résultats suggèrent que la transmission microbienne peut être altérée par d'autres facteurs que l'intervention en elle-même. Des différences similaires ont été mises en évidence par une étude canadienne de la flore intestinale de bébés âgés de quatre mois²². Joanna Holbrook et son équipe, de Singapour, suggèrent des interprétations à ces données inattendues. Elles ont prélevé des échantillons de matières fécales chez 75 bébés aux âges de trois jours, de trois semaines, de trois mois et de six mois, et ont évalué le degré d'adiposité à 18 mois. Il est apparu que, à part la route par laquelle le bébé est né et l'exposition aux antibiotiques, un raccourcissement de la durée de la grossesse tend à retarder la maturation de la flore intestinale : une semaine de plus ou de moins dans la durée de la grossesse va de pair avec des différences hautement significatives. Une césarienne avant le travail associe tous les facteurs connus susceptibles de retarder la maturation de la flore intestinale. Cette étude est importante en révélant de plus qu'une maturation ralentie de la flore intestinale est un facteur de risque pour une adiposité accrue à l'âge de 18 mois²³.

Dans le cadre des études dans l'espèce humaine, nous devons inclure aussi des évaluations des concentrations de mélatonine dans le sang du cordon. Elles sont faibles après césariennes précédant le travail²⁴. C'est un point important parce que la mélatonine ('l'hormone de l'obscurité') a des propriétés protectrices par action anti-oxydante. De plus, cela confirme que 'l'hormone de l'obscurité' est impliquée dans le processus de l'accouchement. Il y a d'autres raisons pour lesquelles le rôle de la mélatonine pendant l'accouchement est d'actualité, à une époque où nous apprenons la synergie entre ses récepteurs utérins et les récepteurs à l'ocytocine.

En règle générale, un bébé né par césarienne avant le début du travail est physiologiquement différent des autres. Par exemple, les bébés nés avant le travail ont habituellement une température corporelle plus basse pendant les 90 minutes suivant la naissance²⁵.

Malgré des différences entre espèces, nous devons prendre sérieusement en considération des expérimentations animales suggérant que le stress de l'accouchement influence le développement du cerveau. C'est le cas d'études chez la souris démontrant que le processus de l'accouchement induit l'expression d'une protéine (uncoupled protein2) qui joue un rôle important dans le développement de l'hippocampe²⁶. Rappelons que, chez les humains, l'hippocampe est une composante majeure du système limbique. À propos de l'hippocampe, on a utilisé l'analogie du chef d'orchestre qui dirige l'activité de l'ensemble du cerveau. On a aussi utilisé l'analogie du GPS, qui renseigne sur notre position dans l'espace : la valeur des travaux de trois scientifiques qui ont étudié cette fonction particulière a été reconnue par l'attribution en 2014 du prix Nobel de physiologie et médecine. Mentionnons aussi des études chez le rat suggérant que les contractions utérines induites par l'ocytocine inversent les effets de l'important neurotransmetteur GABA, qui devient un agent inhibiteur²⁷. Si les contractions utérines agissent sur le système des neurotransmetteurs des rats, il est probable qu'il en soit de même dans notre espèce.

Cette vue d'ensemble des effets multiples de la privation en stress dans le cas d'une naissance sans travail suggère la conclusion que la césarienne idéale est effectuée pendant le travail, avant le stade de véritable urgence. Il est probable que, dans un avenir proche, d'autres raisons d'éviter les césariennes effectuées avant le travail

se préciseront. Il semble que le risque de placenta prævia n'est significativement accru que dans le cas d'une grossesse suivant une césarienne qui avait précédé le travail²⁸. Nous disposons déjà d'une accumulation de données confirmant les effets négatifs de cette sorte de césarienne sur l'allaitement, particulièrement à son début^{29,30}. Nous devons de plus garder à l'esprit que les césariennes d'urgence vont de pair avec de mauvaises statistiques à court terme, et aussi à long terme. Par exemple, selon une étude américaine, les femmes qui ont subi une césarienne à terme pendant la deuxième phase de l'accouchement ont par la suite des risques accrus d'accouchements prématurés (13,5%) par rapport à celles qui ont subi une césarienne pendant la première phase (2,3%)³¹.

Quand la nouvelle normalité sera établie, nous entrerons dans une phase radicalement nouvelle de l'histoire de la médecine. Une importante place sera donnée à d'inévitables nouvelles préoccupations. Par exemple, il deviendra habituel de chercher à compenser la privation microbienne d'un bébé né par voie abdominale dans l'environnement stérile d'une salle d'opération.

Et si... ?

Lorsque nous utilisons un langage rationnel pour expliquer que la césarienne pourrait devenir la façon « normale » de naître, de fréquentes réactions intuitives immédiates suggèrent que ce scénario est inacceptable. Jusqu'à présent, ces réactions sont avant tout subjectives. Qu'advient-il, dans un avenir proche, si ces réactions subjectives ont le soutien croissant de disciplines scientifiques émergentes à développement rapide ? Des disciplines telles la branche de l'épidémiologie que nous appelons « Primal Health Research », la bactériologie « métagénomique », l'épigénétique, plusieurs branches de la physiologie et de la biologie de l'évolution ont le pouvoir d'élargir nos horizons en nous obligeant à penser à long terme et à penser en termes de l'évolution de notre espèce. Si nous ajoutons que la physiologie moderne offre une nouvelle compréhension des besoins de base de la femme qui accouche, nous avons de sérieuses raisons d'envisager d'autres scénarios que celui qui semble jusqu'à présent le plus logique.

Le principal obstacle à une prise de conscience est la spécialisation. C'est ce qui rend nécessaire une perspective interdisciplinaire. Cependant, pour résumer ce que des disciplines en plein développement nous offrent, un point de départ est nécessaire. Ce point de départ, c'est "Primal Health Research", la branche de l'épidémiologie qui explore des corrélations entre ce qui se passe pendant « la période primale » et ce qui se passe plus tard en termes de santé et de traits de personnalité : la banque de données de "Primal Health Research" donne accès aux données publiées dans ce domaine.

Selon une douzaine d'études épidémiologiques de grande valeur scientifique, la période de la naissance est apparue comme critique pour l'interaction gènes-environnement dans le cas de l'autisme.

Les autres disciplines émergentes inspirent des interprétations et des théories. Une erreur fréquente est de « mettre la charrue avant les bœufs » et de commencer avec des théories. Les études des facteurs de risques de l'autisme offrent un exemple typique. Tout le monde a entendu parler de théories selon lesquelles certaines vaccinations de la prime enfance seraient des facteurs de risque pour l'autisme. Ces théories n'ont jamais eu l'aval de l'épidémiologie. En même temps, selon une douzaine



d'études épidémiologiques de grande valeur scientifique, la période de la naissance est apparue comme critique pour l'interaction gènes-environnement dans le cas de l'autisme. Ces données sont restées pendant longtemps ignorées. Les théories seraient-elles plus attrayantes que les faits ?

Après notre analyse des raisons pour lesquelles notre question peut être considérée comme stupide, ou sensée, ou inutile, nous osons prendre en considération de possibles façons de rompre le cercle vicieux... s'il n'est pas trop tard. À l'ère de l'Internet, les prises de conscience peuvent émerger et se répandre à des vitesses sans précédents.

(*) « *L'humanité survivra-t-elle à la médecine ?* », Michel Odent, Éditions Myriadis

RÉFÉRENCES

- (1) LIU S, LISTON RM, JOSEPH KS, et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ* 2007 ;176(4) :455-60.
- (2) HANKINS GD, CLARK SM, MUNN MB. Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise. *Semin Perinatol*. 2006 Oct;30(5):276-87
- (3) LIU X, LANDON MB, CHENG W, CHEN Y. Cesarean delivery on maternal request in China: what are the risks and benefits? *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Jan 29. pii: S0002-9378(15)00099-X. doi: 10.1016/j.ajog.2015.01.043. [Epub ahead of print]
- (4) LI H-T, YE R, ACHENBACH T, REN A, PEI L, ZHENG X, LIU J-M. Cesarean delivery on maternal request and childhood psychopathology: a retrospective cohort study in China. *BJOG* 2010; DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02762.x.
- (5) GONZALES-VALENZUELA MJ, GARCIA-FORTEA P, et al. Effects of oxytocin used during delivery on development : A retrospective cohort study. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2014;11:1-11 DOI: 10.1080/13803395.2014.926864.
- (6) GARCIA-FORTEA P, GONZÁLEZ-MESA E, BLASCO M, CAZORLA O, DELGADO-RÍOS M, GONZÁLEZ-VALENZUELA MJ. Oxytocin administered during labor and breast-feeding: a retrospective cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014 Jan 13. [Epub ahead of print].
- (7) OLZA FERNÁNDEZ I, MARÍN GABRIEL M, MALALANA MARTÍNEZ A, et al. Newborn feeding behaviour depressed by intrapartum oxytocin: a pilot study. *Acta Paediatr*. 2012 Jul;101(7):749-54. doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02668.x. Epub 2012 Apr 4.
- (8) Bell AF, White-Traut R, Rankin K. Fetal exposure to synthetic oxytocin and the relationship with prefeeding cues within one hour postbirth. *Early Hum Dev*. 2012 Oct 16. pii: S0378-3782(12)00239-3. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2012.09.017. [Epub ahead of print]
- (9) ODENT M. Synthetic oxytocin and breastfeeding: reasons for testing an hypothesis. *Medical Hypotheses* 2013;81 (5):889-891.
- (10) ODENT M. *Childbirth and the Future of Homo sapiens*. Pinter & Martin. London 2013.
- (11) LAUGHON SK, BRANCH DW, BEAVER J, ZHANG J. Changes in labor patterns over 50 years. *Am J Obstet Gynecol*. 2012 May;206(5):419.e1-9. Epub 2012 Mar 10.
- (12) AL-MUFTI R, MCCARTHY A, FISK NM. Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 73: 1-4.
- (13) Gabbe SG, Holzman GB. Obstetricians' choice of delivery. *Lancet* 2001; 357: 722.
- (14) ROB STEIN. Elective caesareans judged ethical. *The Washington Post*. October 31 2003. Page A32
- (15) CONDON JC1, JEYASURIA P, FAUST JM, MENDELSON CR. Surfactant protein secreted by the maturing mouse fetal lung acts as a hormone that signals the initiation of parturition. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2004 Apr 6;101(14):4978-83. Epub 2004 Mar 25.
- (16) HAUTH JC, PARKER CR Jr, MACDONALD PC, PORTER JC, JOHNSTON JM. A role of fetal prolactin in lung maturation. *Obstet Gynecol*. 1978 Jan;51(1):81-8.
- (17) VARENDI H, PORTER RH, WINBERG J. The effect of labor on olfactory exposure learning within the first postnatal hour. *Behav Neurosci*. 2002 Apr;116(2):206-11

International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, Rome 1977. London: Academic Press, 1977: 1117-19.

- (18) ODENT M. L'expression précoce du réflexe de foussement. In : *Les cahiers du nouveau-né* 1978 ; 1-2 : 169-185
- (20) HERMANSSON H. · HOPPU U. · ISOLAURI E. Elective Caesarean Section Is Associated with Low Adiponectin Levels in Cord Blood. *Neonatology* 2014;105:172-174 (DOI:10.1159/000357178).
- (21) CABRERA-RUBIO R, COLLADO MC, LAITINEN K, ET AL. The human milk microbiome changes over lactation and is shaped by maternal weight and mode of delivery. *Am J Clin Nutr*. 2012 Sep;96(3):544-51. doi: 10.3945/ajcn.112.037382. Epub 2012 Jul 25.
- (22) AZAD MB, KONYA T, MAUGHAM H, ET AL. Gut microbiota of healthy Canadian infants: profiles by mode of delivery and infant diet at 4 months. *CMAJ* February 11, 2013 cmaj.
- (23) DOGRA S, SAKWINSKA O, SOH S, NGOM-BRU C, BRÜCK WM, BERGER B, BRÜSSOW H, LEE YS, YAP F, CHONG Y, GODFREY KM, HOLBROOK JD. 2015. Dynamics of infant gut microbiota are influenced by delivery mode and gestational duration and are associated with subsequent adiposity. *mBio* 6(1):e02419-14. doi:10.1128/mBio.02419-14.
- (24) BAGCI S, BERNER AL, ET AL. Melatonin concentration in umbilical cord blood depends on mode of delivery. *Early Human development* 2012; 88(6):369-373.
- (25) CHRISTENSSON K, SILES C, ET AL. Lower body temperature in infants delivered by caesarean section than in vaginally delivered infants. *Acta Paediatr* 1993;82(2):128-31.
- (26) SIMON-ARECES J, DIETRICH M O, HERMES G, ET AL. Ucp2 Induced by Natural Birth Regulates Neuronal Differentiation of the Hippocampus and Related Adult Behavior. *PLoS ONE*; 2012; 7 (8): e42911 DOI: 10.1371/journal.pone.0042911
- (27) TYZIO, R, COSSART, R., KHALILOV, I., MINLEBAEV, M., HUBNER, C.A., REPRESA, A., BEN-ARI, Y, KHAZIPOV R. Maternal oxytocin triggers a transient inhibitory switch in GABA signaling in the fetal brain during delivery. *Science* 2006; 314: 1788-1792.
- (28) DOWNES KL, HINKLE SN, SJAARDA LA, ET AL. Prior Prelabor or Intrapartum Cesarean Delivery and Risk of Placenta Previa *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2015 [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(15\)00005-8](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(15)00005-8)
- (29) PRIOR E, SANTHAKUMARAN S, GALE S, ET AL. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr*. 2012 May;95(5):1113-35. doi: 10.3945/ajcn.111.030254. Epub 2012 Mar 28.
- (30) ZANARDO V, SAVONA V, CAVALLIN F, ET AL. Impaired lactation performance following elective delivery at term: role of maternal levels of cortisol and prolactin. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012 Sep;25(9):1595-8. doi: 10.3109/14767058.2011.648238. Epub 2012 Feb 6.
- (31) LEVINE LD, SAMMEL MD, HIRSBERG A, ET AL. Does stage of labor at time of cesarean affect risk of subsequent preterm birth? *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Sep 30. pii: S0002-9378(14)01020-5. doi: 10.1016/j.ajog.2014.09.035. [Epub ahead of print]

Responsable entre 1962 et 1985 des services de chirurgie et de maternité à l'hôpital de Pithiviers, le **Dr Michel Odent** a fondé à Londres le Primal Health Research Centre. Il a également créé la banque de données de recherche en santé primale (www.primalhealthresearch.com), ainsi que le site internet www.wombecology.com pour présenter l'écologie pré- et périnatale comme la forme la plus vitale d'écologie humaine. Conférencier, auteur d'articles scientifiques et, notamment, du premier article sur les piscines d'accouchement (*Lancet*, 1983) et du premier article sur l'initiation de l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance, il a en outre écrit 14 livres traduits en 22 langues.



(18) ODENT M. *The early expression of the rooting reflex*. Proceedings of the 5th In-

CAHIER DÉCODAGES

AVERTISSEMENTS

1. Le décodage apporte un regard neuf sur les maladies et leur sens biologique, psychologique ou symbolique. Cet éclairage nouveau peut vous aider, mais soignez-vous en accord avec votre médecin.
2. Les auteurs de ce cahier sont tous formés à la médecine nouvelle, à la biologie totale ou au décodage biologique des maladies. Leurs décodages peuvent cependant être divergents, voire contradictoires. Nul ne prétend détenir la vérité.



DÉCODAGE 253 L'HYDROCÉPHALIE ou une femme dans la tête

La maladie

L'hydrocéphalie se caractérise par une augmentation de la quantité de liquide céphalorachidien provoquant une dilatation des cavités de l'encéphale. Elle est presque toujours interne et elle fait gonfler les ventricules (cavités situées en profondeur dans l'encéphale), ce qui comprime les hémisphères cérébraux et déforme l'os du crâne. Il existe une forme externe chez les nourrissons, où il y a dilatation de l'espace entre les méninges. Elle survient le plus souvent aux quatre moments suivants : avant la naissance, à la naissance, chez le nourrisson ou chez l'enfant de 2 à 15 ans.

L'hydrocéphalie est généralement causée par un obstacle, par exemple une tumeur, qui empêche le liquide des ventricules de s'écouler normalement et de sortir vers les méninges. D'autres causes sont possibles : hypersécrétion des ventricules, défaut d'absorption des méninges ou une infection (méningite). La complication consiste en de l'hypertension intracrânienne qui est source de maux de tête et de vomissements. En plus du traitement de la cause, le traitement de l'hydrocéphalie peut nécessiter une dérivation ventriculaire chirurgicale : un cathéter fait communiquer les ventricules cérébraux avec le thorax ou l'abdomen et permet au liquide de s'écouler dans des régions où il sera résorbé.

L'étymologie

Le mot hydrocéphalie vient du grec « hudôr » = eau, et « kephalê » = tête. C'est donc la maladie d'avoir de l'eau dans la tête. Symboliquement, l'eau représente plusieurs choses qui sont des pistes de décodage pour comprendre pourquoi un enfant a tant d'eau dans la tête :

- le féminin, la femme, la féminité ;
- la vie, la fécondité ;

- le liquide amniotique, donc le ventre maternel ;
- la lenteur, l'enlèvement ;
- la destruction (raz-de-marée, tempêtes,...) ;
- le baptême, l'initiation primordiale (l'eau sur la tête).

Dans le cas d'une hydrocéphalie touchant un nouveau-né (jusqu'à un an), l'enfant s'imprégnant du stress parental comme un éponge et cherchant, biologiquement, à le solutionner, on recherchera principalement dans la vie des parents pendant les dix-huit mois qui ont précédé la naissance l'origine conflictuelle du problème, par exemple :

- le père avait une (autre) femme dans la tête ;
- ou c'était tout simplement sa mère à lui (au père) qui prenait toute la place, au détriment de la mère de l'enfant ;
- mémoire de stress dans le ventre maternel (coups,...), il faut conserver l'eau pour se protéger même après la naissance ;
- problème dans le choix du parrain ou plus encore de la marraine ;
- cela va trop vite dans la tête, au niveau des décisions, il faut ralentir ;
- toute mémoire de drame lié à l'eau (soit causé par l'eau soit solutionné par l'eau), impossibilité d'évacuer les eaux (par exemple, les égouts bouchés), peur de la noyade (que l'eau soit plus haute que le nez).

Le sens biologique

Le sens biologique principal découle déjà des pistes qui viennent d'être données à partir de l'étymologie.

En voici une autre donnée par Eduard Van den Bogaert : conflit de dévalorisation intellectuelle par rapport à la grand-mère paternelle qui n'a pas permis à son fils (donc au père) de s'incarner.

D'autre part, si l'origine de l'hydrocéphalie est une tumeur cérébrale, on s'intéressera au conflit biologique qui est en rapport avec le foyer de neurones concerné (à voir à partir d'un scanner cérébral). Selon le docteur Hamer, les tumeurs cérébrales sont l'expression de foyers en train de se réparer après la solution du conflit qui concerne ce foyer. Donc pas de panique, il s'agit d'attendre avant tout que la réparation se termine, en aidant au mieux la nature (repos, vitamine C,...) et de comprendre l'origine conflictuelle en recherchant dans le passé (pour un nouveau-né, toujours chez les parents dans les 18 mois avant la naissance), quel conflit a été actif puis solutionné (solutionné par le fait même d'avoir un enfant par exemple pour une femme qui était dévalorisée de ne pas être mère).

Enfin, comme pour toute maladie où un liquide est bloqué dans le corps ou est en trop grande quantité dans le corps, il est nécessaire d'envisager la présence de l'un des deux (ou des deux) conflits touchant les reins, qui peuvent provoquer cette rétention d'eau : soit un conflit par rapport à un liquide (synonyme de danger de mort) soit plus généralement le conflit d'anéantissement ou d'écroulement de l'existence, ce qui nécessite la solution des deux conflits (celui de l'hydrocéphalie et celui des reins) pour obtenir la guérison complète. Qui s'est écroulé(e), qui a été anéanti(e) dans les 18 mois avant la naissance ? Qui s'est senti(e) comme un poisson jeté sur la grève, comme un(e) réfugié(e), obligé(e) de bloquer tous les liquides dans son corps pour survivre dans l'attente que la septième vague puisse le (la) ramener dans son milieu d'origine ? Peut-être est-ce l'annonce de la conception de l'enfant qui a déclenché cela ? Allez savoir ce qui se passe parfois dans les familles...

Bernard Tihon

La maladie

L'acné est une dermatose due à l'inflammation des follicules pilo-sébacés. La forme la plus fréquente est l'acné juvénile, qui atteint beaucoup d'adolescents et guérit spontanément vers l'âge de 19 ans dans 90 % des cas, sans laisser de cicatrices. Il existe aussi l'acné rosacée qui touche la femme à la période de la ménopause. L'acné juvénile est due à des désordres hormonaux. À la puberté, la sécrétion sébacée, qui dépend des androgènes (hormones mâles) et des œstrogènes (hormones femelles), produits par la surrénale et les testicules ou ovaires, augmente de façon importante. Cette accumulation de substance grasse, à laquelle s'associe une hypersécrétion de kératine et une prolifération bactérienne, entraîne l'inflammation des follicules pilo-sébacés, ce qui survient essentiellement dans les zones de forte concentration de glandes sébacées (visage, cou, poitrine, dos).

L'étymologie

Le mot acné vient du grec « akmé » = pointe, efflorescence, sommet, maximum. Le mot français « acmé » a la même origine et il désigne la phase de la plus haute intensité. À la puberté, chez les jeunes hommes et les jeunes filles, les hormones sexuelles montent au plafond, elles sont à leur sommet, les hormones masculines chez les jeunes hommes et les hormones féminines chez les jeunes femmes. Mais elles ne peuvent en général pas s'exprimer tout de suite. Les désirs sont culpabilisés et frappés d'interdits. La logique de la pulsion sexuelle s'oppose aux règles sociales. Les jeunes, dans notre société occidentale, doivent attendre la fin d'une longue adolescence, pour prendre complètement leur place dans leur sexe. Alors qu'ils ont tout pour, ils ne peuvent l'utiliser. Cela crée une distorsion qui est à l'origine d'un conflit biologique. L'adolescent est capable biologiquement d'enfanter et de créer une famille, aussi de travailler, mais il ne peut pas le faire dans notre culture, il est condamné à une attente interminable que la société lui impose, de plus en plus longue vu l'allongement des études et le chômage des jeunes. Il faut retarder dans le temps, repousser à plus tard, mettre une distance spatio-temporelle : bref il faut devenir repoussant !

L'écoute du verbe

Acné = acte / naît = acte de naître. L'adolescence est comme une seconde naissance, au cours de laquelle le jeune se sépare encore plus de ses parents, et principalement sa mère, pour vivre sa vie suivant ses propres codes et règles. Mais dans la grande fragilité de ses pre-

miers pas, il a du mal à s'aimer et donc à avoir confiance en lui, particulièrement si le miroir lui renvoie une image boutonneuse de lui-même. Dans un premier temps, cette nouvelle naissance accouche donc plus d'un refus de soi que d'une évolution positive vers un accomplissement personnel. Il s'agit d'un cap à passer. Une étape identitaire. L'acné signe ce passage.

Le marquage de territoire des cervidés

Les animaux cervidés sécrètent avec leur tête des substances qui sont le signe de leur identité et ils marquent leur territoire en frottant leur tête et leurs joues sur les arbres, et cætera, histoire de dire : ici c'est chez moi. Appliqué aux humains et à l'acné, cela donne le conflit suivant : identité et marquage de territoire sexuels. Je veux être vu(e), remarqué(e) par les personnes de l'autre sexe. Je montre que j'ai des hormones, je montre que je peux avoir des rapports sexuels, que je suis mûr(e). C'est un message sexuel adressé aux autres. Je veux montrer aussi que je sais défendre et protéger ce territoire. L'acné est le signe d'affrontements avec les camarades de classe ou d'autres jeunes, d'où la nécessité de fabriquer plus de substance pour graisser la peau, une arme défensive utilisée par les gladiateurs romains pour faire face à leurs agresseurs. C'est la guerre du sexe. On veut à la fois attirer et se protéger. On a besoin d'être regardé, mais pas n'importe comment.

Le sens biologique

Étant donné que l'acné touche le derme de la peau à la limite de l'hypoderme, elle correspond à un double conflit de souillure et de dévalorisation esthétique. Il s'agit de petits conflits répétitifs de souillure du visage pubertaire dans une tonalité de dévalorisation esthétique dans la représentation de l'adolescent(e), à son propre regard ou au regard de l'autre, en particulier dans son projet de relation amoureuse. Léger conflit de souillure à connotation sexuelle en relation avec ce que les autres perçoivent de moi. L'acné se manifeste à l'endroit crucial qui exacerbe ce conflit : le visage. Les manifestations les plus importantes de la maladie ont lieu après les brèves solutions du conflit. Il se crée ensuite un cercle vicieux car la maladie elle-même entraîne le conflit de la maladie (plus j'ai des boutons sur le visage, plus je me trouve moche et incapable de plaire), un conflit verrouillant qui multiplie les floraisons sur la peau.

À partir de 11 ans, l'adolescent doit faire un deuil : il perd son image corporelle juvénile. Son corps se transforme fondamentalement, et son visage aussi. Conflit de silhouette cen-

tré sur le visage : je ne reconnais plus mon image. Donc il est particulièrement à la recherche de sa nouvelle image dans le regard des autres, il est fort sensible aux jugements négatifs, qu'il transforme de suite en auto-jugements. Il doit faire le deuil de son état antérieur mais, vu la longueur de l'adolescence, il ne peut pas directement accéder à l'état suivant, il se retrouve dans un *no man's land*, ce qui crée un état de mal-être et explique pourquoi c'est une période si difficile à vivre. Le sens de la maladie est aussi de créer une sorte de crème de jour naturelle, qui protège le jeune des regards et réflexions des autres, pour que cela glisse sur lui, pour être à la fois plus souple et imperméable, et mieux se défendre contre les corps étrangers.

Le conflit peut avoir été programmé dès la naissance, si l'un des parents, par exemple le père pour une petite fille, voulait un enfant de l'autre sexe, un garçon. C'est le drame du premier regard négatif du père, qui restera gravé longtemps dans la mémoire inconsciente de l'enfant. Le père veut un garçon, il attend, il se réjouit, il accourt, et puis patatras, c'est une fille, donc il rejette ce visage féminin. Conflit de ne pas plaire et de se présenter mal. Pour la petite, être une femme est le signe d'une dévalorisation et d'une souillure. Plus tard ce conflit sera réveillé par la montée en flèche des hormones sexuelles féminines lors de l'adolescence.

La guérison

La pilule contraceptive est considérée par la médecine comme pouvant favoriser l'arrêt de l'acné juvénile des jeunes femmes. Ce n'est pas étonnant vu son action sur les hormones. Elle est aussi le signe que l'on peut franchir l'étape de l'adolescence, quitter l'enfance et devenir femme.

D'une manière générale, l'acné s'en va après 18 ans lorsque le jeune est parvenu à exprimer sa pulsion sexuelle et à se rassurer sur son potentiel de séduction. Des solutions pratiques sont proposées par certains thérapeutes pour accélérer ce processus :

- ôter tous les miroirs de la maison ;
- mettre l'adolescent(e) devant une vitre teintée qui fait office de miroir gommant les boutons, pour qu'il(elle) voie son visage dans son ensemble, le reconnaisse comme étant beau et ne focalise plus son attention sur les boutons, bref qu'il(elle) se dissocie de sa maladie.

Je ne suis plus « le boutonneux », je suis moi, jeune et beau, même si j'ai temporairement des boutons sur le visage.

Bernard Tihon

Pour beaucoup de personnes âgées, l'opération avec pose de prothèse constitue le seul espoir de guérison pour leur permettre d'échapper au handicap de la coxarthrose et à l'impotence qu'elle génère. N'y a-t-il pas une autre piste qui permettrait de comprendre, et donc d'éviter, ce dysfonctionnement ?

Buffles et rugbymen

Quand deux buffles sont encornés dans le marais, dans un combat où chacun essaie de faire reculer l'autre, c'est dans l'articulation du fémur et de la hanche que se trouve toute la force qui permet de s'opposer à l'avancée de l'autre. Celui qui se sent plus faible a donc besoin d'un programme biologique de survie exceptionnel lui permettant de ne pas reculer. C'est un peu la même chose au rugby, lorsqu'il y a une mêlée et que chaque équipe pousse un maximum avec les jambes pour ne pas céder un pouce de terrain.

La maladie

La coxarthrose, ou arthrose de la hanche, est un rhumatisme chronique, d'évolution lente, qui n'est pas d'origine inflammatoire, mais est une dégénérescence des articulations, avec déformation et impotence. C'est l'affection la plus fréquente de la hanche et elle touche plus les femmes que les hommes. Elle se caractérise par la destruction du cartilage recouvrant la tête du fémur (os supérieur de la jambe) et la cavité du bassin avec laquelle elle s'articule, qui porte le nom d'acétabulum, et aussi par deux phénomènes opposés : la condensation de tissus osseux et des cavités dans celui-ci. Cette affection serait le résultat d'un déséquilibre entre la résistance de l'articulation et les contraintes qui lui sont imposées.

L'étymologie

Le mot « cox » vient du latin « coxa » = cuisse, et le mot « arthrose » vient du grec « arthron » = articulation. Dans le même mot, deux origines différentes donc, latine et grecque ; déjà un conflit, de territoire, et une opposition interne, Athènes contre Rome. Quant à la signification des racines gréco-latines, cela nous indique l'« articulation » de la « cuisse ». Que ne peut-on articuler ? Entre qui et qui veut-on

faire le lien ? A-t-on eu la cuisse légère ? Pourquoi a-t-on peur d'écartier les cuisses ? À moins que l'on ne se croit sorti(e) de la cuisse de Jupiter ? Ou de celle de Zeus !

L'origine du mot « acétabulum » quant à elle, est totalement latine et signifie « vase à vinaigre ». C'est donc dans l'articulation de la hanche que certaines personnes déversent leur aigreur, voire leur rancœur.

L'écoute du verbe

Fémur = fait / mur = avec mon fémur, je fais un mur biologique contre les autres.

Coxarthrose = cox / art / ose = ose l'art de la coccinelle, la bête à bon Dieu, si légère, signe de bonheur.

Acétabulum = assez / t'as / bu / l'homme = mémoire d'alcoolisme familial masculin.

Le sens biologique

Gérard Athias parle de problématique sexuelle et de mémoire d'alcoolisme familial, comme décodage de la coxarthrose. Robert Guinée, quant à lui, expose qu'il s'agit d'un conflit de dévalorisation dans le fait de s'opposer à... Le sens biologique des manifestations physiologiques au cours de la phase active du conflit serait d'arrêter le combat. Cette opinion rejoint celle de Claude Sabbah, qui parle de dévalorisation dans l'opposition. Ce sont des petits conflits de dévalorisation, vécus en termes de fatalité, à la différence des arthrites, où il y a refus. Pour une personne droitère, si le problème est à droite, ce sera dans une tonalité active et affective. Si le problème est à gauche, ce sera dans une tonalité plus passive, de réception plus que d'action, mais avec une notion de danger. Inversement pour une gauchère.

On peut exprimer la synthèse de ces trois avis par l'expression suivante : « je ne peux pas m'opposer à cette avancée (la tête du fémur qui rentre dans le bassin), sexuelle ou autre, ce qui me dévalorise ».

De manière plus générale et symbolique, Olivier Soulier dit que l'arthrose parle du blocage d'un être qui se sent dépassé par un problème mais qui persiste avec obstination sans trouver de solution. L'arthrose est le signe de son désespoir. À force de se bloquer, l'arthrosique transformerait son corps en un carcan qui ex-

prime ses peurs, carcan qui devient bien réel lorsque le mouvement de l'articulation touchée est impossible. La personne qui souffre de coxarthrose rentre ainsi dans un cercle vicieux, où sa maladie est la cause d'une nouvelle dévalorisation l'empêchant encore plus de s'opposer à qui que ce soit...

Le cas d'Emma illustre bien cette conjonction conflictuelle, elle qui, au cours de son enfance, n'a jamais pu s'opposer à la violence de son père alcoolique, une violence qui était notamment sexuelle vis-à-vis de la mère. En affinité biologique, au cours de sa vie d'adulte, elle sera souvent dévalorisée dans l'opposition face à son employeur, sans jamais en faire vraiment le deuil. La fin de son activité professionnelle lui offre une solution pratique du conflit, mais, une fois grand-mère, elle s'opposera à ses enfants, qui ont décidé de prendre leur vie en main, d'avancer leurs pions, au sujet de l'éducation des petits-enfants, un combat sans aucune chance de succès qui ne pourra que la dévaloriser à nouveau.

La guérison

Apprendre à faire le deuil des combats où l'on ne peut plus avancer et adoucir sa vie aigre, permettra à la personne qui souffre de coxarthrose de trouver une solution de dépassement des conflits qui, sans cela, réactivent la dégradation des cartilages de la hanche. Le conflit, qui était en balance (alternance de phases de conflit actif et de conflit solutionné), pourra basculer définitivement en guérison et le cerveau enverra les ordres de réparation, pour pouvoir continuer à avancer dans la vie en accord avec son âge et son pouvoir.²

Bernard Tihon

INDEX DES DÉCODAGES

Retrouvez la liste de tous les décodages déjà parus sur notre site
www.neosante.eu

LE PLEIN DE SENS

Témoignages & cas cliniques

CANCER DU SEIN

Une de mes patientes est une femme qui a un but étrange dans la vie : avoir 5 enfants vivants. Nous n'avons pas trouvé l'origine de ce désir. Avec 4 enfants, elle a, avec l'accord de son mari, réussi à devenir femme au foyer. Alors qu'elle se prépare à concevoir le cinquième, son mari remet tout en doute, vu qu'il est seul à assumer les finances. Elle a démarré un cancer du sein gauche après qu'il lui a annoncé sa décision d'en rester là. Elle m'a dit : « Si je n'en ai pas 5, c'est comme si je n'en avais pas ». Son mari connaît le décodage et, quand il apprend sa maladie, il lui dit directement : « *Ce n'est quand même pas à cause de ce que je t'ai dit ?* » Comme toutes les pistes semblaient converger vers cette conclusion, il a fait marche arrière, ne voulant pas la perdre. Après la première chimio avant l'opération, la masse cancéreuse avait déjà disparu. L'opération a été effectuée pour "nettoyer". Nous avons continué à travailler ensemble jusqu'au bout du traitement médical. Elle a maintenant son cinquième enfant vivant et est épanouie. Elle a probablement nettoyé un drame familial que personne, actuellement, ne peut ou ne veut révéler.

Daniel Govers (Belgique)

GONFLEMENT DE LA LÈVRE ET DE LA LANGUE

Un soir, après avoir jardiné dans les framboisiers puis mangé un dessert de fraises à la glace, vers 22 heures, je ressens un gonflement de la lèvre inférieure droite. Il me semble vaguement que je m'étais légèrement mordu la lèvre. Cette contusion grossit tellement que j'ai de plus en plus de difficultés pour fermer la bouche et pour parler. Il est bientôt minuit et la contusion prend maintenant toute la lèvre et continue de gonfler. Peut-être ai-je une allergie aux framboises ou aux fraises ? Inquiet, le gonflement commençant à atteindre le fond de la langue, je me rends aux urgences de la clinique. Il est déjà une heure et le gonflement atteint la mâchoire droite jusque sous l'œil. Ce n'est qu'après diverses piqûres (anti-histaminiques), que le gonflement commence à s'estomper progressivement dans les heures qui suivent. Vers dix heures du matin, il ne subsiste encore qu'un léger gonflement, principalement à la mâchoire. Puisque la maladie suit toujours une remarquable logique, je suis conscient que mon corps veut me dire quelque chose. Je m'interroge donc sur les événements des dernières heures. (...) Aurais-je vécu quelque chose ayant trait à la langue, à la parole ? Oh que oui : la veille, vers 20 heures, peu avant le souper, suite à une phrase mal interprétée, mon fils m'avait lancé une phrase déplaisante (« *tu ne comprends jamais rien* »), suivie d'une grossièreté. J'avais dû instantanément « *mordre sur ma chique* » et me taire. Tout le repas s'était passé dans cette ambiance tendue et je n'avais plus rien dit. Deux heures plus tard, mon gonflement débutait... d'abord par la lèvre (réaction à la grossièreté jetée en pleine figure et qui m'avait blessé) puis par la langue (car je m'étais rendu compte qu'il valait mieux ne plus parler).

JLM (Belgique)

DOULEUR À LA JAMBE

Benoît arrive en boitant dans mon cabinet. Il a une trentaine d'années, les traits tirés, et il m'explique clairement : « *Je suis allé chez un médecin pour obtenir un certificat de santé, afin de m'inscrire dans un club de basket. Ce jour-là, j'allais bien et j'étais sûr qu'il allait me le donner. Mais il m'a posé quelques questions, et en entendant que j'avais été opéré à la naissance d'une coarctation, il a refusé de me délivrer ce certificat avant d'avoir réalisé une épreuve d'effort chez un cardiologue. Depuis, j'ai mal à la jambe, vraiment mal. Je ne peux plus marcher sans boiter.* » Bien sûr, je l'interroge sur ce qu'il a ressenti en face du médecin. « *Je me suis senti faible, incapable de faire du sport, comme si j'étais différent, inférieur aux autres. Je suis très en colère. Contre lui, moi. Je me dis que le sort s'acharne contre moi.* ». J'apprends alors qu'il sait très peu de choses sur son opération à la naissance, malgré un épais dossier que sa mère lui a remis lorsqu'il a pris son indépendance. Il n'a jamais ouvert le dossier. Il a peur. Peur de voir qu'il n'est toujours pas « normal ». Pourtant, voilà plus de 15 ans que les visites chez le cardio-pédiatre ont été suspendues. Il n'a jamais repris les choses à son compte, comme si cette histoire incombait à ses parents et pas à lui. Il est temps de remettre les choses en ordre. D'après moi, la douleur à la jambe est due à un sentiment de dévalorisation et une incapacité à se projeter comme un jeune en bonne santé, capable de faire du sport comme tout un chacun. Nous faisons une séance d'EFT pour le libérer de sa peur, de son sentiment de fragilité, d'infériorité par rapport aux hommes de son âge. Je le retrouve une semaine plus tard. Il a lu son dossier médical en détail, vu une première fois un cardiologue et échangé sur les conditions de son opération. Celui-ci lui a donné rendez-vous pour l'épreuve d'effort et Benoît a affronté sa peur et regardé sur internet en quoi celle-ci consistait. De plus, la douleur à la jambe a complètement cessé. Bref, il exprime clairement que cette petite expérience lui a été salutaire, il se sent bien, a confiance en lui et réalise que c'est en ouvrant ce dossier sur son passé qu'il a définitivement tourné la page. Aujourd'hui, il se sait capable d'aller de l'avant. Effectivement, l'épreuve d'effort se solde par un certificat médical en bonne et due forme grâce auquel il peut s'inscrire à son club de basket.

Elisabeth Murillo, naturopathe (France)

APPEL À DÉCODAGE

Cette sous-rubrique a pour objet de relayer les demandes de décodage qui nous parviennent. Nous espérons ainsi faire réagir des thérapeutes et jouer utilement les intermédiaires.

- Une lectrice française cherche le décodage de **la maladie d'Ehlers-Danlos**
- Une lectrice française cherche le décodage des **névralgies faciales**
- Une lectrice belge cherche le décodage du **diabète gestationnel**
- Une lectrice française cherche le décodage de **la polyradiculonévrite chronique**

LA RUBRIQUE EST OUVERTE

Cette rubrique est la vôtre : que vous soyez thérapeutes ou simples particuliers, vous pouvez y déposer vos témoignages vécus sur le sens des maladies. Nous ne certifions pas que les décodages publiés seront toujours pertinents, mais nous pensons que ce partage d'expériences et de réflexions pourra profiter à ses lecteurs. Il suffit d'envoyer vos textes par courrier ou en format Word à l'adresse info@neosante.eu (anonymat garanti sur demande)

DÉCODAGENDA

Agenda des conférences, ateliers et séminaires en rapport avec le décodage psychobiologique des maladies

BELGIQUE

DR OLIVIER SOULIER à Bruxelles



- **Le Dr Olivier Soulier** anime du 15 au 17 avril à Bruxelles un séminaire sur « *Les émotions au cœur du transgénérationnel* »
Info : +33 (0)4-79 34 55 76 – www.lessymboles.com
- **Judith Van den Bogaert Blondiau** anime le 3 mai à Bruxelles un atelier sur « *Cap sur votre périnatalité* »
Info : +32 (0)2 374 77 70 – www.evidences.be
- **Le Dr Eduard Van den Bogaert & Judith Blondiau**, animent le 13 mai à Bruxelles un atelier sur « *Pyramide de facilitation de guérison* »
Info : +32 (0)2 374 77 70 – www.evidences.be

FRANCE

CHRISTIAN FLÈCHE en Strasbourg



- **Annie Roux Bonnefoy** anime le 19 avril à Carnoux (Provence) un atelier sur « *Le décodage biologique des conflits du surpoids* ». .
Info : +33 (0) 6- 06 13 12 00 79 – www.biodecodage.com
- **Christian Flèche** anime du 6 au 8 mai à Strasbourg une formation sur « *Les bases du décodage biologique pratique* » (6ème module).
Info : +33 (0) 6- 06 13 12 00 79 – www.biodecodage.com
- **Béatrice Bourau Glissa** anime le 20 mai à Aix-en-Provence une formation sur « *Les conflits verrouillants ou limitants* ». .
Info : +33 (0) 6- 06 13 12 00 79 – www.biodecodage.com

SUISSE

DR JEAN-CLAUDE FAJEAU à Yverdon



- **Le Dr Jean-Claude Fajeau** anime le 5 avril à Yverdon, le 6 avril à Moutier, le 7 avril à Bienne et le 28 avril à Carouge une conférence sur « *La diététique biologique – problèmes de poids* »
Info : +41 (0)78- 758 57 49 – www.centraphilae.com
- **Le Dr Jean-Claude Fajeau** anime les 30 avril et 1er mai à Bienne un atelier sur « *Chemin de guérison, chemin de vie* »
Info : +41 (0)78- 758 57 49 – www.centraphilae.com
- **Le Dr Jean-Claude Fajeau** anime le 3 mai à Yverdon, le 9 mai à Carouge, le 10 mai à Moutier et le 12 mai à Bienne une conférence sur « *La guérison intérieure, la fin d'un deuil* »
Info : +41 (0)78- 758 57 49 – www.centraphilae.com

QUÉBEC

JEAN-PHILIPPE BRÉBION à Québec



- **Gérard Athias & Luc Parret** animent du 14 au 17 avril à Saint-Hyacinthe (QC) un séminaire sur « *La biologie & travail sur la pinéale* »
Info : 00 (1) – (450) 922 8766 - murforg@gmail.com
- **Jean-Philippe Brébion** anime du 22 au 24 avril à Montréal un séminaire sur « *L'empreinte de naissance* »
Info : contact@bioanalogie.com - www.bioanalogie.com
- **Jean-Philippe Brébion** anime du 28 avril au 1er mai à Québec une formation « *de l'école de Bioanalogie* » (Cycle de 4 modules).
Info : contact@bioanalogie.com - www.bioanalogie.com
- **Jean-Philippe Brébion** anime du 6 au 8 mai à Québec un séminaire sur « *Vocation et créativité* ». .
Info : contact@bioanalogie.com - www.bioanalogie.com

ITALIE

JUDITH BLONDIAU & EDUARD VAN DEN BOGAERT à Montegrotto



- **Le Dr Eduard Van den Bogaert & Judith Blondiau**, animent du 23 au 25 juillet à Montegrotto un séminaire de jeunesse sur « *Renaissance – périnatalité – bien-être* »
Info : +32 (0)2 374 77 70 – www.evidences.be

LA PEUR (II) : LA CLAUSTROPHOBIE

Dans le premier article (*Néosante n° 43*) qui traitait de la peur, j'ai développé l'idée que, lorsque nous avons peur, ce que nous sommes rencontre inconsciemment l'extérieur et l'interprète en termes de survie, c'est-à-dire dans la dualité.

Puisque le propre de l'Homme est la Conscience – c'est-à-dire la Vie et non la survie, nous avons à rencontrer en conscience ce que nous rencontrons inconsciemment.

Bien évidemment, nos peurs sont dues – sur un plan causal – à notre histoire personnelle, notre histoire familiale, autrement dit à notre inconscient personnel, familial et collectif.

Le fait d'accéder à cet inconscient et d'en retrouver l'origine va permettre pour certains un mieux-être.

En effet, la thérapie classique va au minimum apprendre à contrôler ou à dépasser sa peur. Elle va permettre aussi par différents moyens d'investigation et / ou de régression de la faire disparaître en remontant à l'origine du traumatisme déclenchant. Et au mieux permettre la résilience si bien décrite par Boris Cyrulnik¹.

Ce processus a fait ses preuves et il est très libérateur. Il permet non seulement de pouvoir revenir d'un état de stress post-traumatique mais aussi éventuellement d'en retirer des avantages.

En Bioanalogie, nous ne nous préoccupons pas de l'inconscient tel que défini par la psychanalyse et la psychologie, c'est-à-dire d'un inconscient causal, qui s'est construit au fur et à mesure de la vie, qu'il soit personnel, familial ou collectif.

C'est un autre plan, un autre inconscient qui nous intéresse, celui que j'ai nommé l'Inconscient Universel, qui, lui, préexiste à toute manifestation. (Voir *Néosanté n° 44*, Avril 2015). Il n'est pas causal

Cette différenciation va être fondamentale sur la façon d'aborder nos peurs. En ce sens qu'avec l'Inconscient Universel et la loi du Principe, il ne s'agira pas uniquement de faire disparaître cette peur ou de la « résilier ». Il va s'agir ici de révéler en quoi cette peur « témoigne » pour le sujet d'une créativité non encore vécue en conscience.

En quoi cette peur est une invitation à vivre en conscience son intégralité, son entièreté, à rester intact, entier, intégral, et en plus à développer une richesse inconnue inscrite dans le Principe même de la peur.

Là est toute la différence, c'est la vision quantique de la Bioanalogie.

Considérons une peur relativement courante : **la claustrophobie**.

Il s'agit d'une peur des espaces clos limités, confinés. Pour la personne atteinte de claustrophobie, les lieux publics, là où il y a trop de monde autour de soi, les ascenseurs ou les plafonds trop bas vont déclencher une peur, une anxiété, voire même une crise de panique.

Si nous regardons le Principe neutre de cette peur, ce qui est déclenchant, c'est d'être bloqué, enfermé, c'est d'avoir l'impression d'être emmuré dans un espace sans échappatoire. Autrement dit, la situation d'enfermement met soudainement la personne en contact avec ses limites.

Nos limites sont bien sûr notre enveloppe corporelle, mais aussi tous nos sens : le toucher, la vue, l'odorat, l'audition, le goût.

C'est donc comme si soudainement, tous nos sens étaient en opposition avec le monde extérieur.

En d'autres termes, la personne qui est dans une crise de claustrophobie se

trouve enfermée dans un processus dans lequel elle est projetée dans une anticipation de l'avenir de quelque chose de dangereux (lié au temps). Elle veut immédiatement se dégager du moment qu'elle est en train de vivre (lié à l'action) et elle veut être dans une autre situation que là où elle est (lié à l'espace).

Ce sont tous les paramètres de la survie, celle ou l'on met à l'extérieur la cause de notre bonheur ou de notre malheur.

On constate qu'une personne qui souffre de claustrophobie est pour une part dans sa vie, sensiblement dans le fonctionnement que nous venons de décrire. Elle ne vit pas pleinement, car elle se projette dans un futur inquiet, s'accroche au fruit de ses actions et veut une autre réalité que ce qu'elle vit. Elle survit plus qu'elle ne vit.

La crise de panique étant la simple amplification du fonctionnement plus ou moins habituel de sa vie.

En séminaire je pose souvent cette question aux participants :

- *Quel est le seul moyen d'être libre en prison ?*

La réponse que je donne est celle-ci :

- *C'est de ne pas vouloir s'échapper, et donc choisir d'expérimenter ce qui est, là où je suis, sans vouloir être ailleurs que là où je suis.*

Régulièrement je cite Teilhard de Chardin lorsqu'il écrit : « La Vie est expérimentation ».

En effet qu'est-ce que veut dire expérimenter ?

C'est une action permanente de choisir à chaque instant la réalité telle qu'elle est.

C'est être en même temps l'observateur de sa propre expérience et l'expérience elle-même.

Cette expérimentation met en jeu trois paramètres incontournables de la Bioanalogie : le temps, l'action et l'espace.

Elle traduit l'invitation de la claustrophobie qui est :

Avec le temps : cesser de se projeter dans le futur, dans l'attente d'une autre réalité que celle qui est là. Ne pas avoir d'attente particulière, vivre une ouverture permanente à se laisser surprendre par le nouveau. Sortir de toute habitude, de toute tradition, de toute convention qui nous entretiendrait dans un passé sécurisant.

Avec l'action : vivre cette action sans vouloir être accroché au résultat de celle-ci, tout en laissant le sens de sa propre réalisation se révéler.

Avec l'espace : incarner le « *Tu ne tueras pas* » de la tradition judéo-chrétienne dans le sens ou « *Tu ne diras pas non à la réalité telle qu'elle est* ». En sortant de tout jugement et en s'ouvrant à l'universalité de tous les possibles.

La claustrophobie est donc à mon sens une invitation à vivre en conscience la célèbre phrase de Teilhard de Chardin :

« *Nous ne sommes pas des êtres humains vivant une expérience spirituelle. Nous sommes des êtres spirituels vivant une expérience humaine.* » ■

¹ « *Un merveilleux malheur* » de Boris CYRULNIK, Éditions Odile Jacob, 1999.

PS : Le thème des peurs a été développé pendant toute une saison dans la rubrique Les Principe de Juliette sur le site www.bioanalogie.com



Auteur et conférencier international, **Jean-Philippe Brébion** a développé le concept original de Bioanalogie, laquelle propose des outils qui rendent réaliste et concret l'éveil de la conscience. Son best-seller « *L'Empreinte de naissance* » (Éd. Quintessence) est devenu une référence dans le domaine du développement personnel. Dans « *L'Evidence* » (Ed. Dauphin Blanc), il énonce la Loi du Principe qui conduit à un constat qui transforme radicalement et définitivement notre relation aux événements qui nous touchent.

contact@bioanalogie.com – www.bioanalogie.com

PRENDRE SOIN DE SA VIE

La chronique de Jean-Jacques Crèvecoeur

VOTRE TROISIÈME DÉFI POUR UNE MEILLEURE VIE : REPRENEZ LE POUVOIR SUR VOTRE VIE !



Voici le troisième des dix défis que je vous lance afin de créer une meilleure vie pour vous-même en cette année 2016 ! Si vous avez raté les deux premiers défis, il n'est pas trop tard pour vous rattraper. En février (voir *Néosanté* n°53), je vous ai invité à désencom-

brer votre vie, à faire

le vide pour accueillir la nouveauté dans votre existence. Et en mars (*Néosanté* n°54), je vous ai encouragé à poser vos limites et à ne plus faire de concessions ! À présent, je vous invite à découvrir et à mettre en œuvre un troisième défi : celui de reprendre le pouvoir sur votre propre vie !

Comment avons-nous perdu le pouvoir sur notre vie ?

Pour reprendre le pouvoir, il faut d'abord s'interroger sur les raisons pour lesquelles nous l'avons perdu ! Si les raisons sont multiples, le mécanisme est toujours assez similaire. Nous perdons le pouvoir sur notre vie chaque fois que nous acceptons d'être éloigné de notre vérité. Et ça commence dès le plus jeune âge. Par exemple, lorsque nous faisons nos premiers pas, de manière encore incertaine, il arrivait que nous tombions et que nous nous fassions mal. Cette douleur, nous la ressentions. Elle était bien réelle. Pourtant, les adultes responsables de notre éducation intervenaient la plupart du temps **pour nier cette réalité**, en disant : « *Mais non, tu n'as pas mal ! Ce n'est rien !* ». Nous nous retrouvions donc coincé entre ce que nous ressentions d'une part, et ce que les adultes nous disaient que nous devions penser d'autre part. Comme à cette époque, notre survie physique dépendait entièrement de ces adultes, nous n'avions pas d'autre choix que de privilégier leur version des faits (« *je n'ai pas mal* ») au détriment de notre réalité vécue (« *j'ai mal* »).

Lorsque nous avons commencé à maîtriser le langage et la pensée, le même mécanisme pervers s'est installé insidieusement dans notre vie. Face à l'autorité de nos éducateurs, nous avons progressivement intégré l'idée que les autres savaient toujours mieux que nous ! Y compris pour des questions qui concernaient notre réalité. Combien de fois n'avons-nous pas subi des injustices de la part de nos parents ou de nos professeurs, en sachant très bien que nous étions dans notre droit mais que nous étions obligé de courber l'échine et de nous soumettre ? À un point tel que nous avons fini par intégrer cette croyance : « *On*

ne s'oppose pas à ceux qui se trouvent en position d'autorité » ou « *S'ils sont en position d'autorité, ils savent probablement mieux que moi ce qui est bon pour moi...* ». D'ailleurs, combien de fois n'avons-nous pas entendu cette fameuse phrase : « *Mais, c'est pour ton bien, tu sais !* »

Je pourrais multiplier les exemples dans tous les domaines de notre vie, y compris dans notre vie d'adulte. Combien d'experts ne nous dictent-ils pas, quotidiennement, comment nous devons manger, comment nous devons nous habiller, comment

nous devons bouger, comment nous devons baiser, comment nous devons penser, comment nous devons nous soigner, ce que nous devons croire et ne pas croire, comment nous devons nous comporter pour être de bons citoyens ou de bons employés, comment nous devons

nous positionner face aux grandes questions de société ? Avec pour résultat que nous ne vivons plus une vie qui correspond vraiment à notre essence profonde ! À force d'écouter les autres et de leur laisser le soin de nous dicter ce que nous devons faire de notre vie, nous nous sommes éloigné de nous-même et nous avons perdu le pouvoir sur notre existence !

Retourner à la racine du cercle vicieux

Mais alors, si ce phénomène de perte de pouvoir est si généralisé, comment reprendre le pouvoir sur notre propre vie, me direz-vous ? Le principe est beaucoup plus simple qu'il n'y paraît à première vue. En effet, la première étape de la reprise de pouvoir, c'est de reconnaître que, si les autres ont du pouvoir sur nous, c'est parce que, **involontairement et inconsciemment, nous leur donnons le pouvoir d'avoir du pouvoir sur nous !** Je vous invite à faire l'exercice immédiatement, car cela fera partie du défi que je vous inviterai à relever pour ce mois-ci. Choisissez dix situations où vous avez le sentiment que quelqu'un d'autre a le pouvoir sur votre vie. Puis, posez-vous la question suivante : « *Qu'est-ce que j'ai fait ou qu'est-ce que j'ai dit, qu'est-ce que je n'ai pas fait ou qu'est-ce que je n'ai pas dit qui permet à cette autre personne d'avoir autant de pouvoir sur moi ?* »

Vous comprenez le renversement de perspective ? Au lieu d'accuser l'autre de prendre le pouvoir sur vous, regardez honnêtement en quoi vous êtes son complice en lui donnant le pouvoir et les moyens d'exercer un pouvoir sur vous ! Car, c'est ce que nous sommes tous, lorsque nous subissons le pouvoir de quelqu'un : son complice ! Voulez-vous quelques exemples ?

- **Je subis le harcèlement moral d'un collègue de travail.** En quoi suis-je complice de cette situation ? Ça peut être que je n'ai rien dit lorsqu'il a commencé à me harceler. Je n'ai pas été trouver mon chef de service pour l'informer de la situation... Je n'ai pas remis mon collègue à sa place quand il a commen-

cé son jeu... Du coup, mon silence et mon absence de réaction l'ont encouragé à poursuivre son jeu pervers. Dans ce sens, je lui ai donné le pouvoir de me harceler, ou en tout cas, de continuer de me harceler !

- **Mon médecin me prescrit de plus en plus de médicaments dont je subis les effets secondaires.** En quoi suis-je complice de cette situation ? Je suis complice parce que j'accepte sans rien dire toutes les prescriptions qu'il me donne. Je suis complice parce que je ne pose aucune question à mon médecin, à propos de ses choix de prescription et à propos des effets secondaires des médicaments qu'il me conseille... Du coup, n'étant pas remis en question, mon médecin continue d'exercer son pouvoir sur mon corps... Pourtant, c'est avec mon corps qu'il joue, pas avec le sien !

- **Mon fils est un bon à rien qui, à 27 ans, vit encore sous mon toit et se fait complètement entretenir par moi !** En quoi suis-je complice de cette situation ? En fait, je n'ai jamais posé mes limites par rapport à lui, je ne lui ai jamais posé d'ultimatum par rapport à son autonomie ! Je ne lui ai jamais dit que je n'étais pas d'accord de continuer à l'entretenir sur les plans financier et alimentaire au-delà d'un certain âge. Du coup, mon acceptation silencieuse a renforcé sa position et je ne fais que subir son pouvoir...

- **Je ne me permets jamais de prendre du temps pour moi ! Je me sens toujours coupable si je ne m'occupe pas des autres...** En quoi suis-je complice de cette situation ? Ici, la réponse est un peu plus subtile, puisque je ne suis pas en relation directe avec quelqu'un ! En réalité, je reste fidèle aux messages reçus pendant mon éducation où on me disait qu'il fallait que je m'occupe des autres plutôt que de moi-même. Donc, ici aussi, je donne à mes éducateurs le pouvoir de dicter ce que doit être ma vie, même si ces éducateurs ne sont plus physiquement présents dans mon existence !

Reprendre le pouvoir

Venons-en maintenant au défi que je voudrais vous lancer, à savoir : « *reprendre le pouvoir sur votre propre vie !* » Autrement dit, vivre la vie qui correspond à votre réalité, à votre vérité, à vos aspirations, plutôt que de subir la loi que les autres (présents, absents ou morts) vous imposent avec votre complicité. Pour ce faire (nous l'avons vu plus haut), la première clé consiste à reconnaître systématiquement en quoi VOUS donnez aux autres le pouvoir d'avoir du pouvoir sur vous ! Une fois que vous avez identifié votre part de responsabilité (ce qui, en soi, est déjà une reprise en main de votre vie), la deuxième étape consiste à cesser **d'alimenter le pouvoir de l'autre**, en posant des actes différents de ce que vous avez fait jusqu'à présent.

Reprenons les exemples cités plus haut, pour illustrer cette deuxième étape :

- **Dans la situation de harcèlement**, vous pouvez demander à votre collègue de cesser son comportement ; vous pouvez

demander à votre chef de service d'animer une réunion de médiation ; vous pouvez consulter le syndicat et lui demander d'intervenir en votre faveur ; vous pouvez engager un avocat spécialisé dans les questions de harcèlement...

- **Dans votre relation à votre médecin**, vous pouvez lui poser des questions chaque fois qu'il vous fait une prescription ; vous pouvez exiger qu'il vous lise la notice d'effets secondaires ; vous pouvez demander un deuxième avis à un autre médecin ; vous pouvez refuser de prendre certains médicaments tant que vous n'obtenez pas vos réponses...

- **Avec votre fils de 27 ans**, vous pouvez lui dire que vous ne voulez plus l'entretenir ; vous pouvez lui donner un préavis d'un mois pour qu'il se trouve un autre logement et un boulot ; vous pouvez exiger qu'il travaille pour vous, pour payer sa part d'hébergement et de nourriture...

- **Par rapport à votre culpabilité**, vous pouvez décider d'être infidèle aux messages reçus pendant votre éducation ; vous pouvez vous donner la permission de prendre soin de vous une fois par jour ou par semaine ; vous pouvez décider de dire non à certaines sollicitations d'aide...

La plupart du temps, le malaise est le meilleur des indicateurs dont vous disposez pour repérer des situations où vous subissez le pouvoir de quelqu'un !

Comme vous le constaterez en relisant ce dernier paragraphe, **aucune des stratégies présentées ne dépend des autres pour être mise en œuvre !** Tous ces actes et toutes ces paroles, personne ne peut vous empêcher de les poser ou de les prononcer... Ça ne veut pas dire que vous obtiendrez toujours satisfaction. Mais au moins, vous ne serez plus complice de ce que vous avez subi jusqu'à présent.

À vous de jouer, à présent...

Encore un dernier conseil, pour vous aider dans la réalisation de ce défi : **faites confiance à votre ressenti, surtout s'il s'agit d'un malaise.** En fait, la plupart du temps, le malaise est le meilleur des indicateurs dont vous disposez pour repérer des situations où vous subissez le pouvoir de quelqu'un ! À partir de là, regardez en quoi vous êtes devenu(e) complice de ce pouvoir et examinez quels actes vous pourriez poser pour ne plus alimenter le jeu de l'autre. De cette façon, petit à petit, vous redeviendrez maître de votre vie et vous reprendrez le pouvoir sur votre existence ! On se retrouve le mois prochain pour le quatrième défi ! ■

Auteur, formateur et conférencier de réputation internationale depuis 1989, fondateur de l'Académie de la Vie en Mouvement, Jean-Jacques Crèvecoeur se définit comme un accoucheur du potentiel humain et un catalyseur de changements durables. Sa vocation est d'aider les individus à reprendre leur vie en mains de manière consciente, autonome et responsable. <http://jeanjacquescrevecoeur.com>

CAHIER RESSOURCES

AVANTAGE NATURE



SE REVITALISER AU CONTACT DE LA NATURE

Avec le retour du printemps, fleurissent les propositions de cures régénérantes ou revitalisantes. Pourtant, il existe un moyen simple et gratuit de se recharger en énergie vitale : se reconnecter à la nature !

Tout être vivant est animé d'une énergie de vie, appelée Énergie Vitale. Qu'est-ce que l'énergie vitale ? C'est le courant qui anime la vie. L'énergie vitale est reconnue, appréciée et utilisée par de nombreuses grandes civilisations à travers le monde et cela depuis des millénaires. Les yogis indiens l'appellent « Prâna » et l'utilisent pour atteindre des états de conscience supérieurs et rejoindre « l'unité ».

Hippocrate la considère comme notre « médecin intérieur ». Ce qui permet la guérison, c'est l'énergie de vie. Cette mystérieuse énergie s'appelle Ka chez les Égyptiens, Chi chez les Chinois, Ki chez les Japonais, Mana chez les Hawaïens, Wakan chez les Sioux, etc. Cette énergie est captée au niveau de nos organes des sens et de nos chakras (points d'entrées énergétiques), elle est transformée sous forme d'énergie nerveuse et glandulaire, stockée puis distribuée à l'ensemble de notre organisme pour assurer nos fonctions vitales (digestion, mouvement, pensée, respiration...).

Déperditions

L'une des façons pour gagner, ou du moins éviter, les déperditions d'énergie vitale est de se connecter au vivant, ou plutôt aux radiations naturelles pour lesquelles nous sommes adaptés. Depuis des millénaires, l'urbanisation galopante a déconnecté l'homme de son milieu originel : la forêt. En 100 ans, nous sommes passés de 20% à 50% d'habitants en zone urbaine (c'est parfois 80% dans certains pays industrialisés). Nous nous sommes ainsi isolés du principe de vie. Nous ne recevons plus les bienfaits du rayonnement cosmique ou solaire lorsque l'on vit dans du béton ou enfermé dans des cages de Faraday (champs électriques), nous privons notre organisme de la lumière solaire et de l'air chargé de Prâna derrière nos habits synthétiques et en vivant dans une atmosphère constamment polluée. Ou encore, soumis aux rayonnements agressifs des écrans, nous nous dévitalisons au contact d'éléments plastifiés, moquettes... et en nous coupant des ondes telluriques (perte de contact à la terre). Se priver des radiations vitales en évoluant dans un univers citadin, c'est comme se nourrir de « Junk food » : nous nous carençons en éléments vitaux. Résultat : nervosité,



anxiété, sommeil perturbé, production de radicaux libres, manque d'attention, fatigue, dévitalisation...

Reconnexion

Le *Earthing* (contact à la terre) fait partie de ces méthodes qui nous reconnectent à l'énergie de la terre. Mais ce terme peut englober de nombreuses approches faciles à mettre en place pour recharger votre organisme et le négativer (le charger en ions négatifs vitalisants).

Il a été montré que le fait de renouer le contact avec la nature favorisait un sommeil de meilleure qualité, une diminution de l'anxiété, une amélioration de l'attention et de la créativité, et favorisait l'ouverture spirituelle. On peut même potentialiser l'amélioration de l'ensemble des fonctions vitales et du bien-être général en associant le mouvement au contact avec la nature.

Voici mes recommandations au sortir de l'hiver :

- faire des marches dynamiques en forêt ou en campagne en prenant soin de respirer à fond, de toucher les végétaux et de humer le parfum des plantes et de la terre humide.
- marcher pieds nus sur une surface agréable (un pré, un endroit sablonneux, une petite rivière pour un bain de pieds méthode Kneipp très revitalisant, ou simplement sur un chemin de terre, ou encore dans un jardin...)
- (ré)investir un jardin pour remettre les mains dans la terre
- se mettre au soleil, torse nu (à l'abri du vent) et bronzer sous les rayons solaires de fin d'hiver entre 11h et 15h. Leur inclinaison est alors parfaite pour stimuler la production de Vitamine D sans prendre de coup de soleil. Je suis un adepte du bronzage d'hiver et si vous trouvez un petit coin bien abrité (contre une maison par exemple et bien exposé), vous sentirez la chaleur nourris-

sante des rayons printaniers sur votre peau carencée de lumière. N'ayez pas peur d'avoir froid ; votre peau a la capacité de capter la chaleur du rayonnement solaire. Si l'ensoleillement est suffisant, vous aurez plus chaud torse nu qu'avec des habits qui isolent. (Au moment où je vous écris cette newsletter, je suis torse nu sur ma terrasse, bien abrité profitant de quelques rares rayons de ce mois de février.)

Pour les plus sportifs et aventuriers, on peut associer tous ces conseils en réalisant un parcours dit paléolithique dans la nature : il s'agit de courir à son rythme dans un environnement naturel (la forêt est idéale) en utilisant tous les éléments (rochers, troncs, pentes, rivières...) pour réaliser des déplacements variés (grimper, sauter, tirer avec les bras, se repousser en prenant appui sur un rocher...). Ce parcours doit rester ludique, et peut être fait, si le temps et le terrain le permettent, pieds nus et le corps le plus dévêtu possible (short-débardeur). Ce parcours de santé est à peu près celui que nos ancêtres réalisaient presque quotidiennement. (Je vous décrirai dans un prochain article tous les avantages de la marche nu-pieds dont je suis adepte depuis mes premiers pas !) En été, vous pourrez ajouter les bains de mer, de rivière ou même de cascade qui stimuleront vos sécrétions endocrines (hormones de croissance en particulier), favorisant ainsi la régénération organique et qui vous conduiront à un état de bien-être et de détente inégalable.

Cette reconnexion à la nature vaut toutes les séances de magnétisme, de relaxation, de respiration, de nutrithérapie... ou autres techniques revitalisantes. Elle est gratuite et tout le monde peut l'adapter à ses possibilités avec un peu de créativité, de volonté pour sortir de sa routine habituelle et d'écoute de soi. Vous pouvez aussi en discuter avec votre naturopathe qui pourra adapter votre pratique revitalisante en fonction de vos besoins et de votre tempérament. Alors qu'attendez-vous pour lâcher vos baskets et vos habits et pour vous reconnecter à la nature première, source d'énergie vitale !

Jean-Brice Thivent

(Plus d'infos : Formation Alsacienne de Naturopathie et Psychobiologie – www.alsacenature.com)



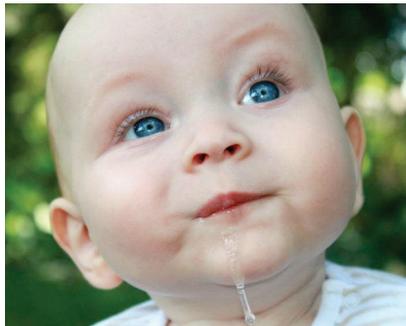
CES SÉCRÉTIONS qui nous veulent du bien...(III)

Le mois dernier, je vous entretenais des vertus du cérumen et des pouvoirs revitalisants de la salive lorsqu'elle est avalée en pleine conscience. Or cette dernière possède d'autres atouts reconnus : son caractère antiseptique et cicatrisant. Des vertus qu'elle partage avec une autre de nos émissions intimes : l'urine. Voici quelques conseils pour en faire bon usage.

Sécrétée tout au long de la journée afin d'humecter les muqueuses de la bouche et participer à la digestion, la salive possède également un rôle antiseptique et cicatrisant reconnu. Elle le doit notamment à l'hypothiocyanite, un anion produit par le système immunitaire des muqueuses. Cytotoxique pour les bactéries, l'hypothiocyanite, contrairement aux antibiotiques, est inoffensive pour les cellules du corps humain, ce qui lui vaut de faire l'objet de recherches dans le but de la synthétiser. Mais la salive contient également une protéine, une enzyme appelée SLPI (Secretory leukocyte protease inhibitor) qui a, non seulement, un effet anti-inflammatoire mais s'oppose également à la dégradation de nombreuses protéines présentes dans le corps. La preuve : des chercheurs ont, par manipulation génétique, fabriqué des souris dépourvues de la protéine SLPI. Ils ont ensuite observé que les plaies de ces rongeurs « modifiés » se fermaient bien plus lentement que celles d'autres souris de laboratoire. Ensuite, ils ont appliqué la SLPI sur la peau de souris présentant des blessures. En deux jours, les animaux ont alors retrouvé leurs facultés de cicatrisation naturelles et les plaies ont guéri... Mais ce n'est pas tout ! Des chercheurs de l'Institut Pasteur ont également découvert dans la salive un puissant antidouleur : l'opiorphine. L'opiorphine aurait un pouvoir analgésique autant, voire plus puissant que la morphine, sans les effets secondaires.

La salive : antiseptique, cicatrisante et antidouleur

Quelle immense satisfaction intellectuelle de savoir pourquoi les plaies de la bouche guérissent plus rapidement que celles de la peau ! Et pourquoi les animaux se lèchent copieusement leurs blessures, ouvertes ou non. Dommage seulement qu'il ait fallu maltraiter des souris de laboratoire pour faire ces découvertes. D'autant qu'il ne faut pas s'y tromper : le but de ces recherches est de synthétiser les molécules actives de cette dernière afin de créer de nouveaux médicaments pour soigner les plaies chroniques et les ulcères, remplacer avantageusement les antibiotiques, voire mettre au point des pommades anti-âge... Pas de nous inciter à faire bon usage de notre salive. D'ail-



leurs, sur différents forums médicaux, des experts nous déconseillent formellement d'imiter chiens et chats en cas de blessure. Pourquoi ? Parce que si la salive est riche en substances désinfectantes, elle renferme aussi un grand nombre de bactéries. Donc, la méfiance règne envers cette sécrétion fort peu stérile. Gageons que les laboratoires pharmaceutiques mettront bientôt au point des molécules garanties plus sûres que celles que produit dame nature. Mais sera-ce le cas ?

En attendant l'arrivée sur le marché de ces nouveaux médicaments, n'oublions pas que leur origine se trouve dans notre propre corps... Et qu'il suffit de se brosser les dents, voire de faire un bain de bouche avec de l'eau additionnée de sel gris naturel pour que la bouche – et la salive – soient propres, donc utilisables sur une bosse, un bleu ou même une plaie. Dans un précédent Naturo-Pratique, j'évoquais la supériorité prouvée d'un nettoyage à l'eau tiède sur les écorchures et plaies superficielles par comparaison avec les désinfectants du commerce. Celui-ci effectué, vous pouvez faire le test d'y ajouter votre propre salive. Vous constaterez probablement une cicatrisation accélérée et un réel effet antidouleur... Plus efficace que le bisou – insuffisamment baveux – de maman quand vous vous faisiez mal autrefois.

Un cicatrisant de choix : notre propre urine

Et si la blessure se produit loin d'une source d'eau potable ? Pas de panique ! Nous portons tous sur nous un cicatrisant de choix connu depuis la nuit des temps : notre propre urine. Stérile, sauf en cas d'infection urinaire, elle constitue un excellent net-

toyant. Certes, elle pique un peu, mais elle est sans risque et favorise la cicatrisation. Quand l'eau faisait défaut, bien des voyageurs et autres alpinistes ont constaté qu'un arrosage quotidien de la plaie à l'urine assurait une cicatrisation en un temps record... Les Aztèques utilisaient traditionnellement l'urine pour nettoyer les plaies et prévenir l'infection. Et même Ambroise Paré, l'inventeur de la chirurgie moderne, recommandait l'urine pour désinfecter et cicatriser les plaies.

Sur le plan pratique, on laisse passer le premier jet d'urine pour recueillir le « milieu de jet ». Sauf en cas d'infection urinaire, l'urine de la vessie est stérile. Pas de germe, peu ou pas d'éléments cellulaires et très peu de leucocytes... La preuve, lorsque l'on veut faire le diagnostic d'une infection urinaire, c'est bien l'urine du milieu de jet que l'on va étudier au laboratoire.

Un remède souverain contre la sinusite

Outre le nettoyage et la cicatrisation des plaies, l'urine est un remède de choix contre la sinusite. Il y a quelques années, alors que j'en souffrais, une dentiste me raconta qu'elle avait guéri définitivement d'une sinusite chronique dont elle souffrait depuis son adolescence en inspirant sa propre urine par le nez pendant cinq jours. J'ai suivi son exemple, avec succès. Parmi les personnes atteintes de ce mal à qui je l'ai conseillé, toutes celles qui ont vaincu leur réticence et osé essayer ce remède ont obtenu le même résultat, rapide et durable... La technique est simple : remplir un petit verre de votre propre urine en évitant la première urine du matin et en ne prélevant que le milieu du jet. Bouchez-vous une narine et aspirez l'urine de l'autre jusqu'à ce qu'elle s'écoule à l'arrière du palais. Faites de même avec l'autre narine. Recommencez plusieurs fois par jour. Ce remède gratuit est également efficace – plus que le liquide physiologique – pour nettoyer le nez en cas de rhume et accélérer la guérison après la phase d'écoulement fluide... ■



Coach en cohérence cardiaque, écrivain et journaliste, **Emmanuel Duquoc** est passionné par les liens entre alimentation, émotions et santé. Il est l'auteur, outre de nombreux guides culinaires, des livres « *Les 3 émotions qui guérissent* » et « *52 semaines pour vivre bien sans médecin* » (Editions Thierry Souccar).



RITUELS DE FEMMES POUR S'ÉVEILLER AU FÉMININ SAUVAGE

Danser avec sa louve, faire respecter son territoire, révéler ses dons, dépasser ses peurs... Édité dans une nouvelle collection dédiée à « L'Éveil du Féminin », ce manuel ⁽¹⁾, co-écrit par Catherine Maillard et Isabelle Gueudré, égrène des rituels pour libérer sa nature sauvage et renouer avec le véritable potentiel au féminin. Profondément inspirant... et libérateur

Longtemps fantasmée, décriée, rejetée, la Femme Sauvage archétypale – branchée sur l'intuition, l'instinct, la réceptivité – est sortie du placard depuis le succès planétaire du livre de Clarissa Pinkola Estés, *Femmes qui courent avec les loups*⁽²⁾. « *La Femme Sauvage vous appartient, elle appartient à toutes. Pour la trouver, les femmes doivent faire retour à leur vie instinctive, à leur savoir le plus profond. Commençons par remonter à l'âme sauvage... Dépouillons-nous des oripeaux qu'on nous a donnés. Enfilons le manteau authentique de l'instinct et de la connaissance* », écrivait Clarissa Pinkola Estés... Sur les traces de cette analyste jungienne, poétesse et cantadora (gardienne des mémoires et des histoires anciennes), Isabelle Gueudré et Catherine Maillard ont réalisé un (précieux) manuel qui nous pose la question : « Qu'en est-il de votre féminin sauvage – quelle est votre relation avec lui ? » Elles proposent au fil des pages de cet ouvrage, merveilleusement illustré par Marie Nanouk (inspirée par les Sagesses ancestrales et le souffle chamanique), une trentaine de pratiques, rituels et méditations guidées pour s'éveiller au féminin sauvage (voir encadré). À ce féminin sacré, sacrément éprouvé par le monde moderne et une société encore très patriarcale. Or, dans la crise plurielle actuelle, les ressources du féminin (écoute, lien instinctif avec la vie, adaptation, persévérance, puissance douce, intelligence du cœur, etc.) peuvent être de profondes sources d'inspiration. Plus que jamais, la femme est l'avenir de l'Homme. De cette humanité malmenée de toute part.

D'Ève à Lilith

Cette Femme Sauvage – le mot « sauvage » étant à comprendre dans son sens premier : « vivre une vie naturelle » – est donc à la fois le graal et le fil rouge des différentes propositions pratiques de ce manuel (retrouver son animalité, connaître les plantes du féminin sauvage, libérer les obstacles de l'élan créateur, se relier à la sororité, révéler sa nature féminine à l'homme, etc.). Ce féminin originel, qu'en tant que femmes modernes, nous appelons de nos vœux pour qu'il ensauvage notre quotidien policé. Ainsi, passer d'Ève à Lilith, l'affranchie... Ce « Soi sauvage » est déjà là. Lové sous une gangue de convenances, de rôles à jouer, de blessures personnelles et transgénérationnelles. « *Évoquer la nature sauvage de la femme, c'est faire référence à cette force instinctive qui se manifeste dans un élan spontané au service de la vie. Une force souple, adaptable, capable de la protéger et de lui permettre de faire face aux situations plutôt que de les subir. Une ressource primordiale de l'essence du féminin que beaucoup d'entre nous ont laissée en jachère, enfouie sous de nombreux conditionnements* », disent en chœur Catherine Maillard et Isabelle Gueudré.

Être une femme (vraiment) libérée

Contrairement à ce que pourrait laisser croire le titre de ce manuel, ce processus d'Éveil au féminin sauvage n'a rien d'excluant. Tout l'enjeu, au final, est plutôt de faire danser les hémisphères contraires et complémentaires du féminin et du masculin – en soi et autour de soi (dans le couple, la société, etc.). « *Sauvage s'entend dans le sens d'être un humain libre de ses conditionnements parentaux, de ses croyances, de ses limitations, des schémas qui empêchent d'être véritablement soi-même. C'est également abandonner son état de victime et bâillonner son juge intérieur. Ce n'est pas tant se montrer rebelle qu'affirmer sa singularité, s'inventer soi-même, suivre son intuition, écouter l'appel de son âme et accueillir le mystère de la vie.* » Ainsi, épanouir cette

nature instinctive, éminemment créative, qui demande à être ressentie non dans la tête, mais dans nos tripes. Prendre alors conscience de toute l'énergie de vie qui nous traverse ! « *La fille de la terre et des étoiles est libre, libre, tellement libre qu'elle court pieds nus dans sa tête* », poétesse Isabelle Gueudré. Alors, courons, courons... pour déployer nos Elles. ■

Carine Anselme

⁽²⁾ *Femmes qui courent avec les loups*, Clarissa PINKOLA ESTÉS (Le Livre de Poche, 2001).

POUR ALLER PLUS LOIN

⁽¹⁾ **Rituels de femmes. Pour s'éveiller au Féminin Sauvage.** Isabelle GUEUDRÉ & Catherine MAILLARD, Illustratrice Marie NANOUK (Le Courrier du Livre, coll. « L'Éveil du Féminin », 2016). Isabelle Gueudré, certifiée en art-thérapie et en psycho-synthèse, anime des ateliers basés sur le conte. En s'appuyant sur la symbolique, le rythme et l'expression libre, entre danse et conte, elle nous invite à renouer avec notre nature sauvage (www.contes-en-corps.com). Catherine Maillard, éditrice, auteure, créatrice des soirées *uneaura4etoiles* dédiées à l'Éveil du féminin, suit des enseignements chamaniques et participe à des cercles de femmes depuis une quinzaine d'années (blog : [uneaura4etoiles](http://uneaura4etoiles.com)).

PRATIQUE

Fleurir à l'amour sauvage

La rose ouvre le cœur et enracine grâce à cette acceptation d'un amour profond pour l'humain. Apprendre à s'aimer dans son imperfection, c'est s'ouvrir à un amour spirituel et se rebrancher sur la prise de ciel. Ce double mouvement d'ancrage dans sa terre intérieure et d'élévation verticale va permettre à la femme de retrouver la maîtrise de son feu intérieur, le cœur du féminin sauvage.

Préparation : Pour ce rituel (15 minutes), il vous faut votre huile essentielle (rose de Damas) et un accessoire symbolisant Vénus, la déesse de l'amour, et le féminin sauvage.

Déroulé : Déposez juste une goutte d'huile essentielle de rose de Damas sur votre cœur et sur vos poignets. Appelez l'esprit de la plante et votre féminin sauvage pour qu'ils passent ce temps ensemble. Respirez et laissez monter en vous des sensations, des visions en lien avec le cœur sauvage, l'amour, la beauté. Remerciez l'esprit de la plante et votre féminin sauvage.

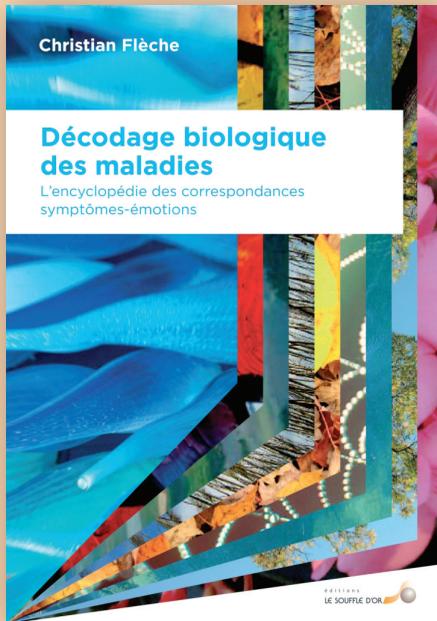


LA MÉDIATHÈQUE NÉOSANTÉ

DECODAGE BIOLOGIQUE DES MALADIES

L'encyclopédie des correspondances symptômes-émotions

Par Christian Flèche



Faisant suite à « Mon corps pour me guérir », livre dans lequel l'auteur présente une vision originale de la santé à l'écoute du ressenti biologique, cette encyclopédie apporte le sens biologique de toutes les maladies, présentées par appareils, avec de nombreux exemples. Fonctionnel et exhaustif, cet ouvrage de référence guidera les thérapeutes, les chercheurs et toute personne désireuse de prendre sa santé en mains, pour décoder chaque symptôme et en libérer le sens.

Prix : 29,90 € hors frais de port

**Livre disponible
dans la boutique du site
www.neosante.eu**

ESPACE LIVRES



Une autre médecine



Avec ses enthousiasmes et ses coups de gueule, un médecin homéopathe à la retraite revisite un demi-siècle d'apprentissage et de pratique de son métier. L'efficacité de thérapies alternatives l'a amené à poser un regard critique sur les excès et les limites de la médecine officielle. En raison des succès obtenus, le Dr Choffat a vu abonder dans son cabinet des malades chez lesquels la médecine classique avait épuisé ses ressources. Il est devenu un médecin des causes perdues, un médecin de dernier recours.

Médecin de dernier recours
François Choffat
(Éditions d'En Bas)



Le bouquin du mois

Bien jeûner



Outil principal de la naturopathie authentique, le jeûne est le moyen le plus naturel et le plus simple pour maintenir ou retrouver la santé car il a le merveilleux pouvoir de régénérer l'organisme en éliminant ses toxines et en lui permettant de retrouver son énergie. Dans ce livre, le naturopathe français répond à toutes les questions que tout candidat jeûneur est en droit de se poser.

Le jeûne, santé et longévité grâce à la détoxination cellulaire

Désiré Mérien
ÉDITIONS GRANCHER

L'amour après la mort



Mère d'un garçon décédé à 21 ans d'un mélanome, Sandrine Dupuis a pris la plume afin d'offrir la paix et le réconfort aux parents qui traversent la même épreuve. Pour elle, qui a accompagné son fils jusqu'à la fin, la vie ne s'arrête jamais et la mort n'est qu'une transition vers un autre état. Elle confie que son deuil a été illuminé par des synchronicités, qu'elle interprète comme autant de signes de l'au-delà.

Meurs mon fils, je t'aime

Sandrine Dupuis
ÉDITIONS CHLOË DES LYS

Guérir sans agir



Généralement, les thérapeutes recommandent aux malades de se battre, de se mettre en mouvement ou de changer quelque chose dans leur vie, bref de faire quelque chose pour provoquer leur guérison. Cet ouvrage propose une toute autre approche, - le non-agir, ou « l'immobilité dynamique » - qui serait une philosophie de vie encore plus propice au mieux-être et à la santé.

Quand rien ne marche, apprenez à ne rien faire

Dr Frank Kinslow
ÉDITIONS LE COURRIER DU LIVRE

Céto & coco



C'est par cette docteure américaine que le pot-aux-roses a été découvert : en soignant son mari atteint d'Alzheimer, elle a constaté que la graisse de coco faisait un bien fou à son cerveau et qu'il retrouvait une partie de ses facultés mentales. Dans ce livre, elle promeut plus largement le régime céto-gène (beaucoup de gras, pas de glucides) dans le traitement des maladies neurodégénératives.

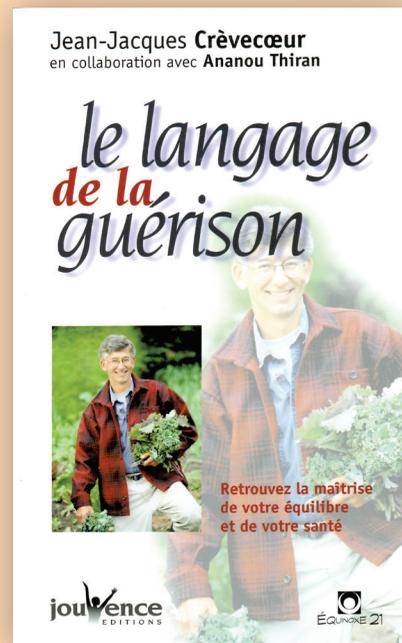
Le pouvoir thérapeutique du régime céto-gène et de l'huile de coco

Dr Mary T. Newport
Éditions de l'Homme

LA MÉDIATHÈQUE NÉOSANTÉ

LE LANGAGE DE LA GUÉRISON

Par Jean-Jacques Crèvecoeur



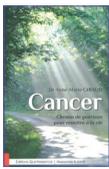
Comment et pourquoi le cerveau déclenche-t-il des maladies alors qu'il est programmé au départ pour assurer la survie? Comment certaines personnes parviennent-elles à guérir de maladies graves ou prétendument incurables en résolvant les conflits qui sont à leur origine? Véritable message d'espoir pour tous les déçus de la médecine officielle et pour ceux qui espèrent enfin trouver une approche globale de la santé en articulant des thérapies complémentaires, le livre de Jean-Jacques Crèvecoeur est à consommer sans modération... avec l'aval de votre médecin intérieur!

Prix : 21 € hors frais de port

**Livre disponible
dans la boutique du site**

www.neosante.eu

Cancer et médecines douces



Hélas, trois fois hélas, cet ouvrage appelant à une prise en charge holistique du cancer ne fait que plaider pour une médecine conventionnelle intégrant quelques approches parallèles archiconnues (homéopathie, aromathérapie, acupuncture, hypnose..) pour accompagner les malades. C'est déjà ça, mais cette ouverture s'accompagne d'une fermeture complète au nouveau paradigme psychosomatique. On cherche toujours le « merveilleux souffle d'espoir » (dixit l'éditeur) que ce type de livre peut apporter.

Cancer, chemin de guérison pour renaître à la vie

Dr Anne-Marie Giraud
ÉDITIONS QUINTESSENCE

Sortir d'une dispute



Et si les conflits relationnels n'étaient plus des épreuves douloureuses et insurmontables mais au contraire une expérience bénéfique et constructive? Grâce à une méthode simple présentée de manière ultrapédagogique, ce livre au graphisme percutant donne des clés pour changer sa manière de communiquer et transformer n'importe quelle dispute en conversation sereine et enrichissante.

Reprendre la conversation : 17 principes pour sortir du conflit et se faire entendre

Dana Caspersen
ÉDITIONS BELFOND

L'être et lettres



L'auteure s'est formée à la médecine énergétique chinoise, au bouddhisme et à la tradition taoïste. Elle a également étudié l'hébreu, puis la Torah et le Talmud auprès de rabbins. Cet ensemble de connaissances lui a révélé une compréhension nouvelle de la symbolique des lettres et du texte hébraïque. Dans cet ouvrage faisant le lien entre le corps et la dimension vibratoire des lettres, vous trouverez naturellement des pistes de décodage biologique.

Splendeur des lettres, splendeur de l'être

Rivka Cremisi
ÉDITIONS DANGLES

Pharmacie naturelle



À l'heure où la France poursuit en justice des herboristes pourtant docteurs en pharmacie, l'un d'entre eux nous offre ce guide pratique de phytothérapie, fruit de 40 ans d'expérience dans l'usage des plantes médicinales. Il y décrit l'utilisation traditionnelle des simples ainsi que les données scientifiques qui confirment leurs vertus pharmacologiques.

Le guide familiale des plantes qui soignent

Jean-Pierre Théallet
ÉDITIONS ALBIN MICHEL

Méditations thérapeutiques



Le titre est un peu trompeur, car il ne s'agit pas d'un livre consacré à l'effet placebo et aux ressources curatives d'ordre psychique ou spirituel. Cet ouvrage accompagné d'un CD en est plutôt l'application pratique sous forme de méditations guidées « pour soulager la douleur et aider le corps à guérir ». Celles-ci ayant suscité beaucoup d'éloges (Christophe André, Jacques Vigne, Jean-Yves-Leloup, Marc-Alain Descamps...), on peut les supposer hautement thérapeutiques.

La puissance de guérison de l'esprit

Joëlle Maurel
ÉDITIONS GUY TRÉDANIEL

Alimentation et ulcères d'estomac

Pour prévenir l'ulcère gastrique, il importe de bichonner sa flore intestinale. Et pour ça, rien de tel que le bon vieux chou et la bonne vieille choucroute. Mais la nature procure encore d'autres aliments amis de l'estomac.

L'article du mois passé abordait la question des reflux gastriques, et du rôle de la bactérie *Helicobacter Pylori*. En 2005, le prix Nobel de médecine était attribué à deux chercheurs ayant montré le rôle de cette bactérie dans l'apparition d'ulcères gastro-duodénaux.

Dans 10% des cas, l'infection à la bactérie cause effectivement un ensemble de lésions gastriques sévères (ulcères, gastrites, dysplasie, etc.). Les ulcères étant considérés comme une condition favorisant le cancer de l'estomac (*Cancer Medicine*, 2016), on remarque que les personnes infectées par la bactérie *Helicobacter Pylori* ont trois fois plus de chances de développer un cancer gastrique (*Cancer Epidemiology*, 2016). Au final, 1 à 3% des infections à cette bactérie évoluent vers un cancer de l'estomac (*World Journal of Gastrointestinal Pathophysiology*, 2016).

Question de flore

Comme nous le disions le mois précédent, réduire la consommation de sucre est le changement le plus important – et prouvé – pour réduire les reflux gastriques. Mais si l'ulcère s'est développé, quels sont les remèdes que nous fournit la nature ? La question est intéressante, parce que les aliments qui aident à la guérison des ulcères sont pratiquement ceux qui ont accompagné notre évolution durant des millions d'années. En fait, cet article sur les ulcères constitue un petit rappel sur les bienfaits de plusieurs aliments dont nous avons déjà parlé. Le stress est également un élément important, mais nous aborderons cette question au prochain numéro...

Au top des aliments à privilégier lorsqu'on a des ulcères : ceux contenant des probiotiques, ces bactéries favorables à notre santé. Notre alimentation moderne industrielle tend à réduire la diversité des bactéries de notre flore intestinale. Une étude comparant la flore intestinale des chasseurs-cueilleurs hadzas (Tanzanie) et celle d'un groupe d'Italiens montre que la flore intestinale des Hadzas est plus riche que la nôtre (*Nature Communications*, 2014). Nous pouvons facilement trouver des probiotiques dans des aliments fermentés, comme la choucroute par exemple. Si le chou se prête aussi bien à la fermentation, c'est parce que, comme tout végétal qui pousse près du sol, il est riche en bactéries lactiques,



c'est-à-dire capables de fermenter les sucres en acide lactique. Et ces bactéries sont nécessaires à l'activité humaine et en particulier à la flore intestinale. On sait que le Dr. Seignalet recommandait les probiotiques pour leur rôle dans la production d'acide lactique, empêchant la prolifération de bactéries pathogènes. Une étude de la revue *Nutrition* (2006) confirme : les probiotiques aident par exemple à éradiquer la bactérie *Helicobacter Pylori*.

Plus généralement, le chou est un véritable allié pour guérir d'un ulcère ! Le jus de chou est un remède ancestral, que l'on voit réapparaître. Une étude de 1949 (*California Medicine*) montrait que la guérison avec du jus de chou était plus rapide qu'avec la médecine de l'époque. Deux autres études, parues dans la même revue, en 1952 et 1956, confirmaient ces résultats avec un groupe de contrôle à qui on avait administré un placebo. Dans l'étude de 1956, 92,3% des patients traités avec du jus de chou avaient guéri de leur ulcère à l'estomac en 3 semaines (et les 7,7% restants concernaient des cas sévères qui n'ont pas été guéris en 3 semaines... mais en 5 ou 6 semaines !).

Le secret du chou

Ces études un peu oubliées réapparaissent aujourd'hui (ainsi que de nombreuses études sur le jus de chou parues, à la même époque, dans des revues russes). Le facteur de guérison du chou en matière d'ulcère est le S-Méthylmethionine, un acide aminé souffré, parfois appelé « vitamine U », bien que ça ne soit pas une vraie vitamine. On sait que cet acide aminé est un puissant anti-ulcérogène. De manière intéressante, l'étude de 1956 notait que 31,9% des patients étaient guéris par le placebo, tant il y a une tendance naturelle des ulcères à se guérir d'eux-mêmes avec du repos, une diminution du stress, et le « sentiment que quelque chose de constructif est mis en œuvre pour diminuer la dou-

leur de l'ulcère ». Nous parlerons de cette dimension à le mois prochain.

Dernier bon point pour le chou : il est riche en vitamine C, dont le taux est généralement bas dans le liquide gastrique des personnes atteintes d'ulcères. Mais il n'y a pas que le chou que l'on peut fermenter. Il est intéressant de fermenter la plupart des légumes. Et vous trouverez sur le net de nombreuses recettes de légumes fermentés en saumure. En les faisant vous-mêmes, vous serez sûr(e) qu'ils sont fermentés dans de l'eau salée, et pas simplement marinés dans du vinaigre, comme c'est le cas dans les versions industrielles.

Coco, banane, gingembre

La noix de coco, sous toutes ses formes (lait, eau, chair, graisse), a prouvé ses capacités à diminuer les symptômes d'ulcères de l'estomac et à réduire les reflux gastriques. La banane est également un excellent allié pour lutter contre les ulcères. Elle aide tout d'abord à produire davantage de mucus gastrique, dont le rôle est de protéger les cellules et la muqueuse gastrique. Mais vous ne savez peut-être pas que la poudre de bananes séchées serait également un excellent remède contre les ulcères. Révélé en 1990 par la revue *The Lancet*, ce bienfait de la poudre de banane a été confirmé en 2013 sur des rats (*Complementary and Alternative Medicine Online*). Et pour faire cette poudre, rien de plus simple : coupez les bananes en fines tranches, laissez sécher au soleil, dans un four ou avec un déshydrateur. Mixez en fine poudre. Elle peut être consommée mélangée avec un peu de miel. Enfin, dernier aliment, facilement trouvable : le gingembre. Ce rhizome présente des effets prouvés à la fois pour lutter contre *Helicobacter Pylori* (*Molecular Nutrition and Food Research*, 2007) et pour prévenir des ulcères (*Journal of Ethnopharmacology*, 1998).

Bref, les ulcères constituent des lésions qui peuvent évoluer en troubles bien plus graves, mais la nature fournit tout un ensemble d'alliés, dont les effets sont prouvés, pour en guérir. ■



Sociologue de formation, **Yves Patte** enseigne en Belgique le travail social et l'éducation à la santé. Il est également coach sportif et nutritionnel. Le mode de vie paléo représente la rencontre entre ses différents centres d'intérêt : un mode de vie sain, le respect de la nature, l'activité physique et sportive, le développement individuel et social. Il publie régulièrement sur <http://www.yvespatte.com> et <http://www.sportiseverywhere.com>.



Le régime paléo est bon pour le foie



L'accumulation de graisses dans le foie (stéatose hépatique) est un phénomène très répandu dans nos sociétés modernes. Il augmente avec l'âge et favorise la résistance à l'insuline, le diabète et le surpoids. Pour une étude de l'Université Umea (Suède), parue dans *International Journal of Obesity*, 70 femmes ménopausées et obèses en bonne santé ont suivi soit un régime faible en lipides, soit un régime paléolithique. Au bout de 6 mois, la graisse hépatique avait diminué de 64 % dans le groupe paléo et de 43% dans l'autre groupe. Au bout de deux ans, la graisse du foie avait baissé de 50% dans le groupe paléo et de 49% dans l'autre groupe. En conclusion, le régime paléo a un effet favorable et durable pour le foie, vraisemblablement via une diminution de la charge glycémique des repas.

(Source : La Nutrition.fr)

Poisson & pollution

La consommation de poisson, et singulièrement de poisson gras, fait l'objet d'un consensus diététique. Cependant, la pollution des mers par les métaux lourds et la présence de mercure dans la graisse des poissons marins poussent à la prudence pour les femmes enceintes. Parue dans *l'American Journal of Epidemiology*, une étude espagnole apporte à cet égard des conclusions rassurantes : malgré les polluants, les enfants de futures mamans consommant au moins 340 g de poissons marins par semaine ont obtenu de meilleurs scores lors de tests évaluant leur développement neuropsychologique. Ces tests étaient effectués à 14 mois et à l'âge de 5 ans.

Bio & oméga-3

Effectuée à l'Université de Newcastle et publiée dans le *British Journal of Nutrition*, une analyse de 196 études portant sur le lait et de 67 sur la viande montre que le lait et la viande biologiques sont beaucoup plus riches en acides gras oméga-3. C'est particulièrement vrai pour le lait entier bio, qui en contient 57% de plus que le lait entier conventionnel. Cela tient bien sûr à la manière dont sont nourries les vaches.

Santé & émulsifiants

Au congrès « *Gut Microbiota for Health World Summit* » qui vient de se dérouler à Miami, un immunologue américain a présenté une étude indiquant que les émulsifiants (lécithine, carragènes, gomme xanthane, polysorbates...) ne sont peut-être pas aussi inoffensifs qu'on le pense généralement. Ces substances améliorant la texture des aliments sont en effet soupçonnées de contribuer au syndrome métabolique et aux maladies inflammatoires de l'intestin. Dans l'étude portant sur des souris, les additifs ont provoqué des colites, des gastro-entérites, de l'hyperglycémie et de l'obésité. Les émulsifiants seraient nocifs pour le mucus protégeant le tube digestif et ils empêcheraient ainsi les bactéries anti-inflammatoires de faire leur travail. (Source : MediQuality)

Huile d'olive & glycémie

Dans un article paru dans *Nutrition & Diabetes*, des chercheurs de l'Université de Rome avancent que l'huile d'olive vierge extra limite l'élévation du glucose sanguin. Pour leur étude, le même repas méditerranéen a été servi sans huile, avec de l'huile de maïs ou avec de l'huile d'olive. Deux heures après, les participants du dernier groupe avaient significativement moins de glucose et de cholestérol-LDL dans le sang. Cet effet pourrait jouer un rôle important dans les bénéfices cardiovasculaires de la diète méditerranéenne.

Recevez-vous Néosanté Hebdo ?



- Un **éditorial inédit** ou un article en avant-première
- Des liens vers des **sites** ou vers des **vidéos**
- Des **offres promotionnelles** pour des **livres** ou des **DVD** de notre médiathèque



Pour vous abonner **gratuitement** et la recevoir chaque **mercredi** dans votre boîte mail, allez à la page d'accueil de

www.neosante.be
et inscrivez-vous



VIDÉOS

Les vaccins discutés



En amorce du pseudo débat lancé en France pour « redonner confiance en la vaccination », le Pr François Bricaire, de l'académie de Médecine, s'est fendu d'un vibrant plaidoyer pour les vaccins. Dans une série de vidéos réalisées par l'Agence Info Libre, le biologiste Michel Georget lui déjà apporté une contradiction argumentée. De son côté, le Dr Marc Vercoûtère (photo) (re) monte au front dans une série d'entretiens accordés à AC Productions. Le médecin radié y critique radicalement ce qu'il appelle le « dogme vaccinal ». Toutes ces vidéos ont été relayées par le site d'Initiative Citoyenne

www.initiativecitoyenne.be

SITE INTERNET

Médecine nouvelle



Lancé le 1er mars, le nouveau site de Caroline Markolin est toujours entièrement consacré à la médecine nouvelle du Dr Hamer. Dans cette nouvelle version, vous trouverez un résumé des cinq lois biologiques, le décodage de centaines de maladies accessibles via un index, les diagrammes et tableaux synoptiques montrant les zones du cerveau et les différents feuillets embryologiques impactés par les conflits biologiques, ainsi que 103 exemples de scanners cérébraux avec leurs « foyers de Hamer ». Contenant aussi un agenda des événements (au Canada), des témoignages et des cas cliniques, le site propose en outre de suivre une formation payante à distance, par webinaires et tutoriaux. Malheureusement, tout cela en anglais seulement.

www.learlingnm.com

CITATION

« L'art de la médecine consiste à distraire le malade pendant que la nature le guérit. »

Voltaire

MAGAZINE

Psychosomatique



Dans son numéro d'avril, le magazine *Cerveau & Psycho* publie un dossier pour « mieux comprendre les troubles psychosomatiques ». Et la couverture du mensuel d'en dresser une petite liste : maux de ventre, lombalgie, eczéma, infertilité et... cancer ! En pages intérieures, on y trouve en effet deux articles sur l'influence de la psyché dans la genèse du cancer, dont l'un d'Yvane Wiat (voir son interview dans *Néosanté* N°40). Ces articles traitent seulement des « personnalités à cancer » et des prédispositions liées aux troubles de l'attachement, mais c'est bien la première fois qu'un organe de presse « conventionnel » ose parler du cancer comme d'une maladie psychosomatique.

www.cerveauetpsycho.fr

WEB TV

Autre vision



Après sept mois de problèmes techniques l'ayant empêchée de prendre son envol, la Web TV S17.TV renaît sous la forme d'une plateforme de vidéos à la demande, disponibles en streaming ou en téléchargement. On y trouve les anciennes émissions de la chaîne, un pack de 60 vidéos résumant les 15 ans de travail de Sonia Brakallah sur les expériences de mort imminente, ainsi qu'une nouvelle émission, « *Des étoiles pas comme les autres* », présentée par Doushka Esposto, qui met en lumière des personnalités méconnues ayant pourtant « une autre vision du monde » à partager.

www.s17.tv

Devenez DIFFUSEUR DE néosanté

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

(pour souscrire, voir page 39)

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



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

Optimiser son cerveau avec LE NEUROFEEDBACK DYNAMIQUE

Insomnie, anxiété, troubles de l'attention, épilepsie et même handicap physique ou mental... Une technique issue de l'électroencéphalographie, le neurofeedback, promet d'optimiser l'activité cérébrale, donc l'état des malades. Venue des Etats-Unis, elle est restée cantonnée à un niveau expérimental en Europe, jusqu'à l'apparition en 1999 d'un neurofeedback non médical venu du Canada. Accessible à tous, le Neuroptimal, contrairement au neurofeedback classique, agit en dehors de l'activité volontaire du patient. Assis dans un fauteuil avec cinq capteurs autour de la tête, celui-ci n'a qu'à se relaxer en écoutant de la musique pour obtenir des améliorations parfois spectaculaires ! Alertés par plusieurs témoignages, nous avons mené l'enquête.

ARTICLE N° 95

Par Emmanuel Duquoc

C'est en 1972, à la faveur du développement de l'électroencéphalographie, cette technologie médicale qui permet d'enregistrer l'activité électrique du cerveau par l'intermédiaire d'électrodes placées sur le cuir chevelu, que s'est développée la technique du neurofeedback. Cette année-là, pour la première fois dans l'histoire de la médecine, une jeune femme de 23 ans souffrant d'une épilepsie rebelle à tout traitement, parvint, en quelques séances d'observation de sa propre activité cérébrale, à la contrôler volontairement jusqu'à voir disparaître ses crises...

Cette réussite était le fruit de longues années d'observation et de découvertes fondamentales. Dès les débuts de l'électroencéphalographie, il avait été remarqué que l'état intérieur d'une personne était corrélé aux fréquences électriques produites par le cerveau. Par exemple, sur un spectre général de 1 à 42 hertz correspondant à l'activité cérébrale, la bande des 8 à 12 hertz se déploie quand la personne se trouve dans un état proche de la relaxation. Mais la vraie trouvaille qui allait présider au développement du neurofeedback fut réalisée dans les années 1950 à l'Université de Chicago par le psychologue Joe Mamiya. En reliant un électroencéphalographe à un ordinateur qui produisait un son plus ou moins aigu en fonction de la fréquence des ondes cérébrales enregistrées, il se rendit compte qu'à la suite d'un entraînement, chacun pouvait produire volontairement les ondes alpha de la détente. Une fois ces ondes activées, la personne ressentait une détente et un niveau d'énergie supérieur et ce, de manière durable. En 1968, le professeur de neurobiologie Barry Sterman fit une autre découverte qui allait bientôt faire de l'électroencéphalographie un outil proprement thérapeutique. Il parvint à entraîner des chats à développer une bande de fréquence alors inconnue, le rythme sensorimoteur (entre 12 et 15 hertz), qui apparaît dans les zones motrices du cerveau de l'animal quand il est totalement immobile mais vigilant, par exemple lorsqu'il guette une souris. Un état de détente physique mais relié à une conscience précise de l'environnement. Le hasard voulut que Barry Sterman fut appelé par la NASA pour étudier le lien entre un composé chimique combustible de fusée et l'épilepsie. Injectant le produit à un certain nombre de chats dont certains avaient préalablement accru leur rythme sensorimoteur, il eut la surprise de constater que ceux entraînés résistaient à l'apparition des crises.



Soulagement de l'épilepsie et de la douleur

Le neurofeedback actuel est le fruit de ces découvertes fortuites. Aujourd'hui encore, c'est en les entraînant à développer les ondes cérébrales voulues qu'il soulage les patients souffrant d'épilepsie rebelle aux traitements médicamenteux. Avec succès. Une méta-analyse menée sur 250 patients a montré que 82 % des malades traités par neurofeedback présentaient une réduction de leurs crises de plus de 50 %. Un score appréciable quand on sait qu'actuellement, un tiers des épileptiques ne bénéficient d'aucun traitement efficace. Pour toutes les maladies traitées par neurofeedback, le principe est le même : permettre au patient de visualiser l'activité d'une zone cérébrale impliquée dans ses symptômes. Ce dernier, par entraînement mental, apprend à moduler à la hausse ou à la baisse l'activité de cette zone jusqu'à l'apaisement. Si aujourd'hui, le neurofeedback par électroencéphalographie reste le plus répandu, une nouvelle génération de neurofeedback par imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) permet de cibler plus pré-

ciement les zones du cerveau impliquées dans tel ou tel symptôme. La douleur par exemple. En 2005, Christopher de Charms, neurobiologiste de l'Université de Stanford démontra lors d'une étude sur 36 patients qu'il pouvait les entraîner à l'apaiser efficacement. L'IRMf permettait en effet de visualiser en temps réel l'activité du cortex cingulaire antérieur, une minuscule zone du cerveau impliquée dans la perception douloureuse. Pour le patient, l'activité du cortex cingulaire antérieur était représentée par un feu dont l'intensité traduisait l'amplitude des signaux cérébraux mesurés. En cherchant à apaiser le feu par entraînement mental, les patients ont appris à atténuer la perception douloureuse de manière significative.

Depuis les débuts de la discipline, plus d'un millier d'études scientifiques ont cherché à évaluer les effets de l'observation de l'activité cérébrale par le patient sur sa capacité à la contrôler favorablement. L'une des

À l'instar du biofeedback, qui permet de contrôler certaines réactions corporelles, le neurofeedback permet d'influencer l'activité électrique du cerveau. Avec sa version dynamique, le Neuroptimal, cela se fait de manière passive et involontaire.

plus probantes est celle du psychobiologiste néerlandais Martijn Arns. Portant sur 1149 personnes souffrant de TDAH (troubles de l'attention avec hyperactivité), elle concluait à un degré d'efficacité

significatif si elle était couplée aux médicaments et thérapies cognitivo-comportementales. Dernière application du neurofeedback : la régulation des émotions. En apprenant à apaiser l'activité de l'insula, une zone impliquée dans la reconnaissance de ses émotions et celles d'autrui, des patients atteints de phobie sociale parviennent à soulager leurs symptômes. Inversement, la stimulation de cette zone serait utile aux psychopathes qui, souffrant d'une incapacité à activer leur insula à la vue de la souffrance d'autrui, ignorent le sentiment d'empathie...

En marge du système psychiatrique

Ces perspectives sont réjouissantes ; seulement voilà, en Europe, le neurofeedback peine à se développer en dehors de protocoles expérimentaux... La France, qui fut pourtant pionnière en la matière au début des années 1980 sous l'influence d'Antoine Rémond, fondateur du laboratoire d'électroencéphalographie et de neurophysiologie appliquée (Lena/CNRS), a peu progressé en ce domaine, faute de financements. C'est sur ce fond de stagnation de la recherche que se sont multipliés dans toute l'Europe les cabinets privés proposant, en marge du système psychiatrique et du réseau médical classique, des séances de neurofeedback d'un type

Le neurofeedback dynamique peut apaiser l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil ou de l'attention, mais aussi améliorer la motricité des handicapés physiques, des parkinsoniens ou même des sportifs, et faire reculer les symptômes de la maladie d'Alzheimer ou de l'autisme.

radicalement différent : le neurofeedback dynamique. Non médical et ne nécessitant aucun diagnostic, son protocole d'utilisation est le même pour tous les clients, malades ou pas. Le praticien pose cinq capteurs sur la tête et les oreilles du

client, confortablement installé dans un fauteuil. Ceux-ci sont reliés à un boîtier d'électroencéphalographie qui amplifie les signaux électriques émis par le cerveau et les dirige vers un ordinateur équipé du logiciel NeuroOptimal™, commercialisé par la société Zengar Institute, lequel les analyse 256 fois par seconde tandis qu'une musique ou un film est diffusé. Chaque fois que les signaux cérébraux indiquent la naissance d'une turbulence en s'écartant de leur tendance moyenne, le logiciel coupe le son de la musique ou interrompt brièvement le déroulement du film.

Le neurofeedback dynamique, comment ça marche ?

À la différence du neurofeedback classique qui mesure l'amplitude moyenne de l'activité électrique de différentes zones du cerveau, le neurofeedback dynamique ne s'intéresse qu'aux variations instantanées de l'activité électrique cérébrale en les comparant aux variations enregistrées précédemment. Le mode opératoire est radicalement différent. Dans le cas classique, on compare l'activité cérébrale de la personne à une norme de référence représentant un cerveau normal tout en lui demandant d'atteindre cette norme par un entraînement volontaire. Dans le Neuroptimal, la personne est passive. Confortablement installée dans un fauteuil, elle ne doit rien faire de particulier. Dans de telles conditions, le cerveau approche d'une activité dite « de base », activité qui se manifeste lorsque l'on ne consacre pas son attention à une tâche. Le logiciel Neuroptimal considère que les pics d'activité électrique du cerveau, les turbulences, peuvent être la traduction de l'activation de neurones, non pas en fonction de nécessités du moment, mais du passé. Autrement dit, ces turbulences peuvent signaler que le cerveau est en train de dédier une partie de son activité à des situations qui n'ont plus d'actualité. Ce peut être le cas des traumatismes, qu'ils soient physiques ou psychiques. C'est lorsque l'activité cérébrale amorce l'une de ces turbulences que la micro-coupeure du son intervient. Sous l'effet de la surprise, même si l'interruption est subliminale, le système nerveux central réalise une vérification de son activité. Si la turbulence n'est pas liée à la nécessité présente, il active des neurones inhibiteurs qui vont sélectivement mettre fin à l'activation inutile des neurones concernés. Lorsque le phénomène se répète un certain nombre de fois, ces activations erronées s'étiolent. Le phénomène peut se produire au cours d'une seule séance de 33,30 minutes. Ce fut le cas de Mario Viara, auteur avec le psychothérapeute Michel Meignant, d'un documentaire sur le sujet : « Le bonheur est dans les neurones ». Le vidéaste a vu disparaître une insomnie vieille de trente ans en une seule séance de Neuroptimal. Ce fut aussi le cas d'un praticien de Neurofeedback pour une association d'aide aux enfants handicapés qui, après une seule séance, remarqua dès le lendemain qu'il courait plus vite en jouant au football avec ses amis. Après qu'on lui en ait fait la remarque, il réalisa qu'une tension musculaire qu'il avait à la cheville à la suite d'une entorse avait disparu. Le cerveau envoyait en permanence des messages de protection à la cheville, comme si le traumatisme était actuel, jusqu'à ce qu'il réalise l'inutilité de ces activations.

Gagner en énergie en ne faisant rien...

Cette micro-coupeure, audible ou non, constitue le feedback. Prévenu par ces messages subliminaux d'une possible activation neuronale erronée, le cerveau se régulerait sans sortir de sa propre norme de fonctionnement. C'est par ce protocole ne demandant aucun effort que le neurofeedback dynamique indique pouvoir apaiser angoisses, dépression, troubles du sommeil ou de l'attention, améliorer la motricité des handicapés physiques, des parkinsoniens ou même des sportifs, faire reculer les symptômes de la maladie d'Alzheimer ou de l'autisme, mettre fin à la souffrance scolaire, améliorer les résultats des enfants en échec et enfin, gagner en énergie et en joie de vivre. Tout ceci, en ne faisant



rien ! Avouez-le, il y a de quoi être dubitatif devant de telles allégations. Jusqu'à ce que quelqu'un vous dise avoir vu sa vie transformée par cette méthode. Ce fut le cas il y a deux ans quand Yves Rasir, le rédacteur en chef de *Néosante* en personne, me raconta son aventure. En novembre 2013, à la suite d'une commotion cérébrale survenue lors d'un match de football, il avait développé des vertiges et surtout des névralgies faciales atrocement douloureuses. « *J'avais essayé l'allopathie, l'homéopathie, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture, sans résultat. Pendant deux mois, j'avais souffert de douleurs quasi permanentes.* » Puis, Yves s'offrit une séance de Neuroptimal chez une praticienne de Bruxelles. « *Du jour au lendemain, mes douleurs ont définitivement cessé... J'ai été pris de tremblements de la tête aux pieds et puis plus rien* », observait-il. Enthousiaste, il a poursuivi l'expérience jusqu'à ce jour à raison d'une séance par mois. « *Je me sens plus calme. Je gère mieux le stress qu'avant. J'ai les idées plus claires et je suis plus concentré.* »

Intrigué par un tel récit, j'ai voulu mener ma propre étude il y a un peu plus d'un an. J'y avais un intérêt personnel. Mon fils alors âgé de douze ans présentait une vraie détresse : anxieux, introverti, peinant à explorer et à s'investir dans les jeux comme dans les apprentissages, il rencontrait de sérieuses difficultés scolaires. Il mémorisait difficilement, paniquait devant le moindre énoncé de mathématiques, l'esprit subitement confus, et partait chaque matin pour l'école avec un nœud au ventre. Après une première séance d'où il semblait sortir détendu, j'ai décidé de louer le Neuroptimal auprès de l'ADNF, Association pour la diffusion du neurofeedback en France et d'en faire profiter des volontaires autour de moi. Dix personnes se sont prêtées à mon étude pour une durée de deux mois. Leurs désirs de changements étaient divers, depuis le simple souhait d'optimisation personnelle jusqu'à l'espoir de soulager les symptômes d'une maladie grave. Deux mois plus tard, les résultats étaient impressionnants. Mon fils s'est transformé dès la quatrième séance. Il est devenu enthousiaste, s'est fait des amis, comprend les mathématiques, part à l'école en sifflotant le matin et affiche d'excellents résultats scolaires. Un autre enfant est passé d'une dysorthographe diagnostiquée à un bon niveau en orthographe. Un homme d'une cinquantaine d'années présentant de légers troubles du rythme cardiaque ne les a plus. Une femme souffrant d'une grave maladie dégénérative, la maladie de Charcot, a constaté une amélioration de sa motricité, malgré l'évolution défavorable de sa maladie. Les autres ont constaté une amélioration de l'humeur, un meilleur sommeil ou une vie onirique plus riche. Quant à moi, je suis devenu une personne décontractée et je peux enfin tenir en équilibre sur les mains... Si tout le monde n'a pas obtenu précisément les améliorations ciblées qu'il souhaitait, personne ne regrette le test... Mieux : un an et trois mois après cette expérience, les bénéfices se sont maintenus chez la plupart des participants. Seule la personne malade a, depuis, subi une nouvelle aggravation de son handicap liée à l'évolution de sa pathologie.

Du côté des psychothérapeutes et des psychiatres, le neurofeedback dynamique se déploie à un rythme soutenu malgré un coût d'investissement non négligeable. « Neuroptimal est une révolution dans la psychothérapie », s'enthousiasme Michel Meignant, président de l'Association

française de psychothérapie. « *Je l'utilise depuis 2013 et il est devenu un complément indispensable de ma pratique* », témoigne Dominique Serdon, psychiatre libérale à Angers. Malgré ces résultats étonnants, le neurofeedback dynamique ne suscite pas l'adhésion de tous...

Qui veut la peau du Neuroptimal ?

Par exemple, dans le magazine français *L'Express* du 24 septembre 2014, un article consacré au pouvoir guérisseur de l'esprit sur le corps accuse : développement incontrôlé en marge du réseau médical, séances au prix fort. « *Aucune étude scientifique sérieuse n'a permis de confirmer les bienfaits de cette machine. Cela ne nous aide pas à crédibiliser nos travaux* », regrette le chercheur de l'Hôpital la Pitié-Salpêtrière à Paris Olivier Pallanca. Pourtant, vérification faite, même si les études ne sont pas légion, il en existe bel et bien. La plus officielle a été réalisée par le CNRS d'Amiens. Elle concerne les effets du Neuroptimal sur les troubles de l'attention. Conclusion : une amélioration d'au moins 40 % chez au moins 83 % des personnes ayant bénéficié d'au moins 20 séances. Par éthique personnelle, Val et Sue Brown, les fondateurs de ce neurofeedback ne participent à aucune étude de validation de la technique. En revanche, Val a créé un programme qui simule le neurofeedback sans le réaliser réellement, permettant ainsi d'en étudier les effets en double, voire en triple aveugle : sans micro-coupure, avec micro-coupures aléatoires ou avec micro-coupures ciblées. Ce matériel est à la disposition des chercheurs qui le souhaitent

Intrigué par les témoignages, j'ai mené moi-même une petite étude sur une dizaine de personnes : résultats impressionnants, notamment pour mon fils dont les difficultés scolaires se sont évaporées dès la 4^e séance de neurofeedback.

mais pour le moment, bien peu s'y sont frottés. Craindraient-ils des résultats trop favorables ? Parmi les adversaires acharnés du Neuroptimal, citons également Michel Le Van Quyen, neurologue spécialiste de l'épilepsie qui dirige un groupe de recherche à l'Institut du cerveau et de la moelle épinière à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Dans « *Les pouvoirs de l'esprit* », ouvrage par ailleurs passionnant et bien documenté publié en 2015 chez Flammarion, le scientifique déplore : « *En France, l'application du neurofeedback est quasiment ignorée. (...) Une des raisons de cette situation catastrophique est la perte de crédibilité en ce domaine à la suite de la diffusion incontrôlée, à partir des années 1980, d'un dispositif - Le Système Neuroptimal - censé apporter des résultats spectaculaires dans le développement des facultés cérébrales. La plupart des thérapeutes disant pratiquer le neurofeedback l'utilisent de fait. À partir de deux électrodes posées sur le crâne afin d'enregistrer l'activité cérébrale, un algorithme qui demeure inconnu détecte des événements mystérieux et provoque une interruption de la musique.* »

Bizarre... Notre expert ne semble pas très bien renseigné. Le Neurofeedback dynamique n'utilise pas deux électrodes mais cinq. Il n'est pas arrivé sur le marché dans les années 80 mais en 1999. L'algorithme utilisé n'est pas tenu secret puisqu'il fut décrit en 1949 par le neuropsychologue canadien Donald Hebb. Seules les valeurs de coefficient attachées à chaque bande de fréquence sont cachées pour des raisons de protection industrielle. Quant aux événements mystérieux en question, ce sont tout simplement les turbulences de l'activité électrique cérébrale. Tous ces éléments sont expliqués en détail dans l'ouvrage de Corinne Fournier et Pierre Bohn qui diffusent le neurofeedback en Europe : *Le neurofeedback dynamique* (éditions Dangles, 2011). Et si ces deux formes de neurofeedback, volontaire et involontaire, étaient complémentaires ? Faute de volonté de le vérifier, l'invention de Sue et Val Brown reste la plus accessible pour qui veut faire l'expérience du neurofeedback. ■

DEUX QUESTIONS À VAL BROWN

concepteur du Neuroptimal



Docteur en psychologie clinique et informaticien, Valdeane Brown, après avoir travaillé pendant plusieurs années avec le neurofeedback classique, a entièrement révisé sa logique d'intervention pour mettre au point un neurofeedback qui ne fait pas appel à l'activité volontaire. Avec son épouse Susan, il est l'inventeur du Neuroptimal, seul système de neurofeedback entièrement automatisé et non médical. Il nous en a expliqué le principe.

Néoanté : vous êtes le créateur du seul Neurofeedback passif : pourquoi ?

Val Brown : Neuroptimal est passif parce que nous ne voulons pas que l'utilisateur essaye consciemment de changer quoi que ce soit. En effet, l'activité consciente entrave la capacité du système nerveux central à faire l'une des choses qu'il fait le mieux : traiter l'information. Mon épouse et associée, Susan Dermit Brown, en tant que docteur en psychologie clinique, a publié dans le domaine de la réactivité cardiovasculaire. Elle savait de par ses travaux que ce que quelqu'un « essaye » de faire consciemment face aux situations ambiguës, non seulement est presque toujours incorrect mais le perturbe dans sa capacité à réagir correctement par la suite. Avec Neuroptimal, on ne pousse pas quelqu'un à être différent. On se contente de donner au cerveau une information sur ce qu'il vient de faire.

N : Vous vous êtes inspiré des arts internes pour créer ce neurofeedback ?

V.B. : C'est exact. Dans le yoga, l'important n'est pas jusqu'où vous allez dans la posture, mais comment vous y allez. Non pas faire la posture idéale mais revenir à l'harmonie intérieure. C'est ce que disent les Yoga Sutra de Patanjali : « *Réunifier, relâcher les turbulences de la conscience* ». Le but de NeuroOptimal® est précisément de fournir au système nerveux central une information sur ce qu'il vient juste de faire - les turbulences dans son activité - de sorte que celles-ci puissent être relâchées et que la conscience retourne au présent, laissant partir les traumatismes passés, les réflexes d'adaptation erronés, les sentiments d'anxiété, la distraction, etc

RÉFÉRENCES

- **Kamiya J.** (1962), « *Conditioned discrimination of the EEG alpha rhythm in humans* », *Proceedings of the Western Psychological Association*.
- **Sterman M., LoPresti R., Fairchild M.,** (1969), « *Electroencephalographic and behavioral studies of monomethyl hydrazine toxicity in the cat* », *Aerospace Medical Research Laboratory. AMRL - TR - 69 - 3 : 1 - 8..*
- **Sterman M., Mac Donald L.R.** (1978), « *Effects of central cortical EEG feedback training on incidence of poorly controlled seizures* », *Epilepsia* 19 : 207 - 222.
- **M. Arns et al.**, « *Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD : the effects on inattention, impulsivity and hyperactivity : a meta-analysis* » in *Clinical EEG Neuroscience*, vol 40, pp. 180- 189, 2009
- **deCharms R.C., Maeda F., Glover G.H., Ludlow D., Pauly J.M., Soneji D., Mackey S.C.**, (2005), « *Control over brain activation and pain learned by using functional MRI* », *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* 102 : 18626 - 18631.
- **J. Alvarez, Fl. Meyer, Di Granoff, A. Lundy** (2013) *Impact du neurofeedback NeuroOptimal sur la Déficience cognitive Post Cancer*. Fondation pour la recherche appliquée sur le cerveau de l'Ohio Cleveland USA
- Etude pour le traitement du **Trouble du Déficit de l'Attention et Hyperactivité (TDAH)** au Laboratoire de Neurosciences Fonctionnelles et Pathologies du CHU d'Amiens (UMR 8160, unité du CNRS).
- **Nathalie Gunther & Noëlle Duforest** (2013) *Impact du neurofeedback NeuroOptimal sur des patients atteints de Pathologies fronto-temporales, sur le stress, l'anxiété du conjoint-aidant et la relation de couple. Étude de La Pitié Salpêtrière*

ANCIENS NUMÉROS



Vous pouvez acheter les anciens numéros à la pièce (*papier* ou numérique*) ou vous procurer toute la collection (*numérique*) voir page 39

* le numéro 5 est épuisé

Vous pouvez aussi les commander en ligne dans la boutique du site www.neosante.eu

ABONNEMENT

FAITES VOTRE CHOIX PARMIS LES 7 FORMULES

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

Nom: Prénom:

Adresse:

Code Postal: Ville: Pays:

Adresse E-mail:@.....

Tél: Portable:

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

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

ANCIENS NUMÉROS :

Je commande toute la collection de revues déjà parues en format numérique (55 numéros) - 90 €
mon adresse mail est:

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55								

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

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

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

Par virement bancaire

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

Par paiement électronique (Paypal, cartes de crédit & débit) via le site www.neosante.eu

date et signature:

Je désire une facture.

Mon N° de TVA est



À LIRE !

Le livre-référence de la nouvelle médecine du sens

LES MALADIES, MÉMOIRES DE L'ÉVOLUTION

Dr Robert Guinée



Depuis plus de 25 ans, le Dr Robert Guinée vérifie dans sa pratique le bien-fondé des travaux du Dr Ryke Geerd Hamer, qu'il a épluchés dans le texte en allemand. Dans cette seconde édition de son livre, enrichie et augmentée de plus de 100 pages, le médecin belge expose de nouveaux cas cliniques (notamment plusieurs cas de cancers du sein), apporte de nouvelles réflexions et fournit de nouvelles données scientifiques validant les 5 lois biologiques de la nature définies par le Dr Hamer. À travers cet ouvrage de référence, Robert Guinée plaide pour un changement du paradigme médical et un accès à une vision holistique de la santé, où la primauté serait enfin accordée à deux chaînons trop longtemps manquants, à savoir le psychisme et le cerveau, dans la genèse et dans l'évolution des maladies.

L'ouvrage le plus rigoureux et le plus complet écrit en français sur les découvertes du Dr Hamer

560 pages - Index de 400 mots

Où trouver ce livre ?

Dans toutes les bonnes librairies et sur les sites de vente en ligne.

NOS DIFFUSEURS :

- Belgique : La Caravelle (Tél : 02 240 93 28)
- France : Soddil (Tél : 01 60 34 37 50)
- Suisse : Transat Diffusion (Tél : 022 960 95 23)
- Canada : La Canopée Diffusion (Tél : 14502489084)

Vous pouvez également vous procurer ce livre dans la boutique du site

www.neosante.eu