

**Jacques B. Boislève**, né en 1961, a suivi un parcours universitaire (Dr en Pharmacie, DES de biologie médicale, DU alimentation santé) et non universitaire (psychologie, santé naturelle, traditions). Cette complémentarité l'a conduit à exercer ses compétences comme consultant formateur en santé intégrative. [www.sante-vivante.fr](http://www.sante-vivante.fr)

Cet essai propose une stratégie d'accompagnement et de soins **intégrative, globale et personnalisée**, pouvant s'adapter à toute situation pathologique. C'est l'aboutissement d'une observation attentive des réussites, des limites et des échecs des multiples approches thérapeutiques existantes (conventionnelles et non conventionnelles), suivie d'une réflexion et d'une synthèse conduisant à des propositions concrètes immédiatement applicables.

L'ouvrage propose un regard nouveau sur la santé, dans une **globalité systémique** qui a, jusqu'à ce jour, peu inspiré le domaine médical et thérapeutique, alors que sa performance pour aborder les phénomènes complexes est reconnue dans de nombreuses autres disciplines.

Ce regard a orienté les formations et les diverses interventions de l'auteur depuis une dizaine d'années, auprès d'un public professionnel de santé ou non. Il a suscité beaucoup d'intérêt, parce qu'il donne une forme éclairante à une globalité souvent ressentie, sans pouvoir se référer à un modèle reconnu.



Santé Vivante

Jacques B. Boislève

# Santé Vivante

Stratégies de soins  
innovantes et pragmatiques  
pour une santé durable



Jacques Benjamin Boislève

Holosys Éditions  
Science & Santé

## **PREMIÈRE PARTIE : SANTÉ VIVANTE . . . . . 7**

### **I - Constats sur la situation actuelle de la santé vue dans sa globalité .....9**

1. Santé, maladie, thérapie et guérison .....9
2. Le problème posé par les maladies de civilisation ..... 11
3. Illusion et pouvoir du diagnostic..... 11
4. Une offre thérapeutique vaste et disparate..... 12
5. Évaluation et validation des méthodes de soins..... 13

### **II - Bases conceptuelles pour une nouvelle approche globale de la santé ..... 17**

1. Globalité et dynamique triangulaire de la vie ..... 17
2. Une conception globale et simple de l'être humain : l'homme biosystémique... 19
3. Psychosomatisme..... 21
4. Causalité déterministe et non déterministe..... 22
5. Dynamique évolutive des êtres vivants ..... 23

### **III - Santé intégrative, santé personnalisée et santé vivante .....25**

1. Santé intégrative..... 25
2. Médecine personnalisée..... 27
3. Santé vivante ..... 29

### **IV- Modes d'action thérapeutiques ..... 31**

1. Mode d'action curatif = traitement symptomatique ..... 35
  2. Mode d'action nutritif..... 38
  3. Mode d'action informatif..... 44
  4. Tableaux comparatifs des modes d'actions appliqués aux produits de soins ... 49
  5. L'effet placebo ..... 51
  6. Quelques exemples..... 51
  7. Intérêt principal des modes d'actions ..... 56
- Annexe : Sous-modalités du mode d'action informatif..... 59

## **SECONDE PARTIE : APPROCHES ET TECHNIQUES DE SOINS . . . . . 63**

### **V - Écologie personnelle..... 65**

- A- Échanges avec l'environnement ..... 66
- B- Attention et soins apportés au corps..... 68
- C- Vie Psychique ..... 70
- D- Optimisation des ressources intégratives appliquées (approche ORIA)..... 72

### **VI - Techniques de soins ..... 75**

1. Le choix des techniques de soins en santé intégrative ..... 78
2. Médecine occidentale moderne ..... 83
3. Soins psychologiques ..... 86
4. Posturologie et soins manuels..... 87
5. Médecines naturelles de terrain..... 91
6. Soins énergétiques ..... 95
7. Comment juger si une technique est efficace et utile ? ..... 103

<b>VII - Psychologie et santé .....</b>	<b>109</b>
1. La psychologie dans le domaine psychique .....	109
2. Psychologie et maladies .....	115
3. L'effet placebo, un allié thérapeutique gratuit et universel.....	125
4. La relation thérapeutique, clef de l'efficacité des soins .....	129
<b>VIII - Quelques pistes + démarche générale face aux maladies chroniques .....</b>	<b>141</b>
1. Surcharge toxique.....	142
2. Atrophie intestinale et intolérances alimentaires .....	147
3. Candidose digestive chronique.....	155
4. Intoxication chronique aux métaux .....	161
5. Borrélioses de Lyme .....	170
6. Le rail thérapeutique qui porte la transformation guérisseuse .....	174
 <b>TROISIÈME PARTIE : FACE À LA MALADIE .....</b>	 <b>179</b>
<b>IX - Cinq piliers porteurs d'un programme thérapeutique complet.....</b>	<b>183</b>
1. L'accompagnement psychologique .....	184
2. Les soins directs .....	184
3. L'optimisation du mode de vie .....	187
4. Médicaments et produits de santé naturels (PSN) .....	188
5. La participation active par un exercice quotidien .....	193
<b>X- Cinq objectifs pour construire un axe thérapeutique adapté à la situation....</b>	<b>195</b>
1. Maintenir les fonctions vitales .....	196
2. Atténuer les symptômes .....	197
3. Traiter les causes actives .....	198
4. Renforcer le terrain .....	200
5. Créer le contexte d'une transformation guérisseuse .....	202
<b>XI - 9 schémas stratégiques adaptés aux diverses situations pathologiques ....</b>	<b>205</b>
1. Prévention.....	207
2. Petits soins du quotidien.....	212
3. Troubles constitutifs (congénitaux ou acquis).....	215
4. Accidents ou pathologies aiguës .....	223
5. Les inconforts chroniques .....	228
6. Maladies chroniques du sujet jeune .....	238
7. Cancer .....	248
8. Maladies dégénératives.....	260
9. Fin de vie .....	273
10. Intérêt d'un plan stratégique (ou programme thérapeutique) adapté .....	277

<b>XII - En pratique .....</b>	<b>281</b>
A. Les choix du côté malade/patient.....	281
B. Les choix du côté soignant.....	288
C. Optimiser une stratégie de soins.....	290
D. Démarche globale optimisée face aux pathologies chroniques .....	295
<b>Conclusion .....</b>	<b>303</b>
<b>Tables des illustrations.....</b>	<b>305</b>
<b>Index .....</b>	<b>307</b>

Le livre s'articule en 3 parties de 4 chapitres chacune.

### PREMIÈRE PARTIE : SANTÉ VIVANTE

*Santé Vivante* est une approche globale, intégrative et personnalisée de la santé, qui part du constat d'échec des propositions actuelles face aux maladies chroniques, pour proposer une démarche résolument nouvelle.

#### Chapitre I : Constats sur la situation actuelle de la santé vue dans sa globalité

- Comment définir la santé, la maladie et la guérison ?
- L'impuissance des solutions actuelles face aux maladies et inconforts chroniques.
- Les limites du diagnostic quand il ne fait que mettre un nom sans apporter de solution, et l'intérêt de passer d'un diagnostic d'identification à un diagnostic de solutions (ou de ressources).
- L'offre thérapeutique actuelle, vaste et disparate, rend difficile le choix de la meilleure solution.
- L'évaluation, indispensable au choix des meilleures solutions, est aujourd'hui limitée par de nombreuses insuffisances.
- > Cinq pistes pour sortir de l'impasse face aux maladies chroniques (p. 8).

#### Chapitre II : Bases conceptuelles pour une nouvelle approche globale de la santé

La globalité des êtres vivants dans une approche ternaire information/énergie/matière se traduit en triade psychisme au sens large/organisme structuré/écosystème personne. Elle permet de sortir définitivement du modèle de l'homme machine.

Schéma représentatif de l'être humain dans cette globalité ternaire, avec une relation psychosomatique à la fois réelle et mystérieuse.

La différence essentielle entre les causes déterministes et non déterministes.

La capacité évolutive est une caractéristique majeure des êtres vivants, non prise en compte par les approches construites sur une représentation mécaniste.

- > Cinq concepts pour établir un modèle de l'être humain plus proche de sa réalité vivante (p. 13).

#### Chapitre III : Santé intégrative, personnalisée et vivante

Définition du concept *Santé Vivante* et des deux bases existantes auxquelles il se réfère : l'approche intégrée de santé et la médecine personnalisée.

#### Chapitre IV : Mode d'action des techniques et produits de soins

Une application très concrète de l'approche *Santé Vivante*, la différenciation en trois modes d'action des différentes propositions thérapeutiques : action curative, action nutritive, action informative.

### SECONDE PARTIE : APPROCHES ET TECHNIQUES DE SOINS

Revue synthétique des méthodes de soin, de manière à éclairer le choix dans la grande diversité des propositions conventionnelles et non conventionnelles.

#### Chapitre V : Écologie personnelle

Revue rapide de 21 ressources intégratives appliquées, qui contribuent à la prévention et au changement guérisseur, et qui font l'objet d'un autre ouvrage à venir.

#### Chapitre VI : Techniques de soins

Panorama synthétique des principales techniques de soins (médecine occidentale moderne, posturologie et soins manuels, médecines naturelles de terrain, soins énergétiques) et critères qui permettent de mieux connaître leur efficacité et de choisir les plus pertinentes.

#### Chapitre VII : Psychologie et santé

Les soins dans le domaine de la psychologie, la place du psychosomatisme dans la compréhension des maladies et leur traitement, l'effet placebo, la relation thérapeutique comme composante majeure du parcours de soins.

## Chapitre VIII : Quelques pistes et une démarche pour les maladies chroniques

Description et intérêt de quelques pistes couramment utilisées dans le traitement des maladies chroniques : surcharge toxique, atrophie intestinale, intolérances alimentaires, candidose digestive chronique, intoxication aux métaux, borrélioses de Lyme. Et une démarche générale pour utiliser ces ressources sans se perdre dans une complexité où tout interfère.

## TROISIÈME PARTIE : FACE À LA MALADIE

Revue synthétique des méthodes de soins, de manière à éclairer le choix dans la grande diversité des propositions conventionnelles et non conventionnelles.

## Chapitre IX : Cinq piliers porteurs d'un programme thérapeutique complet

Cinq piliers complémentaires et synergiques permettent d'élaborer une offre de soins complète dont les différentes composantes s'articulent dans une stratégie cohérente : 1- L'accompagnement psychologique (relation thérapeutique), 2- Les soins directs, 3- L'optimisation du mode de vie, 4- La prescription d'un médicament ou d'un produit de santé naturel (PSN), 5- La participation active de la personne à son processus de changement.

## Chapitre X : Cinq objectifs pour définir un axe thérapeutique adapté à la situation

Les solutions proposées par les diverses approches thérapeutiques peuvent répondre à cinq objectifs différents. Plusieurs objectifs peuvent se combiner pour fixer un axe thérapeutique adapté à chaque situation. Cet axe sera le fil conducteur de la solution.

Les cinq objectifs peuvent se décrire ainsi :

- 1- Maintenir les fonctions vitales (sauver) ;
- 2- Atténuer les symptômes (soulager dans l'immédiat) ;
- 3- Traiter les causes actives (améliorer ou guérir par la réparation) ;
- 4- Renforcer le terrain (prévenir, améliorer, soutenir le potentiel d'autoguérison) ;
- 5- Créer le contexte d'une transformation guérissante (améliorer ou guérir par la transformation).

Selon le contexte, certains objectifs sont prioritaires et d'autres dépourvus d'intérêt.

## Chapitre XI : Neuf schémas stratégiques adaptés aux diverses situations pathologiques

Le pragmatisme intégratif santé vivante ancré sur une rigueur scientifique allie la souplesse, l'ouverture et la mise en cohérence des soins suivant un concept général qui permet de les organiser dans une stratégie adaptée à la personne et à son objectif.

Neuf stratégies générales sont proposées pour neuf contextes qui englobent la grande majorité des situations conduisant à une demande de soin.

Ce sont des modèles qui permettent d'établir un plan personnalisé adapté à la situation pathologique, après avoir clarifié l'objectif de la personne.

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| 1. Prévention                                    | 2. Petits soins du quotidien          |
| 3. Troubles constitutifs (congénitaux ou acquis) | 4. Accidents ou pathologies aiguës    |
| 5. Les inconforts chroniques                     | 6. Maladies chroniques du sujet jeune |
| 7. Cancer  | 8. Maladies dégénératives             |
|  | 9. Fin de vie                         |

## Chapitre XII : en pratique...

Quelques aspects pratiques pour améliorer la santé durable et la qualité des soins :

- Comment pour un malade/patient choisir sa démarche thérapeutique et les soignants qui vont l'accompagner ?
- Comment un soignant aborde les diverses situations de manière intégrative ?
- Comment optimiser une stratégie de soins dans l'immédiat et dans la durée ?
- Comment aborder les maladies chroniques ?

## CONCLUSION

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

## INDEX

#### 4. La relation thérapeutique, clef de l'efficacité des soins

La relation thérapeutique n'est-elle qu'une courtoisie qui améliore le climat des échanges et permet une meilleure acceptation des soins proposés, comme le suggère la médecine occidentale moderne ? Ou est-elle l'outil thérapeutique majeur sans lequel aucun soin ne peut avoir ses effets optimaux, comme l'affirment certaines formes de psychothérapie ?

Il est difficile de comparer la relation d'un médecin qui établit un diagnostic sur son savoir et donne le traitement reconnu comme le plus efficace sur la pathologie identifiée, et celle d'un psychothérapeute qui doit explorer le monde intérieur de la personne qu'il accompagne pour trouver avec elle une solution réaliste. Cette différence évidente conduit à une simplification réductrice : la médecine du corps est avant tout un acte technique et la psychologie un accompagnement humain, c'est pourquoi la relation n'a pas la même importance dans les deux cas.

Ce constat a conduit à la situation actuelle : dans les facultés de médecine, dans les cursus paramédicaux et dans la plupart des écoles de soins non conventionnels, l'enseignement est exclusivement orienté sur le concept santé et les techniques de soins qui en découlent. La relation est considérée comme un acquis. Chacun fait alors avec ce qu'il est, et entre en relation lors d'une consultation comme il le fait dans la vie, avec le costume de thérapeute en plus. Les praticiens de santé ont souvent l'impression de bien faire, du fait de leur intention d'accueil, de respect et d'ouverture. Ils ignorent qu'en relation humaine, la bonne intention ne suffit pas à donner la compétence. La réalité relationnelle dans les cabinets de consultation est souvent loin de l'idéal que l'on connaît de la relation thérapeutique, sans que les intéressés en soient conscients, faute d'y avoir été initiés.

##### La relation thérapeutique en soin psychologique

C'est dans le domaine de la psychologie, spécialiste des problèmes relationnels, que devrait à priori se trouver un modèle. Il faut pour cela faire un tri dans la grande diversité. Le panorama proposé ici n'est pas exhaustif, il est destiné à illustrer cette diversité.

La **psychiatrie** détient probablement la palme du déficit de relation. Il y a bien sûr de belles exceptions, qui ne permettent aucune généralisation, mais les témoignages rapportent souvent des comportements qui ne favorisent pas une amélioration profonde, durable et non dépendante de médicaments.

Comme la médecine occidentale dont elle fait partie, la psychiatrie se positionne avec un savoir qui détient la solution. Les médicaments sont trop souvent prescrits sans discussion du rapport bénéfice/risque. Des commentaires sont émis à l'emporte-pièce. Les conseils s'apparentent souvent à des solutions standardisées, mécaniques, déconnectées de la spécificité de la personne et de son écosystème personnel. Des patients non pris en compte dans ce qui pourtant les concernent directement, sont alors laissés dans le désarroi.

La compétence de la psychiatrie est avant tout technique, elle n'est pas relationnelle. Dans certains cas, la puissance de son autorité et l'efficacité éprouvée de ses traitements sont nécessaires (maladies mentales, dépression profonde, anorexie). C'est alors la seule solution pour sauver certaines personnes en situation de danger, sans la capacité, même accompagnée, de s'en sortir par elles-mêmes.

Lorsque la relation est essentielle pour accompagner vers une amélioration durable et non dépendante de médicaments, la psychiatrie actuelle en France est bien mal outillée, par manque de formation, et par le format trop court de ses consultations. Elle est pourtant souvent en première ligne, du fait de son statut conventionnel et de sa prise en charge par l'assurance maladie.

La **psychologie clinique** universitaire, bien qu'elle forme des praticiens destinés à l'accompagnement individuel, n'investit pas non plus dans la relation. Les solutions proposées sont issues de la démarche scientifique et répondent à l'exigence des évaluations ou des expériences confirmées dans le temps. La relation, en revanche, est improvisée. Elle est abordée lors de formations complémentaires, hors université, que le psychologue n'a aucune obligation de suivre.

La **psychanalyse** établit un type de relation spécifique, qui est le socle de sa stratégie thérapeutique. Elle a introduit le principe de neutralité. L'objectif est clairement défini : laisser la personne cheminer sans influence, afin qu'elle trouve elle-même ce qui la concerne et qui est déjà en elle. La froideur et la distance sont implicitement prévues par le contrat. Ce sont alors des choix thérapeutiques.

La **psychothérapie humaniste** initiée par CARL ROGERS<sup>1</sup> est fondée sur l'empathie dans la relation. Celle-ci offre à la personne accompagnée un espace de sécurité et de bienveillance, dans lequel elle peut retrouver sa confiance, laisser émerger ses solutions intérieures, et trouver le soutien pour les mettre en œuvre. La compétence relationnelle est alors la partie la plus importante de la formation des praticiens. Cette approche est un modèle éclairant de relation thérapeutique. La relation comme outil d'accompagnement se révèle particulièrement intéressante pour les personnes qui ont en elle l'énergie et les ressources pour s'en sortir. Elle est en revanche limitée pour celles qui n'ont pas ce potentiel, et ont besoin soit d'autorité, soit de stratégies dynamiques nécessitant une aide extérieure pour s'en sortir.

Les **psychothérapies brèves**, d'inspiration systémique (école de Palo Alto, PNL, hypnose ericksonienne), intègrent pleinement la relation dans la thérapie, avec la capacité de prendre selon le contexte une position réceptive (empathique), active (autoritaire), ou coopérative. Ces thérapies s'appuient sur le changement généré dans l'interaction. Obtenir ce changement nécessite un engagement fort dans la relation. Celle-ci est donc le socle incontournable de toutes les techniques thérapeutiques employées. Ses nombreux succès sont peu reconnus par défaut d'évaluation objective. Ils sont régulièrement vérifiés par l'expérience. Le modèle relationnel qui a été développé est le plus abouti. En jonglant avec plusieurs modes d'interaction qui répondent à des objectifs différents, ces nouvelles formes d'accompagnement font de la relation un véritable outil thérapeutique.

Les diverses approches de psychothérapie ont acquis, par choix ou par défaut, un mode relationnel qui est ensuite modulé par chaque praticien, selon sa personnalité et son apprentissage personnel de la communication. Le modèle relationnel général choisi par chaque pratique est adapté à son objectif thérapeutique. C'est en cela que le monde de la psychologie va éclairer celui de la santé, qui s'est bien peu intéressé à la question.

---

<sup>1</sup> ACP : Approche Centrée sur la Personne



## La relation thérapeutique en santé générale

En dehors de certaines pratiques comme la kinésiologie, la relation ne fait pas partie de l'arsenal thérapeutique des diverses approches de soins du corps. Le modèle de santé et de maladie, les méthodes de diagnostic qui permettent de détecter les anomalies, et les techniques de soins qui les corrigent sont le cœur de la compétence. La relation est improvisée pour optimiser une démarche qui conduit du diagnostic au soin. C'est la raison pour laquelle nous pouvons rencontrer, dans une même profession, une grande diversité de modes relationnels.

### La relation influe-t-elle sur les soins ?

Du fait de l'action directe sur l'organisme des soins ou des produits prescrits, des résultats sont obtenus quel que soit le mode relationnel. Souvent, il est considéré que seul le traitement agit et que la relation n'est qu'une question de politesse, de cadre plus agréable, ou d'un contexte qui permet la meilleure observance des traitements.

Lors de soins destinés à une pathologie du corps, la relation thérapeutique influe-t-elle sur l'efficacité globale de la démarche entreprise, au-delà de l'effet isolé du traitement sur lequel l'attention est focalisée ? Conduit-elle au choix de meilleurs traitements ? En clair, peut-elle améliorer les résultats ?

Il est impossible de répondre à ces questions par une démarche analytique répondant aux standards de la science. Il n'y a pas de preuves objectives. La médecine et la majorité des thérapies à visée corporelle ne croient pas, ou peu, à l'importance de la relation dans l'efficacité des soins. C'est la raison pour laquelle elles s'investissent totalement dans la compétence technique, et pas dans la compétence relationnelle.

Affirmer que la relation thérapeutique est un facteur important d'amélioration et de guérison dans les maladies chroniques ne peut être ni validé (absence de preuves) ni invalidé (l'absence de preuves n'est pas la preuve d'absence) par le consensus scientifique. Y croire est légitime pour plusieurs raisons. C'est un avis fréquemment partagé sur une base de bon sens et d'expériences vécues.

Les travaux récents menés sur l'influence de la relation *mind-body*, notamment dans les universités américaines et à la clinique d'Essen déjà évoquée, apportent un peu plus d'objectivité.

Une observation personnelle va aussi dans ce sens : les praticiens qui ont des succès thérapeutiques inhabituels et acquièrent une renommée amenant des personnes à venir de loin pour les consulter, utilisent les mêmes techniques de soins que les autres. Ils ont des modes relationnels très divers, mais souvent différents de ce qui se fait habituellement, avec quelques constantes. La principale caractéristique de leur position relationnelle est de n'avoir aucun doute sur les solutions qu'ils préconisent. La relation thérapeutique qu'ils établissent est-elle la clef de leur succès ? C'est l'hypothèse que nous allons retenir ici, parce qu'elle nous ouvre des portes vers une amélioration générale de l'efficacité des soins.

### Autorité et empathie sont-elles opposées et incompatibles ?

Deux formes particulières de relation se retrouvent chez les praticiens qui réussissent et acquièrent une renommée.

La première est une forte autorité qui ne laisse aucun doute sur les traitements prescrits ou les soins effectués, avec la promesse d'un résultat assuré, plus ou moins clairement exprimée.

La seconde est une forte empathie qui régénère en profondeur et donne de l'énergie à la personne accompagnée pour se mettre en mouvement.

En psychologie, l'une se retrouve en psychiatrie, l'autre en approche centrée sur la personne de CARL ROGERS. Les deux ont leur limite, comme cela a déjà été évoqué.

Alors pourquoi ne pas associer les deux ? Est-ce possible alors qu'elles sont si contraires ?

Les praticiens avancés en relation dans la lignée des thérapies systémiques combinent les deux qualités sans les opposer.

## Optimisation de l'outil relationnel

Concrètement, comment un même praticien peut-il avoir recours à deux positions thérapeutiques aussi opposées dans une même séance ? Un cheminement en plusieurs étapes permet cela :

1. D'abord, considérer que la relation fait pleinement partie de la pratique thérapeutique. Ainsi, elle ne s'établit pas par automatisme naturel, mais par un positionnement choisi pour atteindre un objectif. Dans une consultation de soin, la relation est par nature asymétrique. C'est le thérapeute, maître du cadre, qui choisit la position optimale au service de sa stratégie.

2. Considérer ensuite que le même type de relation n'est pas ajusté à toutes les personnes en demande de soins. Certaines ne pourront jamais s'en sortir si elles ne rencontrent pas une forte autorité. D'autres vont se braquer si elles sont d'emblée confrontées à une autorité imposée. La compétence relationnelle n'est pas de maîtriser, spontanément ou après apprentissage, un modèle de relation idéale. La vraie compétence est la capacité à jongler avec les positions, de manière à les adapter à la personne et au contexte, pour optimiser l'objectif thérapeutique.

3. L'expérience a montré que dans la grande majorité des cas, une succession organisée de positions crée une dynamique favorable au meilleur choix de soins et à l'optimisation de leur efficacité.

– La première phase est réceptive et empathique, dénuée de commentaires et de jugements. Elle permet à la personne de s'exprimer dans sa plus grande authenticité et au praticien de se faire une représentation au plus près de la réalité, sans la déformer de ses projections, ce qu'il vérifie par une reformulation et des questions ouvertes. Cette phase établit le rapport de confiance sur lequel repose toute la suite. Elle permet aussi au praticien de proposer ensuite les solutions les plus ajustées à une demande qui aura été clairement exprimée et un objectif clairement fixé.

– La seconde est autant que possible coopérative. Si la solution vient de la personne concernée et semble judicieuse, elle sera plus pertinente et facilement mise en œuvre. Cela est rare en santé corporelle. Le plus souvent, la coopération passe par des propositions de solutions dont l'adéquation est discutée selon les croyances, la sensibilité de la personne, et les perturbations prévisibles dans son écosystème personnel. La solution est choisie ensemble et non imposée, ce qui garantit son acceptation et la possibilité de l'appliquer.

– La troisième phase est l'expression d'une autorité légitime, dans le sens où elle sert à mettre en œuvre une solution déjà acceptée, après une écoute qui a clarifié la situation, la demande et l'objectif. Cette autorité affirmée est nécessaire pour effacer tout doute que la solution choisie ne serait pas la meilleure, et s'assurer que tout sera fait pour que l'engagement pris (prendre un traitement, faire un exercice, mettre en place un changement alimentaire...) soit respecté.

Ce modèle, chaque fois qu'il est appliqué et modulé à la personne (certaines phases peuvent être raccourcies), favorise le rapport de confiance, permet un diagnostic plus pertinent, conduit à une proposition à la fois ajustée à la demande et réalisable pour la personne. Il permet enfin une amplification du potentiel du soin.

L'établissement d'un contrat thérapeutique lorsque la pathologie nécessite un accompagnement dans le temps est parfois vécu comme une contrainte. C'est pourtant une clef essentielle de la réussite du parcours. En fixant clairement le cadre, le contrat qui scelle une alliance thérapeutique favorise une action cohérente dans la durée et agit par lui-même sur la dynamique de transformation.

Un contrat établi dans un rapport de confiance n'a pas besoin d'être écrit. Il évoque le prix des consultations, la disponibilité entre deux séances, les conditions d'annulation d'un rendez-vous déjà posé, et de la fin de l'accompagnement. Tout cela est souvent implicite, par facilité et par paresse, et c'est regrettable. Le contrat avec engagement réciproque prévient de situations confuses, fréquentes dans un parcours de soins. Par la ligne qu'il projette vers le futur, il met en place et consolide, dans la représentation psychique, la dynamique de changement vers l'objectif choisi.

## **Syndrome du sauveur et prise de pouvoir, les deux failles de la relation thérapeutique**

La majorité des professionnels de santé n'ont pas été formés à la relation thérapeutique. Leurs compétences ont été validées uniquement sur des savoirs et/ou des capacités techniques. Ils exercent ensuite avec leurs qualités naturelles, plus ou moins bénéfiques à l'efficacité des soins.

Un autre aspect majeur de la profession n'est généralement pas abordé dans les formations : la motivation à devenir soignant. La belle intention d'être utile aux autres, et de se placer dans le service, loin de tout désir de pouvoir, est une histoire qui se raconte mentalement. Elle n'est généralement qu'une illusion, tant qu'elle n'a pas été confrontée à une exploration accompagnée de l'inconscient à ce sujet. Si ce questionnement était un préalable à toute entrée dans un cursus de soignant, la prise de conscience du travail sur soi à effectuer pour clarifier cet aspect désengorgerait probablement les filières. Cela éviterait aussi de nombreuses situations dommageables dans les cabinets de consultation.

### Deux faces cachées de l'inconscient

Le **syndrome du sauveur** est une construction psychique qui conduit à voler sans cesse au secours des autres, avec le sentiment d'être altruiste, et sans la conscience que ce comportement compulsif est motivé par un besoin intérieur de reconnaissance. Il est évident que de telles dispositions poussent à devenir thérapeute, avec une intention sincère de se rendre utile, et une inconscience de ce qui la motive. Dans les cas extrêmes, cela finit mal ! Lorsque le don de soi ne cesse de s'étendre en quête d'un insatiable besoin de reconnaissance qui n'est jamais comblé, les dérapages sont possibles. Le plus souvent, les conséquences sont moins graves et moins visibles. Cela se manifeste par la propension à vouloir trop en faire, notamment apporter des solutions à des problèmes qui n'ont pas été évoqués ou pour lesquels il n'y a pas eu de demande. Cette attitude nuit à la qualité globale du soin. En être conscient et travailler cet aspect en psychothérapie ou développement personnel est un atout certain pour améliorer la relation thérapeutique. Dans les cas extrêmes, c'est le thérapeute lui-même qui s'épuise ou s'enferme dans la culpabilité de ne pas réussir, ce qui le conduit à cesser son activité.

Le **désir de pouvoir** est rarement avoué, ni même conscient. Cela ne veut pas dire qu'il soit absent. Quand il est présent, moins il est conscient et reconnu, plus il se manifeste de manière insidieuse et néfaste. Vouloir devenir soignant sans avoir au fond de soi le moindre désir de pouvoir est certes possible, c'est le signe d'un haut niveau d'évolution humaine. Il est cependant rare d'avoir d'emblée cette qualité. Il est en revanche possible de l'acquérir, en associant l'activité soignante à un travail de développement de la qualité d'accompagnement et de la relation thérapeutique. La supervision est un premier pas. L'objectif est d'abord de lever le voile et de prendre conscience de ce désir de pouvoir, très humain. Puis, l'accepter et ne plus le laisser se manifester sans cesse à notre insu.

### Désir de pouvoir et relation thérapeutique

Au-delà de la construction psychologique qui cherche plus ou moins la domination, et conduit à des situations caricaturales dans le domaine thérapeutique, le désir de pouvoir s'enracine dans une méconnaissance du psychisme humain. Notre éducation ne nous apprend pas que la vérité que nous ressentons est une représentation personnelle. Elle n'est jamais la vérité de l'autre, encore moins une vérité universelle.

Cette méconnaissance nous pousse à croire que ce que nous voyons pour l'autre est bon pour lui. Il est alors évident que s'il adoptait pleinement notre solution, son problème serait réglé. Si en plus il adoptait nos valeurs et notre système de pensée, ce serait encore mieux ! Et si tous les autres suivaient, alors le monde entier serait sauvé ! Bien sûr, il est très rare de penser cela jusqu'au bout. Un censeur intérieur, très raisonnable, qui a déjà constaté que les autres ne l'entendent pas de cette manière, nous dit que ce n'est pas vraiment ainsi. En revanche, notre inconscient qui impulse les désirs et les comportements, lui, le croit vraiment !

Dans la vie courante, cette ignorance de la réalité psychique conduit à militer pour des idées, à combattre les partisans des thèses contraires aux nôtres, et plus globalement, à vouloir convaincre les autres, en croyant que cela peut réussir par la simple valeur des mots.

En accompagnement thérapeutique, c'est un empêchement majeur à entrer dans le modèle de l'autre pour entendre sa vraie demande, identifier ses propres ressources et l'aider dans le respect de son écosystème personnel. Une pulsion spontanée nous pousse à coller sur l'autre les solutions que nous appliquerions à nous-mêmes, et que nous portons comme un idéal. Plus grave, cela peut conduire à déstabiliser la personne dans son système de croyances pour l'entraîner dans un autre.

Dans le monde médical, la relation de pouvoir est légitimée par une compétence qui officialise le droit à donner des solutions. Il y a des circonstances où cela est juste. D'autres où il y a un abus évident.

Dans le secteur des soins non conventionnels, la relation de pouvoir inconsciente, insidieuse et pavée de bonnes intentions, fait probablement plus de dégâts que les techniques de soins qui sont le plus souvent respectueuses du processus vivant. Elle peut détourner d'un programme de soins qui aurait pu être efficace. Elle peut mettre des doutes qui affaiblissent l'effet d'un traitement en cours. Elle peut ensemençer des croyances qui auront plus tard des effets néfastes. Elle peut créer une dépendance aux soins qui n'apporte rien d'autre que la solution des problèmes qu'elle crée. Elle contribue à une confusion qui ne sait plus gérer les contradictions et conduit parfois au désarroi.

### **La relation thérapeutique, le plus fort levier d'amélioration du traitement des maladies chroniques**

Dans l'accompagnement des maladies, particulièrement chroniques, la relation est souvent réduite à une simple nécessité pour dérouler un protocole de diagnostic et de soins. Elle peut aussi être considérée comme le socle porteur qui assure la cohérence du programme thérapeutique et active la part psychique qui améliore le parcours de guérison. Elle amplifie alors l'effet placebo des produits prescrits et des soins pratiqués.

Les techniques de soins évoquées au chapitre précédent restent indispensables. Elles peuvent devenir plus performantes et il est important pour les praticiens de se perfectionner à ce niveau. Cependant, il y a souvent une surabondance de solutions. Il est impossible de toutes les utiliser. Choisir est parfois difficile, et la tentation est grande de changer, dès que le résultat ne satisfait pas. Cela peut conduire à une quête sans fin de la nouvelle méthode qui serait plus efficace. Une tentation entretenue par les laboratoires qui vendent des produits et les écoles qui vendent des formations.

L'expérience montre que, sur les maladies chroniques, les meilleurs résultats durables sont obtenus par l'utilisation bien maîtrisée et répétée des mêmes techniques de soins, pour lesquelles il a été acquis une vraie compétence, dans le cadre d'une alliance thérapeutique forte établie et entretenue par la qualité de la relation.

S'investir dans la qualité et la capacité d'ajustement à l'objectif de la relation thérapeutique, plutôt que dans la multiplication des techniques de soins, relève du bon sens et d'un pragmatisme ciblé sur l'efficacité globale. Cela reste une démarche rare, difficile à choisir, sans doute parce qu'il est spontanément plus facile d'acquérir une compétence technique qui permet d'agir sur l'autre, plutôt qu'entreprendre un travail sur soi qui risque fort d'être inconfortable. Le désir inconscient de pouvoir ou l'instinct sauveur peut-être... Comme toutes les entités inconscientes, elles font tout pour ne pas être démasquées, ce qui les menacerait !

## RELATION DE POUVOIR EN THÉRAPIE

### **Côté patient/client : comment repérer la relation de pouvoir manifeste dans une relation thérapeutique ?**

La relation de pouvoir n'est pas un problème en soi, dès lors qu'elle est acceptée au profit de l'efficacité qu'elle permet. Il convient juste d'en être conscient, pour ne pas subir passivement les effets de cette position et le regretter ensuite, en constatant les perturbations qu'elle a pu créer.

Pour la repérer, il n'y a bien sûr aucun critère définitif, l'appréciation en ce domaine étant très subjective. Les éléments suivants sont justes des repères d'observation :

- ✓ Un tarif de consultation très élevé.
- ✓ Des promesses disproportionnées (séduction).
- ✓ Des menaces en cas de non suivi des préconisations.
- ✓ Un pronostic fermé.
- ✓ L'apport d'informations non demandées et qui ne peuvent pas être vérifiées par soi-même.
- ✓ Le dénigrement d'autres praticiens qui ont été consultés.
- ✓ La remise en cause ouverte de croyances que l'on a exprimées.

### **Côté praticien : comment vérifier que l'on se détache de la relation de pouvoir**

✓ Le fait de se sentir moins attaché au résultat des soins et plus attentif à la qualité qui leur a été donnée.

Ce qui n'empêche pas de se réjouir pour une personne qui va mieux !

- ✓ Ne plus être tenté d'entraîner la personne dans son propre désir alors qu'elle n'a rien demandé en ce sens.
- ✓ Ne plus être tenté d'afficher ses succès thérapeutiques sans y associer ses échecs.

## 6. Maladies chroniques du sujet jeune

Nous distinguons ici, clairement, les maladies chroniques des inconforts déjà abordés. Ces derniers sont principalement d'origine fonctionnelle. Ils se manifestent généralement par crises ou par périodes intermittentes. Ils sont responsables d'une dégradation de la qualité de vie et ne sont pas vraiment considérés comme un problème de santé.

Les maladies chroniques qui se déclarent chez l'adolescent, ou plus fréquemment chez l'adulte jeune, ont les mêmes caractéristiques : elles sont peu menaçantes sur l'espérance de vie, elles sont pesantes sur la qualité de vie, leur causalité est complexe et incomprise, elles ne guérissent pas spontanément. Elles diffèrent par une identité bien établie, codifiée dans la littérature médicale, avec des critères de diagnostic précis. Le préjudice sur la santé est beaucoup plus important. La médecine s'implique davantage à leur égard.

La frontière entre inconfort et maladie chroniques reste floue. Cette séparation, contestable, traduit avant tout une perception générale. Les allergies par exemple, évoquent parfois un inconfort, parfois une maladie. D'autres situations pathologiques sont moins équivoques, et considérées spontanément soit comme de vraies maladies, soit comme des inconforts chroniques. Au final, les voies d'approche thérapeutiques sont les mêmes. Ce qui change, c'est l'enjeu que donne la perception que nous avons de la maladie, qui va conditionner le niveau d'investissement dans le traitement. Il est rare, face à une vraie maladie chronique, de se résigner et à ne rien faire.

### Des maladies bien définies, mais mal comprises

Syndrome fibromyalgique, maladies auto-immunes et syndrome de fatigue chronique sont trois manifestations qui caractérisent bien ces pathologies. Elles surviennent généralement chez une personne jeune. Elles ne présentent pas de risque de décès prématuré. Elles évoluent plus ou moins dans le temps, sans guérir spontanément. Elles présentent des symptômes fluctuants et très invalidants, avec souvent un fond de fatigue.

La recherche de causes permettant d'appliquer un traitement spécifique a échoué. Les statistiques pointent différents facteurs, fréquemment retrouvés dans ces maladies, mais sans spécificité. Le principe d'équifinalité défini par la systémique semble s'appliquer ici : des facteurs différents peuvent conduire à une même maladie et un même facteur peut être impliqué dans plusieurs maladies. Un autre principe systémique s'applique également : la non linéarité des changements. La causalité multifactorielle est longtemps silencieuse, avant de faire basculer dans un nouveau modèle de fonctionnement qui se stabilise. Une fois la maladie déclarée, les facteurs qui ont conduit à sa manifestation peuvent rester actifs ou non, et il est impossible de le savoir !

Les maladies chroniques s'installent dans le temps et deviennent la nouvelle norme de fonctionnement de l'organisme, autour de laquelle l'ensemble de la physiologie et de la psychologie se réorganise. C'est ainsi qu'elles se maintiennent dans le temps et se consolident. Plus elles sont anciennes, plus il est difficile d'en sortir. Il y a peu de chance de guérison spontanée, sauf une mise au second plan par un processus de vieillissement qui prendrait le devant. Il n'y a aucune possibilité de traiter la cause, puisque celle-ci est inconnue, trop complexe ou devenue inactive sur une maladie qui fonctionne désormais de manière autonome. Il est difficile de trouver des traitements curatifs efficaces du fait de la complexité des symptômes...

C'est le modèle parfait de la maladie dite incurable ! Le plus grand échec de la médecine occidentale moderne ! Un échec qui nous invite à chercher dans une autre direction, à explorer un nouveau paradigme.

## Quelques exemples

### Syndrome fibromyalgique

La description du syndrome fibromyalgique par la rhumatologie, qui a conduit à sa reconnaissance par toute la médecine, est arrivée tardivement. Avant cela, de longues errances thérapeutiques ont exacerbé un besoin légitime de reconnaissance. Le diagnostic, souvent reçu comme une libération, offre cette reconnaissance, avec cependant un piège : l'identification à la maladie. Comment ne pas s'identifier à ce qui permet enfin d'être reconnu, d'exister vraiment ? Pourquoi est-ce un piège ? Parce que s'identifier à une maladie est un frein évident à sa guérison : comment peut-on sortir de soi quelque chose qui est devenu soi ? La guérison est rendue encore plus impossible par le verdict d'incurabilité généralement collé à la maladie.

La fibromyalgie est un syndrome davantage qu'une maladie. C'est un ensemble de manifestations dont le mécanisme général reste mystérieux. Elle touche aujourd'hui 1 à 2 % de la population dans les pays occidentaux, essentiellement des femmes.

Ce syndrome étrange bouscule beaucoup de repères. Sa composante psychique est forte alors qu'elle est fortement ancrée dans le corps. Ses signes cliniques sont évidents et reproductibles, tout en laissant muet l'ensemble des marqueurs biologiques habituels. Il a fallu étudier très précisément le seuil de perception de la douleur pour trouver enfin un élément objectif : son abaissement par rapport aux valeurs habituellement observées.

La fibromyalgie s'exprime par la douleur. Des douleurs diffuses, migrantes, qui surviennent en dehors de toute stimulation pouvant la justifier. Elles sont générées par l'association de deux phénomènes : l'abaissement du seuil de perception de la douleur et une tension musculaire excessive. Le déséquilibre des neuromédiateurs (avec notamment une insuffisance en sérotonine et un accroissement significatif de substance P), le déficit en sommeil réparateur, et la difficulté d'adaptation (stress) forment un triangle pervers dans lequel chaque facteur aggrave les autres, sans que l'on sache vraiment par lequel tout cela a commencé.

L'intensité fluctue dans le temps, influencée par un grand nombre de facteurs. Les efforts importants, réalisés malgré la fatigue, ont généralement un effet aggravant. Parfois, des périodes d'accalmie évoquent une rémission. L'impression d'amélioration avec l'âge est liée, au moins en partie, à une d'adaptation courageuse qui supporte mieux la fatigue et la douleur, faute d'avoir le choix.

De multiples causes ont été étudiées, aucune ne s'est révélée constante et suffisante. Diverses pistes de traitements médicamenteux et non médicamenteux ont été explorées. La plupart des solutions ont donné des résultats chez certaines personnes, aucune n'a été active dans tous les cas. Cette complexité conduit à envisager un traitement personnalisé, qui n'exclut pas un axe général adapté aux maladies chroniques.

Différents parcours réussis montrent qu'un investissement dans une démarche durable de changement peut conduire à des améliorations significatives, et à de véritables guérisons. Dans tous les cas, la persévérance dans la démarche adoptée est primordiale, alors que la piste thérapeutique suivie semble moins importante<sup>2</sup>. Le changement régulier de thérapeute et de la cible des traitements, pour cause d'absence de résultats, est hélas fréquent chez les personnes souffrant de fibromyalgie. À chaque changement, il faut tout reprendre au départ. Cela favorise l'installation durable de la maladie. D'où l'importance de bien choisir à qui se confier, puis d'aller au bout du travail thérapeutique, avec confiance et patience.

### Maladies auto-immunes

Les maladies auto-immunes regroupent plusieurs dizaines de pathologies, dont chacune fait l'objet d'une monographie complète. Elles ont des spécificités diverses avec un point commun : un dysfonctionnement du système immunitaire qui s'active de manière inappropriée et crée une

---

<sup>2</sup> Cet aspect est largement développé dans la chapitre VIII

inflammation chronique. Cette inflammation s'attaque à différents tissus. La cible tissulaire détermine la nature de la maladie et explique les symptômes observés.

Leur prévalence est en hausse. En 2015, elles concernent environ 8% de la population, dont près de 80% de femmes. La plus fréquente est la thyroïdite d'Hashimoto qui conduit généralement à une hypothyroïdie. Parmi les plus courantes : la sclérose en plaques, le diabète de type 1, le lupus, la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante, le syndrome de Goujerot-Sjögren (syndrome sec), la maladie de Crohn, la maladie de Basedow (hyperthyroïdie).

Les maladies auto-immunes sont la conséquence d'une rupture de la tolérance de l'organisme vis-à-vis de lui-même. Le système immunitaire ne reconnaît plus comme interne certaines structures et les "attaque" comme des corps étrangers. L'origine de ce dysfonctionnement est complexe. La recherche médicale reconnaît actuellement des facteurs génétiques, endogènes (perturbations hormonales, inflammation chronique, libération de structures protéiques normalement séquestrées) et environnementaux. Les facteurs psychiques, ne sont pas considérés par la science médicale, parce que leur déterminisme direct ne peut pas être démontré. Ils ne sont pas pour autant exclus de toute influence. Le rôle du mode de vie, de l'alimentation, des vaccinations... peut aussi être envisagé, bien qu'il n'y ait pas à ce jour de preuves suffisantes pour l'affirmer. En l'absence de mécanisme causal démontré, toutes les hypothèses sont possibles !

Au final, il se met en place un processus délétère qui s'ancre dans la normalité de l'organisme et se pérennise. Ces maladies sont considérées comme incurables et la médecine cherche activement des solutions curatives pour réduire l'inflammation et donc les symptômes. Les traitements utilisés sont des immunosuppresseurs. Ils réduisent effectivement le processus auto-immun, en bridant également certaines capacités du système immunitaire, ce qui pèse sur la santé générale.

La voie médicamenteuse s'est engouffrée dans la technologie des anticorps monoclonaux et propose des produits spécifiques, à coût exorbitant, qui ne font qu'éteindre l'expression symptomatique et doivent être pris en continu. Certains malades les supportent, d'autres non. Les parcours thérapeutiques sont très divers. Chaque personne malade compose au mieux entre les solutions médicales qu'elle supporte et parfois, les solutions alternatives qu'elle va chercher dans le secteur non conventionnel.

La seule approche non médicamenteuse évaluée avec des résultats intéressants est la restriction alimentaire proposée par SEIGNALET. D'autres thérapies de terrain ouvrent des portes vers l'amélioration. Face à un pronostic d'incurabilité fortement posé et limitant pour l'évolution, il y a des solutions à inventer et à expérimenter.

Le mécanisme de l'installation des maladies auto-immunes et l'observation de certaines évolutions favorables (notamment sur les scléroses en plaques) invitent soit à accepter la maladie comme incurable et chercher au maximum le confort en réduisant les symptômes, soit à s'investir résolument dans une voie de transformation qui est la seule porte de guérison durable.

### Le syndrome de fatigue chronique (SFC)

Également appelé encéphalomyélite myalgique, il se définit par une très grande fatigue qui n'est pas améliorée par le repos et s'aggrave par une activité physique ou un effort mental.

L'*Institute of Medicine* américain a proposé de la dénommer "intolérance systémique à l'effort". Cette fatigue sans fin est associée à d'autres symptômes et conduit naturellement vers la dépression. Le SFC toucherait environ 0,5% de la population aux États-Unis.

De nombreux facteurs de causalité sont suspectés, notamment une infection virale. Aucun virus n'a cependant fait la preuve de sa responsabilité directe. Le mécanisme est inconnu. Diverses anomalies sont constatées au niveau du système nerveux central : faiblesse circulatoire, défaut de traitement de certaines informations, dysfonctionnements neuroendocriniens. Un mécanisme inflammatoire a été décrit, ce qui évoque une perturbation immunitaire.

La médecine démunie propose des traitements symptomatiques : antiasthéniques contre la fatigue, antalgiques contre la douleur, somnifères contre les troubles du sommeil... Des programmes



éducatifs par l'activité physique progressive et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ont permis certaines améliorations.

Une similitude évidente avec le syndrome fibromyalgique (avec moins de douleurs et plus de fatigue) conduit, en approche intégrative, à envisager la même démarche, avec le même type de solutions.

### Le SIDA

Dans sa définition première, le Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquises a toutes les caractéristiques d'une maladie chronique, avec un risque de complications qui sont une véritable menace sur la survie. Le SIDA se caractérise par une inflammation chronique du système immunitaire pouvant conduire à son affaiblissement. La focalisation sur la cause virale a orienté toute la recherche sur le traitement anti-infectieux, alors qu'il n'a jamais été formellement établi que le virus HIV pouvait provoquer à lui seul la maladie. La proposition de sortir de l'hypothèse virale n'est pas une réaction d'illumination, elle est défendue par des scientifiques de grande renommée. Même l'un des découvreurs du virus, couronné du prix Nobel, invite à considérer les autres facteurs.

Il n'est pas nécessaire de contester frontalement la responsabilité virale (comme l'ont fait certains extrémistes) pour explorer d'autres pistes. Il faudrait en revanche sortir du dogme enfermant HIV = SIDA, pour laisser la place à une autre approche et évaluer ses résultats.

Les marqueurs virologiques (sérologie HIV, charge virale) n'informent pas sur l'évolution du syndrome, ce sont les marqueurs immunologiques, notamment le rapport CD4/CD8, qui donnent une juste image du stade de la maladie.

Face à une inflammation chronique et un risque d'affaiblissement du système immunitaire, il y a de nombreuses solutions en santé globale qui mériteraient d'être explorées. Étant donné les risques connus du syndrome et l'enjeu médiatique de cette maladie, cela ne peut être envisagé que dans un programme officiel de recherche. L'avenir nous dira si la concentration de tous les efforts sur la lutte contre le virus HIV, au lieu d'un programme pour soutenir la santé générale et l'immunité, était une bonne piste ou une grande erreur !

### **Approches innovantes**

Face aux maladies chroniques et leur pronostic d'incurabilité, la première innovation étudiée avec rigueur est celle de JEAN SEIGNALET. Ce médecin français a montré qu'un régime alimentaire restrictif (sans produits laitiers et sans céréales modernes), capable de réduire l'atrophie intestinale, permet des améliorations fréquentes et parfois spectaculaires.

La Médecine Académique, accrochée à son paradigme, croyant encore à la solution médicamenteuse, ne s'est pas intéressée et n'a pas tenté de confirmer ces travaux. En revanche, de nombreux praticiens ont montré par leur expérience la pertinence de cette approche. Puis, d'autres pistes de terrain se sont révélées, notamment la candidose chronique digestive, l'intoxication aux métaux. D'autres thérapeutes, faisant le lien avec la fréquence de stress post-traumatique dans ces maladies, ont observé un changement bénéfique en traitant les mémoires traumatiques par une méthode adéquate (EMDR, EFT, TIPI...).

Cette grande confusion autour des multiples solutions a été abordée au chapitre VIII, avec une hypothèse qui propose un axe de protocole commun et un ajustement personnalisé.

C'est la piste évolutive vers une transformation guérissante, qui semble à ce jour la seule voie porteuse d'espoir.

### **Approche systémique**

Les observations de praticiens et les témoignages de personnes ayant vécu des évolutions positives montrent qu'une transformation vers un nouvel axe de vie et de nouvelles habitudes peut faire disparaître les symptômes de manière durable. Il ne s'agit pas d'un miracle qui efface le passé, la mémoire de la maladie demeure, et un retour du contexte qui recrée les conditions passées peut faire revenir les manifestations.

Une autre observation est récurrente : plus une maladie chronique est ancienne, plus la tentative de transformation est difficile à vivre, et plus la guérison (disparition des signes) est improbable. Cela est tout à fait en accord avec le concept systémique et les structures dissipatives qui modélisent les êtres vivants.

La maladie est un changement. La guérison est un autre changement. La maladie chronique, en perdurant, s'installe comme nouvelle norme de fonctionnement. Plus elle s'installe dans le temps, plus ce nouveau mode de fonctionnement se stabilise et sera difficile à changer. Il est alors logique que moins la maladie est ancienne, moins son ancrage est stable. Il est donc plus facile de la déstabiliser pour qu'elle puisse se transformer.

Cette application du concept systémique aux maladies chroniques chez un sujet jeune est séduisante. Disposant encore des ressources évolutives de changement, il peut guérir par la transformation en changeant son axe de vie, ce qui modifie fortement son écosystème personnel et peut éloigner des conditions qui maintiennent l'état malade.

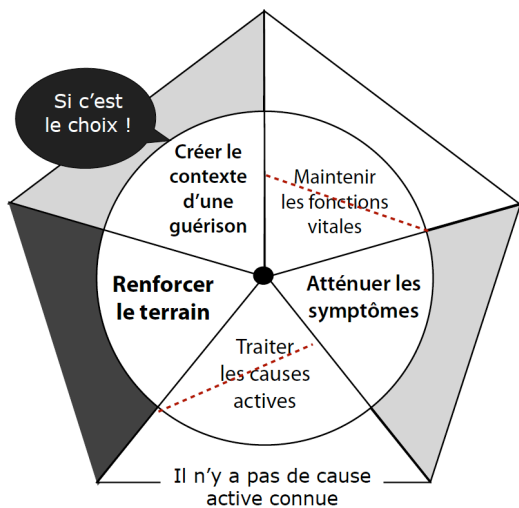
Cette hypothèse ambitieuse peut faire naître de grands espoirs. Elle peut aussi nourrir beaucoup d'illusions. Le changement en ce domaine n'est jamais facile et son résultat toujours incertain. Le changement guérisseur demande souvent le renoncement à des habitudes anciennes qui soutiennent nos automatismes et alimentent des sources de plaisirs. Il peut passer par un état inconfortable, une phase de déstabilisation étant nécessaire pour initier une transformation. C'est pourquoi il n'est possible de s'engager sur un tel parcours que si la motivation est nourrie par le chemin, et non uniquement par le résultat. Le résultat, il vient en surcroît, et nul ne sait par avance ce qu'il sera. Dans le choix d'un chemin qui a du sens, l'issue est acceptée par avance telle qu'elle sera. Cet abandon au mystère de la vie favorise la transformation et contribue probablement à la guérison.

### **Stratégie personnalisée**

Dans l'accompagnement d'une maladie chronique chez un sujet jeune, l'attitude sera différente selon l'ancienneté de la maladie et la motivation de la personne malade. Il y a deux voies. Chacune est juste dès lors qu'elle est consciemment choisie. La qualité de la relation thérapeutique est essentielle dans la démarche d'orientation. La stratégie sera ensuite différente selon l'objectif retenu.

◆ Le premier choix est d'accepter la maladie comme une nouvelle norme, et d'apprendre à vivre avec elle. L'objectif principal est alors l'amélioration du confort de vie, en demandant le minimum d'effort et de changement. Les facteurs de terrain améliorés sans bousculer l'écologie personnelle, et les traitements symptomatiques bien tolérés, sont alors les outils privilégiés.

◆ Le second choix croit en la transformation guérisseuse. L'objectif est alors le passage vers un nouvel axe de vie, répondant à une profonde aspiration, et qui se construit avec un nouvel écosystème. C'est une voie de changement dans laquelle la recherche de confort, dans un premier temps, n'est pas la priorité. La priorité est de maintenir le cap du changement choisi suffisamment longtemps (au moins 6 mois) pour que l'organisme s'adapte et se stabilise dans un nouveau modèle. Dans ce nouveau modèle, l'expression de la maladie peut reculer, voire disparaître. L'amélioration à venir est imprévisible. La seule certitude qui motive le chemin est de faire tout ce qui est possible pour évoluer vers un état considéré comme juste. Dans ce contexte, les changements d'écologie personnelle seront plus poussés, et l'utilisation de thérapies informatives destinées à apporter de nouveaux potentiels peut être déterminante.



**Figure 1 : Stratégie pour les maladies chroniques**

### **OPTIMISER LE TRAITEMENT DES MALADIES CHRONIQUES (SUJET JEUNE)**

*Lors du diagnostic d'une maladie chronique, il n'y a pas d'urgence immédiate, sauf à soigner des symptômes invalidants s'ils sont présents.*

*En revanche, pour optimiser le soin à long terme, en approche intégrative, il est important de choisir assez vite la stratégie. Si l'objectif de guérison est retenu, mieux vaut s'y prendre tôt, pour augmenter les chances de réussite.*

Deux voies thérapeutiques sont toujours utiles :

- . Atténuer les symptômes avec des soins dont les bénéfices, immédiats et à long terme, sont évalués supérieurs aux risques d'effets secondaires néfastes.
- . Améliorer le terrain biologique et psychologique, avec un niveau d'exigence de changement qui dépend du choix à long terme.

Le choix d'objectif doit être clairement pesé et fixé car il oriente la stratégie :

- . Accepter la maladie comme non curable (sauf miracle) et choisir la voie du confort et du moindre effort.
- . S'investir dans un chemin de transformation, sur un autre axe de vie, qui est un vrai choix individuel, avec une dynamique de changement et de mise en place d'un nouvel écosystème personnel, ce qui n'est pas aussi confortable.

# INDEX

## A

acceptation .....	296
accidents .....	223
activité physique .....	68
alimentation .....	66
allergies .....	233
allopathie .....	32
anomalies liées au développement .....	215
aromathérapie (mode d'action) .....	54
arthrose .....	268
athérosclérose .....	261
atrophie intestinale .....	<b>147</b>
atrophie intestinale (compléments) .....	153
autisme .....	219
axe thérapeutique .....	291
ayurveda .....	100

## B

biorésonance .....	101
borrélioses .....	<b>170</b>

## C

cancer .....	<b>248</b>
<i>Candida albicans</i> .....	155
candidose digestive chronique .....	<b>155</b>
CARL ROGERS .....	130
CARL SIMONTON .....	253
causalité déterministe/non déterministe .....	<b>22</b>
chiropraxie .....	76, 104
chirurgie .....	85
chlorella .....	169
choisir un praticien .....	284
choix d'une technique de soins .....	107
choix des techniques de soins .....	78
CICELY SAUNDERS .....	274
clinique d'Essen .....	120
compléments alimentaires préventifs .....	41
coordination thérapeutique .....	286

## D

DAVID SPIEGEL .....	253
déficit de l'attention .....	220
dépistage .....	209
dépression .....	235
détoxication .....	142
développement personnel .....	72
diagnostic .....	<b>11</b>
diagnostic de solution .....	177, 291
diathèses de Ménétrier .....	53
drépanocytose .....	217
dynamique triangulaire de la vie .....	<b>18</b>

## E

eau .....	66
écologie personnelle .....	<b>65</b> , 187
écosystème personnel .....	20, 73
émotions .....	70
évaluation .....	<b>13</b> , 293

## F

fibromyalgie .....	239
--------------------	-----

## G

gluten .....	111, 148
guérison .....	<b>10</b> , 297

## H

handicap .....	216
handicap mental .....	109
homéopathie .....	32, 104
homme biosystémique .....	<b>19</b>
hygiénisme .....	92
hyperactivité .....	220

## I

inconforts chroniques .....	<b>228</b>
infection froide .....	171
infections .....	225
inflammation .....	209
insuffisance rénale .....	270
intolérances alimentaires .....	<b>147</b>
intoxications .....	225

## J

JEAN SEIGNALET ..... 111, 150, 244  
jeûne ..... **145**

## L

LAURENT SCHWARTZ ..... 252  
lithothérapie ..... 101  
lombalgies ..... 231  
LUDWIG VON BERTALANFFY ..... 174  
Lyme (maladie) ..... **170**

## M

magnétisme traditionnel ..... 100  
magnétothérapie ..... 101  
maladie ..... **9**  
maladie d'Alzheimer ..... 264  
maladie de Huntington ..... 219  
maladie de Parkinson ..... 263  
maladies aiguës ..... **223**  
maladies auto-immunes ..... 241  
maladies chroniques ..... **238**  
maladies de civilisation ..... **11**  
maladies dégénératives ..... **260**  
maladies génétiques ..... 215  
maladies mentales ..... 110  
médecine chamanique ..... 101  
médecine personnalisée ..... 27  
médecine traditionnelle chinoise .... 99, 104  
médicaments ..... 83, 188  
méditation ..... 71  
ménopause ..... 229  
métaux toxiques ..... **161**  
microbes ..... 67  
micronutrition ..... **51**  
mode d'action curatif ..... **35**  
mode d'action informatif ..... **44**  
mode d'action nutritif ..... **38**  
mucoviscidose ..... 218  
myopathies ..... 218

## N

nocebo ..... 127

## O

objectif thérapeutique ..... **195**, 290  
oligothérapie ..... 53  
ondes électromagnétiques ..... 67  
ostéopathie ..... 104  
ostéoporose ..... 266

## P

pensée ..... 71  
phobies ..... 234  
phytothérapie ..... 54  
placebo ..... **125**, 189  
placebo et traitement informatif 48, 51, 128  
posture ..... 68  
posturologie ..... **87**  
pragmatisme intégratif ..... 82, 200, 205  
prévention ..... **207**  
PSN (produits de santé naturels) . 189, 191  
psychanalyse ..... 130  
psychiatrie ..... 129  
psychologie universitaire ..... 130  
psychosomatisme ..... 21, **115**  
psychosomatisme (hypothèse) ..... 121  
psychothérapie ..... 112  
psychothérapie humaniste ..... 130  
psychotropes ..... 112

## Q

qualités du thérapeute intégratif ..... 289

## R

réflexologie ..... 100  
reiki ..... 100  
relation de confiance ..... 290  
relation thérapeutique ..... **128**, 184, 297  
relation thérapeutique et pouvoir ..... 136  
relations ..... 71  
respiration ..... 67  
ressources intégratives appliquées ..... 65  
RYKE GEERD HAMER ..... 115

## S

santé.....	<b>9</b>
santé intégrative .....	<b>25</b>
santé vivante .....	<b>29</b>
se soigner soi-même .....	283
SIDA .....	243
soins dentaires .....	86
soins énergétiques .....	<b>95</b>
soins palliatifs .....	273
sommeil .....	69
stress .....	70, <b>113</b> , 209
syndrome de fatigue chronique .....	242
syndrome du sauveur .....	135
syndrome fibromyalgique .....	239
syndrome prémenstruel (SPM).....	229

## T

techniques nouvelles .....	80
terrain biologique .....	91, 200, 298
thérapies brèves .....	131
THIERRY JANSSEN .....	116, 119
toxiques chimiques .....	67, <b>142</b>
transformation guérissante .....	<b>202</b> , 300
trisomie 21 .....	217
troubles de comportements .....	<b>114</b>
troubles fonctionnels intestinaux .....	231

## V

vaccination.....	208
------------------	-----