

néosanté

Le sens des maux, les solutions bio

n°28

Revue internationale de santé globale

Mensuel - 3^{ème} année - 5 € (Belgique) - 6 € (France + UE) - 8 CHF (Suisse) - 10 \$ (Canada)

novembre 2013

DÉCODAGES

L'ostéoporose

La maladie
d'Alzheimer

Les caries

La kératite

Le suicide

CHIMIOTHÉRAPIE



La vérité très
indésirable

par Sylvie Simon

LE SPORT
rend plus
intelligent

VITAMINE D
Il en faut pour
passer l'hiver

Extrait



LUC NICON
Revivre sensoriellement les émotions

SIDA le scandale de trop



Après les homos et les hétéros,
les femmes et les enfants
obligés
de s'empoisonner aux
antiviraux



LE SOMMAIRE

N°28 novembre 2013

SOMMAIRE

Éditorial	p 3
Santéchos	p 4
DOSSIER: Sidagate : le scandale de trop	p 6
Article n° 55: Chimiothérapie : la vérité très indésirable	p 12
Article n° 56: Les jambes et la tête	p 16
CAHIER DÉCODAGES	
- Sommaire	p 19
- La kératite	p 20
- Le suicide	p 21
- L'ostéoporose	p 22
- La maladie d'Alzheimer	p 23
- La carie dentaire	p 24
- Rubrique « Le plein de sens »	p 25
- L'évidence du sens	p 26
- Index des décodages	p 27
- Le Décodagenda	p 28
SENTIERS DE SANTÉ: La chronique de Jean-Jacques Crèvecoeur	p 31
CAHIER RESSOURCES:	
- Sommaire	p 33
- Naturo pratique: vitamine D	p 34
- Conseils du Furet	p 35
- Espace livres	p 36
- Paléonutrition	p 38
- Nutri-infos	p 39
- Outils	p 40
Extraits: Revivre sensoriellement	p 42
Abonnement: 8 formules au choix	p 47



NÉOSANTÉ

est une publication de Néosanté Éditions

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

Directeur de la publication & rédacteur en chef:
Yves Rasir

Journalistes:

Carine Anselme, Michel Manset,
Pryska Ducoeurjoly, Dina Turelle, Luc Ruidant

Corrections:

Anne-Marie Goerres

Abonnements:

Maryse Kok
(secretariat@neosante.eu)

Website & layout:

Karim Meshoub

Ont collaboré à ce numéro:

Bernard Tihon, Jean-Jacques Crèvecoeur,
Laurent Daillie, Jean-Philippe Brébion,
Yves Patte, Jean-Brice Thivent,
Dr Christian Beyer, Dr Jean-Claude Fajeanu,
Carolin Markolin, Dr Salomon Sellam,
Dr Alain Scohy, Irène Landau, Luc Nicon.

Photo de couverture: 123RF

Impression: Dereume Printing (Drogenbos)

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

LA SYMPHONIE DE LA SANTÉ (I)

Résumé de l'édito précédent: contrairement à ce qu'on a longtemps pensé, l'homme n'est pas le jouet de ses gènes. Après avoir déchiffré le génome, les chercheurs se sont aperçus que le texte du code ADN importait moins que le contexte de lecture. Au lieu de manipuler les gènes, la médecine épigénétique s'attache à comprendre ce qui module leur expression, c'est-à-dire les circonstances de la vie et les signaux environnementaux. S'appuyant sur plus de 300 études scientifiques, le livre « *Le Génie dans vos gènes* » montre que l'être humain dispose de puissantes ressources internes (pensées, émotions, attitudes...) pour améliorer son patrimoine inné et maîtriser sa santé. Selon la métaphore qui traverse cet ouvrage, l'orchestre du corps interprète la partition des gènes, mais c'est l'esprit qui est le chef! Nous terminions cependant notre éditorial du mois d'octobre par la remarque qu'un maestro, pour bien diriger, doit respecter les musiciens et l'œuvre du compositeur.

Attention: nous sommes 100 % d'accord avec les « épigénéticiens » lorsqu'ils affirment que le psychisme possède de fabuleux pouvoirs, dont celui de guérir les maladies physiques. Et quand ils soulignent les effets délétères du stress et de la détresse émotionnelle, nous ne pouvons qu'approuver. Dans *Néosanté*, nous avons notamment parlé de cette étude suisse révélant qu'un traumatisme psychologique dans l'enfance laisse une cicatrice génétique chez l'adulte. Plus la maltraitance infantile a été sévère, plus les chercheurs genevois ont relevé des modifications épigénétiques sur l'ADN de personnes souffrant de troubles psychiatriques. Tout récemment, des psychiatres espagnols ont fait une autre découverte de taille: chez un nouveau-né, le simple manque d'interactions sociales durant la première semaine de vie peut altérer l'expression du gène BDNF, lequel intervient dans le fonctionnement des neurones et serait impliqué dans les troubles autistiques. La science découvre enfin que les conflits et les carences affectives de la période périnatale laissent des traces au plus profond de nos cellules. Comme l'enseignait le Dr Sabbah, nos déficiences génétiques sont d'abord des conséquences avant d'être des causes! Il n'est que temps de reconnaître la pathogénéicité des blessures de l'âme et, pour la médecine, d'entrer de plain-pied dans l'ère psychosomatique.

Ce qui me chiffonne, c'est que les apôtres américains de l'épigénétique ne se contentent pas de prêcher la primauté du « chef d'orchestre » cérébral: ils lui octroient une excessive suprématie. Tout comme la biologie totale, la « biologie de l'intention » d'un Bruce Lipton ou d'un Dawson Church néglige le fait qu'un autre organe – l'intestin – joue un rôle capital dans l'expression des gènes. Chez les mammifères, l'influence de l'alimentation sur la modulation génétique a été démontrée par des travaux menés sur des souris dotées du gène « agouti ». Lorsqu'il s'exprime, ce gène a la particularité de leur donner un pelage jaune et une tendance à l'obésité et au diabète. Mais lorsqu'ils ont nourri un groupe de femelles gravides avec une nourriture enrichie en vitamine B, les chercheurs ont observé que les souriceaux naissaient avec de beaux poils bruns et sans prédispositions morbides! Chez l'être humain, de plus en plus de données indiquent que la flore intestinale joue un rôle absolument central dans le déclenchement et la guérison des maladies. Au point que les scientifiques, après l'avoir rebaptisée « microbiote », parlent maintenant du « microbiome » pour désigner nos hôtes bactériens. La santé d'un individu est d'autant meilleure que cet « autre génome » est diversifié. Les intestins méritent plus que jamais leur surnom de « deuxième cerveau », encore que la hiérarchie mérite peut-être d'être revue...

En tout cas, la symphonie de la santé nous semble difficilement jouable si la baguette du chef reste cantonnée à l'étage crânien. Et à nos yeux, on se condamne à la cacophonie si on oppose inné et acquis, nature et culture, matière et esprit, et qu'on prétend jouer harmonieusement sans respecter la partition. Certes, chacun a la sienne, mais toutes les musiques sont aussi composées des mêmes notes. Le génome humain n'est pas né d'hier, il s'est progressivement construit durant 4 millions d'années et n'a quasiment pas bougé. S'imaginer qu'on peut déprogrammer cet héritage multimillénaire par un simple effort de conscience, c'est une lubie. Par exemple, seule une minorité de terriens a acquis le pouvoir de digérer le lactose à l'âge adulte. Si le gène n'est pas là, je doute fort que la méditation ou la prière suffisent à le faire apparaître! Pour moi, la véritable médecine épigénétique consiste à répliquer au maximum les conditions de vie ancestrales. C'est-à-dire un monde où l'on mange bio à la façon « chasseur-cueilleur », où l'on vit d'air pur, d'eau propre, et de lumière solaire. Sans oublier le sport! Avec la vitamine D (*lire article page 34*), l'activité du corps est en effet le signal environnemental qui favorise le plus la saine expression des gènes. Et devinez quoi? Les recherches montrent (*lire article en pages 16 à 18*) que l'exercice physique est un excellent moyen d'améliorer ses performances mentales! Le Grand Compositeur était visiblement de religion holistique...

Yves RASIR

● Sport anticancer



La Ville de Strasbourg a annoncé mi-septembre qu'elle allait permettre aux patients ayant souffert d'un cancer de pratiquer gratuitement une activité sportive afin de réduire le risque de récurrence, élargissant ainsi son dispositif de « sport sur ordonnance » lancé fin 2012. La procédure, qui a bénéficié jusqu'à présent à plus de 300 patients traités pour obésité ou diabète, va être élargie aux personnes ayant été traitées pour un cancer du côlon ou du sein, a indiqué le Dr Alexandre Feltz, conseiller municipal délégué à la santé. « Plusieurs études

le montrent : faire régulièrement du sport permet aux personnes en rémission de ces deux cancers de diminuer le risque de récurrence de 30 à 50 % » a précisé le Dr Feltz.

● Bitume & cancer

Il existe bel et bien un risque de cancer accru pour les travailleurs exposés au bitume. Telle est la conclusion d'un récent rapport de l'Agence nationale française de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). Alors que l'industrie routière a toujours nié le danger, l'agence estime que les produits d'étanchéité sont des « cancérigènes probables » et les bitumes routiers des « cancérigènes possibles ». Les études épidémiologiques ont également mis en évidence des effets aigus d'irritation oculaire et respiratoire chez les ouvriers de l'asphalte.

● Fruits et légumes sur ordonnance

Aux Etats-Unis, depuis l'arrivée de Barack Obama au pouvoir, plusieurs programmes ont été mis en place afin d'aider les personnes pauvres et malades à accéder à une alimentation plus saine. L'un d'entre eux consiste à mettre en relation des producteurs locaux avec des centres médicaux où les médecins prescrivent des fruits et légumes sur ordonnance. Les patients les échangent contre des coupons d'un montant prédéfini, qu'ils peuvent ensuite dépenser dans les fermes partenaires. Des indicateurs de bonne santé (poids, tour de taille, tension...) leur sont donnés, des objectifs sont fixés et des contrôles sont réalisés régulièrement. Et ça marche ! En Californie, par exemple, 56% des participants au programme ont enregistré une perte de poids.

● Antibiotiques & système nerveux

Utilisés dans certaines infections respiratoires, urinaires ou génitales, les antibiotiques de la famille des fluoroquinolones peuvent provoquer des effets secondaires très sévères pour le système nerveux. Selon la *Food and Drug Administration*, qui vient d'attirer l'attention des médecins américains, ce type d'antibiotiques a la propriété d'interrompre les connexions nerveuses et de provoquer des symptômes tels que faiblesse dans les membres, vertiges, sensations de brûlure ou douleurs parfois violentes. Rien de surprenant si l'on considère que le travail bactérien s'opère en phase de guérison sur ordre du cerveau : contrarier ce processus ne peut manquer d'irriter les nerfs....

● Sport & santé

Des chercheurs britanniques et américains ont passé en revue les données fournies par plus de 300 études scientifiques internationales pour évaluer l'impact de l'exercice physique sur diverses pathologies en terme de mortalité. Pour la prévention secondaire des maladies coronariennes, ils ont découvert que le sport était « aussi efficace », voire légèrement supérieur à un traitement à base de statines. Ils ont également montré un léger avantage de l'activité physique par rapport à un traitement médicamenteux à la suite d'un AVC. En conclusion de leur travail publié dans la *British Medical Journal*, les auteurs estiment que les autorités de santé devraient systématiquement demander aux labos pharmaceutiques de comparer les vertus de leurs nouveaux médicaments avec celles de l'exercice physique lors des essais cliniques. Un vœu sans doute pieux, mais ô combien pertinent !

● Cancer & médecines douces

D'après un sondage réalisé par Viovoice pour l'Institut Curie, près de deux tiers des Français (63 %) estiment que les médecines douces (yoga, hypnose, sophrologie...) peuvent apporter du bien-être aux patients cancéreux et soulager les effets secondaires liés au traitement. L'accompagnement psychologique apparaît également comme un élément très important aux yeux de 59 % des personnes interrogées. Par ailleurs, près de ¾ des sondés (70 %) indiquent que l'amélioration de la qualité de vie des patients passe aussi par un meilleur accès à l'information sur leur maladie.

● Vaccin antigrippal & narcolepsie

Dans les deux pays qui ont lancé l'alerte (Suède et Finlande), l'existence d'un lien causal entre le vaccin antigrippal A(H1N1) et le risque de narcolepsie avait déjà été mis en évidence. Cette fois, c'est en France que le lien entre le vaccin et cette maladie incurable a été mis en exergue : 61 cas de narcolepsie ont été rapportés chez des personnes vaccinées avec le Pandemrix et 3 cas avec le Pandemza. L'Agence nationale de sécurité du médicament (Ansm) conclut que les « données actuellement disponibles confirment l'existence d'un risque » et que des modifications devraient être apportées à la notice des produits. Rappelons qu'en 2009, les autorités avaient balayé cet argument pour nous vendre la vaccination massive....

● Antibiotiques & résistance

Selon un rapport des autorités sanitaires américaines, la résistance microbienne aux antibiotiques touche au moins deux millions de personnes par an aux Etats-Unis et fait au minimum 23.000 morts. « Si nous ne faisons pas attention, nous serons bientôt dans l'ère post-antibiotique et nous sommes déjà dans cette situation pour certains malades et certains microbes » a déclaré à la presse le Dr Frieden, directeur des CDC (centres de contrôle et de prévention des maladies). Par ailleurs, une étude parue dans la revue *JAMA Internal Medicine* indique que le risque d'infection par un staphylocoque résistant est augmenté de 38 % chez les personnes vivant à proximité de champs où du lisier de porcs a été répandu. Autant savoir en effet que les ¾ des antibiotiques administrés aux animaux se retrouvent dans leurs déjections....

● Phtalates & hypertension

Des chercheurs de quatre universités américaines ont étudié l'association chez les enfants entre pression artérielle et concentration urinaire de phtalates de haut poids moléculaire, tels que ceux utilisés dans les plastiques recouvrant les parois de boîtes de conserve. Bien que modeste, une augmentation du risque de pré-hypertension a été mise en évidence chez les enfants les plus exposés aux phtalates. (*J. Pediatr.*, 2013 ; 163 : 747-53)

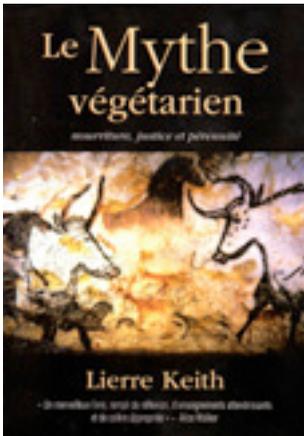
● Les désavantages du dépistage sont occultés



A grand renfort de propagande payée par la collectivité, la médecine officielle encourage le dépistage systématique des cancers. On sait pourtant que cette politique comporte de nombreux effets indésirables qui peuvent provenir du dépistage lui-même (par exemple : radiations lors d'une mammographie), des faux positifs, des surdiagnostics et des surtraitements qui s'ensuivent. C'est la raison pour laquelle les examens de contrôle ne devraient être proposés qu'après évaluation précise de la balance bénéfices/risques. Or, il s'avère que ce n'est pas le cas. Le *British Medical Journal* vient de publier une revue de la littérature scientifique réalisée par des auteurs danois. Il en ressort que seule une petite minorité des études signale les surdiagnostics et les faux positifs. Le report des effets indésirables n'occupe que 12 % des résultats tandis que l'efficacité du dépistage sur la mortalité est signalée dans 89% des travaux. Selon les auteurs, cette inégalité de traitement entre les avantages et les désavantages du dépistage rend très difficile, voire impossible, l'estimation de son intérêt réel.

ZOOM

L'Homme, ce « paléomnivore »



Je viens de dévorer « *Le Mythe végétarien* »^(*), un livre que je recommande à tous ceux qui se posent des questions sur l'alimentation. Il a été écrit par une Américaine qui sait de quoi elle parle – elle a été végétalienne pendant 20 ans - et qui a elle-même milité pour la cause « vegan » durant deux décennies. Dans ce bouquin abondamment documenté, Lierre Keith explique très bien que le refus d'absorber toute chair animale s'appuie sur trois motivations distinctes : l'éthique (il faut respecter des animaux), la politique (il faut nourrir les gens plutôt que le bétail) et la nutrition (il faut exclure la viande pour être en bonne santé). Ce sont les trois piliers de ce qu'elle appelle un mythe et qu'elle démonte méthodiquement durant plus de 300 pages.

Je ne vais pas vous résumer l'argumentation, qui demanderait de longs développements, mais me borner à mentionner deux passages de l'ouvrage qui concernent le troisième pilier. Dans un chapitre, l'auteure compile les preuves archéologiques que l'Homme a toujours été mangeur de viande et que c'est l'avènement de l'agriculture qui l'a éloigné à la fois de la nature et de sa nature omnivore. On peut d'ailleurs le vérifier sans voyager dans le temps puisque les 84 tribus encore « primitives » recensées par les ethnologues vivent autant de chasse et/ou de pêche que de cueillette. Et de citer les célèbres docteurs Michael et Mary Dan Eades qui écrivent : « *Dans les milieux scientifiques anthropologiques, il n'y a absolument aucun débat à ce propos ; chaque autorité respectée confirmera que nous étions chasseurs (...). Notre héritage de mangeurs de viande est un fait incontournable* ». Dans un autre chapitre, Lierre Keith aligne les preuves anatomiques que l'Homme n'est pas adapté au végétarisme et elle met en parallèle la physiologie digestive de l'être humain, du chien et du mouton : il

saute aux yeux que les deux premiers sont très ressemblants et qu'ils n'ont rien de commun avec le troisième. Par rapport aux grands singes qui se nourrissent de fruits et feuilles, Homo Sapiens a aussi un intestin plus proche de celui du chien. Bref, toutes les raisons respectables d'être végétarien ne peuvent suffire à effacer le fait qu'il est dans la nature humaine de se comporter partiellement en carnivore. Si elle se veut naturelle, l'alimentation saine est forcément « paléomnivore » !

Il y a deux petites différences entre les êtres humains et les chiens. L'une est que nos canines sont plus courtes. Le consensus est que celles de nos ancêtres étaient autrefois plus longues mais qu'elles ont raccourci suite à l'utilisation du feu et des outils. L'autre différence est que nos intestins sont plus longs, bien qu'ils ne soient clairement pas aussi longs que ceux d'un mouton. C'est le vestige de notre lointaine histoire en tant que frugivores vivant dans les arbres. Mais pour le reste, le tableau publié dans « *Le mythe végétarien* », et qui est lui-même tiré du livre « *The stone Age diet* », de Walter L. Voegtlin, est impressionnant de similitudes : de la dentition à l'activité du côlon, en passant par le fonctionnement de la mâchoire, de l'estomac et de la vésicule biliaire, nous sommes les cousins physiologiques du chien ! Pour lui comme pour nous, la survie sans alimentation végétale est possible alors que c'est impossible pour le mouton. Et la survie sans protéines animales ? Au risque de faire hurler les végétariens, Lierre Keith la qualifie d'impossible tant pour l'Homme que pour le chien. Et c'est bien là que son bouquin, par ailleurs très convaincant, se déforce un peu : empressée qu'elle est de brûler ce qu'elle a adoré, l'auteure pousse le bouchon un peu loin. Mais un autre constat vient à sa rescousse : notre cerveau est deux fois plus gros qu'il ne devrait être pour un primate de notre taille. Et dans le même temps, notre tube digestif est 60 % plus petit. Ça signifie que nous sommes des « enfants de la viande » : le cerveau des australopithèques s'est développé pour atteindre les proportions de l'Homo car la viande a rapetissé notre tube digestif, ce qui a libéré de l'énergie pour le grossissement du cortex. Les gorilles sont végétariens et ils possèdent à la fois le plus petit cerveau et le plus grand tube digestif de tous les primates. Nous sommes l'opposé. Et notre cerveau, le véritable héritage de nos lointains ancêtres, a besoin d'être nourri. Davantage encore que les protéines, c'est la consommation de graisse animale qui explique nos performances cérébrales, donc notre humanité !

Pour la végétalienne repentie, c'est l'ignorance qui pousse ses anciens camarades à se fourvoyer sur les tableaux éthique (la mort fait partie de la vie, on peut tuer en respectant), politique (c'est l'agriculture qui dévaste la planète et provoque la faim dans le monde), mais surtout nutritionnel (ce sont les aliments « végétariens » - céréales, sucres, soja... - qui ont engendré les maladies de civilisation) . Et en point d'orgue de son livre, elle témoigne qu'elle a vécu intensément le bouleversement cellulaire de recommencer à manger de la chair animale (en l'occurrence une boîte de thon) après 20 ans d'abstinence : c'était comme si son corps se réveillait d'un long cauchemar, comme si la vie reprenait brusquement possession de son organisme inanimé ! Après avoir visité les forums végétariens et lu quelques commentaires, je ne suis pas certain que ce livre à contre-courant va ébranler le « mythe végétarien ». Car ce qui est sûr, c'est que la force des convictions est souvent supérieure à celle de l'expérience sensorielle. Mais pour les personnes en recherche de vérité scientifiquement étayée, la lecture sera probablement salutaire.

Michel Manset

(*) « *Le Mythe végétarien* », Lierre Keith, Editions Pilule Rouge

● Statines & polémique

Suite à la parution du livre polémique « *La vérité sur le cholestérol* » des Prs Bernard Débré et Philippe Even, un groupe de cardiologues parisiens avait mesuré l'impact de l'ouvrage sur leur patientèle et en avait déduit que l'arrêt des statines pourrait entraîner 1 150 morts. Le Pr Even a vertement réagi contre ce qu'il a appelé une « opération de publicité » envers une classe de médicaments qu'il persiste à trouver inutiles « *En dessous de 3g/l de cholestérol, il n'y a aucune efficacité démontrée des statines ; Je maintiens et j'accroche ce que j'ai écrit* » a-t-il déclaré au micro d'Europe 1.

● Statines & cataracte

D'après une étude américaine parue dans *JAMA Ophthalmology* et pour laquelle les chercheurs ont utilisé les données médicales de 46 000 patients suivis pendant 10 ans, les consommateurs de statines ont un risque augmenté de 27 % de développer la cataracte par rapport à ceux qui n'en prennent pas. Dans une autre étude portant sur plus de 6 000 diabétiques, il avait déjà été démontré que l'utilisation de statines augmentait de 57 % le risque de déclarer cette affection du cristallin. Une « casserole » de plus pour cette classe de médicaments anticholestérol ...

SIDAGATE

Comment Big Pharma s'en prend aux femmes et aux enfants

DOSSIER

Par Renaud Russeil

Silence, on tue ! En se basant sur l'hypothèse – jamais formellement démontrée – que le sida est une maladie infectieuse causée par un virus transmissible, la médecine officielle a poussé des millions de séropositifs à consommer de l'AZT, un médicament antiviral aux effroyables effets toxiques. Un mal pour un bien ? C'est ce que laissent penser des statistiques de survie encourageantes. Mais ce qu'on ne vous dit pas, c'est que les doses de ce redoutable poison ont été considérablement réduites avec l'introduction des trithérapies.

À elle seule, la moindre toxicité du cocktail pourrait expliquer la baisse de mortalité du Sida. Il n'empêche que les traitements antiviraux demeurent terriblement nocifs pour des personnes en bonne santé. Il est donc scandaleux que cette même médecine n'hésite pas à les préconiser pour les femmes enceintes et pour leurs nouveaux-nés. Pire : elle traite en criminelles et fait envoyer en prison celles qui décident de ne pas les prendre ou de ne pas en donner à leurs nourrissons. Dans certains pays, la justice va même jusqu'à condamner celles qui allaitent leurs bébés ! Or, les preuves de la transmission mère-enfant et du rôle vectoriel du lait maternel n'ont jamais été scientifiquement établies, sinon sur base d'études faussées ou falsifiées. Dans ce dossier, Renaud Russeil commence par nous rappeler que le dépistage du VIH est une véritable fumisterie, particulièrement funeste pour les femmes et les enfants.

Il convient, une nouvelle fois, de remonter le cours de l'histoire du sida. La déontologie de la science veut qu'une découverte majeure soit accompagnée par la publication de travaux que valide la communauté scientifique. Dans le cas du VIH, une prétendue urgence (ou principe de précaution, utilisé comme passe-partout) a justifié la tenue d'une conférence de presse politique très médiatisée, convoquée par la Secrétaire d'état à la santé américaine, Margareth Heckler, le 23 avril 1984. Les travaux de l'équipe américaine, n'avaient pas été validés par la communauté scientifique. De plus, ils ressemblaient trop à ceux de l'équipe française (une sorte d'usurpation, de fraude); ce qui déclencha une véritable guerre entre les deux pays pour s'adjuger la paternité du virus. Plus tard, aucune publication scientifique n'a confirmé que l'une des deux équipes (Gallo et le HTLV3, Luc Montagnier et le LAV) avait effectivement isolé et surtout purifié le VIH⁽¹⁾. Les photos publiées 14 ans plus tard suite aux travaux d'équipes américaines et européennes comprennent également de nombreuses failles⁽²⁾. Sans purification du virus, il est impossible de démontrer in vitro le processus d'infection des cellules par ce virus. La communauté scientifique n'a donc jamais validé sur la base d'études conformes aux protocoles de Koch (on est en 1984), la responsabilité du VIH dans la chute de l'immunité cellulaire. Aujourd'hui, des milliers de chercheurs et professionnels de santé dans le monde s'opposent à ce qui n'est qu'un consensus.

Ainsi commença le **Sidagate**. Le conflit entre les deux gouvernements (celui de Ronald Reagan d'un côté, celui de Jacques Chirac de l'autre, 1^{er} Ministre de François Mitterrand), durera plus de deux ans. Finalement, les deux partis trouveront un compromis en 1987, et accepteront de se partager les milliards de dollars de royalties générés par les tests de dépistage et autres accessoires. Vingt-quatre ans plus tard, les instances médicales destitueront Robert Gallo (fraude confirmée) et accorderont le Nobel de Médecine à l'équipe française. Tandis que la pandémie annoncée n'éclatera que dans les chiffres officiels, revus à la baisse depuis plusieurs années par les épidémiologistes les plus conformistes⁽³⁾. Curieusement, on ne parlera plus jamais d'isolation du virus, malgré le vide scientifique, l'absence de référence pour documenter une affirmation qui dérange de plus en plus. Le **Sidagate** repose effectivement sur un consensus: un rétrovirus qui n'a jamais été isolé se transmettrait de multiples manières et provoquerait de multiples maladies, la plupart d'entre elles étant connues de longue date. Incapables de répondre par de véritables arguments scientifiques qui défendraient l'hypothèse VIH, ses supporters s'attaquent par voix de presse à la personnalité de leurs opposants, utilisant l'indignation, des termes à la mode suggérant la calomnie et font d'eux des ennemis publiques – révisionniste, négationniste, dissident, voire assassin. Mais on ne comble pas un vide scientifique par des déclarations à sensation.

En 1997, Luc Montagnier affirmait lors d'une interview réalisée par Dja-



mel Tahi⁽⁴⁾: « ... l'analyse des protéines du virus requiert une production massive et la purification... Je répète, nous ne l'avons pas purifié. » L'isolation du VIH purifié n'avait donc pas été réalisée. Les rétrovirus observés au microscope électronique, identifiés comme étant le VIH, le furent à partir de cultures de laboratoires complexes, pas à partir du sang des malades du sida. C'est ce qu'affirme depuis plus de vingt-cinq ans Etienne de Harven, spécialiste de la microscopie électronique. Sans isolation conforme aux protocoles de Koch, sans purification pour obtenir le *gold standard*, la norme en la matière, il est impossible de démontrer que le VIH est la cause du déficit immunitaire et qu'il est transmissible. Beaucoup plus grave: il est impossible de fabriquer un test de dépistage dont on aura évalué la sensibilité et la spécificité. Le dépistage du VIH est donc impos-

ible. Les tests Elisa et Western Blot utilisés pour le dépistage du VIH réagissent à des protéines. Si le VIH n'a été ni isolé ni purifié, les tests identifient effectivement des protéines qui provoquent une réaction positive; dans ce sens, ils sont fiables à 99 %. En revanche, ils ne peuvent pas certifier que ces protéines proviennent ou sont une réaction au VIH. On sait aujourd'hui qu'il existe 70 causes reconnues autres que le VIH pour qu'un test de dépistage donne un faux résultat positif. En d'autres termes, n'importe qui peut être séropositif pour 70 raisons autres que le VIH⁽⁵⁾. On ne sait jamais si le VIH est présent, quel que soit le nombre de tests effectués. Le même principe s'applique à tous les tests de dépistage: on appelle cela une réaction croisée. Les tests de dépistage du VIH sont parmi les plus controversés de tout l'arsenal mis à la disposition des laboratoires. Si, conformément à la loi⁽⁶⁾, les personnes testées étaient informées des recommandations et des incertitudes rédigées par les fabricants de ces tests, elles comprendraient que ceux-ci doutent eux-mêmes de leur capacité à donner un résultat dont ils veulent manifestement se protéger⁽⁷⁾. Du fait de l'absence de spécificité, les résultats d'un test Elisa ou Western Blot sont interprétés de manière différente d'un pays à l'autre. Par exemple, le même test effectué sur la même personne donnera un résultat positif en Allemagne et négatif en France⁽⁸⁾, parce que les critères d'interprétation ne sont pas les mêmes. Il suffit de franchir une frontière pour être face à la mort ou face à la vie. Tandis qu'en Afrique, les tests sont rarement utilisés par manque de moyens et de personnel compétent⁽⁹⁾. Alors, comment savoir si la tuberculose et le paludisme, des maladies largement propagées en Afrique, sont le sida, ou la tuberculose et le paludisme, comme ce fut toujours le cas ?

En 1998 le Docteur Roberto Giraldo révélait dans un article intitulé « Nous sommes tous séropositifs au test Elisa de dépistage du VIH⁽¹⁰⁾ », que les tests Elisa nécessitent de diluer le sang jusqu'à 400 fois avec un mélange approprié fourni par le fabricant. Information troublante, sachant que la plupart des tests utilisent normalement un sérum pur. Les rares cas de dilution s'échelonnent entre 10 (Virus d'Epstein-Barr) et 20 (Cytomégalo-virus): 400, c'est un record. Roberto Giraldo testa une centaine d'échantillons de sang, une première fois dilués, la seconde sans les diluer: tous les échantillons donnèrent un résultat positif sans dilution. Il en conclut

logiquement: si tous les échantillons donnent un résultat positif quand le sang n'est pas dilué, cela signifie que nous sommes tous naturellement porteurs des anticorps du VIH; ceux qui font une réponse positive quand leur sang est dilué au 1/400^e, ont été davantage exposés à l'une des nombreuses causes ayant entraîné la présence des anticorps. Le test a réagi malgré la dilution. Nous sommes tous séropositifs!

Les fabricants de tests de dépistage se protègent⁽¹¹⁾

Extraits de la notice du test Elisa Abott: « En fait, si le test Elisa (appelé EIA dans le texte) utilisé pour tester des populations chez qui la prévalence du VIH1 est basse (les donneurs de sang par exemple), des réactions non spécifiques peuvent être plus courantes... Par conséquent, dans la plupart des situations, il est nécessaire d'effectuer plusieurs investigations sur les échantillons réactifs grâce à des tests plus spécifiques et supplémentaires... A présent, il n'existe pas de standard reconnu permettant d'établir la présence ou l'absence du VIH1 dans le sang humain. »

Extraits de la notice du test Western Blot: « D'autres personnes, pour lesquelles on ne connaît pas le degré d'exposition au VIH1, produisent un résultat réactif lors du test pour des raisons encore inconnues. Des résultats non spécifiques se trouvent fréquemment quand les tests sont utilisés sur de grandes populations... Un échantillon qui réagit avec un test Elisa (EIA) et Western Blot est supposé positif au VIH1, indiquant une infection au virus excepté dans les situations d'anticorps passifs acquis lors d'une vaccination expérimentale. »

Les recommandations des fabricants de tests soulignent souvent qu'un résultat positif ne signifie pas que l'échantillon testé soit séropositif au VIH si le test n'a pas été répété pour contrôle; sachant que le test de contrôle ne sera pas plus fiable que le premier test, puisqu'il n'existe pas de *gold standard*. De même, si un échantillon ne réagit pas au test, la majorité des recommandations soulignent que le sujet n'est peut-être pas négatif, que des interférences ont pu intervenir ou que les protéines recherchées n'ont pas réagi pour des raisons diverses... Aucun doute n'est permis: les tests de dépistage du VIH ne sont pas fiables. Le même débat, les mêmes doutes existent autour de la prétendue « charge virale », annoncée comme preuve de la maladie pour contourner l'absence d'isolation du VIH. Sans VIH formellement identifié, la question de l'infection et de la transmission du VIH reste une énigme⁽¹²⁾.

Il existe 70 causes reconnues autres que le VIH pour qu'un test de dépistage donne un faux résultat positif..

Les femmes enceintes, de fausses séropositives idéales

La grossesse est reconnue comme l'une des 70 réactions croisées produisant de faux résultats positifs au VIH. De ce fait, une femme enceinte qui effectue un test de dépistage joue à la roulette russe, comme le titrait la journaliste américaine Celia Farber, dans un excellent article de 1998⁽¹³⁾. Nous savons aujourd'hui sans équivoque possible, que l'équation « séropositivité » (présence dans le sang de protéines non spécifiques) = « VIH » (présence dans le sang d'un virus mal défini, mal connu, mal isolé) = « sida » (chute de l'immunité cellulaire conduisant à la mort) est une hérésie, un mensonge. A ce stade, l'hypothèse virale présente tellement d'insuffisances, que l'existence même du VIH est sérieusement remise en question⁽¹⁴⁾.

Quand une femme est enceinte, afin d'intégrer les 50 % du matériel génétique provenant de son partenaire pour constituer le fœtus, son système immunitaire « change d'identité »: d'immunité cellulaire (Th1), il passe en mode immunité humorale (Th2). Dans l'organisme de la femme enceinte, les défenses immunitaires diminuent au niveau de la membrane des cellules, leur permettant d'intégrer les corps étrangers nécessaires à la procréation. Pour compenser, son organisme génère un excès d'anticorps autonomes dont le rôle est d'éliminer les virus et les bactéries. Ces anticorps sont également transmis au fœtus via le cordon ombilical, ils constituent son premier système immunitaire provisoire. Ces mêmes an-



ticorps se retrouvent plus tard dans le lait maternel, aujourd'hui reconnu comme l'unique aliment idéal pour tous les nouveau-nés. De même, au moment de l'accouchement, le bébé absorbe par la bouche des fluides, produits de la gestation, qui participent eux aussi à ses défenses immunitaires primaires. D'autre part, dans le cas d'une césarienne, il existe une grande variation dans la qualité des bactéries que le bébé ingurgite par la bouche à sa naissance. L'ensemble de ces processus biochimiques dans l'organisme de la mère, mettant en œuvre des protéines, des anticorps et de nombreux gènes, est responsable, dans le cas des femmes enceintes,

L'ampleur

de la tragédie⁽³⁴⁾



En 2012, selon les estimations de l'OMS et ONUSIDA, 900 000 femmes dans le monde recevaient des médicaments antirétroviraux (ARV) pour la PTME (protection de la transmission de la mère à l'enfant), soit un tiers de plus qu'en 2009, année de référence pour le Plan Mondial pour éliminer les nouvelles infections au VIH des enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. En d'autres termes, quelques jours après sa naissance, le bébé reçoit pendant deux à trois semaines de petites doses quotidiennes d'AZT ou de nevirapine; la drogue doit empêcher le VIH de s'installer dans son système immunitaire en train de se constituer. ONUSIDA estime qu'entre 2009 et 2011, «la prophylaxie antirétrovirale a empêché l'infection par le VIH de 409 000 enfants dans les pays à revenu faible et intermédiaire.» Plus de 90 % de ces enfants vivent en Afrique.

Outre le fait que le VIH n'a jamais été réellement isolé, rappelons qu'en Afrique, le sida est déclaré à partir des symptômes de maladies qui existent sur le continent de longue date, sans que l'on sache si le VIH est présent. En Afrique, on ne dépiste qu'exceptionnellement le VIH (voir note 9, la Déclaration de Bangui).

Tandis que l'encyclopédie médicale affirme que la plus grande cause de déficit immunitaire dans le monde est la malnutrition. Nous pouvons donc supposer à juste titre que si les milliards de dollars investis dans des thérapies létales étaient utilisés pour nourrir ces populations déshéritées, ce ne sont pas seulement les victimes du sida par malnutrition qui en bénéficieraient, mais les centaines de millions de personnes qui vivent dans des conditions indignes⁽³⁵⁾.

D'autre part, soulignons que si le suivi des victimes du déficit immunitaire dans les régions économiquement pauvres est pratiqué avec l'inadmissible laxisme démontré lors de l'étude HIVNET012 (cette probabilité est certaine dans la majorité des cas), quel crédit faut-il donner aux rapports des institutions chargées du suivi dans ces pays? Comment peut-on prétendre sur la base des mêmes effets cliniques, qu'une personne est victime de déficit immunitaire à cause de la malnutrition ou du VIH, dont le dépistage reste aujourd'hui encore une énigme, en Afrique plus que partout ailleurs?

de faux résultats positifs aux tests de dépistage du VIH⁽¹⁵⁾.

Concernant la transmission du VIH de la mère à l'enfant, le VIH n'ayant jamais été isolé et purifié à partir des différents fluides, y compris le lait maternel, ce mode de transmission n'a donc jamais été démontré. En 1998, un article intitulé, «Le VIH dans le lait maternel»⁽¹⁶⁾ cite une analyse réalisée à partir de 167 publications enregistrées dans la base de données internationale MEDLINE sur les possibilités de transmission du VIH par le lait maternel. L'article souligne les nombreuses incertitudes sur ce mode de transmission en le comparant à la salive, un autre fluide corporel. Les études parlent de traces du VIH dans les deux sécrétions, mais affirment que dans le cas de la salive, des substances antivirales rendraient l'infection et la transmission impossibles. D'après l'article et l'analyse des 167 publications, si quelques-unes mentionnent la présence d'anticorps et de propriétés anti-HIV dans le lait maternel, 90 % soulignent l'importance et la prépondérance du lait maternel pour la santé de l'enfant, quel que soit le problème de santé que pourrait avoir la mère. Dans tous les cas, la transmission du VIH de la mère vers son enfant n'est pas démontrée, ni pendant la grossesse, ni par le lait maternel.

La femme enceinte et la prescription médicale

La santé de la mère est déterminante pour la santé du fœtus. Logiquement, une femme enceinte préfère ne pas prendre de médicaments; elle sait que tout ce qu'elle ingurgite aura un effet sur son bébé, car la plupart des médicaments traversent la barrière placentaire. Malgré cela, plus de 80 % des femmes enceintes ont une prescription au cours de leur grossesse. Le risque le plus redouté est la malformation congénitale. Ces malformations surviennent le plus souvent entre 4 et 12 semaines d'améniorrhée. Les médicaments tératogènes concernés sont reconnus plus dangereux pendant le 1er trimestre. D'autres risques peuvent se produire pendant les 2^e et 3^e trimestres (l'insuffisance rénale, par exemple, des troubles fonctionnels). Tandis que certains médicaments auront un effet postnatal, tel que carcinogène à moyen ou long terme. Pour des raisons d'éthique, il est logiquement impossible de réaliser des études d'évaluation sur des êtres humains, plus particulièrement sur des femmes enceintes⁽¹⁷⁾.

Les 10 articles du Code de Nuremberg (1946, 1947) définissent les conditions des expérimentations médicales sur les êtres humains, suite aux horreurs perpétrées par les médecins nazis. Le Code de Nuremberg fut suivi par la déclaration d'Helsinki (1964), révisée en 1975 lors de la 29^e Assemblée médicale mondiale. L'article qui en a découlé dans la plupart des législations du monde moderne est le consentement libre et éclairé de chaque personne qui participe à une étude ou suit un traitement médical. Forcer les femmes enceintes à absorber des drogues toxiques pour elles et leur bébé est une atteinte aux droits de l'homme.

L'AZT et les antiviraux tuent⁽¹⁸⁾

Etude ACTG019: démontrer l'impossible bénéfice de l'AZT

L'AZT fut développée dès 1961 par Richard Beltz⁽¹⁹⁾. Son rôle était d'empoisonner les cellules pour en faire une chimiothérapie. Lors de la relecture d'un document rédigé par Anthony Brinks (2010), qui réévaluait la toxicité de l'AZT, Richard Beltz affirma: «... vous avez raison de mettre en garde contre l'usage thérapeutique à long terme de l'AZT, ou encore son utilisation chez la femme enceinte, à cause de sa toxicité avérée et... de ses effets dévastateurs... Votre travail est utile... J'espère que vous réussirez à convaincre votre gouvernement de ne pas distribuer l'AZT.»⁽²⁰⁾ C'est pour cette raison que la FDA (Food and Drug Administration, Etats-Unis) ne lui accorda jamais d'autorisation de mise sur le marché. Pourtant, en 1987, suite à l'étude randomisée en double aveugle ACTG019, l'AZT devint contre toute probabilité l'arme fatale capable d'arrêter la supposée progression du VIH. 35 ans plus tard, dans la série Mediator et thalidomide, on ne compte plus les pirouettes administratives qui ont permis à ce poison de préserver sa notoriété. Qu'on ne s'y trompe pas: les chiffres positifs des derniers traitements antiviraux sont à attribuer principalement à



la diminution des doses; de 2400 mg/jour dans les années 80, elles sont passées à 300 mg, voire 200 mg en 2012 (8 à 10 fois moins). Le progrès de la lutte contre le sida et le succès de la thérapie peuvent se résumer par, «Victoire, l'AZT tue moins!»

Ellen Cooper, cadre médical de la FDA, avait souligné les multiples irrégularités survenues pendant l'ACTG019 dans tous les hôpitaux où elle fut conduite, invalidant ses résultats. À Boston, le viol des protocoles fut tellement flagrant qu'il fallut exclure le centre de l'étude. En France, Maxime Seligmann, qui coordonna l'étude Concorde⁽²¹⁾ en collaboration avec le Royaume-Uni, exprima son insatisfaction. L'ACTG019 n'ayant duré que 24 semaines, il demandait un complément d'informations sur les effets à long terme de l'AZT, sur la qualité de vie et l'état de santé des survivants, la toxicité du produit, etc. Paul Cotton, journaliste du *Journal of the American Medical Association* commenta le désaccord flagrant au sein de la communauté scientifique quant aux résultats proclamés par la FDA. Dès 1988, une étude française conduite par E. Dournon (Hôpital Claude Bernard, Paris), publiée par le *Lancet*, démontra également que les bénéfices mineurs de l'AZT disparaissaient au bout de six mois⁽²²⁾.

La presse médicale spécialisée ne tint aucun compte des remarques émanant de la communauté scientifique, comme c'est normalement la règle; elle proclama à la une que l'AZT permettait de stopper l'activité de la transcriptase inverse et empêchait le virus de se développer. En lettres minuscules, des recommandations rarement lues indiquaient ses multiples effets toxiques, mortels. La carrière de l'AZT commençait sur le même modèle que la découverte du VIH: le mensonge⁽²³⁾.

Les effets toxiques de l'AZT

L'AZT est un médicament carcinogène (il peut provoquer le cancer), mutagène (il change le génome, en général l'ADN) et tératogène (il cause des malformations du fœtus). Depuis le 18 décembre 2009, l'AZT est reconnue par l'agence de protection environnementale de Californie pour causer le cancer. Selon la loi américaine, l'AZT devrait être interdit à la vente. De plus, l'AZT provoque des troubles hépatiques pouvant entraîner la mort, et des problèmes cardiaques. L'AZT empêche la chaîne ADN de se constituer normalement, elle empêche donc les cellules de se développer. L'AZT s'attaque à la moelle osseuse et peut entraîner l'anémie, etc. Si une femme enceinte prend de l'AZT (ou une autre thérapie antivirale aux effets similaires), elle risque d'avorter, ou son bébé risque des malformations congénitales terribles: cavité dans le thorax, anomalies dans l'emplacement des oreilles, visage triangulaire, doigts en surnombre, albinisme, indentation anormale à la base de la colonne vertébrale, etc. Burroughs Wellcome qui fabriquait l'AZT lors de sa mise sur le marché donnait l'avertissement suivant: «Le *Retrovir* (*Zidovudine*, AZT) peut entraîner une grave intoxication hématologique avec granulocytopenie (chute des défenses immunitaires – ndr) et anémie aggravée, surtout chez les patients à un stade avancé de la maladie... Il a été constaté que l'utilisation prolongée du *Retrovir* peut entraîner une myopathie et une myosite accompagnées de modifications pathologiques similaires à celles produites par la

maladie du VIH». D'où la question: dans le cas des malades qui prennent cet antiviral: est-ce le VIH ou l'AZT qui cause le sida?

- Etude ACTG076 (1994): convaincre les femmes enceintes de prendre de l'AZT⁽²⁴⁾

Gardons à l'esprit que depuis son apparition à la fin des années 70 jusqu'aux années 90, le sida du monde moderne est inséparable de la toxicomanie⁽²⁵⁾. Que les malades soient homo ou hétérosexuels, ils appartiennent majoritairement à des groupes de personnes utilisant des drogues dures, par inhalation ou voie intraveineuse. Ainsi, la plupart des enfants qui ont fait l'objet d'un suivi sont nés de mères toxicomanes. Ils présentaient à la naissance les mêmes symptômes que leur mère: fragilité due à l'usage de drogues récréatives pendant la grossesse, infections congénitales, traitements antibiotiques, etc. Plus tard, les études ont montré que ces bébés retrouvaient néanmoins un système immunitaire normal entre un et deux ans après leur naissance. Par conséquent, si la mère a un mode de vie sain et qu'elle ne souffre d'aucune pathologie caractéristique, son bébé n'a aucune raison de tomber malade plus qu'un autre bébé, que la mère soit séropositive ou séronégative (invalidité des tests). Tandis que dans les pays où la malnutrition est importante, les bébés sont soumis à une hygiène insuffisante par manque d'eau propre ou potable, et les mères transmettent à leur bébé les causes qui altèrent leur propre santé. Comment une femme enceinte mal

Forcer les femmes enceintes à absorber des drogues toxiques pour elles et leur bébé est une atteinte aux droits de l'homme.

nourrie peut-elle nourrir son bébé en train de se former dans son ventre? Avant l'étude ACTG076, il était formellement interdit de prescrire de l'AZT ou un autre antiviral à une femme enceinte; le corps médical connaissait les effets toxiques des traitements pouvant entraîner des malformations congénitales. L'étude ACTG076, cofinancée par le fabricant d'AZT Glaxo-Wellcome, devait déterminer (ou démontrer) qu'un traitement administré à une femme enceinte pendant les deux derniers trimestres de sa grossesse, réduirait le risque de transmission verticale du virus de la mère à l'enfant. L'étude devrait aussi déterminer si la drogue était sans danger pour la mère et l'enfant; tandis qu'une note indiquait que si la dangerosité restait inconnue, la possibilité de stopper la transmission vers le fœtus serait plus importante que les risques encourus par la mère – on revenait aux années qui avaient précédé le Code de Nuremberg!

Quand les résultats de l'étude furent publiés (*New England Journal of Medicine*, 1994), les auteurs reconnurent qu'il était impossible de quantifier l'efficacité de l'AZT pour stopper la transmission de la mère vers l'enfant, car le nombre de bébés positifs à la naissance était trop faible, il n'était pas significatif. Ils ajoutèrent qu'ils ne comprenaient pas pourquoi le

taux de transmission dans le groupe témoin placebo était excessivement supérieur à la normale⁽²⁶⁾. Pour 477 femmes enceintes enrôlées dans l'étude, 13 bébés étaient séropositifs à la naissance dans le groupe AZT (8,3 %), contre 40 bébés dans le groupe placebo (25,5 %). Comme c'est souvent le cas, l'étude fut clôturée dès que les résultats furent favorables à l'AZT. On prétextait l'urgence, que ces pauvres femmes enceintes séropositives avaient été délaissées jusque-là, qu'elles pouvaient enfin profiter de thérapies adaptées... La communauté scientifique ne s'était pas encore exprimée sur les résultats très discutables de l'ACTG076, que les médias claironnaient «victoire». Le traitement fut déclaré indispensable pour tous les bébés de mères séropositives. Les parents qui s'y opposeraient seraient accusés de mettre en danger la vie de leur enfant, des assassins; ils seraient déchus de leurs droits parentaux, la garde de leur enfant leur serait retirée. Pourtant, des études avaient précédé l'AC-

Au nom du VIH, des femmes enceintes africaines sont utilisées comme cobayes et des études sont falsifiées afin de démontrer que les antiviraux peuvent sauver la vie de leurs bébés.



TG076, l'une en Inde, l'autre aux Etats-Unis, sur des femmes appartenant à des minorités (pauvres). Un grand nombre de bébés étaient nés avec des malformations, comme on pouvait s'y attendre avec une drogue tératogène.

L'étude américaine ACTG219, qui suivit les enfants nés pendant l'ACTG076, affirme qu'à l'âge de 4 ans, aucun des enfants n'a subi d'effets indésirables. Mais elle ajoute qu'un certain nombre de données restent

critiques, rendant difficile d'affirmer le succès des stratégies périnatales préventives.

Dans un document officiel (*The Physician's Desk Reference*, 1998) Glaxo-Wellcome, fabricant d'AZT, écrit : « *Nous avons reçu des données concernant des effets graves venant du Retrovir (AZT)... (Ces) changements pathologiques, semblables à ceux que produit la maladie du sida, ont été associés à l'utilisation prolongée du Retrovir.* » Ce qui démontre que le sida est bien

« Je ne me tairai pas » Un film, six femmes

Qu'est-ce que le VIH exactement ? Que représente le SIDA ? Pourquoi les prédictions apocalyptiques sur l'expansion de l'épidémie ne se sont-elles pas vérifiées dans les pays occidentaux ? Pourquoi l'Afrique est-elle particulièrement touchée ? Comment est-il possible qu'une maladie sexuellement transmissible continue à toucher très majoritairement la communauté homosexuelle ? Comment se fait-il que des gens séropositifs soient encore en bonne santé, même des décennies après le diagnostic ? Réalisée par la documentariste autrichienne Anne Sono⁽³⁰⁾, le film « *Je ne me tairai pas* » (*I Won't go Quietly*) apporte des réponses à ces questions par la voix de médecins et scientifiques qui remettent en question l'hypothèse HIV. Mais il laisse surtout la parole à 6 femmes diagnostiquées comme séropositives et qui ont été véritablement persécutées pour la seule raison qu'elles refusaient les traitements antiviraux, pour elles-mêmes ou leurs enfants. Il montre la façon donc ces six femmes ont réagi après le diagnostic dévastateur, et comment le dogme officiel a failli les détruire. Six témoignages d'autant plus poignants que depuis la sortie du film, deux intervenantes sont décédées, pas du Sida mais dans des circonstances tragiques. Voici un bref résumé du parcours de ces 6 femmes admirables.



Aux Etats-Unis, **Karri** avait 25 ans quand elle a été déclarée séropositive. Les docteurs lui ont conseillé de faire son testament. Elle a pris, en toute confiance, le traitement contre le SIDA et elle est devenue une patiente exemplaire, bien connue des

docteurs et des infirmiers. Cependant, cela a brusquement changé 11 ans après, quand Karri a décidé d'arrêter le traitement en raison des nombreux effets secondaires dont elle souffrait. De toute sa période de séropositivité, Karri ne s'est jamais mieux sentie que durant les 4 années qui ont suivi, sans traitement. Malheureusement, les médicaments avaient déjà fait des ravages : un trou dans ses intestins et elle s'est mise à saigner presque à mort, cherchant un nouveau docteur. Cinq docteurs ont refusé de l'opérer parce qu'elle avait rejeté le traitement du VIH. Pour pouvoir se faire opérer, il a fallu qu'elle accepte une injection de Ganciclovir. Peu de temps après, elle est devenue aveugle et a perdu l'usage de la parole. Elle est morte le 26 avril 2011. C'est elle qui a donné son titre au film.



En Autriche, **Barbara** a été déclarée séropositive aux alentours de ses vingt ans. On lui a fait le test lors d'une hospitalisation sans lui demander son accord au préalable. Pourtant, au lieu de développer le SIDA, elle a donné naissance à quatre

enfants en bonne santé. Ayant choisi un accouchement à domicile pour son 4^e enfant au lieu d'aller dans une maternité, service des césariennes, comme on le lui avait recommandé, et de plus en décidant d'allaiter sa fille, elle a été condamnée à 14 mois de prison avec sursis. Sa plus jeune fille a été placée dans une maison d'enfants parce qu'elle a refusé de lui donner le traitement prescrit.



Bébé, **Lindsey**⁽³¹⁾ a été adoptée par un couple américain. Dans son pays d'origine, la Roumanie, elle été testée négative au HIV, mais le même test effectué aux USA dès son arrivée donna un résultat inverse.

Ses parents adoptifs lui ont donné les traitements antiviraux prescrits, même quand Lindsay a commencé à souffrir atrocement des jambes et que sa croissance s'est arrêtée. Jusqu'au jour où ils ont découvert un article du virologue Peter Duesberg⁽³²⁾, lequel a conseillé aux parents de stopper immédiatement le traitement. La douleur aux jambes a disparu et la petite a retrouvé rapidement un poids normal. Au début des années 90, il y a avait 12 autres « bébés sida », comme on les appelait, dans le Minnesota. Lindsey est la seule survivante. C'est aujourd'hui une jeune femme en pleine santé qui est devenue mère à son tour.⁽³³⁾



En Norvège, **Line** a été persuadée par des médecins de faire le test du VIH parce qu'elle était enceinte d'un Africain. Le test s'est avéré positif, tant pour elle que pour son partenaire. Aucun des deux n'a jamais développé le SIDA. Leur enfant a maintenant la vingtaine et est en parfaite santé, sans avoir jamais pris aucun traitement contre le SIDA. Line a été poursuivie par un de ses ex-partenaires qui l'a accusée de lui avoir transmis le VIH. Elle a été condamnée et a fait 2 ans de prison.



En Russie, **Tatyana** a été diagnostiquée pendant sa grossesse. Elle a pris les médicaments et a donné naissance à un enfant à qui les médecins ont à peine donné 3-4 ans d'espérance de vie. Elle a donné le traitement AZT à son enfant jusqu'à ce qu'elle

tombe sur un article de presse d'un scientifique disant, preuve à l'appui, que les gens mouraient des effets de ces médicaments. Elle a immédiatement arrêté le traitement. Lisa a maintenant 7 ans, c'est une enfant exceptionnellement intelligente, qui reçoit des cours de danse classique gratuits grâce à son talent. En 2012, Tatyana a été retirée du registre national des gens infectés par le VIH.



Tamara, également russe, a été déclarée séropositive au cours de sa deuxième grossesse. Elle a reçu un livre critique sur le SIDA d'un centre d'informations dirigé par l'église orthodoxe. D'un commun accord avec son mari Ivan, elle a décidé de

garder l'enfant et a refusé le traitement médical. L'enfant est en très bonne santé, tout comme sa petite sœur et son frère aîné. Les parents ont décidé de ne jamais faire le test du VIH sur leurs enfants. Tamara a été assassinée le 9 mars 2012, jour de la première du film à Berlin. Les circonstances exactes restent peu claires.

Pour visionner un extrait : www.iwontgoquietly.com

une maladie causée par une forme de toxicomanie, voulue ou iatrogénique.

L'étude HIVNET012, le sommet du non-sens

Lancée en Ouganda, l'étude devait mesurer la toxicité de la nevirapine et de l'AZT. L'HIVNET012 devait aussi permettre de comparer si les thérapies diminuaient la transmission du VIH au bout de 18 mois, de dire combien d'enfants étaient vivants et combien n'avaient plus le VIH. 1 500 femmes enceintes de 32 semaines devaient entrer dans l'étude: un groupe de 500 femmes recevrait 200 mg d'antiviraux par jour, l'autre groupe 600 mg, cela dès l'accouchement; les bébés recevraient respectivement 2 mg et 4 mg par jour, entre deux et trois jours après la naissance. Deux groupes placebo permettraient de comparer les résultats, avec 250 femmes par groupe. L'HIVNET012 devait être une étude randomisée en double aveugle de phase 3. Au final, 626 mères seulement y participèrent, sans groupe placebo pour comparer et valider les résultats, sans procédure en double aveugle. Ce qui est un non-sens: on ne peut valider l'efficacité d'un traitement sans groupe placebo. Les résultats furent pourtant amendés et publiés par le *Lancet* en septembre 1999, affirmant que la nevirapine réduisait le risque de transmission de la mère à l'enfant. Lors de la phase 1 de l'évaluation de la nevirapine (étude HIVNET006), 21 femmes enceintes avaient suivi le traitement. Sur les 22 bébés, 4 moururent. Le rapport indiquait aussi 12 «événements indésirables graves» et il n'y avait pas de diminution de la charge virale chez les mères. Les conclusions de l'étude affirmaient néanmoins que le produit réduisait la transmission de la mère à l'enfant. Avec l'HIVNET012, les chiffres comparatifs entre le groupe AZT et le groupe nevirapine, démontraient que la nevirapine était plus efficace que l'AZT, qu'elle réduisait le nombre d'enfants infectés et que son coût était avantageux: elle pourrait empêcher la transmission du VIH chez plus de 300 000 nouveau-nés chaque année (par rapport à l'AZT – sans être comparée à groupe placebo).

Pourtant, dès 2000, le *Journal of American Medical Association* et *Med-Watch* rapportèrent des cas d'intoxications graves dues à la nevirapine – grave signifie que le processus vital est engagé. Déterminé à obtenir une autorisation de mise sur le marché aux Etats-Unis, le fabricant envoya en Ouganda l'un de ses cadres pour s'assurer que l'étude avait respecté les protocoles de la FDA. Catastrophe! La conduite de l'étude s'avéra un scandale médical. Il manquait un nombre conséquent d'enregistrements dans le suivi des patientes; un fichier complet était absent pour cause d'inondation, on ne savait pas qui avait pris quoi, qui était encore vivant, les bébés avaient reçu tantôt une thérapie tantôt l'autre, beaucoup avaient un poids inférieur à la moyenne pour leur âge, et de multiples problèmes de santé au bout de 12 mois de thérapie, etc. L'équipe en charge de l'étude sur place répondit qu'elle n'était pas compétente, qu'elle n'avait jamais suivi de formation aux bonnes pratiques médicales⁽²⁷⁾... Il s'avéra plus tard que la moitié des enfants de l'étude participait à une autre étude d'évaluation de la vitamine A. Les résultats de l'HIVNET012 étaient invalidés pour défaut de respect de protocoles majeurs. La FDA était confrontée à un grave problème: l'HIVNET012 dénigrerait la crédibilité du DAIDS (département sida du *National Institute of Allergy and Infectious Diseases*), qui était responsable de l'étude. L'administration américaine fit alors preuve d'une solidarité sans commune mesure et valida les résultats envers et contre tout, affirmant que la nevirapine empêchait la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Les médias reprirent l'information sur la base de simples communiqués de presse. En 2002, grâce au soutien de l'OMS, la nevirapine était accréditée dans plus de 50 pays. Le Président George Bush Jr annonçait bientôt une aide de 500 millions de dollars pour empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant, dans lequel la nevirapine jouerait un rôle majeur. Paradoxalement, la nevirapine n'a jamais obtenu son autorisation de mise sur le marché aux Etats-Unis. Pourquoi?

D'après les tableaux de classification des médicaments (le plus connu est celui de la FDA), un médecin ne devrait jamais prescrire de tels drogues à

une femme enceinte. Mais encore une fois, au nom du VIH, la médecine moderne viole ses propres fondements déontologiques: elle utilise des femmes enceintes africaines comme cobayes et falsifie les résultats des études, afin de démontrer que les antiviraux sauveront la vie de leurs bébés⁽²⁸⁾.

En guise de conclusion

Bien qu'un nombre important de scientifiques soutiennent l'hypothèse VIH, la violation des protocoles lors des études voulant prouver l'action positive des antivirus et la falsification de leurs résultats sont sans ambiguïté: ils font du **Sidagate** une réalité, un scandale sans précédent. Il se résume par:

1. Une erreur de diagnostic tragique sur les causes du déficit immunitaire acquis;
2. Le défaut d'isolation et de purification du virus à partir du sang d'un malade;
3. La fabrication de tests incapables de certifier qu'un organisme humain risque de subir un déficit immunitaire qui le tuera;
4. La falsification des résultats des études affirmant l'efficacité des thérapies antivirales;
5. Le non-respect de la loi affirmant le droit des patients à un choix libre et éclairé sur les risques des thérapies;
6. L'empoisonnement des patients, des mères, des enfants et des bébés (iatrogénèse);
7. L'utilisation de cobayes humains;
8. Le harcèlement des parents à qui on enlève leur enfant quand ils veulent le protéger de thérapies létales;
9. Le non respect du droit de l'enfant à recevoir le lait maternel indispensable à sa croissance⁽²⁹⁾.

L'épidémie mondiale de déficit immunitaire acquis a trois causes:

1. La toxicomanie
2. La malnutrition
3. L'intoxication iatrogénique.

L'histoire de la médecine moderne nous a toujours rappelé qu'**une femme enceinte ne doit jamais être exposée à la chimie industrielle médicamenteuse lourde**. Il existe dans la procréation, des phénomènes qu'aucune science ne peut contrôler sans jouer dangereusement aux apprentis sorciers. Imposer de tels médicaments pendant la grossesse est une rupture manifeste du serment d'Hippocrate, un acte digne de l'Inquisition.

Dans un esprit de réelle démocratie, les médias au service des populations se doivent de réexaminer en toute indépendance les informations ayant conduit à ce consensus médico-politique erroné, qui met en danger le processus vital de la mère et de l'enfant: la responsabilité du VIH dans le déficit immunitaire acquis.

De fait, le **Sidagate** confirme l'ère particulièrement sombre que traverse la médecine moderne. ■

NOTES DU DOSSIER SIDAGATE (p 30) ➔

Journaliste indépendant, **Renaud Russeil** est l'auteur du livre «*Enquête sur le sida, les vérités muselées*», publié en 1997 aux éditions Vivez Soleil. Non réédité, cet ouvrage est cependant disponible sur le web: www.sidasante.com/renaud/rindex.htm



CHIMIOTHÉRAPIE

La vérité très indésirable

Couper, brûler, empoisonner : malgré son échec patent, la thérapie classique du cancer repose toujours sur ce trépied guerrier. La chimio, surtout, passe pour une arme indispensable de l'arsenal allopathique. Et même les « médecines douces » proposent davantage des approches complémentaires que des alternatives. Mais savez-vous que la guerre chimique aux cellules cancéreuses ne fait pas l'unanimité et que ses victoires sont contestées depuis longtemps par de nombreux oncologues ? Et savez-vous que la chimiothérapie est même soupçonnée par des chercheurs de favoriser l'expansion des tumeurs ? Tour d'horizon des voix dissonantes avec la journaliste Sylvie Simon.

ARTICLE N° 55

Par Sylvie Simon

Cela fait des années que la chimiothérapie est dénigrée par de très nombreux cancérologues, français et américains, et non des moindres, qui ont osé exprimer leurs doutes quant aux guérisons obtenues par les voies classiques.

Hardin B Jones, alors professeur de Physique médicale et de Physiologie à Berkeley, avait déjà communiqué en 1956 à la presse les résultats alarmants d'une étude sur le cancer qu'il venait de mener durant vingt-trois ans auprès de cancéreux et qui l'avait conduit à conclure que les patients non traités ne mourraient guère plus vite que ceux qui recevaient la chimiothérapie, bien au contraire. « Les patients qui ont refusé tout traitement ont vécu en moyenne douze ans et demi. Ceux qui se sont soumis à l'intervention chirurgicale et aux autres traitements traditionnels ont vécu en moyenne trois ans seulement⁽¹⁾. » Et le Dr Jones soulevait aussi la question des sommes fabuleuses engendrées par le « Cancer business ». Les conclusions déstabilisantes du Dr Jones n'ont jamais été réfutées. (Walter Last, *The Ecologist*, vol. 28, n°2, Mars-avril 1998.)

Le mirage des dépistages

Le 4 octobre 1985, le Pr. Georges Mathé confirmait à *L'Express* : « Il y a de plus en plus de cancers parce que le dépistage est beaucoup plus précoce, mais on ne les maîtrise pas aussi bien qu'on le dit, malgré la chimiothérapie qui est surtout prônée par les chimiothérapeutes et par les laboratoires [ce qu'il appelait la « cancer-connection], et pour cause : ils en vivent. Si j'avais une tumeur, je n'irais pas dans un centre anticancéreux » (cf. *Le Monde*, 4 mai 1988). À son tour, le

Pour le Pr Joyeux, 85 % des chimiothérapies sont contestables, voire inutiles.

cérologues informent leurs patients du manque d'évidence que ce traitement soit utile, d'autres sont sans doute égarés par l'optimisme des parutions scientifiques sur la chimiothérapie. D'autres encore répondent à une stimulation économique. Les praticiens peuvent gagner davantage en pratiquant la chimiothérapie qu'en prodiguant consolation et apaisement aux patients mourants et à leurs familles. » (cf. *Los Angeles Times*, 1er septembre 1987).

Cet avis est largement partagé par les docteurs E. Pommateau et M. d'Argent qui estiment que la chimiothérapie « n'est qu'un procédé de destruction de cellules malignes comme la chirurgie ou la radiothérapie. Elle ne résout pas le problème capital des réactions de l'hôte qui devrait être, en dernier ressort, les seules

à rechercher pour arrêter la poussée cancéreuse » (*Leçons de cancérologie pratique*).

Pour sa part, le Pr Henri Joyeux, cancérologue à Montpellier, a déclaré à maintes reprises que « ce sont des intérêts financiers gigantesques qui permettent d'expliquer que la vérité scientifique soit encore aujourd'hui trop souvent occultée : 85 % des chimiothérapies sont contestables, voire inutiles ».

Les guérisons qui font illusion

Pour eux, comme pour bien d'autres médecins, les seuls cas de guérison avec cette thérapeutique sont des cas qui peuvent guérir spontanément, c'est-à-dire dans lesquels l'hôte peut organiser ses propres défenses. Il est difficile d'être plus clair : la chimiothérapie ne sert à rien ! Et pour la progression des cas de guérisons, le Dr Jean-Claude Salomon, directeur de recherche au CNRS et cancérologue, estime que le pourcentage de survie à cinq ans après le diagnostic initial s'est accru pour la seule raison que l'on sait faire des diagnostics plus précoces, mais que, s'il n'est pas accompagné d'une baisse de la mortalité, l'augmentation du pourcentage de survie à cinq ans n'est pas un indice de progrès. « Le diagnostic précoce n'a souvent pour effet que d'allonger la durée de la maladie avec son cortège d'anxiété. Cela contredit bien des affirmations concernant les prétendues avancées thérapeutiques. » (cf. *Qui décide de notre santé. Le citoyen face aux experts*, Bernard Cassou et Michel Schiff, 1998) Le Dr Salomon précise qu'on comptabilise sans distinction les vrais cancers et des tumeurs qui n'auraient sans doute jamais provoqué de maladie cancéreuse, ce qui contribue à augmenter artificiellement le pourcentage des cancers « guéris ». Cela augmente aussi, évidemment, celui des cancers « déclarés ». Encore un fait confirmé par le Dr Thomas Dao, qui fut directeur du département de chirurgie mammaire au Roswell Park Cancer Institute de Buffalo de 1957 à 1988 : « Malgré l'usage répandu de la chimiothérapie, le taux de mortalité par cancer du sein n'a pas changé ces 70 dernières années. » Ainsi que par John Cairns, Professeur de microbiologie à l'université d'Harvard, qui a publié en 1985, une critique dans le *Scientific American* : « À part quelques rares cancers, il est impossible de déceler une quelconque amélioration par la chimiothérapie dans la mortalité des cancers les plus importants. Il n'a jamais été établi que n'importe quel cancer peut être guéri par la chimiothérapie. » Nouvelle confirmation du Dr Albert Braverman, hématologue et cancérologue New Yorkais, dans le *Lancet* : « De nombreux cancérologues recommandent la chimiothérapie pour pratiquement toutes les tumeurs, avec un optimisme non découragé par un



échec quasi inévitable [...] aucun néoplasme disséminé, incurable en 1975, n'est guérissable aujourd'hui.» (cf. La Cancérologie dans les années 1990, vol. 337, 1991, p.901). Quant au Dr Charles Moertal, oncologue de la Mayo Clinic, il admet que : « Nos protocoles les plus efficaces sont pleins de risques et d'effets secondaires ; et après que tous les patients que nous avons traités aient payé ce prix, seule une petite fraction est récompensée par une période transitoire de régression incomplète de la tumeur. »

Plus de mal que de bien

Alan Nixon, ancien Président de l'American Chemical Society, est encore plus radical : « En tant que chimiste, entraîné à interpréter des publications, il m'est difficile de comprendre comment les médecins peuvent ignorer l'évidence que la chimiothérapie fait beaucoup, beaucoup plus de mal que de bien. »

Ralph Moss est un scientifique non médecin qui étudie le cancer depuis des lustres. Il écrit des articles sur le sujet dans de prestigieux journaux, tels que le *Lancet*, le *Journal of the National Cancer Institute*, le *Journal of the American Medical Association*, le *New Scientist*, et a publié un ouvrage intitulé *The Cancer Industry*⁽²⁾ : « Finalement, il n'existe aucune preuve que la chimiothérapie prolonge la vie dans la majorité des cas, et c'est un grand mensonge d'affirmer qu'il existe une corrélation entre la diminution d'une tumeur et l'allongement de la vie du patient. » Il avoue qu'il croyait autrefois en la chimiothérapie, mais que l'expérience lui a démontré son erreur : « Le traitement conventionnel du cancer est tellement toxique et inhumain que je le crains davantage que mourir d'un cancer. Nous savons que cette thérapie ne marche pas — si elle marchait vous ne craindriez pas davantage le cancer qu'une pneumonie. [...] Cependant, la plupart des traitements alternatifs, quelles que soient les preuves de leur efficacité, sont interdits, ce qui oblige les patients à se diriger vers l'échec car il n'ont pas d'alternative. » Le Dr Maurice Fox, professeur émérite de biologie au MIT (Massachusetts Institute of Technology)⁽³⁾ a constaté, comme nombre de ses pairs, que les cancéreux qui refusaient les soins médicaux avaient un taux de mortalité inférieur à ceux qui les acceptaient.

Le Centre du Cancer de l'université McGill au Canada a envoyé un questionnaire à 118 médecins spécialisés dans le cancer des poumons afin de déterminer le degré de confiance qu'ils accordaient aux produits que les scientifiques de l'université étaient en train d'évaluer. On leur demandait d'imaginer qu'ils

avaient un cancer et de dire quel médicament ils choisiraient parmi six autres en cours d'essais. Il y eut 79 réponses des médecins, parmi lesquelles 64, soit 81 %, n'accepteraient pas de participer aux essais de la chimiothérapie à base de Cisplatine qu'ils étaient en train de tester ; et 58 autres médecins parmi les mêmes 79, soit 73 %, estimaient que les essais en question étaient inacceptables, étant donné l'inefficacité des produits et leur degré élevé de toxicité⁽⁴⁾. De son côté, le Dr Ulrich Abel, épidémiologiste allemand du Centre du cancer de Heidelberg-Mannheim, a passé en revue tous les documents publiés sur la chimiothérapie par plus de 350 centres médicaux à travers le monde. Après avoir analysé, pendant plusieurs années, des milliers de publications, il a découvert que le taux global de réussite de la chimiothérapie à travers le monde était « lamentable », seulement 3 %, et qu'il n'existe tout simplement aucune preuve scientifique indiquant que la chimiothérapie pouvait « prolonger de façon sensible la vie de patients souffrant des cancers organiques les plus courants ». Il qualifie la chimiothérapie de « terrain vague scientifique » et affirme qu'au moins 80 % de la chimiothérapie administrée à travers le monde est inutile et s'apparente aux « habits neufs de l'empereur », alors que ni le docteur ni le patient ne souhaitent renoncer à la chimiothérapie. Le Dr Abel a conclu : « Nombre de cancérologues tiennent pour acquis que la chimiothérapie prolonge la vie des patients. C'est une opinion fondée sur une illusion qui n'est étayée par aucune des études cliniques⁽⁵⁾ ». Cette étude n'a jamais été commentée par les grands médias et a été entièrement enterrée. On comprend pourquoi.

En résumé, la chimiothérapie est très toxique et ne peut faire la différence entre les cellules saines et les cellules cancéreuses. Elle détruit peu à peu le système immunitaire, lequel ne peut plus protéger le corps humain des maladies ordinaires. Quelque 67 % des gens qui meurent pendant le traitement de leur cancer le doivent à des infections opportunistes qui n'ont pas été combattues par le système immunitaire.

L'étude qui dérange

L'étude la plus significative a été publiée par le journal *Clinical Oncology*⁽⁶⁾ et menée par trois fameux oncologues australiens, le Pr Graeme Morgan du Royal North Shore Hospital de Sydney, le Pr Robyn Ward⁽⁷⁾ de l'Université de New South Wales-St. Vincent's Hospital et le Dr Michael Barton, membre de la Collaboration for Cancer Outcomes Research and Evaluation du Liverpool Health Service à Sydney.

Leur travail minutieux est basé sur l'analyse des résultats de toutes les études contrôlées en double aveugle menées en Australie et aux États-Unis, concernant la survie de 5 ans mise au crédit de la chimiothérapie chez les adultes durant la période de janvier 1990 à janvier 2004, soit un total de 72 964 patients en Australie et de 154 971 aux États-Unis, tous traités par chimiothérapie. Cette vaste étude démontre qu'on ne peut plus prétendre, comme de coutume, qu'il ne s'agit que de quelques patients, ce qui permet aux systèmes

Il n'existe aucune preuve que la chimiothérapie prolonge la vie dans la majorité des cas.

en place de les balayer avec mépris du revers de la main. Les auteurs ont délibérément opté pour une estimation optimiste des bénéfices, mais malgré cette précaution, leur publication prouve que la chimiothérapie ne contribue qu'à un peu plus de 2 % à la survie des patients après 5 ans, soit 2,3 % en Australie, et 2,1 % aux États-Unis. « Certains praticiens restent pourtant optimistes et espèrent que la chimiothérapie cytotoxique⁽⁸⁾ prolongera la vie des cancéreux », ont déclaré les auteurs dans leur introduction. Ils demandent à juste titre comment il se fait qu'une thérapie qui a si peu contribué à la survie des patients au cours des 20 dernières années, continue à obtenir un tel succès dans les statistiques des ventes. Il est vrai qu'on peut leur répondre que les patients peu curieux ou simplement affolés n'ont aucun choix : on ne leur propose rien d'autre.

La chimiorésistance

Massoud Mirshahi, chercheur à l'université Pierre et Marie Curie, et son équipe ont découvert en 2009 que de nouvelles cellules du micro-environnement tumoral seraient impliquées dans la résistance à la chimiothérapie des cellules cancéreuses et les récurrences avec l'apparition de métastases. Ces cellules ont



été appelées « Hospicells », car elles servent de niches qui ont la propriété de fixer un grand nombre de cellules cancéreuses et de les protéger de l'action de la chimiothérapie. Les « Hospicells » proviennent de la différenciation des cellules souches de moelle osseuse, et sont présentes dans les épanchements chez les malades atteints de cancers (liquide d'ascite, épanchements pleuraux). Les cellules cancéreuses, agglutinées autour d'une « Hospicell », forment de véritables petits nodules cancéreux.

Dans ces nodules, ont été également identifiées des cellules immuno-inflammatoires. La microscopie électronique a démontré qu'il y avait des zones de fusion entre les membranes des « Hospicells » et celles des cellules cancéreuses, permettant le passage de matériel d'une cellule à l'autre. De plus, les chercheurs ont observé le transfert de matériel membranaire de l'« Hospicell » vers les cellules cancéreuses, phénomène appelé trogocytose. Plusieurs autres mécanismes, comme le recrutement des cellules immunitaires suppressives ou la sécrétion de facteurs solubles par les « Hospicells » aident aussi à la résistance des cellules cancéreuses contre la chimiothérapie. Compte tenu de cette importance, il est suggéré que les cellules cancéreuses « nichées » sur une « Hospicell » pourraient être considérées comme responsables de la maladie résiduelle. Pour la recherche, il importe donc de trouver des drogues susceptibles à la fois de détruire les cellules cancéreuses et les « Hospicells »⁽⁹⁾.

Des bienfaits aux méfaits

D'autres études ont paru dernièrement: La première, publiée dans la revue *Nature*, indique qu'une grande majorité des études sur le cancer sont inexactes et potentiellement frauduleuses. Les chercheurs n'arrivent que rarement à répliquer les résultats des grandes études « de référence ».

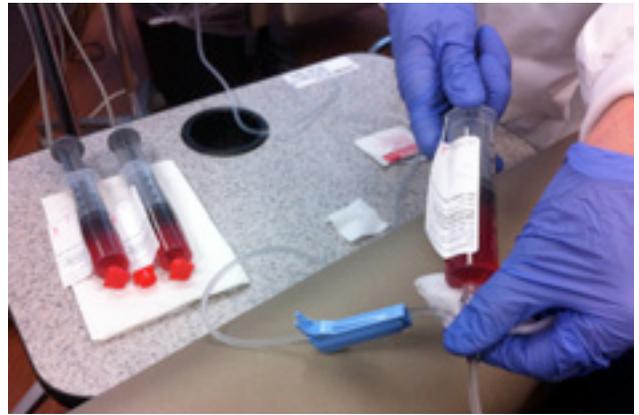
La chimiothérapie oblige les cellules saines à libérer une protéine qui alimente les cellules cancéreuses.

Parmi 53 études importantes sur le cancer, pourtant publiées dans des revues scientifiques de haut niveau, 47 n'ont jamais pu être reproduites avec des résultats semblables. Ce n'est pas une nouveauté d'ailleurs, puisque, en 2009, des chercheurs de l'University of Michigan's Comprehensive Cancer Center avaient également publié des conclusions de célèbres études sur le cancer, toutes biaisées en faveur de l'industrie pharmaceutique. Et il reste de notoriété publique que certains médicaments contre le cancer provoquent des métastases.

Cette longue liste de publications, toutes négatives et non exhaustives quant aux « bienfaits » de la chimiothérapie, pourraient s'expliquer par les travaux de certains chercheurs de la Harvard Medical School à Boston (USA), qui ont constaté que deux médicaments utilisés en chimiothérapie provoquent le développement de nouvelles tumeurs, et non pas le contraire! Il s'agit de ces nouveaux médicaments qui bloquent les vaisseaux sanguins qui « nourrissent » la tumeur. Les spécialistes les appellent traitements « anti-angiogénèse ». Ces médicaments, le Glivec et le Sutent (principes actifs, imatinib et sunitinib), ont un effet démontré pour réduire la taille de la tumeur. Cependant, ils détruisent de petites cellules peu étudiées jusqu'à présent, les péricytes, qui maintiennent sous contrôle la croissance de la tumeur. Libérée des péricytes, la tumeur a beaucoup plus de facilité à s'étendre et à « métastaser » dans d'autres organes. Les chercheurs de Harvard considèrent donc maintenant que, bien que la tumeur principale diminue de volume grâce à ces médicaments, le cancer devient aussi beaucoup plus dangereux pour les patients! (Cancer Cell, 10 juin 2012). Le Professeur Raghu Kalluri, qui a publié ces résultats dans la revue *Cancer Cell*, a déclaré: « Si vous ne prenez en compte que la croissance de la tumeur, les résultats étaient bons. Mais si vous prenez du recul et regardez l'ensemble, inhiber les vaisseaux sanguins de la tumeur ne permet pas de contenir la progression du cancer. En fait, le cancer s'étend. »

Quand la chimio dope les tumeurs...

Enfin, une étude publiée dans la revue *Nature Medicine* en 2012, pourrait changer l'idée que l'on se fait de la chimiothérapie. Les chercheurs du Fred Hutchinson Cancer Research Center de Seattle auraient en effet découvert



que celle-ci déclencherait chez des cellules saines la production d'une protéine alimentant les tumeurs.

Alors que des chercheurs travaillaient sur la résistance à la chimiothérapie dans des cas de cancers métastasés du sein, de la prostate, du poumon et du côlon, ils ont découvert par hasard que la chimiothérapie, non seulement ne guérit pas le cancer, mais active plutôt la croissance et l'étendue des cellules cancéreuses. La chimiothérapie, méthode standard de traitement du cancer aujourd'hui, oblige les cellules saines à libérer une protéine qui en réalité alimente les cellules cancéreuses et les fait prospérer et proliférer.

Selon l'étude, la chimiothérapie induit la libération dans les cellules saines d'une protéine, WNT16B, qui aide à promouvoir la survie et la croissance des cellules cancéreuses. La chimiothérapie endommage aussi définitivement l'ADN des cellules saines, préjudice à long terme qui persiste longtemps après la fin du traitement par chimio.

« Quand la protéine WNT16B est sécrétée, elle interagirait avec les cellules cancéreuses proches et les ferait grossir, se répandre et le plus important, résister à une thérapie ultérieure, » a expliqué le co-auteur de l'étude Peter Nelson du Centre de Recherche Fred Hutchinson sur le cancer à Seattle, concernant cette découverte totalement inattendue. « Nos résultats indiquent que dans les cellules bénignes les réponses en retour peuvent contribuer directement à une dynamique de grossissement de la tumeur, » a ajouté l'équipe au complet, selon ce qu'elle a observé.

Ce qui revient à dire: **éviter la chimiothérapie augmente les chances de recouvrer la santé.**

La dictature du protocole

Comment se fait-il qu'une thérapie qui a si peu contribué à la survie des patients au cours des 20 dernières années continue à obtenir un tel succès dans les statistiques des ventes? Il est vrai que les patients peu curieux ou simplement affolés n'ont aucun choix: on ne leur propose rien d'autre que « le protocole ». À quelle pression le cancérologue actuel est-il soumis pour choisir le traitement du patient? Jadis, le bon médecin choisissait en son âme et conscience, selon le serment d'Hippocrate, le meilleur traitement pour son patient. Il engageait ainsi sa responsabilité personnelle après un entretien prolongé avec son malade.

« Depuis les années 1990 — et singulièrement de façon de plus en plus autoritaire depuis le plan cancer de 2004 — la liberté de soigner du cancérologue a disparu en France et dans certains pays occidentaux. Au prétexte fallacieux de la qualité des soins, tous les dossiers de patients sont « discutés » en réunion multidisciplinaire où, de fait, l'essai thérapeutique en cours testant les drogues nouvelles est imposé par la « communauté ». Le praticien qui souhaite déroger à ce système doit s'expliquer et encourt tous les ennuis possibles, en particulier celui de voir le service auquel il participe perdre son autorisation de pratiquer la cancérologie. » Le Dr Nicole Delépine résume ainsi ce qui peut arriver quand on s'éloigne des stricts protocoles pour les adapter à la situation personnelle des malades.

Trois médecins sur quatre osent refuser la chimio pour eux-mêmes, en cas de cancer, en raison de son inefficacité sur la maladie et de ses effets dévastateurs sur la totalité de l'organisme humain. Mais ce détail est bien caché

aux malades.

Le Docteur Jacques Lacaze, diplômé de cancérologie et ardent défenseur des travaux du Dr Gernez sur le sujet, estime que la seule vraie solution est la prévention. « En effet, un cancer a une vie cachée de 8 ans en moyenne. Durant cette longue période, l'embryon de cancer est très vulnérable, un rien peut le faire capoter. TOUS les spécialistes admettent cette réalité, mais très peu d'entre eux préconisent une politique de prévention. Pourtant, elle est facile à mettre en œuvre. Nous savons que la courbe d'incidence du cancer démarre vers 40 ans, donc qu'un futur cancer s'installe vers 32 ans. L'étude SUVIMAX a montré qu'une simple complémentation en vitamines et sels minéraux suffisait à faire baisser cette incidence de cancers d'environ 30 %. Cette étude a duré 8 ans. Aucune conséquence en politique de santé publique n'en a été tirée. Bien entendu, l'industrie pharmaceutique ne veut pas en entendre parler : on ne scie pas la branche sur laquelle on est assis. Le corps médical est sous la coupe des "grands patrons" qui font la pluie et le beau temps et qui sont grassement rémunérés par cette industrie (cherchez sur internet, vous verrez que la plupart de ces grands patrons émergent d'une façon ou d'une autre à un laboratoire). Et la majorité des médecins de base suivent sans broncher ! Et malheur à ceux qui pensent le contraire et qui contestent chimiothérapie ou vaccins ou antibiothérapie. [...] Je dois ajouter, car cela correspond à ma pratique et à des études réelles faites par quelques services spécialisés, de nombreux produits qualifiés de complémentaires ou alternatifs sont efficaces, mais interdits et pourchassés par les autorités aux ordres de l'industrie pharmaceutique. »

Pour en savoir plus, sur la prévention des cancers, vous pouvez consulter le site gernez.asso.fr

Il ne faut pas oublier dans cette affaire que seule la pression des personnes concernées, c'est-à-dire nous tous, fera plier ce système. ■

NDRL : l'introduction et les intertitres ont été ajoutés au texte de cet article publié initialement sur www.sylviesimonrevelations.com

NOTES

- (1) Transactions of the N.Y. Academy of Medical Sciences, vol 6, 1956.
- (2) Equinox Press, 1996.
- (3) Membre de la National Academy of Sciences, de l'Institute of Medicine et de l'American Academy of Arts and Sciences.
- (4) Cité par le Dr Allen Levin, dans son ouvrage *The Healing of Cancer*.
- (5) Abel U. « Chemotherapy of advanced epithelial cancer, a critical review ». *Biomed Pharmacother*. 1992; 46(10): (439-52).
- (6) « The Contribution of Cytotoxic Chemotherapy to 5-year Survival in Adult Malignancies », *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2005 Jun; 17(4): 294.
- (7) Le Pr Ward fait également partie du département du ministère de la Santé qui conseille le gouvernement australien sur l'effet des médicaments autorisés, semblable à la Food and Drug Administration américaine.
- (8) Propriété qu'un agent chimique ou biologique d'altérer et éventuellement détruire des cellules.
- (9) Oncologic trogocytosis of an original stromal cells induces chemoresistance of ovarian tumors. Rafii A, Mirshahi P, Pouput M, Faussat AM, Simon A, Ducros E, Marie E, Couderc B, Lis R, Capdet J, Bergalet J, Querleu D, Dagognet F, Fournié JJ, Marie JP, Pujade-Lauraine E, Favre G, Soria J, Mirshahi M.

Ecrivain et journaliste, **Sylvie Simon** s'est spécialisée dans le domaine de la santé et celui des dérives de la médecine. Elle collabore à plusieurs journaux et a publié de nombreux essais très documentés, dans lesquels elle analyse divers scandales sanitaires. Parmi ses ouvrages, citons « *Vaccins, mensonges, et propagande* » (Ed. Thierry Souccar), « *La nouvelle dictature medico-scientifique* » (Ed. Dangles), « *Les 10 plus gros mensonges sur les médicaments* » (E. Dangles) et « *Votre sante n'intéresse que vous* » (Ed. Alphée).

www.sylviesimonrevelations.com.



NOUVEAU

Sur www.neosante.eu

Un nouvel article
en accès libre dans la rubrique « Extratitres »

Toxiques métaboliques et toxiques psychiques

par le Dr Salomon Sellam



Docteur en médecine et psychothérapeute, le Dr Salomon Sellam a développé ce qu'il appelle la Psychosomatique Clinique et Humaniste (voir ses nombreux livres et DVD dans notre Médiathèque). En consultation, il reçoit de plus en plus de personnes se plaignant de douleurs musculaires et articulaires diffuses et vagues, que la rhumatologie ne parvient pas à classer dans une pathologie précise. Comme les examens biologiques et radiologiques de ces patients ne montrent rien d'anormal, la médecine se déclare impuissante à les aider et nie la maladie en déclarant que c'est « psychosomatique », autrement dit imaginaire. Pour le Dr Sellam, ce n'est pas du tout le cas. Les douleurs sont bien réelles et le tableau clinique lui fait songer à une intoxication métabolique accompagnée d'un déséquilibre acido-basique. Dans l'article que nous avons mis en ligne sur notre site, il explique que les **toxiques métaboliques réels** sont souvent liés à des fautes d'hygiène alimentaire et physique : alimentation industrielle, mauvaises associations alimentaires, consommation de lait et gluten, abus de boissons sucrées, apports hydriques de piètre qualité, manque d'exercice, etc. Il conseille l'adoption de mesures naturopathiques sur base objective d'une analyse du Ph urinaire. Mais le praticien français apporte aussi un élément très neuf pour ce type de symptômes : en dehors des toxiques réels, il suggère d'explorer la présence de **toxiques psychiques et émotionnels**, qu'il qualifie aussi de symboliques et qui, pour lui, peuvent très bien se convertir en toxiques réels. Exemples de cas à l'appui, Salomon Sellam explique que ces « deux pôles de pollution » sont souvent présents en même temps, et que son approche et celle de la naturopathie se complètent à merveille. De la médecine globale comme Néosanté en raffole !

[lire la suite](#) ▷

12

7

26

LES JAMBES ET LA TÊTE

Faire du sport améliore les capacités intellectuelles

L'effet bénéfique d'une activité sportive régulière sur notre santé ne fait plus de doute depuis longtemps. Désormais, s'accumulent aussi les preuves d'un lien direct entre l'exercice physique et la dynamique cérébrale. De récentes études montrent que le sport joue un rôle non négligeable dans le développement du cerveau et que les sportifs de haut niveau possèdent des capacités cognitives particulières, expliquant leur rendement de calibre supérieur. Pareils travaux infirment les préjugés antisport et confirment que le corps sain et l'esprit sain sont les deux faces d'une même médaille somatopsychique.

ARTICLE N° 56

Par Luc Ruidant

Pendant longtemps, la croyance populaire a véhiculé l'idée que des gros muscles étaient forcément contrebalancés par un petit cerveau. D'où des expressions comme « *tout dans les jambes, rien dans la tête* », « *les grands sportifs n'ont pas de cervelle* », « *ce n'est pas une lumière* » et autres amabilités du genre. Pourquoi cette mauvaise image du sportif ? La cause est probablement culturelle, dans une société qui prône la supériorité du travail intellectuel sur toutes les autres formes de réalisation de soi.

Le cerveau aux commandes

De plus en plus contredit par la science, le cliché « sportif = idiot » entre aussi en collusion frontale avec le célèbre adage de Juvénal, au début du II^e siècle de notre ère : « *Mens sana in corpore sano* » (un esprit sain dans un corps sain). Le satiriste romain pensait, à juste titre d'ailleurs, que pour conserver un équi-

Le processus mental et les aptitudes d'apprentissage sont manifestement la clé de l'excellente performance des sportifs professionnels

libre, il fallait que l'être humain exerce à la fois des activités physiques et intellectuelles. Et pourtant, il était loin de se douter à quel point la pratique

sportive pouvait être profitable pour le cerveau comme l'attestent les multiples recherches menées ces dernières années sur ce sujet.

En réalité, tout effort physique commence et finit au cerveau, précisément au niveau du système nerveux central qui réceptionne, traite, intègre, et émet les influx nerveux. Il n'y a pas dans le corps une fibre musculaire qui ne se contracte afin de participer à une performance physique sans qu'un signal ne soit à l'origine donné par le système nerveux central.

Synapses et ondes bêta

Parmi les bénéfices inventoriés, on a découvert que le sport produisait un état euphorique dans notre cerveau. On sait désormais que cette sensation de bien-être est due à la libération d'endorphines dans le système nerveux central. Des endorphines dont le rôle euphorisant permet en outre de résoudre des situations délicates ou encore d'éloigner la dépression.

On prête aussi à l'exercice physique la faculté non seulement de conserver en bonne santé les neurones déjà existants mais également d'en créer de nouveaux dans certaines parties du cerveau, entre autres dans l'hippocampe, et

de favoriser les connexions nerveuses, autrement dit d'augmenter le potentiel synaptique. Or, dans le cerveau, ce n'est pas le nombre total de cellules qui importe le plus mais leurs interactions. Ces interactions élargissent notamment le champ des solutions lorsqu'on est confronté à un problème.

On a également remarqué que l'activité sportive augmentait l'intensité des ondes bêta qui sont produites dans le cortex et qui apparaissent en période d'activité intense, de concentration, ou d'anxiété. Cela signifie qu'après un effort physique maximal le cerveau est plus alerte et plus actif.

Autres bénéfices intellectuels

De nombreuses études ont par ailleurs permis d'établir avec certitude un lien entre l'activité physique et le développement cérébral d'un individu. Chez un enfant, des exercices sportifs réguliers stimulent et accélèrent la maturation de ses cellules nerveuses, favorisant ainsi son éveil intellectuel, sa vitesse d'apprentissage et l'éclosion de ses capacités cognitives, mesurées notamment par ses résultats scolaires, mais aussi non cognitives, déterminées par son état émotionnel ou sa sociabilité. De même chez un adolescent.

Chez la personne âgée, plutôt que d'une amélioration, c'est d'un maintien de la fonction cognitive dont il convient de parler. Les aînés qui pratiquent le plus d'activités physiques sont statistiquement davantage épargnés par le vieillissement du cerveau, la démence et certaines maladies neurodégénératives telles que l'Alzheimer.

Parmi les vertus intellectuelles attribuées à la pratique d'un sport, quel que soit l'âge de la personne, citons encore une mémoire plus performante, une meilleure concentration, une capacité supérieure de raisonnement et d'analyse des situations nouvelles, une plus grande motivation pour entreprendre...

Le test « 3D-MOT »

Évoquons maintenant le cas des sportifs confirmés au top niveau, ceux-là mêmes qui ont suscité l'intérêt du Pr Jocelyn Faubert de l'École d'optométrie de l'Université de Montréal.⁽¹⁾

Avec ses collègues, il a mis à contribution 275 athlètes - 102 professionnels (footballeurs, rugbymen et hockeyeurs) et 173 amateurs de haut niveau, recrutés aux États-Unis et en Europe - mais également 33 étudiants canadiens de niveau universitaire, plutôt réfractaires à l'activité physique. La moyenne d'âge de chacun des trois groupes se situait entre 23 et 24 ans.



A 15 reprises, tous les participants ont été soumis à un test d'activité cérébrale, élaboré par le Pr Faubert, le «3D-MOT». Ce test met en scène des séries d'objets se déplaçant à différentes vitesses. L'exercice consiste à suivre quatre sphères identifiées pendant une seconde, parmi huit sphères semblables, en mouvement dans un espace virtuel représenté en trois dimensions sur un écran, puis à décrire les scènes simulées. L'objectif était d'évaluer les capacités visuelles, perceptives et cognitives des participants, jugées essentielles pour interpréter correctement les scènes complexes qui s'apparentent à des situations comme conduire une voiture, traverser la rue, ou encore s'adonner à un sport.

Capacités cérébrales supérieures

«Même si le contexte n'avait rien à voir avec quelque sport que ce soit et même si chacun des trois groupes a amélioré ses résultats tout au long des 15 séances, nous avons constaté que les athlètes professionnels apprennent à un rythme nettement supérieur comment suivre des objets se déplaçant rapidement, qu'ils sont plus habiles pour interpréter le monde réel en mouvement, qu'ils sont capables de concentrer leur attention avec une plus grande acuité et qu'ils sont en mesure d'analyser les scènes visuelles beaucoup mieux que les athlètes amateurs, qui à leur tour réussissent mieux que les étudiants non sportifs,» commente le Pr Faubert.

«Le processus mental et les aptitudes d'apprentissage sont manifestement la clé de l'excellente performance des sportifs professionnels,» énonce-t-il. «Reste à déterminer s'il s'agit de capacités innées qui leur ont permis d'être sélectionnés par leur équipe respective, ou si leurs compétences ont été acquises dans le cadre d'un entraînement poussé.» Un peu des deux si l'on en croit d'autres travaux. De surcroît, les auteurs ont observé «une épaisseur accrue du cortex dans certaines régions spécifiques du cerveau des sportifs d'élite» et ils ont constaté que «cette augmentation était corrélée avec leur niveau d'entraînement.»

Mésencéphale plus volumineux

Cette dernière conclusion est corroborée par d'autres travaux dont l'un qui vient d'être réalisé à l'Université de Californie par l'équipe de Theodore Garland, professeur de biologie et auteur principal de la recherche.⁽²⁾ Cette équipe travaille depuis près de 20 ans et sur plus de 65 générations de souris domestiques, élevées de manière sélective pour pratiquer plus d'exercices physiques.

En analysant par IRM la masse du cerveau, du cervelet et des zones non cérébelleuses des souris, les scientifiques américains ont découvert un volume du mésencéphale de près de 13 % plus important chez les rongeurs «athlétiques» que chez leurs congénères, mais pas plus de cervelet ou de masse totale du cerveau. Le mésencéphale est une partie de la zone non cérébelleuse qui contient une série de noyaux sensitifs et moteurs, essentielle pour l'apprentissage de la récompense et la motivation. Il joue un rôle dans la vision, l'ouïe, le contrôle moteur, le cycle veille-sommeil, la vigilance et la régulation de la température.

La question qui peut se poser pour l'Homme est si la propension ou la capacité d'exercice sont associées à des différences dans la taille du cerveau moyen et si la taille de celui-ci chez le nouveau-né va influencer sa capacité athlétique à l'âge adulte.

Meilleur rendement cognitif

Toujours dans la même veine, il convient encore de mentionner une autre recherche menée à bien par des scientifiques du Département de psychologie expérimentale de l'Université de Grenade.⁽³⁾ Elle prouve qu'une bonne forme physique suppose un meilleur fonctionnement du système nerveux central et du système nerveux autonome et atteste que les personnes qui pratiquent habituellement du sport présentent un meilleur rendement cognitif que celles qui sont en mauvaise forme physique.

Les chercheurs espagnols ont travaillé avec un groupe de 28 jeunes hommes dont 14 ont étudié à l'Université de Grenade entre 17 et 23 ans, et qui présentaient un niveau bas d'aptitude physique, selon les valeurs normatives établies par le Collège américain de médecine du sport. Les 14 restants avaient entre 18 et 29 ans et un niveau élevé d'aptitude physique: 11 étaient membres de la Fédération de cyclisme Sub-23 d'Andalousie, et les trois autres étudiaient à la Faculté des sciences de l'activité physique et du sport de l'Université de Grenade.

Les auteurs ont comparé chez tous leurs sujets le rendement cognitif de mécanismes spécifiques tels que l'attention soutenue, l'orientation de l'attention dans le temps et la perception du temps.

Concentration et attention

Un des résultats les plus intéressants a sans doute été de montrer comment l'exécution de chacune des trois tâches cognitives prises en considération affectait différemment le fonctionnement du système nerveux autonome, mesuré à partir de changements dans la variabilité de la fréquence cardiaque.

Ainsi, la tâche de perception temporelle est celle qui a le plus affecté cette variabilité de la fréquence cardiaque, entraînant une réduction majeure de celle-ci, tandis que l'attention soutenue est la tâche qui a provoqué le moindre effet sur cet indice. De plus, les données ont révélé, mais uniquement au sein du groupe de participants

L'activité physique peut nous aider à nous sentir mieux mais aussi à nous faire penser mieux.

ayant des habitudes sédentaires, une diminution en continu de la variabilité de la fréquence cardiaque, avec le temps, lors de la réalisation des tâches.

«Il est important de souligner qu'aussi bien les résultats physiologiques que comportementaux obtenus dans notre étude suggèrent que le bénéfice principal de la bonne forme physique de nos participants cyclistes, dû à la pratique régulière d'exercices, est associé aux processus impliquant l'attention soutenue», explique l'auteur principal, Antonio Luque Casado.

Et ce dernier de préciser: «les personnes qui pratiquent habituellement du sport possèdent une capacité de concentration et d'attention plus grande lors d'une action ponctuelle, elles réagissent plus rapidement face à un stimulus externe imprévu au cours d'une tâche monotone et elles sont plus efficaces lorsqu'elles s'engagent dans un ensemble de tâches cognitives s'inscrivant dans la durée.»

Une aide pour mieux penser

Ces résultats vont dans le même sens que ceux qui ont été présentés l'an dernier par d'autres chercheurs canadiens lors d'un Congrès des maladies cardio-



vasculaires à Toronto.⁽⁴⁾

Pendant 4 mois, des adultes sédentaires et en surpoids, âgés en moyenne de 49 ans, ont suivi un programme d'entraînement sportif alliant vélo en salle et circuit de musculation à raison de 75 minutes au total, 2 fois par semaine. Avant et après l'expérience les chercheurs ont mesuré divers paramètres : les fonctions cognitives (la capacité à réfléchir, se souvenir et prendre des décisions rapides), la composition corporelle (masse musculaire et masse grasse), les capacités cardiovasculaires et le flux sanguin envoyé au cerveau.

Au bout de 4 mois, les participants ont perdu du poids et ont amélioré leurs performances physiques de 15 % mais ils ont aussi bonifié leurs capacités intellectuelles de manière proportionnelle.

« Les gens peuvent faire baisser leur taux de cholestérol ou leur tension artérielle avec un médicament mais essayez donc de trouver un médicament qui augmente les capacités intellectuelles », questionne le Dr Martin Juneau, directeur de la prévention à l'Institut de cardiologie de Montréal et principal auteur de l'étude. « L'activité physique peut donc nous aider à nous sentir mieux mais aussi à nous faire penser mieux. »

Le NeuroTracker pour s'entraîner

Les sportifs eux-même déclarent fréquemment que le fait de pratiquer un sport et de s'oxygéner leur permet d'avoir ensuite les idées plus claires et d'être plus aptes à raisonner de manière efficace. A contrario, l'entraînement de leur cerveau pourrait donc être l'un des facteurs qui permet d'atteindre des sommets dans un sport et ainsi d'appartenir à l'élite.

D'où d'ailleurs la mise au point par le Pr Jocelyn Faubert du NeuroTracker, un logiciel qui exerce le cerveau à gérer les informations reçues le plus rapidement possible et qui repose sur le principe des sphères en mouvement comme on l'a vu dans l'expérience du « 3D-MOT ».

Cet exercice atypique pourrait améliorer les capacités perceptivo-cognitives et donc la prise de décision et l'anticipation, des aptitudes tout aussi importantes pour les sportifs que les qualités physiques comme la vitesse, l'agili-

Boris Cyrulnik :

« Le sport a un rôle énorme sur le développement du cerveau »

Psychiatre et psychanalyste français, neurologue spécialiste de l'éthologie, bien connu pour ses travaux sur le concept de la résilience, Boris Cyrulnik n'hésite pas lui aussi à détricoter le mythe du « gros muscles et petit cerveau » concernant les sportifs de haut niveau^(*).

« Grâce aux neurosciences et contrairement à ce qu'on pouvait penser, nous sommes en train de découvrir que le sport a un rôle énorme sur le développement du cerveau et des apprentissages », confirme-t-il. « On peut faire un parallèle entre les sportifs et les musiciens. Le fait de jouer du violon ou du piano active la zone postérieure gauche du cerveau, qui est située autour de la zone du langage. Elle est quatre fois plus étendue et plus épaisse chez un instrumentiste que chez les gens qui écoutent de la musique. Chez un skieur en compétition, qui a pour habitude de visualiser mentalement son parcours avant de s'élancer, cette zone a les mêmes dimensions que chez un instrumentiste. C'est donc bien l'action physique, l'action musculaire, qui stimule le volume cérébral et le fonctionnement du cerveau. »

Selon Boris Cyrulnik, à l'heure actuelle, on en train de bouleverser complètement la vision que l'on avait du sportif. « La pratique d'un sport de haut niveau développe une aptitude à l'intelligence qui se transforme en performance intellectuelle », ajoute-t-il. « La science a également prouvé que le sport est un facteur de renforcement neurologique qui permet d'acquérir de la confiance en soi. »

(L. R.)

(*) Extraits d'une interview de la revue spéciale Londres 2012 : regards sur le sport, l'olympisme et la société, publiée par le think tank européen Sport et Citoyenneté.



té ou la puissance. Les joueurs de football sont particulièrement susceptibles d'en tirer avantage et d'accroître ainsi leurs performances.

La virtuosité de Messi

A propos du ballon rond, des chercheurs de l'université de Brunel (Londres) viennent de publier une étude surprenante, qui réfute le stéréotype du footballeur dénué d'intelligence.⁽⁵⁾ Selon eux, Lionel Messi, le virtuose argentin du FC Barcelone, devrait ses légendaires feintes de corps à son cerveau, plus sollicité que celui d'un joueur lambda.

L'étude révèle en effet qu'à l'approche d'un adversaire, les footballeurs de haut niveau sont en réalité capables d'activer plus de zones cervicales que les amateurs, ce qui leur permet d'éviter plus facilement cet adversaire.

Au cours de la recherche, 39 joueurs, de niveau débutant à semi-professionnel, ont été soumis à une IRM cérébrale et ont regardé des vidéos mettant en scène un jeune joueur de niveau international courant vers eux, balle au pied. Face à ce joueur, effectuant par moments une feinte, les participants devaient décider de la direction à prendre pour le contrer. Les meilleurs étaient les plus attentifs aux actions et aux mouvements de leur adversaire.

« Nos données montrent clairement une meilleure activation des structures cérébrales pour les footballeurs de haut niveau, lorsqu'il s'agit d'un exercice d'anticipation », explique le chercheur britannique Daniel Bishop. « Nous pensons que cette activité cérébrale supérieure se développe lors d'entraînements de haut niveau. »

Corrélation établie

A en croire une publication un peu plus ancienne, les athlètes de très haut niveau ont effectivement une capacité peu commune à analyser très rapidement certains mouvements et donc à réagir de manière très spécifique et en tout cas beaucoup plus vite que leurs concurrents ou leurs adversaires. (6) Selon les auteurs de ce travail, une telle aptitude ne peut être que le fruit d'un entraînement soutenu et très ciblé. Pour le dire encore autrement, chacun d'entre nous possède des automatismes acquis au cours du temps mais ceux-ci sont beaucoup plus développés chez les champions, ce qui va leur permettre d'enchaîner des mouvements de manière beaucoup plus fluide et de donner plus de disponibilité à leur esprit pour anticiper ou viser.

Et pour conclure, sur la base des résultats des nombreuses recherches menées sur le thème du sport et de l'intelligence, on peut prétendre sans trop de risque de se tromper qu'il existe bel et bien une corrélation entre l'activité physique et les performances intellectuelles, mais aussi qu'il y a une intelligence propre aux sportifs. ■

NOTES

⁽¹⁾ *Scientific Reports (Nature)* et communiqué de l'Université de Montréal, 31 janvier 2013

⁽²⁾ *Journal of Experimental Biology*, 1er février 2013

⁽³⁾ *Plos One*, 20 février 2013

⁽⁴⁾ *Canadian Journal of Cardiology*, volume 28, issue 5, septembre-octobre 2012

⁽⁵⁾ *Journal of Sport and Exercise Psychology*, février 2013

⁽⁶⁾ *Nature Reviews Neuroscience*, août 2009, 10, 585-596

CAHIER DÉCODAGES

136. LA KÉRATITE	p20
par Bernard Tihon	
137. LE SUICIDE ET LA TENTATIVE (I)	p21
par Laurent Daillie	
138. L'OSTÉOPOROSE	p22
par Carolin Markolin	
139. LA MALADIE D'ALZHEIMER	p23
par le Dr Jean-Claude Fajeau	
140. LA CARIE DENTAIRE	p24
par le Dr Christian Beyer	
. LE PLEIN DE SENS: cancer du poumon, lupus anticoagulant	p25
. EVIDENCE DU SENS: l'argent (3)	p26
par Jean-Philippe Brébion	
. INDEX DES DÉCODAGES.....	p27 - 28
. DÉCODAGENDA:	p28

 **néosanté**
éditions
novembre 2013

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.

La maladie

La kératite est une affection de la cornée de l'œil, d'origine inflammatoire ou infectieuse ou allergique ou traumatique. La cornée est la membrane fibreuse et transparente enchâssée dans le blanc de l'œil et constituant la partie antérieure du globe oculaire. Elle ressemble à un hublot convexe et elle joue un rôle de protection de l'œil et de première lentille pour la convergence des rayons lumineux. Les symptômes d'une kératite sont les suivants : douleur, larmes, g ne, baisse de l'acuité visuelle si l'atteinte est centrale.

L tymologie

Le mot kératite vient du grec « keras » = corne, cornée. Le mot kératine a la même origine et il désigne la matière qui compose les cornes, ongles, griffes, poils, cheveux des corps humains et animaux. La cornée ou la corne de l'œil. Le mot cornée vient du latin « corneus » = de corne, fait en corne, en forme de corne, corné, dur comme la corne. Le mot « corneus » vient lui-même de « cornu » = corne au sens propre et au sens figuré en tant que symbole de force et d'abondance. Cherchez les problèmes de manque de force, d'abondance, de courage, d'énergie qui sont à l'origine de la kératite, que celle-ci doit compenser.

L'écoute du verbe

Cornée = corne / est. Qui porte des cornes ? Qui a  t cocu(e) et en souffre ? Cornée = corps / né(e). Cherchez les drames familiaux dans la période autour de la naissance. C'est avec la mémoire d'un corps mort-né qu'à présent je regarde la vie.

Cornée = Corneille. Cherchez les situations corn liennes à l'origine de la kératite, c'est-à-dire celles qui sont dans le style de Corneille, qui évoquent ses tragédies et ses héros, quand ceux-ci vivent un arrachement cruel et héroïque, où leur décision généreuse les élève en tant qu'Hommes au-dessus d'eux-mêmes (et souvent au prix de la mort ou de la séparation).

La symbolique

Comme beaucoup de symboles, les cornes expriment à la fois une chose positive – des antennes cosmiques (le contact avec les plus hautes valeurs) – et une chose négative – la marque du d -

mon (en lien avec le cocufiage et l'abandon aux pulsions charnelles). Mais il y a aussi la corne d'abondance, qui symbolise la prospérité, l'opulence et la richesse incommensurable. Seule la richesse permet de regarder la vie avec amour ? Non, il s'agirait de regarder la vie autrement, au lieu de la voir partir en lambeau. Tout dépend en effet de notre regard, de notre façon de voir les choses de la vie. Prenez conscience que votre vision négative de la vie détruit l'image que vous avez au fond de vous, et par conséquent aussi les gens que vous aimez.

Le sens biologique

En tant que « corne » de l'œil, la cornée est sensible aux conflits de séparation où on a perdu quelqu'un de vue. Par exemple, pour un coureur cycliste, c'est au moment du début de l'échappée (séparation) que l'autre creuse un écart visible. Au conflit de séparation, s'ajoute une notion de rapidité d' cution d'une action ou d'obtention d'un résultat, un stress par rapport à la performance de la vue : plus vite je le vois démarrer, plus j'ai des chances de le rattraper. Pour une raison visuelle de survie, je ne peux plus répondre à l'appel des choses. Dans les mémoires familiales, on cherchera les gens disparus, perdus de vue, qui, si on avait pu mieux les voir à temps, auraient eu la vie sauve (ou celui qui l'aurait vu aurait eu la vie sauve).

Durant la phase de conflit actif, il y a desquamation et ulcération de la cornée, dont le sens est de permettre l'oubli de la personne en détruisant la cornée et/ou de créer une surface de contact plus grande permettant de mettre fin à la séparation. Après la solution du conflit, c'est la phase inflammatoire avec o d me de guérison, troubles de la vision et restitution de la cornée. La kératite appar t durant cette phase, donc après la solution du conflit.

La cornée étant la vitre de l'œil, dans le cas d'une kératite opacifiante, on peut dire que la vitre est devenue opaque. Le conflit s'énonce alors en ces termes : il faut opacifier la structure qui laisse passer la lumière, il ne faut pas que «  a » puisse se voir, il faut cacher quelque chose pour ne pas que  a puisse se voir. D'un point de vue biologique, la réponse au stress dû au fait de ne pas vouloir que les autres voient, se traduit par « il ne faut pas que je vois ». En effet, notre cerveau inconscient ne peut agir que sur nous-même,

  savoir notre corps auquel il est relié et, si nous ne trouvons pas d'autre solution, c'est dans notre corps qu'il va en trouver une. Il ne faut pas que ça se voie = il ne faut pas que je voie. Par exemple, une femme qui se retrouve enceinte d'une façon jugée honteuse par elle-même, veut cacher cette grossesse à son entourage. C'est la crainte de la lumière, la peur d'être en pleine lumière. La lumière qui éclaire la réalité qui (me) blesse, comme une agression visuelle. Comme je ne peux plus modifier ce qui est là, ce qui est fait, à défaut, je peux encore modifier ce qu'on voit (ce que je vois) de ce qui est là. C'est la solution biologique parfaite pour rendre la vitre de l'œil opaque, entre moi et l'œil de l'autre.

Etant donné qu'il existe de nombreuses formes de kératites, le décodage s'est affiné, sous l'impulsion de Claude Sabbah, qui a trouvé une vingtaine de sous-tons conflictuelles en fonction du type de kératite (voir, à ce sujet le « Dictionnaire des codes biologiques des maladies »).

Bernard Tihon



Exerçant la profession de juriste, **Bernard Tihon** s'est intéressé au sens des maladies pour des raisons de santé personnelle. Formé à la biologie totale et au décodage

des maux, il a collaboré plusieurs années au mensuel belge BIOINFO avant d'intégrer l'équipe de NÉOSANTÉ. Il est l'auteur de l'ouvrage « *Le sens des maux* », Tomes 1, 2 et 3, publiés aux  ditions Néosanté.

www.bernard-tihon.be

Nous y sommes tous confrontés d'une manière ou d'une autre, directement ou indirectement, qu'il s'agisse de nous-mêmes, de nos proches ou de nos patient(e)s si nous sommes thérapeutes. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : l'OMS recense plus d'un million de suicides par an dans le monde et dix à vingt fois plus de tentatives.

Selon le Ministère de la Santé, on dénombre en France chaque année environ 10 500 décès par suicide et 220 000 tentatives. Très accessoirement cela coûte environ 5 milliards d'euros par an à la collectivité, en frais directs et indirects. Sans compter l'inquantifiable : la souffrance des familles qui doivent gérer leurs suicidé(e)s et leurs vrais ou faux suicidaires.

La misère humaine

Il y a bien des raisons de vouloir en finir avec la vie mais le dénominateur commun est évident : la misère, ou plus précisément la souffrance, physique et/ou morale. On se suicide pour échapper à une douleur physique insupportable ou à des conditions de vie telles que la mort est préférable ; mais le plus souvent on se suicide pour échapper à une souffrance morale. Cela dit on peut se suicider pour bien d'autres raisons, souvent fort honorables mais quelquefois parfaitement scandaleuses.

À l'étude des chiffres, on constate plusieurs choses : les pays où on se suicide le plus ne sont pas les plus pauvres ; les personnes homosexuelles, surtout des hommes, se suicident ou tentent de le faire bien plus en proportion du fait d'une mauvaise estime de soi et/ou en conséquence de l'homophobie ; et surtout on constate que les hommes se suicident plus souvent que les femmes, de façon plus ou moins flagrante en fonction des pays, le seul où la parité est respectée étant la Chine. En France, 75 % des décès par suicide concernent des hommes.

Que peut-on en déduire ? Que les hommes sont plus compétents que les femmes ? Disons plutôt que pour une part cela s'explique par le choix du *modus operandi* : les hommes préfèrent la pendaison et les armes à feu, ce qui laisse peu de chances ; et les femmes la voie médicamenteuse, ce qui permet d'en sauver davantage. En France également, 65 % des tentatives de suicide concernent des femmes. Que peut-on en déduire ? Difficile à dire, et d'autant plus en considérant la suite de mon propos.

Les dommages collatéraux

S'il est bien attristant, le suicide d'une per-

sonne est surtout un traumatisme pour ses proches, bien plus que son décès : c'est l'un des drames les plus 'fracassants' que l'on puisse vivre. En général, on ne s'y attend pas ; souvent on culpabilise de ne pas avoir perçu la souffrance du défunt et/ou de ne pas l'avoir assez soutenu ; parfois on se sent responsable de son malheur, à tort ou à raison ; et presque systématiquement on se sent nié, rejeté, sans aucune valeur car abandonné de la sorte. Il en va de même en cas de tentative de suicide, que la démarche soit authentique ou simulée : c'est un calvaire pour les familles. Sans compter qu'on peut être la victime d'un chantage au suicide.

À juste titre on consacre beaucoup d'argent et d'énergie pour aider les personnes suicidaires ou ayant fait une tentative de suicide ; on devrait en faire autant pour leurs proches. En théorie et si on prend en compte les chiffres officiels, cela concerne en France quelque 235 000 familles chaque année : elles aussi ont besoin d'aide. Sans compter que parfois le drame affecte les générations suivantes.

Suicide ou tentative de suicide ?

C'est à chaque fois la grande inconnue puisqu'il existe quatre cas de figure : la tentative de suicide réussie (*on reste en vie*) ou ratée (*on meurt 'accidentellement'*) ; et le suicide réussi (*on meurt*) ou raté (*on survit 'accidentellement'*). De ce fait il est toujours très difficile de savoir ce qu'il en est vraiment : seule la personne concernée connaît la vérité et peut la dire si elle a survécu.

Bien que le sujet soit très sensible, mieux vaut-il être objectif : si certaines personnes veulent effectivement en finir avec la vie avec ou sans succès, le plus souvent c'est un simulacre qui parfois tourne au drame. Dans ce cas on en parle très pudiquement comme d'un 'appel au secours' et on accorde à l'intéressé(e) le statut de victime : c'est être bien naïf à mon avis.

Car de très nombreuses tentatives de suicide sont des simulacres, des 'numéros de claquettes' : au mieux, c'est un acte de séduction pour attirer l'attention de l'autre ; et au pire, c'est du terrorisme relationnel pour faire pression sur lui. Sans compter que parfois la TS (*et même le suicide*) a pour objectif de se venger de l'autre. Quant au statut de victime, il revient plutôt à l'entourage dans tous les cas de figure.

Le suicide

Il est selon les points de vue et/ou les circonstances considéré comme une lâcheté

ou au contraire un acte très courageux. En tout cas il faut avoir une excellente raison, bonne ou mauvaise, pour choisir de se donner la mort considérant la force de notre instinct de survie. À noter qu'il est une particularité humaine puisqu'on ne l'observe pas chez l'animal, le fameux suicide de masse des lemmings étant un mythe.

Le suicide est depuis toujours un tel fléau qu'on a fait en sorte de l'interdire, à l'origine probablement pour éviter l'hécatombe et surtout pour empêcher les personnes soutiens de famille d'abandonner leur poste. Car si aujourd'hui en Occident les enfants d'une personne ayant choisi d'en finir sont 'seulement' en grande souffrance psychologique, c'est en d'autres temps et lieux beaucoup plus grave.

Alors on en a fait un crime devant Dieu : encore aujourd'hui des prêtres conservateurs refusent de donner les derniers sacrements aux suicidés. Jadis, ils étaient interdits de séjour au cimetière et leur famille souvent mise à l'index. Le suicide est même parfois un crime devant les hommes : ainsi par exemple en Chine, on peut être condamné à mort pour avoir tenté de se suicider !

Il est en revanche très honorable au Japon dans certaines circonstances. C'est même parfois une faute morale de ne pas en avoir le courage et l'intéressé en est fort honteux, ainsi que sa famille. Quant aux résistants ayant choisi cette solution pour ne pas risquer de parler sous la torture nazie, ils sont considérés comme des héros.

À suivre

Nous verrons le mois prochain combien il y a de raisons plus ou moins valables de se suicider : il y en a beaucoup. Et nous verrons aussi ce qu'on peut dire des tentatives de suicide, sans langue de bois.

Laurent Daillie



Naturopathe causaliste et consultant en Décodage des Stress Biologiques et Transgénérationnels (Paris et Bour-

gogne), **Laurent Daillie** est passionné par les origines de l'Homme et par ses réflexes de survie primitifs. Il anime des formations et des conférences en France et en Belgique. Il est l'auteur du livre « *La Logique du Symptôme* », publié aux Éditions Bérangel.

Info : www.biopsygen.com

L'ostéoporose, définie comme une « maladie » où les os deviennent poreux et faibles, survient surtout chez les femmes après la ménopause. Mais pourquoi les femmes ménopausées sont-elles plus à risque ? Pourquoi toutes les femmes ménopausées ne souffrent-elles pas d'ostéoporose ? Pourquoi certaines femmes subissent-elles des pertes osseuses plus importantes que d'autres ? Pourquoi, dans un cas, la colonne vertébrale est-elle touchée alors que, dans d'autres cas, c'est la hanche ou l'épaule ? La Médecine Nouvelle Germanique, découverte en 1981 par le Dr Ryke Geerd Hamer nous offre des réponses scientifiques précises à ces questions.

Une réaction de survie

En Médecine nouvelle germanique, le cerveau (la matière cérébrale elle-même) est d'importance capitale. Le Dr Hamer découvrit qu'au moment même où nous subissons un DHS, le choc conflictuel touche une aire précise du cerveau et y laisse une marque (une lésion) qui est clairement visible au cerveau si un scanner cérébral est effectué. Puisque chaque relais au cerveau est relié à un organe précis, le tissu contrôlé par l'aire du cerveau ainsi touché réagit en développant une tumeur, un ulcère, une nécrose, ou un dysfonctionnement. La partie du cerveau qui est touchée déterminera si l'organe réagira au choc conflictuel par une croissance ou une destruction cellulaire. En tenant compte de la connaissance de l'évolution de l'être humain, le Dr Hamer découvrit également qu'au cours des millions d'années de notre évolution, chaque partie du cerveau a été programmée à déclencher certaines réactions biologiques pour assurer la survie de l'espèce. Par exemple : si un mammifère ou un être humain vit une peur de mourir soudaine, les cellules des alvéoles pulmonaires commencent alors à se multiplier afin de fournir une plus grande entrée d'air pour que la crise soit surmontée. C'est ce qu'on appelle communément un cancer du poumon. Puisque chaque être humain vient au monde équipé de ces programmes archaïques, la Médecine nouvelle germanique les appelle « Programmes Biologiques Spéciaux bien-fondés de la Nature », ce qui est en nette opposition avec l'expression « maladie » qui suggère un désordre de l'organisme et un mauvais fonctionnement de la nature.

Dévalorisation de soi

Par l'analyse systématique de milliers de tomographies cérébrales de patient(e)s atteint(e)s d'ostéoporose, le Dr Hamer a éta-

bli que le tissu osseux est toujours touché lorsque la personne vit une baisse soudaine de l'estime de soi. Un tel « conflit de dévalorisation » peut être déclenché par une remarque injuste, par une humiliation, par un échec au travail, dans la pratique d'un sport ou à l'école, ou encore lorsque nous éprouvons un manque de soutien. La maladie, la vieillesse ou le passage à la retraite constituent une foule de situations qui peuvent déclencher une perte de confiance en soi. La localisation de la manifestation physique dépend toujours du type exact de dévalorisation de soi. Si nous nous sentons totalement dévalorisé, le dos sera entièrement touché. Si nous nous sentons dévalorisé « sous la taille » (souvent un problème avec le partenaire), les hanches en subiront les conséquences. Une perte de respect de soi, par exemple penser « Je suis un mauvais partenaire », touchera l'épaule droite, si on présume que la personne est droitier. Puisque le cerveau joue un rôle si important en Médecine Nouvelle Germanique, la latéralité est un facteur décisif dans l'évaluation de la situation.

La partie du cerveau qui reçoit le choc d'une dévalorisation de soi est la moelle cérébrale (la partie intérieure du cerveau hémisphérique ou cerveau nouveau); elle contrôle les os, les tendons, les muscles, et les autres tissus de soutien qui portent littéralement l'estime de soi. Au niveau de l'organe, nous voyons les changements suivants : au moment où le conflit se produit, les cellules calculeuses de l'os commencent à diminuer, causant ainsi des brèches et des petits trous dans l'os. Le terme clinique pour ce processus de décalcification est l'ostéoporose. Plus le conflit dure longtemps, plus il y aura perte de la masse osseuse. Cependant, à cette étape, il n'y a pas vraiment de risque de fracture puisque le périoste, la membrane qui recouvre l'os agit encore comme bouclier stabilisateur. La résolution du conflit se compare à un virage. À l'instant où nous retrouvons notre estime de soi, il y a remplissage des brèches et l'os touché commence à se reconstruire. L'enflure qui survient pendant le processus de réparation cause l'étirement du périoste, ce qui peut être extrêmement douloureux. Lorsque le périoste s'étire, l'os perd son soutien et casse facilement. C'est donc durant la phase de réparation qu'il y a le plus grand risque de fractures spontanées. Une fois la réparation complétée, l'os est beaucoup plus fort qu'avant. Biologiquement parlant, ce processus a pour but de renforcer le tissu osseux qui a été atteint par le choc conflictuel afin que notre organisme soit mieux préparé au cas où nous subirions

à nouveau un choc de même nature.

Perte d'estime

La Médecine Nouvelle Germanique fournit le chaînon manquant qui explique pourquoi ce ne sont pas toutes les femmes ménopausées qui souffrent de l'ostéoporose. Le Dr Susan Love, gynécologue, mentionne dans son livre *Hormone Book* que la corrélation entre la perte osseuse et le manque d'œstrogènes est purement hypothétique. La recherche du Dr Hamer démontre également que l'ostéoporose n'a rien à voir avec les changements hormonaux, mais qu'elle a plutôt à voir avec la perte d'estime de soi des femmes ménopausées. Une fois les enfants partis de la maison, la femme se sent souvent inutile. Avec les changements qui surviennent à la ménopause, les femmes ne se sentent plus comme avant. Leurs performances physiques, mentales et sexuelles ne sont plus ce qu'elles étaient. À cette étape de la vie, la confiance en soi est un point sensible chez la femme. L'hormonothérapie est-elle efficace ? Il est bien connu que les œstrogènes font paraître la femme plus jeune, et, par conséquent, la rendent plus séduisante. Cette augmentation d'œstrogènes peut s'avérer utile pour résoudre le conflit de dévalorisation de la femme. Ce n'est donc pas l'œstrogène lui-même qui améliore la santé des os, mais plutôt l'effet de l'hormone sur le psychisme de la femme. La Médecine Nouvelle Germanique nous offre vraiment beaucoup de choses à réapprendre.

Carolyn Markolin



Docteur en littérature germanique de l'université de Salzbourg (Autriche), **Carolyn Markolin** a enseigné au Canada avant d'interrompre sa carrière

académique pour étudier la médecine naturopathique. C'est alors qu'elle découvre la Médecine Nouvelle Germanique (GNM[®]) du Dr Ryke Geerd Hamer, dont elle devient l'élève particulière. Depuis 2002, elle enseigne la GNM à temps plein et en diffuse la connaissance dans les pays anglophones.

Site : www.learninggnm.com

Je voudrais réagir à l'excellent article de Joël Monzée sur la maladie d'Alzheimer, paru dans le n°25 de Néosanté. Les références scientifiques sont très intéressantes, mais qu'en est-il de cette maladie sur le plan psycho-généalogique? En effet, les acteurs et les lecteurs de notre revue savent très bien qu'il n'existe pas de maladie sans conflit biologique. Et que, même si certaines situations ou pollutions (substances nocives, vaccins, etc.) en tout genre peuvent être des facteurs aggravants, ils ne peuvent à eux seuls être responsables.

Programmation précoce

Personnellement, lorsque j'exerçais la médecine générale, j'ai eu des patients atteints de ce que l'on appelait autrefois «démence sénile». Mais je n'ai jamais eu de cas clinique en décodage, et l'on peut comprendre pourquoi d'après les symptômes de la maladie. Les sujets, en majorité des femmes, vivent en dehors de la réalité, dans leur monde à eux, plus ou moins déconnectés du présent selon l'intensité et l'antériorité de la maladie. Par contre, j'ai une expérience de ces pathologies grâce aux enfants de ces malades qui ont fait la démarche d'explorer le sens de la démence en psycho-généalogie. Les parents ou grands-parents étaient soit déjà décédés, soit toujours en vie mais ininterrogeables et pour cause!

Joël Monzée insiste sur l'importance des premières années et je le rejoins totalement.

C'est pour cela que j'ai toujours demandé à mes patients de trouver le conflit programmant dans l'enfance, avant 6 ou 7 ans. Ceci est lié aux six couches du cerveau, décrite par Jules Baillarger vers 1840. Celles-ci «s'ouvrent» à des âges différents. La seconde couche, celle de la conceptualisation, est active jusqu'à 6/7 ans. Si cela s'est bien passé pour l'enfant, il passe alors à la troisième, celle de la compréhension logique et cohérente des choses. On ne peut pas se contenter d'un conflit programmant à 15 ou 20 ou 40 ans! Avant six ans, l'enfant ne peut comprendre certaines situations imposées par les adultes.

Secret(s) inavouable(s)

Chez les personnes qui seront touchées par cette maladie à un âge le plus souvent avancé, j'ai toujours retrouvé des

chocs «graves» dans la petite enfance des membres de ces familles.

C'est ce qui m'a mis sur la voie du conflit: «le ou les secrets inavouables».

La personne est obligée de vivre avec cette culpabilité alors qu'elle voudrait l'oublier.

Toute sa vie, elle a pu maintenir le secret. Par exemple, cette femme âgée de 88 ans vit bien avec sa maladie, débutée à 72 ans, à la mort de son premier enfant, un fils décédé dans un accident à 53 ans. J'ai retrouvé, grâce à la sœur de ce garçon, qu'en fait le grand secret était précisément sa conception. Il était d'un autre homme que le père biologique.

Personne ne devait savoir la vérité, connue d'elle seule et qu'elle veut emporter avec elle.

Personne ne pourra plus l'interroger sur cette histoire, elle en a oublié l'existence. Elle reconnaît à peine sa fille et quant au mari, elle l'a oublié depuis longtemps, grâce à sa maladie!

Nous voyons bien une fois de plus que la maladie est positive par rapport au conflit, mais au conflit seulement.

Je pense qu'en fait, cette maladie est une forme de psychopathie de type schizophrénie. Tout y ramène. Les symptômes sont pratiquement les mêmes que dans la forme complète des personnes jeunes atteintes de schizo, comme on en voyait dans les hôpitaux psy. Quant au traitement, il ne peut être que préventif car, une fois la maladie installée, le malade est incapable de réagir et de capter les messages. Si l'on intervenait assez tôt dans l'histoire généalogique et personnelle des personnes, à titre préventif, nous aurions une possibilité non négligeable de résultats thérapeutiques.

Tout comme la schizophrénie, c'est donc une culpabilité très grande que vit le malade atteint d'Alzheimer. Il convient, tant qu'il a accès à son cerveau, de l'aider à sortir du jugement, du désespoir. Dans son monde où il ne reconnaît plus personne, ni même lui, le malade ne peut pas se sentir coupable et peut garder son secret.

Les raisons d'une «épidémie»

Si nous constatons un bien plus grand nombre de maladie d'Alzheimer qu'il n'y avait de démence sénile il y a 30 ou 40 ans, je pense que le vieillissement de la population y est pour beaucoup.

Car le développement des thérapies qui aident les gens à s'exprimer a permis à

un plus grand nombre de gens de révéler des secrets. Il y a par exemple de plus en plus de femmes, mais aussi d'hommes, qui osent maintenant parler des abus sexuels vécus dans leur jeunesse. Celles et ceux qui savaient et auraient voulu garder le secret ne peuvent pas empêcher les «victimes» de dénoncer ces actes. Ils vont donc perdre la mémoire pour vivre en paix, sans devoir confirmer ou témoigner. Les incestes, les adultères, les infidélités, les viols, la pédophilie, etc. sont des situations de moins en moins cachées, y compris à l'intérieur des familles. Tant que les secrets étaient bien gardés, seules les personnes qui étaient prises entre l'envie de parler (tant il est difficile de vivre avec ce secret) et le devoir de se taire, faisaient la maladie. Le fait de pouvoir en parler, malgré la peur des conséquences (destruction de familles, etc.), explique qu'il y a plus de malades qu'avant.

Mon expérience de 15 années de psycho-généalogie me conforte dans cette voie.

La «piste du secret» est à explorer concernant cette maladie invalidante.

Dr Jean-Claude Fajeau



Diplômé de la faculté de médecine de Paris, **Jean-Claude Fajeau** est docteur en médecine, psychothérapeute, ostéopathe et conférencier. Il a étudié et approfondi la plupart des thérapies énergétiques, a exercé en homéopathie, acupuncture et médecine manuelle pendant 20 ans en France avant de se consacrer à la recherche en Psycho-Généalogie. Il est l'auteur des livres «*Guérir, un acte d'amour*», «*La maladie, un deuil inachevé*», «*Le malade face à la maladie*» et «*La diététique biologique*» (Editions Philae) et anime avec son épouse Corinne des ateliers et des conférences en Suisse.

Site : www.centrepilae.com

La carie dentaire est une atteinte de la structure cristalline de la dent (émail, dentine, couronne ou racine). Lorsqu'on étudie du tissu carieux au microscope, on y trouve de nombreuses bactéries que l'on a déclarées responsables de la carie. Leur présence à la surface de la dent a été reconnue comme consécutive à l'accumulation de la plaque bactérienne favorisée par un mauvais brossage (absence de brossage, fréquence insuffisante, technique inadaptée). De nombreuses singularités cliniques m'ont suggéré que ceci n'était pas une loi!

La bactérie et le sucre hors de cause

Certaines caries se positionnent en effet à des endroits improbables, comme la pointe de la canine. A cet endroit, pas d'accumulation de plaque, pas de débris alimentaires résiduels, pas de contact interdentaire serré, bref, aucun des arguments classiques qui puisse «justifier» une carie à cet endroit. Une autre particularité de la manifestation carieuse est son occurrence symétrique. Le plus souvent, cette symétrie est droite-gauche. Une carie se déclare sur une dent à droite, en un endroit précis de cette dent, et une seule autre carie apparaît dans la bouche: sur la même dent, au même endroit de la dent, mais du côté gauche! De temps en temps, la symétrie est haut-bas, de manière homolatérale (du même côté). Et exceptionnellement, elle se présente en symétrie croisée: une dent en haut à gauche, la même dent en bas à droite^(*). Toutes ces manifestations saugrenues de la carie m'ont conduit, par souci de probité scientifique, à déclarer inexacte la loi bactérienne sur la carie. Il en a été de même au sujet de la consommation de sucre, tant j'ai pu observer de grands consommateurs qui n'avaient aucune carie!

En fait, j'ai découvert qu'il se produisait un «appel» à la carie sur une zone d'une dent. Il m'aura fallu pas moins de 25 années de travail, d'observations, de recherches, de lectures, le tout corroboré par la clinique et par l'expérience, pour en arriver au décodage de la carie dentaire.

La nature particulière de la dent.

La dent est l'organe le plus dur du corps humain. Constitué à 90 % d'hydroxyapatite, l'émail est plus dur que l'acier! Mais ce qui est remarquable dans cet organe, c'est justement sa nature cristalline, qui en fait une centrale électrique. L'autre système du corps humain fonctionnant avec de l'électricité est le système nerveux central, et le cortex en particulier. C'est grâce à son activité électrique que nous «pensons»! Les connexions neu-

rones créent des assemblées qui génèrent des mots, des images, bref, l'activité de la pensée... Autre point commun entre ces deux niveaux: ils se fabriquent après la naissance!

L'organe dentaire est situé en un endroit du corps – la bouche – qui a une double vocation:

- Elle est la porte d'entrée à toutes les réponses aux besoins du corps. Manger, boire et respirer (les cavités nasales rejoignent le fond de la bouche), tout ce qui assure la survie du corps animal entrent par l'orifice buccal.
- Elle est l'endroit par lequel sort le verbe, tous les mots qui nous permettent d'interagir avec le milieu environnant et de recevoir réponses à nos manques. Lesquels ne sont plus biologiques mais soit affectifs, soit égotiques (nourriture au niveau mental).

Lorsque le «je» parle, c'est la bouche qui lui sert d'orifice d'accouchement au monde. Les muqueuses buccales ont d'ailleurs des pathologies très similaires aux organes génitaux de la femme, lieu par lequel notre corps est venu au monde... Ainsi, parler de soi, de ce qui est intime, attendre par des mots de recevoir nourriture affective ou nourriture mentale, met le système en état de stress. Pour gérer ce stress, le cerveau utilise sa cartographie établie du «soi», et toutes les stimulations sensorielles périphériques désignent la bouche comme le lieu corporel associé au stress d'expression du «je».

L'identité corticale.

L'identité corticale est ce «je» qui prend place à l'âge de trois ans dans la structure incarnée, qui se déploie à partir de 6 ans au service de son corps, et qui est couronné «chef» à partir de 12 ans pour affirmer son individualité. Cette dimension de nous est verbale. Elle doit réaliser l'adaptation au sein du milieu et apprendre à éviter de souffrir, là où l'animal a «seulement» le stress de survivre (donc de ne pas mourir). Notre «je» a comme mission de nourrir notre cœur, cet espace de nous affamé d'affectif. Mais très vite, ce «je» prend position dans un autre théâtre: briller, réussir, être plus et/ou mieux. C'est l'ego au sens pur du terme. L'adaptation ne devrait être que recherche d'équilibre, et pour ce faire, n'utiliser que les mots. Lorsque nous refusons de ressentir une émotion (qui a pourtant été sentie par le milieu cellulaire), nous lui fermons la voie d'équilibre que les mots auraient dû lui offrir. La charge émotionnelle reste enfermée au-dedans, loin de notre conscience attentive, sans mots posés pour la dire. Mais

cette charge émotionnelle crée un déséquilibre qui doit trouver une solution.

Un échec d'adaptation verbale

C'est dans ce théâtre de non-conscientisation des émotions et de non-mise en mots que la carie va prendre place. Pour le système de la pensée, une telle émotion est comme un nuage d'orage, une surcharge électrique dans le ciel de notre esprit. Il faut soulager cette surtension! Le déséquilibre est consécutive à la perception d'un manque qui n'est pas solutionné. Lorsque le corps manque d'eau, nous apportons la réponse en buvant. Mais lorsque notre cœur manque d'affection, sans parler d'amour, notre nature humaine attend la nourriture affective. Les mots devraient se porter au devant de la scène pour exprimer ce manque. Mais, parce que aucun mot ne vient exprimer le manque intérieur, et parce qu'aucun mot n'est émis pour demander la réponse, nous manifestons l'échec d'adaptation verbal au monde par une carie. La destruction des cristaux d'émail offre au ciel de l'esprit une détente électrique, comme une soupape de sécurité...

192 caries mises en mots.

Le dernier travail du décodage dentaire que j'ai entrepris a été la mise en mots de 192 caries différentes sur les trente-deux dents de la bouche. Ce travail considérable sera prochainement disponible sous la forme d'un livre: «La nouvelle interprétation de la carie»^(**), aux éditions du Chariot d'Or. Il n'est pas un outil qui va remplacer la dentisterie. Il vous restera toujours à consulter votre dentiste pour réparer la perte de substance. Il vous appartiendra toujours de vous brosser les dents, mais pas avec la hantise de la carie, plutôt avec amour de soi. Se brosser les dents, c'est comme offrir de l'air frais pour l'esprit et une caresse pour le cœur. Les dents sont la partie émergée noble de notre identité humaine, laquelle est de nature spirituelle.

Dr Christian Beyer

^(*) La notion de «même dent» fait référence à son numéro compris entre 1 et 8. Le chiffre placé devant celui-ci désigne le cadran dans lequel la dent est placée: 1 pour en haut à droite, 2 pour en haut à gauche, 3 pour en bas à gauche et 4 pour en bas à droite. La dent 46 est ainsi la dent n°6 en bas à droite, cadran 4.

^(**) Prochainement disponible dans la Médiathèque de Néosanté.

LE PLEIN DE SENS

Témoignages & cas cliniques

CANCER DU POUMON

Dr ALAIN SCOHY (ESPAGNE)

Hervé est né en 1937. Marié, père de famille, gros fumeur à une époque de sa vie (3 paquets par jour de gitanes maïs), chrétien authentique pratiquant, il est venu nous consulter en mai 2009 pour un cancer bronchique apparu sur un terrain bronchiteux chronique. Il venait de commencer alors les bilans officiels et attendait le verdict de la réunion de concertation du service d'oncologie. Le scanner thoracique montre un "infiltrat alvéolaire postéro-basal droit, para-médian, avec bronchogramme aérique prenant le contraste en bas, avec réaction périfocale vers le hile et vers la plèvre. Il existe de petites adénopathies médiastinales et hilaires droites". La tomographie à positons montre en plus "un nodule antéobasal droit plus actif au contact de la plèvre". La scintigraphie montre des "lésions rachidiennes diffuses, en particulier une image dorsale moyenne litigieuse, ainsi que des problèmes également litigieux au niveau sacro-iliaque droit". Les trois biopsies réalisées confirment la présence de cellules malpighiennes carcinomateuses. En clair, Hervé présente un cancer broncho-pulmonaire avec métastases près de la plèvre, sur le rachis dorsal, les articulations sacro-iliaques et bien sûr des localisations ganglionnaires.

Après avoir fait un important travail tant au plan corporel (vitamines et autres compléments), que psychologique et spirituel, nous avons réussi à le convaincre de ne RIEN faire de ce que propose la médecine officielle! Il faut noter qu'il va subir pendant des années une grosse pression de la part de son entourage. Tous voudraient qu'il se fasse au moins opérer! Ils font tout pour qu'il prenne rendez-vous chez le pneumologue pour le "suivi". Il tient bon, mais ce n'est pas sans difficulté. Il explique en juillet 2009: "Je n'ai pas vu de médecin depuis le petscan. Quelques fois, j'ai un peu de stress ou d'angoisse et je me demande où j'en suis, je me dis qu'il y a peut-être des choses cachées qui évoluent et le doute est de retour. J'essaie de respirer. Je m'en prends plein la figure! Les enfants s'intéressent beaucoup! Je suis surveillé. Ce n'est pas facile du tout. En plus j'ai parfois une discrète oppression au niveau de la région rétrosternale quand je suis stressé".

Il revient nous voir régulièrement tous les 2 ou 3 mois, jusqu'en mars 2011 où il se considère comme guéri et ne nous contacte plus qu'en cas de problème aigu. Il oublie la vitamine C quand ça va mieux, et ses problèmes bronchiques réapparaissent alors facilement, et, avec eux, la panique bien sûr. C'est le cas par exemple au printemps 2012, où nous profitons d'un voyage pour le consulter chez lui pour une bronchite qui traîne depuis des semaines. La reprise sérieuse des vitamines (C, et complexe B) suffit à tout remettre en ordre en quelques jours. Au mois d'août 2013, son épouse se fait une entorse. Il l'accompagne chez le médecin qui en profite pour lui faire faire une prise de sang, sous prétexte qu'il le trouve essoufflé. De nouveaux "marqueurs" sanguins semblent en faveur d'un infarctus massif, avec un cœur qui ne fonctionnerait qu'à 40 %... Certes, il est un peu essoufflé à l'effort, mais sans plus, et en grande partie du fait de spasmes bronchiques. Selon le cardiologue, il aurait deux artères coronaires obstruées partiellement et il est question d'intervention à ce niveau. Là encore, nous lui avons proposé de refuser toute intervention et de se mettre sous Vitamine E Naturelle à forte dose pour re-perméabiliser ses artères coronaires (nous avons eu déjà des résultats très positifs à ce niveau parmi nos clients). Il semble clair que les médecins majorent le tableau: un cœur ne fonctionnant qu'à 40% de ses capacités, cela n'est pas objectivement viable, Hervé devrait être mort! À noter incidemment que le scanner thoracique effectué à l'occasion de cette nouvelle hospitalisation ne montre plus aucune trace du problème cancéreux de 2009, hormis quelques adénopathies minimes résiduelles. Le médecin interrogé explique qu'il s'agit d'un «miracle»! Mais oui...

LUPUS ANTICOAGULANT

IRÈNE LANDAU. (ISRAËL)

Brigitte a fait deux fausses couches consécutives en une année, à 3 et 4 mois de grossesse. Pour elle, c'est un drame car elle désire énormément un enfant. Après des examens médicaux, on a découvert qu'elle a un problème de coagulation: son sang est trop épais, et c'est sans doute la cause du problème. C'est le Syndrome des antiphospholipides (SAPL), aussi nommé "Lupus anticoagulant", bien que sans rapport avec le lupus érythémateux et «pro-coagulant» dans ses effets. Aujourd'hui, c'est un examen indispensable à faire après une fausse couche. Nous passons en revue avec Brigitte les raisons possibles d'un tel symptôme. Evidemment, nous recherchons une mémoire d'hémorragie et après un interrogatoire serré, nous arrivons au cœur du problème. Cela fait plusieurs années que Brigitte tente d'être enceinte. Chaque mois, elle s'examine avec appréhension: elle craint énormément de découvrir qu'elle a ses règles et donc qu'elle n'est pas enceinte.

Pour elle, c'est véritablement une obsession et son conflit peut s'exprimer ainsi: "Il ne faut pas que le sang coule: "s'il coule, c'est la fin de tous mes espoirs!"

Si le sang coule, on pourrait dire qu'elle est complètement sous le choc et que son sang se fige littéralement dans ses veines! Donc, ce même ressenti, qui dure depuis des années, a été parfaitement enregistré par son cerveau qui a compris le message. Il a donc tout fait pour que le sang ne coule pas. Le problème est que lorsqu'elle a enfin été enceinte, le fœtus a été mal nourri par un sang trop épais. On sait aussi en décodage que le sang représente la joie et Brigitte est triste. Sa première fausse couche, suivie d'un curetage, a été vécue comme un drame et la seconde un an après, aussi suivie d'un curetage à l'hôpital, l'a choquée.

Nous avons donc travaillé sur le lâcher-prise, sur sa tristesse, sur le fait de laisser s'écouler la vie tranquillement, sur ses angoisses de ne pas arriver à mener à bien une nouvelle grossesse, sur sa peur, car toute la vie de Brigitte s'est figée elle aussi autour de ce désir d'enfant si grand. C'est une histoire à suivre...

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 lectrice belge cherche le décodage du **Syndrome de Chiari**
- Un lectrice française cherche le décodage de la **rétinite pigmentaire**.

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)



ÉVIDENCE DU SENS

La chronique de La Loi du Principe

« Je paie toujours tout, plus cher... »

« Payer plus cher »

Les problèmes avec l'argent, souvent récurrents, s'expriment sous des formes multiples. Mais, que ce soit en consultation ou en séminaires, un thème est régulièrement abordé. Il peut être formulé par des phrases comme :

- Lorsque j'achète quelque chose, je découvre souvent que, le lendemain, c'est soldé à 50 %.
- Au restaurant, si nous partageons l'addition dans un groupe, c'est toujours moi qui me retrouve à compléter ce qui n'a pas été payé par les autres.
- S'il y a une promotion, une réduction ou un tarif spécial, je n'y ai jamais droit.
- Mon billet d'avion est toujours plus cher que celui des autres.
- A prestations égales, je me retrouve toujours avec un forfait de téléphone beaucoup moins intéressant que celui des autres.

Etc.

Vous l'aurez compris, les personnes concernées ont la sensation de *devoir tout payer plus cher que les autres*. Au niveau du Principe, quel sens cela peut-il avoir ?

L'argent en général

Nous l'avons vu précédemment, l'argent est présent dans notre vie quotidienne comme moyen d'échanges, il représente la *valeur* des choses. Il est lié également à une idée de *sécurité* pour l'avenir. Bioanalytiquement, l'argent donne donc l'impression de faire exister :

- un **Territoire** : se loger, avoir une place, pouvoir, statut social, appartenance à un groupe...
- une **Alimentation** : se nourrir, évoluer, rencontrer, être libre, indépendant...
- une **Descendance** : tout d'abord, les enfants, mais aussi, bioanalytiquement, notre identité, être reconnu, etc.

Mettant l'idée de sa sécurité dans l'argent, l'homme qui en possède peut vivre dans l'illusion de sa liberté, de son indépendance, de sa réalisation. Mais s'il vient à en manquer, il se retrouve automatiquement dans l'angoisse de l'insécurité. Dans un article précédent, nous avons vu en quoi l'argent, faisant référence à une *valeur*, entraîne obligatoirement une *comparaison*, ce qui implique nécessairement la notion d'*extérieur* à soi.

La loi du Principe nous apprend que toute existence se manifeste **dans le même temps sur trois plans**, et donc, s'il y a un *intérieur*, il y a *dans le même temps*, un *extérieur* et une *limite*. Chacun de ces plans vaut 100 % : un plan n'est pas un tiers, il est la totalité. Mais cette loi n'est pas accessible à notre mental, le fonctionnement de la pensée humaine, qui veut tout expliquer en trouvant une cause, ne connaît que la dualité. Ainsi, en considérant l'extérieur comme différent de lui, l'homme y trouve la source de son bonheur ou de son malheur. Il est dans le clivage du mental et, en restant dans ce clivage de la dualité, il reste dans la *survie*. Et cet extérieur étant identifié comme différent de soi fait référence à l'*avoir* plutôt qu'à l'*être*. Or, tout ce qui est à l'extérieur de nous est aussi important que ce qui est à l'intérieur.

Quel est alors le Principe du fait de se trouver toujours en situation de *payer plus cher*, ne pas savoir profiter des promotions ou de passer systématiquement « à côté » des bonnes affaires ? Comme payer signifie « donner de la valeur » et toute valeur étant, comme nous l'avons dit, une *comparaison*, donc *représentant l'extérieur*, cela revient à : *payer, c'est donner de la valeur à l'extérieur*. Nous pouvons dire ici, que *plus on paie, plus on donne de la valeur* (à l'extérieur). Ainsi, plus je paye, en payant plus cher que les autres, plus je me rassure en restant dans la *survie* du mental. Cette difficulté avec l'argent indique donc que je suis en *survie* par rapport au Territoire, à l'Alimentation ou à la Descendance. En effet, c'est toujours la peur de perdre -ou de manquer- de Territoire, d'Alimentation ou de Descendance, au premier degré, qui est *insécurisant* pour notre cerveau inconscient animal.

Rappelons que nous exprimons dans la lourdeur de notre quotidien comme dans notre biologie ce que nous ne savons pas mettre en conscience. « *Nous avons à reconnaître la valeur de l'extérieur, non comme étant la cause de notre bonheur ou de notre malheur, mais comme étant exactement nous-même.* » En d'autres termes, *ce que je constate de l'extérieur est, uniquement, moi-même.* Et la vie m'enseigne l'importance de considérer les choses et les événements de ma vie comme des guides. Et justement en ne donnant pas d'importance et de valeur à ces événements, cela traduit que je ne prends pas soin de moi. En fait, j'ai à donner de la valeur au fait de *vivre l'instant présent*. Or, vivre l'instant présent signifie *choisir de manquer* :

- à toute reconnaissance extérieure (donc toute reconnaissance ou validation autre que celle que je me donne moi-même). (**Descendance**)
- à toute autre rencontre que celle que la vie me propose (et que j'ai à expérimenter). (**Alimentation**)
- à toute autre place que celle que j'expérimente à l'instant, dans ma vérité. (**Territoire**)

En d'autres termes, j'ai à *donner de la valeur à l'extérieur sans vouloir un autre extérieur que celui qui se présente*. Car la valeur de la vie est dans l'extérieur à condition de ne pas vouloir un autre extérieur que celui que la vie nous propose. Dans le Principe, payer toujours tout « plus cher » exprime le *peu de valeur que l'on se donne à soi-même*.

En effet, la valeur que nous donnons à l'extérieur parle de reconnaître la valeur de l'Être Unique, Original et Singulier que nous sommes. Un Être qui n'a jamais existé auparavant et qui n'existera jamais à l'identique dans ce temps et ce lieu et donc, qui n'est *pas comparable*. Chacun de nous est le centre et la totalité de l'univers, donc un être qui n'a aucune valeur, puisqu'il est la totalité. C'est la grande richesse qu'il nous est donné de comprendre et d'intégrer ici. Encore une fois, notre mental ne peut appréhender cela, nous ne pouvons que l'expérimenter. C'est ce que la Loi du Principe, dans son approche quantique, nous propose de découvrir. ■



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'Evidence* » (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

INDEX DES DÉCODAGES

A		
- Abcès dentaire	N° 15 p 27	
- Accidents de voiture	N° 11 p 27	
- Acné	N° 16 p 25	
- Acouphènes	N° 5 p 18	
- Addison (maladie d')	N° 17 p 25	
- Adénome hypophysaire	N° 23 p 25	
- Algodystrophie	N° 11 p 24	
- Allergies	N° 1 p 18	
- Allergie alimentaire	N° 16 p 27	
- Allergie (au froid)	N° 9 p 24	
- Allergie (au kiwi)	N° 26 p 25	
- Allergies (grand décodage)	N° 11 p 4	
- Allergie oculaire	N° 12 p 27	
- Alzheimer	N° 28 p 23	
- Angoisses (de Noël)	N° 7 p 25	
- Anorexie	N° 12 p 22	
- Anticorps antiplaquettes	N° 6 p 16	
- Anus (maladies anales)	N° 6 p 22	
- Apte (sur la langue)	N° 6 p 23	
- Aphtes	N° 6 p 23/N° 19 p 26/N° 20 p 26/N° 25 p 27	
- Apnée du sommeil	N° 16 p 26/N° 19 p 23	
- Appendicite	N° 5 p 22	
- Arthrose	N° 4 p 19	
- Arthrose du genou	N° 6 p 23/N° 8 p 27	
- Asthme	N° 3 p 20/N° 24 p 27	
- Autisme	N° 5 p 23	
- Auto-destruction	N° 24 p 26	
- Automobile (problème d')	N° 9 p 25	
- AVC (accident vasculaire cérébral)	N° 20 p 22	
B		
- Basedow (maladie de)	N° 22 p 25	
- Béance du cardia	N° 1 p 23	
- Bec de lièvre	N° 26 p 24	
- Boiterie	N° 15 p 26	
- Bras droit (accident)	N° 2 p 23	
- Bronchite/bronchiolite	N° 8 p 27/N° 17 p 22	
C		
- Canal carpien (syndrome du)	N° 24 p 27	
- Canal lacrymal bouché	N° 7 p 27	
- Candidose	N° 15 p 22	
- Carie dentaire	N° 28 p 24	
- Cellulite	N° 12 p 23	
- Chalazion	N° 14 p 22	
- Colère & hystérie	N° 6 p 20	
- Colique néphrétique	N° 17 p 26	
- Côlon (cancer & colopathie)	N° 5 p 20	
- Compulsions	N° 24 p 23/N° 25 p 23/N° 26 p 21	
- Conflits familiaux	N° 4 p 18	
- Cowper (glandes de)	N° 10 p 22	
- Crevaisson de pneu	N° 10 p 24	
- Crohn (maladie de)	N° 3 p 23	
- Croissance (problèmes de)	N° 21 p 24	
- Culpabilité	N° 16 p 24	
- Cyrrhose	N° 15 p 25	
- Cystite	N° 1 p 21/N° 8 p 27/N° 25 p 27	
D		
- Déchaussement dentaire	N° 2 p 19	
- Dépression	N° 2 p 23	
- Dépression nerveuse	N° 10 p 26	
- Dermatite	N° 26 p 25	
- Deuils difficiles	N° 3 p 19	
- Dévalorisation	N° 17 p 24	
- Diabète	N° 4 p 23/N° 27 p 24	
- Diabète (grand décodage)	N° 5 p 24	
- Diabète gras	N° 12 p 27	
- Diabète de type 2	N° 10 p 25	
E		
- Eczéma (sur les paumes)	N° 11 p 27	
- Ejaculation précoce	N° 1 p 20	
- Elongation	N° 3 p 33	
- Endométriose	N° 7 p 27	
- Enurésie	N° 1 p 21	
- Épilepsie	N° 21 p 22	
- Épiphyse	N° 26 p 22	
- Erysipèle	N° 7 p 12	
- Estomac (Ulcère)	N° 6 p 21	
F		
- Fatigue chronique	N° 17 p 25	
- Fibrome	N° 8 p 22/N° 25 p 27	
- Fibromyalgie	N° 1 p 22	
- Fièvre	N° 23 p 24	
- Foie (cancer, cyrrhose)	N° 15 p 25	
- Foie (cancer du)	N° 10 p 27	
- Foie (décodage mythologique)	N° 9 p 26	
- Friilosité	N° 9 p 24	
- Froid (allergie au)	N° 9 p 27	
G		
- Genou (ligaments)	N° 11 p 25	
- Genou (pathologies du)	N° 1 p 23	
- Genou (problème de)	N° 26 p 25	
- Glande pinéale	N° 26 p 22	
- Glioblastome	N° 4 p 22	
- Glossodynie	N° 25 p 26	
- Gluten (intolérance au)	N° 24 p 25	
- Goutte	N° 27 p 20	
H		
- Hanche (ostéome)	N° 2 p 23	
- Hanche (pathologie des)	N° 21 p 23	
- Harcèlement sexuel	N° 9 p 22	
- Hémochromatose	N° 26 p 25	
- Hémorroïde	N° 25 p 22	
- Hernie abdominale	N° 16 p 22	
- Herpès	N° 18 p 26	
- Hodgkin (maladie de)	N° 21 p 27	
- Hyperprolactinémie	N° 18 p 24	
- Hypertension	N° 20 p 27	
- Hypothyroïdie	N° 6 p 16	
I-J		
- Impétigo	N° 13 p 23	
- Implant dentaire	N° 4 p 20	
- Infarctus du myocarde	N° 1 p 19	
- Infections hivernales	N° 18 p 27	
K		
- Kératite	N° 28 p 20	
- Kératocône	N° 14 p 27	
- Kyste ovarien	N° 11 p 27	
L		
- Leucémie	N° 13 p 27/N° 14 p 23	
- Leucémie (grand décodage)	N° 21 p 4	
- Lithiase biliaire	N° 2 p 21	
- Lupus anticoagulant	N° 28 p 25	
- Lyme (maladie de)	N° 7 p 27/N° 11 p 23	
- Lymphome	N° 19 p 22	
M		
- Malaise vagal	N° 10 p 23	
- Mélanome	N° 26 p 20	
- Mensonge	N° 5 p 27	
- Ménière (Syndrome de)	N° 11 p 21	
- Méningite	N° 4 p 21	
- Ménopause (grand décodage)	N° 9 p 04	
- Migraine	N° 6 p 18	
- Motricité (troubles de)	N° 9 p 27	
- Mucoviscidose	N° 12 p 25	
- Mycoses	N° 8 p 25	
- Mycose vaginale	N° 12 p 27	
- Mycoses (à la poitrine)	N° 18 p 27	
N		
- Néphropathies	N° 21 p 25	
O		
- Obésité	N° 13 p 25/N° 18 p 25	
- Obésité/surpoids (grand décodage)	N° 23 p 4	
- Œsophage	N° 7 p 24	
- Œsophage (cancer de l')	N° 20 p 27	
- Œsophage (spasmes à l')	N° 13 p 27	
- Ongles (maladies des)	N° 19 p 25	
- Opossum (conflit de)	N° 8 p 23	
- Orgelet	N° 14 p 22	
- Os (cancer des)	N° 9 p 45/N° 17 p 27	
- Os & squelette	N° 2 p 20	
- Ostéoporose	N° 28 p 22	
- Otite	N° 21 p 27	
- Ovaire	N° 9 p 22	
- Ovaire (cancer de l')	N° 23 p 22/N° 27 p 25	
P		
- Pancréas (cancer du)	N° 8 p 26	
- Panique	N° 16 p 27	
- Paralysie faciale	N° 23 p 26	
- Parkinson	N° 3 p 18	
- Parkinson (maladie de)	N° 11 p 27	
- Parole	N° 7 p 23	
- Peau (cancer de la)	N° 15 p 23	
- Peau (maladie de la)	N° 15 p 23/N° 25 p 25	
- Pheochromocytome	N° 20 p 25	
- Phlébite	N° 3 p 22	
- Phobies	N° 13 p 26/N° 20 p 24	
- Pleurésie	N° 18 p 22	
- Pneumonie	N° 18 p 22	
- Poignet (Tendinite)	N° 5 p 23	
- Poitrine (mycose à la)	N° 18 p 27	
- Polyarthrite	N° 5 p 19	
- Polyarthrite rhumatoïde	N° 22 p 27	
- Poumon	N° 7 p 26	
- Poumon (cancer du)	N° 7 p 26/N° 28 p 25	
- Prise de risque	N° 16 p 23/N° 17 p 23	
- Prognatie	N° 22 p 26	
- Prostate (cancer de la)	N° 19 p 36/N° 26 p 25	
Q-R		
- Raynaud (Syndrome de)	N° 14 p 27/N° 18 p 23	
- Rectum (cancer du)	N° 9 p 27	
- Reins	N° 17 p 26	
- Répulsion (conflit de)	N° 19 p 24	
- Rétrognatie	N° 21 p 26	
- Rhino-pharyngite	N° 8 p 27	
- Rhume	N° 7 p 22	
- Ronflement	N° 16 p 26	

INDEX DES DÉCODAGES

S					
- Sanction (peur de la)	N° 13 p 22/N° 14 p 24/N° 15 p 24			- Toux	N° 6 p 23
- Schizophrénie	N° 20 p 23			U	
- Sciatique	N° 12 p 24/N° 15 p 27			- Ulcère (à l'estomac)	N° 6 p 21
- Sclérodermie	N° 14 p 27			- Utérus (cancer du col)	N° 12 p 26/N° 15 p 45
- Sclérose en plaques	N° 2 p 18/N° 9 p 05/N° 13 p 27/N° 14 p 45			- Utérus (col de l')	N° 24 p 22
- Sclérose en plaques (grand décodage)	N° 19 p 4			- Utérus (rétroversion de l')	N° 14 p 26
- Seins	N° 3 p 21			V	
- Sein (cancer du)	N° 5 p 23/N° 11 p 45/N° 12 p 45/N° 16 p 4			- Vaginisme	N° 22 p 23
	N° 17 p 27/N° 19 p 2/N° 19 p 27/N° 24 p 27			- Varices	N° 3 p 22
- Sinusite	N° 12 p 27			- Vergetures	N° 27 p 25
- Sommeil (apnée du)	N° 19 p 23			- Verrues	N° 1 p 23/N° 24 p 24/N° 25 p 24
- Sphénoïde	N° 8 p 24			- Vertèbres	N° 2 p 22
- Spondylarthrite ankylosante	N° 23 p 27			- Vertèbres cervicales	N° 22 p 22
- Stérilité	N° 9 p 22/N° 27 p 22			- Vertiges (de Ménière)	N° 11 p 2
- Stress des examens	N° 2 p 22			- Vésicule biliaire	N° 11 p 26/N° 22 p 24
- Suicide	N° 28 p 21			- Vessie (cancer de la)	N° 10 p 27
- Surdité	N° 26 p 23			W-X-Y-Z	
- Surpoids	N° 13 p 25/N° 18 p 25			- Zona (de l'œil)	N° 4 p 23
- Surrénales (glandes)	N° 17 p 25				
- Syncope	N° 10 p 23				
T					
- Tabagisme	N° 27 p 23				
- Talon	N° 6 p 19				
- Tendinite	N° 17 p 24				
- Tendinite (au poignet)	N° 5 p 23				
- Testicule (tumeur au)	N° 3 p 23				
- Testicule	N° 9 p 23				
- Tétanie (crise de)	N° 15 p 27				
- Thyroïde (hypothyroïdie)	N° 6 p 16/N° 13 p 24/N° 15 p 27				
- Thyroïdite d'Hashimoto	N° 22 p 25				
- TOC (compulsion de se laver les mains)	N° 14 p 25				

DÉCODAGENDA

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

BELGIQUE

- Jean-Philippe Brébion anime du 11 au 13 novembre à Namur un séminaire sur « *Ma clé, mon mode d'emploi* »
Info: +32 (0)477 13 58 90 – www.bioanalogie.com
- Le Dr Eduard Van den Bogaert, anime le 14 novembre à Bruxelles un atelier sur « *Voyage Mytho-Bio-Logique au cœur de soi* » (décodage bio-médical des maladies)
Info: +32 (0)2 374 77 70 – www.evidence.be
- Jean-Philippe Brébion anime du 15 au 17 novembre à Bruxelles un séminaire sur « *La maladie comme voie de guérison : le système hormonal, de reproduction, urinaire et la vision* »
Info: +32 (0)477-13 58 90 – www.bioanalogie.com

FRANCE

- Jean-Philippe Brébion anime du 8 au 10 novembre à Colmar un séminaire sur « *La maladie comme voie de guérison : le système digestif et cardio-vasculaire* »
Info: +33 (0)- 6-22 08 71 26 – www.bioanalogie.com
- Jean-Brice Thivent anime les 16 & 17 Novembre et les 23 & 24 novembre près de Strasbourg un séminaire sur « *Les bases du décodage psycho-bio-généalogique* »
Info: +33 (0)6- 98 12 86 07 – www.alsace-naturo.com
- Jean-Philippe Brébion anime du 6 au 8 décembre à Toulouse un séminaire sur « *Présence dans la rencontre* »
Info: +33 (0)- 6-81 39 04 67 – www.bioanalogie.com
- Jean-Philippe Brébion anime du 13 au 15 décembre à Lyon un séminaire sur « *La maladie comme voie de guérison : le système nerveux, respiratoire, l'audition et la peau* »
Info: +33 (0)- 6—88 69 08 60 – www.bioanalogie.com

ITALIE

- Jean-Philippe Brébion anime du 22 au 24 novembre à Turin un séminaire sur « *Le système digestif et cardio-vasculaire* »
Info: +39 – (0)11-53 80 60 www.bioanalogie.com

ISRAËL

- Irène Landau anime du 18 au 21 novembre à Jérusalem un séminaire sur « *Décoder et libérer les messages inconscients qui nous rendent malades* »
Info: +972 – (0)0522 083666- paysagedejerusalem.blogspot.com

ANCIENS NUMÉROS



Vous pouvez acheter les anciens numéros à la pièce ou vous procurer toute la collection (voir page 47)

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

➔ suite de la page 11

NOTES DU DOSSIER SIDAGATE

- (1) Les articles de Robert Gallo et Mikulas Popovic parus dans Science (mai 1984) sont à oublier ; les Américains ont été destitués de la découverte. Celui de Luc Montagnier, Françoise Barré-Sinoussi et Jean Claude Chermann (Science, mai 1983) ne satisfait pas aux protocoles de Koch.
- (2) *Mother to child transmission of HIV and its prevention with AZT and nevirapine*, (1.2 Antibody tests, p4). Ouvrage collectif, Ed. The Perth Group, 2001, et <http://www.sidasante.com/science/scihivph.htm>
- (3) James Chin – *The Aids pandemic: the collision of epidemiology with political correctness* (2007).
- (4) Réalisateur du documentaire « *Sida, le doute* » (1997), diffusé sur Arte. <http://www.virusmyth.com/aids/hiv/dtinterviewlm.htm>
- (5) http://www.sidasante.com/themes/tests/whose_antibodies_are_they_anyway.htm + <http://www.sidasante.com/science/scifalse.htm>
- (6) Le consentement libre et éclairé, http://fr.wikipedia.org/wiki/Consentement_éclairé et http://www.droitbelge.be/news_detail.asp?id=341. Une loi similaire existe dans tous les pays d'Europe.
- (7) Une liste des recommandations des fabricants de tests de dépistage indiquant le risque élevé de faux résultats positifs : <http://aras.ab.ca/test-disclaimers.php> (Anglais) - cliquer sur Results⁽³⁴⁾.
- (8) <http://www.sidasante.com/critique/whi.htm#SIDA%20et%20tests>
- (9) Le sida africain est déterminé sur la base de la déclaration de Bangui. 3 signes majeurs : 1) perte de poids égale ou supérieure à 10 % ; 2) diarrhée chronique depuis plus d'un mois ; 3) état fébrile depuis plus d'un mois – OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire n°37, 16 septembre 1994. De plus, les formulaires d'enregistrement des personnes diagnostiquées aujourd'hui en Afrique ne comprennent qu'exceptionnellement la mention « test sérologique ».
- (10) Publié dans le magazine *Continuum* - <http://www.robertogirald.com/eng/papers/EveryoneTestsPositive.html>.
- (11) Nous nous sommes procurés les fiches d'utilisation d'une vingtaine de tests Elisa, dont ceux des Laboratoires Abbott rédigées en 1997 (soit après 15 ans de VIH), et celle du test Western Blot.
- (12) Neo Santé <http://www.neosante.eu/la-fin-de-lhypnose-vih-2/> - Les travaux de Nancy Padian confirment.
- (13) Paru dans le magazine américain *Mothering* (maternité).
- (14) Lire *Human Endogenous Retroviruses and AIDS Research: Confusion, Consensus, or Science?*, *Journal of American Physicians and Surgeons*, Vol. 15, N° 3, Fall 2010. Cet article d'Etienne de Harven présente une hypothèse crédible sur l'origine des séquences génétiques identifiées dans le plasma sanguin de nombreux malades du sida (la prétendue charge virale), séquences qui sont identifiées, à tort, comme provenant d'un hypothétique VIH.
- (15) *Aids, the end*, de Christl Meyer (2012).
- (16) Kennedy SB IV. *Human immunodeficiency virus in breast-milk*. Medical Hypothesis, 1998.
- (17) De nombreuses études et recommandations abordent ce sujet que nous avons trouvé dans, *La prescription chez la femme enceinte* du Docteur Nadine Sauvé, extrait de *Prescrire en grossesse*, 19 mars 2010, Université de Sherbrooke.
- (18) AZT : azidothymidine, vendue principalement sous les noms Zidovudine et Retrovir.
- (19) Non pas par Jérôme Horwitz en 1964 comme on le lit parfois.
- (20) *Poisoning our children*, Anthony Brink, 2010. Avocat sud-africain, Anthony Brink a remis en cause la légalité de l'AZT.
- (21) L'essai Concorde dura 3 ans et 3 mois. Il souligna que l'AZT n'apportait pas de bénéfice significatif aux patients. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(94\)90006-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(94)90006-X/abstract)
- (22) E. Dournon et al., *Effects of zidovudine (AZT) in 365 consecutive patients with Aids or Aids-Related Complex* (3 décembre 1988).
- (23) *The Aids War*, John Lauritsen (1993). La dénonciation de l'étude ACTG Protocol 019 est reprise dans *Enquête sur le sida* de Renaud Russeil (Editions Vivez Soleil, 1997)
- (24) *AZT roulette* de Celia Farber, paru dans le magazine américain *Mothering* (Maternité), sept-oct. 1998.
- (25) <http://www.neosante.eu/les-poppers-cause-cachee-du-sida/>
- (26) *The New England Journal of Medicine* 331, n°18 (3 novembre 1994) 1176-1177.
- (27) D'après l'audit réalisé par l'organisme indépendant Westat, envoyé sur place par le DAIDS.
- (28) John Le Carré a fait de ce scandale un roman réaliste : *La constance du jardinier* (2001).
- (29) Lire la Déclaration d'Innocenti, Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Europe : un plan d'action (révision 2008). Direction de la santé publique de l'Union Européenne.
- (30) <http://www.iwontgoquietly.com/fr/der-film-2/> - un extrait de 12mn en Français.
- (31) L'histoire de Lindsay Nagel (anglais) <https://www.facebook.com/video/video.php?v=198354337186>
- (32) Peter Duesberg : le plus attaqué des chercheurs américains pour son infidélité au consensus VIH/sida/mort. Il est à l'origine du conflit que se livrent les scientifiques, derrière l'écran médiatique majoritairement muet.
- (33) <http://saverico.com>
- (34) Référence : *Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde* (juin 2013)
- (35) Lire Jean Ziegler, *L'Empire de la honte* (2005) ou *Destruction massive, géopolitique de la faim* (2011).

SENTIERS DE SANTÉ

La chronique de Jean-Jacques Crèvecoeur



Depuis près de trente ans, Jean-Jacques Crèvecoeur expérimente et teste de nombreuses approches de santé, en posant un regard critique et réfléchi sur chacune d'elles. Dans cette rubrique, non seulement il nous partage son vécu et les enseignements qu'il en a tirés, mais surtout il nous encourage à emprunter et à expérimenter, à notre tour, ces sentiers de santé...

FAUT-IL DOUTER DE LA MÉDECINE SCIENTIFIQUE ?

Dans mon article précédent, je vous partageais ma conviction qu'il était nécessaire et vital d'apprendre à douter de tout pour avoir une chance de guérir. Non seulement pour éviter que les démarches au service de la santé et de la guérison deviennent des religions intégristes, mais surtout pour préserver le libre-arbitre du malade et pour respecter la complexité des processus naturels de guérison... Aujourd'hui, je vous invite à pousser encore plus loin notre apprentissage du doute pour questionner les fondements mêmes de la démarche scientifique.

Une théorie scientifique peut-elle être vraie ?

Avant de poser cette question fondamentale dans le domaine qui nous intéresse (celui de la santé), faisons un bref détour par la physique, considérée comme l'archétype par excellence des sciences dites exactes ! La question devient alors : « *Les théories de la physique peuvent-elles être vraies ?* » À cette question, je réponds sans hésiter : NON, elles ne le seront jamais ! Pourquoi ? À cause de ce qu'on appelle, en épistémologie, le réductionnisme scientifique !

Pour illustrer cette notion de réductionnisme, prenons un exemple bien connu des physiciens : l'étude du mouvement d'un pendule simple. Je rappelle qu'un pendule, c'est une masse attachée à l'extrémité d'un fil suspendu à un support fixe. Pour établir la loi d'oscillation des pendules, donc pour écrire l'équation qui décrit le mouvement du pendule (sa vitesse, sa fréquence d'oscillation, l'accélération qu'il subit à chaque redescente, etc.), les physiciens ont été obligés de réduire, de supprimer ou d'idéaliser 17 paramètres présents dans la réalité. En effet, pour pouvoir mettre sur papier une équation, ils ont dû supposer (entre autres) que la masse suspendue n'était pas un objet en trois dimensions, mais une masse concentrée en un point sans dimension ; que le fil était sans masse ; qu'il était inextensible ; qu'il était rectiligne ; qu'il n'y avait pas de frottement de l'air sur la masse suspendue ; qu'il n'y en avait pas plus sur le fil ; que l'attache du fil à son support ne présentait aucune résistance ; que le support ne pliait nullement sous le poids... Et j'en passe. Donc, pour énoncer cette loi très simple qui tient en une demi-ligne sur un cahier d'étudiant, les physiciens ont dû effectuer 17 simplifications ! En même temps, paradoxalement, quand

on confronte les mesures réelles aux données calculées avec cette loi, on observe des convergences suffisamment proches pour pouvoir considérer cette formule comme satisfaisante, quoique fausse ! C'est cela qu'on appelle le réductionnisme scientifique. Pour pouvoir énoncer une théorie, quelle qu'elle soit, il est TOUJOURS nécessaire de sélectionner les faits, d'éliminer des facteurs pourtant présents, de retenir les seuls paramètres que l'on juge pertinents, de simplifier la réalité en l'idéalisant et de faire des moyennes statistiques. Sans le réductionnisme, aucun scientifique n'aurait jamais pu énoncer la moindre loi ! Même une des lois les plus célèbres de la physique ($E = mc^2$) n'est qu'une approximation de la réalité. Dans ce sens, on peut dire qu'aucune loi n'est vraie, puisqu'elle a été construite sur une idéalisation de la nature, et pas sur la nature elle-même ! On pourrait, dès lors, se poser les questions suivantes. Le réductionnisme est-il nécessaire et souhaitable ? La réponse est oui, sinon, aucune loi ne pourrait être énoncée ! Le réductionnisme est-il utile ? La réponse est oui car, grâce à ces lois, on peut préparer des actions et agir sur la nature. Le réductionnisme est-il dangereux ? La réponse est non, sauf si les scientifiques qui énoncent ou utilisent ces lois croient qu'il y a une équivalence entre la théorie et la réalité des faits !

La médecine prétend être scientifique, et pourtant elle ne l'est pas et ne pourra jamais l'être !

Quand la science devient-elle intolérante et intégriste ?

Donc, comprenez-moi bien. Le problème ne vient pas tant du réductionnisme lui-même que de l'inconscience de ceux qui font la science ! Si un scientifique est inconscient de la relativité et de l'imprécision de toutes les lois avec lesquelles il travaille, il confond la carte avec le territoire représenté par cette carte. Et il tend alors à considérer la théorie comme La Vérité incontestable et indubitable, puisque cette théorie se confond avec le Réel qui lui, ne peut être remis en doute. Du coup, il cherche à ce que les faits observés se plient à la théorie plutôt que de soumettre la théorie aux faits. En faisant cela, ce n'est plus de la science qu'il pratique, mais du scientisme.



À ce propos, le philosophe Louis Jugnet écrivait fort justement : « *Le scientisme, c'est [...] l'impérialisme de la Science de laboratoire sur tous les domaines de la pensée et de la conscience de l'homme.* » Une fois installé dans cette attitude rigide, il ne reste qu'un pas pour entrer dans l'intégrisme scientifique. Ce pas est franchi lorsqu'on rejette tous les faits nouveaux qui pourraient remettre en question la théorie, afin de préserver, coûte que coûte, l'orthodoxie scientifique!

La santé humaine peut-elle faire l'objet d'études scientifiques ?

Nous venons de voir que les sciences dites exactes ne sont pas si précises et exactes que cela. Alors, qu'en est-il lorsqu'on cherche à étudier l'être humain, dans toute sa complexité et dans toutes ses dimensions (physiologique, psychologique, sociale, spirituelle, etc.)? Pour répondre à cette question, un nouveau retour vers la physique ne sera pas inutile! Imaginez qu'on attache trois pendules ensemble. Le premier pendule est suspendu à un support fixe, le deuxième est suspendu à l'extrémité du premier et le troisième à l'extrémité du deuxième. Savez-vous que, dans ce cas, il devient non seulement impossible d'écrire l'équation du mouvement de cet ensemble pourtant simple, mais en plus, l'évolution du système devient imprédictible? Autrement dit, dès qu'un système devient trop complexe, aucune loi scientifique ne peut plus être énoncée! Si on revient à l'être humain, et qu'on restreint pour l'instant notre étude à son seul corps physique, on comprend immédiatement qu'une description scientifique du fonctionnement du corps est strictement impossible! Car le corps est composé de milliards de cellules, de centaines de tissus et d'organes, de milliers de substances physico-chimiques différentes... De plus, chaque organe influence le fonctionnement d'autres organes qui, à leur tour, rétroagissent sur cet organe! C'est ce qu'on appelle, dans l'approche systémique, les boucles de rétroaction.

Un exemple simple de boucle rétroactive, c'est le fonctionnement du chauffage central. La chaleur produite par la chaudière et transmise au radiateur influence le fonctionnement de la sonde du thermostat fixé au mur, par exemple. Lorsque la température désirée est atteinte, le thermostat rétroagit sur la chaudière en lui ordonnant de s'arrêter. Du coup, la température dans la pièce diminue, ce qui influence à nouveau le comportement du thermostat qui, à son tour, va commander à la chaudière de se remettre en route, et ainsi de suite...

On retrouve les mêmes boucles de rétroaction à tous les niveaux du fonctionnement du corps humain. Ces boucles permettent au corps de maintenir ce que Claude Bernard appelait son homéostasie. L'intrication de ces nombreuses boucles confère au corps une telle complexité qu'il devient impossible d'en décrire le fonctionnement à l'aide des raisonnements simples et linéaires typiques à l'approche scientifique. Du coup, pour comprendre le corps hu-

main dans son ensemble, il va être nécessaire de l'appréhender dans toute sa globalité et de renoncer à la mise en équation de son fonctionnement... Ici, comme ailleurs, la démarche scientifique réductrice et linéaire se révèle pauvre et inadaptée.

Si en plus, on réintroduit dans la compréhension de la santé et de la maladie, les dimensions psychiques, émotionnelles, affectives, sociales, environnementales, spirituelles, qui ont toutes un impact sur notre équilibre physique, la démarche scientifique se retrouve dans l'impossibilité de traiter d'une quelconque manière les interactions à l'intérieur de et entre toutes ces sphères. Non seulement à cause de l'extrême complexité de l'être humain, mais aussi parce que la science ne peut travailler que sur des éléments observables et mesurables...

La médecine est-elle scientifique, finalement ?

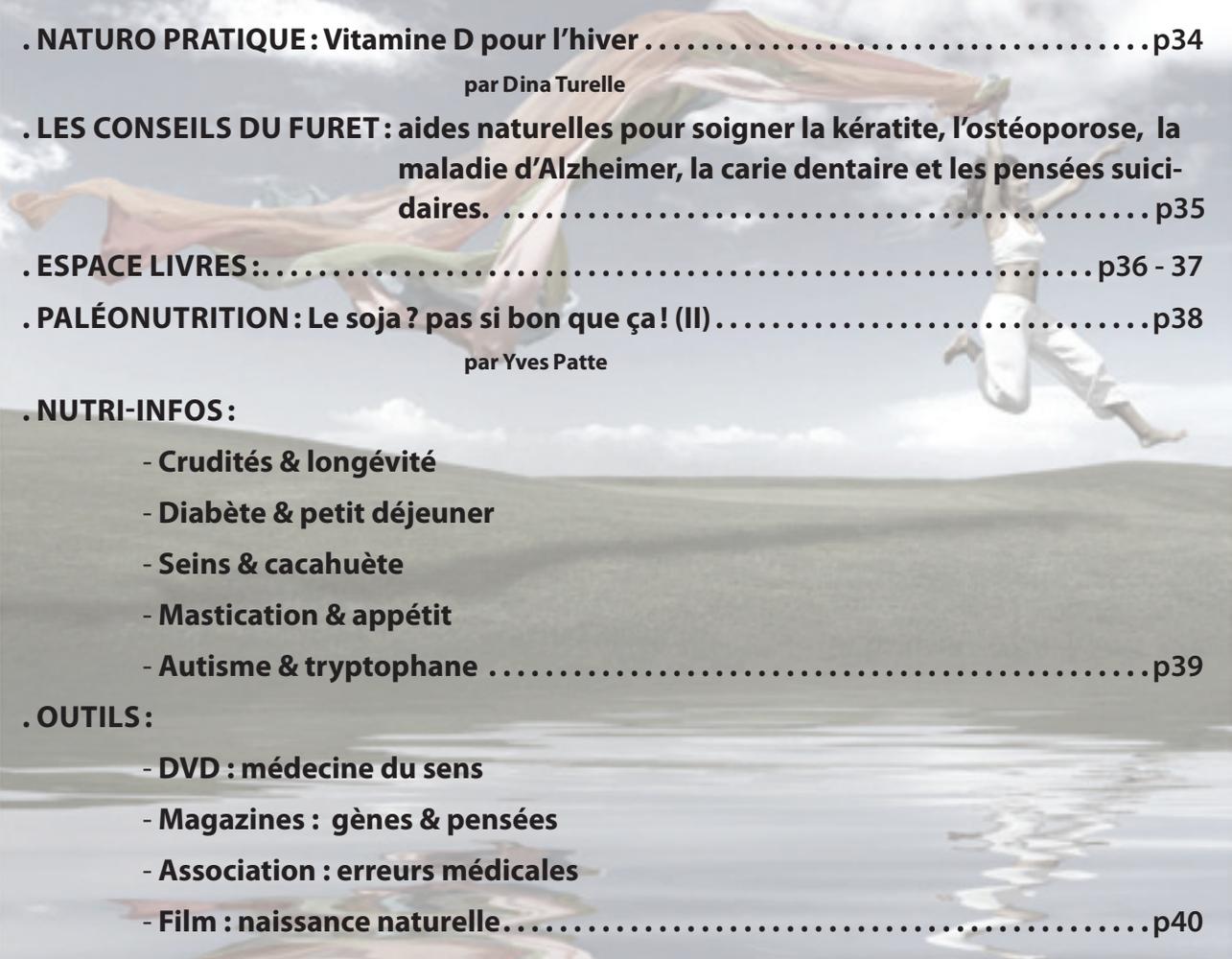
Malgré toutes les limites que je viens d'énoncer, la médecine officielle continue de vouloir se présenter comme scientifique. Probablement pour que tous les humains finissent par adhérer à sa vision, comme on adhère à une religion qui se veut universelle. La médecine prétend être scientifique, et pourtant elle ne l'est pas et ne pourra jamais l'être! Car c'est un art, pas une science. Ceux qui prétendent le contraire tombent dans le piège du réductionnisme, du scientisme et/ou de l'intégrisme que j'ai définis plus haut. Leurs arguments pour défendre le statut scientifique de la médecine résistent très peu de temps à une analyse critique. Car le fait d'utiliser de plus en plus d'appareillages techniques et technologiques ne confère nullement à la médecine le statut de science! De même que ce n'est pas parce que vous utilisez un GPS ou un téléphone intelligent que vous devenez, pour autant, un scientifique... Par ailleurs, fonder ses affirmations sur des statistiques ne transforme pas la médecine en une science. Je rappelle que pour qu'une affirmation devienne une loi scientifique, il faut que l'énoncé soit vérifié dans 100 % des cas. Or, en médecine, aucun énoncé ne se vérifie dans tous les cas... Enfin, la médecine se contente de décrire des phénomènes isolés les uns des autres en coupant systématiquement toutes les boucles rétroactives présentes dans le corps... C'est comme si on essayait de décrire le fonctionnement d'un thermostat de chauffage en n'étudiant que le lien entre la chaleur du radiateur et l'arrêt du thermostat, mais sans tenir compte du lien entre le thermostat et la chaudière ni du lien entre la chaudière et le radiateur. En linéarisant les boucles systémiques, on perd totalement la compréhension des phénomènes complexes.

Pour toutes ces raisons, je vous invite à cultiver le doute à l'égard de toute démarche scientifique en général, et ainsi qu'à l'égard de la médecine officielle qui revendique un statut qu'elle ne possède même pas... En faisant cela, l'impérialisme de la pensée scientifique perdra un peu de terrain et de pouvoir, tandis que vous gagnerez en autonomie et en liberté! ■

Physicien et philosophe de formation, **Jean-Jacques Crèvecoeur** promeut une approche pluridisciplinaire de l'être humain pour redonner du sens à ce que nous vivons, mais aussi et surtout pour favoriser chez chacun de nous la reprise en main de notre propre vie, de manière autonome et responsable. Formateur et conférencier de renommée internationale, il est auteur d'une dizaine d'ouvrages, réalisateur de documentaires et producteur de nombreux outils pédagogiques au service de l'ouverture des coeurs et des consciences.

Son site Internet : <http://www.jean-jacques-crevecoeur.com>

CAHIER RESSOURCES

- 
- . **NATURO PRATIQUE: Vitamine D pour l'hiver** p34
par Dina Turelle
 - . **LES CONSEILS DU FURET: aides naturelles pour soigner la kératite, l'ostéoporose, la maladie d'Alzheimer, la carie dentaire et les pensées suicidaires.** p35
 - . **ESPACE LIVRES:**..... p36 - 37
 - . **PALÉONUTRITION: Le soja ? pas si bon que ça ! (II)** p38
par Yves Patte
 - . **NUTRI-INFOS:**
 - **Crudités & longévité**
 - **Diabète & petit déjeuner**
 - **Seins & cacahuète**
 - **Mastication & appétit**
 - **Autisme & tryptophane** p39
 - . **OUTILS:**
 - **DVD : médecine du sens**
 - **Magazines : gènes & pensées**
 - **Association : erreurs médicales**
 - **Film : naissance naturelle**..... p40

 **néosanté**
éditions
novembre 2013

PHILOSOPHIE DE CE CAHIER

La philosophie de ce Cahier Ressources rejoint l'adage ancien « *Un esprit sain dans un corps sain* ». Bien que focalisée sur l'origine psycho-émotionnelle et le sens psychobiologique des maladies, la revue Néosanté envisage l'être humain dans sa globalité et considère que la santé de l'esprit est indissociable de celle du corps. Tant la rubrique d'hygiène naturelle (« *Naturopathie* ») que nos deux rubriques consacrées à l'alimentation (« *Paléonutrition* » & « *Nutri-infos* ») s'appuient sur la conviction qu'un mode de vie « bio-ancestral » favorise la prévention et la résolution des conflits pathogènes. Ouvertes à d'autres approches alternatives, les rubriques « *Outils* » et « *Espace livres* » axent cependant leur sélection multimédia sur la santé holistique en privilégiant l'angle psychosomatique. Dans ses « *conseils du Furet* », notre naturopathe fureteur se limite à renseigner les nutriments et traitements naturels pouvant contribuer à prévenir et soigner les pathologies abordées dans le Cahier Décodages. Celui-ci occupe le centre de la revue et précède le Cahier Ressources parce que notre priorité consiste surtout à explorer le « *sens des maux* » en éclairant leurs causes conflictuelles. A nos yeux, aucun remède matériel extérieur ne peut se substituer aux ressources intérieures.



VITAMINE D : indispensable pour passer l'hiver

De la fin de l'automne au début du printemps, une grande majorité d'entre nous a besoin de se supplémenter en vitamine D. Par la peau ou par la bouche ? Pour éviter toute déficience, il sera judicieux de jouer sur les deux tableaux.



Sommes-nous carencés en vitamine D ? Non, si l'on en croit les recommandations officielles. En 2001, la France a même ramené l'AJR (apport journalier recommandé) de 400 UI/j à 200 UI/j. Or, pour satisfaire ses besoins, l'organisme utilise quotidiennement 3 000 à 5 000 UI de vitamine D : cherchez l'erreur ! Selon les chercheurs qui travaillent depuis des décennies sur ce sujet, les besoins quotidiens d'un adulte se situent entre 1 000 et 4 000 UI. Aux Etats-Unis, le *Vitamine D Council* fixe la barre à 5 000 UI. L'exposition de la peau aux rayons UVB du soleil assure à elle seule 90 %, voire 95 % des apports en vitamine D, le reste provenant de l'alimentation. A condition de les respecter, les AJR ne couvrent donc au mieux que 5 à 10 % des besoins journaliers du corps humain. Tenant compte de ce paramètre et des innombrables vertus préventives de la vitamine D (cancer, diabète, cardiopathies, maladies auto-immunes...), l'Académie française de Médecine réclame à présent une réévaluation des apports oraux. Ce n'est pas trop tôt !

Le creux hivernal

Idéalement, l'ensoleillement estival devrait suffire à faire le plein de vitamine D. Mais comme le style de vie moderne éloigne du soleil, que le discours dominant incite à s'en protéger et que les écrans solaires bloquent les radiations UVB, la plupart d'entre nous arrivent au seuil de l'hiver sans provisions suffisantes. Selon certaines estimations, 75 à 80 % des Français épuisent leurs réserves avant le mois d'avril. La panne est encore plus rapide chez les séniors, dont la capacité à synthétiser la vitamine D s'éémousse avec l'âge, et chez les personnes à peau foncée, dont la pigmentation agit comme filtre solaire naturel. Pour tout le monde, il est recommandé de s'exposer au moins 1/4 h par jour entre 11 h et 15h durant l'été et le début de l'automne. Car

après, c'est trop tard ! De novembre à février, il y a en effet une diminution importante (de 80 à 100 %, selon la latitude) du nombre de photons UVB qui atteignent les pays occidentaux. A Paris, par exemple, la longueur d'ondes reçue n'atteint pas le niveau requis pour titiller l'épiderme. Et plus bas, ce n'est guère mieux. En 1999, treize cabinets de médecine générale de la région Rhône-Alpes ont participé à une étude relative aux consultations pour des douleurs diffuses ou une fatigue inexplicable. Après dosage de leur taux sanguin de vitamine D, il s'est avéré que 33 patients sur 49 souffraient d'une déficience sévère. En Mongolie, soit à la même latitude que la France, des médecins ont étudié le bénéfice d'une supplémentation vitaminique chez des jeunes écoliers : les enfants supplémentés ont développé deux fois moins d'infections respiratoires aiguës, preuve que les épidémies hivernales sont aussi la rançon d'un manque de soleil.

Soleil et solarium

Alors, comment passer le cap ? D'abord, ne perdons pas de vue que les ultraviolets sont les meilleurs alliés de notre vitalité. Lorsqu'on s'expose en maillot en été assez longtemps pour rosir légèrement, on produit autant de vitamine D que si on avalait 3 kilos de poisson gras ! Sur un plan qualitatif, il semble aussi que la production corporelle par voie cutanée présente certains avantages biochimiques. Certes, l'inclinaison de la terre nous prive en hiver de précieux UVB, mais il y en a quand même quelques uns qui parviennent à dépasser le 40^e parallèle. Dès que le ciel est bleu, mettons donc le nez dehors et laissons le soleil caresser autant de surface de peau que la température le permet ! Et pour ceux qui le peuvent, une semaine de vacances au soleil sera un bon moyen de combler le creux hivernal. Le solarium ? C'est une autre possibilité à ne pas négliger a priori. Des recherches ont montré que les séances de banc étaient deux fois plus efficaces que la supplémentation par voie orale. Et comme la réglementation s'est renforcée, le bronzage artificiel est moins risqué qu'auparavant. Vu les énormes bienfaits de la vitamine D et son déficit saisonnier, cette source d'UVB ne mérite pas d'être tellement décriée. Aux Pays-Bas, la photothérapie

en cabine est même encouragée par les autorités de santé. Une douzaine de brèves séances par mois suffit à se mettre à l'abri des carences.

Aliments et compléments

Difficile d'arriver au même résultat par la seule alimentation. En septembre dernier, l'Association française des diététiciens et nutritionnistes (AFDN) a diffusé ses « conseils pour bien manger en hiver ». Pour remédier à la parcimonie solaire, elle préconise de consommer une fois par semaine du poisson gras tel que maquereau, sardine, saumon, hareng ou anchois. Conseil de bon sens, sauf que la teneur en vitamine D des poissons gras varie, dans le meilleur des cas, de 200 à 500 UI pour 100 grammes. Avec un appétit déjà solide, on peut en consommer 150 gr, ce qui équivaut à un apport hebdomadaire de 750 UI maximum, soit 10 fois moins que ce qu'il faudrait recevoir idéalement. Pour avoir si mal calculé, l'AFDN vient de recevoir une « Salade d'Or » de la part du site LaNutrition.fr, lequel rectifie le tir en estimant qu'il faudrait manger du poisson à tous les repas pour stocker assez de vitamine D par la seule voie alimentaire. Quant aux œufs et au lait entier, il faudrait en avaler plus que de raison pour traverser la saison froide. Dès lors que l'ensoleillement est insuffisant et l'assiette pas assez riche, il faut donc se rabattre sur la complémentation. La bonne vieille huile de foie de morue pourrait faire l'affaire, d'autant qu'elle est désormais conditionnée en gélules, mais sa (trop) haute teneur en vitamine A est un inconvénient. Plusieurs formules de Vitamine D se côtoient en pharmacie ou magasin bio : rapport à sa biodisponibilité, la D3 a meilleure réputation que la D2. Même à très haute dose, aucun effet secondaire n'a jamais été signalé.

Dina Turelle

A lire :

- Le site *LaNutrition.fr*, en pointe de l'information dans ce domaine
- Le livre « *Soleil, mensonges et propagande* », du Dr Brigitte Houssin (Editions Thierry Souccar)

Les naturothérapeutes désirent contribuer à cette rubrique et y partager des pratiques de santé éprouvées, simples et peu onéreuses, sont priés d'adresser leurs propositions à la rédaction : info@neosante.eu

LES CONSEILS DU FURET



Chaque mois, des conseils « naturopathiques » pour prévenir ou soigner naturellement les maladies abordées dans le Cahier Décodages

La kératite

Le terrain favorable aux affections de la cornée, c'est la sécheresse des yeux. De rire ou de chagrin, réapprenez à pleurer! Ou, en tout cas, à vous lubrifier l'œil par la **gymnastique oculaire** (yoga des yeux) et ses exercices de cillement. Contre la sécheresse oculaire, les **acides gras oméga 3** ont démontré leur efficacité. Contre le vieillissement des yeux en général, la **lutéine** passe pour le meilleur des caroténoïdes. Côté plantes, vous pouvez miser sur l'euphrase (*Euphrasia officinalis*), sous forme de gouttes ophtalmiques. Sur le net, j'ai trouvé un témoignage attestant que le **miel naturel épuré** faisait merveille dans le traitement externe de la kératite. (forum.actudz.com)

L'ostéoporose

Amis des os, le lait? Détrompez-vous: l'ostéoporose fait des ravages dans les pays où on consomme le plus de laitages. D'ailleurs, le lien n'est pas scientifiquement établi entre les apports de calcium et la densité osseuse. En revanche, des études ont montré qu'une forte consommation de **fruits et légumes** (jusqu'à 10 portions par jour) diminuait l'excrétion rénale de calcium de 30%, épargnant ainsi le tissu osseux. Comme l'explication réside sans doute dans l'équilibre acido-basique, de nombreux naturopathes recommandent de désacidifier son organisme avec du **citrate** ou du **bicarbonate de potassium**. La complémentation préventive fera également honneur à la **vitamine D** et aux incontournables **Oméga-3**. (À lire: le programme nutritionnel « ostéoporose » sur www.laNutrition.fr)

La maladie d'Alzheimer

Pour cette pathologie, on pense spontanément au *Ginkgo biloba*. Mais les études ont donné des résultats contradictoires et la dernière en date, menée en France en 2012, s'est avérée décevante. En revanche, des recherches contrôlées tendent à prouver l'efficacité de l'**huperzine** (*Huperzia serrata*), remède traditionnel de la pharmacopée chinoise. Sur le plan nutritionnel, la maladie d'Alzheimer se prévient surtout par les **vitamines B** (B6, B9, B12), les **antioxydants** (fruits noirs, jus de légumes, vitamines C et E...) et, encore une fois, les acides gras **Oméga 3**. Sur la toile, un « nouveau » remède naturel de la démence sénile fait beaucoup parler de lui: l'**huile de coco**. On y reviendra dans un prochain numéro de Néosanté.

La carie dentaire

Des études ont montré l'efficacité du **Xylitol** dans la prévention des caries. Cet édulcorant semi-naturel présent dans certains chewing-gums et dentifrices semble en effet inhiber les bactéries cariogènes. Controversé en raison de sa toxicité, le fluor serait même nocif pour l'émail! Les dentifrices « bio » font appel à l'**argile**, à l'**Aloe vera** ou au **bicarbonate de soude**. Sur le net, j'ai trouvé deux témoignages étonnants: se brosser les dents avec des **fraises écrasées** serait aussi efficace qu'un détartrage pour éliminer la plaque dentaire, tandis que les dents cariées pourraient se guérir avec des bains de bouche d'**eau salée**! (www.healingteethnaturally.com)

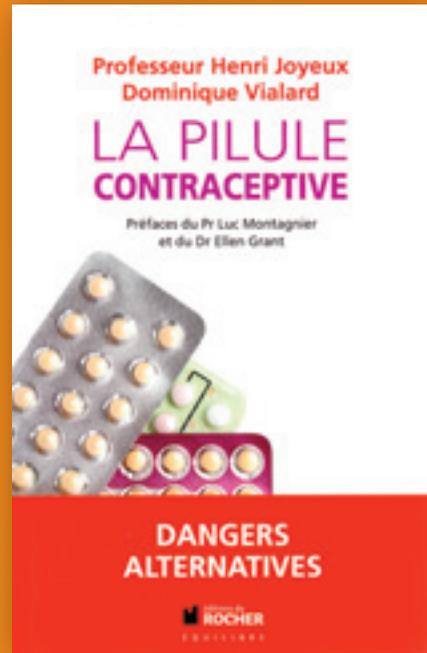
Le suicide

Qui dit (tentative de) suicide, dit souvent état dépressif. Le **millepertuis** a fait ses preuves comme alternative naturelle aux antidépresseurs. Une alimentation antidéprime fera la part belle au **safran**, aux aliments riches en **tryptophane** (riz complet, viande, œufs..), et bien sûr aux **poissons gras** sources d'Oméga-3. Pour la prévention et la guérison de la dépression, je vous recommande de (re) lire le premier ouvrage de David Servan-Schreiber, « *Guérir* », disponible en format poche.

LA MÉDIATHÈQUE NÉOSANTÉ

LA PILULE CONTRACEPTIVE dangers, alternatives

Pr Henri Joyeux & Dominique Vialard



AVC, thrombo-embolies, mais aussi cancers, dépression, immunodéficience, autisme des enfants...le scandale des pilules de 3e et 4e générations n'est que le premier épisode de ce qui pourrait être la plus grande déroute médicale du XXI^e siècle. Pour le Pr Joyeux, les hormones de synthèse sont au cancer du sein ce que l'amiante est au cancer de la plèvre! Avec ce livre, les femmes vont enfin comprendre comment fonctionne la contraception hormonale. Tout le monde va savoir pourquoi les autorités médicales et la plupart des médecins se taisent et continuent à prescrire des médicaments dangereux. Les femmes pourront choisir en connaissance de cause les nouvelles alternatives naturelles. La contraception du futur est en marche avec les biotechnologies écologiques!

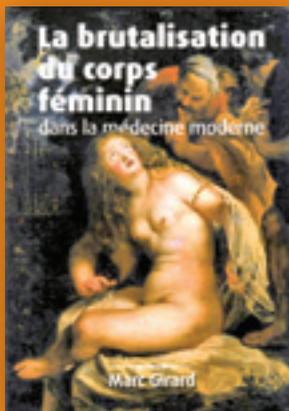
Prix: 20 € hors frais de port

Disponible
dans la boutique du site
www.neosante.eu

LA MÉDIATHÈQUE NÉOSANTÉ

LA BRUTALISATION DU CORPS FÉMININ dans la médecine moderne

Par le Dr Marc Girard



Dès son adolescence, une femme occidentale est prise pour cible en raison de son sexe et soumise à une kyrielle de maltraitements médicaux tout au long de sa vie: des vaccins (papillomavirus, rubéole...) aux traitements hormonaux (contraception, ménopause...) en passant par les aides à la procréation, le dépistage intensif (mammotest, frottis...) et la chirurgie mutilante (hystérectomie...). Sans oublier l'implacable oppression gynécologique qui se traduit en auscultations impudiques, en accouchements douloureux dans des positions antinaturelles et en interventions périnatales violentes (contractions provoquées, césariennes, épisiotomie, etc.) Comment en est-on arrivé là? Et comment les femmes peuvent-elles accepter d'être ainsi brutalisées? Passant la médicalisation du corps féminin au crible des données scientifiques (en se concentrant sur l'obstétrique, la contraception et la mammographie), Marc Girard montre que cette débauche d'activisme est aussi inutile que nuisible. Puis, il s'interroge en freudien sur les ressorts inconscients de cette obnubilation pour les présumées fragilités du féminin. Travaux d'historiens à l'appui, il repère une continuité millénaire de répulsion médicale envers les femmes.

Prix: 15 € hors frais de port

**Disponible
dans la boutique du site
www.neosante.eu**

ESPACE LIVRES



Big scandale



Chaque année, près de 200 000 personnes décèdent en Europe suite aux effets secondaires des médicaments. Les overdoses d'antidouleurs tuent plus que l'héroïne et la cocaïne réunies, et l'abus de médicaments a pollué jusqu'à l'eau du robinet, devenue un cocktail de Prozac, d'antibiotiques, d'anticancéreux et de perturbateurs endocriniens. Écrit par une douzaine d'experts et de journalistes, ce livre démontre que la logique du profit a dévoyé la science et que la corruption s'est installée au cœur du système médico-pharmaceutique.

**Big Pharma, une industrie toute puissante
qui joue avec notre santé**
Mikkel Borch-Jacobsen
Editions Les Arènes



Le bouquin du mois

L'effondrement



A Néosanté, on se pose souvent la question: pourquoi critiquer la système de santé actuel alors que son effondrement est imminent? Écrit par une docteure française et sa fille journaliste, ce livre en est encore l'illustration. Il ne montre pas seulement les failles du «modèle social» français, mais bien son état de faillite virtuelle provoqué par l'explosion des dépenses, la multiplication des scandales et la surmédicalisation.

Santé, le grand fiasco
Véronique Vasseur & Clémence Thévenot
Editions Flammarion

Puissance du jeûne



C'était un remarquable documentaire diffusé en 2012 par la chaîne Arte. C'est à présent un livre remarquablement documenté sur une méthode de santé à la fois simple et efficace. Fruit de la longue enquête télévisuelle, cet ouvrage consacré au jeûne apporte des réponses affirmatives à l'interrogation du titre, oui: cette pratique ancienne est une nouvelle et puissante thérapie indiquée pour traiter de nombreuses maladies!

Le jeûne, une nouvelle thérapie?
Thierry de Lestrade
Arte Editions

L'amour s'apprend

Bis repetita placent: après le bonheur («The world book of Happiness»), Léo Bormans a convaincu une centaine de «professeurs d'amour» du monde entier de participer à cet ouvrage collectif en y partageant un peu de leur savoir et de leur sagesse. Une source d'inspiration pour tous sur un sujet, pardon sur LE sujet essentiel de l'aventure humaine.



The World Book of Love
Léo Bormans
Editions Racine

Comment obtenir ces livres?

Les ouvrages présentés dans cette rubrique ne sont pas, sauf exception, au catalogue de notre médiathèque. Vous pouvez néanmoins commander ces livres en cliquant sur le cadre «*librairie générale*» en page d'accueil de notre site www.neosanté.eu.

Manger pour deux



Bien manger, c'est le B.A.-BA pour un beau bébé et une future maman en forme. Bien manger, oui, mais quoi? Et comment? L'auteure, diététicienne nutritionniste, se base à la fois sur la science et sur sa propre expérience pour prodiguer des conseils pratiques à la femme enceinte. En les suivant, promettez-vous, vous ne ferez jamais d'erreur!

Bien manger pendant 9 mois
Laëtitia Agullo
Editions Thierry Souccar

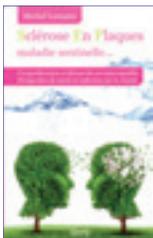
L'état du terrain



Les analyses de biologie médicale (sang, urine, fèces...) ne sont pas seulement utiles aux médecins. Les naturopathes compétents peuvent y puiser des informations sur le terrain de chaque individu. Ces renseignements seront précieux pour établir un « bilan de vitalité » et définir les cures les plus appropriées.

Les analyses biologiques en naturopathie
Christian Brun
Editions Amyris

La SEP autrement



On ne connaît pas avec certitude les causes de la sclérose en plaques. Dans ce livre, un naturopathe propose une approche holistique de la maladie et évoque toutes les alternatives naturelles possibles aux thérapies lourdes.

Sclérose en plaques, maladie sentinelle
Michel Lemaire
Editions Dangles

Bonne mémoire



On a l'habitude de situer les souvenirs dans le passé, mais les auteurs de ce livre démontrent que la mémoire est affaire de futur et de projection dans l'avenir. Elle est plurielle, stimulable à tout âge et sensible au contexte émotionnel.

Une mémoire pour la vie
Alain Sotto & Varinia Oberto
Ixelles Editions

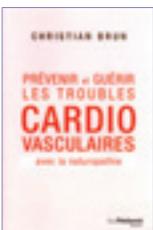
Bons laits



Si l'allaitement n'est pas/plus possible, quel lait infantile peut prendre le relais? Ce livre recense les alternatives animales au lait de vache et toutes les autres solutions végétales, avec leurs avantages et leurs inconvénients, voire leurs dangers.

Quels laits pour mon bébé?
Candice Levy
Editions Le Souffle d'Or

Bon cœur



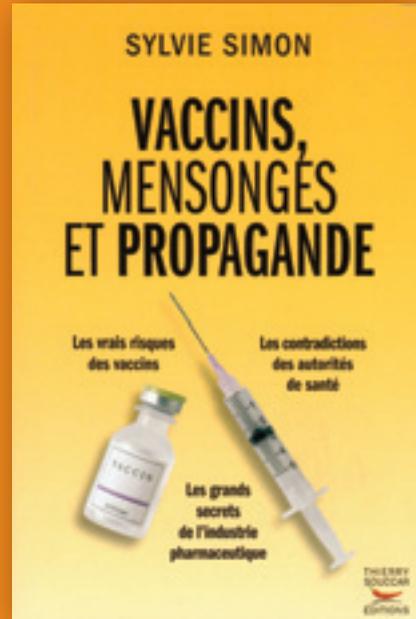
Une approche holistique du système cardiovasculaire et une stratégie globale pour en prévenir ou en guérir les pathologies.

Prévenir et guérir les troubles cardiovasculaires avec la naturopathie
Christian Brun
Editions Guy Trédaniel

LA MÉDIATHÈQUE NÉOSANTÉ

VACCINS, MENSONGES ET PROPAGANDE

par Sylvie Simon



Saviez-vous que la population vaccinée contre la grippe est passée aux Etats-Unis de 15 % en 1980 à 65 % aujourd'hui, sans qu'aucune diminution des décès liés à cette maladie n'ait été observée? Pourquoi les autorités de santé taisent-elles le fait que le nombre de décès par rougeole n'a pas diminué depuis 1988 en dépit d'une couverture vaccinale de plus en plus étendue? Ecrit par une spécialiste de la désinformation en matière de santé, ce livre contient les données les plus parlantes sur les vaccins, des informations dont bon nombre de médecins n'ont même pas connaissance.

Prix : 20,90 € hors frais de port

**Disponible
dans la boutique du site
www.neosante.eu**

LE SOJA ? Pas si bon que ça ... (II)

Deuxième volet consacré au soja. Le premier donnait un aperçu général du caractère industriel et inflammatoire du soja, tel que nous le consommons principalement aujourd'hui. Revenons maintenant plus précisément dans ce qui compose le soja, et les réactions que cela peut provoquer dans notre corps.

Le soja contient des phyto-oestrogènes sous forme d'isoflavones (une sorte de flavonoïde). Ces phyto-oestrogènes sont identiques, au niveau de leur structure, à certains oestrogènes humains. Et ils peuvent avoir, selon les circonstances, des effets stimulateurs ou inhibiteurs des oestrogènes humains, cela dépend des circonstances. Ce qui suffit à susciter des polémiques sur les bienfaits ou les méfaits des phyto-oestrogènes présents dans le soja⁽¹⁾. Parmi les différents isoflavones, certains peuvent être assimilés par le corps. C'est le cas de la daïdzéine et de la génistéine, métabolisés dans l'intestin. La daïdzéine est ainsi métabolisée en équol. Mais cela ne se fait pas chez tous les êtres humains de la même manière.⁽²⁾ En fait, nous ne serions que 30 à 50 % à pouvoir métaboliser la daïdzéine en équol⁽³⁾, et c'est cela qui expliquerait les études tellement contradictoires sur les phyto-oestrogènes dans l'alimentation⁽⁴⁾. Même le caractère antioxydant de la génistéine fait l'objet de résultats contradictoires, ce qui laisse supposer que cela peut varier d'un individu à l'autre.⁽⁵⁾

Troubles hormonaux

Le fait que les phyto-oestrogènes puissent être des perturbateurs endocriniens a amené de nombreuses études sur les liens entre phyto-oestrogènes et certains troubles hormonaux, chez les humains et les animaux. Des études montrent ainsi que des moutons consommant une végétation riche en phyto-oestrogènes montrent des signes d'infertilité et de problèmes de reproduction.⁽⁶⁾ En 1987, une étude sur des guépards en zoo montrait qu'une alimentation riche en soja produisait chez eux une baisse de la fertilité.⁽⁷⁾ Au niveau humain, les recherches évoluent, depuis 20 ans, entre des preuves de légères perturbations endocriniennes et des résultats plutôt rassurants sur l'impact de ces perturbations sur la santé générale. Comme dans cette recherche montrant une période de menstruation plus longue et plus inconfortable chez un groupe-test de femmes nourries au soja, sans que cela ne résulte en troubles reproducteurs⁽⁸⁾. En 2011, une étude parue dans la revue *Nutrition* a pourtant montré l'impact négatif d'une alimentation *vegan* basée sur le soja, sur le taux de testosté-



rone dans le sang⁽⁹⁾. Cela montre, selon les auteurs, l'impact des isoflavones sur la régulation des hormones sexuelles.

Mais on voit aussi un impact d'un régime végétarien sur le développement des organes sexuels du fœtus mâle. En 2000, des chercheurs montraient que des mères ayant eu un régime végétarien durant leur grossesse avaient un risque plus élevé d'avoir un garçon atteint d'hypospadias, un défaut du pénis à la naissance. Les auteurs pointaient clairement du doigt les phyto-oestrogènes présents dans le soja que consommaient ces mères végétariennes, tout en n'excluant pas que d'autres perturbateurs endocriniens puissent être en cause, comme les pesticides présents sur les légumes.⁽¹⁰⁾

Impact sur la thyroïde

D'autres recherches concernent l'impact des phyto-oestrogènes sur la thyroïde⁽¹¹⁾. Le soja contient de forts taux de «goitrogènes», des substances qui inhibent la capacité de la thyroïde à utiliser correctement l'iode, ce qui peut amener des problèmes d'hypothyroïdie, c'est-à-dire que tout le métabolisme ralentit, provoquant manque d'énergie et déficience immunitaire. La daïdzéine et la génistéine du soja inhibent la thyroperoxydase qui catalyse la biosynthèse des hormones thyroïdiennes.⁽¹²⁾ En 2006, la revue spécialisée sur le sujet⁽¹³⁾ rappelait, malgré des résultats assez minimes sur l'impact de la consommation de soja sur les fonctions thyroïdiennes, que celles et ceux qui sont atteints d'hypothyroïdie devraient éviter la consommation de soja. Et celles et ceux qui en consomment devaient vérifier leur apport en iode. Cela expliquerait qu'une alimentation riche en iode peut contrebalancer une alimentation riche en soja, et que les résultats des effets du soja sur la santé diffèrent donc fortement selon la population étudiée et son alimentation originaire.

A éviter par précaution

Il est également important de supplémenter en Vitamine E, pour celles et ceux qui consomment, depuis longtemps, et en grande quantité, de la protéine de soja. Comme l'a montré une étude, trois semaines de consommation d'isolat de protéine de soja peut faire chuter le niveau de Vitamine E de 9,7%⁽¹⁴⁾

Le soja, dans ses formes les plus traditionnelles, qui ne sont plus guère consommées, reste un aliment récent à l'échelle de l'évolution humaine. Dans ses formes les plus modernes, comme l'isolat de protéines de soja, c'est un produit industriel de masse, qu'on essaie de nous vendre comme un produit sain. Nous reprendrons donc, pour finir, cette conclusion d'une étude de 2008 disant que, dans l'ensemble, les données existantes sont contradictoires ou insuffisantes pour soutenir la plupart des avantages de la protéine de soja sur la santé.⁽¹⁵⁾

Yves Patte

⁽¹⁾ *Journal of Neuroendocrinology*. 2005; 17(1):57-64; et *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*. 1999; 85: 47-51.

⁽²⁾ *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*. 1995; 208: 40-43

⁽³⁾ *British Journal of Nutrition*. 2005; 94 (6): 873-6.

⁽⁴⁾ *Journal of Nutrition*. 2002; 132: 3577-3584.

⁽⁵⁾ *Phytotherapy Research*. 2003; 17:845-869.

⁽⁶⁾ *Journal of Animal Science*, 1995; 73: 1509-1515

⁽⁷⁾ *Gastroenterology*. 1987; 93(2):225-33.

⁽⁸⁾ *Journal of the American Medical Association*. 2001. 15; vol. 286 (7): 807-814.

⁽⁹⁾ *Nutrition*. 2011. 27(7-8):859-62

⁽¹⁰⁾ *British Journal of Urology International*. 2000; 85, 107-113.

⁽¹¹⁾ *Acta Pathologica, Microbiologica et Immunologica Scandinavica*. 2001; 109(3):161-8)

⁽¹²⁾ *Journal of the Neurological Sciences*. 2007; 262(1-2):15-26.

⁽¹³⁾ *Thyroid* 16(3):249-58)

⁽¹⁴⁾ *Journal of Nutritional Science and Vitaminology*. 2001;47(4):283-8.

⁽¹⁵⁾ *Journal of Nutrition*. 2008; 138(6):1244S-9S.



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'intérêts : un mode de vie sain, la 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 crudités pour vivre plus longtemps



Dans le cadre du projet EPIC (*European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition*) des chercheurs européens ont étudié sur une vaste population la relation entre la consommation de fruits et légumes et le risque de mortalité. Résultats : manger plus de 550 g de fruits et légumes par jour est associé à une mortalité réduite de 10 %, ce qui correspond à un risque de décès reculé de 1,12 an par rapport à moins de 250 g par jour. L'écart est encore plus significatif dans le cas des maladies cardiovasculaires, pour lesquelles un régime riche en fruits et légumes réduit le risque de décès de 15 %. Étudiée séparément, la consommation de fruits n'a pas montré d'impact sur la mortalité. En revanche, la consommation de légumes seuls a un effet retardateur de décès, surtout sous forme de crudités : une forte consommation de légumes crus réduit le risque de mortalité, toutes causes confondues, de 16 % ! (*American Journal of Epidemiology*).

Diabète & petit déjeuner

Prendre un petit déjeuner consistant, riche en protéines et en graisses, permet aux diabétiques de mieux contrôler leur faim et leur niveau de glucose sanguin. C'est le résultat d'une étude israélienne présentée au congrès de l'*European Association for the Study of Diabetes* à Barcelone. Pour Hadas Rabinovitz, le principal auteur de ces travaux, le p'tit déj « à l'anglaise » peut supprimer l'action de la ghréline, l'« hormone de la faim » fabriquée par l'estomac et qui stimule l'appétit. Les protéines matinales peuvent aussi aider à contrôler la glycémie, car les aliments riches en protéines (œufs, poissons, charcuteries, yaourts...) ont un index glycémique réduit. A l'inverse, les céréales, le pain et la confiture augmentent rapidement la concentration de glucose dans le sang.

Seins & cacahuète

Selon des chercheurs de l'University School of Medicine (USA), le beurre de cacahuète est bon pour la poitrine féminine. Leur étude, publiée dans la revue *Breast Cancer Research and Treatment*, révèle que les filles qui mangent régulièrement de cette pâte à tartiner diminuent de 39% le risque de développer des maladies bénignes du sein avant 30 ans. Ce bénéfice n'est pas négligeable puisque certaines de ces anomalies peuvent se transformer, avec l'âge, en tumeurs cancéreuses.

Mastication & appétit

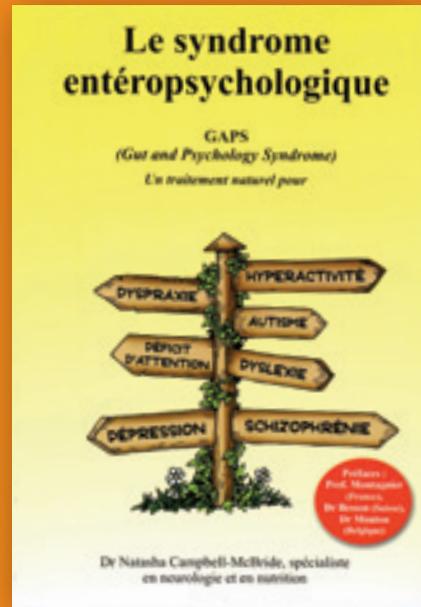
On le savait, mais une nouvelle étude vient de le confirmer : mieux vaut mâcher longuement ses aliments que les engloutir précipitamment ! Pour cette recherche, des hommes en bonne santé ont mangé une pizza. Un groupe devait mastiquer chaque portion 15 fois, un autre 40 fois avant d'avaler. Dans le deuxième groupe, le pic glycémique est arrivé plus lentement et la sensation de faim a mis plus longtemps à revenir. (Source : *LaNutrition.fr*)

Autisme & tryptophane

Selon des chercheurs britanniques, dont l'étude a été publiée dans la revue *Archives of General Psychiatry*, l'autisme serait un trouble organique dont les bases biologiques se situeraient dans un dysfonctionnement de la sécrétion de sérotonine. Leur hypothèse est étayée par le constat que les enfants autistes ont un taux sanguin de tryptophane (acide aminé précurseur de la sérotonine) plus faible et qu'une réduction de tryptophane alimentaire (viande, riz complet, produits laitiers...) chez des adultes autistes conduit à une aggravation des troubles. Soumis à des tests de reconnaissances d'émotions faciales, les patients carencés n'ont pas eu la même activité cérébrale que le groupe d'autistes ayant ingéré une boisson contenant du tryptophane.

LA MÉDIATHÈQUE NÉOSANTÉ

LE SYNDROME ENTÉROPSYCHOLOGIQUE
par le Dr Natasha Campbell -McBride



Docteur en médecine, spécialisée en neurologie et en nutrition, le Dr Natasha Campbell est convaincue des liens étroits entre la santé physique et la santé mentale, entre la façon de manger, l'état du système digestif et le fonctionnement du cerveau. Dans sa clinique de Cambridge, elle s'est spécialisée en nutrition pour enfants et adultes souffrant de troubles de l'apprentissage et du comportement. Chez la plupart de ces patients, elle identifie un « GAPS » (Gut and Psychology Syndrome), qui peut se guérir notamment par un changement d'habitudes alimentaires. C'est un grand espoir dans le traitement de troubles tels que hyperactivité, déficit d'attention, dyslexie, schizophrénie, dépression ou autisme.

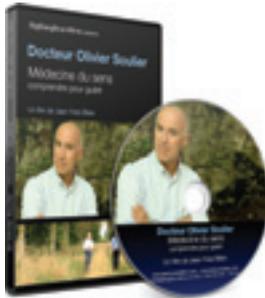
Prix : 33 € hors frais de port

Disponible dans la boutique du site
www.neosante.eu



DVD

Médecine du sens



La « nouvelle médecine du sens » que Néosanté appelle de ses vœux, le Dr Olivier Soulier en est un promoteur de la première heure. En 1988 déjà, ce médecin homéopathe et acupuncteur de Lille donnait sa première conférence intitulée « À quoi servent les maladies ? ». Avec quelques autres, il est à l'origine, en France, du mouvement de compréhension biologique des maladies, il y a 25 ans. Depuis, à travers ses livres et ses séminaires, il a développé une vision symbolique plus large qu'il applique à des domaines variés comme les microbes, les hormones, l'embryologie ou les désirs alimentaires. Dans ce film où il s'entretient avec Jean-Yves Bilien, Olivier Soulier rend la « médecine du sens » abordable par tous, grâce à des exemples et des images simples. Il y partage sa vision du monde, de la maladie et de la vie.

www.jeanyvesbilien.com
bande-annonce sur www.lessymboles.com

FILM

Naissance naturelle



Depuis la nuit des temps, les femmes ont mis les enfants au monde en suivant les justes mouvements de leur corps. Mais avec sa médicalisation, la naissance est quasiment devenue une maladie qu'il faut « traiter » à l'hôpital. Dans le film québécois « L'Arbre et le Nid », cinq femmes témoignent de leurs expériences différentes de l'accouchement. En nous plongeant dans l'intimité de familles qui vont vivre un accouchement à domicile ou en maison de naissance, ce documentaire de 85 minutes amène une vision différente de la naissance, loin de l'hystérie et des cris de douleur, imprégnée de douceur et d'émotion. Y interviennent également des sages-femmes et des gynécologues, dont Michel Odent, qui dénoncent les méfaits de certaines pratiques hospitalières et expliquent l'importance de respecter les processus physiologiques de la naissance. Un film émouvant qui redonne confiance aux femmes dans leur capacité à engendrer naturellement.

www.arbre-et-nid.com

CITATION

« Comprendre les causes profondes des maladies, c'est un décodage des secrets de la vie et de la nature. »

Dr Michel Moïrot
(« L'origine des cancers »)

FUTURE ASSOCIATION

Erreurs médicales



A l'âge de 10 ans, Jacques Goutte est hospitalisé pour méningite. Il ressortira de l'hôpital lourdement handicapé et aujourd'hui, trente ans plus tard, il doit toujours recevoir des soins en permanence. Pour d'obscures raisons, il n'a jamais pu obtenir son dossier d'hospitalisation et n'a donc jamais pu porter plainte pour d'éventuelles erreurs médicales. Pour que cela n'arrive pas à d'autres, il voudrait

créer aujourd'hui une association de victimes qui revendiquerait l'accès des patients aux dossiers médicaux et la réparation des erreurs médicales. Elle serait ouverte à toutes les personnes concernées mais aussi à tout citoyen désireux de les épauler dans leur quête de vérité.

Contact : (00) + 33 - (0)5 49 010 819
gouttejacques@gmail.com

MAGAZINES

Gènes & pensées



Quand on vous disait (lire Néosanté n° 27) que la science épigénétique avait le vent en poupe! Sous le titre « l'hérédité sans gènes », comment

l'environnement rebat les cartes », le trimestriel *Dossier pour la Science* y consacre son numéro d'automne. Loin de gouverner l'organisme, l'ADN est un générateur de protéines soumis aux conditions environnementales et aux influences du mode de vie. De son côté, le mensuel *Science & Vie* a publié dans son édition d'octobre un grand dossier « Guérir par la pensée ». La preuve que c'est possible est illustrée par 15 expériences menées sur l'effet placebo, les bienfaits de la méditation ou les prouesses du neurofeedback.

Disponibles en kiosque.

OUI, la maladie a un sens!

Néosanté publie également des livres sur la nouvelle médecine psychosomatique et le sens psychobiologique des maladies

Où trouver ces livres ?

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



Vous pouvez aussi

les acheter en ligne sur

www.neosante.eu

(en version papier ou en version numérique)

AIDEZ-LES À FRANCHIR LE PAS!

parrainez les nouveaux abonnés de NÉOSANTÉ et gagnez votre abonnement gratuit!



Le principe est simple : vous remplissez le talon ci-dessous en nous renseignant de 1 à 4 personnes susceptibles d'être intéressées par la revue Néosanté. Si elles ne sont pas encore abonnées, nous leur envoyons gratuitement un exemplaire accompagné d'une proposition d'abonnement. Et si une de ces personnes s'abonne, nous prolongeons votre propre abonnement de 3 mois. Si les quatre le font, **vous gagnez ainsi un an d'abonnement gratuit**. Vous pouvez photocopier cette page et parrainer autant de nouveaux lecteurs potentiels que vous le désirez. En choisissant bien ses filleul(e)s, il est donc possible de rester abonné(e) gratuitement en permanence!

TALON à remplir et à renvoyer à

Néosanté / « page parrainage » - Avenue de la Jonction, 64 à 1190 Bruxelles – (Belgique)(de France, timbre à 77 centimes)

Fax : 02.345.85.44 - E-mail : info@neosante.eu

- Je suis abonné(e) à Néosanté**
NOM..... Prénom :.....
Adresse :.....
Code postal : Ville : Pays :
- Je parraine les personnes suivantes**
- 1) NOM..... Prénom :.....
Adresse :.....
Code postal : Ville : Pays :
- 2) NOM..... Prénom :.....
Adresse :.....
Code postal : Ville : Pays :
- 3) NOM..... Prénom :.....
Adresse :.....
Code postal : Ville : Pays :
- 4) NOM..... Prénom :.....
Adresse :.....
Code postal : Ville : Pays :

Veillez leur envoyer un exemplaire gratuitement

- de ma part
 sans préciser l'identité du parrain

REVIVRE SENSORIELLEMENT

Une « nouvelle » méthode de déblocage émotionnel

Dans son nouveau livre « Revivre sensoriellement » (), Luc Nicon soutient que tout être humain est doté d'une fonction naturelle de régulation émotionnelle. Qu'il s'agisse d'un grave accident automobile ou d'une rupture affective douloureuse, le traumatisme se résorbe peu à peu, et, alors que nous pensions cela impossible, un jour, nous reconduisons avec insouciance ou nous retombons amoureux. Mais chez certaines personnes, cette régulation spontanée ne se fait pas. Le mécanisme est bloqué et, dans la plupart des cas, la perturbation empire avec le temps ! Ces blocages concernent en fait toutes nos difficultés émotionnelles récurrentes et chroniques, celles qui s'invitent systématiquement dans notre quotidien à la moindre occasion : peurs, angoisses, phobies, anxiétés, stress, agacements, inhibitions... C'est ce type de difficultés émotionnelles que nous pouvons, selon Luc Nicon, surmonter rapidement, définitivement et en toute autonomie à l'aide de notre aptitude à les revivre sensoriellement. Dans cet extrait, l'auteur résume succinctement et concrètement les 7 étapes de sa méthode.*

EXTRAITS

Par Luc Nicon

1 — Vous ressentez une émotion désagréable

Une émotion se manifeste par un ensemble de sensations physiques⁽¹⁾ ressenties dans notre corps. Ces manifestations sont concrètes et descriptibles : palpitations, nœud à l'estomac, bouffées de chaleur, tétanisation, souffle coupé, tremblements, sueur froide, gorge sèche, jambes en coton, picotements dans le dos, chaleur dans le ventre, la poitrine qui semble exploser... Bref, l'émotion est inscrite dans notre corps. Si ce dernier réagit physiquement lorsque nous sommes confrontés à notre environnement, à nos pensées ou à nos souvenirs, alors nous éprouvons une émotion⁽²⁾. Et si les manifestations physiques que nous ressentons sont désagréables, l'émotion l'est également.

Plus précisément, une émotion désagréable se manifeste systématiquement en nous au contact de la peur :

- peur du noir, de l'eau, du vide, de la vitesse...
- peur de conduire, prendre le métro, le train, l'avion, le bateau...
- peur de prendre l'ascenseur, de se sentir à l'étroit dans un lieu, peur de la foule ou de sortir de chez soi...
- peur des chiens, des souris, des serpents, des araignées, des insectes...
- peur d'être contaminé, souillé...
- peur de mourir ou de perdre le contrôle de soi...

Nos comportements sont de bons indicateurs émotionnels :

- se sentir bloqué ou perdre ses moyens dans certaines situations professionnelles (prendre la parole en public, passer des examens), dans nos relations personnelles (faire des rencontres, vivre l'intimité) ou lors de confrontations sportives...
- paniquer ou être pris d'angoisse dans des situations qui paraissent pourtant anodines...
- être irritable ou se mettre en colère à la moindre contrariété, être violent...
- fuir systématiquement certaines situations...
- être sujet au stress, à l'anxiété...

Nos sentiments, lorsqu'ils sont négatifs, recouvrent également des ressentis émotionnels désagréables⁽³⁾ :

- ne plus avoir l'envie de vivre, être à la fois sans énergie, sans projet, insatisfait...
- se sentir triste, coupable, incompétent, jaloux, rejeté, vexé, humilié, dévalorisé...

Cependant, lorsque nous évoquons nos sentiments, nous ne sommes pas toujours en prise directe avec notre ressenti physique⁽⁴⁾. Or entrer en connexion avec nos sensations est indispensable pour aller plus loin dans notre démarche.

Souvent, la justification d'une émotion désagréable paraît évidente : « Je suis stressé parce que j'ai peur d'être en retard à mon rendez-vous ! » Mais parfois, le « pourquoi ? » d'une émotion reste incompréhensible : « Je me promenais et je me sentais très bien... Mais après quelques minutes, alors que rien n'avait changé autour de moi et que je ne pensais à rien de particulier, l'angoisse de mourir m'a submergé ! »

En fait, peu importe que nous soyons en mesure de comprendre d'où vient une émotion indésirable et pourquoi elle se manifeste. L'important, c'est de ressentir ce qui se passe de désagréable dans notre corps. Et pour cela, il est temps de fermer les yeux.

2 — Fermez les yeux

Habituellement, dès que nous sommes en difficulté émotionnelle, nous tentons d'agir, de réagir au mieux de nos possibilités face à ce qui a provoqué notre émotion. Mais tant que nous sommes sous l'emprise d'une émotion, même minime, nos facultés intellectuelles sont considérablement amoindries et nous ne sommes plus dans les meilleures dispositions pour apporter une réponse efficace. À l'opposé de cette attitude, fermer les yeux, c'est accepter de « lâcher prise » en créant une rupture avec ce que nous sommes en train de vivre. C'est se mettre momentanément à l'écart pour s'occuper d'abord de l'émotion qui nous encombre, avant de revenir, apaisés, vers ce qui nous a perturbés et faire face valablement. Évidemment, quelques situations d'urgence ne le permettent pas, mais dans la plupart des cas nous pouvons facilement créer des conditions favorables pour nous isoler en fermant les yeux. Même dans une situation impliquant d'autres personnes, si nous ne cédon pas à la tentation de réagir impulsivement, nous pouvons fournir, sans trop de difficultés, une raison socialement acceptable pour se mettre en retrait. Malgré tout, dans certains cas, lâcher prise n'est pas évident. En situation de malaise à proximité d'un précipice, si je ferme les yeux, il est probable que je ne parvienne pas à faire totalement abstraction du vide : je dois tout d'abord reculer suffisamment pour ne plus être inquiété avant de fermer les yeux. Mais la présence d'un danger physique (réel ou supposé) n'est pas seule à nous empêcher de nous détacher



de la situation. Si je participe à une réunion animée qui me perturbe émotionnellement, je devrais sans doute m'isoler, aller aux toilettes par exemple, pour ne plus être tenté de prêter attention à ce qui se passe dans la réunion.

Dans tous les cas, tant que nous ne lâchons pas prise sur ce qui génère notre perturbation émotionnelle, nous n'avons aucune chance de pouvoir réguler le blocage émotionnel à l'origine de notre difficulté.

Bien sûr, fermer les yeux ne suffit pas, mais c'est le préalable. Cette acceptation va nous permettre d'aller plus loin en étant attentif à ce qui se passe en nous.

3 — Portez votre attention sur les sensations physiques présentes dans votre corps

Nous ne sommes pas habitués à écouter notre corps lorsque nous ressentons une perturbation émotionnelle mais, si nous portons notre attention sur ce que nous éprouvons sensoriellement à cet instant, nous découvrons que nous sommes en prise directe avec différentes « sensations physiques »⁽⁵⁾. Immédiatement, une ou deux sensations s'imposent à notre attention par leur intensité. Nous n'avons pas à les chercher : elles sont là, bien présentes en nous. La respiration, le cœur et le ventre sont régulièrement concernés. Mais ces sensations dominantes n'occulent pas de nombreuses autres sensations plus ténues qui s'expriment dans d'autres parties du corps. À cette localisation s'ajoute une grande diversité de ressentis : ça serre, ça pique, ça brûle, c'est mou, c'est dur, c'est gros ou petit, dense, spongieux, tendu, noué, étiré, compressé, déchiré... C'est cet assemblage particulier de sensations physiques qui doit être pris en compte, à l'exclusion de toute considération intellectuelle⁽⁶⁾.

Parfois, cet assemblage de sensations se traduit par... une absence de sensation ! Dans notre corps, nous n'éprouvons aucune sensation physique désagréable mais plutôt une impression de relâchement inhabituel. Nous nous sentons absents, en apesanteur, vides, comme

si nous évoluions dans du coton, entourés d'une grande luminosité. Cette perception particulière, même si elle ne semble pas ancrée dans notre corps, doit être considérée, à l'égal des autres sensations, comme l'expression de notre perturbation émotionnelle.⁽⁷⁾

Dès que nous prenons conscience des sensations physiques qui œuvrent dans notre corps, un phénomène tout à fait étonnant survient : nous cessons d'être en réaction émotionnelle. Le seul fait d'être occupé par ce que nous ressentons physiquement court-circuite instantanément notre réaction face à une situation. Par exemple, alors que nous sommes très en colère, dès lors que nous prenons en compte ce qui se passe dans notre corps (la gorge serrée, des tensions dans les épaules, la tête en ébullition, un nœud au ventre...), notre colère disparaît.

À lui seul, ce phénomène est remarquable et, d'emblée, apporte de nombreuses applications concrètes. Par exemple, si nous parvenons à intéresser un enfant (ou un adulte) en panique aux sensations physiques qu'il ressent dans son corps, la panique qui le submergeait cesse immédiatement. Dans le domaine sportif, avant de tirer un penalty dans une rencontre de football ou avant de jouer chaque nouveau point au tennis, les joueurs peuvent ainsi immédiatement faire retomber la pression qui les déstabilise. De la même façon, les comédiens peuvent très simplement venir à bout de leur stress avant ou pendant les représentations.

Plus généralement, pour se défendre d'une réaction émotionnelle, il suffit de prendre conscience de nos sensations physiques pour la stopper.

Ce phénomène est systématique, instantané et fiable. Si nous pensions être attentifs à ce qui se passe dans notre corps mais que notre réaction émotionnelle continue à nous submerger, c'est le signe que nous ne sommes pas vraiment et seulement occupés à ressentir les sensations physiques qui se manifestent en nous.

Ce sont les sensations physiques qui doivent être prises en compte, à l'exclusion de toute considération intellectuelle.

Nous n'avons pas complètement lâché prise avec la situation, et c'est sans doute la seule vraie difficulté que nous pouvons éventuellement rencontrer dans cette démarche.⁽⁸⁾ Recentrons-nous pleinement sur la perception de notre corps, et la réaction émotionnelle cessera aussitôt.⁽⁹⁾

L'effet, cependant, n'est pas durable et, à chaque nouvelle situation, il faut recommencer.

Pour en finir définitivement avec une émotion indésirable qui encombre régulièrement notre existence, dès que nous avons pris conscience de deux ou trois sensations particulières qui œuvrent en nous⁽¹⁰⁾, il est temps de passer à l'étape suivante...

4 — Laissez ces sensations évoluer, se transformer d'elles-mêmes

Nous avons porté notre attention sur les sensations physiques qui se manifestent dans notre corps et notre réaction émotionnelle a disparu. Les sensations, elles, sont toujours présentes. Nous avons juste à les laisser vivre, les laisser évoluer, se transformer, en restant seulement observateurs, des observateurs passifs.

Cette nouvelle phase est à la fois la plus simple et la plus compliquée. La plus simple parce que nous n'avons rien à faire. Nos sensations physiques vont se transformer d'elles-mêmes, inévitablement. Elles vont varier et changer d'intensité. Par exemple, ce qui était dense va s'amollir, s'aérer, se rétrécir, s'agrandir, s'amplifier... Parfois, elles peuvent être impressionnantes au point de nous inquiéter. Nous ne risquons rien. Ce n'est que notre mémoire inconsciente qui nous restitue un ressenti éprouvé par le passé. Si nous sommes pris à partie parfois abruptement par ce ressenti, nous res-



tons toujours conscients, lucides, dans le présent. Nous sommes finalement les spectateurs sensoriels d'un film dont certaines séquences peuvent être difficilement soutenables, mais qui, en fin de compte, reste un film, et un film qui finit toujours bien. Par exemple, même si nous avons soudainement l'impression de ne plus pouvoir respirer, nous ne courrons aucun danger⁽¹¹⁾ : inévitablement, notre respiration va rapidement se modifier et nous entraîner naturellement, d'elle-même, vers l'apaisement. Nos sensations peuvent également se déplacer ou disparaître au profit d'autres qui vont prendre le relais. Dans tous les cas, les sensations initiales vont évoluer. Une seule condition : ne rien faire. Et c'est le plus difficile ! Nous sommes tellement habitués à prendre les choses en main, à agir, que « ne rien faire » demande, pour certains d'entre nous, une vigilance particulière.

5 — Laissez faire, sans contrôle, sans à priori

Dans la plupart des cas, nous sommes malgré nous entraînés dans cette évolution, cette transformation de nos sensations physiques. Néanmoins, la tentation première, c'est de « contrôler ». Contrôler la respiration, une douleur physique, un mouvement inattendu, une

Entrer en connexion avec ses sensations est indispensable pour aller plus loin dans la démarche.

sensation trop prononcée.⁽¹²⁾ ou encore une forte nausée⁽¹³⁾ : toute tentative pour maîtriser l'évolution des sensations stoppe ou, dans le meilleur des cas, ralentit le processus. Pour reprendre l'exemple de la respiration, nous ne devons pas chercher à nous contrôler pour apaiser le manque d'oxygène qui est devenu difficilement supportable, mais accepter cette asphyxie en restant spectateur de ce qui se joue en nous. C'est à cette condition que nos sensations nous conduiront jusqu'à l'apaisement.

Dans cette perspective, certaines personnes formées à diverses techniques destinées à apaiser leurs angoisses, leurs peurs, leurs stress, devront « débrancher » les réflexes qu'elles ont acquis.⁽¹⁴⁾ Un autre écueil est de trop « observer », de se « concentrer » sur les sensations physiques. Il s'agit de les prendre en compte, de constater qu'elles sont présentes dans notre corps, mais en aucun cas de se focaliser dessus.

Il s'agit d'une véritable libération émotionnelle immédiate, complète et définitive.

Une attention trop volontaire sur une sensation isolée ou sur l'ensemble des sensations empêche leur évolution. Là encore, nous devons juste prendre en compte les sensations physiques qui se manifestent en nous sans action, sans volonté particulière, passivement.

Également, dans cette phase d'évolution, nous devons être prêts à accueillir sans à priori, sans idée reçue, certaines sensations ou impressions visuelles qui peuvent être inconvenantes, morbides ou plus simplement déroutantes.⁽¹⁵⁾

6 — Jusqu'à apaisement

Cette évolution, cette transformation des sensations physiques présentes dans le corps ne dure que très peu de temps. Parfois quelques secondes, ou même avec la fulgurance d'un flash d'appareil photographique. Plus couramment, la durée est d'une vingtaine de secondes et peut aller jusqu'à deux minutes et demie. Passé ce délai, si des sensations désagréables continuent à se manifester, c'est le signal que nous faisons « quelque chose » qui contrarie l'évolution de nos sensations : nous nous focalisons sur ce que nous ressentons dans notre corps ou nous tentons de contrôler nos sensations. Encore une fois, contentons-nous de les laisser nous entraîner là où elles voudront bien nous conduire...

Au final, le corps s'apaise, les sensations désagréables disparaissent. Dans la plupart des cas, un véritable relâchement physique et psychique se produit. Toutes les tensions qui contraignaient différentes parties de notre corps s'estompent. Psychologiquement, nous éprouvons une profonde quiétude, une sérénité inattendue.

Parfois, malgré un apaisement significatif, une sensation particulière subsiste encore sous une forme atténuée. Cette sensation résiduelle ne doit pas nous préoccuper : elle disparaît dans les minutes suivantes.⁽¹⁶⁾

Plus rarement, conjointement au relâchement physique que nous éprouvons, une émotion, souvent de la tristesse, nous submerge l'espace de quelques secondes puis s'évacue pour laisser place à la sérénité.

De la même façon, des larmes peuvent s'imposer alors que, paradoxalement, nous nous sentons paisibles. Ces larmes ne sont pas chargées de souffrance : il s'agit d'une simple réaction physique très momentanée qu'il faut accepter comme toute autre manifestation sensorielle.

D'une manière générale, dès que nous n'éprouvons plus de sensation désagréable, nous pouvons ouvrir les yeux et reprendre contact avec notre environnement.

Ensuite, sans trop attendre, si elle ne nous revient pas spontanément en tête, nous devons nous replonger dans la situation qui nous a conduits à entreprendre cette démarche.

Dans presque tous les cas, le fait de repenser à cette situation ne produit plus de réaction émotionnelle indésirable et plus aucune sensation physique désagréable ne se manifeste.

Parfois, néanmoins, survient une nouvelle émotion, différente de la précédente.⁽¹⁷⁾ Il faut alors reprendre la démarche, en commençant par fermer les yeux pour ensuite porter notre attention vers les nouvelles sensations physiques présentes dans notre corps. À l'issue de cette seconde visite sensorielle, plus aucune réaction émotionnelle ne surviendra en repensant à la situation responsable de notre difficulté.

7 — Et après ?

Après ? C'est fini ! Nous n'avons plus rien à faire. Au gré des circonstances, en nous confrontant à des situations similaires à celle qui avait provoqué notre mal-être, nous serons juste surpris de ne plus être perturbés émotionnellement. Encore que, souvent, notre difficulté émotionnelle nous concerne à présent si peu que nous traversons les situations qui nous posaient autrefois problème sans même nous en rendre compte. Mais d'autres surprises nous attendent ! Dans de nombreux cas, l'événement qui a été visité sensoriellement était également impliqué dans d'autres situations de notre quotidien : désormais, ces situations, elles aussi, ne généreront plus aucune perturbation émotionnelle.⁽¹⁸⁾

En résumé, nous avons désactivé un dysfonctionnement émotionnel et, à l'avenir, sans avoir besoin d'aucune autre action, démarche ou technique particulière, nous vivrons avec sérénité toutes les situations autrefois concernées par ce dysfonctionnement. Et dans un an, dans dix ans, il en sera de même⁽¹⁹⁾

Il s'agit d'une véritable libération émotionnelle⁽²⁰⁾ immédiate, complète et définitive.

Et si je n'y arrive pas ?

Dans l'absolu, il n'y a aucune raison : nous possédons tous, lorsque nous sommes en difficulté émotionnelle, cette capacité à nous connecter à nos sensations physiques, à les laisser nous entraîner jusqu'à l'apaisement et, au-delà, à réguler définitivement cette difficulté. Quelles que soient notre culture et notre histoire personnelle, nous avons accès à cette ressource naturelle de façon simple et im-



médiate, sans aucune connaissance particulière.

Seul impératif: notre volonté de nous mettre à l'écart en fermant les yeux pour prendre en compte les sensations physiques qui se manifestent dans notre corps.

Bien sûr, si nous sommes en action (conduire une voiture par exemple), le bon sens nous retient d'entreprendre une telle démarche. Cependant, une fois notre action écourtée, momentanément interrompue ou terminée (en arrêtant la voiture, par exemple), si l'émotion subsiste encore un peu, il est toujours temps de prendre en compte nos sensations physiques.

Parfois, également, trop submergés par l'émotion, nous n'avons plus suffisamment de lucidité et, même si nous pensons à fermer les yeux pour écouter notre corps, notre confusion est telle que nous ne sommes pas en état de mener à bien notre projet. Dans ce cas, nous devons juste patienter le temps de laisser notre émotion se calmer un peu avant de faire une nouvelle tentative.

Malgré tout, certaines situations d'urgence ne sont, bien sûr, pas compatibles avec la pratique de cette démarche. Parfois, également, si l'émotion est trop forte, nous n'avons pas la présence d'esprit d'agir sur notre émotion. De même, certaines personnes auront peur de ne pas savoir quoi faire ou de s'aventurer seules en redoutant ce qui va se passer. D'autres encore, même si l'autonomie est l'une des grandes qualités de cette démarche, préféreront se faire aider par des spécialistes pour aller à la rencontre d'eux-mêmes.

Il existe une technique spécifique qui permet, en différé, de se remettre en situation de perturbation émotionnelle. Cette technique, qui nécessite l'accompagnement d'un professionnel, s'appuie également sur notre capacité à nous connecter à nos sensations physiques en présence d'une difficulté émotionnelle, mais s'utilise alors que l'émotion n'est plus présente, et même éventuellement très longtemps après. Toutes les informations relatives à cette technique ont été largement détaillées dans un précédent livre. ⁽²¹⁾ ■

(*) « *Revivre sensoriellement* », Luc Nicon – Editions Emotion forte.

Notes

- (1) L'expression « sensations physiques » est, ici, un pléonasme volontaire. Les sensations sont toujours physiques, mais nous sommes tellement peu habitués à considérer ce qui se passe dans notre corps que cette redite veut souligner l'aspect résolument physique d'une émotion.
- (2) Nous pouvons, bien sûr, ressentir un choc à un genou ou mal digérer un aliment avarié et cela n'a aucun caractère émotionnel. Plus généralement, une sensation physique unique ne produit pas, à elle seule, une émotion: elle s'apparente plutôt à une douleur, une gêne physique. Nous disons, par exemple: « J'ai mal au dos », « J'ai un torticolis » ou « J'ai une migraine ». Prendre en compte une sensation physique isolée et la laisser évoluer n'aboutira à aucun résultat définitif.
- (3) La langue française ainsi que de nombreuses autres langues ne sont pas très claires sur la différence entre « émotion » et « sentiment ». Les chercheurs, eux-mêmes, emploient chacun leur propre définition. Dans ce livre, le principe le plus simple a été retenu. Si nous ressentons un ensemble de sensations physiques dans notre corps, nous éprouvons une émotion. Une émotion ne se nomme pas, elle se décrit à l'aide des sensations éprouvées. À partir de cette émotion, si nous voulons éventuellement lui donner une signification ou l'expliquer, par exemple: « Je ressens cela parce que je suis amoureux, en colère, déçu ou triste », nous collons une étiquette sur cette émotion, ce qui nous permet de nommer intellectuellement ce que nous venons de ressentir: c'est un sentiment. En résumé, le terme « émotion » est employé pour ce que nous ressentons et le terme « sentiment » pour le sens donné, intellectuellement, à ce ressenti.
- (4) Sans doute pour éviter de nous confronter aux sensations désagréables qu'elles contiennent, nous intellectualisons souvent nos émotions. En disant: « Je me sens déprimé! », une personne ne parle pas forcément de ce qu'elle ressent sur le moment comme sensations dans son corps. Elle exprime un état général. À l'inverse, l'émotion s'inscrit dans un instant particulier. La présence physique de l'émotion, là, sur l'instant, est la condition incontournable pour nous permettre de nous connecter sensoriellement à notre perturbation émotionnelle et de la réguler.
- (5) Certaines personnes seront promptes à affirmer: « Je ne ressens rien lorsque je me retrouve dans une situation de blocage, d'inhibition... » Si nous sommes tendus, stressés, angoissés, inhibés, bloqués, c'est parce que notre corps, en réagissant à une stimulation de notre mémoire, produit des sensations physiques indésirables qui ne nous permettent plus d'agir normalement. Ces sensations désagréables sont donc inévitablement en nous. La plupart sont des tensions musculaires et sont aisément repérables pour peu que nous leur portions attention. Parfois, néanmoins, le corps est étrangement détendu et les sensations de vide, de flottement, de brouillard dans la tête ou encore l'impression d'évoluer dans du coton sont plutôt agréables. Dans ce cas très particulier, ces sensations doivent être prises en compte pour poursuivre la démarche. Cette exception mise à part, lorsqu'une personne ne ressent vraiment aucune sensation physique désagréable, c'est certainement qu'elle reste en prise directe avec l'extérieur. Il lui suffit de se détourner de ce qui la préoccupe et de s'intéresser vraiment à ce qui se passe physiquement dans son corps pour découvrir de multiples sensations. Cela ne nécessite aucune sensibilité, aucune capacité, aucun entraînement particuliers.
- (6) Une personne angoissée, par exemple, peut rester à nourrir son angoisse en ressasant ce qui l'a alimentée: elle tournera en rond dans ses réflexions sans qu'il ne se passe rien. Pour sortir de cette impasse, elle doit porter son attention sur les sensations physiques présentes dans son corps: une oppression respiratoire dans la poitrine, le cœur serré et douloureux, la tête « cotonneuse », le ventre noué et les jambes molles ou mille autres sensations encore...
- (7) L'impression d'être « absent », déconnecté de notre environnement et de nous-même, peut être ressentie en tout début d'introspection mais également à la suite de sensations physiques bien localisées dans notre corps. Dans tous les cas, cet état de « non-sensation » doit être considéré comme une manifestation sensorielle à part entière.
- (8) Dans certaines situations, nous pouvons être tentés de garder un œil sur ce que nous étions en train de vivre. Si nous restons accrochés à la si-



tuation, le processus s'enrayera et la réaction émotionnelle ne disparaîtra pas.

À la fin d'une conférence, alors que l'assistance posait des questions, une personne prit la parole pour expliquer qu'elle venait de suivre très précisément les consignes données sans venir à bout de son émotion. Elle accepta de faire part du trouble qui l'avait conduite à faire cet essai : elle souhaitait poser une question et cela l'avait mise en forte perturbation émotionnelle. Elle décrit ensuite les différentes étapes par lesquelles elle était passée. Tout semblait effectivement correct, au détail près que, dans le même temps, elle continuait à guetter les questions d'autres participants pour ne pas perdre son tour.

⁽⁹⁾ Parfois, certaines personnes restent volontairement exposées à ce qui provoque leur émotion pour être sûres de ressentir des sensations fortes dans leur corps : les sensations sont évidemment bien présentes mais la suite de la démarche est souvent compromise. Une personne claustrophobe, par exemple, ressentira plus intensément son mal-être en restant dans le lieu qui l'opprime, mais en s'obligeant à braver sa difficulté, elle ne parviendra peut-être pas à surmonter son impérieux besoin de sortir. Dès que la personne sera à l'extérieur, elle se sentira hors de danger mais les sensations seront toujours assez fortes pour permettre au processus de se faire normalement.

⁽¹⁰⁾ Dès que nous sommes pris à partie par une émotion, les manifestations physiques sont nombreuses. Si nous sommes attentifs, nous pouvons généralement en dénombrer plus d'une dizaine mais une telle introspection n'est ni utile, ni souhaitable. Les deux ou trois premières sensations qui s'imposent sont largement suffisantes pour poursuivre la démarche. À l'inverse, si une seule sensation émerge spontanément, il faut porter attention à d'autres parties du corps : d'autres sensations seront inévitablement présentes. Si ce n'est pas le cas, cela signifie que, même avec les yeux fermés, nous sommes toujours en prise directe avec la situation.

⁽¹¹⁾ À ce jour, après plus de dix années passées à former à cette pratique, sur plusieurs milliers de séances réalisées par des personnes alors qu'elles étaient en dysfonctionnement émotionnel, pas un seul cas d'accident ou même d'incident mineur n'est à signaler. Si les ressentis physiques sont très réalistes et parfois intenses, leur innocuité à court, moyen ou long terme, tant sur notre corps que sur notre mental, semble désormais acquise. Même les personnes sujettes à des crises d'épilepsie, des crises de panique ou des « bouffées délirantes » n'ont jamais manifesté de réaction anormale en cours de séance ou à la suite. Les tests d'utilisation de la démarche menés en hôpital psychiatrique n'ont provoqué par la suite aucune réaction inhabituelle.

⁽¹²⁾ De nombreuses sensations peuvent s'apparenter à des ressentis impressionnants éprouvés dans de mauvais rêves ou cauchemars : une chute vertigineuse qui n'en finit plus, par exemple.

⁽¹³⁾ L'envie de vomir fait partie des manifestations physiques possibles, mais, sur plusieurs centaines de milliers de séances réalisées en situation ou guidées par un thérapeute, à ce jour, aucune personne n'est jamais réellement passée à l'acte. Les sensations ressenties ne sont pas notre réalité mais un souvenir sensoriel que nous revivons.

⁽¹⁴⁾ Les personnes habituées, par exemple, à pratiquer la sophrologie risquent de prendre en charge leurs sensations physiques par automatisme sans s'en rendre compte. Elles devront être particulièrement vigilantes avec ces réflexes conditionnés sous peine d'interrompre le processus en cours.

En dehors de techniques reconnues et éprouvées dans la prise en charge des sensations physiques, voici une liste non exhaustive d'actions que certaines personnes mettent en œuvre pour apaiser leur perturbation :

- se concentrer sur ses sensations jusqu'à ce qu'elles disparaissent (les faire fondre), envoyer sa respiration sur les endroits où ça fait mal...
- attribuer à ses sensations une couleur, une forme, noter leur intensité sur une échelle de 1 à 10...
- transformer ses sensations en pensées positives, en lumière, en eau, en vent...
- parler à ses sensations, les apprivoiser, les caresser, les masser...
- transférer mentalement ses sensations à celui ou celle qui en est l'origine...

⁽¹⁵⁾ Certaines réactions physiques, telle l'envie de vomir ou même de déféquer, se manifestent parfois et peuvent nous inquiéter au point de nous inciter à ouvrir les yeux pour réagir. Dans un autre registre, des impres-

sions visuelles qui peuvent apparaître lorsque nous revivons sensoriellement présentent souvent un caractère morbide : des images de fœtus plus ou moins dégradés, ou encore d'étranges formes animalières menaçantes peuvent s'imposer très momentanément et nous inquiéter. Des sensations de chute interminable, de déchirure ou de compression du corps, ou encore l'impression de mourir peuvent être également inquiétantes. Mais ces multiples manifestations sont éphémères et ne doivent pas nous détourner de notre passivité. Rien de ce que nous vivons est réalité. Si nous restons résolument observateurs, en quelques secondes, tout se transforme, s'apaise.

⁽¹⁶⁾ Si une sensation persiste après que nous avons ressenti un apaisement, peut-être avons-nous réouvert les yeux trop promptement alors qu'une sensation tardait à disparaître complètement. Une sensation résiduelle s'explique également par sa présence dans d'autres perturbations émotionnelles que celle que nous venons de réguler : cette multi-appartenance stimule plus longtemps son activité.

⁽¹⁷⁾ Certaines difficultés émotionnelles, principalement les inhibitions, sont structurées autour de deux blocages émotionnels distincts. En nous connectant à nos sensations, nous pouvons réguler émotionnellement l'un et l'autre très souvent à la suite, mais cette régulation peut se faire avec un léger décalage. Pour cette raison, après un premier apaisement, nous sommes parfois surpris de nous confronter à une nouvelle émotion qui s'exprime alors par un assemblage de sensations différentes.

⁽¹⁸⁾ Des situations de vie qui semblent n'avoir aucune relation entre elles mais qui ont en commun un assemblage de sensations identiques correspondent à un même blocage émotionnel. Porter attention à nos sensations à partir de l'une de ces situations et les laisser évoluer suffit à nous libérer de nos réactions émotionnelles dans toutes les autres situations concernées par cette empreinte sensorielle.

⁽¹⁹⁾ Les retours d'expérience des premières séances datent d'une quinzaine d'années. Depuis, des centaines de milliers de séances ont permis de confirmer qu'après avoir été sensoriellement visitées, les émotions perturbatrices concernées ne se manifestent plus.

⁽²⁰⁾ En l'absence de certitude sur les mécanismes neuropsychologiques mis en œuvre, les expressions utilisables pour qualifier l'aboutissement de cette démarche sensorielle sont nombreuses, chacune mettant l'accent sur un aspect particulier :

- « Régulation émotionnelle » porte bien l'idée de retour à la normalité de nos émotions.
- « Actualisation émotionnelle » évoque l'impression d'avoir été en proie à des émotions d'une autre époque qui, à présent, sont mises à jour.
- « Libération émotionnelle » souligne le plein potentiel d'action et de décision que nous recouvrons lorsque nous ne sommes plus contraints par nos émotions.

⁽²¹⁾ TIPI : *technique d'identification sensorielle des peurs inconscientes* — Actuellement, plus de 600 professionnels (médecins, psychiatres, psychothérapeutes, personnel soignant, etc.) sont formés à cette technique de par le monde.

Expert en pédagogie et en communication comportementale, **Luc Nicon** est l'auteur des livres *Comprendre ses émotions* (2003) et *Tipi* (2007). Ses recherches sur les mécanismes émotionnels l'ont amené à créer et développer Tipi, une technique mise en œuvre partout dans le monde par des médecins, des thérapeutes, des coaches, et permettant de revivre sensoriellement l'origine des peurs inconscientes.

Dans son livre *Revivre sensoriellement* (2013), il propose aux lecteurs d'utiliser l'essentiel de ses découvertes par eux-mêmes, en complète autonomie.

www.sensorelive.info



ABONNEMENT

FAITES VOTRE CHOIX PARMIS LES 8 FORMULES

Et renvoyez cette page à NéoSanté Éditions - Avenue de la Jonction, 64 à 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 À VIE	500 €	600 €	800 CHF	1000 \$
<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 (27 numéros)

87 € (Belgique) 99 € (France + UE + Dom-Tom) 136 CHF (Suisse) 165 \$ (Canada + reste du monde)

je commande exemplaire(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				

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 (63 €) visitez la boutique sur le site de Néosanté.)

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 et cartes de crédit) via le site www.neosante.eu

date et signature:

Je désire une facture.

Mon N° de TVA est



Devenez DIFFUSEUR DE **néosanté**

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

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

(pour souscrire, voir page 47)



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