

Le sens des maux, les solutions bio n°71

néosanté

Revue internationale de santé globale

Mensuel - 7^e année - 5 € (Belgique) - 6 € (France + UE) - 8 CHF (Suisse) - 10 \$ (Canada)

octobre 2017

DÉCODAGES

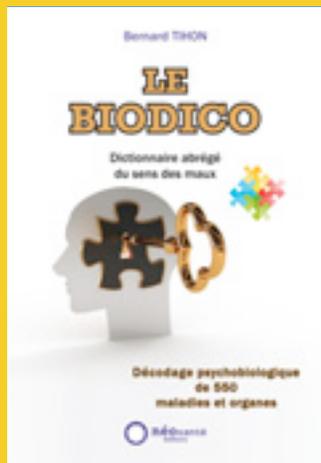
Lupus

Clavicule

Neurodermite

Spondylarthrite
ankylosante

NOUVEAU!



Le BIODICO est arrivé

AVANTAGE NATURE

Gare à la glycation

BIEN-ÊTRE

La démocratie du cœur

PALÉONUTRITION

Du microbiote à
l'holobionte

Interview



SABRINA DEBUSQUAT
La pilule, ce scandale sanitaire majeur

CANCER

Les failles de la vision officielle

Un dossier du Dr Robert Guinée

Un espoir appelé pissenlit

Une enquête d'Hughes Belin



ISSN 2295-9351



9 772295 935107

LE SOMMAIRE

N°71 octobre 2017

SOMMAIRE

Éditorial	p 3
Santéchos	p 4
DOSSIER : Cancer, les failles de la vision officielle	p 6
Interview : Sabrina Debusquat	p 12
CAHIER DÉCODAGES	
- La clavicule	p 15
- La spondylarthrite ankylosante	p 16
- Le lupus érythémateux	p 17
- Rubrique « Le plein de sens »	p 18
Dermatite, fantôme d'anesthésie	
- Décodagenda	p 19
- L'ÉVIDENCE DU SENS : La vérité, qu'est-ce que c'est ?	p 20
<i>La rubrique de Jean-Philippe Brébion</i>	
CAHIER RESSOURCES :	
- La glycation	p 21
- Naturo pratique: Propre sans se laver	p 22
- Bon plan bien-être : La démocratie du cœur	p 23
- Paléonutrition: Du microbiote à l'holobionte	p 24
- Nutri-infos	p 25
- Espace livres	p 26
- Outils	p 27
Article n° 112 : Le pissenlit va-t-il vaincre le cancer ?	p 28
Abonnement : 7 formules au choix	p 31



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 – Dépôt légal à parution

Directeur de la publication & rédacteur en chef:
Yves Rasir

Journalistes :

Carine Anselme, Michel Manset, Dina Turelle,
Pryska Ducœurjoly, Emmanuel Duquoc, Hughes
Belin

Corrections :

Ariane Dandoy

Abonnements :

secretariat@neosante.eu

Website & layout :

Siham Mrassi

Ont collaboré à ce numéro :

Bernard Tihon, Jean-Philippe Brébion, Yves Patte,
Jean-Brice Thivent, , Benoît Szablewski, Dr Robert
Guinée

Photo de couverture : 123RF

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

DYNAMITONS LES DOGMES !

C'est vrai, ça, qu'est-ce qu'on attend pour faire exploser les mythes et les mensonges que la sainte médecine classique nous balance à longueur d'année du haut de sa chaire académique ? Pourquoi se taire quand les « experts » et autres pontes de l'establishment médical nous prennent pour des blaireaux, des ânes ou des moutons ? N'est-il pas temps de contester vigoureusement la doctrine et les dogmes de l'allopathie pasteurienne ? Lorsque l'actrice Isabelle Adjani, le 3 septembre dernier, a manifesté sa vive opposition aux obligations vaccinales françaises et aux vaccinations en général (*lire page 27*), j'ai senti cette intrépide sortie médiatique comme un véritable électrochoc : quand il ne s'en laisse pas conter et qu'il est bien informé, un simple citoyen peut très bien enrayer les rouages de la propagande, mettre en évidence les contre-vérités officielles et montrer à qui veut voir que le roi est nu. Certes, le patient n'a que rarement le « background » nécessaire au débat scientifique. Mais avec du bon sens et quelques arguments puisés dans de bonnes lectures, il y a déjà moyen de bousculer les certitudes établies. Comme l'a si bien exprimé madame Adjani, il ne faut plus avoir peur d'affronter « *les gens qui savent et nous prétendent ignorants* » car la science dont ils sont imbus est truffée d'incohérences trahissant une flagrante inconscience. C'est particulièrement évident dans le domaine des vaccins : il a suffi de quelques minutes à l'inoubliable héroïne de *L'été meurtrier* pour flinguer leur contestable utilité, leur douteuse efficacité et leur prétendue innocuité. Et au terme de sa brève plaidoirie, elle a conclu que l'inoculation de maladies et d'adjuvants toxiques à un nouveau-né équivalait à « *détruire l'éclat biologique d'un être* » et que « *ce crime contre l'immunité sera un jour assimilé à un crime contre l'humanité* ». Je suis complètement en phase avec ces deux phrases. Pour moi, tout vaccin est une maltraitance grave et une forme de barbarie dont nos descendants se demanderont dans quelques décennies comment elle a bien pu exister.

Parmi les axiomes à balayer d'urgence, il y a également celui de la contraception orale assimilée à un geste normal et banal. Pour la Faculté, une grande majorité de gynécos et, en définitive, une large proportion de l'opinion, la pilule est une sorte de bonbon qui n'a rien de mauvais. Illustration : il y a quelques mois, j'ai été semoncé par le parti écologiste belge pour avoir critiqué son soutien à la distribution gratuite de pilules contraceptives dans les centres de planning familial. C'est quand même dingue ! Les écolos politisés s'inquiètent de la pollution par les pesticides et les plastiques mais ne voient pas d'inconvénient à ce qu'un redoutable perturbateur endocrinien soit consommé quotidiennement par les femmes et les jeunes filles. Faut-il rappeler que la perturbation du système hormonal est le principe même de ce médicament empêchant la grossesse ? Dans l'interview qu'elle nous a accordée (*lire pages 12 à 14*), Sabrina Debusquat souligne qu'un des composants de la pilule est mille fois plus puissant que le Bisphénol A, substance récemment interdite dans les boîtes de conserve et les biberons. Cette jeune journaliste française vient de sortir un livre accablant et riche en révélations sur la pilule et ses innombrables effets secondaires. Ce qui frappe en le lisant, c'est que Sabrina n'a finalement pas débusqué grand-chose : les dangers sont tus ou minimisés par les autorités mais ils sont avérés et figurent même sur les notices. Le motif majeur de l'omerta réside dans l'obscurantisme scientifique qui absout d'avance l'artificial et entretient la croyance selon laquelle les méthodes naturelles de contrôle des naissances ne peuvent pas rivaliser. C'est totalement faux et l'ouvrage « *J'arrête la pilule* » dégomme aussi ce préjugé.

Dans les idées reçues à dynamiter, il y a précisément celle de l'infériorité foncière de la nature par rapport à la médecine « dure », par exemple le peu d'efficacité de la phytothérapie par rapport aux molécules de synthèse. La vérité, c'est que des remèdes oubliés et des plantes communes mieux étudiées peuvent soigner très efficacement. L'enquête de notre journaliste Hughes Berlin (*lire pages 28 à 30*) montre que c'est peut-être le cas concernant la racine de pissenlit et le cancer. La malaria ? On vous a déjà dévoilé (*Néosanté n° 48*) que ce fléau pouvait être prévenu et combattu par une simple tisane d'Artémisia, la plante qui fait trembler Big Pharma tant ses multiples vertus se vérifient. À propos du paludisme, soyez attentifs à vos programmes télé au cours des semaines à venir : suite à la parution de notre article, un cinéaste de nos amis s'est emparé du sujet et son film documentaire va prochainement passer sur des chaînes belges et françaises. Ramdam garanti car le mythe de la supériorité chimique y est anéanti ! Mais parmi les dogmes à dézinguer, il y a bien sûr celui que nous jugeons comme le plus funeste, à savoir la conception de la maladie comme événement insensé et maléfique. On va encore vous parler du cancer (*lire pages 6 à 11*) car la vision officielle de cette affection est particulièrement fertile en failles et en faiblesses. En fait, la théorie classique charrie tellement d'absurdités antilogiques qu'elle ne tient absolument plus debout. Je sais que ce dossier du Dr Robert Guinée est un peu compliqué à lire pour le commun des lecteurs. Mais son contenu atomise tellement la thèse allopathique dominante que j'ai décidé de le publier tel quel. Car ébranler les paradigmes dépassés, c'est la raison d'être de *Néosanté*.

Yves RASIR

● Animaux & obésité



Une étude canadienne vient de confirmer que la présence d'animaux domestiques dans une famille est corrélée avec un moindre risque de souffrir d'obésité. Parce que les propriétaires de chiens sont bien obligés de les promener ? Non, parce qu'un animal de compagnie exerce une influence sur la flore intestinale humaine ! Les chercheurs ont en effet établi un lien entre la quantité de deux types de bactéries, *Ruminococcus* et *Oscillospira*, dans le microbiote d'enfants et les contacts qu'ils ont eus avec les chiens et les chats dans leur prime enfance. Or des recherches précédentes ont démontré que ces deux micro-organismes sont moins présents dans l'intestin des personnes obèses. Attention : le lien de causalité n'est pas encore prouvé. L'étude canadienne démontre seulement que la présence d'animaux domestiques est associée à une flore plus riche. Mais si cela peut convaincre les jeunes parents de ne pas se débarrasser de leur animal dès que bébé arrive, c'est déjà ça !

● Allaitement & endométriose

L'endométriose, maladie très douloureuse qui voit des tissus utérins se développer en dehors de l'utérus, touche environ 1 femme sur 10. Il n'existe aucun traitement curatif et aucun facteur de risque modifiable n'avait jusqu'à présent été identifié. C'est désormais chose faite : selon une vaste étude prospective relatée dans le *British Medical Journal*, il y a un lien inverse entre l'allaitement maternel et le risque de développer cette affection. Comparées aux femmes qui n'ont jamais allaité, celles qui ont donné le sein pendant au moins 36 mois au cours de leur vie ont un risque d'endométriose réduit de 40%. Probablement parce que l'allaitement prolonge l'aménorrhée et augmente les taux circulants d'ocytocine et de prolactine. Mais sans doute aussi parce que l'endométriose découle d'un conflit psycho-émotionnel bien précis : celui de la conception impossible du fait que « le foyer est ailleurs ». Rien de plus normal que les mères allaitantes soient dès lors mieux protégées...

● Vaginose & probiotiques

La vaginose bactérienne est probablement l'infection vaginale la plus fréquente : on estime que 20 à 30% des femmes en sont atteintes. L'antibiothérapie donne des résultats immédiats dans 80% des cas mais avec un risque de rechute de 66%, ce qui indique bien que la cause principale de la vaginose réside dans le déséquilibre de la flore vaginale, appauvrie en lactobacilles. Plusieurs études cliniques récentes indiquent d'ailleurs qu'une cure de probiotiques permet de restaurer un microbiote équilibré et de limiter le risque de récurrence. L'une d'entre elles vient d'être réalisée en double aveugle contre placebo avec le produit Physioflor : ce probiotique vaginal a permis de diminuer de moitié la récurrence de la vaginose. Et chez celles qui ont récidivé, le retour des symptômes a été retardé de 28%. (Source : *Journal International de Médecine*)

● Vitamine D & médicaments

Les personnes âgées prenant cinq médicaments par jour, ou davantage, présentent un risque nettement accru d'être carencées en vitamine D. C'est ce qui ressort d'une étude réalisée par l'Université de Wageningen (Pays-Bas) auprès de 873 seniors vivant à domicile. Parmi les sujets polymédicamentés, 77% présentaient un déficit en vitamine D, dont 49% un manque sévère. Ce sont les antidiabétiques, antibiotiques, anticoagulants, hypotenseurs, diurétiques et antidépresseurs qui semblent exercer la plus grande influence. Non seulement les vieilles personnes sont trop souvent privées de soleil, mais les drogues qu'on leur donne les privent de ses bienfaits ! (*European Journal of Clinical Pharmacology*)

● Fièvre & convulsions

Un mythe de plus à démontrer : non, les médicaments fébrifuges ne préviennent pas les convulsions fébriles ! C'est ce qui a été dit au dernier Congrès de la Société française de Pédiatrie. Il est reconnu depuis plusieurs années que l'on ne doit administrer un traitement à un enfant fébrile que s'il ressent un inconfort. Et la Haute Autorité de Santé (HAS) a rappelé en octobre 2016 que la normalisation de la température ne permettait pas de prévenir les convulsions. « Pourtant cette notion a encore du mal à entrer dans les mœurs et beaucoup de praticiens prescrivent encore systématiquement un traitement antipyrétique » a déploré le Pf Treluyer, chef de service de pharmacologie clinique à l'hôpital Cochin de Paris.



● Artemisia afra guérit l'ulcère de Buruli !

En plus de soigner le paludisme et la bilharziose, et peut-être le cancer et le sida, l'armoise s'avère capable de vaincre l'ulcère de Buruli, cette terrible maladie endémique en Afrique. La variété africaine de l'*Artemisia* a été testée en République Démocratique du Congo par le Dr Jérôme Munyangi et son équipe. Le protocole consistait dans la consommation d'une tisane pendant 14 jours et l'application d'une crème contenant un extrait de la même plante pendant 28 jours. Chez ceux qui ont suivi le traitement complet, la guérison a été totale, sans qu'une intervention chirurgicale soit nécessaire. (Source : www.iwerliewen.org)

● Antibiotiques & résistance

Encore un dogme à expédier aux oubliettes : jusqu'à présent, on avait toujours dit aux consommateurs d'antibiotiques qu'ils devaient achever la cure sous peine de contribuer au développement de résistances bactériennes. Même quand leurs symptômes ont complètement disparu, les personnes infectées sont incitées à finir le traitement pour éviter un réveil de l'infection et l'apparition de souches microbiennes capables de déjouer le médicament. Problème : cette recommandation classique ne repose sur aucune donnée scientifique sérieuse. Dans un article intitulé « *The antibiotic course has had its day* » et publié début août dans le prestigieux *British Medical Journal*, des chercheurs viennent de vendre la mèche en déclarant que l'argument de la biorésistance imputable à l'interruption prématurée du traitement n'était nullement prouvé.

● Poppers & maculopathie

C'est une petite étude de 12 cas seulement, mais elle montre sans ambiguïté que l'usage régulier de poppers – une drogue récréative très prisée des homosexuels – est associé à un risque d'effets secondaires oculaires. Le Dr Rebecca Rewbury et ses collègues de l'Université de Brighton (Royaume-Uni) ont mis en évidence que la consommation à long terme de ce produit stimulant entraîne une dégénérescence de la macula. Celle-ci est cependant réversible car six des personnes suivies ont retrouvé leur acuité visuelle en arrêtant de sniffer les petites bouteilles qui font « pop ». (*British journal of Ophthalmology*)

● Divorce & santé des enfants

Une séparation parentale douloureuse a des conséquences sur la santé des enfants jusqu'à l'âge adulte, selon une étude publiée dans les *Comptes rendus de l'Académie américaine des Sciences* (PNAS). Pour cette recherche, 201 adultes en bonne santé ont été exposés au virus du rhume puis observés pendant cinq jours. Ceux dont les parents avaient divorcé et ne s'étaient plus parlé pendant des années ont présenté trois fois plus de risques de s'enrhumer que ceux dont les parents avaient rompu mais étaient restés en contact. Tous les divorces ne sont donc pas égaux sur l'échelle du stress infantile : c'est plutôt l'absence de communication entre ex-époux qui impacte négativement le système immunitaire des enfants et augmente leur vulnérabilité aux maladies longtemps plus tard.

ZOOM

La danse est l'amie des neurones



Mambo, chachacha, tango... pour garder un cerveau en pleine forme, même en prenant de l'âge, dansez ! Telle est la nouvelle réjouissante que révèle l'étude d'une équipe de l'Université de Magdebourg (Allemagne). On le sait hélas, en vieillissant, le cerveau s'altère lentement. Notamment certaines structures comme l'hippocampe, impliqué dans la mémorisation et la navigation spatiale, perdent de la matière grise (neurones). Les études en imagerie cérébrale sont implacables : le volume hippocampique se réduit de 2 à 3% par décennie, puis de 1% par an à partir de 70 ans... Mais, bonne nouvelle, c'est précisément dans cette zone que l'on a découvert la production de nouveaux neurones (neurogenèse), tout au long de la vie. Et l'on sait désormais comment favoriser ce phénomène.

Une des méthodes est l'exercice physique. « De nombreuses études ont montré que l'activité physique stimule la formation de nouveaux neurones », explique

ainsi Pierre-Marie Lledo, professeur à l'Institut Pasteur, le spécialiste français de la neurogenèse. « En se contractant, les muscles libèrent notamment des protéines (myokines). Via la circulation sanguine, celles-ci vont activer la libération dans le cerveau de facteurs nutritifs (trophiques) comme le BDNF (brain-derived neurotrophic factor) qui stimule la prolifération de bébés neurones et augmente leur survie. »

À court terme, l'activité physique modifie aussi le métabolisme de l'organisme : le rythme respiratoire et cardiaque augmente, améliorant le flux sanguin du cerveau. Résultat : les niches de cellules souches situées près de zones richement vascularisées sont plus actives. À long terme, l'activité physique augmente par ailleurs la taille et le nombre des micro-vaisseaux du cerveau. Ce qui apporte plus d'éléments nutritifs et d'oxygène notamment aux cellules souches. L'équipe de Notger Müller a entrepris de comparer les effets de la danse à ceux du sport aérobique sur la structure du cerveau. Faites donc du sport, cure de jouvence pour les neurones ! Oui, mais lequel ? « Pour obtenir ce bénéfice, l'activité physique doit être aérobique, c'est-à-dire un exercice soutenu de longue durée (plus de vingt minutes) provoquant une hausse du rythme cardiaque et respiratoire (vélo, jogging, natation...). », répond Pierre-Marie Lledo.

Et si une autre forme de sport était aussi bénéfique ? C'est la question que l'Université de Magdebourg s'est posée. L'équipe de Notger Müller a ainsi entrepris de comparer les effets de la danse (qui fait intervenir en plus de l'exercice physique des aspects multisensoriels) à ceux du sport aérobique, sur la structure du cerveau. 52 personnes en bonne santé âgées de 63 à 80 ans ont été divisées en deux groupes. Pendant 6 mois, elles ont reçu deux cours hebdomadaires de 90 minutes, soit de fitness classique (endurance, étirements...), soit de danse, puis une séance par semaine pendant 12 mois. Le contenu du cours de danse comprenait l'apprentissage de nombreuses chorégraphies variées, avec différents pas empruntés au chachacha, mambo... et de nombreuses positions d'équilibre. Le volume de l'hippocampe a été mesuré par imagerie à résonance magnétique avant, après et en cours d'étude. Observation : les deux groupes voient l'augmentation du volume de l'hippocampe, surtout dans les sous-structures de l'hippocampe gauche. Mais dans le groupe « danse », on note l'augmentation de deux zones en plus, le girus denté (où sont produits les nouveaux neurones) et le subiculum.

Par ailleurs, d'autres tests ont révélé que le groupe de danseurs avaient au final de meilleurs scores aux tests d'équilibre.

« Ceci indique que, mis à part l'entraînement physique, les autres facteurs inhérents à la danse contribuent aux changements de volume de l'hippocampe aussi, assurent les auteurs, qui concluent : par conséquent, la danse constitue un candidat prometteur pour contrer le déclin lié à l'âge des capacités physiques et mentales. »

Source : Elena Sender (spécialiste des neurosciences au magazine *Sciences & Avenir*)

● IPP et mortalité

Prescrits et même, pour certains d'entre eux, en vente libre pour diminuer l'acidité gastrique, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont utilisés quotidiennement par des millions de personnes dans le monde. Or de récents travaux ont alerté sur les effets indésirables possibles des traitements prolongés : insuffisance rénale, néphrite interstitielle aiguë, fractures ostéoporotiques, démence, infections à *Clostridium difficile*. Une nouvelle et vaste étude ne devrait pas apaiser les inquiétudes soulevées par ces mises en garde. Plus de 350.000 personnes sous IPP ont été suivies pendant 6 ans et leur risque de mortalité a été comparé à celui de patients prenant d'autres médicaments ou ne suivant aucun traitement. Bilan : le risque de décès toutes causes confondues est significativement augmenté par la prise régulière des inhibiteurs de pompe à protons, surtout lorsqu'aucune pathologie gastro-intestinale n'est documentée. Un gigantesque scandale iatrogène de plus ! (*British Medical Journal Open*)

● Espérance & placebo

L'effet placebo demeure nimbé de mystère. La thèse du conditionnement ne peut notamment pas expliquer les effets obtenus chez des sujets n'ayant pas encore été traités avec le médicament testé. Dans cette situation, c'est l'attente positive du patient concernant l'amélioration de son état qui semble être le moteur. C'est ce qu'ont voulu vérifier des chercheurs américains : un groupe de malades dépressifs a reçu de façon explicite un antidépresseur éprouvé (essai ouvert) et le groupe de contrôle a été enrôlé dans un essai clinique classique (le médicament contre placebo). Autrement dit, les patients du premier groupe savaient d'emblée avoir 100% de chances de recevoir un traitement actif, et ceux du second groupe seulement une chance sur deux. Résultat ? Les « scores d'espérance » dans l'efficacité du traitement étaient significativement plus élevés dans le groupe ouvert. C'est donc bien l'effet escompté qui s'ajoute à l'efficacité intrinsèque du remède.

CANCER :

LES AUTRES FAILLES DE LA VISION OFFICIELLE

DOSSIER

Par le Dr Robert Guinée

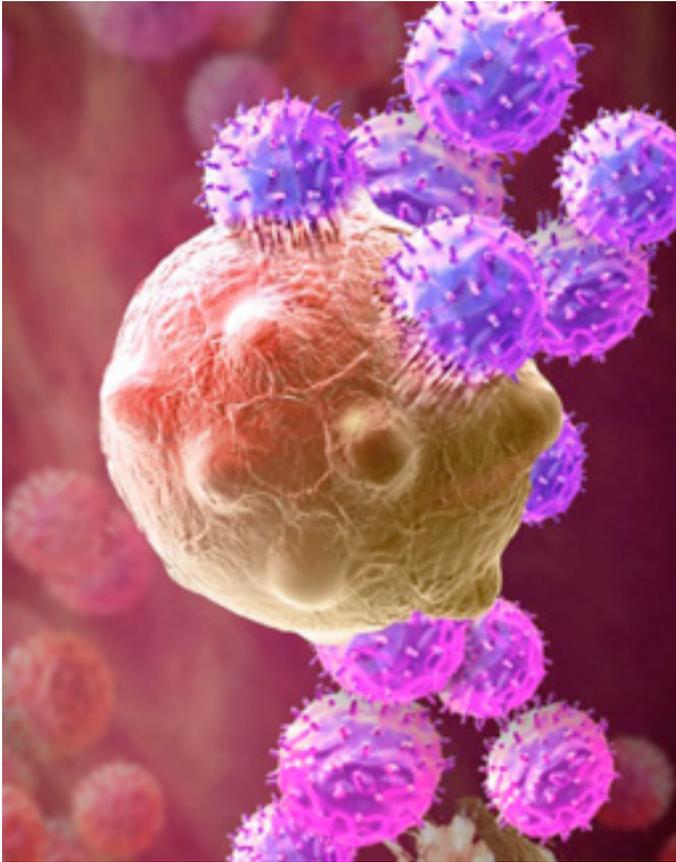
Durant sa carrière, le Dr Robert Guinée a accompagné de nombreux patients atteints de divers cancers. Et nombre d'entre eux lui ont fait part de l'impuissance de leur oncologue à fournir des réponses à leurs interrogations : Pourquoi un sein et pas l'autre ? Pourquoi à tel âge et pas à un autre ? Pourquoi certains meurent de cancer alors que tout le monde produit périodiquement des cellules cancéreuses ? Pourquoi certaines personnes développent plusieurs tumeurs et meurent d'autre chose ? Toutes ces questions sans réponses, et bien d'autres, trahissent les faiblesses et les incohérences de la théorie classique du cancer. Dans l'article « Le mythe des métastases » (Néosanté n°18), écrit par une proche collaboratrice du Dr Hamer, nous avons déjà mis le doigt sur certaines d'entre elles. Dans le long texte que nous publions ce mois-ci en guise de dossier, le Dr Guinée attire l'attention sur beaucoup d'autres failles de la vision officielle. Ce qui est particulièrement intéressant, c'est que le médecin belge retraité ne s'appuie pas seulement sur les travaux de son confrère allemand disparu en juillet dernier, mais également sur les écrits et les expériences de chercheurs totalement étrangers aux thèses hamériennes. Pour apaiser les peurs de ses patients cancéreux et les ouvrir à une compréhension différente de leur maladie, le Dr Guinée leur résumait oralement pendant une heure les observations scientifiques ne cadrant pas avec les dogmes oncologiques en vigueur. Voici, en exclusivité pour Néosanté, la transcription exhaustive de cet exposé (ré)informatif.

Rappelons d'abord succinctement la vision officielle en vigueur jusqu'à la fin du XX^e siècle : le cancer survient au départ d'une cellule mature et fonctionnelle qui se « transforme » pour devenir cancéreuse ou « maligne ». En fait, cette théorie du clone cellulaire qui a si longtemps prévalu était une des conséquences du « dogme de la théorie cellulaire du cancer ». Selon cette dernière, toute cellule présente un double cycle cellulaire. Durant sa période de maturité, elle entame une dédifférenciation, perd dès lors ses spécificités, et redevient embryonnaire. Après quoi, pour assurer l'homéostasie de l'organisme par rapport aux cellules qui meurent, elle donne naissance à une cellule jeune et elle-même se redifférencie, pour se spécialiser à nouveau. Mais, chez les futurs cancéreux, la cellule jeune ou dédifférenciée ne se redifférencie plus, et le cancer est alors initié.

Les causes possibles invoquées pour cette transformation unidirectionnelle maligne et définitive (« les cellules cancéreuses auraient commis le péché d'immortalité ! ») sont multiples, notamment les substances cancérogènes dont la liste ne finit plus de s'allonger et au sujet desquelles les conclusions des études peuvent diverger (par exemple café et cancer du pancréas...), les infections virales, les radiations ionisantes, le vieillissement, l'hérédité dans certains cas... etc.

Avec le temps et au fur et à mesure des divisions cellulaires, des mutations se produisent dans ces cellules. Il en résulte qu'elles échappent au contrôle de l'organisme et gagnent en nocivité. Elles se détachent alors et envahissent, en un premier temps, les tissus voisins puis forment des colonies à distance ou « métastases » (du grec μετά ἰσθμῖ ou méta istèmi, qui se place ailleurs dans l'espace et après dans le temps) en leurrant le système immunitaire et en empruntant à la nage les divers réseaux vasculaires : artériels, veineux et lymphatiques. Le cancer peut alors « se généraliser » et, à ce stade, le patient est considéré comme proche de son décès. Cette théorie m'a été enseignée durant les années 1970. Elle est restée en vigueur jusqu'à ces dernières années. Elle reposait sur de nombreuses observations cliniques, épidémiologiques, génétiques... etc. À ce jour, l'immense majorité des patients et des soignants en est encore toujours très « imprégnée ».

Demeurant comme « rivés » à l'unipolarité organique des animaux et de l'humain ainsi qu'à une approche uniquement quantitative, celle de tout ce qui est mesurable, la grande majorité des médecins avaient, dans ces conditions, des raisons compréhensibles d'adhérer à cette vision quasi élevée au rang de dogme. Pourtant, les travaux, déjà anciens mais toujours d'actualité, effectués par H. LABORIT, où il traite des niveaux d'organisation du vivant et surtout du développement, suite à l'inhibition de l'action, du cancer au départ de cellules cancéreuses déjà présentes dans le corps, semblent avoir été et sont encore soit méconnus, soit ignorés, au moins en oncologie. En outre, des faits d'observations cliniques n'étaient déjà pas au début, et ne sont toujours pas davantage explicables dans le cadre de la conception officielle. J'y reviendrai ultérieurement. Par ailleurs, à ma connaissance, dans les études officiellement invoquées comme références, l'approche statistique des chocs psychiques possiblement en relation avec l'avènement d'un cancer donné ne prenait et ne prend



toujours en compte que le seul événement sensé avoir constitué un choc, « vu exclusivement de l'extérieur ». Et non la façon dont, au départ de son « ressenti » individuel traumatique à cet instant et durant tout un temps, « le patient l'a métabolisé », dans le sens plein du terme et ce, en fonction de son parcours de vie (2^e sens du titre de la seconde édition de mon livre). C'est pourquoi, selon les études et donc, inévitablement et surtout, selon l'histoire et les ressentis des personnes qui y avaient participé, les résultats se sont avérés discordants quant à la mise en évidence, dans les meilleurs cas, de « corrélations statistiquement significatives » entre les événements de type chocs pris en compte et la survenue des cancers étudiés. Néanmoins, ces corrélations ne constituent pas des relations de cause à effet. Tout ceci a donc mené à l'hostilité envers cette origine déclarée non scientifique et rejetée par une majorité de médecins. Or, dans son combat qui dura toute sa vie pour faire évaluer puis reconnaître ses travaux, le Dr R.G. HAMER se fondait sur le principe de base ou 1^{er} postulat de toute évaluation scientifique, à savoir que « toutes conditions étant égales, le phénomène doit être reproductible ». Lui-même ne s'y est pas dérobé à plusieurs reprises et chaque fois avec un succès total, ainsi que j'ai pu en être personnellement témoin, durant un week-end, à la Clinique pédiatrique universitaire de Gelsenkirchen sous l'autorité bienveillante du Prof STEEMANN. Jamais, il n'a renoncé alors qu'il avait eu à essuyer tant d'insultes et d'accusations graves par la volonté de mésinformation manifeste de la part des médias officiels et de celle de la presse médicale. J'applique donc à leur « pseudo-journalisme » la phrase suivante que TALLEYRAND avait déjà énoncée : « *Tout ce qui est excessif est insignifiant !* ». Par contre, les facteurs de risques sont toujours considérés comme de la plus haute importance, bien qu'ils souffrent eux aussi de nombreuses exceptions, mais eux sont quantifiables ! Certains, notamment l'alcool et le tabac, sont même souvent abusivement désignés comme étant la cause d'un cancer, ce qui culpabilise d'autant « les fautifs » envers eux-

Étant donné l'impact de la vision « diabolique » classique (les cellules malignes sont démoniaques) sur l'évolution des patients, il faut attirer l'attention sur la différence entre cette hypothèse et une théorie constituée d'éléments solidement prouvés.

mêmes, envers leur entourage, voire aussi aux yeux de certains soignants... et les fragilise d'autant dans leur nouveau parcours. Pour toutes les raisons que je viens d'exposer et d'autres qui vont suivre, la théorie officielle aurait dû, à mon sens, plus justement être présentée comme « une hypothèse ou un ensemble d'hypothèses de travail », ce qui est légitime pour toute démarche scientifique. Étant donné l'impact fréquent de cette vision « diabolique » (les cellules malignes sont démoniaques) sur l'évolution des patients, qui lui confèrent une importance primordiale et décisive, il me semble légitime d'attirer l'attention sur la différence entre une théorie constituée d'éléments solidement prouvés et une hypothèse de travail, laquelle ne peut prétendre à la même force probante.

Les découvertes d'André Gernez

Assez récemment, j'ai eu l'occasion d'entendre une conférence de feu le Docteur A. GERNEZ et collègues. Après de nombreuses vérifications, ce brillant médecin originaire de la région de Roubaix avait fait part, en 1967, de sa nouvelle conception qui mettait à mal le dogme précité, depuis longtemps en vigueur à l'époque. En fait, il avait découvert l'existence des cellules souches dès 1952. En 1997, le Professeur Lucien ISRAËL confirmera sa découverte. Le Docteur A. GERNEZ en fut, sinon le vrai « découvreur », un des vrais pionniers. Selon le Dr. A. GERNEZ, on peut comparer l'organisme humain à une ruche d'abeilles. Dans pareille structure, seule la reine procrée, pas les ouvrières. Ces dernières, au travers de leurs diverses tâches, assurent le bon fonctionnement de la ruche puis meurent. Ainsi, selon lui, il y a, dans notre organisme, deux populations distinctes de cellules : les cellules différenciées (ou devenues ouvrières), qui le resteront toute leur vie jusqu'à leur mort, et les cellules jeunes ou souches. Afin de maintenir l'homéostasie de l'organisme, ces dernières donnent naissance à deux cellules différentes : l'une souche et l'autre « ouvrière » ou fonctionnelle. Selon le Dr. A. GERNEZ, sous l'action de cellules saines qui les éliminent régulièrement tant elles sont fragiles, ces cellules souches sont maintenues à un niveau assez stable et faible durant la plus grande partie de notre existence. Environ 7 ans avant la découverte du cancer, les cellules souches se mettent à proliférer selon une progression géométrique, tout comme durant l'embryogenèse également appelée organogenèse, ce qui débouche sur le développement d'un cancer. Durant ses conférences en vidéo et sauf erreur de ma part, je ne l'ai pas entendu invoquer de facteur(s) causal(aux) spécifique(s) à ce phénomène. Cependant, ces découvertes démentaient donc, déjà depuis tant d'années, l'origine proclamée unicellulaire du cancer. En effet, la médecine officielle postulait que la tumeur cancéreuse devait nécessairement se développer à partir d'une seule cellule adulte transformée. En outre, étant donné que les tumeurs cancéreuses

sont aussi constituées de populations cellulaires hétérogènes, cette origine monocellulaire me semble d'autant plus contestable. Pour sa part, s'inscrivant également en faux contre cette origine du cancer, le Dr. R.G. HAMER prend pour exemple le cancer débutant du col utérin, très accessible à l'observation, où des îlots de cellules cancéreuses sont environnés par des zones de tissus sains (*Fondement d'une Médecine Nouvelle, Tome I, p.103*). Pour terminer avec les exposés du Dr. A. GERNEZ et « rendre ainsi à César ce qui est à César », j'ajouterai que, dès 1970, il a aussi dénoncé le dogme, resté encore longtemps en vigueur par après, des neurones qui ne se divisaient plus après la naissance. À l'époque, il affirmait déjà que, dans notre système nerveux, les cellules souches constituent « la réserve neuroblastique » dont la reproduction est sous l'influence de l'hypophyse par l'intermédiaire de l'hormone de croissance.

Aujourd'hui, le nombre de cancers identifiés comme en provenance des cellules souches ne cesse d'augmenter.

La cellule cancéreuse est une cellule embryonnaire

À la page 132 de son ouvrage intitulé « *Métastases, vérités sur le cancer* », Laurent SCHWARTZ écrit ce qui suit : « *Pourquoi avoir parlé d'embryogenèse à propos du cancer ? Parce que, dans les deux cas, il s'agit d'un processus d'élaboration fort complexe, parce qu'au microscope une cellule cancéreuse et une cellule embryonnaire se ressemblent comme deux gouttes d'eau, parce que ce sont les mêmes facteurs de croissance qui sont sécrétés par les cellules cancéreuses et par les cellules embryonnaires et qu'enfin, ce sont les mêmes molécules qui stimulent ou inhibent leur croissance* ». Or, les cellules souches sont des cellules avec lesquelles nous naissons, et qui demeurent, en nombre beaucoup moins important une fois notre développement achevé, à l'état quasi embryonnaire. Elles se retrouvent à des endroits restreints dans nos tissus et y demeurent beaucoup plus tard durant notre vie. Bien qu'elles soient moins pluripotentes que les cellules embryonnaires, elles ne peuvent produire que les cellules spécifiques du tissu où elles vivent. J'en reparlerai à propos des métastases en citant Bruce LIPTON. Lorsqu'il s'agit de réparer un tissu, par exemple notre épiderme, ce ne sont pas les cellules hyperspécialisées dans sa protection, soit celles bourrées de kératine ou « *kératinocytes* », qui sont utilisées dans ce processus. Au contraire, cela fait appel aux cellules les plus jeunes, soit celles de la couche basale qui ne sont pas encore spécialisées. Dans le cas des *cellules embryonnaires ou cancéreuses ou souches, il me paraît donc assez logique de concevoir qu'elles servent à produire un nouveau tissu (« néoplasme ») dont la finalité est d'exalter la structure et la fonction du tissu spécialisé où s'exprime le conflit biologique.*

En fait, aux pages 440 à 443 de la seconde édition de mon livre, je traite de l'emploi du terme *différenciation*, tant pour l'embryogenèse que pour ce qui concerne les tissus cancéreux où il est question de degré de *différenciation ou grade*, c'est-à-dire de reproduction plus ou moins semblable par le tissu cancéreux du tissu spécialisé où il s'est développé. Ce qui vaut pour les cancers du sein vaut pour tous les autres.

Le mécanisme est globalement le même que pour le développement de l'enfant durant la grossesse : nos tissus se forment au départ des cellules embryonnaires indifférenciées, comme le sont les premières cellules après la fécondation. L'ensemble de nos tissus et organes est constitué à la fin de la période où leur différenciation est achevée, soit environ à la fin du 3^e mois. La période fœtale qui suit est essentiellement une période de croissance. À l'examen microscopique, le grade du cancer est d'autant plus élevé que les cellules sont moins différenciées (donc très cancéreuses ou très embryonnaires, donc d'autant proches de son initiation).

Par ailleurs, à la page 20 de son livre (voir bibliographie), Boris SIRBEY développe un raisonnement cohérent et tout à fait accessible à n'importe qui. Je le reproduis ici : « *Alors que, selon la médecine officielle, le cancer résulte de dysfonctionnements dans une cellule, elle ne nous fournit pas la moindre explication quant au pourquoi la nature a conservé une telle 'erreur de programmation' dans le patrimoine génétique des espèces. Sur de telles bases, on peut facilement admettre que le cancer soit totalement inutile à la survie. Dans ce cas, selon la théorie de l'Évolution, il devrait apparaître des individus moins sensibles, immunisés contre le cancer. Et comme il s'agit d'une maladie nuisible, ces derniers individus devraient se reproduire de préférence aux autres, ce qui aboutirait à éliminer automatiquement le cancer par le seul mécanisme de la sélection naturelle, dont la loi principale énonce que seuls survivent les individus*

les plus forts et les plus adaptés. Or, c'est bien le contraire qui se produit ». Outre que ceci rejoint la 5^e loi du Dr. R.G. HAMER, cette conclusion est également celle notamment du Professeur L. ISRAËL, du Professeur J.CI. SALOMON et du Dr. D. VIZA.

Le cancer est donc un processus biologique inextricablement lié à l'apparition de la vie sur terre et non une pathologie au sens propre.

Expériences interpellantes

Un certain nombre d'expériences, parfois anciennes, ont consisté à injecter une ou plusieurs cellules cancéreuses à des animaux.

- C'est ainsi qu'un certain Mc KINNEL, cité dans un article du Dr Dimitri VIZA (voir bibliographie) relate l'expérience suivante : le noyau d'une cellule tumorale (c'est-à-dire cancéreuse) est injecté dans l'œuf activé (c'est-à-dire fécondé) et énucléé (dont on a enlevé le noyau parental) d'une grenouille. *Cet œuf suivra un développement normal pour donner naissance à un têtard dont les noyaux de toutes les cellules sont des copies du noyau tumoral injecté dans l'œuf.*
- Dans ce même article, le Dr. Dimitri VIZA relate l'expérience bien connue effectuée par deux chercheurs, ILLMENSEE et MINTZ. Ces derniers ont injecté une cellule de tétatocarcinome dans le blastocyste (embryon de 3 jours) d'une souris. Ce cancer est considéré comme très agressif. Il se développe au départ de cellules embryonnaires très peu différenciées. *Cette souris naîtra et continuera pourtant à se développer tout à fait normalement. Certaines de ses cellules auront un noyau cancéreux et les autres cellules un noyau normal.* Par contre, selon le Professeur J.CI. SALOMON (voir bibliographie) et, plus récemment, selon les Drs M. ISRAËL et L. SCHWARTZ (voir bibliographie), la même expérience et d'autres semblables sur des mammifères (souris et rats) provoquent le cancer chez l'animal

adulte. Je propose donc ici **l'hypothèse** suivante : dans ce type d'expérience, les animaux qui développent un cancer seraient ceux dotés d'un système nerveux, lui-même support d'une certaine forme de psychisme.

- Dans les années 1950, des injections de cellules cancéreuses ont été effectuées sur des malades et prisonniers de guerre en bonne santé par le Docteur Chester SOUTHAM afin de tester les réactions et l'efficacité de leur système immunitaire. *Aucune de ces personnes n'avaient été informée de ce qu'il s'agissait de cellules cancéreuses. Aucun cancer ne fut observé.* Ce type d'expérience fut abandonné et le Dr. SOUTHAM fut sanctionné « pour pratiques frauduleuses ! ». Depuis, les procédures actuelles ont été élaborées, requérant le consentement éclairé des participants à tout essai clinique et à tout traitement, d'autant que ce traitement est lourd et risqué.

Tumeurs bénignes versus tumeurs malignes

Fondamentalement, il n'y a aucune différence entre elles, en ce sens qu'elles se conforment toutes pour leur évolution aux 5 lois biologiques du Dr. HAMER et ce, avec grande précision. En fait, c'est en fonction de la masse (intensité et durée) des conflits biologiques qui leur correspondent que se déroule leur croissance. Plus particulièrement, c'est surtout l'intensité qui s'exprime par la rapidité de la croissance tumorale. Ceci dit, l'intensité doit aussi être corrélée à la durée du conflit. Cette dernière conditionne, avec l'intensité, la masse de la tumeur qui est le reflet visible de la masse du conflit. Pour le Dr. R.G. HAMER, celle-ci correspond à ce que la personne accumule en elle de réaction durant la phase active. La tumeur bénigne est, en gros, celle qui a terminé sa croissance et qui ne « métastase » pas. En outre, au microscope, elle présente toutes les caractéristiques du tissu sain et différen-



Les métastases et leurs anomalies

Si développer un cancer se réduisait à l'apparition d'une tumeur, la panique et le désespoir déclenchés par ce diagnostic n'auraient que rarement des raisons d'être. En effet, à l'exception du cerveau (Dieu merci !), tout autre organe peut aujourd'hui être extirpé chirurgicalement et une greffe ou des médicaments peuvent le remplacer. Le problème serait ainsi définitivement réglé à moindres frais. L'existence possible de métastases, voire de « micrométastases », constitue en fait l'élément qui sème à tout moment, mais spécialement lors des examens de contrôle, l'angoisse et le doute même sur la simple possibilité de guérison. « *Le doute est le pire des maux, car il les suppose tous* » (François de La Rochefoucauld). Les oncologues, quant à eux, parlent surtout de rémissions au lieu de guérison (nous y reviendrons à propos de « la dormance des cancers »).

En outre, la maladie cancéreuse est généralement vécue comme ne faisant pas partie de la personne. Parmi d'autres expressions répandues, les patients disent en cas de récurrence : « *ma maladie m'a rattrapé* ». Étant donné qu'aucune maladie ne court derrière personne, je les invitais à se demander et les aidais à repérer quelle(s) souffrance(s) ils avaient à nouveau vécue(s). Pareille expression est compréhensible vu la conception officielle du cancer, qui désigne les cellules cancéreuses comme diaboliques (« malignes »), car ce sont elles nos ennemies mortelles et comme si c'étaient elles qui « décidaient de notre sort ». Elles ont en quelque sorte le pouvoir de nous tuer à leur guise. Elles « mènent la danse », et échappent à l'action de notre système immunitaire, devenant aussi toujours plus résistantes aux traitements et envahissant davantage notre corps pour se généraliser. Cette tendance à séparer toutes les maladies du malade, et pas seulement les cancers, confère à celles-ci, dès leur diagnostic posé et d'autant qu'elles ont une mauvaise réputation, un pouvoir qu'elles n'ont pas

forcément alors, ce qui fragilise les patients qui se demandent souvent comment lutter personnellement contre cet ennemi plus puissant qu'eux, le plus souvent invisible mais potentiellement léthal à plus ou moins longue échéance. Pour ma part, j'estime cette dernière expression inadaptée, car soutenue par la peur d'un ennemi omnipotent, ce qui fragilisera d'autant le patient lors de l'échec thérapeutique, et d'autant que le traitement proposé a d'abord été présenté comme incontournable en raison de « son efficacité certaine sinon absolue ».

cié dont elle dérive. Lorsqu'une tumeur diagnostiquée initialement comme bénigne reprend ultérieurement sa croissance, il faut envisager que cela résulte d'une récurrence du conflit, ce dernier pouvant, éventuellement mais pas obligatoirement, être demeuré en balance durant tout un temps. *En fonction du moment de son évolution, selon les 2^e et 3^e lois, où elle fera l'objet d'investigations, la tumeur sera diagnostiquée comme bénigne ou comme maligne. C'est pourquoi, beaucoup de tumeurs bénignes sont considérées comme des lésions « précancéreuses ».* Par ailleurs, selon le Dr. D. VIZA, « *la réversibilité, la renormalisation de la cellule cancéreuse est un phénomène bien connu et documenté depuis 1964, mais ignoré, d'une façon délibérée, par un establishment dont la philosophie ne pouvait admettre de tels faits* » (sic). La cellule cancéreuse, au même titre sinon davantage que la cellule saine, se caractérise par une instabilité biologique. Ceci met aussi à mal le fameux dogme de « l'immortalité de la cellule cancéreuse » isolée et cultivée avec ses seules cellules-filles dans une boîte de Pétri, et ainsi soustraite aux interactions de l'organisme dont elle provient. De fait, dans les conditions environnementales typiques aux patients atteints de cancers, on peut notamment observer l'apparition de nécroses au sein du tissu cancéreux.

Dans le même article, le Dr. D. VIZA écrit : « *Chez des organismes (triton, plantes...) où la police cellulaire est plus tolérante et la différenciation tissulaire plus malléable, où les cellules spécialisées ont la possibilité d'accepter des messages divers et de devenir autre chose quand le besoin s'en fait sentir, c'est-à-dire de régénérer des tissus normaux, le cancer est inconnu ou n'est qu'une manifestation de passage.* » (Il en est, à mon sens, de même chez l'humain, sauf en cas de masse trop importante du conflit). En effet, il suffit que l'animal se mette à refaire des tissus normaux et les cellules cancéreuses prennent part joyeusement à cette reconstitution. « *On peut encore citer des cas de redifférenciation de cellules de neuroblastomes, une tumeur entièrement maligne chez l'homme, qui spontanément peuvent perdre leurs caractéristiques de malignité et devenir des cellules ganglionnaires normales* » (sic). Je précise ici que ce médecin a été le rédacteur en chef de la revue « Différenciation », qu'il a créée en 1973.

Selon le Dr. Dimitri Viza, la renormalisation de la cellule cancéreuse est un phénomène bien connu et documenté depuis 1964, mais ignoré, d'une façon délibérée par l'establishment médical.

Des faits cliniques qui dérangent

Voici maintenant une série de faits cliniques qui ne collent pas avec la conception officielle des métastases :

- Les cancers de la peau appelés « basocellulaires » sont fréquents chez les personnes âgées. Ils évoluent lentement. Ils sont donc considérés comme facilement guérissables par une simple intervention locale, car ils sont « à faible malignité ». Pourtant, à l'examen microscopique et à la mise en culture *in vitro*, leurs cellules pousseront aussi bien et ressembleront en bien des points aux cellules de cancers réputés beaucoup plus malins et donc beaucoup plus graves parce que métastasiants (Prof. J.CI. SALOMON).
- Il arrive aussi que chez certains patients, contrairement à toute attente, l'ablation de la tumeur primaire s'accompagne de la régression de la ou des métastase(s) connue(s). J.CI. SALOMON cite le cas d'un cancer obstructif du côlon. Cette information recoupe celles identiques qui m'avaient été enseignées à propos d'autres cancers durant ma formation, il y a plus de 40 ans, mais dont j'ai oublié pour quels cancers cela avait été observé.

• Selon ce qu'en écrit le Dr. L. SCHWARTZ, *la capacité de la cellule cancéreuse à survivre dans le sang artériel, tout particulièrement lors de son passage dans le cœur, est très hautement improbable*, vu l'importance des forces du laminage et des tourbillons qui devraient alors s'exercer sur elle. Toujours selon lui, nous ne sommes pas encore capables de suivre à la trace une cellule cancéreuse à partir de son point de départ, ce qui laisse entendre que maints essais ont été conduits dans ce but. Le Dr. R.G. HAMER abonde dans ce sens pour la dissémination par voie artérielle. Pourtant, les moyens techniques ne manquent pas, dont le marquage des cellules avec des radioisotopes, notamment pour les tumeurs facilement accessibles (sein, thyroïde...).

• Le Dr. L. SCHWARTZ ajoute : « *Tout au plus pouvons-nous, en laboratoire, inoculer de telles cellules dans la queue d'une souris, là où l'on trouve la veine la plus accessible à la seringue, et repérer, esquisser grossièrement leur cheminement* ». À mon sens, ce type d'expérience est effectivement assez grossier et n'explique rien. Dans ce que j'ai pu en lire, les cellules allaient directement dans les poumons (comme pour toute injection intraveineuse) ou s'arrêtaient à l'obstacle placé sur la veine cave inférieure.

• Ainsi que je l'ai mentionné à plusieurs endroits dans la seconde édition de mon livre, il se produit souvent que *les cellules tumorales, durant leur trajet à distance, semblent ignorer les trajets vasculaires pourtant bien connus et décrits jusque dans leurs rapports intimes à un niveau tissulaire et donc incontestables. C'est, parmi tant d'autres, le cas du mélanome de l'œil qui « dribble » le filtre des capillaires pulmonaires pour métastaser dans le foie, un peu « comme si le parcours était fléché* ». Les métastases peuvent également montrer une prédilection pour des organes recevant nettement moins de sang que d'autres et surtout ne présentant aucun lien vasculaire direct avec la tumeur primaire (fréquence importante des métastases osseuses dans les cancers du sein, de la prostate et de la thyroïde). De fait, dans ces cancers, les métastases osseuses peuvent se localiser à grande distance de la tumeur primaire ou dans l'hémicorps controlatéral ! Dans cet ordre d'idées, *il est également difficile de comprendre que les reins ne sont pas très souvent le siège de métastases précoces à distance. En effet, chez l'adulte humain en santé, ils filtrent de l'ordre de 200 litres de sang par jour ! De même selon l'oncologie, nos muscles, qui reçoivent énormément de sang et qui constituent environ la moitié de notre masse corporelle, ne sont que très rarement le siège de métastase(s) d'une tumeur primaire située à une longue distance. Pour ma part, sur base de très nombreux documents médicaux, je n'ai jamais rien vu de tel en 28 ans d'accompagnement de patients atteints de cancers. Par ailleurs, il est décrit que certaines cancers (pourquoi pas tous ?) se caractérisent, davantage par rapport aux autres et en pourcentages variables, par le développement de « métastases cérébrales ». C'est notamment le cas du mélanome. *Cependant, le mélanome de l'œil, lui, n'envahit jamais l'autre œil (alors qu'il a une croissance en nappe) ni le cerveau qui est si près... ni la plante des pieds qui est une zone de ralentissement important de notre circulation sanguine, vu le nombre d'heures où nous restons assis, jambes fléchies*. Ce constat, que j'ai vérifié dans d'autres sources, est celui énoncé par le Dr. L. SCHWARTZ, aux pages 132 à 134 de son livre *Les métastases, vérités sur le cancer*. Mais surtout, **pourquoi n'a-t-on, à ma connaissance et d'après mes recherches, jamais observé de métastase(s) pulmonaire(s) au départ d'une tumeur cancéreuse du cerveau ?** Or, voir une cellule cancéreuse au microscope nécessite un grossissement très élevé. Les veines jugulaires qui drainent tout le sang du crâne constituent pourtant au moins l'équivalent d'« une autoroute de plusieurs (centaines de ?) milliers de bandes aboutissant directement*

Dans seulement 20% des cas de cancer, le décès survient du fait de l'accroissement du tissu tumoral, métastases comprises. À quoi a donc été utilisé l'argent de la recherche vu l'importance des 80% restants qui contredisent le dogme ?

aux poumons. De plus, *1 g. de tissu cancéreux comprend de l'ordre d'un milliard de cellules*. Ceci est une moyenne en raison des tailles possiblement différentes des cellules.

• **Les métastases se produisent et évoluent aussi selon les 5 lois biologiques** énoncées par le Dr. R.G. HAMER. Il n'y a là rien d'étonnant. En effet, selon B.H. LIP-
TON, qui a longtemps travaillé sur *les cellules souches (voir bibliographie), les cellules dérivées d'une seule et même cellule souche formeront cha-*

cune, selon le milieu de culture où on les place, un tissu mature différent. Je rappelle ici que, bien qu'elles soient moins pluripotentes que *les cellules embryonnaires, dans l'organisme, les cellules souches ne peuvent produire que les cellules spécifiques du tissu où elles vivent* dans notre corps (voir auparavant : *La cellule cancéreuse est une cellule embryonnaire*).

De fait, ceux qui ont une bonne expérience clinique des travaux des Drs R.G. HAMER et Cl. SABBAH retrouvent toujours le conflit correspondant « à chaque métastase » pour chaque endroit où on l'a décrite et vérifient aussi son évolution selon les 2^e et 3^e lois. En outre, « au pied du mur » et ne disposant pour seules informations que de celles relatives à l'âge, au sexe et à la latéralité au test de l'applaudissement spontané, le Dr. R.G. HAMER s'est montré capable, à plusieurs reprises, sur base du seul CT-scan du cerveau, d'identifier le cancer du patient et les « métastases », voire d'autres problèmes de santé « ne rentrant pas dans le cadre de son cancer ». Il s'agissait par exemple du diabète. J'en ai été témoin, ainsi que d'autres « vrais curieux ». Enfin, comme pour la phase active d'un cancer canalaire du sein, je rappelle que bon nombre de cancers, soit ceux dérivés de l'ectoderme ou du mésoderme nouveau, ont déjà leur « Foyer de HAMER » (F.H) au relais cérébral correspondant, la tumeur n'apparaissant que durant la phase de « post-conflicto-lyse », donc plus tard, une fois le conflit surmonté. Ces foyers sont d'autant visibles que les clichés sont de qualité (« on ne peut mettre en évidence que ce que l'on sait pouvoir trouver ») et que l'examineur est expérimenté et rigoureux.

• Dans une publication parue dans *Sciences & Avenir* et reprise par Yves RASIR (voir bibliographie), le Professeur D. KAYAT cite les résultats de chercheurs américains sur des cellules métastatiques chez 149 patientes atteintes de cancers du sein avec métastases aux poumons. *La comparaison entre les génomes des cellules cancéreuses mammaires et ceux des cellules métastatiques divergeaient fortement*. Pareil constat fait écho aux propos du Dr. R.G. HAMER, qui considère les métastases comme autant d'autres cancers (récidives, facettes différentes du conflit ou nouveau conflit) ainsi qu'aux travaux de B.H. LIPTON.

• **La généralisation tant redoutée** du cancer ne se produit pas chez 80% des patients décédés. J.CL. SALOMON déduit ces chiffres de *grandes séries d'autopsies, effectuées durant plus d'un siècle dans de nombreux centres de cancérologie*, sur des sujets pour qui le diagnostic de cancer avait été initialement posé. À mon sens, l'autopsie est une discipline médicale hautement fiable, et donc à preuve du contraire incontestable, d'autant qu'en l'espèce, le nombre de patients était élevé. « *Seulement dans 20% des cas, le décès survenait du fait de l'accroissement du tissu tumoral, métastases comprises* ». Dans les autres 80% des cas, les décès n'étaient pas imputables au cancer. Les causes létales mises en évidence consistaient en des pathologies susceptibles de survenir chez des personnes indemnes de cancer, à savoir : des troubles de la coagulation sanguine, des troubles neurologiques, des infections ou des états de cachexie. Tout ceci, selon J.CL. SALOMON n'a guère intéressé les oncologues de tout poil durant longtemps. À quoi a donc été utilisé si longtemps l'argent du peuple en matière de recherche, vu l'importance des 80% de décès qui contredisent le dogme ?

- À la page 139 au chapitre 22 de son livre « *Modèles expérimentaux des cancers* », J.CI. SALOMON écrit : « *Les analogies entre tumeurs expérimentales et tumeurs humaines ont frappé les esprits et se sont imposées, du moins pendant très longtemps. Aujourd'hui, on prête une plus grande attention aux disséminances* ». Selon lui, la plus grande disséminance réside dans le fait de l'absence ou la quasi-absence dans les modèles animaux de dissémination métastatique et de syndromes para-néoplasiques (par exemple sécrétion d'hormone anti-diurétique par certains cancers du poumon, cette hormone étant normalement sécrétée par la post-hypophyse). Le Dr. R.G. HAMER confirme cela pour les animaux vivants dans la nature et invoque pour l'expliquer le fait que « ces animaux n'ont pas de culture médicale », donc pas d'angoisses iatrogènes supplémentaires. Ils doivent résoudre leur conflit, sans quoi ils meurent, vu l'ampleur prise par leur tumeur, laquelle peut alors provoquer une insuffisance cardiaque. S'ils vivent plusieurs conflits, ils peuvent aussi développer plusieurs tumeurs, le plus souvent dans le même voisinage. Toujours selon lui, les animaux domestiques développent assez souvent des « métastases cancéreuses », parce qu'ils vivent dans la proximité immédiate des humains dont ils captent intensément les souffrances. Au niveau psychique, ils ne fonctionnent plus tout à fait comme leurs homologues vivants à l'état sauvage.
- À propos de la **dormance cancéreuse**, J.CI. SALOMON nous dit qu'elle constitue un phénomène assez commun. Elle peut s'observer chez des patients atteints d'un cancer et qui ont été opérés et irradiés. Après dix à vingt ans de bonne santé, survient une récurrence locale ou à distance. En fait, ainsi qu'il le fait remarquer à juste titre, *ce phénomène de dormance n'est pas propre aux cancers*. Il s'observe aussi dans de nombreuses maladies chroniques caractérisées par des poussées pouvant survenir à des intervalles de temps parfois très longs, que la personne ait été traitée ou non. (Pensons ici à l'asthme d'avant l'âge adulte qui se manifeste à nouveau à la pré- ou à la ménopause, à certaines formes de scléroses en plaques, à certaines éruptions cutanées... etc). J.CI. SALOMON envisage, sans trancher, 5 hypothèses pour expliquer ce phénomène, dont la possibilité d'une récurrence sous une forme proche du 1^{er} cancer. Selon lui, dans certains cancers, le phénomène est assez banal pour avoir donné l'idée qu'on ne peut jamais parler de guérison d'un cancer. Il s'inscrit en faux contre cette position officielle, argumentant que les statistiques démontrent parfaitement la guérison de nombreux cancers, les « *ex-cancéreux* » avançant en âge de la même manière que ceux indemnes de cancers (p.113). Parmi les cancers susceptibles de connaître ce type d'évolution, il cite : le cancer du sein (5 à 8% des cas), le mélanome malin, le cancer du rein, certains lymphomes non hodgkiniens et le neuroblastome de l'enfant.
- Le chapitre des **guérisons spontanées** est très peu voire pas traité par la médecine officielle, qui préfère parler de rémissions. En effet, le sujet est vaste et complexe. Beaucoup de témoignages existent qui invoquent le recours à des méthodes nombreuses et hétérogènes, non reconnues. Je renvoie ici au remarquable article du Dr. Kelly A. TURNER (paru dans le n°64 de *Néosanté*) où elle reprend les 9 facteurs clés retrouvés chez plus de 1000 personnes atteintes de cancer et qui ont été accompagnées par une centaine de thérapies alternatives. Je ne voudrais pas oublier ici les guérisons assez spectaculaires survenues chez certaines personnes après une *expérience de mort imminente* (EMI). Parmi d'autres toujours plus nombreux, il y a le témoignage assez récent d'Anita MOORJANI. Arrivées au stade terminal de leur cancer, elles auraient dû décéder très rapidement selon les pronostics des médecins. Mais une fois cette expérience vécue, elles ont guéri avec réparation (quasi)-ad

Le phénomène de dormance n'est pas propre au cancer. Il s'observe aussi dans de nombreuses maladies chroniques caractérisées par des poussées pouvant survenir à des intervalles de temps parfois très longs, que la personne ait été traitée ou non.

grum de leurs lésions, souvent en quelques semaines et en manifestant des changements en profondeur de leur être. En pareil cas, on peut invoquer l'intervention chez elles de plans de conscience d'un niveau supérieur au fonctionnement inhabituel de celle-ci, vu l'inefficacité déclarée auparavant des traitements officiels. Cela rejoint certaines des clés reprises au point précédent par le Dr. Kelly A. TURNER. Tout ceci rejoint enfin les travaux du Dr. R.G. HAMER ainsi que ceux d'H. LABORIT. Selon ce dernier, dans le vivant, ce sont les structures dont le niveau d'organisation est le plus complexe qui commandent à celles dont le niveau d'organisation est moins complexe, mentionnant bien sûr le cerveau et le psychisme, mais envisageant aussi comme possible le niveau spirituel.

Conclusions

Un certain nombre des éléments repris ici a déjà été exposé dans la seconde édition de mon livre, mais de manière dispersée. J'ai donc décidé de les présenter et de les compléter en un seul article. L'énumération des éléments exposés ici est forcément incomplète. Mais, selon mon expérience, *la présenter aux patients atteints d'un cancer s'avère apprécié par nombre d'entre eux*, dans le cadre de leur accompagnement en amont des symptômes.

Dans cet ordre d'idées, il est aujourd'hui reconnu, mais pas toujours respecté par certains soignants, proches ou connaissances, qu'« avoir le moral » est un élément important pour une évolution favorable de ces patients. Il en est de même pour ceux confrontés à l'expérience d'autres pathologies « à mauvaise réputation ». Chacun pourra s'inspirer notamment de cet article pour élaborer un exposé visant à relativiser utilement les peurs de ses patients souffrant de cancer. ■

BIBLIOGRAPHIE :

- Conférence du Dr. A. GERNEZ et coll. (Drs P. DELAHOUSSE, J. LACAZE, et J.P. WILLEMS) : *Cancer, le scandale de la chimiothérapie*.
- Dr. R. GUINÉE : *Et si les maladies étaient des mémoires de l'évolution ?* (Néosanté éditions).
- Dr. R. G. HAMER : *Fondement d'une Médecine Nouvelle*, Tome 1, 1^e partie, ASAC.
- LUCIEN ISRAËL, LAURENT SCHWARTZ : *Cancer : a dysmethylation syndrome*. John Libbey EUROTEXT
- B.H. LIPTON : *L'Effet Lune de Miel*, Editions Ariane, p. 51
- C. MARKOLIN : « Le mythe des métastases à la lumière de la médecine nouvelle ». *Néosanté* n°18, Article n°37
- ANITA MOORJANI : *Mon voyage de guérison des frontières de la mort aux portes de la vie*. Éditions Guy TREDANIEL.
- YVES RASIR : « Une fissure dans le dogme des métastases ». *Néosanté* n°64, page 5.
- Professeur J. CI. SALOMON : *Le Tissu déchiré. Propos sur la diversité des cancers*. Éditions Seuil.
- Dr L. SCHWARTZ : *Métastases : vérités sur le cancer*. Éditions Hachette
- Boris SIRBEY : *La vérité sur le cancer que la médecine ne vous dit pas encore*. Néosanté éditions.
- Dr. Kelly A. TURNER : « Rémissions radicales : les secrets des survivants du cancer ». *Néosanté* n° 64
- Dr. D. VIZA *Cancer : répression ou communication ? CoEvolution –Automne 1981.*



Aujourd'hui retraité, le **Dr Robert Guinée** a exercé la médecine générale en Belgique pendant une quarantaine d'années. Durant plus de 25 ans, il a vérifié dans sa pratique le bien-fondé des travaux du Dr Hamer, qu'il a côtoyé et dont il a épluché les textes en allemand. Convaincu de l'impact des chocs émotionnels et du rôle du cerveau dans la genèse des maladies, il envisage celles-ci comme des « programmes archaïques de survie » dotés d'un sens biologique. Il est l'auteur du livre « *Et si les maladies étaient des mémoires de l'évolution ?* » (Éditions Néosanté)

SABRINA DEBUSQUAT

Plaidoyer pour une contraception sans souffrance

INTERVIEW

Propos recueillis par Pryska Ducoeurjoly

En publiant « J'arrête la pilule », la journaliste Sabrina Debusquat lance un pavé dans la mare du paradigme contraceptif contemporain. Un an d'enquête, 300 pages et un constat : en 2017, des femmes souffrent encore ou voient leur bien-être diminué à cause de leur contraception, mais personne ne les écoute ou pire, on les traite de malades imaginaires. Dans cet ouvrage documenté, Sabrina Debusquat démontre que les effets secondaires de la pilule ne sont pas le fruit d'une hystérie collective, mais l'objet d'un véritable déni de société. Une omerta qui menace la santé des femmes, des enfants ainsi que notre environnement.

Pour la rédaction de « J'arrête la pilule », vous avez effectué un important sondage en ligne auprès de 3616 femmes francophones. Quelles révélations sur les effets secondaires de la pilule apporte-t-il ?

Première surprise : lorsqu'on demande aux femmes pourquoi elles ont arrêté la pilule, elles déclarent à 51 % que c'est à cause des effets secondaires pénibles au quotidien. Mon sondage fait aussi ressortir que 70 % des femmes ont ressenti des effets secondaires négatifs. Cela montre un important décalage entre le discours des femmes et le discours médico-scientifique qui aurait tendance à laisser penser que les effets secondaires de la pilule sont extrêmement mineurs ou peu répandus. Comme personne n'avait jamais vraiment demandé aux femmes leur avis sur la pilule, je suis allée chercher cette information moi-même. Même si ce

Derrière le mythe féministe, la contraception orale est en réalité une entreprise de castration chimique des femmes.

sondage n'a pas été réalisé par un institut de sondage selon la fameuse méthode des quotas, il est intéressant de noter que plusieurs de ses résultats sont corrélés avec ceux d'autres sondages d'institut ou des études de l'INSERM. D'après mon sondage, la première raison de l'arrêt de la pilule est la survenue d'effets secondaires bénins mais pénibles au quotidien, suivi du souci de préserver sa santé puis du refus de prendre un médicament alors que l'on est en bonne santé. Un sondage IFOP réalisé par *ELLE* en septembre 2017 montre que 75 % des sondées estiment également que la pilule peut provoquer des problèmes de santé. On constate donc clairement que la vision et l'expérience qu'ont les femmes de la pilule diffèrent plutôt du discours dominant. C'est la volonté de comprendre ce fort décalage qui a impulsé mon enquête.

Dans votre livre, vous n'hésitez pas à employer l'expression de « castration chimique ». N'est-ce pas un peu fort ?

C'est un terme qu'emploient d'éminents experts de la pilule ! J'ai été interpellée par cette affirmation et j'ai voulu en savoir plus. Il se trouve qu'il y a au moins six mécanismes corporels différents qui touchent à la libido et qu'impactent les hormones de la pilule. Le principe de la castration chimique, dans le cas des délinquants sexuels, c'est de diminuer l'hormone principale du plaisir, qui est la testostérone chez l'homme comme chez la femme. Or, la pilule peut diminuer jusqu'à 50 % la production de testostérone. Par ailleurs, en supprimant le pic pré-ovulatoire d'œstrogènes, en baissant le taux de testostérone et en imprégnant en perma-

nence le corps de fausse progestérone, la pilule raréfie les deux principales hormones du désir chez la femme et augmente en continu la seule qui contribue à le diminuer. D'autres études récentes montrent aussi que la pilule impacte la vascularisation du clitoris, organe du plaisir féminin. Enfin, les molécules contenues dans certaines pilules sont exactement les mêmes molécules utilisées pour castrer chimiquement les délinquants sexuels. D'ailleurs, dans le sondage que j'ai réalisé, la baisse de libido est le premier effet secondaire le plus couramment ressenti par les femmes sous pilule (46 % du total des femmes). C'est beaucoup plus que ne le disent les notices des laboratoires où ce problème est classé parmi les « effets secondaires peu fréquents ». Un décalage encore une fois assez étrange !

Outre les effets secondaires de la pilule dits bénins, mais qui, vous le rappelez, gâchent parfois la vie quotidienne des femmes et des couples, vous avancez des chiffres édifiants concernant les décès.

Effectivement, peu de gens en sont conscients mais aujourd'hui en France, en comptabilisant uniquement les accidents thrombo-emboliques, 2 529 Françaises subissent chaque année un problème de santé grave à cause de la pilule œstroprogestative, 20 en meurent. Chaque jour, sept seront hospitalisées à la suite d'un AVC, d'une embolie ou une phlébite. Concernant le cancer du sein, 1 à 2 femmes sur chaque tranche de 10 000 femmes prenant la pilule œstroprogestative développerait un cancer du sein causé par cette même pilule soit 405 à 810 d'entre elles. Le taux de mortalité pour ce cancer étant de 30 %, cela représente 121 à 243 décès. Mais certains spécialistes pointent du doigt un faisceau de faits nombreux qui tendent à montrer que le potentiel cancérigène de la pilule est probablement plus élevé que ce que l'on annonce officiellement aujourd'hui. Le problème de fond, c'est que ces femmes étaient initialement en parfaite santé et qu'elles auraient pu avoir d'autres solutions à leur disposition si on les leur avait présentées. Ces décès et ces souffrances pourraient être évités.

Les chiffres des effets secondaires ne devraient-ils pas être revus à la hausse si on tient compte de la sous-notification en matière de pharmacovigilance ?

C'est plus que probable ! La pharmacovigilance qui permet d'estimer les effets réels d'un médicament est particulièrement mal réalisée, notamment en France. En ce qui concerne la pilule, de nombreuses patientes soignent elles-mêmes certains effets « bénins » sans en parler à leur médecin et ces effets ne sont jamais rapportés. Des décès, dus à un AVC ou



une embolie, peuvent passer inaperçus et sont classés comme naturels ou inexpliqués. Enfin, des femmes dont la phlébite ou l'embolie est causée par la pilule ne sont pas officiellement signalées aux autorités. Il est très long et pénible pour les médecins de rédiger ces rapports, par conséquent de nombreux cas ne sont pas remontés. Quand bien même ces informations remonteraient, nous n'allouons pas assez de moyens aux administrations qui doivent les classer. Une source interne à l'ANSM (Agence française du médicament) m'a décrit comment, faute de personnel, les centres régionaux de pharmacovigilance se contentent souvent d'archiver ces dossiers sans les exploiter...

Vous rappelez que la pilule est un perturbateur endocrinien, c'est-à-dire qu'elle contient des molécules susceptibles de perturber un fonctionnement hormonal. N'est-ce pas un secret de polichinelle ?

De toute évidence ! Tous les toxicologues, spécialistes de ce type de molécules, vous le diront. Toutes les études qui analysent la pollution des cours d'eau par les médicaments mentionnent les résidus d'hormones de synthèse comme des perturbateurs endocriniens. Leurs effets sur la faune sont ravageurs. En revanche, quand la même molécule est administrée aux femmes comme médicament, plus personne n'emploie le terme de « perturbateur endocrinien » ! Pour les spécialistes, c'est une évidence mais ce qui est étonnant c'est de constater que ce qui semble néfaste pour l'ensemble de l'humanité ne le serait pas pour le corps des femmes. Pour comparaison, une des molécules principales de la pilule : l'éthinylestradiol alias EE2 (l'œstrogène synthétique contenu dans la pilule que prennent la plupart des femmes) est mille fois plus puissant que le bisphénol A, perturbateur endocrinien que nous avons récemment interdit dans les biberons et boîtes de conserve. C'est l'œstrogène synthétique le plus puissant derrière le distillène qui a fait les dégâts que l'on sait. Pourquoi considérer qu'une molécule peut être néfaste pour l'ensemble des êtres humains et parallèlement exposer les femmes à des molécules mille fois plus puissantes en disant qu'il n'y a aucun problème ? Les autres composants de la pilule, les progestatifs, sont aussi des perturbateurs endocriniens. Et ils décuplent l'action de l'EE2 quand ils y sont associés. Avec

les perturbateurs endocriniens, la dose ne fait pas le poison : de nombreux perturbateurs endocriniens sont beaucoup plus actifs à très faible et très forte dose qu'à moyenne dose. Malgré les connaissances scientifiques actuelles, la loi française a décidé de considérer l'EE2 comme une substance « non dangereuse » en matière de pollution des eaux souterraines. Le plus déplorable dans tout ça, comme l'explique une toxicologue interviewée dans mon livre, c'est que l'on s'est plus inquiété des effets perturbateurs endocriniens des hormones de la pilule chez les poissons et du traitement de leurs rejets en stations d'épuration que du corps des femmes pour lequel on traîne à donner des réponses claires... Les premières à ingérer ces molécules aux effets parfois effrayants sont les femmes, or leur corps abrite ensuite le fœtus lors de la grossesse et cela pose des questions. Notamment quand on sait que d'éminents spécialistes du sujet disent clairement que la baisse de la fertilité et l'augmentation des malformations congénitales chez les mâles humains ressemblent étrangement à celles observées chez les poissons exposés aux œstrogènes synthétiques de la pilule.

Vous évoquez une « caverne de Platon contraceptive ». Pouvez-vous nous expliquer ?

C'est une participante à mon sondage qui a employé cette image que j'ai trouvée tout à fait à propos. En effet, aujourd'hui, en France, prendre la pilule n'est pas forcément un « choix éclairé » puisqu'on ne nous présente bien souvent que ce moyen de contraception. Ignorant bien souvent que d'autres solutions aussi efficaces et avec bien moins d'effets secondaires existent, les femmes elles-mêmes la demandent. C'est ça, la caverne de Platon contraceptive : rester enfermée dans une vision du monde en n'imaginant même pas qu'à deux pas de là une autre réalité existe et qu'elle peut être bien plus belle, sans souffrances. C'est croire que l'on est obligée de subir les potentiels effets secondaires d'une contraception médicalisée alors que d'autres horizons existent et que de nombreuses femmes en bénéficient déjà. C'est croire que l'on est obligée de médicaliser sa contraception ou que contraception efficace rimerait toujours avec « potentiels risques pour la santé » alors que d'autres choix sont possibles.

Que se passe-t-il lorsqu'une femme sort de la caverne ?

Les femmes qui ont accédé à une autre contraception sans effets secondaires, et qui sont donc sorties de la caverne, ont du mal à se faire entendre et se heurtent au déni ou à l'incompréhension de celles et ceux qui ne croient pas que cela puisse exister. Ces femmes « libérées » de l'obscurantisme en matière d'information, sont nombreuses à réaliser que la pilule était finalement à l'origine de nombreux maux supportés au quotidien, sans avoir pu faire le rapprochement lorsqu'elles étaient sous hormones. Elles déplorent aussi bien le manque d'information sur les effets secondaires que le silence sur des alternatives naturelles testées par des milliers de femmes avec succès.

Face au désamour de la pilule, déjà documenté depuis les scandales des pilules de troisième et quatrième génération, vous évoquez une troisième vague contraceptive. Quelle est cette tendance ?

La première vague a permis de mieux contrôler sa fertilité et ce, bien avant l'arrivée de la pilule. Mon ouvrage rappelle que dès le XVIII^e siècle en France, grâce au retrait et à l'abstinence périodique, la natalité est tombée à 2,6 enfants par femme. On a eu ensuite la seconde vague contraceptive des années 60, avec les hormones de synthèse et le DIU qui ont apporté une meilleure sécurité et ont abaissé le nombre d'enfants par femme à 2 (ce n'est donc pas grâce à la pilule que les femmes ont arrêté d'avoir des floppées d'enfants). La troisième vague que l'on pressent aujourd'hui est portée par une nouvelle génération qui souhaite la même sécurité contraceptive mais sans les effets secondaires. Or qui pourra dire qu'il n'est pas féministe de refuser de souffrir ou de prendre des risques pour sa santé uniquement parce que l'on est femme ? La génération « J'arrête la pilule » n'accepte plus de souffrir pour sa contraception, même

pas un peu. Elle refuse des risques de cancers même s'ils ne concernent qu'une femme sur 10 000. Cette génération souhaite une contraception ultra-efficace ET sans aucun effet secondaire. Elle souhaite aussi acquérir une autonomie contraceptive pour gérer sa sexualité sans ingérence du corps médical. Ce n'est qu'un début, déjà palpable dans les études de population COCON et FÉCOND menées par l'Inserm depuis les années 2000 en France. Mais cette tendance forte ne va pas sans susciter des résistances.

Pourquoi autant de résistances à évoquer le problème de la pilule et des hormones de synthèse sur le plan des médias, du discours médical, des recommandations officielles ?

Je pense qu'il y a un gros tabou à ce sujet car la pilule est auréolée de gloire féministe et progressiste et qu'on ne supporte pas d'envisager qu'elle n'est peut-être pas la solution miracle à laquelle on a longtemps cru. Effectivement, à l'époque, cela a représenté un progrès indéniable pour les femmes. Mais nous ne savons pas tout ce que l'on sait aujourd'hui au sujet des perturbateurs endocriniens, de la pollution environnementale ou des effets secondaires. Au regard des connaissances actuelles,

Ma génération souhaite acquérir une autonomie contraceptive pour gérer sa sexualité sans ingérence du corps médical. Mais cette tendance forte ne va pas sans susciter des résistances.

les mentalités évoluent. Mais cela se fait à petits pas. Entre autres, il ne faut pas être naïfs, parce que la science traverse une crise, notamment parce que c'est aujourd'hui principalement l'industrie qui finance les études et la recherche. Études qui influencent

ensuite les recommandations officielles. Mais ce qui est rassurant, et je le rappelle dans le livre, c'est que les femmes ont toujours obtenu les avancées qu'elles ont désirées et réclamées ! Il y a donc toutes les chances pour que les femmes parviennent à obtenir un jour ce droit à une contraception sans souffrance.

L'un des freins à la remise en question des hormones de synthèse n'est-il pas la crainte de voir augmenter le taux d'IVG ?

C'est en effet un épouvantail que l'on nous brandit un peu rapidement dès lors qu'on ose émettre la moindre critique sur la pilule... La réalité des faits est plus rassurante ! On sait que, depuis les années 2000, date à partir de laquelle le pourcentage de femmes prenant la pilule a commencé à baisser, le taux d'IVG n'a pas augmenté, au contraire il a plutôt baissé. On a toutefois noté une légère hausse du nombre d'IVG à la suite du scandale des pilules troisième et quatrième génération, dans les années 2013-2014, mais il ne faut pas oublier la précipitation qui a pu accompagner ce scandale, et le manque d'information concernant les alternatives. Rien n'est fait aujourd'hui pour accompagner une potentielle transition vers des méthodes contraceptives plus douces.

Il semble tout de même que la parole se délie entre les femmes et qu'elles s'informent de plus en plus par elles-mêmes.

Avec la génération internet, les témoignages sont plus visibles, on échange davantage sur la problématique de la contraception hormonale, la parole du médecin a perdu du crédit. Cela fait des vagues sur la toile. Du côté des médias traditionnels, qui ont un œil sur le web, on sent bien qu'il se passe quelque chose autour du sujet. Mon livre est peut-être reçu avec beaucoup de critiques de la part de certains médias, qui n'hésitent pas à me qualifier de simple « blogueuse » ou à discréditer le sérieux de mon enquête, il n'empêche qu'ils se sentent aujourd'hui obligés de traiter le sujet ! D'autres journalistes se montrent beaucoup plus bienveillants, prêts à accueillir la parole des femmes d'aujourd'hui. Tout cela promet des débats sur la place publique et c'est déjà un bon point.

Certains médias vous reprochent d'avoir fait une enquête à charge en ne mentionnant finalement que des études qui pointeraient les dangers de la pilule et non les bénéfices...

L'ouvrage revient sur les premières études concernant la pilule, celles qui ont permis la mise sur le marché de la toute première pilule : Enovid (laboratoire Searle). Nous connaissons maintenant les failles méthodologiques et éthiques de ces essais menés à Porto Rico de 1957 à 1961, nous ne pouvons pas refaire l'histoire. Mais aujourd'hui, la science dispose d'une méthodologie de recherche qui devrait nous prémunir des égarements d'hier. Malheureusement, mon enquête démontre qu'il n'en est rien, bien au contraire. Je détaille notamment les biais scientifiques de deux études pourtant majeures, sur lesquelles reposent les recommandations officielles. Je suis tombée des nues devant les dissimulations habilement orchestrées. Mon analyse confirme ce que de nombreux experts indépendants disent déjà : la science actuelle traverse une crise profonde qui ne nous permet pas de nous appuyer avec confiance sur les études, même publiées dans de grands journaux. Les conflits d'intérêts gangrènent la recherche, et même des institutions comme l'OMS, aujourd'hui financée à 70 % par l'industrie pharmaceutique. N'oublions pas que le commerce de la pilule représente une manne financière importante et continue pour les fabricants. Ce que j'ai découvert, après avoir épluché une grande partie de la littérature médicale sur mon sujet, c'est que la majorité des études sur la pilule ne sont tout simplement pas sérieuses.

En fin d'ouvrage, vous présentez toutes les méthodes contraceptives avec leurs avantages et leurs inconvénients. Quelle nouveauté dans ce tableau comparé aux sites officiels sur la contraception ?

Tout d'abord, beaucoup seront surpris de voir que les méthodes naturelles peuvent avoir le même niveau de sécurité contraceptive que les méthodes chimiques. À condition de ne pas les mettre toutes dans le même panier comme c'est souvent le cas ! Inversement, nous découvrons que, dans son utilisation pratique, la pilule a un taux d'efficacité finalement bien éloigné de l'indice théorique. Notamment parce que cette contraception est parfois adoptée à contrecœur et que l'utilisatrice n'en fait pas une « utilisation parfaite ». Pour ma part, j'avais tendance à oublier cette prise quotidienne. Depuis un an, j'ai opté pour la méthode symptothermique, je raconte brièvement cette expérience personnelle qui répond à mes attentes aujourd'hui. L'objectif de ce tableau récapitulatif est avant tout de participer à la restauration d'un véritable choix contraceptif. Ce n'est pas à moi de dire aux femmes quelle est la meilleure option ! C'est à chacune d'adopter en connaissance de cause la méthode qui lui convient le mieux. ■

Journaliste indépendante spécialiste des sujets santé, écologie et droits des femmes, Sabrina Debusquat est également animatrice à Radio France et créatrice du site CaSeSaurait.fr. Son livre *J'arrête la pilule* est paru le 6 septembre 2017 aux Éditions Les Liens qui Libèrent.



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 301 LA CLAVICULE ou la clé pour pouvoir s'envoler

La maladie

La clavicule est un os en forme de S très allongé, situé au niveau de chaque épaule et qui n'a qu'un point d'ossification secondaire. Elle s'articule au niveau de l'épaule avec l'acromion et de l'autre côté avec le sternum. Elle est jointe solidement à l'omoplate par de gros ligaments. La pathologie principale est la fracture – la plus fréquente de toutes les fractures – qui résulte le plus souvent d'une chute, ou chez le nouveau-né après un accouchement difficile. La luxation de la clavicule arrive parfois aux sportifs, au niveau de l'articulation acromio-claviculaire.

L'étymologie

Le mot clavicule vient du latin « clavicula » = petite clé. Pour comprendre le sens d'un problème à la clavicule, il est utile de s'intéresser aux divers sens du mot clé et à son utilisation dans diverses expressions de la langue française :

- *remettre les clés à quelqu'un* : se soumettre, se rendre ;
- *prendre la clé des champs* : la liberté, être libre d'aller où on veut ; le bonheur est dans le pré ;
- *une position clé* : une position qui conditionne toute une entreprise ;
- *la clé du mystère* : ce qui permet d'aborder une science, un problème, ce qui explique, ce qui permet de comprendre ;
- *clé de voûte* : pierre en forme de coin placée à la partie centrale d'une voûte et servant à maintenir en équilibre les autres pierres ; au sens figuré, le point important, la partie essentielle, capitale, d'un système, qui commande l'équilibre et la logique du raisonnement.

Les oiseaux qui n'ont plus d'ailes

Les gros oiseaux qui ne volent plus, comme par exemple les autruches ou les kiwis, n'ont plus d'ailes et donc n'ont plus de clavicules. La clavicule est liée au vol, à l'envol ; c'est une clé pour pouvoir s'envoler. D'autre part, c'est l'absence de prédateurs terrestres qui a poussé ces oiseaux à se passer d'ailes au cours de l'évolution. On recherchera donc quel est le prédateur dans la vie du patient et sa disparition. Cela peut sembler paradoxal, mais, si on veut pouvoir voler et être libre, mieux vaut garder un prédateur ! Il faut avoir un ennemi pour pouvoir affirmer sa puissance. La clavicule nous parle du désir de s'envoler et d'affirmer sa puissance. Chez les humains, cette problématique est souvent liée au travail puisque les bras servent à l'exécution de la plupart des travaux. La clavicule donne au bras la puissance de fendre, de trancher, de pénétrer, de fuir, de voler, de s'envoler, au travail.

Le sens biologique

Les clavicules sont des clés subtiles. Elles résonnent aux conflits relatifs à des projets de vie vitaux, souvent liés à une forme de spiritualité, bien que cela puisse se produire aussi dans le domaine sportif, par exemple un joueur de rugby pour qui il est vital de gagner ce match, pour son avenir personnel, pour celui de l'équipe et celui du club. Dans d'autres domaines, recherchez à quoi vous voulez rester fidèle toute votre vie. C'est cela votre clé subtile. Si vous voulez y rester fidèle toute votre vie, cela veut dire que c'est une clé vraiment vitale, la plus importante de toutes.

Toute atteinte osseuse concerne un conflit de profonde dévalorisation de sa propre

personne, il s'agit de la première tonalité du conflit vital. « Je ne suis rien, je suis nul, si je ne parviens pas à gagner ce match. » « C'est parce que je ne vauds rien que je perds tous mes duels. » Si la partie sterno-claviculaire est atteinte, la dévalorisation sera relative à une situation où on veut ramener à soi, contre soi, le plus souvent un être cher. Si la partie acromio-claviculaire est atteinte, la dévalorisation sera ressentie dans un contexte de repousser, de se protéger, de vouloir éloigner de soi.

On s'intéressera également aux conflits par rapport à l'autorité du père, le père en tant qu'ordre supérieur, qu'on croit supérieur. Une situation dans laquelle on n'a plus que le choix du passage en force face à cette autorité. Au fond d'une impasse, ou face au mur, je n'ai plus qu'une solution : passer en force ; pour traverser, je dois me débarrasser de ma matière. Cela vous fera penser à l'un ou l'autre film d'action et de science-fiction. Ici cela se passe dans la biologie. La clavicule est l'os verrou, qui exprime le besoin de se libérer, de fuir les enclaves, le besoin profond de faire sauter le verrou pour retrouver sa liberté. Chaque fois qu'il s'agit d'un conflit par rapport à tout ce qui est divin ou semi-divin (dans le représenté cérébral de la personne) ou à une autorité supérieure.

Bernard Tihon

« Je plie et ne romps pas » nous dit la fable de La Fontaine. On sait que la sagesse populaire s'y exprime. Voyons-en une application à travers une maladie dont les aspects conflictuels sont fréquents aussi dans d'autres pathologies ostéo-articulaires.

La souplesse du rugissement du lion

Quelle chance il a, le lion : il dort tout le temps pendant que sa femme va bosser !... Eh oui, c'est vrai, il se repose et ce sont les lionnes qui vont chasser, mais cela a un sens dans une logique de survie : il économise ses forces pour pouvoir, lorsque les proies se feront rares, suppléer les femelles et, grâce à sa plus grande puissance, sauver le clan de la famine. Il a aussi un atout exceptionnel : son rugissement si puissant qu'il paralyse la proie par sidération. Et c'est la souplesse de son hyoïde, qui se trouve dans sa gorge et qui est fait de cartilage, qui lui permet un tel rugissement. Par contre, le chat, lui, ne peut pas rugir, parce que le cartilage de son hyoïde s'est densifié jusqu'à devenir un os. Or, quelle est la différence entre un lion et un chat ? Le lion est resté sauvage, le chat a été domestiqué, il doit obéir aux ordres, et c'est dur pour lui. Il s'est rigidifié pour survivre.

La maladie

« Arthrite » est le nom générique des affections articulaires d'origine inflammatoire. Quant à la spondylarthrite ankylosante, elle se caractérise par une arthrite des articulations par calcification et elle touche le plus souvent les articulations sacro-iliaques et celles des vertèbres lombaires et dorsales, mais pas exclusivement, puisqu'on peut l'avoir par exemple dans le genou ou la cheville. C'est une maladie rhumatismale chronique qui entraîne une raideur progressive ainsi qu'une courbure de la colonne, suite aux inflammations récidivantes, et qui évolue vers l'ossification et l'ankylose, pouvant arriver à la fusion des vertèbres entre elles et donc une perte importante de mobilité. Cette maladie affecte en majorité les hommes et souvent jeunes. Elle est dite génétique, les chercheurs ayant trouvé le gène qui code la maladie : HLAB27. Ce qui ne veut pas dire que toutes les personnes qui l'ont seront atteintes de la maladie, c'est juste une possibilité, qui dépendra des facteurs dé-

clenchants chez l'un et chez l'autre, d'où les formes variées de manifestation de la maladie, au sein d'une même famille.

L'étymologie

L'origine des mots « spondylarthrite ankylosante » est grecque : « sp(h)ondulos » = vertèbre ; « arthron » = articulation ; « agkulôsis » = courbure. Littéralement, il s'agit d'une courbure de l'articulation des vertèbres. Elle atteindra donc ceux qui doivent courber le dos, plier l'échine, face à d'autres, et qui restent en conflit, qui n'en font pas le deuil, qui n'acceptent pas cela.

Sens biologique

Comme nous l'expliquent les lions et les chats, cela a un rapport avec l'ordre lorsqu'une articulation se durcit. Je me rigidifie pour ne pas obéir aux ordres. Mais puisque la spondylarthrite ankylosante atteint prioritairement les articulations du dos, la Biologie Totale en donne un décodage plus précis : c'est la dévalorisation de ne pas arriver à être le pilier de survie de soi-même ou de son clan familial, d'avoir tout sur le dos, sur les reins, sur les épaules..., ou encore la dévalorisation d'avoir à porter un fardeau toute sa vie ou quelque chose qui est assimilé à un fardeau. Le malade, dans son représenté, en a seul toute la responsabilité, comme par exemple un chef d'une petite entreprise familiale : à travers lui, toute la boîte s'écroule.

Étant donné la fréquence de l'atteinte des articulations sacro-iliaques, on s'intéressera aussi aux dévalorisations sexuelles ou liées à la portance. Par exemple, c'est madame qui ne veut pas faire l'amour, ou pas faire l'amour de cette façon, et y est contrainte. Ou c'est monsieur qui est contraint de faire un enfant à un moment où il ne l'a pas décidé. Celui ou celle qui ne peut plus être dans son sacré, dans ses valeurs sacrées, qui doit se sacrifier, n'a plus, comme solution, que de se bloquer pour ne pas se faire massacrer.

En phase de conflit actif, le sens de la pathologie est de rendre l'articulation moins apte à effectuer le mouvement conflictuel. Quel est le mouvement précis qui est bloqué par

l'articulation ankylosée ? Cette question est importante pour trouver le sens précis de la maladie, qui dépendra d'une personne à l'autre en fonction des articulations touchées. Lorsque le conflit est solutionné, on observe un œdème de guérison et de l'inflammation, dont le sens est de reconstruire le tissu cartilagineux plus solide qu'avant. Comme il s'agit d'une maladie chronique, le conflit est en balance, avec alternance et récurrence de phases de conflit actif et de conflit solutionné, ce qui aggrave progressivement les symptômes.

La guérison

« Se raidir et s'en sortir seul », tel serait le leitmotiv de celui qui a une spondylarthrite ankylosante, selon Olivier Soulier, qui a repéré que cette maladie atteint préférentiellement des personnalités renfermées qui, sous des aspects séducteurs, ont une attitude rigide, voire autoritaire. Souvent le malade a eu dans l'enfance une sensation de pauvreté affective, pas toujours consciente : sa solution a été de se conformer, se mouler sur la demande de l'autre, d'être trop souple en somme, ce qui l'a conduit vers une extrême fragilité. Pour survivre, il n'a d'autre solution que de se rigidifier, espérant éviter les difficultés dans une apparente invulnérabilité mais, de ce fait, il va dans l'excès inverse. La guérison passera par la recherche du juste équilibre, entre la souplesse nécessaire à l'acceptation de la vie, parfaite telle qu'elle est, et la volonté d'y prendre sa place. Faisons-le avec souplesse comme le roseau, évitons d'être « celui de qui la tête au ciel était voisine, et dont les pieds touchaient à l'empire des morts ».

Bernard Tihon

INDEX DES DÉCODAGES

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

Le lupus systémique est une maladie auto-immune chronique inflammatoire dont les causes précises restent inconnues. Cette pathologie peut toucher de nombreux organes et systèmes tels que la peau, les articulations, le cœur, les poumons ou le système nerveux.

Dans la biologie sanguine, la présence d'auto-anticorps antinucléaires est quasi constante chez les patients atteints ; ils sont même détectables plusieurs années avant l'apparition des premiers symptômes cliniques. Leur apparition semble étroitement liée aux phénomènes d'apoptose.

L'apoptose est une mort cellulaire programmée qui s'effectue par le morcellement et la fragmentation de la cellule en petites structures, appelées corps apoptotiques. Dans des conditions physiologiques, les cellules en apoptose sont éliminées immédiatement par les macrophages tissulaires et les corps apoptotiques restent invisibles pour le système immunitaire, ne déclenchant pas d'inflammation mais au contraire une réponse immunologique appelée tolérogène.

Une réaction auto-immune

Une apoptose anormale ou excessive ou une élimination défectueuse des corps apoptotiques par les macrophages induisent l'activation de différents types de récepteurs avec la production de cytokines pro-inflammatoires (TNF α , IL-8, IFN α) par le système immunitaire. L'interféron α est la cytokine clé de la réaction auto-immune du lupus. La cellule apoptotique serait la source principale des auto-antigènes du lupus systémique responsables de la réaction immunitaire anormale et de ses conséquences inflammatoires dans les différents tissus.

La réaction auto-immune contre les corps apoptotiques est favorisée par un environnement inflammatoire (débris cellulaires, microbiens et cytokines pro-inflammatoires).

Il existe de nombreuses preuves expérimentales de cette théorie.

Par exemple, les antigènes majeurs contre lesquels les patients lupiques développent des auto-anticorps sont regroupés spatialement dans les corps apoptotiques ⁽¹⁾. De même l'injection à des souris de corps apoptotiques isolés induit l'apparition d'anticorps antinucléaires et de lymphocytes T auto-réactifs et le dépôt d'anticorps dans les reins ⁽²⁾. Dans une autre expérience, des souris, dont les gènes des molécules impliquées dans l'élimination des cellules en apop-

tose et des débris nucléaires ont été modifiés, montrent une accumulation de matériels apoptotiques et développent une maladie proche du lupus ⁽³⁾. On peut trouver aussi chez les patients lupiques des auto-anticorps qui inhibent l'élimination des corps apoptotiques.

Ainsi une mauvaise gestion immunitaire des phénomènes de mort cellulaire serait responsable des symptômes lupiques. Par exemple, il est vivement recommandé aux patients souffrant de lupus de ne pas s'exposer au soleil afin d'éviter la mort cellulaire massive des kératinocytes, ou cellules superficielles de la peau, déclenchant la réaction inflammatoire tissulaire en chaîne propre à la biologie immunitaire de cette pathologie. On retrouve ici un conflit de ne pas trop s'exposer à la vie (= soleil) au travers de son identité (= la peau) avec le risque de ne pas pouvoir gérer la mort.

Selon la formule qui prévaut en psychobiologie, « **l'immunité est au corps ce que l'identité est au psychisme. Le mauvais fonctionnement immunitaire est toujours le miroir d'un mal-être identitaire préexistant. L'un reflète l'autre et inversement.** »

Dans le décodage biologique du lupus, il est donc essentiel de rechercher les conflits associant les problèmes identitaires à la mort.

Cas clinique

Exemple d'une patiente souffrant d'un lupus érythémateux systémique : Catherine, 41 ans, souffre d'un lupus depuis une dizaine d'années avec principalement des manifestations cutanées, des douleurs articulaires diffuses et des troubles neuro-psychiatriques de type maniaco-dépressif. Catherine est née d'une troisième grossesse après que sa mère ait perdu un petit garçon, lors de sa seconde grossesse à 7 mois. Cette fausse couche tardive ou accouchement prématuré s'est réalisé sans que la mère de Catherine puisse voir son bébé, entamant ainsi sa capacité dans le processus de deuil. Ainsi Catherine est arrivée dans un utérus imprégné de mort et est chargée d'une angoisse de faire valoir la vie (= l'identité) à la mort. Ce conflit programmant a placé, dès les origines de sa vie, Catherine dans une lutte identitaire contre la mort cellulaire. Catherine exprime une ambivalence constante entre la Vie et la Mort. Elle manifeste une irrépressible envie de vivre pleinement, en quête d'une reconnaissance identitaire vivante et stimulante pendant les phases ma-

niaques. À l'opposé dans la dépression, la mort peut prendre une dimension plus familière. Elle s'est par ailleurs confrontée de manière directe à la mort au travers d'une tentative de suicide.

L'intuitive Christiane Beerlandt évoquait une angoisse de la mort sous-jacente au lupus avec « *ce sentiment de n'être (ou naître) en sécurité nulle part, ni dans la mort ni dans la vie* ». Les personnes atteintes susciteraient même des situations où la fuite et l'autodestruction prévalent, animées d'une conviction d'être mauvaises (= crise identitaire) ou coupables (= de vivre).

Fantômes familiaux

Alejandro Jodorowski ⁽⁴⁾ parle également de ce cas de figure lorsque les parents n'ont pas fait le deuil d'un précédent enfant mort ou d'une fausse couche, et qu'ils engendrent un nouvel enfant avec le désir de le voir remplacer l'absent ; celui-ci traînera toute sa vie l'ombre du fantôme initial, comme une sorte de mort-vivant. Les personnes dans cette situation décrivent souvent un sentiment de paralysie devant certaines actions qu'elles désirent pourtant accomplir, un malaise général et diffus, l'impression de vivre à moitié ou d'être vampirisées par une force inconnue.

La mort cellulaire est un « non-soi » qui trouve son origine dans cette imprégnation de naissance. Le conflit se niche dans ce combat permanent contre la mort cellulaire et qui représente la condition absolue pour exister en tant que « soi ». Les personnes souffrantes engagent une lutte incessante pour définir ou affirmer leur être unique, chaque crise identitaire réactivant ce conflit. « *Guérir, c'est être soi* » ⁽⁴⁾ prend ici tout son sens.

Benoît Szablewski

⁽¹⁾ L.A. CASCIOLA-ROSEN, G. ANHALT, A. ROSEN, « Autoantigens targeted in systemic lupus erythematosus are clustered in two populations of surface structures on apoptotic keratinocytes », *J. Exp Med*, 179 (1994), pp. 1317-1333

⁽²⁾ D. MEVORACH, J.L. ZHOU, X. SONG, K.B. ELKON, « Systemic exposure to irradiated apoptotic cells induces autoantibody production », *J. Exp Med*, 188 (1998), pp. 387-392

⁽³⁾ W.H. SHAO, P.L. COHEN, « Disturbances of apoptotic cell clearance in systemic lupus erythematosus », *Arthritis Res Ther*, 13 (2011), p. 202

⁽⁴⁾ ALEJANDRO JODOROWSKI, « *La Famille, un trésor, un piège ; Métagenéalogie ou comment guérir de sa famille* ».



Diplômé en kinésithérapie et en ostéopathie, enseignant en ostéopathie, **Benoît Szablewski** s'est également formé à l'ostéopathie dynamique de James Selous (USA). Il pratique en cabinet privé et en milieu hospitalier, tout en contribuant à des recherches cliniques. Il se passionne depuis de nombreuses années pour la médecine nouvelle et le décodage biologique des maladies. **Benoît Szablewski@gmail.com**

LE PLEIN DE SENS

Témoignages & cas cliniques

FANTASMES D'ANESTHÉSIE

Je reçois François, un patient qui a 30 ans. Son problème est complexe et il espère finir par le résoudre. De but en blanc, il m'annonce en arrivant qu'il a déjà vu de nombreux psychologues mais qu'il n'a pas trouvé de solution. On lui a conseillé de venir me voir, je suis sa dernière chance, dit-il. Voici le problème : depuis qu'il est jeune, il a des fantasmes et même des rêves qui tournent autour du fait d'être endormi et même anesthésié, par une femme. Ce fantasme ne le quitte pas. C'est une véritable obsession. Cela le perturbe et il y pense sans cesse. À tel point que, depuis qu'il est petit, il a joué et rejoué cette scène de nombreuses fois avec sa petite sœur qui s'est prêtée au jeu pendant des années. En grandissant, cela a continué à le hanter. À tel point qu'après son mariage, il a demandé à son épouse de jouer le même scénario. J'avoue qu'en l'écoutant expliquer ce fantasme en détails, je suis perplexe. Comment donc vais-je pouvoir l'aider ? Mais avant même d'avoir pris le temps de réfléchir, je lui pose la question clé : « Y a-t-il eu un drame dans votre famille ? » Il me jette un regard étonné car, apparemment, il ne voit pas le rapport. Mais la réponse fuse instantanément. « Et comment ! Il y en a eu deux ! Mon oncle, frère de mon père s'est tué en moto à dix-neuf ans, et sa jeune sœur s'est suicidée juste après. Elle avait dix-huit ans. » « Évidemment, dit François, je ne les ai pas connus, c'était bien avant ma naissance. Mais quel rapport avec moi ? » « Comment votre tante s'est-elle suicidée ? », dis-je.

« En prenant des barbituriques » « Donc elle s'est endormie et vous, depuis que vous êtes petit, vous êtes hanté inconsciemment par ce drame au point de rejouer sans cesse la même scène, légèrement transformée, où c'est vous qui êtes endormi par une femme ! » François précise qu'il n'était même pas vraiment au courant de cette histoire et qu'il n'a su les détails que très tard. Comme les informations passent de cerveau à cerveau inconsciemment, cela ne m'étonne pas. En tous cas, il est hanté par un fantôme transgénérationnel. Il semble vraiment stupéfait par le lien effectué entre ce suicide et le fantasme qui l'obsède. « Ça alors, c'est la première fois qu'on me dit cela. Personne n'avait jamais fait le lien ! » Comme je le lui ai conseillé, après la séance, il a posé des questions à son père qui était lui aussi encore très perturbé après tant d'années. Ils ont évoqué cette histoire dont ils n'avaient jamais parlé ensemble auparavant et François m'a bien confirmé que son père continuait à porter en lui ce double drame dont il n'a jamais fait le deuil. Inconsciemment, il a transmis à son fils cette énorme charge émotionnelle qui s'est transformée en symptôme. À la séance suivante, François se sent mieux, « comme soulagé, libéré, dit-il, après tant d'années à me torturer les méninges pour comprendre cette obsession. » On sait bien que les enfants sont toujours les symptômes de leurs parents et de leur famille. C'est un cas typique de fidélité familiale inconsciente.

Irène Landau (Israël)

NEURODERMATITE (DERMATITE ATOPIQUE)

Mon petit-fils a commencé à faire une neurodermatite (joues rouges et rugueuses) à l'âge de 4 mois. Ma fille (sa mère) m'a appelée tout de suite ; elle voulait savoir ce qu'elle pouvait faire, parce qu'elle n'avait jamais fait vacciner ses enfants et qu'elle ne consultait pas de médecin. Depuis un certain temps, elle était au courant de la Nouvelle Médecine Germanique. Je sus tout de suite quelle en était la cause, parce que la peau est reliée à un conflit de séparation. Voici ce qui est arrivé : pendant les quatre premiers mois de sa vie, le bébé dormait sur le sofa jusqu'à ce que ses parents aillent au lit et emportent l'enfant avec eux pour le coucher avec sa petite sœur. Ils dormaient tous dans la même chambre. Ma fille craignait que l'enfant ne tombe du sofa avant l'heure du coucher. Elle décida alors de mettre le bébé au lit avec sa sœur plus tôt dans la soirée, alors que les parents veillaient plus tard. Ils utilisaient un interphone pour bébé pour surveiller les enfants à distance. Le bébé se réveillait très souvent et il était déjà en panique avant que ma fille ait le temps de se rendre auprès de lui (la chambre était à l'étage au-dessous). La situation durait depuis assez longtemps, quand ma fille m'a appelée. Je lui ai dit tout de suite : « C'est un conflit de séparation, alors, reviens sur ta décision et essaie de le garder sur le sofa jusqu'à ce que vous soyez prêts à aller au lit ». Mais ma fille ne voulait pas le faire : en tant que parents, ils voulaient aussi se réserver du temps pour eux. « Alors, tu dois vivre avec le problème de peau de ton bébé », lui ai-je répondu. Ma fille a alors consulté un médecin pratiquant les médecines alternatives. Il a recommandé d'éviter de consommer du blé ou des produits laitiers. Ce n'était pas un problème pour elle, parce qu'elle allaitait encore son enfant. Elle-même ne buvait pas de lait, et elle a décidé de ne pas manger de fromage non plus. Elle faisait son pain elle-même ; elle a donc utilisé plutôt du seigle et de l'épeautre. Mais le problème de peau ne s'améliorait pas ! En mai, ils sont allés en vacances et quand ils sont revenus 14 jours plus tard, ma fille m'a appelée ; toute excitée, elle m'a dit : « Sa peau est guérie, ce doit être le changement d'air. » Je lui ai dit : « Mais non ! Où étiez-vous quand vos enfants s'endormaient ? Étiez-vous sur un étage différent ? » « Non, nous étions sur le balcon devant la chambre d'hôtel », m'a-t-elle répondu. Ce qui est arrivé, c'est que l'enfant pouvait entendre ses parents parler durant son sommeil, et la neurodermatite, qui n'est visible que durant la phase de guérison du conflit, a pu guérir complètement. Ma fille n'avait jamais utilisé d'onguent pour la peau pour aider le processus de guérison. Vous vous demandez peut-être pourquoi la guérison n'était pas intervenue auparavant ? La réponse, c'est que, chaque fois que l'enfant paniquait, le processus s'arrêtait et devait repartir de nouveau depuis le début ; une répétition constante du cycle : lorsque la mère arrivait près de l'enfant, la guérison reprenait. Mes soupçons furent confirmés par S. M. (une thérapeute GNM), qui a vu les photos de mon petit-fils ; elle a dit que, puisque les deux parents étaient concernés, l'enfant réagissait sur les deux côtés de son visage. Ceci réfère au fait que certains enfants souffrent souvent de problèmes de peau d'un seul côté du visage ; cela dépend de leur latéralité et de la personne dont l'enfant se sent séparé. L'enfant a maintenant 4 ans et n'a pas eu de rechute. Ma fille a aussi laissé son emploi pour devenir une maman attentionnée « à plein temps » ! Dernièrement, mon mari et moi avons reçu le petit chez nous pendant deux jours et il n'y a eu aucun problème. Ce que je recommande aux parents d'enfants en bas âge, c'est de se passer de « luxe » et de passer plus de temps de qualité avec leurs enfants. Ils seraient en meilleure santé. Et si les parents étudiaient la GNM, bien des « maladies » pourraient être évitées.

G.S. extrait de www.LearningGNM.com

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.

- Un lecteur belge cherche le décodage des **polypes à la vessie**

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

OLIVIER SOULIER à Bruxelles

- **Roberto Fradera & Alain Lechat** animent du 11 au 14 novembre près de Charleroi une formation technique sur « *Biologie totale (2^e module)* »
Info : +32 (0)71-31 81 00 – www.pourallerplusloin.be
- **Le Dr Olivier Soulier** anime du 10 au 12 novembre à Bruxelles un séminaire sur « *Lecture du corps* »
Info : +33 (0)4-79 34 55 76 – www.lessymboles.com



FRANCE

SALOMON SELLAM près de Montpellier

- **Le Dr Salomon Sellam** anime à partir du 10 octobre près de Montpellier une formation en « *Psychosomatique clinique* » (4 séminaires de 4 jours la première année)
Info : info.salomon.sellam.ipc@gmail.com – www.salomon-sellam.org
- **Le Dr Philippe Dransart** anime du 13 au 15 octobre à Grenoble un séminaire sur « *Le langage de la maladie et la guérison des blessures par la méthode des 3 portes* »
Info : +33 (0)6-75 02 67 45 – www.comturquoise.fr
- **Jean-Brice Thivent** anime les 14 et 15 octobre près de Strasbourg un séminaire sur « *Psycho-bio-généalogie et décodage biologique des maladies* »
Info : +33 (0)6-95 30 37 87 – www.alsacenaturo.com
- **Le Dr Gérard Athias** anime du 13 au 15 octobre à Lyon un séminaire sur « *Le Ressenti de A à Z* »
Info : +33 (0)6-13 54 14 76 – www.athias.net
- **Annie Roux Bonnefoy** anime le 17 octobre à Carnoux en Provence un atelier sur « *Décodage biologique : comment sortir des conflits de jugement* »
Info : +33 (0)6-23 36 15 83 – www.biodecodage.com
- **Pierre-Olivier Gely** anime du 19 au 22 octobre à Gardanne (13) un séminaire sur « *Décodage biologique : conflictologie* »
Info : +33 (0)6-06 13 12 00 79 – www.biodecodage.com
- **Christian Flèche & Jean-Guillaume Salles** animent du 3 au 5 novembre à Grans (13) un séminaire sur « *Décodage biologique : de la souffrance à la croyance, de la croyance à la conscience* »
Info : +33 (0)6-06 13 12 00 79 – www.biodecodage.com
- **Christian Flèche** anime du 9 au 12 novembre à Gardanne (13) un séminaire sur « *Décodage biologique : troubles du comportement* »
Info : +33 (0)6-06 13 12 00 79 – www.biodecodage.com
- **Annie Roux Bonnefoy** anime le 14 novembre à Carnoux en Provence un atelier sur « *Décodage biologique : les deuils* »
Info : +33 (0)6-23 36 15 83 – www.biodecodage.com
- **Jean-Philippe Brébion** anime du 1 au 3 décembre un atelier sur « *Présence dans la recontre* »
Info : +33 (0)6-79 19 32 06 – www.bioanalogie.com
- **Le Dr Gérard Athias** anime à partir du 10 décembre à Sanary-sur-Mer une formation sur « *Biologie et le sens de la maladie : quand l'écoute thérapeutique rencontre la biologie* »
Info : +33 (0)6-13 54 14 76 – www.athias.net



SUISSE

CORALIE OBERSON-GOY à La Tour de Peilz

- **Le Dr Jean-Claude Fajeau** anime le 25 octobre à Moutier, le 26 octobre à Bienne et le 30 octobre à Lausanne, une conférence sur « *La peur, poison émotionnel* »
Info : +41 (0)78-758 57 49 – www.centrepilae.com
- **Coralie Oberson Goy** anime les 4 et 5 novembre à La Tour-de-Peilz une formation sur « *Mettre des mots sur vos maux* » (Introduction au décodage biologique)
Info : + 41 (0)77-495 68 87 – www.decodage.ch
- **Coralie Oberson Goy** anime les 10 novembre et 8 décembre à Aigle des ateliers de « *Constellations familiales* »
Info : + 41 (0)77-495 68 87 – www.decodage.ch



ITALIE

EDUARD ET JUDITH VAN DEN BOGAERT à Montegrotto

- **Le Dr Eduard Van den Bogaert & Judith Blondiau** animent du 21 au 23 octobre à Montegrotto un séminaire sur « *Seinspathies : décryptage biomédical pour prévenir et faciliter la guérison des seins* »
Info : +32 (0)2 374 77 70 – www.evidences.be



VÉRITÉ ET INFORMATION LA VÉRITÉ... QU'EST-CE QUE C'EST ?

Régulièrement, en consultation ou en séminaire, lorsque je propose à une personne d'être à l'écoute de sa vérité, elle me répond : « *Je voudrais bien respecter ma vérité, mais je ne la connais pas !* ».

C'est le lot de tout accompagnant en développement personnel et de tout thérapeute de rencontrer ce genre de questionnement sur ce qui peut être « vrai » ou non pour soi. Aucun de nous ne peut d'ailleurs se vanter d'en être totalement dégagé !

C'est d'autant plus légitime que nous sommes régulièrement confrontés à différents concepts, idées et théories proposés tant par la science et la philosophie que par des « maîtres » et autres gourous, prônant chacun sa vision en la considérant comme LA VÉRITÉ.

Et l'histoire du monde regorge d'événements plus ou moins douloureux liés au fait que chacun prétend détenir cette vérité, sans aucune tolérance pour une éventuelle version d'autrui.

Depuis quelque temps, l'information s'est accélérée entre les médias et les réseaux sociaux. Nous sommes constamment submergés par des « révélations » qui nous sont présentées comme autant d'incontournables « vérités ». Même si nous recevons dans le même temps des contre-informations tout aussi incontournables !

Il est vrai que l'on trouve sur le web des sites qui sont spécialisés dans les « *hoax*¹ ». Mais il n'en reste pas moins que l'on peut aussi se poser la question sur ces sites eux-mêmes.

Où est la vérité ?

Qui croire ?

Que croire ?

Mais est-ce que ce sont vraiment les bonnes questions ?

Comme beaucoup, il m'est arrivé de me faire reprendre lorsque je me positionnais par rapport une information reléguée par les medias. En effet, on me demandait – à juste titre – si j'étais « certain » de cette information, si je l'avais vérifiée. On m' enjoignait aussi parfois de ne pas juger ou affirmer « sans savoir réellement la vérité ».

Ce type de réflexion m'interrogeait et m'amenait à me remettre en question, avec cependant comme un sentiment d'être « pris à mon propre piège ».

Je savais que ce que l'on me disait était juste et, en même temps, cela ne me convenait pas réellement.

Je ressentais un certain inconfort intérieur.

Or, selon la vision de la Loi du Principe, si quelque chose me dérange, c'est qu'il y a autre chose « derrière » : quelque chose qui parle de moi. Cela m'a effectivement permis une clarification de ce point de mal-être, dont je vous livre le cheminement.

Un Univers Unique... « Nous-mêmes »

Rappelons qu'en Bioanalyse, nous considérons un univers unique : « **Nous-mêmes**² ».

Seul notre mental nous entretient dans l'idée que nous sommes une partie de l'univers.

Lorsque je dis **unique**, je veux dire : il n'est qu'un univers : celui dont je suis le « centre » et rien d'autre.

Mais là encore, parler de « centre » n'est pas juste : comme tout représenté, c'est duel puisque cela fait référence à des notions de temps et d'espace.

En fait nous sommes la totalité, c'est-à-dire intérieur et extérieur, haut et bas, plein et vide, etc.

Nous sommes à la fois « moi et non moi ».

Pour Einstein, nous sommes un « continuum temps /espace ».

Donc nous ne sommes pas « le centre », mais une relation, entre le temps – Big-bang de « notre univers – et l'espace – notre conception. En fait, nous sommes une relation entre deux éléments qui n'ont aucune réalité propre en tant qu'éléments identifiés. (Comme le positif/le négatif, le chaud/le froid, etc. ne peuvent exister par eux-mêmes sans être en relation.)

Cette vision est difficilement accessible par le mental parce qu'elle fait référence à des notions hors causalité, hors dualité, hors temps et espace. Seule l'approche quantique peut nous permettre de la saisir.

Ceci implique un bouleversement dans notre façon de considérer la vie... et la vérité !

La vérité est l'expérimentation de « notre Univers » unique.

Ainsi, tout ce qui me touche, tout ce que je connais, tout ce dont je suis « in-formé » est moi puisque « en relation ».

Cette relation est expérimentation, elle est unique, elle ne se définit pas, elle ne se saisit pas, elle EST.

Il n'y a pas de vérité extérieure, il y a seulement une information qui, lorsqu'elle nous touche, est expérimentation.

Si cette information déclenche une réaction en moi, c'est que je ne vis pas l'univers unique que je suis. Je suis identifié à cet événement que je fais exister en dehors de moi en « survivant » dans la dualité.

L'important n'est pas qu'une information soit réelle ou non, l'important est ce que cette information vient toucher et qui révèle la vie en moi, que je ne laisse pas circuler.

Nous avons à expérimenter de laisser œuvrer la vie sans vouloir changer le processus, sans nous projeter dans une attente, sans nous accrocher à un résultat et sans intention de vouloir changer le constat.

Seule cette expérimentation est Vérité.

En résumé, la Vérité est une expérimentation de la vie, **insaisissable, immatérielle, impermanente et source de Paix.**

Elle s'exprime à travers une inscription spatio-temporelle – notre corps – qui n'est qu'illusion et qui n'a aucune réalité propre.

Je ne doute pas que ces propos peuvent éveiller des questionnements et des argumentations de toutes sortes... de la part du mental !

Je sais également que la Vérité ne s'enseigne pas, elle ne se communique pas, elle EST. ■

⁽¹⁾ Ce sont les fausses informations, les rumeurs ou les légendes urbaines qui sont divulguées à des fins malveillantes.

⁽²⁾ Dans le dictionnaire en ligne anglophone « Urban dictionary », on découvre que la monarchie britannique utilise le pluriel de majesté « nous royal » pour indiquer qu'elle représente « à la fois le corps physique et le corps politique ».



Auteur et conférencier international, **Jean-Philippe Brébion** a développé le concept original de Bioanalyse, 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'Évidence* » (Éd. 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@bioanalyse.com – www.bioanalyse.com



LA GLYCATION : le vieillissement dans notre assiette

La glycation est le terme utilisé pour décrire le mécanisme par lequel des molécules de sucre se fixent sur des protéines ou des lipides. Aujourd'hui, les progrès dans le domaine de la physiologie ont montré qu'une douzaine de maladies dégénératives sont à tout le moins favorisées par ce processus.

La naturopathie a toujours cherché à limiter les effets du vieillissement cellulaire. Aujourd'hui, les progrès dans le domaine de la physiologie ont montré qu'une douzaine de maladies dégénératives souvent associées au vieillissement (comme Alzheimer, Parkinson, Maladie de Charcot, la cataracte, l'athérosclérose, l'emphysème, ou le diabète de type 2...) ont en commun un état inflammatoire et une modification de la structure de certaines protéines (qualifiées d'anormales) : on parle d'erreur de repliement de leur structure ADN. Ces protéines « mal repliées » arrivent à transformer les cellules saines en cellules malades responsables de dommages cérébraux et de démence. Les protéines normales acquièrent une structure particulière pour mener à bien les tâches qui leur incombent (réguler les fonctions du corps, les infections...). Mais les protéines déformées jouent mal leur rôle. Elles peuvent même devenir toxiques. D'où viennent ces modifications structurelles de protéines ? Cette déstructuration protéique a pour origine, entre autres, un processus particulier nommé la glycation.

Les AGE font prendre de l'âge

La glycation est le terme utilisé pour décrire le processus par lequel des molécules de sucre se fixent sur des protéines ou des lipides. Elle est aussi appelée « réaction de Maillard » et a été découverte en 1900. Mais ce n'est qu'en 1980, en travaillant sur le diabète et le vieillissement, que les scientifiques s'y sont intéressés. Les produits « terminaux de glycation » (AGE) sont responsables de la rigidité et de la déformation de certaines protéines. Lorsqu'une protéine est glyquée, la quantité de radicaux libres produits est multipliée par cinquante. Cela endommage fortement les cellules jusqu'à les détruire. La conséquence est un vieillissement prématuré des tissus (rides, cheveux grisonnants, peau flasque...). Heureusement, nous ingérons et produisons des antioxydants qui limitent (normalement) ce processus. La glycation est une réaction inévitable qui joue un rôle dans les processus inflammatoires. Mais peut-on la limiter ? Nous avons vu que la glycation est la fixation d'un sucre réducteur (glucose ou fructose) sur une protéine. Cette réaction est très dépendante du temps d'exposition au sucre et de la concentration sanguine en glucose. Ainsi, si mon taux de sucre



sanguin reste élevé trop longtemps, j'expose mes tissus à un enchaînement de réactions de Maillard qui aboutissent à la formation des AGE. Le taux de formation de ces composés dépend principalement de la durée de l'hyperglycémie (de l'excès de sucre). On comprend alors qu'une alimentation basée sur la consommation de glucides augmente ce phénomène.

Attention cuisson

La glycation est aussi un phénomène culinaire. La vitesse de réaction est d'autant plus élevée que la température augmente. Lors du chauffage des aliments à haute température (> 100°C mais surtout > 180°C), par la cuisson au four ou à la poêle, on parle de dégradation de Strecker. C'est une destruction des protéines glyquées aboutissant aux produits de Maillard qui donnent l'aspect bruni et odorant à nos aliments. Les parties brunies ou dorées d'un gratin, d'un pain grillé ou d'un flanc caramélisé... ne devraient donc pas être consommées, car elles polluent l'organisme qui ne peut pas s'en débarrasser. Je vous entends déjà dire « *Encore une chose dont on raffole et que l'on ne peut plus consommer !* ». Mais rendez-vous compte : la consommation d'un steak de viande bien grillée équivaut, en termes de toxicité, à celle de 1000 cigarettes... ! Heureusement, les végétaux grillés sont un peu moins toxiques mais doivent tout de même être évités. Car les conséquences d'une glycation trop importante sont lourdes et nombreuses. Au niveau du foie, c'est la fonction de détoxification qui est atteinte car elle altère les enzymes antioxydantes (superoxyde dismutase-SOD) ainsi qu'une enzyme de détoxification de l'alcool (l'alcool déshydrogénase hépatique.)

Au niveau circulatoire, la glycation forme des agrégats entre les protéines. Cela participe notamment à l'opacification du cristallin (cataracte). La glycation des protéines des parois vasculaires leur fait

perdre une partie de leurs propriétés mécaniques et les rend résistantes aux enzymes nécessaires au remodelage des parois. Elle contribue ainsi à l'irréversibilité de l'épaississement de la paroi artérielle. Les vaisseaux sanguins au niveau des reins sont très sensibles à ces modifications structurales. L'insuffisance rénale, avec fuites de l'albumine dans l'urine (microalbuminurie), en est la conséquence.

La glycation des lipoprotéines LDL et HDL entraîne aussi des modifications qui rendent plus difficile le transport (et en particulier le retour) du cholestérol. Une hygiène de vie qui maintient des taux de sucres élevés trop longtemps dans le sang (grignotage, sédentarité...) et qui privilégie des modes de cuisson inadaptés produit dans nos tissus des réactions inévitables de glycation des protéines qui joue un rôle prépondérant dans de nombreuses pathologies inflammatoires.

Comment limiter la glycation ?

La naturopathie est avant tout causaliste. Plutôt que de prendre des nutriments antioxydants, nous cherchons d'abord à supprimer les principales causes : - en diminuant la consommation de glucides sous toutes ses formes (pain, céréales, sucreries, miel...).

Le fructose est le sucre le plus réactif, il multiplie par dix la vitesse de glycation. On se méfiera particulièrement des sodas et jus de fruits.

- ensuite en s'orientant vers une alimentation vivante, basée sur des aliments crus. La cuisson se fera en priorité à l'étouffée ou à la vapeur douce. Une complémentation basée sur la prise de quelques antioxydants (zinc, vitamine A, C, E...), un soutien hépatique à base de plantes (desmodium, artichaut, chardon marie...) et de l'exercice physique régulier compléteront ce programme d'hygiène vitale.

Des travaux récents ont montré que des protéines glyquées amyloïde- β s'agglutinent au niveau des neurones sous forme de plaques amyloïdes et seraient susceptibles d'être impliquées dans la maladie d'Alzheimer. On retrouve ce même type de protéines dites « démentes » sur le pancréas, ce qui perturbe les sécrétions d'insuline. Les nombreuses complications du diabète, ainsi que la maladie d'Alzheimer, auraient donc une cause commune : la glycation.



Praticien-naturopathe et professeur d'éducation physique, **Jean-Brice Thivent** dirige en France la Formation alsacienne de Naturopathie. Il est l'auteur du livre « *De l'homme dévitalisé à l'homme vivant* » (éditions Néosanté).
www.alsacenaturo.com



Être propre... sans se laver

Au fil de cette rubrique, je vous ai entretenu des avantages du minimalisme cosmétique. Ainsi, les lecteurs assidus savent que l'on peut se passer de crème hydratante ou solaire, de dentifrice du commerce ou de shampoing et ce, sans sacrifier son hygiène ni sa vie sociale ou affective, mais au contraire au plus grand bénéfice de son épiderme et de sa santé. Il me restait à vous apprendre que l'on peut être propre sans se laver, et en tout cas sans se savonner.

Dans l'une de mes précédentes chroniques, j'ai osé remettre en question l'usage quotidien du savon pour le corps, suivant en cela les conseils du Dr Casey Carlos, assistant professeur en dermatologie à l'Université de médecine de San Diego. Le spécialiste essayait de convaincre les Américains de ne pas se savonner entièrement tous les jours et de réserver la mousse quotidienne aux parties intimes, aux aisselles et aux pieds, les seules pourvues de glandes sudoripares mérocrines, c'est-à-dire générant une odeur. Pour moi-même, j'ai expérimenté la routine de ne savonner que ces zones, me contentant d'eau pour le reste du corps. Ce faisant, j'ai constaté au fil du temps la fin de mes irritations cutanées et autres problèmes de peau sèche, surtout en hiver. Informé par une étude de la *Collaboration Cochrane* que le meilleur antiseptique en cas de plaie est tout simplement l'eau du robinet, je me doutais que le savonnage ne constitue pas tant une nécessité hygiénique que sociale. Je persistais à y sacrifier cependant, jusqu'au jour où j'ai lu dans la revue française *We Demain* le témoignage du journaliste Guillaume d'Alessandro. Il relatait par le menu une expérience de six semaines au cours de laquelle il ne s'était pas lavé. En pratique, il n'avait pris ni douche ni bain, se contentant de se savonner les mains et de s'essuyer quand il était en sueur. Il changeait de vêtements dès que ceux-ci avaient une odeur. Après une période de six jours d'aggravation olfactive, il avait retrouvé une fragrance naturelle qui passait totalement inaperçue au nez de ses collègues ou amis et même de sa petite amie...

Ne plus appliquer de substance étrangère sur sa peau

Marqué par une brève expérience dans l'industrie cosmétique au cours de laquelle, manipulant des parfums à l'état pur, il s'était trouvé isolé socialement en raison d'une tenace odeur synthétique, il s'était juré de trouver un jour le moyen de ne plus appliquer de substance étrangère sur sa peau. En novembre 2016, informé des habitudes d'hygiène qui avaient prévalu jusqu'au XX^e siècle sans mettre en péril la survie de l'espèce humaine, il avait franchi le pas et s'en était trouvé fort bien. Au printemps,



je l'ai interviewé dans le but de chroniquer son expérience dans le magazine *Nexus*. Il m'a appris qu'il avait retrouvé l'habitude des bains une fois par semaine pour le plaisir et la détente mais n'avait jamais repris l'usage du savon. Il envisageait tout de même de se mouiller plus souvent l'été venu. « *Le clochard dont l'odeur repousse tout le monde, ce n'est pas lui qui sent mauvais mais ses vêtements* », plaident-il. « *La sueur ne sent pas, c'est sa macération qui provoque une prolifération bactérienne malodoureuse. Il suffit donc de ne pas se couvrir excessivement et de changer ses vêtements régulièrement pour qu'aucune odeur gênante ne se manifeste* ». En revanche, m'a-t-il prévenu, un période ingrate entre le cinquième et le dixième jour est inévitable, le temps qu'au terme d'une véritable guerre bactériologique, les différentes populations de micro-organismes présentes à la surface de la peau retrouvent leur équilibre naturel perdu au fil des savonnages répétés... D'après lui, le régime alimentaire n'avait aucune influence notable.

La plupart se lavaient à l'eau...

J'étais tenté par l'expérience mais il me fallait des garanties. Guillaume d'Alessandro m'en donna quelques-unes. Après son récit, il avait été invité à France Inter et RTL. À la suite de son coming-out, les langues s'étaient déliées. Outre les demandes de conseils, plusieurs personnes lui avaient confié ne pas se savonner depuis de nombreuses années sans dommage social, conjugal ou sanitaire. La plupart se lavaient à l'eau, parfois à l'aide d'un gant humide et c'était tout. J'ai relaté cette expérience autour de moi.

Plusieurs personnes de mes connaissances m'ont confirmé avoir banni le savon depuis des années, sauf pour leurs mains, sans que leur odeur ne me laisse soupçonner le moindre défaut d'hygiène. Certains témoignaient avoir trouvé ce moyen pour mettre fin à leurs problèmes dermatologiques.

Expérience personnelle

Il me restait à faire le grand saut. Profitant d'une semaine de solitude, j'ai tenté l'aventure. Mais effrayé par l'idée d'exhaler quelques odeurs antisociales, j'ai ajouté à mon eau, en fin de douche, un peu de vinaigre blanc, connu pour ses vertus bactéricides et antifongiques. Malgré cette précaution, j'ai remarqué une période ingrate de plusieurs jours à la suite de laquelle mes odeurs se sont en effet régulées. Sauf que ce que j'économisais en savon, je le gaspillais en lessive puisque je devais laver mon linge bien plus souvent. Alors j'ai décidé de faire un compromis entre le minimalisme cosmétique et le minimalisme lessivier.

Voici ma routine : chaque jour après la douche, je m'ébroue et m'essuie légèrement à mains nues pour évacuer l'excès d'eau. Ensuite, j'émulsionne dans ma main quelques gouttes – 3 ou 4 maximum – d'huile végétale parfumée que je répartie sur les aisselles, les aines, les orteils et le pli fessier puis sur le reste du corps. Cet été, j'ai utilisé une huile de coco parfumée de monoï bio. Cet hiver, j'opterai pour une spécialité plus en rapport avec la saison.

Bilan de mon expérience : je n'utilise plus de savon, sauf pour les mains et pas plus de lessive qu'avant. Ma peau est plus douce que jamais. Je me sens propre et mon odeur corporelle semble passer inaperçue. Pour en avoir le cœur net, j'ai même fini par me faire renifler par quelques proches et amis. Verdict : rien à signaler... ■



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* » (Éditions Thierry Souccar).



Apprivoiser son petit dictateur intérieur

Sus à la dictature ! Et si nous arrêtons de céder tout notre pouvoir à la peur, créant les barreaux de notre prison intérieure ? Le psychologue Jean-François Vézina nous livre un guide pour instaurer en nous « La Démocratie du cœur ». Avec un humour qui tranche avec les discours psy habituels, il nous encourage à déployer des solutions créatives en temps de crise.

On connaît surtout Jean-François Vézina pour son travail sur les synchronicités et son best-seller *Les hasards nécessaires*, qui évoque le rôle des coïncidences dans les événements qui nous transforment. Grâce à ce nouvel ouvrage interactif *Apprivoiser son petit dictateur* ⁽¹⁾, au ton décalé et imagé qui nous sort des ornières de nos schémas récurrents, nous redevenons acteurs face à ces peurs qui nous nécrosent. « Vous les troquerez pour davantage de curiosité et d'audace, et vous oserez enfin exprimer votre unicité dans un monde qui en a cruellement besoin », souligne l'auteur.

Du diagnostic...

Appuyant son ouvrage sur la métaphore politique, notre psychologue nous apprend qu'un petit dictateur (petit, petit ?!) se cache dans notre pays intérieur et qu'il a un super pouvoir, capable de revêtir n'importe quel costume afin de passer inaperçu et de semer la terreur sans que l'on s'en rende compte. Dans l'Antiquité romaine, le dictateur – étymologiquement « celui qui parle » – était un magistrat nommé de manière extraordinaire lors de situations critiques, à qui on cédait les pleins pouvoirs. C'est tout dire ! Au travers de ce livre, Jean-François Vézina nous invite à réfléchir à qui, à quoi, donnons-nous le plein pouvoir : une idée qui tourne en boucle, un rôle social, un ordinateur tout-puissant, une substance dont on abuse, des objets de consommation, une personne qui nous promet la lune... Il nous convie également à écouter la petite voix intérieure qui prend les décisions : est-elle une digne représentante de nos (vrais) besoins ? « Quatre signes nous alertent d'une colonisation par un petit dictateur. Un, les idées que nous produisons et les rêves que nous poursuivons ne sont pas les nôtres. Nous vivons déconnectés de nos aspirations profondes, au crochet des désirs des autres. Deux, les principes et lois qui dirigent notre vie ne sont pas votés par nous. Nous obéissons inconsciemment à des croyances extérieures qui contribuent à nous forger une fausse identité et mettent en péril notre intégrité. Trois, la peur est devenue notre principale source d'énergie. Lorsque nous fuyons tout ce qui se présente en nous ou devant nous, nous ne recyclons pas nos peurs en désirs, ouvrant la voie aux dépendances et coups d'État émotionnels qui menacent notre paix intérieure. Enfin, quatre, le sens de notre vie est appauvri par la recherche de profit à tout prix. Sous l'emprise de notre petit dictateur, nous perdons la liberté et la créativité nécessaires pour recycler toutes nos expériences en sources de beauté, de connaissances et de richesses naturelles à partager librement avec les autres », interpelle Jean-François Vézina qui nous convie ensuite, en cinq étapes interactives, à « renverser » notre dictateur pour établir la démocratie du cœur.

...Au changement de « gouvernement »

Au programme de ce cheminement, habilement expliqué, le psy nous convie, comme première étape, à déterminer nos principales peurs – porte d'entrée à notre dictateur. Ensuite, nous allons découvrir ce qu'est cette fameuse démocratie du cœur, et faire connaissance avec les quatre ministres essentiels qui peuvent aider à diriger notre pays intérieur tout en protégeant l'extérieur des assauts de notre tyran : les ministres de l'Imagination, de l'Intégrité, du Courage et du Sens. Dans la troisième étape, nous proposerons un accord de paix avec notre petit dictateur, tout en lui assignant un rôle plus créatif dans notre Parlement intérieur. Quatrièmement, nous dessinerons notre pays intérieur pour mettre en valeur ses richesses naturelles.

Enfin, cinquième étape sur le chemin, nous serons appelés à signer une attestation officielle de souverain(e) de notre pays intérieur, qui scellera notre engagement à contribuer au développement durable de la démocratie du cœur dans le monde. « Lorsque l'humanité est libre, elle joue », affirme l'auteure et pédagogue québécoise Pol Pelletier. Place au « je » en jeu ! Libre et joyeux. ■

Carine Anselme

POUR ALLER PLUS LOIN

(1) *Apprivoiser son petit dictateur. Guide pour vivre en démocratie avec soi*, Jean-François VÉZINA (Éd. de L'Homme, 2017). Voir aussi www.jfvezina.net

PRATIQUE

LA MOUCHE ET LE SAMOURAÏ



Face à la petite voix de notre dictateur, on a le choix : maintenir notre système de croyances en nous laissant envahir par la peur ou changer notre vision du monde et système de gouvernement. Jean-François Vézina l'illustre à travers l'histoire symbolique d'un homme qui cède tout son pouvoir à... une mouche. À méditer !

Par un bel après-midi de printemps, un samouraï s'installe dans un jardin paisible pour méditer. Il rêve de devenir le souverain de son corps. Soudain, bzzz ! Une mouche fait irruption. Le samouraï a le pouvoir de rendre cette mouche aussi puissante qu'une armée ou aussi belle qu'un pétale de rose qui lui chatouille le nez. Au départ, il fait comme si elle n'existait pas. Il tente de se couper des sensations de son corps, mais « bzzz » : la mouche revient le chatouiller. Agacé, déstabilisé, il sort son épée. À son insu, son petit dictateur a déjà mobilisé un budget de peur pour attaquer la mouche plutôt que de « s'en faire une amie ». D'un vif coup de sabre, il coupe la mouche en deux. Satisfait, il retourne à sa méditation. Puis, soudain... Bzzz ! Bzzz ! La mouche s'est dédoublée comme les cellules d'un cancer et revient lui chatouiller le nez. Que fait-il ? Il a le choix de revenir au centre de lui-même ou d'aller plus loin. Il double son budget de peur et attaque les deux mouches qu'il coupe avec son sabre. Lentement, il féconde à son insu sa rage. Son dictateur fait mouche ! Ensuite ? Il se sent de plus en plus puissant grâce à son sabre. Alors il coupe les quatre mouches. Huit mouches l'envahissent ! Plus il investit dans la peur, plus les mouches se multiplient. Elles sont des millions à tourbillonner autour de lui. Notre homme, qui voulait être souverain de son monde intérieur, est totalement hors de lui. Il essaie de chasser les millions de mouches qui occupent tout son espace. C'est alors qu'il revient au centre. Il imagine que les millions de mouches qui tourbillonnent autour de lui forment une tempête de neige. Grâce à son imagination, il perçoit les mouches comme des flocons de neige. Il a troqué la peur pour la curiosité et a fini par accepter cette mouche. Comme par magie, celle-ci redevient un simple insecte qui se pose sur sa main.



Des microbiotes à L'HOLOBIONTE

Les deux articles précédents ont esquissé, avec les microbiotes buccaux et intestinaux, le rôle fondamental des milliards de micro-organismes qui vivent et évoluent avec nous, et qui sont essentiels à notre survie. Prenons un peu de distance, dé-zoomons, et observons cette immense communauté de micro-organismes dans laquelle nous vivons.

Et commençons par l'histoire d'une variété d'herbe de pâturage, aux États-Unis : la « Kentucky 31 ». Cette année-là, en 1931, le Dr. Fergus de l'Université du Kentucky (d'où le nom) remarque qu'une variété d'herbe pousse particulièrement bien sur le flanc des collines de la région. Il sélectionne les semences des plants les plus vigoureux et les commercialise. Le succès est phénoménal : cette herbe est particulièrement productive et résistante. Dans les années '40 et '50, elle se propage bien au-delà du Kentucky. Mais assez vite, on remarque des choses étranges au niveau du bétail se nourrissant sur ces pâturages. La production de lait est en baisse, les bovins ne prennent pas assez de poids, la reproduction diminue. Pire : des symptômes apparaissent comme une salivation excessive, de la fièvre, et la chute des extrémités de la queue et des sabots !

La vie est communautaire

Cela constitue un mystère pour l'agriculture durant de nombreuses années. Jusqu'à ce qu'on découvre que cette variété d'herbe héberge un « endophyte », littéralement une plante (« phyte ») qui vit à l'intérieur (« endo ») d'une autre. Ici, en l'occurrence, un champignon : *Néotyphodium*. Ce champignon produit des alcaloïdes toxiques pour les bovins et les insectes. Il est invisible à l'œil nu, c'est-à-dire qu'on ne voit pas si une prairie héberge ce champignon. On ne peut le voir qu'en laboratoire. On remarque par ailleurs que le champignon se transmet par les semences. C'est-à-dire qu'une plante qui héberge ce champignon produira des semences qui l'hébergeront également. Ça ne « s'attrape pas ».

Les chercheurs essaient de tuer ce champignon, à l'aide de fongicide, ce qui fonctionne. Mais la plante s'avère nettement moins résistante. Sans son champignon, elle est attaquée par les insectes. Le Dr. Fergus n'avait pas sélectionné les plants qui présentaient les meilleurs gènes. Il avait sélectionné, sans le savoir, les plants qui hébergeaient ce micro-organisme.

Autrement dit, ce n'était pas cette plante seule qui était particulièrement résistante, c'était la communauté composée de la



plante et de son champignon. Cette communauté est ce qu'on appelle l'« Holobionte » (du grec holos, le tout, et de bios, la vie). Rajoutons à cela tous les autres organismes qui vivent au contact de cette communauté, dont le bétail qui se nourrissait de cette herbe, et nous avons un gigantesque écosystème. Si on s'intéresse aux gènes de l'ensemble de ces organismes, on a ce qu'on appelle l'« Hologénome » : l'ensemble formé par nos gènes, les gènes des milliards de bactéries que nous hébergeons, et les gènes de tout ce qui nous entoure au quotidien.

Voilà qui donne un peu le vertige ! Nous sommes très peu de choses, au milieu de ces milliards de gènes qui interagissent à tout instant, et dont les interactions sont le fruit de milliards d'années d'évolution. Tels ces bestiaux du Kentucky, combien de micro-organismes néfastes à notre santé ont été introduits dans notre alimentation, sans même que quiconque soit au courant ? Combien en avons-nous perdu alors qu'ils ont été nécessaires à notre évolution ? Parce que l'étude de cet Hologénome implique une théorie de l'évolution de l'Hologénome, qui postule que notre survie dépend autant de nos gènes que de notre microbiote.

Lamarck avait raison

Autre histoire, sous la mer cette fois. Une étude de l'Université de Tel Aviv a montré qu'une hausse de la température en Méditerranée entraînait la disparition d'une algue, qui fournissait la majorité de l'alimentation du corail. Ce changement alimentaire provoquait la prolifération d'une bactérie responsable du blanchiment. Les chercheurs pensaient que cela allait tuer le corail, mais ce-

lui-ci est devenu résistant à la bactérie, alors que ni le corail, ni la bactérie n'avaient muté ! L'hypothèse des chercheurs est que le microbiote du corail s'est transformé et a permis de lutter contre la bactérie. La survie est due ici au développement d'une nouvelle aptitude, avec un génome inchangé. Ce n'est donc pas le corail seul qui a survécu, c'est le « super-organisme » formé par le corail et son microbiote.

Darwin et Lamarck enfin réunis ! Parce que le microbiote s'adapte à notre environnement. Et se transmet de génération en génération, tels les champignons de notre herbe du Kentucky. Il semble de plus en plus que les adaptations rapides observées par Lamarck soient liées à ces micro-organismes. Et leur transmission à la génération suivante s'explique. Celle-ci est double : génétique et environnementale. Les parents transmettent à leur progéniture des gènes, qui vont s'associer ou pas avec les gènes de tous les micro-organismes de l'environnement. Et puis, la mère, en particulier, transmet à son enfant tout un ensemble de bactéries lors de l'accouchement et de l'allaitement. C'est cela qui fait que le microbiote des enfants accouchés naturellement et allaités est en général plus abondant et varié.

Biodiversité vitale

Et cette diversité est fondamentale pour notre survie. Dans le cas du corail, c'est la diversité des micro-organismes qui a permis la survie. C'est ce qu'on appelle la « fonctionnal response diversity » ou encore la « redondance fonctionnelle » : dans un microbiote, plusieurs bactéries ou microbes jouent le même rôle. Si une espèce est détruite par un changement (antibiotique, changement alimentaire, etc.), une autre espèce occupe la niche et remplit la fonction laissée vacante, permettant à l'environnement de persister. Jusqu'à un certain point. La nature est extrêmement bien faite, et on peut difficilement surclasser des millions d'années d'évolution de cette communauté de gènes. L'article du mois prochain conclura sur ce point passionnant des bactéries qui peuplent notre corps.



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>.



Des microplastiques dans l'eau du robinet !



Des échantillons d'eau du robinet d'une douzaine de pays ont été analysés par des scientifiques à la demande d'Orb Média, un site américain d'investigation. Le résultat est inquiétant car une contamination microplastique a été détectée dans 83 % des échantillons ! Après le Liban et l'Inde, ce sont les États-Unis qui ont le taux de contamination le plus élevé. Des fibres plastiques ont même été retrouvées dans l'eau distribuée dans la Trump Tower, au siège de l'Agence de l'Environnement et dans les bâtiments du Congrès ! Les pays européens (Royaume-Uni, Allemagne, France) étaient moins contaminés, mais l'eau du robinet y est tout de même « plastifiée » en moyenne à 72 % !

Mémoire & régime cétogène

Les derniers travaux sur le régime cétogène, publiés dans la revue *Cell Metabolism* suscitent l'espoir d'accroître le nombre d'années en bonne santé. Une première étude a confirmé que les souris nourries avec une alimentation riche en graisses et pauvre en glucides vivaient en moyenne 13% plus longtemps, ce qui équivalait à un gain de vie de sept à dix ans pour les humains. Et une deuxième étude menée à l'Université de Californie a montré que le régime cétogène améliorait nettement la mémoire et la vigueur physique des rongeurs.

Sucre & humeur

Dans une nouvelle étude parue dans *Scientific Reports*, des chercheurs de l'University College of London ont voulu savoir si c'était la déprime qui poussait les gens à manger plus sucré ou si c'était le sucre qui favorisait le spleen et la morosité. Pour le vérifier, ils ont suivi pendant 5 ans des hommes en bonne santé. Résultat : ceux qui consommaient plus de 76 g de sucre par jour avaient 23% de risque en plus de souffrir d'un trouble de l'humeur cinq ans plus tard, par rapport à ceux qui en mangeaient moins de 40 g. Ce serait donc bien le sucre qui rend triste et non la tristesse qui conduirait à manger sucré.

Graisses & santé

Les recommandations alimentaires concernant les graisses doivent être reconsidérées, selon les auteurs d'une étude présentée au congrès de l'European Society of Cardiology et publiée dans le *Lancet*. Les chercheurs canadiens ont découvert que, contrairement à la croyance, la consommation d'une plus grande quantité de lipides (environ 35% de l'apport quotidien en calories) ne changeait pas le risque cardiovasculaire et était même associée à un risque moins élevé de décès. L'observation portait pour les graisses polyinsaturées, mono-insaturées et saturées. Ces dernières étaient associées à un risque d'AVC plus faible.

Perturbateurs endocriniens & obésité

Pour leur étude parue dans *Nature Communications*, des chercheurs américains ont observé l'effet de perturbateurs endocriniens sur des tissus de l'hypothalamus, une région du cerveau qui contrôle l'appétit et le métabolisme. Les trois molécules testées étaient un additif conservateur présent dans des aliments et des cosmétiques, un polymère qui sert à fabriquer le revêtement anti-adhésif des ustensiles de cuisine, et un composant de certaines peintures. Les chercheurs ont constaté que chacun de ces produits chimiques endommageait les hormones communiquant entre l'intestin et le cerveau. Les perturbateurs endocriniens favoriseraient donc l'obésité en poussant à manger sans faim.

Recevez-vous Néosanté Hebdo ?



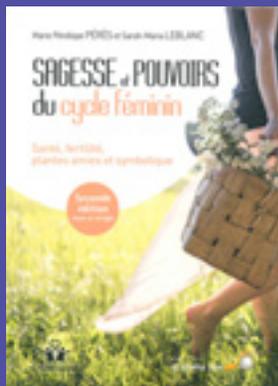
- Un **éditorial inédit** ou un article en avant-première
- Des liens vers des **sites** ou vers des **vidéos**
- Des **offres promotionnelles** pour des **livres** ou des **DVD** de notre médiathèque



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**



Les clés du cycle féminin



Pour une majorité de femmes, le cycle menstruel n'a aucun intérêt. Soit tout va bien, elles ne souffrent ni de règles douloureuses ni du fameux syndrome prémenstruel, et elles ont alors la chance de ne pas y penser. Soit les règles sont sources de douleurs et de contraintes, auquel cas beaucoup prennent des médicaments et tentent d'oublier leur « infirmité ». Et si l'essence de la féminité se situait précisément dans cet écoulement de sang en harmonie avec les phases lunaires ? Et si la clé des énergies féminines se trouvait justement dans le cycle menstruel ? C'est la conviction des

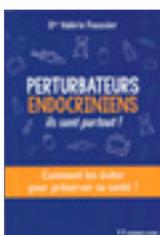
auteurs de ce livre pratique et illustré qui offre un véritable accompagnement naturel du cycle féminin par l'utilisation des plantes en herboristerie et par des exercices de conscience corporelle. C'est un manuel rempli de conseils et d'idées pour apprendre à aimer et à prendre soin de l'intimité féminine. C'est aussi un ouvrage qui aidera les femmes à trouver les mots et les méthodes pour informer leurs filles et instruire leurs partenaires.

Sagesse et pouvoirs du cycle féminin
MARIE-PÉNÉLOPE PÉRÈS & SARAH-MARIA LEBLANC
(Éditions Le Souffle d'Or)



Le bouquin du mois

Pollution pernicieuse



Bisphénol A, phtalates, parabènes, pesticides... Nous sommes de plus en plus confrontés aux perturbateurs endocriniens, ces substances chimiques qui interfèrent avec le système hormonal et qui ont une influence néfaste sur la santé. De plus en plus d'études scientifiques les incriminent comme responsables d'infertilité ou de l'augmentation de la fréquence de certains cancers. Écrit par un médecin endocrinologue, le livre fait le point sur cette pollution sournoise et propose des solutions de prévention, notamment en modifiant progressivement ses

habitudes de consommation. Comme d'autres, cet ouvrage omet pourtant de désigner un perturbateur endocrinien très répandu, à savoir la pilule contraceptive.

Perturbateurs endocriniens : ils sont partout
DR VALÉRIE FOUSSIER
Éditions Josette Lyon

La mort avant la vie



Dès avant sa naissance, un être humain peut être marqué par son séjour utérin. Or celui-ci est fréquemment partagé par une sœur jumelle ou un frère jumeau qui meurt avant de naître, le plus souvent à l'insu de la maman. Chez le survivant, la perte est alors enfouie dans l'inconscient et s'exprime longtemps plus tard par des symptômes physiques ou un mal-être psychique. Ce livre est né de l'expérience d'une thérapeute confrontée à des histoires et des intuitions de patient(e)s ayant probablement vécu in utero avec un embryon « tout proche » et porteurs de cette mémoire de mort gémellaire. Sans donner de méthode, l'ouvrage suggère un chemin pour faire le deuil du jumeau perdu.

Tout proches
NICOLE LANGLOIS-MEURINNE
Éditions Enrick

Retrouver l'équilibre



Écrit par une naturopathe-nutritionniste, ce livre est une invitation à modifier en douceur son mode de vie, son alimentation, ses perceptions et ses attitudes pour retrouver la joie de vivre en santé. Il propose des soins naturels et s'attarde principalement sur la santé digestive, l'équilibre acido-basique et le bon fonctionnement du cerveau. Il permet au lecteur de compléter un « carnet-santé » conçu pour guider pas à pas vers l'harmonie et le bien-être. C'est une source d'informations, de rappels et de conseils pratiques pour toute personne désireuse de retrouver un équilibre général et de prendre soin d'elle-même globalement. À la clef, l'auteur promet une « émancipation de tout l'être ».

La voie de l'équilibre
IMANE LAHLOU
Éditions Le Dauphin blanc

Ventouses, le retour



Selon un dicton chinois, acupuncture et ventouses soignent plus de la moitié des maladies. Ce procédé, qu'on aurait pu croire dépassé, jouit au contraire d'un regain d'intérêt. Dans ce livre, les auteurs proposent des traitements pour de nombreux maux de la vie courante (rhume, angine, crampes...) mais aussi pour des pathologies plus complexes, tels l'hypothyroïdie ou la fibromyalgie. Sans se cantonner à l'utilisation de ventouses, ils se replacent dans le contexte plus vaste de la médecine traditionnelle chinoise et rappellent que cette technique ancestrale se base sur la circulation des énergies. Bémol : ce bouquin est précisément braqué sur l'Orient et il zappe la tradition occidentale que nos grands-mères connaissaient encore.

Les ventouses en médecine traditionnelle chinoise
JOËL FOURNIER & PATRICE LAKHDARI
Éditions Dauphin

Nature & ossature



L'ostéoporose touche un nombre croissant de personnes compte tenu du vieillissement de la population. Après avoir fait le point sur les connaissances actuelles de cette maladie et sur les outils de diagnostic, le Dr Lenois confronte les risques et bénéfices des traitements classiques (médicamenteux et hormonaux) et des soins naturels (phytothérapie et phyto-œstrogènes). Il dispense des conseils alimentaires allant parfois à l'encontre des recommandations officielles : bien loin de renforcer les os, la consommation de produits laitiers va les fragiliser.

Ainsi l'ancien médecin généraliste entend-il rétablir quelques vérités, se contentant cependant de renvoyer à des sources glanées sur internet.

L'ostéoporose : prévention et nouveaux traitements sans médicament,
DR MICHEL LENOIS
Éditions Dangles

Éloge de la sensibilité



Et si l'hypersensibilité, la trop grande émotivité et l'introversion qui en découle étaient davantage des atouts que des handicaps ? C'est la thèse de cet ouvrage, écrit par une brillante universitaire elle-même touchée par ce phénomène. Selon elle, cette manière d'être au monde permet une exploration plus aisée des profondeurs de l'âme, une aptitude accrue à la méditation contemplative et un accès plus direct aux états modifiés de conscience, « fenêtres insoupçonnées sur l'univers ». Illustrant

son propos par des citations d'écrivains et empruntant les chemins de la psychologie transpersonnelle, ce livre invite à découvrir les hypersensibles et à partager leur quête de sérénité et de beauté.

Hypersensibilité et conscience élargie
MARIE-FRANCE DE PALACIOS
Éditions Bussière



CONGRÈS

Métamorphose d'une vie

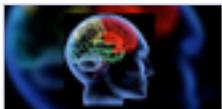


Les épreuves seraient-elles salutaires ? Les coups durs et les échecs qui jalonnent nos existences ne sont-ils pas nécessaires pour opérer des changements et nous reconnecter à nos rêves ? Organisées à Toulouse par ComTurquoise et Passerelles pour la vie les 14 et 15 octobre, les deux journées de rencontres « Métamorphose d'une vie » se proposent d'examiner comment l'adversité permet d'évoluer et de retrouver le fil de sa légende personnelle. Les différents intervenants (Thierry Janssen, Sylvie Ouellet, Guibert del Marmol...) feront découvrir la sagesse qu'offrent les épreuves et leur potentiel transformateur.

www.comturquoise.fr – www.passerellespourlavie.com

GRUPE FACEBOOK

L'origine psycho-émotionnelle des maladies



Fort de presque 2.000 membres, le groupe Facebook « L'origine psycho-émotionnelle des maladies » regroupe des thérapeutes et des particuliers intéressés par la médecine nouvelle, la biologie totale ou le décodage

biologique. Bien que fermé, il est ouvert à toute personne souhaitant partager des informations, des réflexions, ou poser des questions. On y trouve aussi une liste de thérapeutes par région.

CITATION

Le courage, c'est de chercher la vérité et de la dire, c'est de ne pas subir la loi du mensonge triomphant qui passe et de ne pas faire écho aux applaudissements imbéciles et aux huées fanatiques.

Jean Jaurès

VIDÉO

Le « coming out » d'Isabelle Adjani



Invitée le 3 septembre dernier sur France Inter dans l'émission *Le Grand Atelier*, la comédienne Isabelle Adjani a tenu à s'exprimer sur le projet des autorités françaises de rendre 11 vaccins obligatoires. Non seulement l'actrice a condamné ce qu'elle a qualifié de « crime contre l'immunité », mais elle a révélé qu'elle-même n'avait pas fait vacciner ses enfants et qu'elle avait falsifié des documents pour échapper à l'obligation vaccinale. Une courageuse sortie dont la presse a peu parlé mais qui fait son chemin sur les réseaux sociaux.

<https://www.youtube.com/watch?v=qnflErqBi40&sns=em>

ANCIENS NUMÉROS



Vous pouvez acheter les anciens numéros à la pièce (version papier* ou numérique) ou vous procurer toute la collection (numérique) : voir page 31

* le numéro 5 est épuisé

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

LE PISSENLIT va-t-il vaincre le cancer ?

Les traitements conventionnels pour combattre le cancer sont loin de faire l'unanimité, car ils touchent aussi les cellules saines, affaiblissant d'autant un corps qui lutte pour sa survie. Les recherches sur des thérapies alternatives se multiplient, et celle sur l'extrait de racine de pissenlit semble la plus prometteuse. Il est bien parti pour obtenir un agrément officiel, grâce à son efficacité redoutable contre toute une série de tumeurs, étayée par de solides résultats en laboratoire et cliniques. Les malades du cancer doivent-ils être prêts à "manger les pissenlits par la racine" pour guérir ?

ARTICLE N° 112

Par Hughes Belin

Le pissenlit est une plante si commune qu'on n'y fait même plus attention quand on la piétine. Qui prend encore la peine d'aller cueillir cette délicate salade bon marché, avant l'éclosion des boutons ? Tout au plus remarque-t-on leurs jolies fleurs jaunes qui constellent les champs et les pelouses au printemps, dont raffolent les abeilles. Le pissenlit est toutefois référencé pour ses vertus depuis des lustres dans la pharmacopée populaire. Ses fleurs, ses feuilles et sa racine sont connues pour leurs propriétés diurétique, cholérétique, anti-rhumatismale et stimulante de l'appétit¹. On l'utilise également dans la médecine chinoise pour ses propriétés antioxydante², antivirale³, anti-inflammatoire et hépatoprotectrice⁴. Mais les études sur les sujets

Ce remède serait efficace pour les cancers du foie, du pancréas, de la prostate, du côlon, du col de l'utérus et du sein.

humains sont limitées. Jusqu'en 2009, la recherche sur les propriétés anticancer du pissenlit était très mince. Les propriétés anticancer du pissenlit étaient bien connues, notamment pour les cancers du sein et de l'utérus, "mais son mécanisme reste à élucider", selon une étude⁵ coréenne qui s'était penchée sur les propriétés anticancer du pissenlit sur les hépatomes. Puis tout a basculé grâce à l'ouverture d'esprit d'un oncologue et la ténacité d'un biochimiste, dans une ville du Canada qui fait face à Détroit, de l'autre côté de la rivière qui sépare le Canada des États-Unis.

Un message divin ?

On ne saura sans doute jamais comment cette histoire a vraiment commencé. Le Dr Caroline Hamm, oncologue et hématologue au Centre de cancérologie de l'Hôpital régional de Windsor, au Canada, a pourtant bien dû admettre l'évidence. Vers la fin des années 2000, elle a observé que quelques-uns de ses patients en phase terminale prenaient une version "faite maison" d'extrait de racine de pissenlit (essentiellement une infusion de racine de pissenlit), avec des résultats encourageants. Un de ses premiers patients atteints de leucémie myélomonocytaire chronique en phase terminale, John DiCarlo, n'avait plus que quelques semaines à vivre fin août 2009. Il a commencé à prendre des infusions de racine de pissenlit et son cancer était en rémission. Ce patient a survécu cinq ans et il est mort à 75 ans d'une autre cause. Le Dr Hamm a continué à observer les réactions de ses patients à l'ingestion d'extrait de racine de pissenlit, notamment des réponses temporaires chez deux femmes atteintes de leucémie myélomonocytaire chronique, qui ne prenaient que de l'extrait de racine de pissenlit. Elle a rapporté de nombreuses réponses transitoires de patients qui consommaient de l'extrait de racine de pissenlit fait maison. Un patient atteint de leucémie myéloïde aiguë réfractaire a entamé un traitement à base d'extrait de racine de pissenlit et d'hydroxyurée et a montré une réponse immédiate et drastique à cette combinaison. Ses gros nodules de la peau sont entrés en rémission dans les 24 h et cela a duré un mois, malgré l'arrêt de l'hydroxyurée après 24h. "Le patient a toléré cette substance ex-

trêmement bien, aucune toxicité n'a été notée." Le patient a réussi à maintenir une rémission pendant 18 mois en se soignant seulement avec des infusions d'extrait de racine de pissenlit. Bien qu'il ait obtenu une rémission totale de sa leucémie à monocytes aiguë, il continuait à montrer des signes de leucémie myélomonocytaire chronique. Son décompte de monocytes périphériques augmentait lorsque la prise d'extrait de racine de pissenlit diminuait, alors qu'il était sous contrôle lorsque le patient augmentait sa prise d'extrait de racine de pissenlit. Dans ses observations⁶ lors de la conférence annuelle de la Société Américaine d'Hématologie du 10 au 13 décembre 2011 à San Diego, le Dr Hamm note qu'on a observé que de nombreux patients en phase terminale souffrant de cancers variés, y compris le cancer du côlon, signalent une excellente tolérance et une excellente réaction à la prise d'extrait de racine de pissenlit. Mais vu qu'ils ne sont pas dans un environnement contrôlé, il n'est pas possible de déterminer la quantité exacte des prises d'extrait de racine de pissenlit, qu'ils obtiennent de différentes manières.

Pourquoi ces patients ont-ils pris de l'infusion de racine de pissenlit ? Ils n'avaient certainement pas entendu parler des rares études sur les propriétés anticancer du pissenlit. Une des explications les plus plausibles pourrait être un "message de Dieu" qui circule dans les milieux de la phytothérapie. À une heure d'avion de Windsor, un éleveur de poulets du nom de George Cairns a vécu jusqu'en 2011 à Woodstock, dans l'Illinois. Sa nécrologie se contente d'affirmer qu'il "a parlé autour de lui des bénéfices pour la santé des racines de pissenlit". En fait, il aurait publié, il y a une vingtaine d'années, un article dans le journal local, le *Northwest Herald*, vantant les vertus anticancer de l'infusion de racine de pissenlit. L'article intitulé "Comment le Seigneur m'a dit de soigner le cancer" détaille par le menu comment se fabriquer de l'extrait de racines de pissenlit en les faisant sécher puis en les réduisant en poudre, pour les consommer avec de l'eau.

Il circule aujourd'hui largement sur internet. Le phytothérapeute et chroniqueur Rowan Hamilton nous a communiqué une lettre manuscrite de George Cairns, reçue suite à la publication d'un article sur les vertus du pissenlit dans la revue *Natures Impact*. Dans cette lettre, George Cairns signale que "environ 80% des gens qui ont pris de la poudre de racine de pissenlit pour le cancer ont guéri dans les 4 à 24 semaines". Ce remède serait efficace pour les cancers du foie, du pancréas (2 survivants pour 5 décès), de la prostate, du côlon, du col de l'utérus et du sein. "Les tumeurs semblent disparaître (...) Je sais que ça a l'air dingue, mais c'est vrai", explique-t-il en précisant qu'il ne vend rien mais qu'il ne fait que "remercier Dieu de lui avoir redonné sa santé et la vie". George Cairns insiste sur le fait qu'il ne faut pas laver les racines, mais au contraire garder un peu de terre avec celles-ci : "une bonne partie de l'immunité vient du sol. Cela commence dès la naissance". Il fait certainement référence au microbiome radiculaire du pissenlit, mais cette piste intéressante n'a pas encore été explorée par la recherche. Rowan Hamilton est on ne peut plus convaincu : "on arrive aux limites de l'intervention médicale dans le cancer. Aucune diminution du nombre des Nord-Américains diagnostiqués n'est en vue et les gens regardent ailleurs pour leur santé et leur vie. Une énorme somme de connaissances sur les herbes médicinales les attend, pour maintenir la santé, prévenir voire éra-



diquer le cancer de leur corps". Dans sa liste des plantes anticancer figure bien évidemment le pissenlit. Cette histoire va prendre un tournant décisif lorsque ses observations sur les malades vont sortir du département du Dr Caroline Hamm. Celle-ci est pragmatique : vu les résultats sur ses patients, elle estime que l'effet de l'extrait de racine de pissenlit sur les leucémies à monocytes doit faire l'objet d'essais cliniques en phase I et II. Elle en parle au Dr Siyaram Pandey, enseignant-chercheur en biochimie à l'Université de Windsor : "elle a dit que ça pouvait être une coïncidence, mais que ça ne coûtait rien de voir s'il y avait quelque chose là-dessous", se rappelle-t-il. Celui-ci se montre d'abord incrédule : "j'étais assez pessimiste, pour être honnête." Elle était persuadée que la plante contenait un ingrédient actif, mais pour elle, celui-ci pouvait autant avoir d'inconvénients que d'avantages. Le Dr Pandey va lancer les tests en laboratoire : le Dandelion Root Project est né.

L'Université de Windsor va l'épauler, et Seed 4 Hope, la Fondation du Centre de cancérologie de l'Hôpital de Windsor qui appuie spécifiquement la recherche novatrice sur le cancer, va lui permettre de se lancer. Le projet sera médiatisé en 2011 grâce au don de 40.000 dollars canadiens (env. 27 000€) de la famille Couvillon en mémoire de leur fils Kevin, mort d'une leucémie à 26 ans. Depuis son lancement, le projet recevra de nombreux dons, notamment de la Fondation Lotte & John Hecht, des Pajama Angels et de la Fondation Jesse & Julie Rasch.

Suicide des cellules cancéreuses

Le Dr Pandey revoit la maigre littérature sur le sujet, notamment une étude américaine de 2008⁷ qui se penche sérieusement sur les vertus anticancer du pissenlit. Puis il se lance, avec l'aide de ses étudiants : ils vont commencer avec des racines de pissenlit qu'ils cueillent eux-mêmes, et en tirer un extrait aqueux. Cet extrait produit en laboratoire est bien plus concentré qu'un "extrait fait maison" dont la concentration est typiquement de 10%. Ici, les chercheurs ont fabriqué un "extrait naturel" non purifié concentré à 60-80%, grâce à de l'eau. C'est sans doute Daniel Tarade, un des anciens étudiants du Dr Pandey qui résume le mieux la direction qu'a prise la recherche sur l'extrait de racine de pissenlit et le cancer : "une des 'marques de fabrique' des cellules cancéreuses, c'est qu'elles oublient de mourir. Nous leur forçons la main et les obligeons à se suicider".

Le Dr Pandey et son équipe ont ainsi évalué l'efficacité de l'extrait de racine de pissenlit produit en laboratoire sur les cellules cancéreuses de leucémie⁸, lymphome, maladie de Kahler⁹, cancer du côlon¹⁰ et du pancréas¹¹, ainsi que du mélanome¹². L'équipe a cultivé les cellules et les a traitées avec des concen-

trations croissantes au fur et à mesure du temps. Les résultats indiquent que l'extrait de racine de pissenlit induit efficacement les deux formes de mort programmée des cellules : l'apoptose et l'autophagie dans les cellules cancéreuses humaines. Des tests similaires sont conduits sur des cellules saines et les résultats indiquent que l'extrait de pissenlit a une action sélective sur les cellules cancéreuses, car les cellules saines ne montrent aucune susceptibilité à la mort cellulaire induite par l'extrait de pissenlit. Selon les chercheurs de l'Université de Windsor, "cet extrait naturel pourrait atteindre et cibler efficacement les multiples vulnérabilités des cellules cancéreuses." L'extrait de racine de pissenlit pourrait ainsi être une alternative anticancer efficace, à même de réduire la résistance aux médicaments des cellules cancéreuses. "L'ensemble de nos résultats scientifiques valide l'usage de produits phytosanitaires, et les extraits de racine de pissenlit en particulier, en tant qu'agents anticancer potentiels, ce qui pourrait représenter une alternative innovante aux thérapies conventionnelles contre le cancer disponibles aujourd'hui."

Il est temps de passer aux essais cliniques. Le laboratoire du Dr Pandey prépare un extrait à administrer aux patients de l'essai clinique mais les autorités le refusent car le laboratoire n'est pas certifié. Il doit créer une entité séparée qui se chargera de la production et, ultérieurement de la commercialisation d'un extrait de racine de pissenlit certifié. Windsor Botanical Therapeutics (WBT) inc. voit ainsi le jour le 24 juillet 2014. Pamela Ovadje, la protégée du Dr Pandey, en devient la directrice technique. Elle tire son expérience des recherches qu'elle a conduites sous la direction du Dr Pandey pour l'obtention de son doctorat de biochimie en 2014. C'est elle qui a mis au point le protocole de production de l'extrait de racine de pissenlit qui servira aux essais cliniques. Elle recevra d'ailleurs en 2015 le Prix post-doctoral de MITACS, un réseau de centres d'excellence canadien qui promeut la recherche et l'innovation. L'extrait sera produit par Advanced Orthomolecular Research (AOR) basée à Calgary, pour WBT. Les brevets sont déposés et l'extrait prend officiellement le nom de DRE-W pour *Dandelion Root Extract* – Windsor (Extrait de racine de pissenlit – Windsor). Chaque lot utilisé pour les expériences en laboratoire ou les essais cliniques sera contrôlé en laboratoire avant d'être expédié vers les patients. Le principe est simple : WBT fournit le DRE-W nécessaire aux essais cliniques et pourra ainsi revendiquer des bénéfices thérapeutiques contre le cancer et à terme rentabiliser la recherche en commercialisant le DRE-W.

WBT a besoin d'investisseurs pour financer les recherches, la production de DRE-W pour les essais cliniques et notamment l'achat d'un broyeur cryogénique, qui permettrait de passer à la phase de production industrielle au lieu de s'en remettre au bon vieux broyeur de l'Université de Windsor. WBT comptait commercialiser le DRE-W sur la base des affirmations corroborées par la Phase II (efficacité du traitement) des essais cliniques. Pendant la Phase I (sûreté du traitement), WBT comptait signer un partenariat avec un gros fabricant possédant des marques reconnues dans le secteur de la phytothérapie en soulignant le caractère unique de son extrait de racine de pissenlit : "nous pensons qu'une firme de produits phytothérapeutiques est un partenaire naturel pour WBT pour développer ensemble DRE-W, car celles-ci comprennent bien la complexité du processus d'approbation par la Food & Drug Administration et le potentiel commercial d'une telle thérapie contre le cancer", disait sa brochure d'appel de fonds. Las ! Les choses ne tourneront pas tout à fait comme prévu, car les essais cliniques auront bien du mal à démarrer.

Traversée du désert

Les essais cliniques en Phase I (sûreté du traitement) visent à établir la dose maximale tolérée, "mais nous allons également porter notre attention sur l'efficacité" (le but de la Phase II des essais cliniques, ndr), précise le Dr Pandey : "nous cherchons avant tout à savoir si les patients répondent au traitement". La phase I se déroulera au Centre cancérologique régional de Windsor, sous la direction du Dr Caroline Hamm. L'idée est de traiter une trentaine de patients avec des tumeurs réfractaires à tout traitement conventionnel.

Mais cela ne se passera pas tout à fait comme prévu. Initialement les essais cliniques de la Phase I devaient impliquer une trentaine de patients souffrant d'un cancer hémato-oncologique au stade terminal (leucémie, myélome ou lymphome), car il est plus facile de mesurer le progrès de leur maladie en faisant des prélèvements sanguins aux patients. "Le progrès de la maladie est plus difficile à mesurer dans les tumeurs solides", explique le Dr Pandey. En outre, les critères de recrutement sont très stricts en termes de limite d'âge et de condition de santé. "Il est ainsi quasiment impossible de trouver des patients qui remplissent les critères, car ceux qui sont en phase terminale ne sont pas en bonne santé", ajoute-t-il. Ceci explique sans doute pourquoi rien ne s'est passé de ce

côté-là depuis le feu vert de Health Canada obtenu en 2012. Les critères ont donc été assouplis. Après un nouveau feu vert du Ministère de la santé canadien en décembre 2016, les essais cliniques ont pu démarrer en février 2017 avec seulement trois patients. Mais cela ne suffit pas : pour recruter d'autres patients en nombre suffisant, le Dr Hamm a proposé à Health Canada d'élargir les types de cancer approuvés pour les essais cliniques en phase I à des patients qui ont un cancer du pancréas, des poumons et du sein. Le Dr Elliot est optimiste : pour lui, la phase I devrait être terminée d'ici la fin de l'année. Les premiers résultats sont encourageants, car les patients "sont toujours vivants et ne sont plus à l'hôpital" selon le Dr Pandey. Mais nous n'en saurons pas plus, car le Dr Hamm se montre très discrète – le service de communication de l'Hôpital régional de Windsor a refusé de répondre à nos questions – en attendant d'avoir des données complètes. Ensuite démarrera la Phase II "qui prendra au moins deux ans à réaliser", selon le Dr Elliot. Dans l'intervalle, les chercheurs sont en train d'obtenir des renforts inattendus. L'hôpital privé Oasis of Hope à Tijuana au Mexique, de l'autre côté de la frontière californienne, sur la côte au sud de San Diego, va prochainement expérimenter le DRE-W. Son PDG, le Dr Francisco Contreras, est enthousiaste : "ce traitement m'intéresse beaucoup parce que nous devons chercher des alternatives aux thérapies conventionnelles qui sont très chères et très inefficaces". Selon le Dr Pandey, qu'il a rencontré il y a un an lors d'un séminaire médical, il s'est montré très intéressé par les extraits naturels pour soigner ses patients, tels que la curcumine, le lys araignée, le piment long, la citronnelle, sur lesquels travaille aussi le Dr Pandey – celui-ci est d'ailleurs sur le point de publier une étude sur les bénéfices de la citronnelle et du thé blanc.

Les études *in vitro* indiquent que l'extrait de racine de pissenlit induit efficacement les deux formes de mort programmée des cellules : l'apoptose et l'autophagie.

(COFEPRIS) : "je suis sûr de les convaincre grâce aux données cliniques des Canadiens", explique-t-il.

En attendant que les essais cliniques portent leurs fruits, le Dr Pandey ne chôme pas. Il mène des recherches dans son laboratoire sur les principes actifs de la racine de pissenlit. Les analyses phytochimiques de l'extrait ont montré une combinaison complexe de composés, dont des agents phytochimiques déjà connus, tels que l' α -amyrine, la β -amyrine – des triterpénoïdes très présents dans les plantes, notamment la cire qui recouvre la peau des tomates. Les chercheurs ont isolé du lupéol, un autre triterpénoïde présent dans les raisins, les noisettes, l'huile d'olive, le beurre de cacao et la mangue, qui a fait l'objet de recherches thérapeutiques¹³. On lui prête de nombreuses vertus médicinales, notamment anti-protazoaire, anti-inflammatoire¹⁴, antitumorale¹⁵ et antimicrobienne. Enfin, les chercheurs ont également isolé le taraxastérol, un triterpénoïde assez spécifique au pissenlit qu'on trouve aussi dans la camomille, dont la recherche¹⁶ a déjà identifié les vertus anticancer. L'équipe du Dr Pandey fait une observation intéressante : "les activités anticancer des composés pris individuellement n'étaient pas aussi fortes que celle de l'extrait entier, indiquant, clairement, l'intérêt d'utiliser l'extrait en entier". En clair : l'extrait a une plus faible activité lorsqu'il est purifié et les résultats sont meilleurs lorsque les composés agissent de concert. "Il est probable qu'il y ait plus d'un composé actif contre le cancer", selon le Dr Pandey. Ainsi, avec de multiples composés, il est possible qu'il y ait plusieurs cibles. À ce stade, sur la base des expériences en laboratoire, celles-ci semblent être les récepteurs de la mort cellulaire (appelés récepteurs Fas) et les mitochondries des cellules cancéreuses.

Des résultats prometteurs

Les derniers résultats de la recherche¹⁷ en laboratoire sur l'extrait de racine de pissenlit publiés en août 2016, font état de progrès intéressants sur le cancer du côlon. Après 48h de traitement, l'extrait de racine de pissenlit a induit une mort programmée des cellules, sélective dans plus de 95% des cas. L'efficacité de ce traitement *in vitro* a été confirmée par des études *in vivo* : l'administration orale de 40mg/kg/jour d'extrait de racine de pissenlit a permis de ralentir chez les souris traitées la croissance de modèles de xénogreffe de cellules de côlon humain de plus de 90%. Les analyses d'expression des gènes

impliqués dans la mort programmée des cellules ont permis de mettre en lumière l'activation de multiples possibilités de mort des cellules cancéreuses par le traitement à l'extrait de racine de pissenlit, notamment le ciblage des mitochondries des cellules cancéreuses. Le laboratoire du Dr Pandey explore également l'interaction entre le traitement au DRE-W et les thérapies conventionnelles.

L'extrait de racine de pissenlit pourra-t-il un jour revendiquer ses propriétés anticancer ? Le projet un peu fou du Dr Pandey traverse une phase critique, car les essais cliniques sont la seule façon de prouver l'action bénéfique de l'extrait de racine de pissenlit sur l'Homme. Le Dr Pandey se bat pour poursuivre ses recherches en parallèle. "J'aimerais que les oncologues aillent au même rythme que moi", se lamente-t-il. Il se sent un peu seul au monde, même s'il a appris que des chercheurs allemands étudient l'action d'un extrait alcoolique de racine de pissenlit sur des cellules cancéreuses du sein. Il est convaincu que son produit mérite que la science s'y intéresse : "c'est aussi valable qu'une chimiothérapie, sans la toxicité." Il a collecté plus de 70 études de cas pour l'étayer. Il est toutefois réaliste : "les oncologues ne croient pas en la phytothérapie. Ils ne font pas que la dénigrer : ils la rejettent complètement". Mais il n'en démord pas : "notre meilleur pharmacien, c'est la nature !" ■

NOTES

- MARTINEZ M., et al. (2015) « Taraxacum officinale and related species – An ethnopharmacological review and its potential as a commercial medicinal plant ». *Journal of Ethnopharmacology*, 169, 244-62
- HU C., KITTS DD. (2003) « Antioxidant, prooxidant, and cytotoxic activities of solvent-fractionated dandelion (*Taraxacum officinale*) flower extracts *in vitro* ». *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 51(1), 301-10
- JIA YY., GUAN RF., WU YH., et al. (2014) « Taraxacum mongolicum extract exhibits a protective effect on hepatocytes and an antiviral effect against hepatitis B virus in animal and human cells ». *Molecular Medicine Reports*, 9(4), 1381-1387
- DAVAATSEREN M., HUR HJ., YANG HJ., ET AL. (2013) « Dandelion leaf extract protects against liver injury induced by methionine- and choline-deficient diet in mice. » *Journal of Medicinal Food*, 16(1), 26-33
- KOO HN., HONG SH., SONG BK., KIM CH., YOO YH., KIM HM. (2004) « Taraxacum officinale induces cytotoxicity through TNF-alpha and IL-1alpha secretion in Hep G2 cells », *Life Sciences*, 74(9), 1149-57
- HAMM C., AND KANJEKAL S.M., (2011) « Unusual Response of Acute Monocytic Leukemia to Dandelion Root Extract, blood », *Journal of the American Society of Hematology*, abstract 4288
- SIGSTEDT SC., HOOTEN CJ., CALLEWAERT MC. ET AL. (2008) « Evaluation of aqueous extracts of Taraxacum officinale on growth and invasion of breast and prostate cancer cells », *International Journal of Oncology*, 32: 1085-1090
- OVADJE P, CHATTERJEE S, GRIFFIN C. ET AL. (2011) « Selective induction of apoptosis through activation of caspase-8 in human leukemia cells (Jurkat) by dandelion root extract ». *Journal of Ethnopharmacology*, 133, 86-91
- OVADJE P, HAMM C, PANDEY S. (2012) « Efficient induction of extrinsic cell death by dandelion root extract in human chronic myelomonocytic leukemia (CMML) cells ». *PLoS One*, 7(2), e30604
- OVADJE P, AMMAR S, GUERRERO JA, ET AL. (2016) « Dandelion root extract affects colorectal cancer proliferation and survival through the activation of multiple death signalling pathways ». *Oncotarget*, Vol.7/45, 73080-73100
- OVADJE P, CHOCHKEH M, AKBARI-ASL P, ET AL. (2012) « Selective induction of apoptosis and autophagy through treatment with dandelion root extract in human pancreatic cancer cells ». *Pancreas*, 41(7), 1039-1047
- CHATTERJEE SJ, OVADJE P, MOUSA M, HAMM C, AND PANDEY S. (2011) « The Efficacy of Dandelion Root Extract in Inducing Apoptosis in Drug-Resistant Human Melanoma Cells ». *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, Vol. 2011, ID 129045
- GALLO M. B. C., SARACHINE M. J. (2009) « Biological Activities of Lupeol », *International Journal of Biomedical and Pharmaceutical Sciences* 3 (Special Issue 1), 46-66
- SALEEM M. (2009) Lupeol, « A Novel Anti-inflammatory and Anti-cancer Dietary Triterpene ». *Cancer Letters*, Nov 28; 285(2): 109-115
- HATA K., ISHIKAWA K., HORI K., KONISHI T. (2000) « Differentiation-inducing activity of lupeol, a lupane-type triterpene from Chinese dandelion root (Hokouei-kon), on a mouse melanoma cell line ». *Biological and Pharmaceutical Bulletin*, 23:962-7 MURTAZA I., SALEEM M., ADHAMI VM., HAFEZ BB., AND MUKHTAR H. (2009) « Suppression of cFLIP by lupeol, a dietary triterpene, is sufficient to overcome resistance to TRAIL-mediated apoptosis in chemoresistant human pancreatic cancer cells ». *Cancer Research*, 69: 115665
- SHARMA K., ZAFAR R. (2015) « Occurrence of taraxerol and taraxasterol in medicinal plants », *Pharmacognosy review*, 2015 Jan-Jun; 9(17): 19-23
- OVADJE P, AMMAR S, GUERRERO J.-A., ARNASON J. TH., PANDEY S. (2016) « Dandelion root extract affects colorectal cancer proliferation and survival through the activation of multiple death signalling pathways », *Oncotarget*, Vol. 7, No. 45, 73080-73100

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 (71 numéros) – 105 €
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	56	57	58	59	60	61	62	63
64	65	66	67	68	69	70	71													

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 (105 €), 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

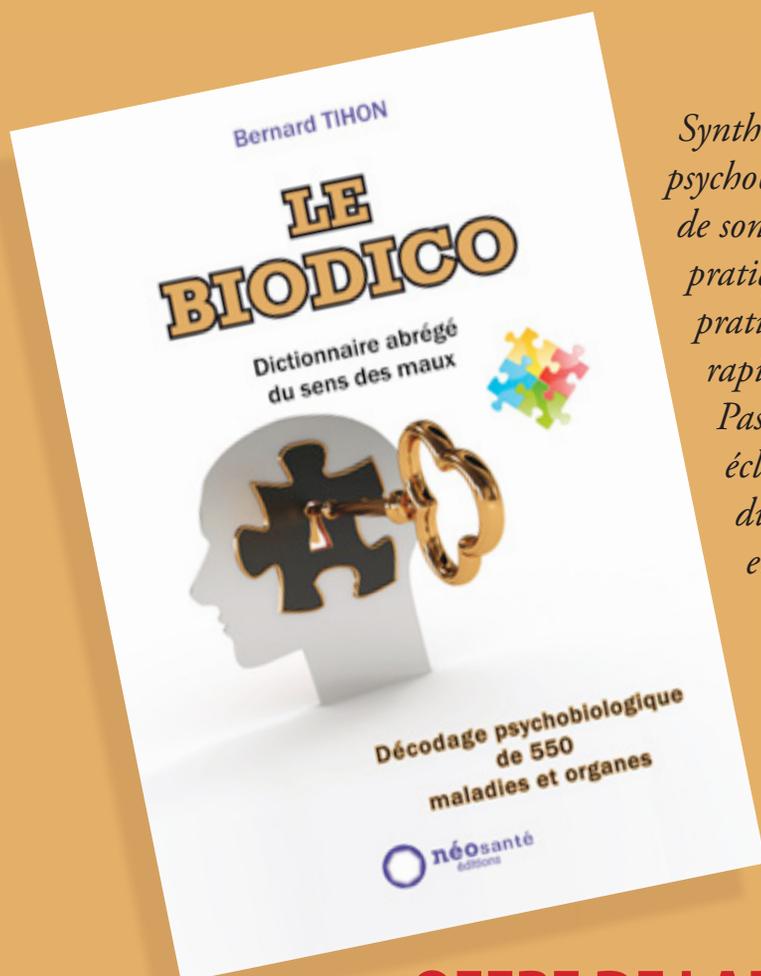


NOUVEAU!

LE BIODICO

DICTIONNAIRE ABRÉGÉ DU SENS DES MAUX

Par Bernard Tihon



Synthèse des découvertes des pionniers du décodage psychobiologique et fruit de l'expérience personnelle de son auteur, LE BIODICO est un manuel pratique qui permettra aux patients et aux praticiens de santé d'aller à l'essentiel et de traduire rapidement en mots le langage des maux. Pas moins de 550 maladies et organes y sont éclairés à la lumière de la nouvelle compréhension du vivant initiée par le Dr Ryke Geerd Hamer et le neurobiologiste Henri Laborit.

« Il est folie de vouloir guérir le corps sans vouloir guérir l'esprit »

Platon

OFFRE DE LANCEMENT PRIVILÈGE

20 % de réduction et frais de port gratuits !

En tant qu'abonné(e) à la revue *Néosanté*, vous pouvez acheter ce livre en bénéficiant d'une **ristourne exceptionnelle de 20 % (26,4 € au lieu de 33 €)** et de la gratuité des frais de port (pour l'Europe).
Remplissez le talon ci-dessous et renvoyez-le à Néosanté éditions - 64, avenue de la Jonction - 1190 Bruxelles (Belgique)
Fax : + 32 (0)2.345 85 44 - E-mail : info@neosante.eu

NOM : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville : Pays :

- Je commande.....exemplaire(s) du livre « **LE BIODICO** »
 Je paie la somme totale de..... €
 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



Vous pouvez aussi profiter de cette offre en allant sur notre site (www.neosante.eu) dans la catégorie « promotion » de la boutique