Mutuelle et Santé

HORS SÉRIE

- Les pouvoirs du cerveau
- Prévenir les maladies
- Se soigner autrement

50e anniversaire de la MTRL

Plasticité et régénération cérébrales
4
Les bénéfices de l'hypnose
10
Vivre mieux avec la méditation
en pleine conscience
13
L'EMDR pour reprogrammer le mental
16
Vers un intestin spirituel
20
La nutrition cellulaire active
et le fonctionnement neuronal
23
Alimentation et prévention des cancers
30
Le nouveau régime méditerranéen :
protéger sa santé et la planète
38
Pratiquer la cohérence cardiaque
45
Mieux connaître son sommeil :
de la physiologie à la pathologie
49
Dormir sans médicaments… ou presque !
55
Prévention et maladies neurologiques
60
La naturopathie,
une approche globale de la santé
65
Agir contre l'obstruction nasale : les clés
d'un mieux–être respiratoire et vital
70
L'acupuncture :
de la médecine traditionnelle chinoise
aux pratiques modernes
74
Homéopathie : préserver et utiliser
son potentiel santé
79
Oxygénation et pathologies dégénératives
86
Ostéoporose : quelle prévention ?
quels traitements ?
90
Mésothérapie : une alternative comme
traitement de la douleur
94
Postface
99

Couverture : © Lily Kwiatkowski / Shutterstock

Préface

C'est à la mi-juin, quelques semaines après les journées anniversaire des 21 et 22 mai à l'amphithéâtre Jean-Moulin de l'université Lyon-3, que nous avons décidé de donner une suite écrite à cet événement afin d'en offrir la lecture au plus grand nombre.

Sur ces deux jours de rencontre, dix-neuf conférenciers se sont succédé pour nous transmettre le message que la santé de chacun peut légitimement bénéficier de toutes les formes de médecine quand ces dernières s'appuient sur la logique de la connaissance scientifique et la lucidité critique d'individus éduqués.

Le tribunal de l'autorité établie n'était pas invité à la fête, qui dispose cependant de l'année entière pour dire impérieusement à chaque individu ce qu'il doit faire en matière de santé, et chacun pourra juger, à partir de ces textes, qu'il n'est pas besoin de ses directives pour tenir des propos pertinents et utiles, propres à inciter à l'adoption de comportements responsables dans le domaine de la prévention et éveillant notre attention sur le vif intérêt de pratiques nouvelles pour une meilleure gestion du stress, et du mal-être en général, sans le recours habituel à la prise de médicaments – naturopathie, EMDR, hypnose, méditation en pleine conscience, cohérence cardiaque…

Cette liberté d'esprit a toujours caractérisé notre démarche et nous remercions les professionnels de santé invités d'en avoir donné une remarquable illustration.

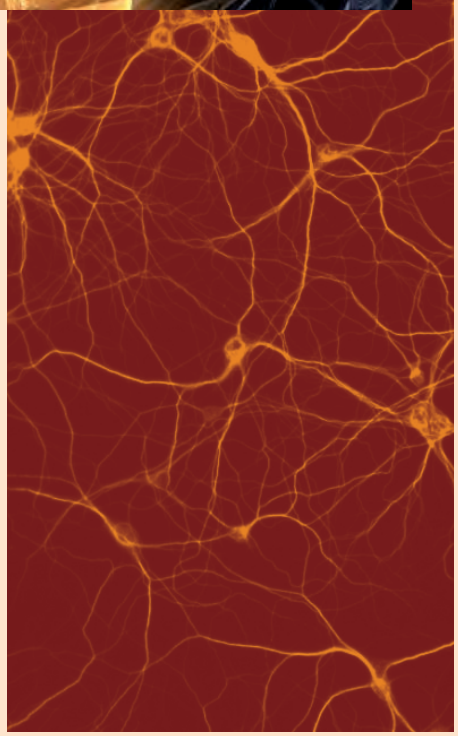
Comme nous l'avons déjà indiqué, la réussite de ces journées de réflexion guidée n'était pas assurée, car elle demandait une écoute particulièrement attentive sur des sujets neufs pour beaucoup d'entre nous, mais ces inquiétudes ont été vite levées.

Ceux qui ont assisté à ces conférences ont montré, par leur nombre et leur présence assidue, qu'ils étaient conscients de recevoir là une véritable formation universitaire. A vous de la partager en lisant ces textes, qui vous donneront à coup sûr le désir de mettre en pratique la plupart des conseils prodigués.

Le président,
Romain Migliorini

Thème 1

Les pouvoirs du cerveau



Plasticité et régénération cérébrales
Dr Pierre-Marie Lledo, neurobiologiste

Les bénéfices de l'hypnose
Dr Jacques Fumex, gastro-hépatologue, hypnothérapeuthe

Vivre mieux avec la méditation en pleine conscience
Dr Viviane Belleoud, algologue

L'EMDR pour reprogrammer le mental
Dr Anne Dumont, psychiatre

Vers un intestin spirituel
Dr Philippe Fiévet, nutritionniste

La nutrition cellulaire active et le fonctionnement neuronal
Dr Claude Lagarde, pharmacien, biologiste

Plasticité et régénération cérébrales

Dr Pierre-Marie Lledo, neurobiologiste

Je commencerai par dire merci à Romain Migliorini de pouvoir offrir, deux jours durant, un tel panel de sujets. Des sujets qui ne sont pas académiques mais qui représentent, probablement, la médecine de demain. Et je suis certain que dans toutes les interventions – la mienne en tout cas – il y a un message d'espoir. Qui n'est pas un message d'optimisme, mais un message réaliste. J'aimerais tout simplement partager avec vous une idée simple. Une idée selon laquelle, quelle que soit notre profession, notre rang social ou notre niveau d'éducation, nous avons tous le pouvoir – mais aussi le devoir – de maintenir notre activité mentale et satisfaire à cinq lois, qui ne sont pas de simples principes d'intuition. Ainsi, il nous a fallu combattre contre le dogme central de la neurologie, selon lequel, après l'âge de 20 ans, nous ne ferions que perdre de façon inéluctable nos plus précieuses cellules du cerveau. Comment cette idée ressortit au mythe – on va même parler de "neuromythe". On va voir également à quel point nos croyances, parfois, ne reposent sur aucune observation scientifique…

Aujourd'hui, je joue le rôle du passeur d'information en temps réel. Comment peut-on envisager, dans un futur très proche, aussi bien la neurologie que la psychiatrie ? Au cours de cette intervention, il va falloir vous habituer à naviguer entre la matière (la neurologie) et l'âme ou la psyché (profane ou sacrée, on parle d'une dimension immatérielle, celle du comportement, celle du sujet).

« Deviens ce que tu es » (F. Nietzsche)

En m'écoutant, là, vous avez probablement dû penser à Socrate, qui nous dit : « Connais-toi toi-même » : comprendre son cerveau, c'est se connaître. Mais j'aimerais plutôt faire référence à un autre philosophe, Friedrich Nietzsche, qui nous dit dans *Ecce homo* : « Deviens ce que tu es. » C'est cela qui est intéressant : cette idée que nous avons tous un potentiel en devenir. Et il va falloir s'en donner les moyens, lutter contre la vie moderne, qui n'est évidemment pas favorable à l'émergence de ce potentiel. En somme, ce que je suis en train de vous dire, c'est qu'effectivement nous avons tous un potentiel, mais rares sont ceux qui vont l'utiliser.

Quelles sont les clés ? Quelles sont ces fameuses lois qu'il nous faut satisfaire pour garder un cerveau juvénile ?

Il nous arrive, au laboratoire, de débiter des cerveaux en tranches et de s'apercevoir que, chez des sujets de 85 ans et plus, nous pouvons définir l'âge de naissance de certains neurones grâce au carbone 14 – nous sommes très proches de l'archéologie, on utilise pratiquement les mêmes outils, c'est une sorte d'"archéo-neurobiologie". Eh bien, certains d'entre eux peuvent avoir produit de nouveaux neurones trois ou quatre semaines avant leur décès !

Par contre, cela nous arrive aussi, malheureusement, d'avoir des cerveaux de 25 ans où on ne peut constater aucune création après 18 ou 20 ans. Dans ce cadre-là évidemment, le dogme qui consiste à dire que nous ne produisons aucun neurone passé l'âge de 20 ans se vérifie.

Qu'est-ce qui fait qu'on peut être jeune et avoir un cerveau vieux, et être un senior et avoir un cerveau juvénile ? C'est cela qui est intéressant, de voir pourquoi certaines personnes ont su garder, faire fructifier, ce potentiel, et pourquoi d'autres l'ont verrouillé.

© Jorge Royan / Wikipedia

On parle de neurologie (puisqu'on peut parler de substrat de la mémoire), mais on est également dans le domaine de la santé mentale. Il nous faut aujourd'hui comprendre ce que sont les troubles de la mal-adaptation, c'est-à-dire les troubles de l'humeur, qui englobent quatre grands fléaux du XXIe siècle : le stress chronique, l'anxiété, la dépression, le burn-out. Ce ne sont pas des maladies inéluctables, ce sont simplement la conséquence de cerveaux qui n'ont pas été correctement nourris. Et je ne parle pas uniquement de nourriture physique – évidemment qu'il y a des éléments nutritifs indispensables à apporter ! – mais il y a également le mode opératoire qui va être déterminant pour maintenir un cerveau malléable et flexible.

Pour bien comprendre ce que j'aimerais partager avec vous, je devrais changer le titre de cet exposé – "Plasticité et régénération cérébrales" – et le remplacer par "Cerveau et culture" ou "Cerveau et environnement". J'aimerais voir avec vous l'un des principes fondamentaux qui est celui de l'humanité. L'humain veut s'échapper du darwinisme, de la sélection naturelle, du déterminisme génétique. L'humain a un cerveau qui est, certes, programmé génétiquement, mais programmé pour quoi ?

Pour apprendre. C'est pour ça que je parle à présent de culture, d'usages, d'outils… Le déterminisme génétique à l'œuvre dans le règne animal va être remplacé par un déterminisme où la sphère sociale, le milieu culturel, l'apprentissage vont être des facteurs essentiels pour maintenir cette fameuse plasticité cérébrale, c'est-à-dire ce cerveau qui va s'adapter en permanence, quel que soit l'âge du sujet.

C'est la raison pour laquelle il faut penser à Nietzsche, et son « Deviens ce que tu es ». C'est cette idée de transformation du cerveau. On peut faire référence aussi à un autre philosophe, Erasme, qui nous dit qu'« on ne naît pas humain, mais on le devient ». Une phrase qui a été un peu dévoyée par Simone de Beauvoir en nous parlant de la condition féminine, mais qui est un principe fondamental dans ce courant de l'humanisme. « On ne naît pas humain, on le devient » veut dire finalement qu'on naît animal et que l'on va être transformé par l'éducation, par les outils. C'est ce principe que j'aimerais voir avec vous : l'idée selon laquelle le cerveau, quel que soit l'âge, subit des influences venant de l'environnement, de la culture, de l'usage d'outils. Il existe un effet Google dans notre cerveau !

Pour comprendre ce que j'aimerais vous dire, gardez à l'esprit cette idée qu'il y a trois grands points majeurs, que je vais tenter de vous fournir par ordre d'apparition.

Premier thème, le cerveau est reconfigurable, et ce, quel que soit notre âge. Paul Éluard nous dit que « nous vivons dans l'oubli de nos métamorphoses », c'est-à-dire qu'on oublie parfois qu'on a acquis des choses que l'on ne savait pas la veille. Aujourd'hui, on pense que c'est un acquis, que c'est venu tout seul. Non, il y a eu un effort d'attention, de mémoire, et cela a modifié le sujet. Quelles sont les règles qui font que ce cerveau est en permanence reconfigurable ?

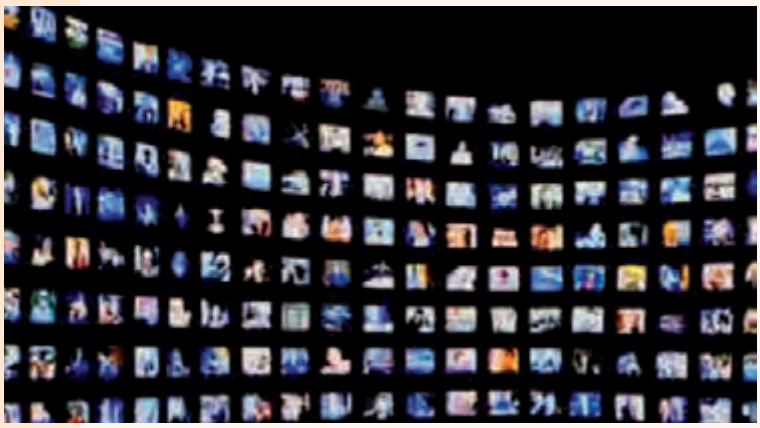
Le deuxième point est lié au premier. Il s'agit de savoir quelles sont les conditions qui nous incitent à reconfigurer notre cerveau, physiquement, et leurs conséquences sur notre comportement. Les lois qui vont inciter le cerveau à se reconfigurer sont toutes simples, puisque nous sommes d'abord stimulés. Mais nous allons voir quelle est la qualité de cette stimulation : est-ce qu'il faut regarder TF1 et le JT ? Réponse à la fin de l'exposé !

Donc il y a information et information. Et, puisque je vous parle d'informations, voici un site : *http://www.worldometers.info/fr/* où vous voyez en temps réel des informations qui concernent notre planète et qui concernent notre cerveau. Voyez, pendant que je vous parle, le nombre de messages qui défilent sur la toile : on arrive à peine à voir les millions qui défilent pour les e-mails, et le reste va encore plus vite. Pendant que je vous parle, vos messageries sont en train de se remplir, vos boîtes vocales aussi. Est-ce que c'est ce genre d'informations que nous voulons ? Il existe une loi, dite la loi de Moore, qui veut que les processeurs de nos ordinateurs doublent en puissance tous les 18 mois. On est de plus en plus capables d'avoir des objets interconnectés, et le cerveau humain se trouve de plus en plus informé. Mais c'est là que j'attire votre attention : quel type d'informations voulez-vous ?

Je n'ai malheureusement pas le temps de beaucoup élaborer, mais la question de l'information est de savoir si elle nous fait "savoir" ou elle nous fait "comprendre". Si je reste au savoir, je n'en veux pas : je dois chercher et comprendre. Si c'est une information qui arrive sous forme d'alerte téléphonique ("Fukushima, tsunami, 18 000 morts"), je suis informé. Je sais, mais je n'ai pas compris. Cette information-là, vous n'en voulez plus à partir d'aujourd'hui. Vous laissez ça aux autres. C'est la même chose pour tous ces mails groupés qu'on envoie ou qu'on reçoit : quand il y a plus de trois ou quatre personnes en copie, dites-vous que c'est pour les autres, pas pour vous.

Un nouveau concept : l'"infobésité"

Il nous faut à présent nous protéger contre ce que j'appelle l'"infobésité". Le problème de l'infobésité, c'est cette surcharge d'informations, c'est l'info-digestion. Qu'est-ce que je fais avec ? Si je surfe d'information en information, je vais créer ce que l'on appelle des états d'âme. Je suis porteur d'émotions inconscientes qui vont faire que, cet après-midi, je vais me mettre en colère simplement parce que j'ai été un mauvais gestionnaire de mes états d'âme négatifs. Par exemple, je suis mélancolique sans le savoir, et cet après-midi je verse dans la colère – là, je parle d'émotions fortes, ça se voit sur ma peau et ça s'entend. Mais ces émotions fortes ne sont pas liées à la



situation dans laquelle je me trouve : elles sont au départ l'émergence, la mauvaise gestion de mes états d'âme. D'où l'importance de toutes ces techniques que l'on voit aujourd'hui apparaître (la méditation, l'hypnose…), où l'on a besoin de trouver les outils pour gérer cette information, se mettre dans des bulles et atteindre des états de pleine conscience. Des moments où l'on doit dire à nos organes sensoriels que trop c'est trop ! A partir d'aujourd'hui, faites attention à cette infobésité. Quand je vous dis que l'information incite notre cerveau à se reconfigurer, vous avez compris que c'est cette information qui nous fait comprendre : il s'agit d'une activité mentale avec une signature particulière. Quand je suis dans l'infobésité, je reste dans l'information qui me fait savoir, et pas comprendre.

En somme, je suis en train de vous dire qu'il nous faut nous concentrer sur l'information "utile" et laisser tomber l'information "futile". A vous aujourd'hui de placer des filtres : est-ce que j'en reste au savoir, ou est-ce que je vais aller au-delà de ce savoir et comprendre ?

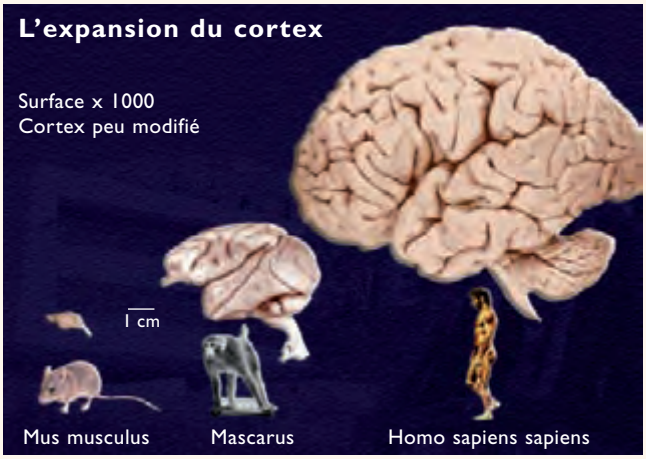
A présent, voyons le troisième point, qui est rattaché au second. Vous avez compris qu'il fallait trier l'information pour être dans une démarche de compréhension, et non plus dans le simple fait de savoir. Je reviens maintenant sur ma question de savoir si TF1 est bien ou pas : je vous laisse trouver la réponse, mais entre le "savoir" et le "comprendre" réside à peu près la même différence qu'entre une page du journal de TF1 et le même sujet traité sous forme de conférence sur Arte. Il y a une dimension temporelle qui est importante : le savoir, qui est le temps bref, et le comprendre, qui est le temps qui peut se dilater. Quand nous voulons être dans la démarche analytique, sachez que nous allons utiliser trois dimensions de la conscience humaine.

La première, évidente à nos yeux, c'est l'intellect. Pour saisir une information, j'ai besoin de mon intellect pour comprendre.

Mais sachez ensuite qu'il y a une deuxième dimension qu'on a toujours tendance à négliger : c'est l'affect. Si vous êtes en train de prendre connaissance d'un message, puis qu'on vous demande d'agir suite à sa lecture, l'environnement bruyant dans lequel vous vous trouvez ou le fait que vous n'ayez pas mangé va influencer votre réponse : vous avez une espèce de stabylo-boss inconscient qui va surligner tous les termes négatifs. Il y aura un biais cognitif, une erreur de jugement qui vous dirigera forcément vers des idées noires et une analyse négative de la situation. En revanche, le même sujet avec le même intellect va réagir différemment s'il se trouve dans une situation beaucoup plus agréable et est impliqué dans cette analyse : la décision qui sera prise aura une forte balance positive, avec un message d'optimisme. L'affect est donc une seconde dimension qui vient également contribuer à la compréhension du message.

Enfin, gardons à l'esprit la dimension des croyances. Notre cerveau, à notre insu, se permet de rajouter de l'information sans que nous sachions que cette information ne figurait pas devant nous. Le cerveau aime bien rajouter de l'information quand il est dans cette tâche d'analyse et que l'information fait défaut. Un exemple avec les dés : si l'on me demande une somme élevée, je vais les jeter avec force sur le tapis. En revanche, si on demande à un deuxième protagoniste de réaliser la somme la plus faible, ce dernier va retenir son geste. Ici, on a une croyance selon laquelle la somme des dés va être définie par la vitesse avec laquelle vous les jetez. C'est une illusion : le cerveau veut nous raccrocher à une loi qui n'existe pas, mais c'est très utile ; cela nous permet de gérer notre stress… On a besoin de croyances quand on est face au hasard, et c'est un mode opératoire extrêmement séduisant. Il peut en revanche entraîner des détériorations dans d'autres situations, nous le verrons tout à l'heure.

Nous avons trois points à voir ensemble. Le premier, j'aimerais simplement le présenter en vous montrant l'évolution de la taille du cerveau en fonction de l'évolution des espèces. Il y a une loi qui est universelle dans le monde animal, mais qui ne nous concerne pas (l'humain a un statut très particulier dans le monde animal) : elle veut que la taille du cerveau soit proportionnelle à la taille du corps. Cela est vrai chez tous les primates, sauf chez l'humain. Quand on utilise cette équation – cette proportionnalité entre la taille du corps et celle du cerveau –, on s'aperçoit qu'on a hérité d'un surplus d'environ 600 cm^3 (plus d'un demi-litre). Ce qui est intéressant, c'est que ce surplus de matière grise est exactement ce qui va être façonné par l'environnement, et non par le déterminisme



génétique. Quand j'apprends, quand j'utilise un téléphone portable, quand je suis une série de séminaires ou de conférences, j'ai des modifications de mon cerveau par l'intermédiaire de ce module, ce qui est vraiment le propre de l'humain.

Il y a une partie très intéressante : c'est la partie le plus en avant du cerveau. Sénèque nous dit : « Il n'est pas de vent favorable pour celui qui ne sait où il va. » Eh bien, chez l'humain, cette partie en question – que l'on appelle les lobes frontaux – est en permanence en train de simuler. Il y a deux types de tempérament. Il m'arrive d'interroger des patients atteints de dépression sévère. Je parle beaucoup avec les mains et, si j'ai un verre à côté de ma main, au bout d'un moment, j'entends dire : « Écoutez, vous ne pourriez pas déplacer la bouteille ? Ça fait trois fois que je l'ai vue tomber. » Ce verre n'est, bien sûr, jamais tombé. Mais, dans ce cas-là, vous avez la simulation de l'échec à venir. En revanche, si vous êtes en bonne santé mentale, cette partie est en train de simuler la récompense à venir. Vous savez comment on appelle cela ? Le désir. Ça, c'est le propre de l'humain, d'être toujours dans la prospective. Je vais faire telle ou telle chose, mais pas pour un bénéfice immédiat (ce sont d'autres régions de notre cerveau qui régissent, notamment les systèmes de la récompense, du plaisir). Ce qui est intéressant, c'est que, quand nous avons du plaisir mais que ce plaisir a été précédé par le désir – et je parle d'une activité mentale qui peut se faire sur des décennies – sachez que le désir précédant le plaisir est une situation qui va faire que l'humain échappe à l'addiction. En d'autres termes, quand il y a du plaisir sans désir, nous avons ce que l'on appelle des troubles de l'addiction, de la dépendance. Vous savez qu'en latin addiction vient d'*addictus*, qui était l'esclave pour cause de dettes à l'égard de son maître.

En d'autres termes, la personne qui n'a pas de désir est une personne dont le libre arbitre disparaît. Si on a du désir avant le plaisir, on a affaire à un sujet qui sera capable d'utiliser son libre arbitre.

Invention de l'écriture et mémoire de travail

Le propos que j'aimerais développer avec vous aujourd'hui, c'est celui qui consiste à dire que cette partie de notre cerveau qui va subir l'influence de l'environnement – donc du monde de la transmission sociale et culturelle – vient d'un principe très simple, représenté ici par cette lithographie de Martin Escher, père de l'école des surréalistes. Vous le connaissez sans doute : il est aussi l'auteur de ces escaliers qui donnent toujours l'impression de monter. Pour mon propos, je préfère prendre cette main qui tient un crayon, parce que vous avez ici l'invention des outils. Durant l'odyssée de l'espèce humaine, en effet, notre cerveau a atteint une complexité de plus en plus grande, et les objets que nous avons construits ont été aussi de plus en plus complexes. Quand nous avons inventé le biface pour couper la chair et la séparer de la fourrure, son usage n'a eu aucune conséquence sur notre cerveau. En revanche, environ 4 500 ans av. J.-C., nous avons inventé un autre outil qu'est l'écriture. Et là, l'invention de l'écriture, l'usage de

Tablette d'Ebla. Caractères cunéiformes inscrits dans des cases. XXVe siècle av. J.-C.

Détail de la pierre de Rosette, IIe siècle av. J.-C.

cet outil, a fait que notre mémoire de travail a été divisée par trois. Quand je fais des tests avec des singes, j'ai le regret de vous annoncer qu'ils nous battent à tous les coups. Ils ont une mémoire de travail trois fois plus grande que la nôtre ! Eh oui ! Et cela parce que nous avons inventé l'écriture. Du coup, nous avons déchargé notre mémoire au travers de nos écrits.

Ce qui est intéressant, c'est de savoir ce que fait le crayon : il dessine une main. Et que fait la main ? Elle modifie la main qui l'a produite. C'est là où j'aimerais attirer votre attention : depuis l'avènement de l'écriture, il y a sept grands outils qui ont été inventés, et de l'usage de ces outils notre cerveau s'est trouvé modifié. Mais ce n'est pas un message pessimiste : on n'est pas plus abruti parce qu'on va éclater notre mémoire sur les téléphones portables… C'est très bien, on n'a plus besoin de s'embarrasser de numéros ! En revanche, soyez vigilants : du fait que votre espace de mémoire est à présent un peu plus disponible, il va falloir faire autre chose avec cette mémoire. Il va notamment falloir apprendre des poèmes, il va falloir apprendre des choses produites par l'activité humaine…

Vous allez voir qu'il y a une dimension en particulier qui stimule énormément notre cerveau : c'est la relation avec l'autre. Toute activité mentale qui est engagée dans une activité de relation avec l'autre va satisfaire cette loi. Quand on voit que notre mémoire de travail n'a plus à s'embarrasser de l'apprentissage de numéros ou de coordonnées parce qu'on a le GPS, il va tout de même falloir utiliser cette mémoire de travail lorsqu'elle est impliquée dans sa relation avec l'autre.

Aujourd'hui, il y a beaucoup de mythes que la science ne permet pas de confirmer ; c'est Einstein qui disait qu'il « est plus facile de désintégrer un atome que de vaincre les préjugés ». Il nous a fallu à peu près quinze ans de combat acharné pour convaincre nos collègues que cela était un neuromythe, c'est-à-dire une croyance que la science ne pouvait certainement pas étayer. Comment ce neuromythe peut être considéré comme une simple croyance et non une réalité ? Vous allez devoir satisfaire à cinq lois.

Première loi : nous devons toujours nous ouvrir au monde inconnu, à la complexité du monde. Ne pas fuir la complexité mais chercher à lui donner du sens. En d'autres termes, c'est fuir la routine. Socrate nous dit que « la sagesse commence avec l'émerveillement », eh bien c'est s'émerveiller d'avoir compris. Il ne s'agit pas de se faire violence. Je vous ai parlé du désir, et là c'est évidemment le moteur qui va faire qu'on est toujours assoiffé de connaissances. On évite les dictons, les qu'en-dira-t-on, on cherche toujours à s'exposer à la nouveauté.

Deuxième loi : nous devons fuir l'infobésité. Il va nous falloir en permanence être prompt à mettre des filtres. En termes de quantité d'informations, on estime aujourd'hui à 5 exabits, soit 5 milliards de gigabits, ce que l'humanité a produit depuis la naissance de l'écriture jusqu'aux années 2000. En somme, sur à peu près 7 000 ans, nous avons produit 5 exabits. C'est ce que nous produisons aujourd'hui à peu près toutes les cinq minutes ! Attention, cerveau en danger : notre cerveau n'est pas fait pour traiter toute cette information, il faut donc savoir mettre des filtres. Ne pas conduire et écouter les chaînes d'information en boucle : tout à fait le genre d'attitude absolument délétère.

Dépression et psychotropes : le cercle vicieux

Troisième loi : refuser l'usage chronique de ce que l'on va appeler les psychotropes, en l'occurrence les somnifères, les anxiolytiques. J'ai une activité au travers de l'Académie européenne des sciences, où nous sommes incités à produire des rapports tous les six mois. On en a produit un qui a fait couler beaucoup d'encre. Je ne sais pas si les réflexes ont changé chez les généralistes, mais nous avions établi une relation entre l'usage chronique (c'est-à-dire dépassant les six mois) d'anxiolytiques ou de somnifères et une susceptibilité pour développer une maladie neurodégénérative avec une probabilité multipliée par sept. D'accord ? Je ne suis pas en train de vous dire qu'il faut abandonner très rapidement ce genre de thérapies, mais sachez que vous êtes en train de vous appuyer sur des béquilles chimiques et qu'il va falloir mettre en place d'autres moyens, parce qu'à long terme vous allez gâcher une propriété, cette fameuse plasticité cérébrale, qui disparaîtra si l'on prend ces substances. Evidemment, à un individu qui rumine, un généraliste va dire : « Prenez 5 ou 10 mg de cette substance et vous n'allez plus ruminer. » Super ! Sauf que, malheureusement, je perds ici une capacité à pouvoir reconfigurer mon cerveau, c'est-à-dire que la plasticité cérébrale disparaîtra.

© hikrcn / Shutterstock

Quatrième loi que vous devez satisfaire, c'est bouger un peu. On évalue environ à 10 min le besoin d'activité physique, parce que l'on sait que, lorsqu'on engage une activité physique, nos muscles parlent à notre cerveau au travers de substances chimiques. Le fait d'avoir une activité physique vous permet aussi d'augmenter votre ventilation, et donc l'oxygénation de votre cerveau. Or le cerveau est extrêmement énergivore : c'est 2 % du poids corporel quand vous le pesez, et 40 % d'énergie engloutie ! Et quand on parle d'énergie, on parle d'oxygène. Alors lorsque vous faites un peu d'activité physique, vous augmentez votre ventilation et votre rythme cardiaque, et vous oxygénez mieux votre cerveau. Enfin, il y a encore un troisième effet indirect : quand vous avez un agenda très chargé, ou que vous êtes un peu flemmard, mais que vous allez quand même vous imposer 5 à 10 min de sport par jour ou par semaine, vous êtes en train de jouer sur l'estime de soi. Facteur également essentiel pour maintenir une activité de plasticité cérébrale optimale.

Et puis, le dernier facteur, avoir une activité mentale tournée vers l'autre. Les quatre lois précédemment citées, vous en êtes les acteurs. Mais cette dernière loi, vous ne pouvez rien faire, il s'agit du cerveau social. Il n'y a pas de module, il est éclaté dans différentes régions.

Résonance comportementale et résonance émotionnelle

Pourtant, sachez, Madame, que ce cerveau-là n'est activé que lorsque je vous regarde : j'ai le plaisir de vous annoncer que, pendant vingt secondes, votre amygdale s'est activée. Et que ce soir, quand vous allez caresser votre chien en rentrant, même s'il vous regarde dans les yeux, il n'aura pas eu les mêmes conséquences que j'aurais eues en vous regardant dans les yeux. Quand je bouge mon bras, sachez qu'une partie de votre cerveau est engagée et vous êtes en train de m'imiter : on parle alors de résonance comportementale. On imite l'autre non pas par jeu, mais simplement parce qu'on veut aller au-delà du comportement, c'est-à-dire que l'on veut lire ses intentions. Je bouge le bras pour attraper cette bouteille et, du coup, on est déjà dans l'imitation des conséquences de cet acte de boire, donc du plaisir. Et là, je suis dans la résonance non plus comportementale, mais émotionnelle : on partage nos émotions. Nous sommes ici dans l'empathie et la compassion. Vous avez les bases neurologiques de l'empathie et de la compassion.

Regardez ce pauvre joueur de football qui a tiré un penalty ; il l'a raté, et ça se voit parce qu'il a les mains sur la tête – c'est ma troisième dimension, celle des croyances : la peur qu'un être ultime, une divinité nous punisse parce que nous sommes dans l'échec, alors on protège ce que l'on a de plus précieux, c'est-à-dire le cerveau. Mais regardez les autres qui sont en face : ils ont aussi mis leurs mains sur la tête. Ça, c'est la résonance comportementale, et pourquoi ? Parce que si on mesure leur rythme cardiaque une à deux secondes après avoir imité l'autre, il s'emballe : ils sont aussi dans une résonance émotionnelle. Ils sont aussi dans la déception de l'échec, et donc ils partagent les mêmes valeurs.

Dans une séance de tirs au but, supporters et joueurs ne font qu'un corps.

Les jugements moraux naissent de cette capacité qu'a notre cerveau d'imiter l'autre. Madame, vous courez devant moi et vous tombez. Je vois votre genou saigner et je vous tends la main pour vous aider à vous relever. Ce n'est pas simplement un geste altruiste, mais c'est aussi parce que j'ai mal à mon genou. En revanche, si Madame – un peu espiègle – vient d'arracher le sac à main d'une grand-mère et qu'elle tombe à mes pieds en s'enfuyant, est-ce que je vais lui tendre la main pour la relever ? Non. Je lui mets le pied sur le dos en attendant que la police vienne l'arrêter ! Jugement moral lié au fait que je vous parle ici de la résonance émotionnelle, et j'ai une résonance émotionnelle au deuxième degré. Non pas avec l'individu qui chute devant moi, mais avec la personne qui s'est fait arracher son sac à main. Cela existe parce que nous avons un cerveau compassionnel, un cerveau qui est stimulé parce que nous sommes en interaction avec l'autre.

Je ne sais pas comment je vais conclure. Peut-être sous la forme d'une pirouette, en faisant appel à Goethe : « Traitez les gens comme s'ils étaient ce qu'ils devraient être, vous les aiderez ainsi à devenir ce qu'ils peuvent être. » Car nous avons tous un potentiel de plasticité cérébrale, et j'espère qu'à partir d'aujourd'hui vous allez tous soigner ce potentiel.

Mais, comme je dois rester modeste, je vais vous rappeler ce que disait Gandhi : « Commencez d'abord à changer en vous ce que vous voulez changer chez les autres. » Car je ne suis pas là en tant que gourou, mais simplement pour vous montrer la science en action. ●

Cinq règles pour garder un mental dynamique

- Ne jamais cesser d'apprendre, régulièrement, sa vie durant, des choses nouvelles, dans des disciplines nouvelles, de façon nouvelle
- Juguler la pollution sonore et visuelle
- Comprendre que les médicaments neurochimiques peuvent aider mais ne suffisent pas
- Accepter que l'activité physique et l'activité psychique sont indispensables pour garder optimum la plasticité cérébrale
- Comprendre que la plus grande partie de notre activité psychique nécessite l'interaction avec l'Autre (c'est notre cerveau social)

Les bénéfices de l'hypnose

Dr Jacques Fumex,
gastro-entéro-hépatologue,
hypnothérapeute

L'hypnose est une médecine naturelle, car il s'agit d'un état naturel, ce que l'on ne sait pas depuis très longtemps. Pourtant, on connaît l'hypnose depuis la nuit des temps : les Phéniciens, les Egyptiens, les Grecs… Mais ce n'est pas une pratique qui a été inventée par l'homme. On peut bien sûr s'en servir comme une manipulation, mais ce n'est pas le but de l'opération.

Prenons Mesmer par exemple. Certes, il y a l'homme de spectacle que l'on connaît, mais n'oubliez pas que Mesmer était un médecin autrichien de la fin du XVIIIe siècle qui a introduit l'hypnose en France. Bien qu'à l'époque on ne parlât pas d'hypnose mais de magnétisme animal.

Franz-Anton Mesmer (1734-1815).

Qu'est-ce que l'hypnose ? Ce n'est donc pas une manipulation. Une transe, une sorte de rêve, de coma ? Non. Un état de conscience modifiée ? On s'en rapproche, c'est l'explication que l'on donnait jusque-là, mais on verra plus tard que ce n'est pas un état. Une sorte de sommeil ? Non plus.

Il y a seulement vingt ans, des appareils ont permis de démontrer que l'hypnose était un mode de fonctionnement naturel du cerveau. C'est un mécanisme naturel à la fois spontané et volontairement inductible, tout comme la respiration. On n'a pas besoin d'y penser : ça fonctionne, mais on peut l'amplifier, la diminuer ou faire des pauses.

L'hypnose peut être induite par soi-même – c'est l'auto-hypnose – ou par quelqu'un qui vous explique comment faire – l'hétéro-hypnose, que l'on utilise dans l'accompagnement des psychothérapies notamment.

C'est un mode particulier du cerveau. Ce n'est pas un état, puisque c'est quelque chose de fluctuant. C'est quelque chose que tout le monde fait, mais que l'on n'identifie pas forcément comme tel : ça peut durer quelques secondes, une minute ou plus dans la journée, on a tendance à rêvasser, à penser un peu à autre chose, à se remettre les idées en place, à s'économiser puisqu'on est soumis à des situations répétitives. Cela n'appartient à personne en particulier, ça appartient à tout le monde.

On parle d'éveil paradoxal, en opposition aux rêves la nuit, où on dort mais où on a des signes d'agitation (ce que l'on appelle le sommeil paradoxal). Dans la journée, quand on rêve un peu, on est apparemment réveillé mais paradoxalement un petit peu ailleurs.

J'ai un collègue et ami qui est à la fois médecin et hypnothérapeute, féru de qi gong et de philosophie orientale et qui travaille au Centre de neurosciences de Paris. Chaque fois qu'il réalise une découverte au département, il effectue des recherches et s'aperçoit que ces théories avaient déjà été émises il y a 5 000 ans avec Lao Tseu, le Tao, etc. A la fois, donc, la neuroscience nous permet de mieux comprendre l'hypnose, et en même temps cela conforte des pratiques qui sont ancestrales. Ça ne change pas grand-chose à la réalité, mais ça donne une assise, ça éclaire les choses et permet de mieux différencier ce qui est de l'hypnose et ce qui n'en est pas.

On sait que l'imagination induite par les suggestions en hypnose reproduit un fonctionnement cérébral identique à la réalité : si j'imagine que je suis en train de marcher sur une plage, mon cerveau fonctionne comme si j'étais en train de marcher sur une plage. On sait que le fonctionnement hypnotique est induit par l'activation de l'imagination des cinq sens, les VAKOG : visuel, auditif, kinesthésique, olfactif, gustatif. En gros, cela veut dire que si, sur cette plage, vous imaginez voir un oiseau, que vous avez des odeurs d'embruns et que vous marchez, alors automatiquement vous êtes en hypnose. C'est un mécanisme tout simple pour se mettre en auto-hypnose, on peut l'expérimenter soi-même.

Peut-on parler de thérapie pour l'hypnose ?

L'hypnose, dont la perception peut être considérée un peu comme magique – les Anglo-Saxons parlent de "transe" –, est quelque chose de naturel, et quelque part de rassurant, puisque ça nous appartient. Qu'est-ce donc que l'hypnothérapie ? Mettons "thérapie" entre guillemets, parce que c'est presque antinomique avec l'esprit qu'il y a derrière l'hypnose ericksonienne, que l'on essaie de développer actuellement. Je répète que nous ne sommes pas dans l'hypnose "spectacle". Quand on parle de "thérapie", on parle d'un médecin ou d'un soignant qui sait tout et d'un patient qui va subir ce qu'on va lui imposer. C'est un peu en contradiction avec l'esprit de l'hypnose, notamment ericksonienne, où il y a un échange de bons procédés et de ressources.

L'hypnothérapie a quand même évolué depuis la nuit des temps. Comme je vous le disais, on retrouve des témoignages datant de civilisations sumériennes, soit 6 000 ans av. J.-C., mais aussi égyptiennes, grecques… Avec la description de traitements par la suggestion, la parole. Alors, ce sont des gravures et c'est plus ou moins bien expliqué : on n'est pas sûr, mais on reconnaît un peu le mécanisme. Qui était peut-être déjà utilisé durant la Préhistoire d'ailleurs. Lorsque l'on regarde les fresques de Lascaux, on remarque un homme tenant un animal totem qui a l'air d'être dans un état de transe. Un état naturel donc, qui était probablement utilisé avant.

Peut-être même que ces peintures servaient à stimuler l'imagination et à des rituels dont, bien sûr, nous ne connaîtrons jamais le détail.

L'hypnothérapie moderne a été grandement influencée par Erickson, qui en a développé les outils dans un esprit plus ouvert et respectueux. Mais pas seulement par lui. Le terme d'hypnose a été créé en 1819 par un Français, le baron Félix de Cuvillers, et repris de différentes façons par la suite. Le terme n'est d'ailleurs pas tout à fait exact, puisque "hypnose" en grec signifie "sommeil", et on a vu que l'hypnose n'était pas un sommeil.

On a aussi une sorte d'assimilation entre le mode de fonctionnement, l'hypnose, et l'usage que l'on en fait, l'hypnothérapie. Il y a donc l'hypnose, il y a l'hypnothérapie et il y a Erickson et tout ce qu'il a insufflé comme état d'esprit, de respect. Avec Erickson, on est passé des suggestions directes (« Dormez, je le veux ») à des suggestions indirectes (« Je vous suggère de faire ainsi »), voire des suggestions ouvertes, c'est-à-dire un silence, une pause, pour laisser à la personne la capacité d'intégrer et d'utiliser ses ressources. L'hypnose d'Erickson, c'est un esprit plus participatif : ce n'est pas quelqu'un qui va me soigner, mais quelqu'un qui va me montrer quelques trucs pour que je me soigne moi-même. On n'est pas dans la magie.

Quels sont les domaines actuels de l'hypnothérapie ?

Tout d'abord l'hypnoanesthésie et l'hypnoanalgésie. C'est un domaine qui n'est pas nouveau, mais qui se développe énormément ces derniers temps. Il y a des études en Belgique qui remontent à vingt ans, menées notamment par une anesthésiste du nom de Marie-Elisabeth Faymonville, qui ont démontré qu'avec l'hypnose on avait moins de stress, besoin de moins d'antalgiques, de moins de molécules chimiques, de moins de jours d'hospitalisation, avec une meilleure cicatrisation et plus de confort.

J'ai entendu récemment que, depuis la fin de la guerre, on avait inventé 200 000 molécules chimiques. C'est énorme ! On en a dans les médicaments, dans ce qu'on mange… Or l'hypnose et une méthode naturelle, et je pense que toutes les études récentes, associées au développement de la pratique chez les médecins, les paramédicaux formés à l'hypnose dans les hôpitaux et les cliniques, sont révélatrices : c'est la preuve de son efficacité.

En gastro-entérologie, il y a des études qui remontent à trente ans, où on réduisait et améliorait les problèmes de fonctionnement digestif (qui touchent au moins 3 millions de personnes en France) dans au moins 60 % des cas. Ce sont des protocoles compliqués nécessitant au moins dix séances, mais, dans la réalité, les chiffres se confirment.

Deuxième domaine de l'hypnothérapie : états post-traumatiques et troubles psychosomatiques

J'ai un peu tout mélangé, car il s'agit pour moi de conséquences ayant les mêmes racines. Les phobies, la nervosité, l'angoisse, les insomnies, les dépressions, l'inhibition, les addictions ne sont pas des fatalités. Probablement qu'il y a des mémoires émotionnelles très anciennes qui font que les corps dysfonctionnent, que les réactions ne sont pas tout à fait adaptées à l'environnement. Et l'hypnose est l'un des outils (tout comme l'EMDR, d'ailleurs) que l'on utilise pour arriver à arracher ces racines. C'est vrai que c'est quelque chose de nouveau : aujourd'hui, on a dans l'idée que l'on naît angoissé, dépressif, et que l'on a toujours été comme ça. Je crois que ce n'est pas vrai.

Les troubles psychosomatiques, c'est la fixation dans le corps, dans sa chair, mais ils sont associés aux autres troubles. Derrière des dysfonctionnements physiques (douleurs, spasmes, crampes, brûlures), on trouve souvent un processus assimilé à cela.

On me dit souvent que c'est bizarre de voir un gastro-entérologue qui pratique l'hypnose, et ça m'a toujours un peu énervé quand j'étais étudiant. A l'époque, en effet, on disait que quand on avait mal au ventre, c'était dans la tête. Ensuite, les gens avaient toujours mal au ventre, mais en plus ils se sentaient coupables, malheureux, isolés et solitaires, alors qu'il y avait peut-être juste à dire qu'on les comprenait. Parfois, il s'agit juste d'une épine à enlever : j'ai vu des gens dont les douleurs et le stress disparaissaient parfois en une séance. Il faut juste aller au bon endroit, et ne pas étouffer la vraie souffrance sous des tonnes de produits ou d'anesthésiants.

Les troubles psychosomatiques représentent, je pense, au moins les deux tiers des consultants en médecine de ville, c'est énorme ! Il y a quelques années à Nantes, je m'étais rendu à un congrès de gastro-entérologues – les Journées francophones – et j'avais fait la liste des sujets traités. Sur 560 thématiques, je crois qu'il n'y avait que trois sujets sur ces problèmes psychosomatiques. Il faut dire ce qui est : les médecins ne savent pas prendre en charge ce genre de choses. Même s'ils le savent de plus en plus, quand même !

A présent, voyons les idées de base de la prise en charge de ces problèmes. L'un de mes premiers professeurs nous disait de nous méfier : que les fonctionnels finissaient toujours par mourir de quelque chose. Cela, c'est pour rétablir un peu l'équilibre, c'est-à-dire que l'hypnose et ses méthodes ne sont pas que magiques, et qu'il faut garder les pieds sur terre. En d'autres termes, la base de la prise en charge par l'hypnose ou d'autres méthodes reste quand même une évaluation médicale traditionnelle : on ne traite pas un cancer avec de l'hypnose ! En tant que thérapeute, il faut rester vigilant.

Deuxième chose, ce que l'on appelle les "truismes", ou vérités en hypnose : le meilleur traitement est celui qui marche ! Si c'est une tisane, tant mieux pour vous, ça ne coûte pas cher…

Troisième chose. Lorsque mes patients qui ont mal au ventre me disent qu'ils aimeraient bien savoir pourquoi, je leur dis toujours : « Vous voulez savoir pourquoi vous allez mal, ou aller bien sans savoir pourquoi ? » L'hypnose, c'est un peu ça. On n'a pas besoin de savoir pourquoi on ne va pas bien, on a besoin de trouver une solution. C'est pragmatique. Il vaut mieux aller bien sans savoir pourquoi, que savoir pourquoi on va mal.

En hypnose, on utilise beaucoup les images et les métaphores. Le serpent évoque le cerveau reptilien (si l'on se réfère à une conception que l'on a un peu remise en cause, qu'on appelait le cerveau triunique). En clair : un corps, la survie, manger, boire, dormir, se reproduire… Un cerveau dit reptilien, où il n'y a pas beaucoup d'émotions. Les serpents ne sont probablement jamais en état de stress post-somatique et de troubles psychosomatiques.

En revanche, les mammifères si. Ils ont un cerveau émotionnel – ce que l'on appelle un "cerveau de cheval" – et ils sont soumis, face aux dangers, à des stress : une gazelle qui réchappe à la traque d'un léopard va aller dans les bois, trembler un coup et sera guérie : elle a une réaction naturelle et n'a pas besoin de faire une psychothérapie ! Elle va vite s'en remettre.

© Chantal de Bruijne / Shutterstock

Nous, les humains, sommes plus compliqués. On passe beaucoup de temps à chercher pourquoi on va mal. On est dans une espèce de bulle, où on essaie de comprendre… Bien sûr que c'est utile de savoir pourquoi on va mal ! Comme disait Coluche : « J'ai fait 20 ans de psychanalyse parce que je pissais au lit ; aujourd'hui, je pisse toujours au lit mais je sais pourquoi et j'en suis fier ! » Avec la psychiatrie, on est souvent dans des méandres intellectuels et on tourne autour du pot : on trouve une solution qui n'est pas la solution du vrai problème ; alors on crée un autre problème et ça peut durer *ad vitam æternam*…

Les méthodes d'action de l'hypnose

On utilise beaucoup d'images, de métaphores. On propose – on incite – la personne à revivre dans sa chair le mal qui la ronge. La clé, ce sont des gens qui font confiance, qui s'ouvrent et qui échangent. Cela permet au problème de disparaître rapidement, et en une fois la plupart du temps. Cela ne veut pas dire que l'hypnose est magique et qu'elle guérit tout. Cela veut juste dire qu'il y a d'autres façons d'aborder les choses : se prendre en charge et se servir de cet état naturel et de l'imaginaire.

L'hypnose est de plus en plus utilisée dans les domaines des soins palliatifs et de la cancérologie. Elle sert à apaiser les douleurs, les angoisses… Ça rejoint un peu l'hypnoanalgésie, dont on parlait tout à l'heure.

Et puis l'hypnose est utile au développement personnel et au bien-être. Ici, on se rapproche de l'auto-hypnose. Dans cette démarche, il faut une volonté d'évolution : c'est l'impulsion. L'impulsion, c'est de se dire qu'on a envie d'avancer, de prendre les choses en main. On n'est pas obligé de se fixer un objectif, parce que dès le moment où on fixe un objectif, on est dans l'intellect.

Ces pratiques peuvent correspondre à une hygiène émotionnelle – on se brosse les dents tous les jours, on peut aussi "nettoyer" ses émotions. Je fais référence à Erickson, car c'est tout de même quelqu'un qui a marqué cette pratique de l'hypnose : il était daltonien, il a parlé à seulement 5 ans, il a eu la polio très jeune et a failli en mourir, mais il avait déjà un esprit d'observation. Il a beaucoup utilisé ce que l'on appelle les "apprentissages" : quand il avait la polio, il a réappris à marcher à 17 ans, en prenant exemple sur sa petite sœur. Il a développé l'utilisation de ce que l'on appelle les "ressources" (on rejoint la neuroplasticité). Et quand les gens s'interrogeaient sur le moment où le petit Milton allait enfin se décider à parler, il aimait à se dire qu'il parlerait quand ce serait le moment. L'acceptation ne veut pas dire résignation. Dès le moment où l'on a un problème et que l'on lutte contre, on s'éloigne de la solution. L'acceptation, c'est déjà une ouverture et un chemin.

Il y a un psychologue belge qui a écrit un livre il y a vingt ans qui a pour titre *Créer le réel*. Et le terme sous-jacent, c'est ce que l'on appelle la "proférence". On est dans l'anti-déprime, l'anti-résignation. Dès le moment où je me mets en route pour trouver quelque chose, je crée les conditions pour que cela arrive, pour créer un meilleur futur.

Bien sûr, il faut y croire. Même quand on n'y croit pas, on peut décider d'y croire. Le mental peut donc être un obstacle à vivre ses émotions, mais cela peut aussi être un outil : il suffit de l'orienter dans le bon sens…

Conclusion : souffrance et malheur ne sont pas des fatalités. Le fonctionnement hypnotique offre des possibilités de se soigner – et d'être soigné, quand les choses sont compliquées – et d'avancer vers un bien-être 3 "e" : économique (il n'y a rien à acheter), écologique (c'est naturel), efficace (je peux en témoigner). C'est une métaphore mais, dans la réalité intérieure, c'est un peu ça aussi.

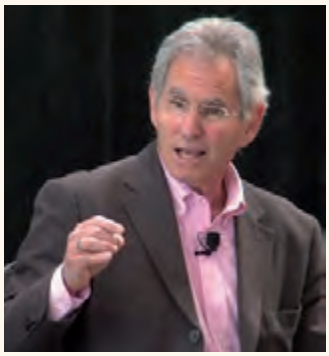
En préparant l'exposé, je me disais que je n'avais plus beaucoup d'illusions mais encore beaucoup de rêves. Je pense que c'est important pour avancer. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à vous renseigner auprès de l'institut Milton H. Erickson de Lyon. Cela peut vous donner une idée des thérapeutes et des manifestations sur le sujet. En 2016 est prévue une grande manifestation sur l'hypnose et les neurosciences.

Vivre mieux avec la méditation en pleine conscience

Dr Viviane Belleoud, algologue

Qu'est-ce que méditer en pleine conscience ? Jon Kabat-Zinn donne cette définition : « Un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention de façon intentionnelle au moment présent, sans juger sur l'expérience qui se déploie instant après instant. »

Jon Kabat-Zinn est un scientifique, un docteur en biologie moléculaire qui a adapté la méditation de façon laïque, bien qu'elle soit issue de pratiques bouddhistes ancestrales. Il a créé sa première clinique de MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*, soit la méditation en pleine conscience basée sur la réduction du stress) en 1979. Et, dans cette première clinique, il aide les patients à surmonter leur stress : le stress de la maladie, l'anxiété et les douleurs.



Il y a la gestion du stress par la pleine conscience, mais il y a aussi une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience qui évite les rechutes dépressives, mise en place en 1995 par trois auteurs (Teasdale, Segal et Williams).

Il y a aussi d'autres applications de la pleine conscience : au niveau de l'éducation, dans les services pénitentiaires et aussi dans les hôpitaux et les entreprises. J'enseigne d'ailleurs à l'hôpital Saint-Joseph, où je pratique des consultations antidouleur et, depuis trois ans, nous avons ouvert une fois par mois une séance de méditation d'une heure.

La MBSR – la méditation en pleine conscience basée sur la réduction du stress – est codifiée en huit semaines. Une semaine de pratique hebdomadaire de 2 h 30 avec un instructeur, une journée complète de méditation (en général, cette journée se fait en silence par les participants) et des pratiques personnelles quotidiennes de 25 ou 45 min – voire 1 heure pour certains – entre les séances.

Quel est le contenu de ces séances ? Ce sont des exercices de méditation en pleine conscience, des partages de la pratique entre les participants et l'instructeur, des mouvements de yoga vraiment très simples (à vrai dire, ce sont plus des exercices d'étirement) et des exercices à intégrer dans sa vie quotidienne. Au cours de la séance, on donne des CD et des fiches de travail aux participants pour qu'ils puissent soutenir leur pratique personnelle.

La méditation en pleine conscience, c'est muscler son attention. C'est un état qui présente une modalité de fonctionnement mental qui peut survenir chez tout être humain dès que celui-ci tourne son attention de façon intentionnelle sur l'expérience qui se déroule, au moment où elle se déroule.

C'est une qualité de présence : être vraiment là où nous sommes dans l'instant – et en général c'est facile, puisque nous y sommes déjà ! C'est reconnaître et être conscient de vivre son expérience : je suis en train de vous parler, je suis vraiment là. Dans la méditation en pleine conscience, on est à la fois les laboratoires, à la fois l'expérimentateur, et à la fois l'expérience. Nous sommes dans le ressenti de ce qu'il se passe.

C'est une façon de vivre – je dirais même un art de vivre – avec une attitude de réceptivité, d'accueil. En général, on accueille les émotions et les pensées, qu'elles soient agréables ou non, sans jugement et avec une grande bienveillance. Au cours de ces huit semaines, on crée un espace pour accueillir ses sensations, ses pensées et même ses douleurs.

On est aussi dans une attitude de débutant : de la curiosité, de l'ouverture d'esprit et de cœur… En réalité, lorsque l'on fait de la méditation en pleine conscience, on est dans une vraie disponibilité.

Un état de conscience opposé au pilotage automatique

Cela veut dire que l'on accueille les événements dans un espace que l'on a créé au cours de ces séances ; on va alors prendre du recul lorsque les événements arrivent, de sorte d'avoir des réponses justes pour aller vraiment au cœur des choses, des réponses plus adaptées.

Il y a bien sûr des idées reçues sur la méditation en pleine conscience, notamment le fait qu'il s'agit d'une pratique mystérieuse. Vous pouvez le constater, il n'y a rien de mystérieux là-dedans : c'est un fait logique qui arrive lorsque l'on porte attention aux choses de façon intentionnelle.

Ce n'est pas une technique de relaxation, parce que la méditation n'a pas de but. Après une séance de méditation, on peut se sentir très relaxé ou au contraire très tendu. Pourquoi ? Parce que chaque méditation est une méditation nouvelle, un nouveau commencement.

Ce n'est pas une analyse de l'événement, puisque dès que je suis dans le commentaire de l'expérience je suis dans l'expérience, je suis déjà dans le conceptuel.

Ce n'est pas, non plus, faire le vide ou ne penser à rien. Moi, je n'y suis toujours pas arrivée. En revanche, c'est peut-être avoir une autre relation avec nos pensées : je

suis là, vous êtes là, et puis pouf ! Votre esprit vagabonde. Dès que vous prenez conscience que votre esprit n'est plus là et que vous revenez écouter le Dr Belleoud, c'est que vous êtes dans la pleine conscience. Vous avez fait ce va-et-vient. C'est ça la pleine conscience : j'ai mon esprit qui s'évade, mais je reviens là, ici et maintenant, à écouter, à être présent.

Ce n'est pas être plus performant. On parlait de temporalité tout à l'heure : force est de constater que, depuis que je pratique la méditation en pleine conscience, j'ai plus de temps. Vous allez me dire que c'est un peu curieux : elle s'assoit, et elle dit qu'elle a plus de temps ! Mais, en fait, on est davantage bienveillant avec soi-même, avec les autres, on est plus attentif et, forcément, on est un peu plus performant. Mais on est bien d'accord : on ne fait pas de la méditation pour être plus performant.

Quant à la fuite de la douleur et de toutes les sensations désagréables, notre humanité commune fait que, de toute façon, on rejette tout ce qui n'est pas agréable et on accepte tout ce qui l'est. Dans la méditation en pleine conscience,

© 10 FACE / Shutterstock

on va accueillir toutes les choses avec équanimité. Une parenthèse dans la vie, une fuite des réalités, se retirer du monde, s'évader… C'est vrai si vous faites une retraite de méditation, mais c'est vraiment la vie elle-même.

Pratiquer la pleine conscience : un entraînement mental régulier

Ce n'est pas une méditation occasionnelle, comme si je faisais de la gymnastique. Non. Je médite tous les jours un tout petit peu – même 20 min, ou 45 min. C'est être dans une attention ouverte et bienveillante sans rien rechercher, sans effort. On n'a pas d'objectif. D'ailleurs, quand je commence mes séances de méditation avec mes patients, je leur dis toujours qu'il n'y a pas de but dans la méditation. Laissez-vous surprendre, par exemple, si vos douleurs s'en trouvent légèrement atténuées. Mais laissez-vous surprendre, rien de plus.

La pleine conscience, c'est découvrir aussi que nous sommes rarement présents. Et elle peut vraiment rendre extraordinaires des choses tout à fait ordinaires, parce que vous en prenez conscience. Je vais vous donner un exemple : je traversais une rue et il y avait beaucoup de bruit. Je me suis arrêtée pour attendre que le feu passe au vert, et je me suis mise en méditation quelques brefs instants. Quelle surprise d'entendre soudainement les oiseaux dans les arbres ! J'ai trouvé ça fantastique de pouvoir écouter les oiseaux en pleine ville, comme ça, avec tout ce bruit environnant.

La pleine conscience, enfin, c'est juste vivre sa vie comme elle est. Pas comme on voudrait qu'elle soit. Comme elle est, tout simplement.

En pratique, comment fait-on pour méditer ? Il y a des exercices formels et des exercices informels. Les exercices formels sont basés sur la respiration, le balayage corporel que l'on appelle "scan corporel", où on prend chaque partie du corps et on ressent tout ce qui émerge, que ce soit agréable ou non. Il y a des méditations assises, des méditations marchées et des exercices de yoga.

Et puis il y a des exercices informels : c'est être vraiment, là, dans les activités de la vie courante, être présent. Par exemple, le matin, quand vous prenez votre douche, vous n'êtes jamais seul, vous êtes toujours avec quelqu'un d'autre, toujours dans l'anticipation, non ? Essayez demain matin d'être vraiment présent et attentif à l'eau qui coule sur votre corps. Ça, c'est agréable ! Autre exemple, au supermarché : plutôt que de vous énerver parce que votre file à la caisse n'avance pas, il suffit de pratiquer un peu de méditation. Vous verrez qu'alors ça passe très vite.

Comment commencer la méditation ? On a un besoin d'ancrage physique. Dès que notre esprit vagabonde, il faut revenir à l'ancrage physique. Le plus simple, pour cela, c'est de passer bien sûr par la respiration, qui est avec nous 24 h/24 depuis notre naissance.

Je vous propose de faire un petit exercice de méditation en pleine conscience. Je vous invite simplement à vous sentir vraiment assis dans votre siège, et l'on va faire quelques respirations conscientes. Sentir vos pieds sur le sol. Sentir le poids de votre corps, dans votre bassin, dans votre assise. Sentir vos épaules décontractées, vos mains au bout de vos bras qui sont aussi décontractées. Et votre tête, parfaitement en équilibre sur votre corps en entier.

Là, je vous invite simplement à vous relier avec douceur à votre respiration. Sans changer la façon dont vous respirez, mais simplement suivre le souffle qui entre dans votre corps à l'inspiration, suivre celui qui en sort à l'expiration. Non pas en pensant que vous respirez, mais simplement en sentant votre respiration à l'intérieur de votre corps. Vous inspirez et vous sentez ce que font les mouvements de votre respiration dans votre corps, à l'inspiration et à l'expiration.

Soyez simplement là dans votre respiration présente, pas celle du passé ou du futur mais celle qui est là. Et goûtez à l'expérience de respirer, à l'expérience d'être vivant avec le souffle de vie qui pénètre votre corps à chacune de vos respirations.

Nous allons à présent continuer avec la méditation chez les enfants. Parce que les enfants aussi méditent. On peut pratiquer la méditation à partir de 4 ou 5 ans, parce que l'enfant est curieux et naturellement présent. Eline Snel a écrit *Calme et attentif comme une grenouille*, que je vous

recommande chaleureusement. Elle a fait une étude, de 2008 à 2010, où elle a constaté qu'une pratique de 30 min par semaine, avec 10 min d'exercice par jour, rendait les enfants beaucoup plus calmes, avec une meilleure concentration et une meilleure ouverture d'esprit.

La méditation est écologique, un peu comme l'hypnose. Elle n'est pas intellectuelle, elle passe par le corps. Qu'il s'agisse des adultes ou des enfants, ce sont vraiment les sensations de notre corps. La méditation peut aider les enfants à résister aux multiples sollicitations de la vie : au lieu d'utiliser les tablettes pour jouer, ils peuvent aussi mettre en pratique de petites méditations.

Je vais vous parler maintenant de la méditation et de la douleur, puisque je suis médecin algologue. Il y a une phrase de David Le Breton qui m'a interpellée, sur cette question décisive de la médecine, qui est « de passer d'une science du corps à une science de l'homme », et c'est vrai que la méditation prend toute la globalité de la douleur. C'est vraiment le rapport à la douleur qui change : les patients anticipent moins, ruminent moins aussi, et on a une meilleure stabilité émotionnelle pour ces patients qui ont des douleurs chroniques.

Je vais vous en donner quelques petits témoignages :

– « J'arrive mieux à me décontracter, à voir plus de positif, à essayer d'être plus conciliante et tolérante, et surtout à profiter pleinement des bons moments » (en général, les patients qui ont des douleurs chroniques ne profitent pas trop des bons moments).

– « Au fil des semaines, j'ai rapidement atteint une certaine sérénité. J'ai eu l'agréable surprise de constater que, lors des méditations, je trouvais le repos dans mes jambes. » Voilà, "j'ai eu une agréable surprise", c'est-à-dire : se surprendre qu'il y ait des choses qui se passent (la personne en question avait des douleurs neuropathiques).

Là, c'est une dame de 85 ans qui écrit : « La méditation est une assurance vie gratuite, c'est une hygiène de vie. »

Une autre dame, qui venait aux séances de méditation avec son iPod, a décidé de venir sans à partir de la quatrième séance et m'a dit : « Maintenant je fais de la méditation marchée pour venir vous voir. J'ai réussi à rester plus longtemps malgré mes douleurs neuropathiques du pied gauche (il faut savoir que les douleurs neuropathiques sont vraiment très importantes et affectent beaucoup le patient), j'ai gagné un cycle de sommeil. »

Intérêt de la méditation en pleine conscience pour la santé

Elle a une action sur le stress : plus un individu mobilise son attention sur son expérience sensorielle, plus le taux de cortisol diminue. Après un programme d'entraînement de huit semaines, l'organisme va produire davantage d'anticorps suite à une vaccination antigrippale.

Elle a une action sur l'immunité. Catherine Kerr a fait une étude sur la modulation des ondes alpha, qui trient le bruit des informations sensorielles. Elle a vu qu'on avait une meilleure modulation de ces sensations avec la méditation.

Grâce à la plasticité cérébrale, l'entraînement mental à la méditation provoque des changements à la fois fonctionnels et structurels sur le cerveau. Sara Lazar a mis en évidence un épaississement du tissu du cortex préfrontal gauche (lié aux émotions positives), un épaississement de l'hippocampe (la mémoire) et un rétrécissement de l'amygdale (tout ce qui est associé à la peur, à l'émotionnel). Et Antoine Lutz, qui travaillait en Amérique et qui est maintenant à l'Inserm de Lyon, montre une augmentation des rythmes gamma dans le cortex préfrontal gauche, qui est associé au processus attentionnel et conscient.

© racorn / Shutterstock

Quelles sont les indications de la méditation en pleine conscience ? La douleur chronique, la détresse face à la douleur chronique (la souffrance), l'amélioration et la prévention des rechutes dépressives dans la MBCT *(Mindfulness-Based Cognitive Therapy)*, la gestion du stress, la gestion de l'anxiété chronique et de l'insomnie, de l'impulsivité et du perfectionnisme excessifs.

Quelles en sont les contre-indications ? La dépression en phase aiguë ou les dépressions non stabilisées (l'assise est quasiment impossible, et même le scan corporel peut être douloureux pour les patients ; en revanche, les exercices informels peuvent être précieux). Les troubles de l'attention sont contre-indiqués, ainsi que les séquelles psychologiques ou abus physiques (sexuels ou émotionnels), les troubles psychotiques et les attaques de panique récurrentes.

Je termine par cette phrase : « Entre le stimulus et la réponse, il y a un espace. Dans cet espace, il est en notre pouvoir de choisir notre réponse ; et dans notre réponse reposent notre potentiel de développement et notre liberté. »

C'est vrai que, dans la méditation, on fait de la place, on a du recul face aux événements qui nous arrivent. On ne prend pas la vague de plein fouet, mais on surfe dessus. C'est un véritable art de vivre. Grâce à la méditation, on va pouvoir faire émerger un sentiment, un trésor que nous gardons au fond de nous : la compassion. ●

L'EMDR pour reprogrammer le mental

Dr Anne Dumont,
psychiatre

Un peu d'histoire pour commencer, et une définition : EMDR pour "eye movement desensitization and reprocessing" ou "désensibilisation et retraitement par le mouvement oculaire". Cette technique a été inventée à la fin des années 1990 par Francine Shapiro, qui est une brillante psychologue. Elle a pu mettre en évidence au cours d'une promenade dans un parc que les mouvements des yeux qu'elle faisait en suivant le mouvement des oiseaux apaisaient les tensions qu'elle avait à l'intérieur d'elle-même. Elle suivait des yeux le vol des oiseaux migrateurs et, petit à petit, elle sentait un apaisement arriver.

Elle s'est demandé si c'était dû au hasard, puis elle a commencé à faire des recherches. Aujourd'hui, il y a énormément de recherches et des centaines de publications, et c'est David Servan-Schreiber qui, le premier, a pu importer cette technique en France à la fin des années 1990. Aujourd'hui, la science peut affirmer que les mouvements oculaires sont efficaces dans la désensibilisation du trauma, ou des traumas un peu moins importants de la vie quotidienne, comme on le verra tout à l'heure.

Avant de vous expliquer comment cette technique fonctionne et de vous présenter les mécanismes de l'EMDR, je vais vous raconter deux histoires.

Pour commencer, c'est l'histoire du petit Léo, dont voici le témoignage des parents, qui ont eu recours à

© luxorphoto / Shutterstock

l'EMDR pour l'aider : « Il y a trois ans, Léo s'est mis brutalement à rejeter la crèche. La perspective de s'y rendre, qui lui faisait plaisir jusqu'alors, a brutalement cédé la place à une angoisse profonde. Nous étions désolés chaque soir de voir ce petit bonhomme nous demander : "Est-ce que j'irai à la crèche demain ?" et tristes, chaque matin, de le voir nous quitter en pleurs.

« La situation ne s'est pas arrangée avec l'entrée à l'école. Léo était un petit garçon enjoué à la maison, mais réservé et en retrait à l'école. Chaque matin, lorsque nous l'accompagnions, il se raidissait à l'approche de l'école et arrêtait de parler. Il nous quittait en pleurs, et ses institutrices ne savaient plus quoi faire… Et chaque soir revenait la question rituelle : "Est-ce qu'il y aura école demain ?"

« La première année de maternelle s'est terminée par les pleurs de Léo lors de la fête de l'école. C'était affreusement triste de voir ce petit garçon angoissé et pleurant au milieu de ses camarades, qui avaient plaisir à faire leur spectacle…

« Léo était toujours enjoué à la maison, mais il n'aimait pas sortir et détestait les jeux pour enfants dans les parcs. Lors des vacances de la Toussaint, nous sommes allés nous promener dans un parc un dimanche. Nous avons proposé à Léo de s'amuser sur des jeux d'enfants : il n'y en avait pas d'autres et il a accepté. Nous avons ensuite continué la promenade, et en repassant devant les jeux, nous lui avons proposé d'y retourner. Il nous a répondu qu'il ne voulait pas, car il y avait un autre enfant. C'est à ce moment-là que nous avons décidé qu'il était urgent de faire quelque chose, et que la situation ne s'arrangerait pas avec le temps, comme nous l'avions cru jusque-là.

« Nous avons alors cherché un psychothérapeute pour enfants pratiquant l'EMDR, technique que nous connaissions par une pratique personnelle, qui nous avait fait beaucoup de bien. L'EMDR, c'est formidable pour les adultes et quasiment miraculeux pour les enfants. Léo a fait moins de dix séances, et la situation a radicalement évolué en quelques semaines.

« La sempiternelle question du soir – "Est-ce qu'il y a école demain ?" – a rapidement disparu. Léo s'est mis à participer à l'école, à se faire des copains, à accepter de sortir pour aller au parc ou ailleurs, à jouer avec des enfants qu'il ne connaissait pas. Sa maîtresse de grande section a noté ses progrès et estimé qu'il avait bien grandi.

« Léo est entré au CP la semaine dernière, il a changé d'école sans appréhension et s'est mis à jouer avec les autres avec plaisir. Le voir jouer et rire aux éclats dans la cour a été pour nous un intense moment de bonheur. Dimanche, il nous réclamera comme tous les dimanches depuis quelques mois d'aller aux jeux avec les autres enfants au jardin public. »

Voici donc le premier témoignage des parents de Léo, 6 ans. Un témoignage que vous pourrez consulter sur le site de l'EMDR France, avec d'autres témoignages… Je vais à présent vous raconter l'histoire d'une autre personne, Sophie, de Paris, une jeune femme adulte qui a perdu l'homme de sa vie.

« Il y a quatre ans, mon compagnon était tué sur la route par un chauffard. J'ai consacré beaucoup de temps

et d'énergie à remonter la pente, à travailler avec un psychiatre, à essayer de reprendre goût à la vie pour ma fille, pour mes proches, pour moi-même… Le chemin a été long et ardu, mais j'avais goût à la vie. J'ai surmonté la perte de celui avec qui je me voyais passer le reste de mes jours… Jusqu'au moment où une relation s'est nouée avec un homme, qui s'est enfui au bout quelques mois.

« Ce nouvel abandon a réveillé chez moi des symptômes que j'avais cru disparus pour toujours. J'étais dans une impasse avec mon psychiatre, à qui j'ai dit que j'avais le sentiment d'être au bout de la rue, de la parole…

« J'avais entendu parler de l'EMDR par le livre de David Servan-Schreiber, *Guérir*. En parlant de l'EMDR autour de moi, j'ai trouvé l'adresse d'une thérapeute. Les trois premières séances ont été consacrées au récit de ces dernières années, à des explications sur les fondements scientifiques de l'EMDR et les aspects techniques de la thérapie. J'ai beaucoup apprécié l'honnêteté de la thérapeute, qui ne m'a jamais promis de résultats, mais a dit qu'elle pensait pouvoir m'aider.

« Nous avons fait plusieurs séances pour parcourir les sensations associées à l'événement traumatique de la perte de mon conjoint. Le premier parcours a été douloureux, bien entendu. J'ai pleuré de manière incontrôlée et, la séance suivante, j'étais vidée, juste épuisée. En quatre séances d'1 h 30, je ne vois plus mon compagnon à tous les coins de rue, je peux entendre du piano sans avoir de battements de cœur (il était pianiste), et je ressens un apaisement totalement nouveau, comme si la pierre de chagrin que j'avais enfouie au fond de moi était dissoute. Bien sûr, je n'ai pas oublié : mon pianiste reste dans mon cœur, je le promène avec moi comme une pépite de bonheur. Je souhaite apporter ce témoignage à tous ceux qui souffrent et ont le sentiment qu'ils n'avancent plus dans leur démarche. »

Ces deux témoignages nous montrent qu'on n'est pas obligé de souffrir. Quel que soit l'âge, il y a toujours des solutions : médicamenteuses quand on est psychiatre, mais pas forcément. On peut aller au-delà de ça et proposer des choses qui font intervenir les ressources personnelles de chacun.

Qui peut être concerné par ce type de soin ?

Ce sont des personnes qui ont connu des catastrophes, des traumas avec un grand "T" comme les appelle Francine Shapiro, qui se réfère aux catastrophes naturelles, aux attentats, aux agressions, aux accidents, aux traumas de guerre…

Ensuite viennent les traumas avec un petit "t", qui s'apparentent plus aux événements de vie négatifs : ce peut être des événements répétitifs, notamment des agressions dans l'enfance, sexuelles ou non. Il peut y avoir aussi les phobies, les douleurs chroniques, le deuil… Et cela s'adresse aux adultes comme aux enfants.

Comme pour l'hypnose et la pleine conscience, sont exclues de ces indications les psychoses, les dissociations et les idées suicidaires en l'occurrence, parce que l'EMDR active l'émotionnel et peut faire décompenser les états dépressifs… Quand ce sont des dépressions graves, elle peut aggraver les idées de suicide.

A quel moment pouvez-vous être traité par l'EMDR ? A n'importe lequel, quand on a vécu quelque chose de douloureux. Lors de la catastrophe d'Haïti, il y a des thérapeutes qui sont partis immédiatement pour aller traiter les victimes et qui ont commencé l'EMDR dans les décombres, immédiatement. Il y a eu des résultats exceptionnels très rapidement.

Après, il y a les personnes qui essaient de gérer les choses. Naturellement, le trauma peut aussi cicatriser. Mais, parfois, au bout de deux ou trois mois, les personnes continuent à avoir des cauchemars, à souffrir d'angoisses, à avoir des flashs et des déclencheurs quand elles sont dans des situations qui leur rappellent le trauma… Dans ces cas-là, c'est le moment d'intervenir. Toujours dans une approche intégrative, avec un psychiatre référent s'il y a un besoin médicamenteux, avec des personnes pratiquant l'hypnose, la sophrologie, la cohérence cardiaque… On est toujours des acteurs en lien pour pouvoir travailler.

Ensuite, il y a des personnes un peu plus âgées qui viennent. On a notamment un patient de 86 ans qui est venu consulter pour un trouble anxieux généralisé, avec des crises d'angoisse très fortes. Il a réussi en trois séances à ne plus souffrir et à ne plus avoir de crises, ce qui était pour nous une belle récompense, et pour lui encore plus !

On n'est jamais trop âgé ou trop jeune pour commencer et arriver à traiter ses vieux démons.

Alors, par qui ? C'est une très bonne question. Il faut vraiment avoir affaire à des personnes formées, qui soient de référence. Il y a une technique qui a été validée par Francine Shapiro, l'inventeur de la thérapie EMDR, qui a créé une association en Europe : l'EMDR Europe. Toutes les personnes adhérentes à cette association sont formées avec la technique Shapiro. Alors, pour être sûr de ne pas aller à la mauvaise adresse, rendez-vous sur le site de l'association, puis sur l'annuaire. Vous serez en de bonnes mains.

On revient sur l'idée que la douleur n'est pas une fatalité. On n'est jamais obligé de souffrir, on ne naît pas avec

Francine Shapiro

Francine Shapiro est une thérapeute comportementale de nationalité américaine fondatrice de la méthode EMDR (Mouvement des yeux, désensibilisation et retraitement de l'information).

Docteur en psychologie au Mental Research Institute de Palo Alto, elle découvre l'EMDR en 1987. Elle l'applique d'abord sur un groupe de volontaires puis sur des vétérans du Vietnam avant d'en publier les résultats en 1989.

En 2002, elle reçoit le prix Sigmund-Freud pour son apport à la psychothérapie.

la douleur, la dépression ou le trouble anxieux généralisé. On peut trouver des alternatives à ça et changer notre fonctionnement, changer le lien qu'on a à soi.

Pour cela, il faut travailler sur la pensée que l'on a de soi, les cognitions, mais aussi sur l'émotionnel, le corporel… Vous verrez, dans les phases d'après, que l'EMDR va aller cibler tout cela pour travailler et réactiver les choses, pour les remettre au travail.

Comment ça marche ?

Les mécanismes sont mal connus pour l'instant, et nous n'avons que des hypothèses. L'hypothèse première, c'est que les mouvements oculaires que l'on fait volontairement en EMDR – les stimulations bilatérales alternées – ressemblent aux mouvements que l'on fait au cours de notre sommeil paradoxal, pendant nos rêves. On part du principe que le rêve est une manière de retraiter l'information que l'on a vécue dans la journée, et qu'il permet de

digérer les événements de la vie, plus ou moins importants ou plus ou moins graves. On a une capacité naturelle à retraiter l'information que l'on a vécue. Ça, c'est d'abord le mécanisme pressenti.

Ensuite, l'hypothèse pour continuer de travailler avec cette technique est le traitement adaptatif de l'information, le concept selon lequel notre système nerveux central est capable, en mettant des mécanismes de traitement adaptatif de l'information, d'aller faire digérer les souvenirs quels qu'ils soient, traumatiques ou non. On part donc du principe que les réseaux de mémoire sont à la base des symptômes et de la santé mentale.

Les souvenirs non traités sont à la racine de la pathologie, et les souvenirs traités viennent renforcer nos ressources et font parties de notre bagage. C'est ce qui nous permet de faire face, d'avoir de l'expérience.

La méthodologie se passe en huit phases, qui doivent être respectées de manière très rigoureuse pour ne pas se perdre dans les plans de ciblage de l'EMDR. Le modèle taille, c'est le système de traitement adaptatif de l'information.

On part du principe que le cerveau est un organe comme tout autre organe de l'appareil humain. Quand on se blesse au niveau de la peau (qui est un organe), on a des messagers chimiques, les neuromédiateurs, qui viennent stimuler l'inflammation et donner une réponse de réparation. On obtient une cicatrisation. Le cerveau, c'est pareil. Il va aller chercher de l'information pour la stocker de manière adaptative.

Quand l'information qui arrive est trop difficile, trop lourde, c'est un peu comme un fichier que vous n'arrivez pas à charger dans votre ordinateur parce qu'il est trop gros : il faut le fragmenter. C'est la même chose pour le cerveau : quand ses capacités de défragmentation sont dépassées, il bloque et ne peut pas digérer l'information. Ce sont ces événements de vie traumatiques et excessivement douloureux, qui ne peuvent pas être stockés immédiatement, que l'EMDR va cibler. Le système cérébral neurosensoriel et cognitif est programmé pour aller vers la guérison, tout comme le système cutané.

Le système du traitement adaptatif de l'information va faire basculer la perturbation émotionnelle de l'événement traumatique vers une résolution adaptée. Les mouvements des yeux vont permettre de remettre en route le système du traitement de l'information. Comme si on revivait le trauma de manière atténuée. Ça remet en marche le système de retraitement, comme si on pouvait le vivre une seconde fois, mais en sécurité avec un thérapeute, dans un lieu sécurisant, et avec des mouvements qui stimulent l'intégration du souvenir.

Ce sont donc des réseaux associatifs qui sont à la source de la guérison de l'EMDR. Différents éléments composent le souvenir. Car le souvenir, c'est à la fois des images (quand vous pensez par exemple à des vacances paradisiaques ou à une personne que vous avez perdue), mais ce sont aussi des émotions que vous ressentez, voire des sensations corporelles… Un souvenir, c'est une pelote de toutes ces sensations, de tous ces messages sensoriels. Et quand on stimule la mémoire pour remettre le trauma et l'activer, on peut avoir accès à ce matériel pour aller le travailler.

Les huit phases que comporte une séance d'EMDR

La première phase, c'est de faire l'historique avec le patient ; comme dans toute relation thérapeutique, il faut installer une confiance. On ne peut pas commencer l'EMDR de but en blanc : il faut toujours avoir un temps d'approche et de connaissance mutuelles. Il faut aussi apprécier l'état de stabilité du patient : est-il capable de faire face à l'exposition au souvenir à nouveau ? On vient quand même activer des choses difficiles, et si la personne est trop anxieuse ou trop déprimée, on peut aggraver son état psychique. Donc on essaie toujours de stabiliser le patient, d'où aussi l'approche intégrative de cette médecine, une équipe pluridisciplinaire, l'hypnose, la sophrologie… Pour pouvoir travailler en renforçant les ressources, pour stimuler le positif avant d'aller traiter le trauma.

Ensuite, on établit ensemble un plan de ciblage, qui va aller chercher toutes les images, les séquences qui auraient pu rester bloquées et enkystées dans la mémoire. Là, c'est le patient qui va devoir effectuer un gros travail,

puisqu'on va lui demander d'aller chercher dans sa mémoire pour trouver ce qui est le plus difficile aujourd'hui, ce qui continue de le faire souffrir, ce qui est encore là maintenant. Grâce au patient et à ses capacités de mémoire, on va pouvoir aller cibler chaque problématique, les reprendre les unes après les autres toujours en commençant par la source, c'est-à-dire le souvenir le plus ancien et la cause du problème au niveau chronologique.

Une fois que vous avez pu, avec votre thérapeute, établir les cibles que vous voulez aller traiter, vous allez avoir une phase de préparation, où on va vous expliquer comment ça se passe, comment on s'installe, comment on procède au niveau des mouvements des yeux… On est très proche du patient (les pieds des chaises sont croisés) et on fait de rapides mouvements devant ses yeux. Environ vingt ou trente secondes plus tard, on lui demande ce qu'il voit. Et le patient donne une réponse sans réfléchir, sans juger de ce qui va venir. Il laisse ses pensées agir sans faire d'efforts. Ensuite on continue, on continue, encore et encore. Petit à petit, le canal du souvenir va venir s'épuiser, les émotions liées à l'image vont pouvoir s'atténuer et, naturellement, une pensée positive va être intégrée à la place.

Tout cela a été objectivé par des PET-scans, des examens au niveau du système sympathique, parasympathique… On a vu qu'il y avait des différences entre l'activation du souvenir avant/après. Vous pouvez aussi retrouver toutes les preuves scientifiques dans les publications du site *www.emdr-france.org*

Après, on arrive vers du positif, à un stade où vous vous rendez compte que vous n'avez plus de perturbations. Exemple : « Je n'ai plus mal quand je repense à ma mère. Elle est morte il y a maintenant six mois, mais je n'arrivais plus à vivre, à me lever le matin sans penser à elle. Et là, quand j'y repense, je ne vois plus que les bons souvenirs.

C'était vraiment quelqu'un que j'aimais très fort, mais le lien a changé. » C'est ça le travail de l'EMDR : le lien change, mais on n'oublie pas.

Une fois que ce positif est arrivé, qu'on l'a ancré et qu'il est vraiment habité par la personne, on va aller l'installer, le renforcer encore plus, toujours à l'aide des mouvements oculaires. Et quand la pensée est vraiment là, vraiment ancrée, et qu'on est sûr d'être tranquille avec ça, qu'on n'a aucune perturbation, on passe à une phase qu'on appelle le scanner corporel. C'est-à-dire qu'on va aussi chercher si, quand vous pensez à cette situation, votre corps renferme des perturbations bloquées. S'il y a quelque chose, on continue jusqu'à ce que la perturbation soit épuisée et qu'elle disparaisse.

Cette manière de faire, on l'exécute systématiquement pour chaque cible et, une fois que tout est bien traité, la séance est terminée. On débriefe, et après on se dit que, la prochaine fois, on visera une autre cible. Si la cible n'a pas été retraitée pendant la séance complète, on reprend là où on en était, on ne va pas trop vite, on laisse du temps… Mais c'est vous qui faites le travail, le thérapeute est là pour guider le travail.

Quelle est la durée moyenne du traitement ?

La durée du traitement est quelque chose d'aléatoire. Cela dépend du type de soins, du type de pathologie qu'on doit traiter. Quelqu'un qui a des capacités d'élaboration très fortes, qui a déjà fait de la psychanalyse, qui a déjà eu des thérapies, va peut-être être plus accessible, parce qu'il aura déjà des cibles et des problématiques en tête.

Après, il y a des personnes qui sont aussi beaucoup dans le contrôle, qui aiment avoir leurs affaires bien rangées, qui ont besoin de contrôler leurs pensées, ce qui est rassurant ! Mais ce qui est rassurant peut parfois bloquer le travail. C'est pour cela que les techniques de sophrologie, d'hypnose et de cohérence cardiaque sont très importantes et vont aider le patient à aller dans le lâcher-prise, et pouvoir aussi travailler en EMDR.

Parfois, il y a des déblocages très rapidement, mais c'est souvent pour les traumas avec un grand "T", pour tout ce qui est "bombe atomique" ou grandes catastrophes de ce type.

Pour terminer, et comme je vous le disais en commençant, il n'est jamais trop tard pour guérir, vous n'êtes pas condamné à souffrir. Quel que soit votre niveau de souffrance, ce n'est pas un fardeau que vous devez traîner toute votre vie.

L'EMDR reste un outil thérapeutique dans une boîte à outils. Il n'y en a pas qu'un seul quand on doit travailler : on prend un outil, on fait le travail à effectuer, mais parfois on a besoin de détente et d'auto-soins à domicile, de refaire des exercices de relaxation, et puis, avant tout, de pouvoir demander de l'aide.

Cette thérapie s'appuie sur les ressources du patient, aussi utilise-t-on des techniques en dehors des séances de désensibilisation pour renforcer les ressources. Des techniques comme la technique de l'éponge, c'est-à-dire prendre plusieurs qualités, les souder ensemble et les ancrer dans le mental.

Enfin, avant d'être en confiance, vérifiez bien que la personne auprès de qui vous êtes est bien agréée par le système de formation !

Vers un intestin spirituel

Dr Philippe Fiévet,
nutritionniste

Les bactéries, qui appartiennent au monde des Protistes, existent depuis 3,5 milliards d'années, vivant dans des conditions épouvantables sur Terre. Puis l'oxygène est apparu. Du coup, les bactéries ont dû se protéger de celui-ci, car c'est un poison mortel pour elles ! Et, vers sept millions d'années avant notre ère, les hominidés sont apparus. Les bactéries commencent alors à coloniser l'homme, comme si elles nous avaient choisis pour survivre ! Nous avons 2 kg de bactéries dans l'intestin : on leur offre ainsi le vivre et le couvert, nourriture et logement… En conséquence, les bactéries sont devenues, par nécessité, nos grandes alliées : nous sommes entrés en symbiose. Bien plus, nous avons absolument besoin d'elles.

L'inventeur du microscope, Van Leeuwenhoek, dans les années 1650, découvre les premières bactéries contenues dans… la plaque dentaire ! Sautons dans le temps, Pasteur déclare que la vie n'est pas possible sans bactéries (1885). Elie Metchnikoff confectionne puis vend ses "élixirs de longue vie" au début du XXe siècle, qui ne sont que des suspensions de bactéries lactiques.

En 1928, on découvre la pénicilline, utilisée en thérapeutique au début des années 40. On entre alors dans une ère extraordinaire, où l'on pourrait éradiquer toute maladie infectieuse. La guerre au microbe bat son plein. On était à une époque où la pensée magique était que la bactérie donne la maladie ; or Claude Bernard avait pourtant dit que le microbe n'était rien, le terrain était tout. Mais c'était un temps où l'on ne connaissait pas les antibiotiques.

Et puis, les antibiotiques tout-puissants ont commencé à perdre du terrain avec l'apparition de résistances. On se pose alors des questions et on commence à réintroduire la notion de l'importance du terrain : un terrain délabré sera forcément moins résistant au microbe qu'un terrain sain. Et puis l'antibiorésistance commence à poser de sérieux problèmes ; ça fait beaucoup de décès : 25 000 chaque année en Europe, en 2013.

A présent se développent des thérapies anti-infectieuses qui utilisent des microbes – dont une branche, que l'on a appelée probiotiques. Car on a découvert qu'il existait une vraie géopolitique de populations dans l'intestin, les bactéries fabriquant elles-mêmes leurs propres antibiotiques, mais ceux-ci étant trop dangereux pour être administrés à l'homme. La figure qui, à mon avis, est emblématique sur cette question, c'est Thomas Borody, qui travaille à Sydney au Center for Digestive Diseases, qui est le "découvreur" des transferts de microbiotes. C'est-à-dire que, pour guérir des infections extrêmement graves – telles celles à *Clostridium difficile*, multirésistantes aux traitements habituels –, on introduit chez le malade le microbiote d'une personne sélectionnée, et les bactéries entrantes tuent les bactéries responsables. Le succès avoisine 90 %. Plus de 100 expérimentations sont en cours, rien qu'aux Etats-Unis.

Nouvelle approche : nos microbes ne sont pas forcément des ennemis

Les études nous disent que les enfants à la campagne qui jouent dans la terre, dehors, avec poules et canards, déclenchent peu d'allergies par rapport aux petits citadins. On sait maintenant que les microbes gèrent leur propre environnement pour eux-mêmes mais aussi pour nous.

L'hygiène a trop envahi nos sociétés : certains vont jusqu'à prôner les ultraviolets dans la cuisine après usage ! Il est impossible de tuer les bactéries ; je vous en ai envoyé peut-être 400 milliards depuis que je vous parle, et vous m'en avez envoyé autant, lorsque vous riez… Sachez que, lorsque vous éternuez, les postillons bourrés de bactéries fusent à presque 600 km/h !

On connaissait jusqu'à présent l'absolue nécessité d'avoir des bactéries dans l'intestin : impossible d'avoir une bonne immunité si on n'a pas une flore intestinale correcte ; impossible aussi nutritionnellement : elles nous aident à digérer et nous fabriquent un tas de substances indispensables que nous absorbons. L'immunité est extrêmement dépendante du statut du microbiote. On sait aussi depuis dix ans environ que les microbes de l'intestin interagissent également avec les équilibres hormonaux humains. Cela commence à faire beaucoup.

Vous avez entendu parler de la relation faite entre bactéries et obésité : les personnes obèses montrent un microbiote tout à fait différent de celui des gens minces. On a fait beaucoup d'expériences avec les souris : quand vous

transférez le microbiote intestinal de souris obèses à des souris minces, celles-ci deviennent obèses sans même changer leur alimentation ! Et inversement : le microbiote de souris minces transféré chez des souris obèses va permettre à ces souris de redevenir minces… ou de faire disparaître un diabète (*Akkermansia muciniphila*). C'est un peu plus compliqué que ça, mais les dés sont jetés, et la piste est intéressante. Le métabolisme et les bactéries, c'est une affaire qui marche !

Passage du physique au psychique

Or les études nous montrent que les bactéries ont à voir avec nos comportements. Cette perspective se conforte. L'une des voies d'études concerne en parallèle la présence d'une alimentation particulière, qui va forcément sélectionner la flore intestinale : si vous mangez tel type d'alimentation, vous allez favoriser le développement de tels types de bactéries, qui se servent de ce que vous leur apportez. Les bactéries qui ne mangent que des protéines vont crier famine et mourir si vous aimez les légumes ! Si vous êtes végétarien, vous aurez une disparition assez rapide des bactéries qui utilisent de la viande. On perd la diversité des outils génétiques bactériens. Quand on se nourrit, on nourrit en premier nos bactéries, attention, respect ! On ne peut donc pas dissocier véritablement l'alimentation et les bactéries de l'intestin. Il ne faut pas oublier qu'elles vivent, qu'elles se multiplient toutes les vingt minutes.

Les études montrant le lien entre microbiote et comportement sont de plus en plus nombreuses. Par exemple, on s'est aperçu que l'alimentation sucrée était le dénominateur commun des hypoglycémies réactionnelles, et que celles-ci sont sérieusement impliquées dans les comportements de criminalité !

On peut, en quelques semaines, arriver à modifier fortement la flore intestinale par l'alimentation, ce qui va avoir des effets en retour sur le psychisme. Le stress, la dépression, modifient objectivement la composition du microbiote ; et, quand on est stressé, on a souvent mal au ventre. On en était resté là jusqu'à récemment. Le "deuxième cerveau", c'est une formulation dépassée car trop simpliste, et les informations marchent dans les deux sens. Les souris nées par voie vaginale de mères élevées hors de tout contact microbien (axéniques) et n'ayant donc pas de microbes dans l'intestin n'ont, forcément, pas "récupéré" les bactéries du vagin et du périnée de la mère à la naissance. Leur intestin est donc dépourvu de bactéries. De fait, ce sont des souris qui ont beaucoup moins peur : quand on fait des tests de stress chez ces souris, elles sautent du plongeoir pour aller dans l'eau sans se poser de questions, elles explorent davantage leur environnement, elles trouvent la sortie des labyrinthes plus rapidement, elles sont plus délurées !

Même si vous leur apportez ensuite un microbiote – en introduisant des bactéries intestinales de souris chez ces souris qui n'en ont pas –, elles demeurent aussi délurées ! C'est donc bien la présence de microbiote transmis par la mère qui fait la différence.

Ce microbiote est transmis par la mère à la naissance par voie vaginale (non par césarienne !). Il faut donc bien admettre que l'on a une superposition, à travers les générations, de lignées bactériennes (que nous tolérons en fonction de notre immunité, et donc de notre génétique) et de lignées familiales humaines. Vous avez une cofiliation entre les familles bactériennes et la famille des humains : vous possédez en partie la flore de la mère, mais qu'elle a reçue elle-même de sa propre mère ! On peut ainsi établir une filiation des bactéries en fonction des familles. Et pas qu'intellectuellement !

Un grand problème, c'est que les enfants ont des parents, c'est inéluctable ! Donc, si maman mange des hamburgers, des kebabs, de la pâte à tartiner et du surimi en plus des chips alors qu'elle allaite, le bébé – son cerveau – va s'en "souvenir" ! Tout passe dans le lait, même les pensées, disent certains. Que dire alors des microbiotes transmis par GPA !

Les effets du stress sur le microbiote se transmettent de la mère à la descendance et ça recommence à la génération suivante…

On a réussi à modifier le microbiote intestinal de certaines espèces : notamment des rats – c'est une expérience assez ancienne – et des souris, qui deviennent agressives. De petits pitbulls de laboratoire ! Là, vous avez une souris qui n'a pas peur : elle va carrément mordre le rat, dix fois plus gros qu'elle. On a même créé une race de souris hyperagressives, en triturant leur microbiote, attaquant des chats terrorisés et les tuant !

Alors, ne vous laissez plus faire dans la vie : changez de microbiote ! Malheureusement, ce n'est pas possible, puisqu'il faut repasser par maman ! Vous êtes soumis à vos bactéries. Mais la bonne nouvelle, c'est qu'on peut moduler son microbiote par son alimentation.

Parce qu'après trois semaines de régime lipidique (la souris qui mange du fromage) l'animal devient obèse. Et

quand vous regardez la composition du microbiote, vous constatez qu'il y a un énorme appauvrissement de sa diversité. Il y a ainsi une forte diminution d'informations venues du microbiote dans un grand nombre de maladies, chez les souris comme chez les hommes.

La question qui demeure en suspens, c'est : est-ce que la modification du microbiote détermine un comportement ou une maladie, ou est-ce qu'un certain comportement modifie le microbiote ? Difficile de savoir, car nous évoluons dans une société où nous sommes à peu près tous malades. Car nous vivons dans une société inflammatoire qui débute par l'alimentation. Sans inflammation, peu de cancers, peu d'obésité, peu de diabète : toute pathologie de civilisation – présentée comme inéluctable – disparaît ! L'inflammation est essentiellement générée dans l'intestin (voir les travaux de l'équipe américaine d'Alessio Fasano, entre autres, qui travaille très fort là-dessus à Stanford), il n'y a plus de doute.

Il devient de plus en plus évident chaque jour que le microbiote intervient partout, et nous trouvons même de l'ADN/ARN bactérien partout dans le corps (tissus adipeux, parois des artères, cerveau, poumons, liquide amniotique…). Or il faut savoir que les gènes des bactéries de l'intestin sont 150 fois plus nombreux que les 30 000 gènes que nous possédons ! Les bactéries nous apportent un formidable outil biologique supplémentaire, au sens adaptatif, de notre symbiose.

Afin que les bactéries survivent au mieux ? Est-ce normal de trouver des gènes bactériens en nous ? Les bactéries possèdent-elles des gènes humains ? Suspense…

Un grand plongeon dans le psychique

On sait, depuis une dizaine d'années, qu'il y a de grandes différences de microbiotes dans les états de stress, les dépressions et l'anxiété. Et là, on arrive presque au bout de notre voyage actuel. La schizophrénie, la maladie de Parkinson, les troubles du spectre autistique montrent également des différences significatives de microbiote !

Il faut savoir que lorsque vous avez envie de manger du chocolat ou des pommes de terre frites, ce sont les bactéries qui réclament. Comme elles ne peuvent le faire seules, elles passent par votre cerveau pour passer commande. Cela a été démontré, ce ne sont pas des suppositions. Sans microbiote, et sans microbiote correctement équilibré, les comportements peuvent donc s'altérer. Devenir davantage "reptiliens", plus automatiques dans une situation donnée, c'est aussi affaire de "microbes" ! Ainsi, quand le microbiote est là, on bénéficie d'une possibilité énorme d'adaptation. Parce que le microbiote interagit avec toutes les variétés de cellules intestinales. Il donne des informations dans tous les domaines. Ces protéines qui sont sécrétées peuvent activer tout un ensemble de fonctions cellulaires, y compris jusque dans le cerveau.

D'autant qu'on sait qu'une alimentation désadaptée à l'homme modifie son microbiote, entraîne une inflammation intestinale appelée de "bas grade", et donne en conséquence une hyperperméabilité de l'intestin. On a découvert des impacts sur la satiété ; en effet, nous sécrétons de la ghréline (une hormone de la satiété fabriquée par l'estomac). Du fait des modifications de microbiote, dues à une mauvaise alimentation – que dire des antibiotiques intempestifs ou des antiacides pour l'estomac – et de l'hyperperméabilité qui s'ensuit, on retrouve des *Escherichia coli* particuliers, capables alors

© Rocky Mountain Laboratories, NIAID, NIH

Gros plan sur des Escherichia coli.

de fabriquer une protéine particulière qui est malheureusement la copie conforme de la ghréline. Le système immunitaire reconnaît cette protéine bactérienne mimétique et fabrique des anticorps qui peuvent inhiber la vraie ghréline : dans ces cas-là, la sensation de satiété disparaît et on continue à manger, même si l'on n'en a plus besoin (INRA).

Cela devient un aphorisme : un microbiote riche et diversifié entretient une bonne humeur et un bon état d'équilibre psychique et physique.

Je disais déjà, et avec d'autres il y a quelque temps, que quand on mange bien on est – statistiquement – plutôt intelligent et quand on mange mal on deviendrait plutôt bête… C'est toute la différence entre l'alimentation et la nutrition, l'alimentation, ça nourrit, et la nutrition, ça protège. Ce n'est pas du tout la même chose : on peut manger du pneu et du polystyrène, ou encore du surimi, mais ça ne va pas vous nourrir… donc vous protéger.

Enfin, et pour terminer sur cette évolution, on se rend compte maintenant que nos relations sociales et nos attirances sociales sont au moins en partie sous la domination du microbiote. Ce qui expliquerait pourquoi les souris vont attaquer les chats : ça passerait par des sortes de phéromones émises par le microbiote de l'animal. Alors quand vous allez boire un verre *after work*, ne dites plus : « Madame, qu'est-ce que vous prenez ? » mais : « Madame, on se fait une partie de microbiote ? » C'est très acceptable socialement et vous suscitez la captation d'attention, mais vous êtes dans la vérité car, à y regarder bien, nous malaxons et mélangeons nos microbiotes… constamment !

La nutrition cellulaire active et le fonctionnement neuronal

Dr Claude Lagarde,
pharmacien, biologiste

Nous allons essayer de faire une petite promenade biologique et tenter de comprendre comment nous fonctionnons…

Tout d'abord, notre corps est constitué de 20 000 ou 30 000 milliards de cellules – ce qui est énorme – et chacune de ces cellules (qu'elle soit pulmonaire, cardiaque, rénale, musculaire…) a le même génome. Elle a le même noyau avec les mêmes gènes. Comment se fait-il alors qu'avec les mêmes gènes chacune fonctionne différemment ?

C'est parce qu'elles sont spécialisées. Elles savent activer les gènes nécessaires à la fonction dans l'organe concerné. Qui le commande ? Ce n'est pas vous, ce n'est pas moi, c'est le génie de la vie. Ce petit génome, qui renferme tous les processus biologiques, va être activé par des besoins du tissu concerné.

C'est une évolution par rapport au colibacille. Tout à l'heure, nous disions que nous descendions probablement du poisson, mais nous descendons aussi – j'en suis persuadé – de la première vie sur terre, à savoir les microbes. Nous avons les mêmes gènes que le colibacille, à 97 ou 98 % près.

Nos centrales énergétiques

Nous avons donc des cellules, à l'intérieur desquelles on trouve, à côté du noyau, les mitochondries : ce sont des centrales énergétiques qui nous maintiennent à 37 °C, qui nous donnent l'énergie pour bouger et faire tout ce que l'on a à faire… Ces mitochondries ont été introduites dans nos cellules. En réalité, ce sont des bactéries qui sont venues s'introduire dans nos cellules il y a quelques centaines de milliers ou de millions d'années : nous héritons donc de la vie bactérienne qui nous a, justement, permis de nous adapter à l'oxygène (au départ, ces cellules ne savaient pas utiliser l'oxygène comme source d'énergie). Voilà un peu ce que sont nos cellules.

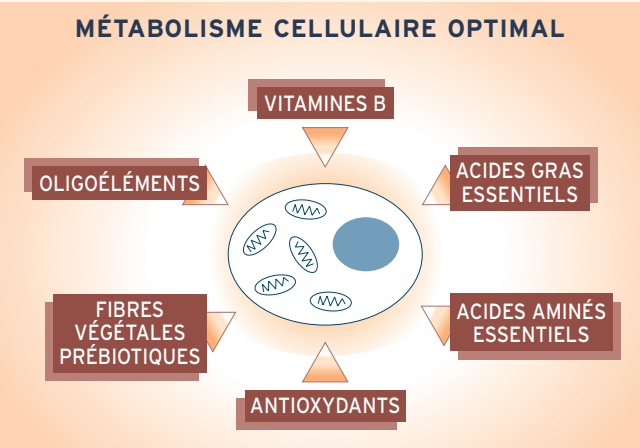
Chacune de ces cellules contient de l'ADN dans son noyau. Rendez-vous compte, si on arrivait à débobiner l'ADN, on trouverait environ 2,5 m d'ADN dans chaque cellule ! Et chaque jour, nous renouvelons des milliards de cellules ; chaque jour, nous synthétisons de l'ADN. Il y a des photocopies qui se font, mais il faut du matériau pour cela, il faut des nutriments, de la substance… Il y a le génie de la vie qui est informatif, biophysique – comme l'esprit des gens qui se téléphonent (ça, c'est une information que nous ne maîtrisons pas aujourd'hui, seuls les homéopathes abordent un peu cette énergie-là) –, mais il faut de l'information et de la matière pour fabriquer de l'ADN, des cellules, des membranes cellulaires, etc.

Juste un petit exemple : dans notre intestin grêle, nous n'avons qu'une fine couche de cellules qui se renouvelle tous les trois jours, ce qui correspond à un tiers renouvelé par jour. Cela correspond à environ 20 milliards de cellules (soit 50 millions de km d'ADN) que vous régénérez rien que dans cette partie de votre intestin !

C'est extraordinaire. Le génie de la vie ne s'explique pas, c'est pour cela que je dis souvent qu'aujourd'hui, en 2015, le meilleur biologiste au monde ne connaît pas plus qu'un millième du dix-millième du génie de la vie. Mais on avance, on a fait d'énormes découvertes depuis une cinquantaine d'années…

Les molécules de la vie

Pour fonctionner, ces cellules ont besoin de molécules – je les appelle les molécules de la vie. Ce sont des molécules externes que nous devons ingérer, et la bouche constitue l'unique porte d'entrée (sauf quand vous êtes en réanimation et que l'on vous fait des perfusions). Il nous faut consommer des molécules indispensables au bon fonctionnement de ce génie de la vie. Pour cela, il y a les oligoéléments (les métaux : zinc, cuivre, manganèse, cobalt, magnésium), les vitamines B (que l'on retrouve dans tous les végétaux), les acides gras polyinsaturés (constituants essentiels du cerveau), les acides aminés (que l'on trouve dans les protéines)… Parmi ces derniers, il y en a que nous savons synthétiser, mais il y en a huit essentiels qu'il nous faut ingérer pour renouveler nos tissus, assurer le fonctionnement du système immunitaire, etc. Souvent, les gens âgés n'absorbent pas assez de protéines et sont carencés en acides aminés.



Les molécules de la vie…

Il nous faut aussi des antioxydants. Depuis la nuit des temps, nos cellules se sont adaptées à l'oxydation ; nous sommes condamnés à nous oxyder lorsque nous métabolisons nos aliments (nous consommons des aliments, nous les brûlons, et nous nous oxydons). Mais l'Homme a toujours mangé des antioxydants : dans les légumes, dans les fruits… Et puis il y a les fibres, et là ça rejoint un peu l'intestin. Notre intestin est différent, il s'est adapté du fait que l'homme est devenu omnivore : peut-être d'abord à l'état de poisson, il est devenu singe et, en tant que tel, il n'a mangé que des végétaux ; puis, petit à petit, il s'est relevé, s'est mis à marcher droit et à manger de tout. L'évolution a progressivement adapté notre intestin à la consommation de fibres, que l'Homme avait alors à profusion.

Ces molécules sont indispensables. Ici, dans la salle, vous êtes très nombreux – au moins trois personnes sur quatre – à manquer de fibres. Nous manquons chroniquement de bonnes fibres (à ne pas mélanger avec les fibres irritantes).

La semi-perméabilité des membranes cellulaires

Nos cellules sont constituées de cette manière-là : elles sont hermétiques mais ont des quantités de portes spécifiques : les protéines. Et tout ce qui entre dans ces cellules doit passer par ces portes. Il y a une erreur majeure qui circule et qui fait croire à une personne lambda – et même à des médecins – que tout ce qui va entrer par la bouche va être introduit dans nos cellules. C'est faux. Nos membranes sont semi-perméables et nos cellules ne laisseront entrer que ce qu'elles savent faire entrer.

C'est très important, car il y a des gens qui sont pollués d'une certaine manière, qui sont "encrassés", comme disait Jean Seignalet. Lorsque l'on a des déchets métaboliques, lorsque l'on ne mange pas ce que nos cellules attendent, il reste des déchets dans l'organisme, et ces déchets vont se déposer sur des membranes, dans des tissus, dans des articulations… C'est de l'encrassage, selon le terme qu'on emploie dans le Midi. Il faut comprendre que l'encrassage et les toxiques véritables, comme les métaux lourds et les pesticides, viennent perturber ces entrées. Elles provoquent des défaillances cellulaires et donc un mauvais fonctionnement des tissus.

Tout à l'heure, on a parlé des maladies fonctionnelles psychosomatiques, en disant que, face à un patient qui se plaint, le réflexe commun était de faire une analyse de sang, de faire des radios, souvent de ne rien trouver et donc en conclure que c'était psy. Ce n'est pas vrai, ce n'est pas psy. Ce sont nos cellules qui ne fonctionnent pas bien, et c'est le début de la pathologie. Si on ne fait rien, le fonctionnel va finir par devenir organique, et l'organe sera atteint. A ce moment-là, on va faire des analyses de sang, des radios et on va trouver la maladie.

Cette notion est très importante. C'est notre organisme qui est pollué, qui est encrassé et qui ne fonctionne plus, parce que nos cellules sont défaillantes, parce qu'elles sont perturbées par ces polluants.

Nous, les humains, sommes programmés pour vivre jusqu'à 120 ans sans être malade. Il n'y a pas beaucoup de gens qui y arrivent, peut-être dans la cordillère des Andes et certaines contrées montagneuses isolées, où les gens continuent à boire de l'eau de source, à manger quelques légumes du jardin, sans aucune pollution… Jeanne Calment, exceptionnellement, a vécu à Arles jusqu'à 122 ans. Pourtant elle fumait un petit peu, mais elle avait certainement une génétique extraordinaire pour éliminer ces excès de toxines.

Le génie de la vie

Ce que je suis en train de vous dire, c'est qu'il faut apprendre à détoxiner car vous êtes condamnés à vous intoxiquer, ne serait-ce que dans la rue, où vous respirez des gaz d'échappement, puis vous mangez certainement des polluants… On est condamné à s'intoxiquer, par contre il faut que nos systèmes d'évacuation soient optimisés pour nettoyer le maximum… Dans des conditions idéales, nous aurions une vie jusqu'à 120 ans. Pas plus, mais c'est déjà bien ! Nous sommes là pour passer quelques instants sur Terre. Nous sommes là pour nous reproduire. La vie, l'instinct vital, c'est la reproduction. On est là pour se reproduire et pour transmettre nos gènes !

La vie se fait grâce à des enzymes, grâce à ces molécules indispensables que sont les oligoéléments, les vitamines du complexe B, les acides aminés… Et tout cela se synthétise sans que nous y pensions. Le génie de la vie fonctionne sans que nous ne le maîtrisions. Il fait ce qu'il a à faire… ou il ne le fait pas s'il est pollué, encrassé, bloqué par diverses molécules indésirables.

On oublie fréquemment ces minéraux indispensables que sont les oligoéléments. Ce sont des catalyseurs d'enzymes, et bien souvent nous en sommes carencés. D'abord parce qu'aujourd'hui on a accès à des produits hyper-raffinés (le sucre, les farines…) auxquels on a enlevé des résidus riches en oligoéléments.

Et puis, il y a beaucoup d'autres circonstances de carences : on n'est pas tous capables de les absorber au niveau de la muqueuse intestinale. Nous en parlerons d'ailleurs longuement au cours de ces journées : le pain et les laitages sont très nuisibles pour la santé (ce que disait déjà Jean Seignalet), parce qu'ils apportent des protéines

qui se collent sur la muqueuse et qui empêchent l'absorption des nutriments nobles pour nos cellules.

Ensuite, il y a des problèmes de fuite exagérée : si nous mangeons un peu trop de protéines, un peu trop acide, nous allons éliminer par les urines ces apports d'oligoéléments et nous en serons subcarencés, ou même carencés quelquefois. Il y a des quantités de circonstances qui font que nous sommes souvent en manque d'oligoéléments, ce catalyseur de réaction enzymatique fondamental.

Face à la maladie, essayer de comprendre pourquoi cela a mal fonctionné

C'est pour cela qu'un concept de santé de base (non pas de médecine, mais de santé) reposerait, à mon sens, sur une petite enquête à destination de chaque patient, pour comprendre ce qui l'intoxique. Il faut changer de raisonnement, il faut changer de paradigme : on ne va pas traiter une sclérose en plaques, une colite ou une acné ; on va traiter une personne qui présente une sclérose en plaques ou une spondylarthrite ankylosante, et on va essayer de comprendre pourquoi cet organe-là s'est mis à mal fonctionner. En posant des questions, on va peut-être trouver des causes qui font que cette personne est intoxiquée, ou fonctionne mal, ou est carencée. Il faut faire une enquête sur chaque patient. Si vous avez un problème, vous devez essayer d'en comprendre la source. Quel est le maillon faible qui a initié ce problème ? Un problème qui n'aurait jamais dû exister d'ailleurs, puisque nos cellules sont hyper géniales : elles savent ce qu'elles ont à faire à condition d'avoir tout ce qu'il faut pour fonctionner. Il faut donc faire sa petite enquête, et il ne faut surtout plus raisonner de façon classique, en disant : « Je traite des spondylarthrites ankylosantes, et 80 % d'entre elles sont guéries avec tel ou tel traitement. » Cela ne veut rien dire ! Ce qu'il faut, c'est d'abord nettoyer l'organisme. Et, la plupart du temps, on n'a même pas besoin d'effectuer ce traitement… Il faut détoxiner et, en même temps ou peu de temps après, il faut restructurer. Dans un premier temps, il faut trouver les causes d'intoxication puis, dans un deuxième temps, quand on aura nettoyé l'organisme, lui apporter les bonnes molécules pour qu'il resynthétise les bonnes membranes cellulaires. Ces dernières sont constituées d'acides gras polyinsaturés, dont je vais vous parler.

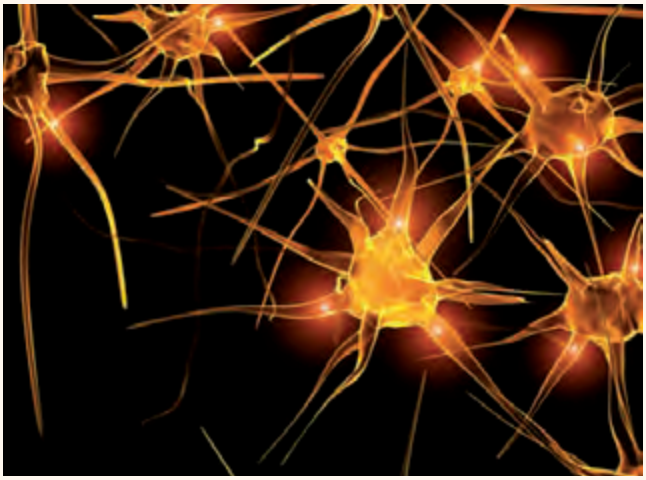
Mais juste avant, quelques mots sur le cerveau : il ne représente que 2 % de la masse de notre corps, mais consomme 20 % de notre énergie. C'est pour ça, en matière de psychiatrie, que les gens qui mangent trop de sucres rapides, trop de saccharose, peuvent être en hypoglycémie réactionnelle. Et l'hypoglycémie, dans l'organisme, c'est la réponse. Si on mange trop de sucre, on sécrète plus d'insuline et on va avoir une chute du taux de glucose dans le sang. Les cellules de l'organisme vont le détecter, elles vont être informées qu'il manque du sucre et, comme le glucose est l'aliment électif du système nerveux, l'information qu'il va transmettre à nos neurones commence à les affoler. Ainsi, beaucoup de pathologies neuropsychiatriques sont dues à des manques de glucose, eux-mêmes dus à un excès de sucre consommé au quotidien.

Je peux vous citer un exemple : il y a déjà une quinzaine d'années, j'ai rencontré l'une de mes amies en train de pleurer sur le trottoir de mon labo. Elle me dit qu'elle sort de chez le neuropsychiatre et qu'on doit hospitaliser son fils en hôpital psychiatrique la semaine suivante. Surpris, je lui en demande la raison, arguant qu'il va bientôt passer le bac et qu'il est en très bonne santé. « Non, non, il est très mal, me répond-elle. Tous les jours, il se dispute avec son père, ils en viennent aux mains. Il est hyperagressif, il ne supporte plus rien ! » Quand j'entends ça, je lui demande alors ce qu'il mange en ce moment. Réponse : un litre de coca par jour. Eh bien, il faut savoir que, dans le coca, il y a sept à huit morceaux de sucre par quart de litre. Donc trente morceaux de sucre rapide, du saccharose qui, justement, entraîne le mécanisme dont je viens de vous parler. Je passe les autres erreurs alimentaires… L'excès de sucre non seulement provoque des hypoglycémies qui font souffrir les neurones, mais en même temps nous épuise : on est fatigué, on est irrité, et le seul moyen de se rebooster, c'est de se mettre en colère. Lorsqu'on est en hypoglycémie réactionnelle, on est mal, on est agressif et, donc, on va sécréter de l'adrénaline qui est une hormone hyperglycémiante, et qui est l'hormone de la colère. Alors voyez un peu tout le schéma que pouvait engendrer ce genre d'alimentation ! Bien sûr, je lui ai donné des vitamines, puisqu'il était carencé en vitamines (l'excès de sucre épuise l'organisme en vitamines) : il a passé son bac et il n'est pas entré à l'hôpital psychiatrique. Voilà un gamin qui aurait très bien pu être hospitalisé, et à qui on aurait commencé à donner des médicaments lourds…

J'ai l'exemple d'un autre gamin, qui était en hôpital psychiatrique avant que je ne le connaisse et qui un jour s'est suicidé. Les médicaments lourds ne font que répondre à un besoin ponctuel et ne résolvent pas le problème. Voilà deux exemples très précis que j'ai vécus.

Notre cerveau, c'est 100 milliards de neurones

Il y a plus de synapses dans un cerveau que d'étoiles dans l'univers : ce n'est pas moi qui suis allé vérifier ça, mais je fais confiance à celui qui a établi cette comparaison !



Le cerveau, c'est surtout une masse grasse qui contient des lipides (les graisses occupent à peu près la moitié de son poids). Ces graisses sont constituées de nombreux acides gras et de phospholipides (ces acides gras sont des constituants de ces phospholipides), dont les deux plus importants sont l'acide arachidonique et le DHA, un acide gras dont je m'abstiens de vous livrer le nom détaillé, mais qui vient des poissons et qui est très intéressant pour notre mémoire et pour notre fonctionnement en général.

Il y a aussi des acides gras saturés, des acides gras monoinsaturés… Des saturés, il nous en faut quand même, on a tendance à l'oublier. Je vais d'ailleurs vous donner une petite recette miracle, que je tiens de gens très sérieux en matière de naturopathie et qui soigne vraiment : consommer un pot-au-feu ou une poule au pot par semaine et prendre le bouillon. C'est très important, et on ne le fait plus. Pourquoi ? Parce que la chaleur de cuisson lente de ces deux types de protéines osseuses et cartilagineuses extirpe des molécules indispensables pour notre bon fonctionnement et les acides gras saturés dont nous avons besoin. Il ne faut pas être hyper polyinsaturé, il faut être normalement polyinsaturé. Par contre, il y a beaucoup de carences en polyinsaturés, ce que je vais développer maintenant. Mais il faut bien manger des acides gras saturés, et les ingrédients du pot-au-feu, sans oublier le bouillon, qu'il faut manger le soir avec des petites pâtes ou des vermicelles… Vous allez tous me dire que vous en avez mangé dans votre enfance, mais vous n'en mangez plus aujourd'hui ! Des acides gras saturés, il en faut, mais de bonne qualité et bien cuits.

Henry est le roi des pauvres gens.
Il veut que, dans son royaume, les paysans puissent mettre la poule au pot tous les dimanches.

Pour les monoinsaturés, le prototype c'est l'huile d'olive. Contrairement à ce que beaucoup de gens croient, l'huile d'olive n'est pas extraordinaire quant à l'apport d'acides gras indispensables à notre fonctionnement neurologique. Mais les monoinsaturés de l'huile d'olive sont intéressants. D'abord parce que l'huile d'olive de première pression doit être verte, peu raffinée, brute, et apporter beaucoup de polyphénols (antioxydants) : c'est la première qualité d'une bonne huile d'olive. Et les acides gras monoinsaturés, comme l'acide oléique, vont favoriser la vidange de la vésicule biliaire, donc c'est bien pour le bon fonctionnement hépatique. Mais c'est tout. Elle ne joue pas un rôle essentiel sur notre mémoire ou sur notre fonctionnement neurologique et cardiaque.

Beaucoup de tissus ont besoin d'acides gras polyinsaturés

Les polyinsaturés, c'est une longue chaîne carbonée (ceux qui ont fait de la chimie peuvent comprendre). Mais vous savez tous qu'on parle d'oméga-3 et d'oméga-6. Oméga-3, c'est quand le premier carbone insaturé est en troisième position, oméga-6, c'est quand il est en sixième position, etc. Mais ces deux familles ne peuvent pas s'interpénétrer. Elles sont indépendantes : les deux prototypes sont là et il faut les apporter dans notre foie, puisqu'on est incapable de les synthétiser. En revanche, si on les apporte en mangeant certaines huiles – je vais en parler –, notre foie et d'autres tissus vont les modifier pour pouvoir en faire des molécules nobles très importantes pour la santé.

Les oméga-3 viennent de l'huile de noix, de l'huile de lin, de l'huile de colza et des poissons – des poissons gras ! Rappelez-vous : si vous mangez une sole par semaine, c'est excellent au palais mais, attention, vous n'avez pas d'oméga-3 ! Il faut manger des sardines, des anchois, des maquereaux, du thon… Malheureusement, plus on monte en poids, plus on a des risques d'avoir des métaux lourds : il faut donc se méfier des oméga-3 et c'est dommage parce que, l'idéal, c'est de manger des sardines, qui sont, en plus, les poissons les moins chers !

En ce qui concerne les oméga-6, on évoquait David Servan-Schreiber tout à l'heure. Il a parlé de beaucoup de choses dans son livre *Guérir*, ainsi que dans son livre *Anticancer* : les deux sont très intéressants, et je vous invite à les lire… En revanche, il critique les oméga-6. Or il ne faut pas les critiquer ! Ce sont des acides gras polyinsaturés indispensables, dont nous avons besoin cinq fois plus que les oméga-3. Et je vois trop de critiques contre les oméga-6.

Alors il est vrai que nous en consommons trop : l'huile d'arachide, que nous consommons tous, apporte trop d'oméga-6. Le juste milieu idéal, c'est l'huile de noix, qui apporte suffisamment de l'un et de l'autre. Mais l'huile de lin est très bien, l'huile de colza aussi…

Oméga-9, je vous en ai parlé, c'est la fameuse huile d'olive. Et le DHA, c'est l'oméga-3 le plus évolué dans les synthèses hépatiques : on peut l'apporter directement par le poisson, mais on peut aussi le synthétiser à partir d'oméga-3 végétaux. Pourquoi ? Parce qu'il y a des oméga-3 d'origine végétale (dans l'huile de noix, par exemple), il y a l'oméga-3 de base qui va être transformé, mais il y a aussi l'apport direct par les huiles de poisson. De la même façon, il y a aussi, dans les huiles de noix, de lin ou de colza, des

oméga-6 qui vont être transformés en acide arachidonique, qui est un médiateur de l'inflammation. Tout ça pour vous dire que, si on est carencé en DHA, on risque d'avoir des problèmes de mémoire, d'avoir un cerveau qui se développe mal, des problèmes cardiaques…

Toujours les oméga-3 !

Il est indispensable pour les mamans de consommer des oméga-3 pendant qu'elles allaitent pour pouvoir en transmettre au bébé. Justement, la maman serait bien avisée de prendre sa banane et son huile de colza deux fois par jour, ou alors manger des poissons ! Mais l'huile de colza peut être bio, naturelle – bien sûr, il faudra qu'elle la transforme en DHA –, alors que dans les sardines il y aurait le DHA directement : seulement, il y a aussi d'autres choses, un peu de mercure par exemple, puisque l'homme est tellement intelligent qu'il jette les piles à mercure dans les ruisseaux, avant que ça ne parte dans le Rhône, puis dans la mer. Forcément, on le retrouve dans nos poissons. On n'est pas futés… Enfin, c'est comme ça !

L'EPA, c'est le cousin germain du DHA, qui est aussi indispensable et qui protège le cœur.

Maintenant, les huiles vierges dont parlait Kousmine. Catherine Kousmine a travaillé jusqu'à 91 ans dans son cabinet près de Lausanne. Un jour, j'étais allé la voir pour lui dire que j'avais un ami médecin atteint de sclérose en plaques et lui avais demandé si elle pouvait le recevoir. Elle m'a demandé où il habitait – au Puy-en-Velay – et m'a dit qu'il aille voir son élève à Saint-Etienne, que c'était plus près pour lui et qu'elle-même se réservait des cas plus difficiles (à 91 ans !). Mon ami a choisi de ne pas se déplacer et il est mort quelques années plus tard : peut-être pas de sa sclérose en plaques, mais du méthotrexate à forte dose qu'on lui a donné pour tuer les lymphocytes qui attaquaient la gaine de myéline (une histoire de fou, mais c'est souvent comme ça).

En 1952, Kousmine a commencé à s'intéresser aux acides gras polyinsaturés. Elle s'est rendu compte que, pendant la guerre, on avait fait l'énorme bêtise d'inventer – même si c'était pour survivre – la pression à chaud pour extraire plus d'huile des graines oléagineuses, par rapport à la pression à froid, que l'on réalise depuis la nuit des temps. En pressant à chaud, on altère la qualité des acides gras, qui sont des molécules fragiles.

Elle a commencé à parler des acides gras polyinsaturés vingt ou trente ans avant tout le monde. Les livres qu'elle a écrits, en particulier *Sauvez votre corps*, sont tout bonnement géniaux. Elle l'a écrit en 1987 je crois, et c'est en lisant ce livre que j'ai commencé à m'intéresser à la nutrition !

Tout ce qu'elle disait (et qui se retrouve aujourd'hui sur internet), c'est qu'il faut consommer des huiles vierges de colza de première pression à froid. Dans l'huile de tournesol, il n'y a que des oméga-6, mais elle est bonne aussi…

Vous savez, Kousmine ne faisait pas de transplantations rectales. Chez ses gros malades (cancéreux, maladies auto-immunes…), elle envoyait 50 ml par voie rectale d'huile de tournesol première pression à froid. Cette huile était pompée avec avidité par la muqueuse rectale, presque comme une prise de sang (le suppositoire, c'est presque une prise de sang, puisque le rectum est très irrigué). Donc c'était presque comme si elle avait fait une injection intraveineuse de bons acides gras qui étaient absorbés et qui jouaient un rôle de piégeur de radicaux libres. A l'époque, je faisais des conférences et j'appelais ça "la guerre des étoiles" : les acides gras piégeaient les radicaux libres, qui ainsi n'allaient pas attaquer les membranes cellulaires ; c'était un moyen de protection contre les maladies dégénératives.

Ce qui se passe aussi quand on chauffe les huiles, c'est qu'on va transformer un acide gras, on va favoriser la rotation autour d'une double liaison et on obtient des formes *trans* (à ne pas confondre avec les formes *cis*). Le problème, c'est qu'au point de vue des atomes constituants, la forme trans est la même molécule, si on l'analyse, mais elle n'a pas la même conformation dans l'espace. C'est comme si un couvreur, venu réparer votre toiture, mettait une tuile à l'endroit, une tuile à l'envers, et ainsi de suite. Je peux vous dire qu'au premier orage ce ne serait pas très efficace. C'est un peu pareil ici : si dans nos membranes on a trop de formes trans, elles ne seront pas imperméables et nos cellules ne seront pas fonctionnelles.

"J'aimerais que chacun comprenne qu'il ne peut compter que sur lui-même, qu'il est responsable de sa personne, que le corps dont il dispose doit être géré comme n'importe quel autre bien."

Dr Catherine Kousmine

Synthèse de la sérotonine

Pour terminer, il faut savoir que notre cerveau et notre système nerveux fonctionnent avec des neuromédiateurs, des molécules qui passent de l'information au niveau de la synapse – c'est-à-dire de l'interface entre deux neurones. C'est très important, car si on manque de sérotonine on va être déprimé, si on manque de dopamine on ne va pas être en forme et on ne va pas se lever le matin… Ce sont ces neuro-animateurs qui animent notre vie et voici comment ça se passe au niveau d'une synapse : vous avez le neurone en amont qui synthétise le neuromédiateur

(je prends ici l'exemple de la sérotonine, qui est synthétisée à partir du tryptophane, un acide aminé essentiel), mais il faut des cofacteurs, il faut que les enzymes soient activées par des oligoéléments, par du cuivre, par du fer, par de la vitamine B6… Cette synthèse se fait en amont, à condition du moins qu'il y ait du tryptophane – beaucoup de gens en sont carencés, parce qu'ils n'en absorbent pas, parce qu'ils ont la muqueuse altérée.

Imaginons qu'on le synthétise : eh bien, ce n'est pas fini, on n'a pas résolu le problème. Cette sérotonine synthétisée doit être envoyée sur les récepteurs du neurone suivant : de l'émetteur vers le récepteur. Il y a des protéines réceptrices de l'information de la molécule, mais si la protéine n'a pas été synthétisée, si elle est altérée ou cassée par des radicaux libres, le message ne passe pas ! Vous pouvez synthétiser de la sérotonine, mais le message ne passe pas.

Dernier point : au niveau de la réception, les acides gras polyinsaturés permettent d'invaginer ou de présenter le récepteur. Ce qui fait que si on n'a pas assez d'acides gras polyinsaturés, non seulement nous n'aurons pas de membranes hermétiques, mais on n'aura pas non plus d'efficacité au niveau du récepteur.

Tout ça pour vous expliquer que si on manque de sérotonine, on est sujet à des dépressions. Et si on est sujet à des dépressions, c'est justement pour des problèmes nutritionnels, d'encrassage, de carence…

Les ennemis du cerveau – ça, tout le monde le sait – ce sont le tabac, l'alcool, les médicaments, la suralimentation, les métaux lourds… La nutrition cellulaire active, c'est d'essayer de faire fonctionner le mieux possible nos cellules en les nettoyant et en les réinitialisant. On a un petit test qui permet de positionner le terrain prédominant, celui qui risque d'être celui qui affaiblit ce malade. C'est un test bio-nutritionnel qui permet de faire une première enquête de police, car je considère – et j'aurais dû le dire tout à l'heure – qu'un médecin est plus un inspecteur de police qu'un puits de sciences qui va traiter les maladies. Il doit poser des questions ou se servir de ce test (qui permet d'avoir sept types de terrain) pour l'aider à aller un peu plus vite. On peut avoir dix malades qui présentent de l'acné, mais tous n'auront pas la même cause : certains vont mal métaboliser des graisses, d'autres vont mal dégrader la testostérone ou certains métabolites d'hormones, d'autres vont s'encrasser avec des excès de graisse… Au final, ce que l'on voit, c'est la même chose, mais la cause n'est pas la même, et il faut la trouver pour être efficace. C'est comme l'inspecteur de police qui doit trouver le coupable.

Enfin, je vous ai parlé de santé, et pas de médecine. Et la santé c'est quoi ? C'est surtout savoir ne pas s'intoxiquer. Et si on connaît les causes qui vont nous intoxiquer, alors il faut apprendre à se détoxiner : un jour de jeûne ou de mono-diète par semaine, où l'on ne mange que du riz, ou que des cerises, ou que du raisin à l'automne… Il faut savoir se détoxiner. Il faut aussi bien se nourrir et ne pas se carencer. Mais il faut savoir faire la cuisine ! Il y a des gens qui croient bien se nourrir et qui font mal la cuisine, qui détruisent tous les aliments en les faisant cuire trop longtemps… Alors ça marche pour la poule au pot, mais à côté il faut manger un certain nombre d'aliments crus, car le cru est très important pour notre santé. Le cru vibre, il est vivant.

Ensuite, il y a autre chose : il faut marcher, bouger, s'oxygéner ! C'est très important, car nous sommes très souvent carencés en oxygène. Nous ne respirons que le minimum de survie, mais jamais nous n'allons nous oxygéner dans des parcs, ou trop peu. On a aussi besoin de marcher pour que nos articulations, nos cartilages fonctionnent. Si on reste sur notre chaise, c'est sûr qu'on va avoir des problèmes d'arthrose…

Enfin, il faut avoir un bon mental : être positif, socialiser, échanger, faire de la bio-résonance avec les gens que vous aimez bien.

Petit déjeuner Claude Lagarde

Si vous ne savez pas comment prendre les oméga-6, voici une petite recette à utiliser comme dessert ou petit déjeuner santé : vous prenez une banane, bio si possible. Vous l'écrasez à la fourchette cinq ou dix minutes, pour qu'il n'y ait plus de points blancs. Vous y mettez deux cuillères à soupe d'huile de colza (de première pression, bio). Vous ajoutez des petits cubes de pommes ou de poire, et voilà, c'est extraordinaire, c'est mieux que tout ce que vous pourriez imaginer, à la fois sur le plan nutritif et en tant que support. Cela remplace aisément le petit déjeuner budwig de Kousmine*, dont vous avez peut-être entendu parler (on parle d'elle depuis plus de vingt-trois ans qu'elle est décédée).

* *http://www.kousmine.fr/la-creme-budwig/*

Neuronutrition et hygiène de vie

Thème 2

Prévenir les maladies

Alimentation et prévention des cancers
Pr Henri Joyeux, cancérologue

Le nouveau régime méditerranéen : protéger sa santé et la planète
Dr Michel de Lorgeril, expert en cardiologie et nutrition

Pratiquer la cohérence cardiaque
Mme Pénélope Restoy, diététicienne nutritionniste

Mieux connaître son sommeil : de la physiologie à la pathologie
Pr Frédéric Roche, physiologiste

Dormir sans médicaments… ou presque !
Dr Patrick Lemoine, psychiatre

Prévention et maladies neurologiques
Dr Bernard Croisile, neurologue

La naturopathie, une approche globale de la santé
Mme Carole His, naturopathe

Alimentation et prévention des cancers

Pr Henri Joyeux, cancérologue

Bonjour à tous. Alors, en 30 minutes, il faut que je vous explique la prévention des cancers… Je vais d'abord poser une simple question : qui reçoit ma lettre hebdomadaire ? On doit être aujourd'hui à la 53e et nous venons de dépasser les 400 000 personnes qui la reçoivent chaque semaine. Mon objectif, c'est 1 million. Pas parce que c'est un chiffre rond, mais pour pouvoir faire plier les pouvoirs publics. Aujourd'hui, les pouvoirs publics sont quand même sensibles au grand public, mais pour cela il faut être nombreux.

Concernant la prévention des cancers, c'est vrai que nous sommes sur une des maladies de civilisation qui fait le plus peur. Même le sida aujourd'hui ne fait plus peur, puisque vous savez que, même avec le virus dans le sang, vous allez vivre aussi longtemps que les autres… Sauf que vous aurez des traitements à prendre, et que ça va durer toute la vie.

Mais le cancer, c'est un mot qui est fort et synonyme de danger de mort. Nous guérissons aujourd'hui grosso modo 50 % des cancers. Pourquoi guérissons-nous ceux-là et pas les autres ? Eh bien, ceux que nous guérissons, c'est parce que nous les voyons arriver assez tôt, tout simplement.

Vous savez que, dans pratiquement toutes les localisations des cancers, vous avez le stade 0, le stade 1, le 2, etc. Plus vous avez un chiffre avancé, plus c'est dangereux. Ceux que nous ne guérissons pas, ce sont ceux qui arrivent au-delà d'un stade guérissable. Mais, quand on ne guérit pas un stade 1, c'est qu'on s'est trompés : il s'agissait en réalité d'un stade 2, voire d'un stade 3.

Quand une femme a des ganglions axillaires atteints par le cancer du sein, il y aura de la chimio, il y aura une surveillance plus régulière, mais aussi un risque de récidive… Le cancer du sein, il n'est pas guéri en cinq ans, ou en dix ans, ce n'est pas vrai. Pour signer la guérison définitive, il faut attendre la 27e année ! Et ça, on ne le dit pas. Pourquoi ? Car si vous arrivez à 5 ans, ça y est, c'est fini, la Sécu ne vous prend plus en charge et on vous dit que vous n'avez plus besoin d'être surveillé. Et puis, quand ça revient, évidemment on repart de zéro. Alors, à partir du moment où vous avez une récidive, vous repassez à 27 ans d'attente.

Nous avons actuellement environ 60 000 nouveaux cas de cancer du sein par an. En 1975, il y en avait 7 000. Alors les sénologues – spécialistes des maladies du sein – clament qu'ils se sont améliorés, qu'ils effectuent les diagnostics bien mieux qu'avant, qu'ils ont des machines et qu'ils peuvent faire des mammographies très régulières… Mais ils ne vous disent pas qu'avec une mammographie trop régulière on augmente les risques. Ce n'est jamais mono-risque un cancer, il n'y a jamais qu'un seul risque.

Prenez par exemple le cancer du col de l'utérus, pour lequel on dit que le responsable, c'est le papillomavirus. Ce n'est pas lui tout seul. Il faut avoir un papillomavirus, certes, mais il faut aussi avoir un état d'immunodépression localisé au niveau de la zone où se trouve le papillomavirus. Je vous rappelle – on ne le sait pas tellement – que le papillomavirus ne se retrouve pas seulement au niveau du col de l'utérus : 70 % des cancers oto-rhino-laryngologiques sont liés au papillomavirus. Ça ne s'attrape pas en regardant les étoiles, le papillomavirus au niveau de l'amygdale, au niveau du voile du palais !

La prévention des récidives : mieux vaut tard que jamais

Tout ça, c'est la civilisation dans laquelle nous sommes ! Donc il est très important d'informer les gens sur la prévention. Or vous ne pouvez pas faire de la prévention si vous ne connaissez pas les causes. Mais, aujourd'hui, c'est presque interdit de parler des causes. On vous dit de continuer à vivre comme vous le souhaitez. Seulement, il y a des comportements dans notre vie qui conduisent au cancer, et d'autres qui conduisent à la prévention.

On commence juste à prendre conscience de la prévention des récidives. Mais ça veut dire quoi ? Qu'il faut attendre d'avoir son "premier cancer" pour pouvoir prendre conscience de la raison pour laquelle on l'a attrapé ? Ce qui va permettre, ensuite, de tout faire pour supprimer ces causes et ne pas se retrouver en récidive.

Le côté "alimentation" est passionnant. L'Académie de médecine le disait déjà en 1998 : on considère que, dans pratiquement un cas sur deux de cancer, on trouve de mauvaises habitudes alimentaires. Un cas sur deux, ça fait beaucoup, quand même ! Mais, évidemment, ce ne sont pas que les mauvaises habitudes alimentaires qui sont en cause.

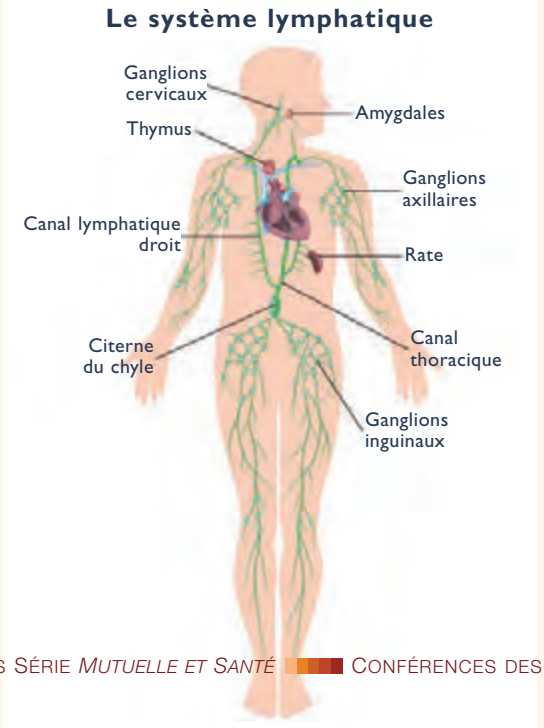
Que créent-elles ces mauvaises habitudes ? Elles créent un état d'immunodépression. Si nous changeons nos habitudes alimentaires pour aller vers de bonnes habitudes, nous aurons un état d'immunité qui sera bien meilleur. J'ai certainement en moi des cellules qui dorment pour déclencher un cancer du poumon : ça s'appelle l'épigénétique. J'ai peut-être la génétique mais, pour avoir un cancer du poumon, il faut que je fume un paquet par jour. Si j'ai une très bonne alimentation et que je fume un paquet par jour, je ferai peut-être mon cancer du poumon, mais un peu plus tard, puisque j'ai une bonne immunité. Ce sont des choses qui sont extrêmement logiques et que n'importe qui peut comprendre.

Toutes les localisations cancéreuses sont inquiétantes, c'est évident. Prenez le cancer de la prostate : 70 000 nouveaux cas par an. On opère 22 000 hommes d'un cancer de la prostate, et si vous voulez mon avis, en tant que cancérologue, il faut n'en opérer aucun. Non pas qu'ils soient inopérables, mais parce qu'on peut guérir ces patients avec des traitements qui ne sont pas chirurgicaux. Je rappelle que, quand on opère un homme touché par un cancer de la prostate, il faut acheter des couches pour au moins 3 mois ! Et puis, quelque chose qui est aussi très important pour nous les hommes, la "pièce maîtresse" ne fonctionne plus. Un jour, une femme m'a dit : « Merci, vous avez réparé mon mari : tout va bien, mais la pièce maîtresse ne marche plus. » Ça l'inquiétait autant que son mari d'ailleurs, ce qui est bon signe !

Rentrons dans le vif du sujet de la nutrition. Dans le domaine de la nutrition, il faut comprendre notre système immunitaire. Si on ne le comprend pas, on ne va pas savoir comment le stimuler. On nous parle de la circulation du sang rouge et du sang bleu. Ça, tout le monde le sait : quand on est en vie, toutes les secondes, notre cœur gauche envoie du sang de la tête au pied et, quasiment dans la même seconde, il le récupère. Il est bleu. Quant au rouge, il contient de l'oxygène, des nutriments… Et puis nos différents tissus (le foie, les muscles, l'intestin, le cerveau…) vont avoir des cellules qui vont bosser, elles vont travailler dans le bon sens, et elles vont ensuite donner des déchets. Ces déchets vont être éliminés par des émonctoires : les urines, les matières, la sueur, la respiration… Tout ça est important, et ce n'est pas difficile à expliquer à un enfant.

L'importance de la circulation lymphatique

Mais s'il y a une circulation sanguine avec le sang rouge et le sang bleu, il y a aussi une troisième circulation que peu de gens connaissent et que même les médecins ont oubliée : il s'agit de la circulation dite "lymphatique". Cette circulation lymphatique est absolument essentielle à notre immunité. Si je suis en train d'opérer où que ce soit dans le corps (le cou, le thorax, l'abdomen, les membres ou tout ce que vous voudrez), je peux demander à mon interne de me décrire ce qu'il voit au bout de l'instrument : il va alors me décrire une circulation serpentine très fine (pas plus large que la mine d'un stylo), dans laquelle il y a un liquide, généralement transparent comme de l'eau, parfois un peu trouble et blanchâtre. Si c'est le cas, c'est que ce patient, la veille, a mis beaucoup de beurre sur la tartine ! A moins qu'il ait pris des produits gras : une bonne côtelette avec du gras caché, par exemple.



© Alila Medical Media / Shutterstock

Effectivement, de toutes les grosses molécules que nous consommons par notre alimentation, il y en a qui ne passent pas d'emblée par le réseau sanguin, mais qui passent par le système lymphatique. Quand on dit de quelqu'un qu'il est lymphatique, on dit qu'il s'agit de quelqu'un qui va lentement, qui réfléchit lentement ou qui a une certaine sagesse… Nous avons donc une circulation lente : ce ne sont pas plus de 2 litres de lymphe qui circulent au total dans la journée.

Mais qu'y a-t-il dans la lymphe ? D'abord, il y a des immunoglobulines. Ce sont des protéines. Il y a des A, des F, des M, des G… Peu importe, les immunoglobulines sont utiles. Elles sont dans notre corps, apportées en partie par notre alimentation et fabriquées en partie par notre corps. Ensuite, il y a des lymphocytes. Mais ce ne sont pas des cas isolés : on pense qu'il y a entre 350 et 360 familles de lymphocytes qui circulent dans notre corps. Il y a des killers, faits pour tuer les germes et les bactéries, mais aussi des auxiliaires… Ils ont des fonctions particulières. Pour me protéger.

Il est évident que tout ce système va bien fonctionner si je lui apporte la bonne énergie. Or la bonne énergie, c'est quoi ? C'est ce que je vais prendre dans mon alimentation et qui va me permettre d'avoir une immunité de qualité.

Ce qui est difficile à évaluer, c'est l'immunité d'une personne. Quand quelqu'un est atteint par le virus du sida, on sait que c'est le rapport qui existe entre les lymphocytes T4 et T8. Quand ce rapport commence à chahuter, les patients le savent. Ils en parlent entre eux. A l'époque, aux débuts de la maladie, ils savaient que lorsque le rapport en était à ce niveau-là, il ne leur restait plus que trois mois à vivre, ou six mois, voire un an.

Aujourd'hui, nous n'avons toujours pas, pour des patients atteints de cancer ou tout autre patient d'ailleurs, la possibilité d'avoir un marqueur qui soit définitif et utile, qui nous dise que l'on a une mauvaise immunité et qu'il faut faire attention ou, au contraire, qu'elle est excellente. On ne peut pas apprécier notre immunité par une prise de sang ou je ne sais quel autre test cutané. Par contre, on sait comment avoir une immunité pour notre corps qui nous défende correctement par notre alimentation. Alors, il y en a de mauvaises, et il y en a de bonnes. On va cibler rapidement les mauvaises pour passer aux bonnes !

Nous sommes dans une civilisation où nous consommons plus de produits animaux que végétaux. Et on nous

dit de ne pas prendre de végétaux à cause de l'agriculture productiviste, qui arrose les différents produits qui nous sont proposés avec des pesticides, des insecticides, etc. Or ces produits-là, que sont-ils ? Ce sont des perturbateurs endocriniens, mais ce sont aussi des produits lipophiles, c'est-à-dire qui aiment le gras. Quand je les consomme, ils vont d'abord aller se stocker dans mon gras.

Le premier gras de stockage, c'est le tissu sous-cutané. Notre tissu sous-cutané (c'est-à-dire sous la peau, c'est lui qui protège nos muscles et nos tendons), il mesure de 1,5 à 4 cm selon les personnes. Quand ça se stocke dans notre tissu gras, ce n'est pas éliminé, donc ce n'est pas bon. Parce que le tissu gras, on sait qu'il est en lui-même cancérigène. Donc le gras, qui va être du surpoids, est lui-même cancérigène.

Et où va-t-il aller se stocker dans notre corps ? La peau, nous l'avons dit, mais aussi, chez les femmes, dans un endroit très spécifique qui s'appelle les seins, et chez les hommes, dans un endroit très spécifique qui s'appelle le bassin, proche de la zone prostatique. Et il est absolument certain aujourd'hui que ces mauvaises habitudes alimentaires, qui vont créer une augmentation de notre surpoids et de notre gras, augmentent les risques de cancer. C'est donc déjà intéressant de savoir que lorsque j'ai du surpoids, ce n'est pas une bonne chose.

Les dangers du traitement hormonal substitutif

Quand des femmes viennent me voir à la ménopause et qu'elles me disent qu'elles veulent garder la ligne, bien sûr que je les encourage : c'est excellent et elles ont raison. Mais, pour ça, elles n'ont pas besoin de médicaments. Elles n'ont pas besoin de traitement hormonal substitutif, comme on l'a dit à un moment ; et ce, jusqu'à ce que les femmes américaines nous fassent savoir qu'il y avait une augmentation du risque de cancer du sein de 30 % avec le traitement hormonal substitutif de la ménopause ! Mais les Français ont rétorqué que non, que les femmes américaines sont spéciales et qu'elles ne reçoivent pas le même traitement hormonal substitutif. Qu'elles reçoivent des hormones à partir d'extraits d'urines de jument, alors qu'en France on a de bonnes hormones synthétiques… qui sont tellement ressemblantes aux hormones naturelles qu'elles en deviennent naturelles ! Mais on nous a menti là-dessus : c'est complètement faux ! Parce que le corps reconnaît parfaitement l'hormone naturelle fabriquée par les ovaires, les surrénales, la thyroïde et le reste, de l'hormone synthétique qui lui est apportée, extraite de je ne sais quoi. Le corps sait tout ça.

Sans oublier que les seins sont extrêmement sensibles aux hormones. La prostate aussi. Quand un homme naît, il a une toute petite prostate et c'est sa puberté qui va la faire se développer, quand ses testicules vont se mettre à bosser pour apporter la testostérone. Et la petite fille, qu'est-ce que qui va permettre la construction de ses glandes mammaires ? La fabrication des œstrogènes et de la progestérone par ses ovaires. Et puis, quand tout cela

© Image Point Fr / Shutterstock

est construit, à 14 ans, la voici belle comme un astre et la cible de tous les garçons… Et qu'est-ce qu'on fait ? On lui dit de prendre la pilule, de se mettre sous œstroprogestatifs. Mais on ne va pas lui dire que c'est cancérigène !

Enfin, si ! A Lyon, le Centre international de recherche contre le cancer l'a dit en août 2005. Toutes les chaînes de télé ont relayé l'info selon laquelle la pilule serait cancérigène. Cela a duré quatre jours. Et au mois de septembre, tous les magazines féminins annonçaient l'arrivée de nouvelles pilules formidables, confessant que les anciennes, c'est vrai, n'étaient pas bonnes, étaient trop dosées… Mais on ne vous dit pas comment ça marche. On ne vous dit pas que, quand vous prenez la pilule, on vous bloque les ovaires avec une dose d'hormones qui est 20 à 50 fois ce que vous fabriquez par vos propres ovaires ! Et les seins, vous pensez qu'ils ne sont pas sensibles à tout cela ? Bien sûr que si, c'est une évidence. Mais les gynécologues ne veulent pas en entendre parler. Ça ne peut pas arriver au niveau de leur cortex, impossible. Enfin, pas tous bien sûr ! De plus en plus, il y a une prise de conscience qui se fait quand on voit ce fléau social.

Vous avez donc cette prise hormonale qui est absolument excessive, qu'on a retrouvée au moment de la ménopause, et c'est intéressant de se rendre compte qu'au moment de la ménopause, quand on a arrêté le traitement hormonal substitutif aux Etats-Unis, on a vu en trois ans régresser de 15% le nombre de cancers du sein. Comment se fait-il que ça se passe si vite ? C'est facile à comprendre. A la ménopause, les taux d'hormones fabriquées par les ovaires sont beaucoup plus faibles, et c'est pour ça qu'il n'y a plus de cycle ; ce qui ne veut pas dire que la femme ne fabrique plus d'hormones, mais à partir du moment où vous donnez une dose d'hormones qui est importante sur un sein qui, normalement, ne doit pas en recevoir, ça peut vous créer un cancer en trois ans !

Alors qu'avec la pilule, il faut plus de trois ans, il faut une bonne dizaine d'années. Mais je rappelle que la prise moyenne de la consommation de la femme européenne, américaine ou des pays que nous croyons hyperdéveloppés, c'est autour de douze ans : des doses monumentales ! Ah, si les femmes savaient ! C'est le nom d'un bouquin que j'ai écrit… Mais il ne faut pas que vous sachiez. Seulement voilà, vous commencez à savoir…

Revenons à l'alimentation. D'où vient le surpoids que je peux avoir ? Souvent on dit que le surpoids, c'est le gras. Non, c'est le sucre. Alors comment le sucre peut me donner du poids ? Là il faut réfléchir avec l'exemple des oies : comment vous faites pour avoir du foie gras avec une oie ? Vous lui donnez du maïs. Mais ce n'est pas tellement le maïs qui est important pour elles, ce sont les sucres complexes qu'elle va couper en petits morceaux dans son organisme pour les stocker ensuite dans son foie. Je ne sais pas si vous avez vu marcher une oie la veille du jour où on va lui prélever son foie, pour le manger à Noël – avec un peu de sauternes –, mais elle est cahotante…

Aujourd'hui, qu'est-ce que nous voyons en consultation ? Nous recevons une dame qui vient nous voir pour un problème mammaire, et qui nous demande de regarder par la même occasion le dossier de son mari. Qu'est-ce qu'il a son mari ? « Il est tout le temps fatigué. » Qu'est-ce qu'il fait ? « Rien. » Bizarre… Le type, il est dans son fauteuil et il pèse un quintal. Je sais déjà ce qu'il a, mais la femme poursuit : « Ça a été dur de convaincre mon médecin de lui faire faire une échographie hépatique ou un scanner. J'ai le résultat, vous pouvez le regarder ! » Et l'homme de rétorquer : « N'embête pas le docteur, tu as bien vu qu'il n'y avait pas de tumeur. » Alors, c'est vrai, mais il n'a lu que la synthèse. Elle, elle a tout lu et elle a souligné deux mots en jaune : stéatose hépatique.

– Qu'est-ce que ça veut dire, Docteur ?
– Ça veut dire qu'il a le foie gras.
– Vous me prenez pour une oie ?
– Non, Monsieur, vous faites mieux que ça ! Les oies, il faut les gaver, alors que vous, c'est automatique. C'est "biscuit-whisky" : vous êtes fatigué, il vous faut du sucre ; vous êtes fatigué, il vous faut de l'alcool !

© Suzanne Tucker / Shutterstock

Je rappelle qu'1 g d'alcool, c'est 7 kcal. C'est vrai qu'on peut éliminer l'alcool par les urines et par la respiration, mais on en garde malgré tout. Or qu'est-ce qu'on en fait ? 1 g d'alcool + 1 g de sucre (4 kcal), ça fait plus de 9 kcal. Et donc on va stocker ça sous la forme d'1 g de graisse. Où ? Dans le foie. Et une fois que le foie est rempli, vous allez remplir le reste, c'est-à-dire tout le tissu gras.

Aux Etats-Unis, vous avez vu que les portes dans les aéroports sont extrêmement larges, sinon les gens ne passeraient pas, c'est clair. Si vous regardez de près la conformation physique de beaucoup d'Américains – plus de 30 % d'entre eux sont dans un état d'obésité absolue – et si les glandes mammaires des femmes, leurs fesses ou le bide des mecs étaient phosphorescents, on n'aurait pas besoin d'éclairer la nuit ! On en arrive à rire là-dessus, mais en même temps c'est très sérieux : il faut apprendre à perdre son poids, car ce poids, il est cancérigène.

Ça veut dire qu'il faut que je sache comment j'arrive à fabriquer tant de gras par ce trop de sucre, et où ? Pain blanc, soda, coca, et tout ce qui se finit en "a". Et puis il y a les "oses", des molécules de sucre, avec la plus belle d'entre elles, que nous consommons sans le savoir : le lactose.

L'omniprésence du lactose

C'est quoi le lactose ? C'est le sucre qu'il y a dans le lait. Ce sont deux molécules, l'une de galactose, qui est mariée avec une autre de saccharose (ou sucrose). « Mais le sucre, ça a un goût sucré. » Pas vraiment, puisque dans mon café au lait j'ajoute du sucre et dans mon yaourt, je fais une petite montagne de sucre avant de le tourner ! Donc ça veut dire qu'effectivement le lactose a un pouvoir sucrant, qui n'est pas le pouvoir sucrant du sucre de canne. Quel est son pouvoir sucrant ? Si le pouvoir sucrant du sucre que nous avons en poudre est de 1, celui du lactose est de 0,16. Donc, vous n'avez pas tellement de goût sucré, et c'est pour ça qu'on en ajoute. Pourtant, on en avale du lactose ! Cela veut dire que le problème des produits laitiers est un problème absolument majeur, puisqu'on en consomme beaucoup.

La publicité nous donne des indications nutritionnelles qui sont extrêmement astucieuses, puisqu'on vous dit 50 % de la vérité. Par contre, on tait les 50 % restants, car, si vous les connaissiez, vous n'en consommeriez pas autant – 24 milliards de litres de lait par an !

Comment ça se passe ? C'est très simple. Dans le lait de la vache, vous avez des produits qui sont naturellement destinés au veau. Lequel prend tout simplement 365 kg en une année, alors que le petit humain n'en prend que 5. Dans le lait de la maman, bien sûr qu'il y a du calcium, mais il y en a quatre fois moins que dans le lait de la vache, parce que le petit Mathieu n'est pas un veau et qu'il a besoin de quatre fois moins de calcium.

Et qu'y a-t-il d'autre dans les produits laitiers de la vache ? Il y a des facteurs de croissance pour cet animal : ce sont des molécules de croissance extrêmement solides, qui ont des vertus hormonales et des vertus pour la croissance de l'animal (croissance du squelette, des muscles, des tendons, etc.). Et dans le lait de la maman, est-ce qu'il y a des facteurs de croissance ? Bien sûr. Pour le cerveau de l'enfant. Parce que l'enfant, quand il naît, il ne sait pas encore marcher. Il va progressivement reconnaître papa, maman, il va se mettre à parler, à jouer, alors que le veau il est aussi con un an après sa naissance !

Dans le lait maternel du veau, il y a des facteurs de croissance pour sa croissance EGF, IGF et TGF. Ça veut dire quoi ? EGF = *epidermal growth factor*, soit le facteur de croissance de l'épiderme, grosso modo de l'enveloppe de l'animal. Qui n'est pas l'enveloppe d'un humain. Et puis vous avez IGF (*insulin-like growth factor*), facteur de croissance de l'insuline, c'est-à-dire grosso modo le pancréas et, disons, l'intérieur de l'animal. Et le TGF (*transforming growth factor*), qui transforme les muscles, les tendons, les articulations de cet animal. Et je parle d'un animal puissant !

Quant aux molécules, comment sont-elles constituées ? Nous les connaissons très bien en cancérologie, puisqu'on a parlé hier des nouveaux traitements du cancer : ce sont des antifacteurs de croissance. Des antifacteurs de croissance, j'insiste. Et comment est-elle, la molécule des facteurs de croissance ? Ce sont des molécules très solides, parce qu'elles ont des ponts disulfures. Vous avez une molécule de soufre et une autre, et vous faites un pont : dans le TGF, vous avez 9 ponts. Et pour faire sauter 9 ponts, pour faire sauter ce facteur de croissance que, moi, humain, je ne dois pas consommer, il faut faire bouillir le lait. Comme maman le faisait.

Alors on va nous dire qu'il ne faut pas revenir en arrière. Mais le problème, ce n'est pas de revenir en arrière, c'est que l'industrie des produits laitiers a tout simplement trouvé une façon très simple de stériliser le lait par le choc thermique qu'elle donne au produit laitier : 98 % des 24 milliards de litres de lait subissent le choc thermique de 130 à 140 °C pendant 3 secondes. Et c'est stérile, il n'y a pas de germes. Mais les facteurs de croissance sont toujours là !

Aussi, j'ai saisi l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, qui a mis deux ans et demi pour me donner la réponse que j'attendais. Je les avais saisis en tant que représentant des familles au niveau national, et je leur demandais juste des chiffres : ils m'ont fait une bibliographie qui était, certes, plus complète que la mienne, mais ils ont mis deux ans et demi à me la faire ! Par contre, là-dedans, ils ne m'ont parlé que de l'IGF, celui qui a le moins de ponts disulfures. Ils n'ont nullement parlé des deux autres. Alors effectivement, quand vous faites subir le choc thermique, vous avez peut-être une diminution de l'IGF. D'accord. Mais je voudrais bien savoir ce qu'il se passe pour les deux autres. Pour cela il faut les dosages, alors demandez-les à l'industrie des produits laitiers. Réponse : « Non, on ne peut pas leur demander, parce qu'ils vont faire faire des dosages par leurs propres laboratoires. » Pourquoi alors ne pas leur imposer un laboratoire ? « Non, il y a trop d'intérêts financiers là-dedans ! »

C'est pour cela que, lorsque j'étais avec Michel Drucker, je lui ai parlé du yaourt et lui ai demandé s'il en consommait. Je lui ai alors dit quand, moi, je les prescrivais : la veille du départ pour l'au-delà ! Il m'a regardé et m'a dit : « On verra plus tard ! » Ensuite, j'entends Danone clamer que le Pr Joyeux affirme que les yaourts tuent ! Mais je n'ai jamais dit ça. Je dis juste que c'est un cadeau la veille du départ. Le jour où ma femme m'offre un yaourt, je comprends que demain, je me casse ! Et pourquoi je n'en veux pas ? Parce que je ne le mastique pas. C'est vrai que ça a bon goût, c'est vrai que c'est sympa. Mais autrement je n'en veux pas pour ma santé.

C'est pour cela que je vais vers de petits animaux : chèvre et brebis. Parce qu'il y a des facteurs de croissance aussi, mais il y en a moins, puisque c'est pour la construction d'un animal de moindre volume. C'est une évidence. Il me faut aller vers des fromages que je puisse consommer, et ici, c'est le palais des saveurs qui compte. Et j'y tiens beaucoup ! Pourquoi ? Prenez l'Angleterre, vous y avez déjà mangé ? Certes, il y a la reine d'Angleterre, mais au niveau de la bouffe, c'est effroyable ! Ils n'ont pas de palais ! Et nous, nous faisons pareil aujourd'hui : nous mastiquons trois fois un aliment, comme le font les animaux. Mais les animaux, c'est normal : ils ont une salive qui n'a pas d'enzymes du goût, alors que nous oui. On les a même découverts il y a cinq ou six ans. Et ça, c'est fabuleux. C'est pour notre bonheur. Ce n'est pas mon estomac qui me dit que la pomme et le kiwi sont bons, c'est mon palais des saveurs. Mais, pour que je le sache, il faut encore que je le garde dans mon palais des saveurs un certain temps, que je transforme un élément solide en un élément pâteux ou liquide.

On a 32 dents : ce n'est pas fait que pour le sourire !

Ces dents sont faites pour mastiquer des aliments. Ici, il y a des masséters, et à quoi ils servent ? A mastiquer pour que les glandes salivaires – nous en avons 6, parmi lesquelles les parotides, les sous-maxillaires et les sublinguales – fabriquent jusqu'à 1 litre et demi de salive par jour. Il faut fabriquer. Si vous ne fabriquez pas, vous avez des troubles digestifs, ça ballonne et c'est la pétarade assurée ! Aujourd'hui, quand vous allez au supermarché, vous êtes surpris par le nombre de rouleaux de papier toilette qu'il faut pour deux personnes ! C'est incroyable, mais tout ça vient de ce que nous mettons dans notre palais des saveurs, qui n'est pas compatible avec notre immunité. Vous voyez le rapport, et comment cela rejoint ce que nous disions précédemment ?

Donc, ça ne veut pas dire que je suis opposé aux produits laitiers, mais je dis qu'il faut aller vers de petits animaux et qu'il faut s'en régaler : vous avez du roquefort ou de la tomme de brebis, avec à côté un ballon de rouge – la tisane de Richelieu ; pour la petite histoire, on n'osait pas dire à Richelieu qu'il était constipé, on lui disait : « Son Éminence a des latences », mais un jour qu'il passait dans le Médoc, on lui fit savoir qu'il n'avait qu'à prendre un verre de médoc à chaque repas, l'effet fut obtenu et c'est devenu la tisane de Richelieu. Je suis un grand prescripteur de tisanes ! Pourquoi c'est excellent ? Parce que vous avez du resvératrol et des polyphénols, dont un qui s'appelle la rutine et qui permet la contraction de la musculature de l'intestin, donc des évacuations quotidiennes. Il faut évacuer quotidiennement les déchets, c'est tout.

Fritz Wagner, ***Portrait d'un buveur de vin rouge.***

C'est ce que je disais hier sur les bouses de vaches. Quand on était enfant et qu'on arrivait en vacances dans les Alpes ou les Pyrénées, les bouses ça sentait les vacances… Aujourd'hui, ça pue ! L'ensilage… Nous sommes un ensilage : beaucoup de sucre va fermenter dans notre tube digestif, et non seulement ça va fermenter au niveau de mon intestin, mais aussi dans ma tête ! Donc, ça crée des problèmes au niveau cérébral : ça crée de l'amertume, de la jalousie, des anti-vertus qui nous poussent à rejeter le positif, le bien-être…

Nous vivons aujourd'hui une civilisation qui s'alimente mal. Ce qui va créer des maladies de civilisation, parmi lesquelles vous avez le diabète (le diabète de type 2 nous coûte 10 Mds€/an), l'obésité (9 Mds€/an, 15 % des Français sont en état d'obésité), et le cancer (entre 14 et 17 Mds€/an, et c'est plus proche de 17 d'ailleurs).

Aujourd'hui, je vois malheureusement de plus en plus de patients arriver avec un GIST (*Gastro Intestinal Stromal Tumor*), une tumeur de l'estomac assez rare mais que l'on voit davantage à cause de l'alimentation. Les gens consomment trop de facteurs de croissance, donc ils font croître des tumeurs qui sont peut-être dormantes dans leur corps et qu'ils ne veulent pas faire pousser.

Je voyais, il n'y a pas très longtemps, un journaliste important de la région parisienne qui avait une tumeur de la grosseur d'un pamplemousse dans son estomac. On était passé à côté, parce que l'endoscope était descendu tout droit et que le gastro avait oublié de le retourner ! Il avait un GIST. Il va à Villejuif, et là-bas, on lui dit qu'il faut enlever tout l'estomac. Inquiet, il me demande de consulter son dossier. Et je lui dis que non, que ça n'est pas la peine d'enlever tout l'estomac, qu'il faut d'abord lui donner le traitement spécifique de sa tumeur, qui est un antifacteur de croissance. En six mois, la tumeur va réduire très fortement. Alors il faudra opérer, c'est vrai, mais après. Du coup, la tumeur, au préalable grosse comme un pamplemousse ou une orange, est devenue de la taille d'une cacahuète. Ne reste plus qu'à enlever la cacahuète et un petit peu autour, et on conserve l'estomac ! Nous avons une efficacité thérapeutique avec des antifacteurs de croissance.

C'est très important à savoir, mais vous croyez que mes collègues en cancérologie essaieraient de se poser la question ? Est-ce qu'il n'y aurait pas des facteurs de croissance pour faire croître les tumeurs, justement ? Impossible, ça ne peut pas rentrer dans le cerveau, ça. Parce que le cancérologue aujourd'hui, il est là pour traiter.

Dans les centres anticancéreux, que se passe-t-il ? Nous avons des patients qui arrivent avec un diagnostic : la biopsie a été faite. Donc nous sommes là pour traiter et pas pour prévenir, parce que c'est trop tard. Alors on commence à s'intéresser un peu à la prévention de risques de récidive et, du coup, le malade va vous poser la question fatidique : « Docteur, est-ce que je dois changer mes habitudes alimentaires ? » La plupart des cancérologues, qui ne veulent pas être conscients du fait qu'ils ne savent rien sur ce sujet, vont leur dire de continuer à manger ce qui leur fait plaisir. En réalité, ce diagnostic, il signifie un peu, dans l'inconscient du médecin cancérologue, que la partie est perdue de toute façon. La mentalité n'est pas de se dire que cette femme, qui a un cancer du sein, il faut que je l'aide à ne plus la revoir durant les 27 années qui viennent, pour avoir le plaisir de lui annoncer alors que c'est bel et bien terminé, que la maladie a disparu.

Changer nos habitudes alimentaires

Aujourd'hui, nous sommes dans une situation où nous devons changer nos habitudes alimentaires, c'est pourquoi j'ai écrit le livre *Changez d'alimentation*. A ce jour, j'en suis à la 7e édition (j'ai commencé en 1985) et je n'ai jamais arrêté les mises à jour, que j'effectue tous les cinq ans. S'il y a des choses fausses,

je les supprimerai dans la prochaine édition, mais, pour l'instant, il n'y a pas d'erreur ! Toutes les publications internationales sur les différents aspects de la nutrition et de la relation avec le cancer vont dans le même sens. Prenez Hippocrate : « Que ton aliment soit ton médicament », ou Jean Rostand : « Il faut mieux un bon menu qu'une ordonnance. »

Et ce bon menu, quel est-il ? En tout premier lieu, orientation vers le végétal. Et si possible de qualité ! Cela veut dire agriculture biologique, non pas de Chine ou de Turquie. Laissons-leur ce qu'ils préparent, il faut se méfier de tout ça : quand on vous envoie des figues sèches bio de Turquie, moi je préfère celles de Provence, celles qui sont contrôlées chez nous.

Vous avez l'agriculture biologique, l'agriculture raisonnée et l'agriculture conventionnelle. J'ai fait des études là-dessus pour essayer de regarder quelle était la qualité des éléments nutritionnels dans les produits provenant de ces trois cultures (c'était le programme ABARAC : agriculture biologique, agriculture raisonnée, agriculture conventionnelle). Et je dois dire qu'autour des années 2000, quand j'ai lancé ce programme de recherche, très honnêtement je me disais que le bio c'était de la connerie. Pourquoi ? Parce que j'étais anesthésié par les médias. On vous raconte une salade et vous la prenez plein pot. Parce que le type qui passe à la télé, il a une blouse blanche et il a l'air crédible, mais il ne dit pas qu'il est lié aux laboratoires. Il faut être extrêmement prudent. Ça veut quand même dire que la conscience scientifique du grand public augmente, et j'en suis très heureux.

Il faut lui donner de l'information à ce grand public. Et l'on se rend compte, par les questions que vous posez, combien vous savez de choses. Plus souvent que les toubibs, qui n'ont pas le temps de se renseigner ou qui ne le prennent pas. Alors c'est le naturopathe, l'ostéopathe, le chiropracteur… Récemment, j'ai donné des conférences incroyables dans des rassemblements européens de chiropracteurs : les jeunes qui étaient là m'ont posé des questions géniales sur l'importance de la douleur et de l'alimentation…

Habitudes alimentaires qui doivent donc être tournées vers le végétal, mais du végétal de bonne qualité. Si vous prenez un végétal et que vous le faites cuire de n'importe quelle façon (cocotte-minute, four à micro-ondes, four ou poêle), vous aller abîmer cet aliment et, à ce moment-là, vous perdez sa qualité nutritionnelle.

Prenez les DOM-TOM par exemple : là-bas, ils aiment beaucoup les haricots. Mais qu'est-ce qu'ils les font cuire ! Pourquoi ? Parce qu'ils ont pris des habitudes alimentaires telles que les haricots qu'ils consomment – et qui contiennent des protéines végétales de qualité – sont transformés tout simplement en acides aminés glucoformateurs, c'est-à-dire des acides aminés qui vont faire du sucre. Du coup, là-bas, le taux de surpoids est impressionnant.

Éloge de la cuisson à la vapeur douce

C'est extrêmement important de comprendre que le problème de la cuisson et de la préparation des aliments est essentiel. Je peux manger un aliment qui peut paraître tout à fait sain, mais je l'abîme par la cuisson. Il n'y a qu'une cuisson : la vapeur douce. Et ça, ce sont les Orientaux qui nous l'ont apprise. C'est le classique tajine, avec le couvercle bombé vers le haut ou un peu en pyramide, ça m'est égal… Le point important, c'est que ça ne dépasse pas une certaine température : il faut que ça soit à moins de 100 °C. Ça suffit. Et là, vous ne détruisez pas les vitamines et les minéraux… Par contre, vous faites transpirer l'aliment que vous mettez dans votre cuit-vapeur, et les pesticides lipophiles qui sont dans le poisson, ou les métaux lourds, ils foutent le camp au fond du cuit-vapeur. Et vous n'allez pas en faire de la soupe, de ce qu'il reste. Vous le jetez, vous ne le mettez même pas aux plantes !

Une orientation vers le végétal, ça veut dire qu'au petit déjeuner il faut prendre des fruits. Moi, ce matin, j'ai pris une orange et un kiwi. C'est très important. Vous allez me dire : « Et les produits laitiers alors ? » Eh bien non, je n'en ai pas besoin. Je prendrai ce soir un petit crottin de chèvre ou un peu de roquefort, et comme ça a du goût, je serai rassasié par ce goût ; je n'aurai pas besoin d'en prendre des quantités astronomiques.

Après, j'entends ma patiente me dire : « Ah vous savez, moi je prends du fromage blanc à 0 %. » Et 0 % de quoi ? « Ah non, je vérifie sur l'étiquette et je sais que c'est du 0 %. » Mais elle ne sait pas de quoi. Je n'ose pas lui dire que je le vois à ses fesses, le 0 % ! Il faut lui faire comprendre avec délicatesse qu'avec son 0 %, elle est couillonnée de A à Z. Pour les yaourts, c'est la même chose : « Ah, mais il y a des ferments lactiques dedans ! » Oui, mais les ferments lactiques, vous allez les fabriquer avec les fibres de vos fruits, de vos légumes et de vos légumineuses, si vous ne les faites pas trop cuire ; si vous ne transformez pas les protéines en protéines glyquées (c'est-à-dire qui font monter votre glycémie).

Vous avez un taux de sucre qui est un peu au-dessus d'1 g, et ça y est : le diabète arrive. N'oubliez pas que c'est

à vie le diabète. On ne va pas vous dire de supprimer le pain blanc, parce que c'est quoi le pain blanc ? C'est arrivé auprès des rois et des reines, et puis on a voulu le démocratiser, mais c'est une connerie, il faut le supprimer ! Ce n'est que du sucre : l'index glycémique du pain blanc, il est équivalent à celui du sucre Saint-Louis. Il faut donc aller vers du pain de qualité. Et là rebelote : « Vous savez, aujourd'hui, il y a des boulangeries gluten-free à Lyon et Paris. Qu'est-ce que vous en pensez ? » Eh bien pourquoi on fait des boulangeries gluten-free à votre avis ? Parce que le gluten n'est pas bon. « Et pourquoi ? » Parce que c'est Monsanto qui nous file des saloperies. Monsanto, c'est une multinationale de la graine en général, qui veut absolument que le paysan lui achète du blé de semence tous les ans. Alors qu'autrefois ce n'était pas ça : le paysan allait couper les plus beaux grains, il les gardait et puis il ressemait. Le champ de blé aujourd'hui, il vous arrive aux genoux ! Moi, quand j'étais gosse, je me cachais dans les champs de blé ; aujourd'hui ce n'est plus possible : il n'y a que les souris qui peuvent se cacher dans le champ en question. Ils ont donné des antifacteurs de croissance pour que la tige soit moins longue et pour qu'il y ait moins de paille… Alors je veux bien, mais à partir du moment où vous transformez la génétique du grain de blé, vous ne transformez pas que la tige, vous transformez aussi la qualité du grain.

Donc, quand nous avons le gluten dans notre palais des saveurs, ça n'a aucun goût. Car gluten = glu = colle. Ça arrive dans l'estomac, qui se demande ce que c'est que ce truc-là : je n'ai pas assez d'acides, allez zou ! ça arrive au grêle. Là, les cellules intestinales, qu'on refait tous les quatre jours, sont collées les unes aux autres par des jonctions serrées, il y a des inflammations et, quand ça se desserre, ça laisse passer le trop de calcium qu'il y a dans mon yaourt. Alors, normalement, puisque j'ai quatre fois trop de calcium, je dois forcément le retrouver à la sortie. Eh bien non : le calcium passe par la jonction qui s'est desserrée.

Je vais vous décrire la relation entre le calcium qui arrive sur votre fémur et ce dernier :

– Salut fémur ! Comment vas-tu ?
– Je vais très bien. Qu'est-ce que tu viens faire ?
– Je suis calcium. Je viens te consolider, mon ami, tu n'es que de l'os.
– Mais moi je suis un squelette qui bouge, tu peux partir, j'ai pas besoin de toi. Tout va bien.
– Mais où je vais ?
– J'en sais rien. Démerde-toi !

Du coup, il va sur le cartilage articulaire. Mais le cartilage articulaire n'est pas fait pour avoir du calcium. Qu'est-ce qu'il se passe alors ? Ça fait de la coxarthrose. Du coup, mes collègues orthopédistes ne sont pas contents ! Ils me disent : « Ferme-là ! Nous, on se les fait en or !!! On a des prothèses de hanche droite, de hanche gauche et de genoux. C'est fabuleux ! On fait les épaules, on va faire les coudes… »

Eh bien non, je ne suis pas d'accord : ce n'est pas de la médecine, ça ! Moi, je suis pour la santé avant tout.

De la chirurgie à la va-vite !

J'ai l'un de mes très proches qui avait une coxarthrose bilatérale, avec des douleurs importantes. Je fais faire une radio et montre ça à mon copain orthopédiste. Ce dernier me dit alors qu'il faut changer les deux hanches. Je lui demande s'il peut faire ça d'un coup ? Il me dit que non, qu'il faut les faire séparément. On lui fait donc la première, je vais le voir à l'hôpital, et là j'entends : « Vous, les chirurgiens, vous êtes pénibles, y a des tuyaux partout… Quand je pense que dans trois ou quatre mois il faut recommencer pour l'autre hanche ! » Je lui demande alors s'il veut se faire opérer de l'autre hanche, et il me répond que oui, bien sûr, car il a mal. Il me demande alors si j'ai une solution. Bien sûr que j'en ai une ! Je lui dis qu'il faut que sa femme écoute la mienne, voilà tout. Elle va lui dire comment consommer les aliments, comment les faire cuire… Il faut qu'il réduise la hauteur du beurre sur la tartine, sa consommation de pain, qu'il prenne du pain complet, bio, et si possible le pain du boulanger de Cucugnan ! C'est un copain à moi, en l'occurrence, et je prépare actuellement un livre avec lui : *Le pain et le chirurgien*. Pourquoi ? Parce qu'il a compris qu'on faisait un bras d'honneur à Monsanto et qu'on ferait pousser à nouveau les semences anciennes. Avec le blé qui vous monte aux épaules. Et là vous avez un pain de qualité, et quand vous avez ce pain dans votre palais des saveurs, c'est fabuleux. Vous le gardez, vous le conservez, vous le mastiquez, vous en faites de la purée pour le faire descendre… Là, évidemment, vous n'aurez pas d'intolérance au gluten.

Car il faut bien distinguer l'intolérance de l'allergie. Aujourd'hui, on confond tout. Tout le monde vous dit qu'il est allergique au gluten. Le danger, c'est que vous avez des associations d'allergiques au gluten qui prennent des intolérants pour augmenter leurs finances, et ça, c'est abusif. Les allergiques, bien sûr qu'ils existent, mais ils ne représentent que de 0,5 à 1 % de la population. Le reste, ce sont des intolérants à une saloperie. Il faut faire circuler tout cela.

Dans mes lettres, vous le verrez, j'ai fait la prévention du cancer du sein, de la prostate, de l'estomac… Et vous avez aussi le site internet *www.cancer-risks.com*. C'est quoi ? Vous avez un petit questionnaire, vous le passez et après vous avez un résultat : vous êtes dans le vert, le jaune ou le rouge et là, il faut faire gaffe. Et puis vous avez des conseils prodigués avec un peu d'humour… Car avec l'humour on fait passer de la bonne santé et de l'amour.

On peut arriver à faire bouger notre société de cette façon-là, moi j'y crois profondément. Et je suis absolument certain que vous ferez passer ces messages autour de vous, dans vos familles… Et c'est ce que je vous souhaite : une bonne santé, et pas de cancer !

Le nouveau régime méditerranéen : protéger sa santé et la planète

Dr Michel de Lorgeril,
expert en cardiologie
et nutrition

Ce qui nous a le plus frappé au cours de ces dix dernières années, c'est la concordance entre la façon de prévenir les maladies cardiovasculaires et la façon de prévenir les cancers. En fait, c'est la même chose. Si vous voulez échapper aux cancers ou aux maladies cardiovasculaires – probablement aussi à la maladie d'Alzheimer ou aux démences –, c'est à peu près la même chose qu'il faut faire : à savoir, adopter un mode de vie protecteur. Et ce mode protecteur ne passe pas seulement par l'alimentation.

Aujourd'hui pourtant, je ne vais parler que de ce point particulier ; et je vais me concentrer sur deux ou trois concepts fondamentaux : pourquoi faut-il un nouveau régime méditerranéen ? Pourquoi méditerranéen ? Et, si l'on se réfère à mon titre, pourquoi la planète ?

Ces concepts de "régime méditerranéen" sont devenus internationaux, car il n'y a pas que les Méditerranéens qui ont réfléchi à cela. Pourquoi parle-t-on de régime ? De diète ? D'habitudes alimentaires ? D'alimentation ? Il y a différentes façons de présenter les choses, mais cela revient toujours au même : ce sont des habitudes alimentaires basées sur un modèle. Il n'y a pas d'aliments ou de nutriments spécifiques. Ce qui est important, ce sont les interactions qui existent entre les différents aliments et nutriments, et qui vont constituer un modèle. Il n'y a pas d'aliment miracle ou de nutriment miracle : il y a juste un modèle qui marche.

Je vous montre là différents articles ou livres en anglais. En anglais, on dit *Mediterranean diet*. Mais "diète", en français, ça ne sonne pas très bien : ça fait un peu restriction, punition. Alors que les habitudes alimentaires méditerranéennes, c'est exactement le contraire : c'est du plaisir et de la gastronomie. C'est véritablement un mode de vie qui fait plaisir.

Les résultats incontestés de la diète méditerranéenne

Pour les sciences modernes, cela a vraiment commencé en 1994, avec la publication d'un essai clinique, à Lyon, qui compare ce que j'appelle la diète méditerranéenne avec un autre régime témoin, qui était à l'époque ce que les cardiologues recommandaient pour prévenir les récidives d'infarctus du myocarde. On nous a alors proposé un modèle méditerranéen calqué sur le modèle américain, dont le but principal était de diminuer le cholestérol. Cela a marché au-delà de tout ce que l'on avait espéré.

Il y a eu évidemment une résistance de la part de tout le business anticholestérol, que ce soient les aliments, les huiles, les oléagineux, les médicaments, etc., et le message n'est pas passé rapidement. Mais un peu plus tard, en 2003, d'autres chercheurs ont montré que, lorsque l'on adoptait le modèle alimentaire méditerranéen, non seulement on avait moins d'infarctus mais on avait aussi moins de cancers et, surtout, une meilleure espérance de vie.

Ensuite, la troisième étape intervient en 2007, lorsque les Américains montrent qu'il n'y a pas que les Méditerranéens qui sont concernés. Parce que, vue d'Amérique ou même d'Allemagne et de Scandinavie, Lyon est une ville méditerranéenne. Voyez ce qu'on pense des Grecs aujourd'hui : la Méditerranée est un endroit où il fait beau, où les femmes sont belles, où les gens font la sieste, ne travaillent pas beaucoup et ne pensent qu'à boire, etc. Or c'est exactement le contraire : la plus belle région industrielle d'Europe,

c'est la région Milan-Turin-Parme et c'est beaucoup mieux que l'Allemagne et la France. Alors, dire que les Méditerranéens sont des gens qui font la sieste et qui ne travaillent pas beaucoup, c'est complètement idiot. Toujours est-il que, vu d'Amérique, c'était quand même un peu ça ! Et puis les Américains – peuple avec des options extrêmement variées – ont essayé la diète méditerranéenne chez eux, et ils ont constaté qu'eux aussi étaient protégés quand ils adoptaient ce régime. C'est très important, parce que ça veut dire que ce n'était pas seulement une question de culture, de civilisation ou encore moins de génétique. Même si on est américain, on se trouve protégé si on adopte un mode de vie méditerranéen.

En 2012, d'autres travaux montrent également que les Hollandais, qui sont pourtant des gens très "anti-méditerranéens" – ils aiment bien aller en vacances sur la Méditerranée mais n'apprécient guère la façon de vivre et de travailler des autochtones –, ont très bien adopté ce mode de vie.

Enfin, une étude publiée en 2014 montre un effet sur les risques de cancer. La diète méditerranéenne, ce n'est pas seulement une prévention des maladies cardio-vasculaires, c'est aussi la prévention des cancers.

On a donc aujourd'hui des études remarquables indiquant que, lorsque l'on adopte la diète méditerranéenne, on a ce que l'on appelle un retard du déclin cognitif lié à l'âge. En vieillissant, on perd tous des neurones, des capacités cognitives. Si vous adoptez des habitudes alimentaires méditerranéennes, ce déclin cognitif se fait beaucoup plus lentement. Dans une étude récente, on voit même qu'avec la diète méditerranéenne il y a un retour à un âge antérieur, c'est-à-dire qu'on peut retourner en arrière pour les neurones. Mais pas pour le reste !

Le modèle alimentaire méditerranéen : un concept évolutif

La Méditerranée, vous connaissez sa géographie : ça fait beaucoup de pays, beaucoup de cultures, et ça fait aussi beaucoup de variétés dans les habitudes alimentaires. Mais les scientifiques ont quand même réussi à en faire un concept.

On peut formaliser cela : ce n'est pas simplement le couscous, la bouillabaisse ou la paella ! On a conceptualisé le modèle alimentaire méditerranéen ; aujourd'hui, les scientifiques sont capables de dire qu'il y a le modèle traditionnel, mais aussi un nouveau modèle. C'était très important de le moderniser, parce que nous ne sommes pas tous des pêcheurs siciliens ou des paysans crétois des années 1960 ; et les aliments qui nous sont proposés, notre mode de vie ou encore nos conditions d'existence ne sont plus du tout ceux des gens qui ont créé le modèle traditionnel. Il faut l'adapter, même si demeurent des constantes.

Sur cette diapositive, on en voit deux : l'olive et le citron – disons les agrumes en général. La Méditerranée, c'est le pays de l'olivier et des agrumes. C'est aussi le pays du raisin : et la meilleure façon de le conserver, c'est de le faire fermenter… D'où le vin !

C'est aussi la biquette, et ça c'est important : le régime méditerranéen n'est pas un régime végétarien. Quand on est méditerranéen, on mange des protéines d'origine animale. Et l'on préfère la chèvre et la brebis pour une raison très simple (je ne pense pas qu'ils aient réfléchi aux facteurs de croissance dans l'Antiquité, n'est-ce pas Professeur Joyeux ?) : pas de prairie, donc pas de vache. Ça, ce sont juste les bienfaits de la géographie !

Après, vous connaissez la Méditerranée : c'est une extraordinaire variété de fruits et de légumes. L'artichaut, le chou-fleur ne sont pas seulement bretons, ils sont aussi méditerranéens. En plus, les Méditerranéens mangent des fleurs, de courgette par exemple…

Le modèle conceptualisé, ça donne quoi en général ? Frugalité, mais variété. Frugalité, cela veut dire peu de protéines d'origine animale. Pourquoi ? Ce n'était pas par choix, mais parce que la protéine animale coûtait très cher à produire – quelle quantité de plantes pour 1 kg de viande ? –, et c'était absurde de baser un modèle alimentaire sur ce genre de procédé.

Voyez que l'on rejoint un peu le problème de l'environnement : l'agriculture, la façon dont on produit les aliments. C'est directement lié au modèle alimentaire que l'on va adopter et, par conséquent, c'est aussi directement lié à notre santé. Là, on vient de rejoindre les deux pôles : environnement et santé. Au milieu, il y a production des aliments et habitudes alimentaires.

La prépondérance des produits végétaux, c'est absolument essentiel. Toutes les civilisations traditionnelles en bonne santé (asiatiques comprises) basent leurs habitudes alimentaires sur les végétaux.

Il y a aussi les céréales. Des céréales, il y en a beaucoup, mais les Méditerranéens préfèrent le blé. Tout à l'heure, je vous disais qu'il fallait adapter le modèle alimentaire méditerranéen, qu'il fallait s'adapter aux conditions modernes d'existence, s'adapter aux produits nouveaux… Le blé qui nous est proposé aujourd'hui en boulangerie n'est pas le blé de nos grands-parents. Cela n'a plus rien à voir, et c'est un problème majeur : les problèmes de gluten, d'hypersensibilité ou d'allergie aux céréales, notamment au blé, viennent de là. Le blé, biologiquement parlant, génétiquement parlant, ce n'est plus du tout le blé de nos grands-parents. Cela peut être vu d'une manière positive si on est quelqu'un d'optimiste, puisque le blé coûte moins cher qu'autrefois. Autrefois, le blé – et les céréales en général –, c'était la viande du pauvre, alors qu'aujourd'hui on le gaspille littéralement. C'est une catastrophe environnementale parce que, pour avoir le blé à un si bon prix, il faut des espèces génétiquement modifiées. Ce ne sont pas des OGM, ce sont des espèces qui ont été génétiquement modifiées pendant toute l'histoire du blé, et plus particulièrement depuis la Seconde Guerre mondiale, période durant laquelle des biologistes, avec une technique artisanale appelée "hybridation", ont fait des blés génétiquement modifiés. A l'inverse, les OGM sont des techniques extrêmement

modernes et très efficaces, mais on fait ça depuis l'Antiquité avec des techniques artisanales.

Les légumes et les légumineuses font vraiment partie des habitudes alimentaires méditerranéennes. Les légumes, vous le savez déjà, mais aussi et surtout les légumineuses. Celles-là, il faut vraiment les réhabiliter, parce que c'est une source de protéines importante. Alors, d'un côté, on dit que les protéines animales ne sont pas bonnes pour la santé, ni bonnes pour la planète. OK ! Mais il nous faut quand même de bonnes protéines, car on a besoin d'acides aminés dits "essentiels", aussi indispensables que les vitamines. Il faut bien qu'on les trouve dans notre alimentation.

Une bonne manière de procéder, outre les produits animaux qui sont des sources de protéines de haute qualité, c'est donc de consommer des légumineuses. Mais les légumineuses ne sont pas parfaites non plus… Aussi faut-il un mélange de légumineuses et de céréales. Vous connaissez bien des plats typiquement méditerranéens qui mélangent les légumineuses et les céréales ? Le couscous, pardi ! Vous avez le blé et les poids chiches, ça c'est parfait. D'autant que, dans le couscous méditerranéen, on met un peu de produits animaux pour donner du goût : du poulet ou autre chose… mais, en fait, l'essentiel des nutriments importants, ce sont les céréales et les légumineuses qui l'apportent.

Les fruits frais bien sûr. Peut-être pas trop. Les Méditerranéens mangent des fruits de saison. On ne mange pas des fraises à Noël : c'est de la folie, à tous points de vue ! Là, on retrouve le problème environnement-santé : ça ne sert à rien de manger des fraises qui ne contiennent rien.

Les fruits séchés sont, en revanche, très importants : ce sont des fruits que l'on a préparés l'été pour les consommer l'hiver. Et puis tout ce qui est noix, amandes, etc. Parce que ça contient aussi des substances très intéressantes.

L'olivier : l'arbre malade de l'Europe

L'huile d'olive, je vais m'arrêter un instant pour en parler. Là, on est à nouveau confronté au problème aliments-santé-environnement, parce que nos oliviers de Méditerranée sont gravement malades. Je ne vous dis pas de vous précipiter pour constituer vos réserves, mais les prix de l'huile d'olive vont exploser dans les années qui viennent. Pourquoi ? Parce que les oliviers sont malades en Italie du Sud, en France, en Espagne, et produisent beaucoup moins qu'avant. Évidemment, on dit que c'est la faute d'une vilaine bactérie, mais pensez-vous ! Les oliviers, ils poussaient selon des méthodes traditionnelles dans des endroits adaptés, et, grâce en partie à moi, on a dit que l'olivier était très bon pour la santé. Résultat : tout le monde veut de l'huile d'olive.

Comme la demande a augmenté considérablement, on a essayé d'y répondre en plantant des oliviers un peu partout. Évidemment, ces oliviers n'étaient pas adaptés au climat et aux régions où on les plantait – notamment dans le sud de l'Espagne, c'est une catastrophe écologique ! Et puis, ils ne produisaient pas assez, alors on les a poussés un peu, à grands renforts de pesticides, de ceci et de cela… Résultat, de nouvelles maladies sont apparues : dans certains endroits, c'est un champignon ; dans d'autres endroits, c'est une bactérie ; ailleurs, c'est autre chose… En tout cas, les oliviers, tels qu'on les a poussés, sont malades. Je crois que la dernière récolte en Italie du Sud a donné 10 % de ce que l'on attendait. Alors vous imaginez ce qu'il va se passer au niveau des prix !

Je laisse tomber l'huile d'olive, mais cela n'empêche pas qu'il nous faut des matières grasses. Alors, si ce n'est pas l'huile d'olive, qui va coûter très cher, il nous faut un substitut. C'est encore de nouveau le concept d'adaptation du modèle traditionnel aux conditions actuelles. A votre avis, quelle est l'huile qui peut se substituer à l'huile d'olive ? Pas l'huile de tournesol, pas l'huile de noix – trop fragile, puisqu'elle ne peut pas se consommer au-delà de six mois ; et des huiles si fragiles, on ne peut pas les recommander pour la population générale –, pas l'huile de pépins de raisins – trop riche en oméga-6. C'est l'huile de colza !

La bactérie Xylella fastidiosa*, qui assèche les oliviers, fait des ravages dans le sud de l'Italie, berceau de plantations centenaires.*

Quand il y a eu la guerre des huiles à une époque, on a fait croire aux gens qu'il ne fallait pas faire chauffer l'huile de colza, car elle contenait un oméga-3 qui était plus fragile que les autres. Et non ! De la même façon qu'on disait qu'on pouvait faire des frites avec l'huile de tournesol… Non ! Les oméga-6 sont encore plus fragiles que les oméga-3, donc c'était des idioties !

Il ne faut pas trop faire chauffer les huiles, et ce quelles qu'elles soient. Il ne faut pas que ça fume, par exemple : si vous la faites fumer, vous pouvez la jeter, en tout cas ne pas la réutiliser. Sinon, les huiles ont un certain degré de résistance – il ne faut bien sûr pas dépasser une certaine température ! –, et l'huile de colza n'est pas plus fragile que l'huile d'olive. Par contre, elles ont des compositions à la fois très proches et très différentes.

D'abord, ce qu'elles ont en commun. Premièrement, elles ont très peu de graisses saturées. Deuxièmement, elles ont peu d'oméga-6, mais beaucoup d'acide oléique, par définition.

Ensuite, elles diffèrent sur deux aspects essentiels : l'huile d'olive ne contient pas d'oméga-3, alors que l'huile de colza en a, mais l'huile d'olive a de fabuleux polyphénols. L'huile de colza en a aussi, mais ce ne sont pas les mêmes. En fait, en ma qualité de scientifique, je vous le dis très sincèrement : nous ne connaissons pas les propriétés biologiques des polyphénols du colza. Personne ne les a étudiés, et pourquoi ? Parce que tout le monde s'en fout. Désolé. Par contre, il y a pas mal de laboratoires dans le sud de l'Europe qui ont travaillé sur les polyphénols de l'huile d'olive, et on a une vraie richesse. Ce qui fait l'intérêt de l'huile d'olive, ce n'est pas son gras, mais ses polyphénols. Je vous dis ça parce que, dans mon laboratoire, on travaille sur les polyphénols : c'est notre spécialité depuis dix ans. Et, selon moi, c'est vraiment la substance extraordinaire qu'il nous faut protéger dans notre alimentation. Aujourd'hui, s'il y a bien quelque chose qu'il faut sélectionner dans notre alimentation, ce sont les polyphénols !

Est-ce que vous connaissez un liquide qui contient beaucoup de polyphénols ? Tous les vins. Il y en a plus dans le rouge, disons qu'il y a plus de polyphénols pigmentés, ce que l'on appelle les anthocyanines. Et ça, ce sont de très bons polyphénols. En gros, tout ce qui va de noir à rouge contient des anthocyanines, et c'est un cadeau du bon Dieu ! Pas seulement ceux du vin ou du raisin, mais aussi tout les fruits noirs, y compris la peau de l'aubergine, qu'il faut manger absolument !

La pollution des mers : un drame écologique mortifère

Les poissons et les produits de la mer, à présent. Cela fait évidemment partie de l'alimentation : on a la mer autour, donc on en mange beaucoup, a priori… Mais vous verrez que plus ou moins, finalement. Un bon exemple, c'est la Grèce. Après la Seconde Guerre mondiale, les Grecs ont littéralement vidé la mer Egée de tous les poissons. Pourtant, ils sont restés en bonne santé jusque dans les années 1970, alors qu'ils n'en mangeaient presque plus. Même dans des endroits comme l'Italie : si vous allez dans un bon restaurant, vous avez peu de chance de manger un poisson pêché dans la mer Méditerranée. Je suis d'origine bretonne, et je vais revenir à cette question des produits de la mer, parce que c'est vraiment, pour moi, le prototype de la catastrophe environnementale. Je dirais même, sans exagérer, qu'avec ce qu'il se passe dans les mers et les océans il s'agit d'un crime contre l'humanité que l'on est en train de perpétrer !

Mais, avant de parler de cela, je voudrais juste dire une chose sur le modèle méditerranéen. Est-il le seul modèle existant ? Non, probablement pas. Mais c'est le seul modèle qui ait été étudié par les scientifiques de manière complète et sur lequel on a vraiment des arguments puissants. Aujourd'hui, on ne rencontre plus aucune résistance de ce point de vue. Enfin, on compte bien sûr les résistances de l'ignorance, la résistance de gens qui sont contre la Méditerranée et contre l'huile d'olive, l'ail ou l'oignon parce qu'ils n'aiment pas ça… Bon, pourquoi pas. Mais d'un point de vue scientifique et médical, c'est vraiment le modèle qu'il nous faut privilégier. Il n'y en a pas d'autres.

Sauf, peut-être, si l'on se réfère, par exemple, au modèle Okinawa, au Japon : on a vu qu'ils avaient des habitudes alimentaires intéressantes, mais il n'y a pas de science. Il y a de l'observation et du pragmatisme, on le voit bien. Mais, en fait, quand on analyse d'un point de vue scientifique les habitudes alimentaires d'Okinawa et celles de la Méditerranée, on voit qu'elles se ressemblent beaucoup. Donc, pour nous, qui ne pouvons adopter un modèle japonais – nous n'avons pas les aliments en question –, il faut privilégier le modèle méditerranéen.

Dans mon livre, vous trouverez aussi l'analyse de tous les autres types de régimes que l'on propose encore : le végétarien, l'anticholestérol, l'antihypertension, etc. Tout cela pour avoir une approche scientifique de ce qui est réellement intéressant ou pas. Est-ce qu'il y a de la science derrière tous ces régimes ? Inutile de vous dire que tous les régimes amaigrissants généralement proposés sont quasi folkloriques, et il n'y a aucune science derrière tout ça.

Qu'est-ce qu'un modèle méditerranéen nouveau ? C'est un modèle qui doit s'adapter aux populations contemporaines. Quand vous êtes en consultation, vous rencontrez une extraordinaire variété de clients et certains d'entre eux nous disent qu'ils sont végétariens, qu'ils ne peuvent pas manger de viande. Du coup, il faut proposer un modèle méditerranéen aux végétariens : c'est possible, il n'y a pas de problème. Il y a ensuite ceux qui sont intolérants aux produits de la mer et, bien que ces derniers fassent partie intégrante de ce modèle alimentaire, on peut leur proposer aussi quelque chose d'adapté. Il faut aussi penser aux antialcooliques, alors que, pourtant, l'alcool fait vraiment partie du régime méditerranéen. Les uns sont intolérants

© Fotos593 / Shutterstock

aux produits laitiers, les autres aux céréales ou au gluten… Sans compter qu'il y a aussi de plus en plus de gens non méditerranéens, avec les migrations de population, à qui il faut proposer une solution autre.

Et puis, chose tout à fait cruciale, il nous faut aussi proposer quelque chose d'acceptable pour les petits budgets. L'échelle économique s'élargit de plus en plus, il y a de plus en plus de riches et surtout de plus en plus de pauvres, et les pauvres, aussi, ont le droit de préserver leur santé !

On peut aussi enrichir la diète méditerranéenne. Je vais donner quelques exemples : le colza, le seigle (une céréale nordique extraordinaire), le soja, les algues (qui ont la cote en ce moment), et toutes sortes de céréales et légumineuses qui ne sont pas méditerranéennes, notamment en Asie et en Afrique. Nous, on n'a rien contre le maïs, le riz ou les pommes de terre… Enfin, on ne peut pas vraiment dire que le riz n'est pas une céréale méditerranéenne, mais ce n'est pas au premier plan si vous comparez par exemple avec l'Asie, où l'on mange du riz à tous les repas… Pourquoi pas, on n'a rien contre ça ; contre les pommes de terre non plus…

Bien sûr, on peut aussi utiliser des herbes et des épices non méditerranéennes, des fruits et des végétaux non méditerranéens (bananes, avocats…). Encore une fois, pourquoi pas : nous, on ne s'oppose à rien, du moment que ça fait plaisir, que ça enrichit, que ça modernise et adapte le modèle traditionnel !

Réhabiliter la qualité alimentaire

Cette réhabilitation est fondamentale. Plus vite pousse la céréale et moins elle est riche. C'est normal. Si vous voulez faire deux récoltes par an (comme certains le font actuellement), elles n'ont pas le temps de puiser leurs nutriments dans la terre, de fabriquer et de synthétiser ces mêmes nutriments qui vont nous nourrir… Nous aurons les hydrates de carbone, mais rien d'autre. Par contre, si, dans cette terre, vous mettez des contaminants et que la tige est courte, là, la céréale va les puiser. Et vous connaissez le métal qui nous pose un problème majeur ? C'est le cadmium, qui est aujourd'hui interdit dans les piles, mais qui abonde dans les phosphates, dont on recouvre les champs. Le blé, notamment, est la principale source de cadmium, si vous ne fumez pas – si vous fumez, vous avez en plus du cadmium dans le tabac : on a des données épidémiologiques très nettes, notamment, entre cadmium et cancer du sein.

Les aliments modernes produits de manière conventionnelle ne contiennent pas les nutriments qu'on est en droit d'attendre. Regardez les tomates vendues au supermarché : même si elles sont bio, il n'y a rien dedans quand on les compare à des tomates que vous achetez en août. Bien sûr, ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas manger de tomates si vous avez envie de faire une sauce, mais sachez que ça ne vous apporte que de l'eau. Enfin, il faut faire attention à ne pas consommer d'aliments qui soient contaminés. Ça, c'est un problème important.

Si vous regroupez tout cela, vous constatez que vous êtes devenu un écologiste sans le savoir et que vous protégez votre environnement. Parce que si vous exigez des aliments de qualité, obligatoirement vous devenez bio ! Alors il y a le bon et le mauvais bio, on peut discuter longtemps pour savoir comment se le procurer… Nous avons tous des conditions d'existence difficiles. Moi, j'habite dans une petite ville à côté de Grenoble et, tous les mercredis, il y a un marché bio : les gens viennent de l'Ardèche, de l'Isère, et on a des produits magnifiques. C'est facile : il suffit de prendre deux heures sur son travail et vous faites un marché bio exceptionnel. Par contre, si vous habitez dans la banlieue parisienne, que vous mettez deux heures par jour pour venir travailler et que vous n'avez pas le temps d'aller au marché bio, il va falloir réfléchir : vous verrez qu'il y a des solutions, et que ce n'est pas forcément coûteux. Si vous parcourez le sommaire de mon livre, vous trouverez des tas d'informations sur les produits de la ferme, les viandes, les produits laitiers, les produits du potager, du verger, les légumineuses, les céréales, etc.

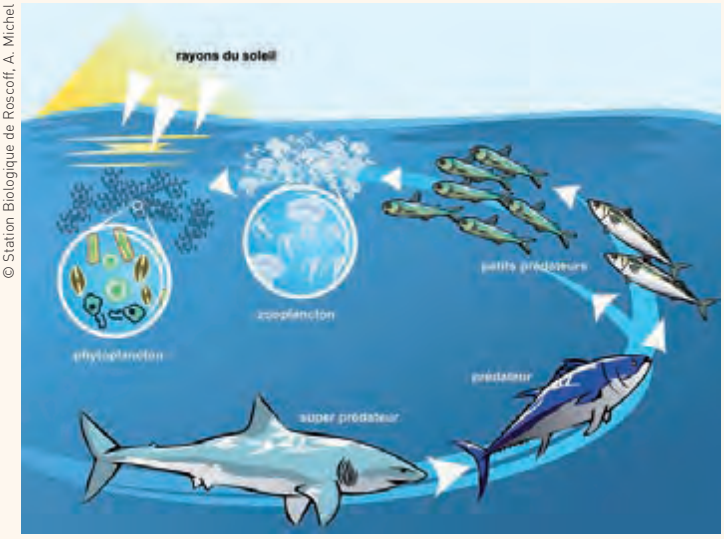
Avant de vous parler des produits de la mer, je voulais quand même parler de la place qu'occupent les boissons alcoolisées dans ce régime. Car les Bretons, ils aiment aussi le vin.

Il y a eu un phénomène extraordinaire en 1992, dont nous étions à l'origine dans mon laboratoire à Lyon : c'est ce que l'on appelle le *French Paradox*. Pour la première fois, des scientifiques disaient à d'autres scientifiques que l'alcool n'entraînait pas seulement des problèmes de toxicité ou d'addiction, mais que ça pouvait aussi – s'il était consommé modérément – être bon pour la santé.

Et ce que l'on a apporté, nous, dans ce concept, c'est l'idée que quand on consommait de l'alcool – et pas seulement du vin, mais de l'éthanol en général –, ça avait un effet sur les plaquettes. A l'époque, les gens n'avaient pas encore compris l'importance des plaquettes. On ne donnait pas encore systématiquement de l'aspirine aux patients. Mais on a dit que l'éthanol diminuait l'agrégation des plaquettes, que c'était une sorte d'anticoagulant, soit une forme de prévention de l'infarctus. C'était notre idée de base. Nos opposants, à l'époque, ont cherché à nous dire que nous avions tort, que ce n'était pas important. Que ce qui était important, c'était que cela augmente le bon cholestérol (HDL). Fin de l'histoire.

On est maintenant quelques années plus tard, et les plus grands éditorialistes disent à présent que, pour cette affaire du bon cholestérol et du risque cardiovasculaire, il est désormais temps d'appeler le plombier ! Qu'est-ce que ça veut dire ? Eh bien, que c'est une théorie qui fuit de tous les côtés. Il n'y a pas de bon cholestérol ! Nous, ça fait longtemps qu'on le dit ! Ce sont des histoires que l'on a racontées pendant des décennies. Ce sont des idioties, et même les plus grands experts sur le sujet sont d'accord : il y a un consensus pour dire d'arrêter avec ces histoires de bon ou de mauvais cholestérol, puisque le bon cholestérol n'existe pas.

© Station Biologique de Roscoff, A. Michel



Le phytoplancton, premier maillon de la chaîne alimentaire marine.

Mais si votre médecin traitant vous a dit, pendant vingt ou trente ans, que vous aviez trop de mauvais cholestérol et pas assez de bon cholestérol, n'espérez pas qu'il change d'attitude du jour au lendemain. En réalité, je pense qu'il ne changera pas d'avis tant qu'il ne sera pas à la retraite ! Dans le domaine des sciences, c'est terrible : quand des idées nouvelles font leur apparition ou que de vieilles théories doivent être mises au rebut, le processus est impossible à réaliser avec les académiciens existants. Il faut qu'ils s'en aillent. Ils ne peuvent pas dire du jour au lendemain le contraire de ce qu'ils ont appliqué quarante années durant. Nous, les scientifiques, en sommes capables : c'est notre métier de changer les théories ! Pour nous, les théories doivent évoluer en permanence. Mais, pour les médecins, c'est différent, puisqu'ils doivent prendre des décisions. Et si, pendant trente ans, ils ont prescrit du Lipanthyl pour faire remonter le taux de "bon" cholestérol, ils ne vont pas admettre la nouvelle vérité immédiatement. C'est à la fois humain… et terrible. D'autant plus que le Lipanthyl, ça fout des cancers. Alors, évidemment, on ne va pas demander aux marchands de Lipanthyl d'arrêter d'en vendre sous prétexte que leur médicament provoque des cancers : c'est comme si on demandait à un industriel du tabac d'avouer que le tabac donne des cancers. Ce n'est pas possible.

Bon, vous avez compris : il n'y a pas de bon cholestérol et c'est scientifiquement démontré. Ce n'est pas une lubie qui m'est passée par la tête ! Vous avez des travaux au cours desquels on a augmenté le bon cholestérol de plus de 70 %, et où on a été obligé d'arrêter les études tellement les patients allaient mal. Donc, vous oubliez le bon cholestérol. Et s'il n'y a pas de bon cholestérol, forcément… il n'y en a pas de mauvais non plus ! Voyez un peu la révolution intellectuelle qu'on va demander aux académiciens…

Concernant la question d'une alimentation saine, c'est écrit là : « Pour protéger sa santé dans le cadre d'un développement durable, il n'y a pas de problématique plus inquiétante que celle des produits de la mer et des eaux douces. » Je vous le dis : c'est catastrophique ! Alors, on me parle de l'ozone, du climat, des pesticides… Ce sont des catastrophes aussi, bien sûr, mais ce qu'on fait à la mer… cela dépasse l'entendement.

Oméga-3 et phytoplancton : un lien consubstantiel

Moi, j'ai beaucoup travaillé sur les oméga-3, et ceux-ci, d'où viennent-ils ? On ne les a pas inventés ; ils viennent du phytoplancton. Or si vous changez la température de la mer, vous changez les microorganismes, donc le phytoplancton. Là, on est véritablement en train de vivre une catastrophe annoncée qui passe pourtant complètement inaperçue. C'est-à-dire que le phytoplancton, qui apporte aux poissons les oméga-3 que les poissons vont ensuite nous transmettre, il est tout bonnement en train de disparaître. Ou du moins de se raréfier considérablement. Ce sont des scientifiques qui le montrent, pas des politiciens écologistes ! Ce sont des données solides, des mesures établies un peu comme pour le climat, voyez ? Ce sont des gens qui mesurent les choses et qui les voient évoluer, décliner année après année, sans avoir aucun a priori politique.

C'est la même chose qui se passe avec ces nouveaux "continents de plastique" qui recouvrent nos océans. Cela se passe de commentaires. Ce qu'il se passe actuellement dans le Pacifique Nord, c'est absolument incroyable : jamais je n'aurais imaginé que cela puisse se produire. Au point où même les satellites arrivent aujourd'hui à les détecter ! Ce n'est pas moi qui le dis. Il n'y a qu'à lire les revues scientifiques : le plastique envahit les mers, les poissons bouffent du plastique et donc, vous bouffez du plastique. Désolé.

Cependant, il n'y a pas que la pollution des mers ou le réchauffement de la planète, qui sont pourtant déjà deux facteurs énormes. Il y a aussi la surpêche. Et je me sens terriblement coupable, parce qu'on a fait partie des premiers à dire, dans les années 1990, qu'il nous fallait des oméga-3 et du sélénium, et que pour cela il fallait manger du poisson ! Les gens ont entendu le message : il y a eu une augmentation extraordinaire de consommation de poisson dans les pays européens, notamment en France. Seulement, qui dit demande dit tentative des pêcheurs d'y répondre. Et l'Europe a financé des bateaux de plus en plus chers et sophistiqués : maintenant, aucun poisson ne peut échapper aux satellites, aux radars… aux drones ! Un thon ne peut pas échapper aux pêcheurs.

Forcément, cela a un effet sur la biodiversité : si la qualité des eaux de l'océan décline, alors la biodiversité décline. Et la biodiversité, vous savez ce que c'est : c'est nous. Si nous ne sommes pas divers, si nous nous reproduisons entre nous, c'est une catastrophe.

Est-ce que les fermes marines pourraient être la solution ? Si je reprends des images que j'avais réalisées en 2009, à l'époque c'était 40 % des poissons consommés dans un pays comme la France qui étaient des poissons de ferme. Maintenant, on en est à 60 %, et c'est toujours plus catastrophique. Pourquoi ? Simplement parce qu'il faut nourrir ces poissons de ferme, et pour cela on va dévaster d'autres portions de l'océan.

Quand j'ai écrit ce livre, j'ai beaucoup parlé du thon rouge de Méditerranée, parce qu'il a disparu. Vous vous rappelez ? Pendant deux ans, interdit de pêche. J'écrivais

alors que, soit ! le thon rouge avait disparu mais qu'au moins il nous restait les anchois du Pérou. Le livre n'était pas encore sorti que, le 10 décembre 2014, on nous annonçait leur quasi-disparition ! Voyez la vitesse à laquelle ça va ? C'est un cri pour tout ce que nous sommes en train de nous faire à nous-mêmes.

En effet, on peut toujours dire qu'il faut sauver la planète, mais c'est un concept absurde : la planète n'a pas besoin de nous pour se sauver. En quelques milliers d'années, elle va nous nettoyer et elle retrouvera un autre état d'équilibre. Non, ce que l'on est en train de détruire, c'est notre relation avec notre environnement : c'est une autodestruction. Et la planète va se venger. Elle commence déjà à reprendre ses droits face à notre folie.

© M. Giraud. La pêche au gros / A.R. Vendioux

Des thons rouges de cette taille pêchés en Méditerranée ne sont plus que des souvenirs.

Mais une fois que j'ai dit ça, il faut manger ce soir ! Eh bien moi, je n'ai pas envie de manger cette espèce de bœuf trafiqué – qui est de la vieille vache, d'ailleurs. « Qu'est-ce que tu veux manger, alors ? Du poisson ou des pois chiches ? » A votre avis…

Quand j'étais interne dans le sud de la France, du côté de Narbonne, on allait parfois à midi au marché aux poissons et on voyait des thons énormes. Aujourd'hui, si vous allez au marché du côté de Sète, Perpignan ou que sais-je, vous verrez que leur taille a fortement diminué. On ne leur laisse même plus le temps de grossir.

Une hypothèse scientifique à creuser

Il y a une solution possible, que nous explorons actuellement de manière méthodique et lente, bien sûr. La question, c'est comment faire nous-mêmes des oméga-3 qu'on ne peut plus aller chercher dans la mer ? Il y a une façon de faire : c'est de prendre des oméga-3 végétaux – comme ceux que l'on trouve dans le colza, par exemple – et pousser notre métabolisme à en faire des oméga-3 marins à très longue chaîne, ce que l'on fait normalement très lentement. Et c'est pour ça que c'est très intéressant de manger du poisson. Vous m'avez compris ? On passe de l'acide alpha-linolénique à l'EPA-DHA qui sont très longs et qui sont en concentration importante dans les poissons.

Alors, et peut-être que j'aurai le prix Nobel pour ça, on a trouvé que, si on nourrissait des rats avec du maïs noir – du maïs aztèque, celui dont Monsanto ne veut pas entendre parler – plutôt qu'avec du maïs jaune, on boostait notre capacité de synthèse en oméga-3. Et il est là le problème. C'est que, si vous avez toutes sortes de maïs possibles dans une région déterminée, alors d'année en année, dans chaque village, on va évoluer et s'adapter en fonction d'un parasite, d'un insecte, de la pluie, etc. C'est ça, la biodiversité : c'est notre capacité d'adaptation. Il n'y a pas que les insectes ou les bactéries qui s'adaptent, les végétaux que l'on mange sont aussi capables de s'adapter.

Si vous n'avez que du maïs jaune Monsanto et qu'il a une maladie (ce qui est en train de se passer), alors il va falloir donner des doses supérieures de pesticides et d'herbicides pour que ce maïs produise encore. Tandis que si vous êtes un paysan traditionaliste, vous avez à votre disposition près de quarante autres maïs : la productivité sera moindre, mais vous allez trouver des solutions à tous les ravageurs qui risquent d'attaquer vos récoltes. D'année en année, les paysans savent évoluer, à l'inverse de Monsanto, qui ne peut pas le faire : c'est vrai pour les *beans* par exemple, les haricots d'Asie, le riz et toutes sortes d'autres aliments…

J'aimerais conclure sur l'introduction d'une autre idée. C'est bien d'avoir des polyphénols dans notre alimentation qui, une fois qu'ils sont activés, vont stimuler la synthèse d'oméga-3 : d'un oméga-3 de plante à un oméga-3 marin. C'est bien d'avoir des polyphénols – par exemple ceux du seigle – sauf qu'ils sont inactifs lorsqu'ils sont dans la plante ! Pour qu'ils puissent devenir actifs et faire leur boulot de synthétiseurs, si on veut stimuler ce système enzymatique, il faut le faire par exemple avec des lignanes. Mais il faut que ceux-ci soient activés. Et qu'est-ce qui va activer ces lignanes ? La flore intestinale. Si ça ne passe pas par une transformation par les bactéries intestinales, vous n'aurez pas de lignanes activés. Il faut donc avoir la bonne flore. Cela explique notamment les problèmes qu'ont les femmes occidentales avec le soja lors de la ménopause : c'est qu'elles n'ont pas la bonne flore pour avoir les bons polyphénols du soja, contrairement aux Japonaises. Dans notre intestin, nous avons 2 kg de bactéries, et ce sont elles qui font le boulot : celui de transformer nos polyphénols en polyphénols actifs, de telle manière qu'ils transforment nos oméga-3 en oméga-3 biologiquement très actifs.

Tout ça pour dire qu'il vous faut choyer votre flore intestinale. Et qu'est-ce qu'elle aime, la flore intestinale ? Les fibres. Et les fibres c'est bien pour régulariser le transit intestinal, mais c'est encore mieux pour nourrir vos bactéries intestinales, en particulier les bonnes bactéries.

C'est là que vous comprenez pourquoi il faut un régime méditerranéen nouveau et qui soit adapté, donc bio. Il ne suffit pas d'être méditerranéen, il ne suffit pas d'être bio : il faut être bio **et** méditerranéen ! Et il faut respecter votre environnement, parce qu'il est aussi votre flore intestinale. Et votre flore intestinale, c'est la nature qui vous habite. Ne voyez pas la nature et l'environnement comme quelque chose d'extérieur ! Des bactéries, vous en avez partout : dans les oreilles, dans le nez, dans la flore intestinale, et dans tous vos orifices. Il faut les respecter.

Pratiquer la cohérence cardiaque

Mme Pénélope Restoy,
diététicienne nutritionniste

J'ai le plaisir aujourd'hui de vous présenter un outil que je pratique depuis déjà quelques années. Un outil qui permet de gérer le stress. Le thème de ce jour, c'est "prévenir et améliorer son immunité", eh bien, c'est un instrument facile, accessible à tous, et qui apporte des résultats assez spectaculaires.

Juste avant de commencer, j'aimerais dire que la cohérence cardiaque est arrivée dans ma pratique grâce à David Servan-Schreiber, à qui je rends hommage aujourd'hui. C'est grâce à sa lecture que j'ai pu approcher cette méthode. Ensuite, grâce à David O'Hare, un médecin français qui pratique désormais au Canada : c'est lui qui m'a formée à cette technique de gestion du stress.

Dévoilons un peu le sujet. Qu'est-ce que la cohérence cardiaque ? Beaucoup d'entre vous n'en ont aucune idée, voire n'en ont jamais entendu parler. Ce n'est ni plus ni moins qu'une technique de respiration. Mais cette technique de respiration – que je vous présenterai tout à l'heure – a un impact sur le système nerveux autonome.

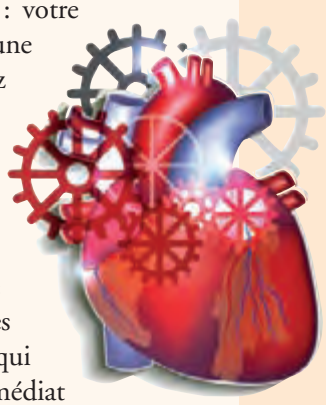
Cet impact est important, puisque je vous rappelle que le système nerveux autonome est ce qui nous permet de maintenir notre homéostasie. Et l'homéostasie, c'est quoi ? Ce sont toutes les constantes biologiques, physiologiques, qui nous sont propres. Par exemple, la température : on est tous à 37°, mais moi je suis à 36,5° : c'est comme ça, je ne le décide pas. C'est mon système nerveux autonome qui va me ramener à cette température, et heureusement, d'ailleurs, que je n'ai pas à le décider !

Dès que nous touchons à notre homéostasie, c'est-à-dire que dès que nos constantes physiologiques ou biologiques ne sont plus équilibrées, on peut alors parler de pathologie. En tout cas, on touche à la santé : nous ne sommes plus en bonne santé.

On va faire un petit peu de mécanique ce matin : on va soulever le capot et aller voir dans le moteur les deux pièces principales qui nous intéressent. D'une part l'ordinateur central, soit le système nerveux autonome – son centre de contrôle est l'hypothalamus – qui contient deux branches, dont vous avez tous entendu parler : le système nerveux sympathique et le système nerveux parasympathique.

Il s'avère que ces deux systèmes – qui maintiennent l'homéostasie, j'insiste – ont une conséquence sur le cœur, puisqu'ils sont, pour le sympathique, cardio-accélérateur, c'est-à-dire qu'il accélère la fréquence cardiaque. Et pourquoi ? Parce que le sympathique, c'est ni plus ni moins ce qui nous permet de nous mettre en action, nous préparer à la fuite ou au combat. Il fonctionne avec des hormones qui sont l'adrénaline et le cortisol. Et comme ce sont deux systèmes antagonistes, en permanence en équilibre, le parasympathique permet le retour au calme, au repos et à la relaxation. Il fonctionne avec deux autres hormones : l'acétylcholine et la DHEA.

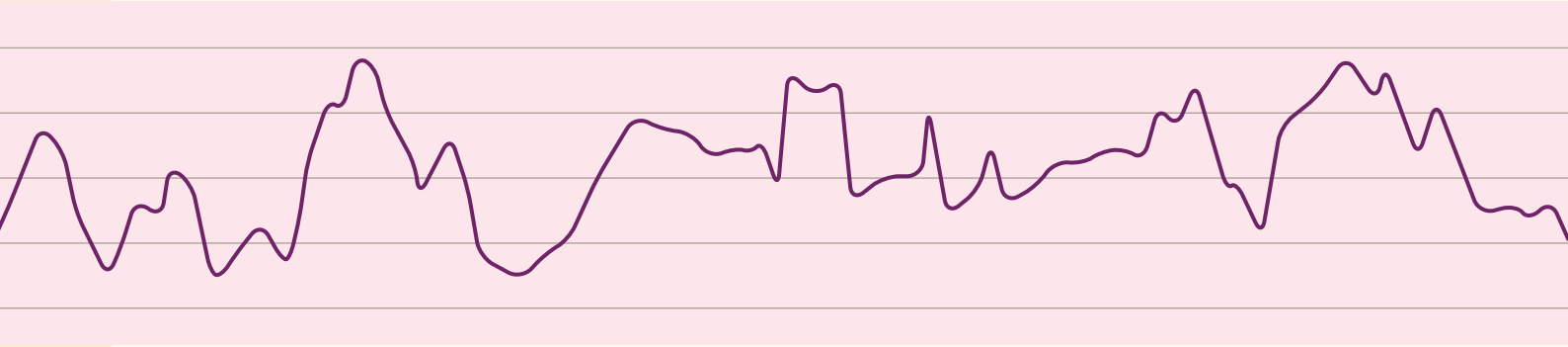
Pour essayer d'être claire, je vais vous donner un exemple : vous sortez de la conférence et vous avez la tête en l'air. Vous traversez la route et vous ne faites pas attention à une voiture qui arrive à grande vitesse. D'un seul coup, vous entendez les pneus crisser : votre cœur va accélérer, vous allez avoir une décharge d'adrénaline et vous allez traverser en courant. En fait, c'est votre sympathique qui vient de vous sauver.



Cela, c'est l'effet immédiat. Par contre, la vie quotidienne nous soumet à de plus en plus de contraintes, d'objectifs, de stress, nous avons de plus en plus de responsabilités et tout va très vite. C'est ce fameux stress chronique qui s'installe en nous. Après l'effet immédiat provoqué par la poussée d'adrénaline, c'est le cortisol qui prend le relais. C'est-à-dire que vous avez en permanence sécrétion de cortisol. Ce cortisol est bon pour la santé, je vous rassure tout de suite. Heureusement qu'il est là, parce que sinon on ne pourrait pas se lever le matin. Mais il faut un équilibre : il faut les justes doses physiologiques de cortisol.

La variation cardiaque est un véritable indicateur de santé

Deuxième pièce principale du moteur : le cœur, et notamment la variabilité cardiaque. En clair, la variabilité cardiaque, c'est la variation de la fréquence cardiaque en fonction du temps, c'est-à-dire les battements de votre cœur. Il s'avère qu'on a tous une variabilité cardiaque. Quand j'ai quelqu'un qui vient me voir au cabinet, pour qui j'instaure un protocole de cohérence cardiaque, j'ai un appareil de biofeedback, avec un capteur de pouls, et cette fameuse courbe de variabilité cardiaque apparaît instantanément sur mon ordinateur. On appelle cela une courbe de chaos, c'est-à-dire qu'à chaque instant, contrairement à ce que l'on croit, le cœur accélère et décélère : quand ça monte, c'est que la fréquence cardiaque augmente, et quand ça diminue, c'est que le cœur décélère. Pourquoi ? Parce que notre système nerveux autonome, à chaque instant, à chaque seconde, en fonction de nos émotions, de nos pensées ou des facteurs environnants, traite en continu ce type d'information, et ça a des conséquences au niveau du rythme cardiaque, d'où la variabilité cardiaque.



Clairement, quand je demande à mes patients de pratiquer cette respiration particulière – que je vous montrerai tout à l'heure –, voici ce qu'il se passe sur le tracé : on passe d'une courbe chaotique à une courbe complètement sinusoïdale, régulière. En clair, d'un seul coup, nous nous mettons en cohérence cardiaque et le cœur ralentit.

Pourquoi utiliser la cohérence cardiaque ? On se rend compte que plus on pratique cette respiration, qui est facile et accessible, plus on conduit notre système nerveux autonome à être de plus en plus fort et capable de s'adapter aux stress environnants. Plus on augmente l'amplitude de la variabilité, plus notre système nerveux autonome est fort.

On peut faire la comparaison avec une automobile, si on devait tracer sa variabilité par rapport à son moteur : a-t-elle les freins suffisamment puissants pour pouvoir s'arrêter immédiatement si un enfant traverse la route, est-ce qu'elle a un moteur suffisamment puissant pour pouvoir gagner des grands prix par rapport à la variabilité d'une voiture de course ? Vous voyez où je veux vous emmener ? Plus on augmente l'amplitude de la variabilité cardiaque – et c'est un véritable entraînement –, et plus notre système nerveux autonome est capable de s'adapter, en termes de stress, à toutes les émotions qui peuvent nous dépasser.

Qu'est-ce qui fait diminuer cette variabilité cardiaque ?

On parlait des neurones hier et, même si j'ai appris qu'on était capable d'en gagner en vieillissant, force est de constater qu'on en perd 3% par an, c'est ainsi. La fatigue, les facteurs psychologiques, le stress, les émotions négatives, les dépressions… tout choc émotionnel va avoir un impact négatif sur la variabilité cardiaque. De même que certains produits chimiques, les médicaments, le tabac, l'alcool, la drogue, la pollution, les maladies chroniques, le diabète, les affections cardiovasculaires, le cancer bien évidemment, les maladies inflammatoires, le surpoids et les maladies de longue durée.

Ce qui, par contre, va augmenter la variabilité cardiaque, c'est tout simplement un mode de vie simple, équilibré, toute émotion positive, tout ce qui fait du bien. Hier, on a parlé de la méditation et ça, ça va avoir un impact positif, tout comme le repos, le yoga, rire aussi, de même qu'une activité physique régulière… Mais également la cohérence cardiaque.

Je vais revenir sur le stress – clairement c'est une conférence un peu basée sur cette thématique – auquel nous sommes tous confrontés. La majeure partie de ma patientèle se dit stressée. Alors oui, je suis diététicienne et tout le monde me pose la question de savoir pourquoi je parle de cohérence cardiaque. Eh bien, parce que les patientes qui viennent me voir le font souvent pour un problème de poids. Il faut savoir que quand vous avez trop de cortisol, vous avez ce que l'on appelle le "stress cortisolique", c'est-à-dire que vous allez stocker. Et dans "cortisol", vous entendez quoi ? "Cortisone". Et les gens qui sont sous cortisone, vous avez vu à quoi ils ressemblent au bout d'un certain temps ? Ils gonflent. L'une des missions du cortisol, c'est de faire stocker les lipides (donc le gras) au niveau des adipocytes. Et si le cortisol aime bien cacher son trésor un peu partout, il y a surtout un endroit qu'il préfère : le viscéral. Notre physiologie n'a pas changé depuis l'homme préhistorique. En ce temps-là, il fallait aller chasser et se préparer au manque de nourriture. Du coup, on stockait pour prévenir ces périodes de famine. Pour protéger son corps aussi : c'était utile d'avoir un peu de gras pour pouvoir supporter les coups.

Donc, d'une part, les femmes viennent me voir par rapport à ce surpoids viscéral. Et il faut savoir que, par la pratique de cette cohérence cardiaque, on arrive à diminuer le périmètre abdominal, ce qui n'est pas mal, sans médicament. D'autre part, j'ai une clientèle un peu particulière puisque 80 % de mes patients sont atteints de cancer, et ils viennent me voir pour savoir comment mieux manger et ils sont tous soumis au stress. Or la pratique de la cohérence cardiaque augmente leur immunité.

Que fait le stress, facteur principal du déséquilibre du système nerveux autonome ? Quand vous êtes stressé, quelque part vous n'êtes pas bien ; vous vous préparez à la fuite ou au combat : c'est le sympathique qui s'active. Et donc, votre taux de cortisol va prendre le dessus, à des valeurs physiologiques très élevées. Par contre, votre DHEA – pour ceux qui ne s'en rappelleraient pas, c'est l'hormone du bien-être – est au plus bas.

Quels sont les effets du stress ? Comme on active la branche sympathique, vous voyez que ça touche tous les organes du corps humain. Quand on se prépare à fuir ou aller à la bataille, on a une dilatation des pupilles, un arrêt de la sécrétion salivaire, la bouche sèche, il faut prendre les jambes à son cou, donc on a forcément une dilatation des bronchioles, une accélération du cœur – le sympathique est cardio-accélérateur –, une sécrétion d'adrénaline… Ce n'est pas le moment de digérer, on a d'autres choses à faire ! Du coup, il y a une coupure des sécrétions au niveau gastrique et de la motilité au niveau digestif, donc

on est bloqué au niveau du côlon et on accuse un retard de la vidange.

Voilà les effets du stress. Comme je vous ai expliqué qu'il s'agissait de deux systèmes antagonistes, dès que l'un est activé d'un côté, par effet de balance, l'autre est inactivé.

Levons maintenant le voile sur cette pratique de la cohérence cardiaque. Comme je vous le disais, c'est quelque chose de très simple. C'est une respiration particulière qui s'obtient de diverses manières. Pour moi – c'est David O'Hare qui me l'a enseignée, et sa méthode a de très bons résultats –, c'est 6 respirations par minute.

En temps normal, nous effectuons entre 10 à 14 respirations/minute, voire même 25 quand nous faisons du sport. Là, je vais demander à mes patients d'apprendre à ralentir leur rythme cardiaque et de pratiquer une respiration qui n'est pas naturelle, mais induite, à 6 respirations par minute.

Comment faire ? On va inspirer pendant 5 secondes et expirer pendant la même durée. Vous comprenez que nous avons bien une respiration toutes les 10 secondes, soit 6 respirations par minute.

Je vous rappelle que dès qu'on introduit quelque chose dans notre organisme, que ce soit de l'oxygène ou des aliments, c'est pour se préparer à l'action. Donc on va activer le sympathique. L'inspiration active le système sympathique, alors que l'expiration active le système parasympathique. En clair, vous comprendrez mieux que par une pratique de respiration régulière (5 secondes à l'inspire, puis 5 secondes à l'expire), je suis en train de rééquilibrer ma balance, mes systèmes sympathique et parasympathique qui étaient fortement déséquilibrés par le stress.

David O'Hare nous dit qu'on peut la réaliser même si on n'a pas le temps : il vaut mieux seulement 3 minutes que rien du tout. On peut même faire des "flashs" respiration – ça, c'est encore autre chose –, mais on n'aura pas d'impact sur le cortisol en dessous de 3 minutes. C'est pour cela qu'il recommande, et moi aussi dans mes protocoles, 5 minutes de respiration, mais 3 fois par jour.

Pourquoi ? Lorsqu'on induit cette respiration, il s'avère que l'état de cohérence obtenu va durer pendant 4 à 6 heures (en moyenne, c'est 4 heures). Donc 5 minutes, c'est l'idéal pour avoir une couverture de 4 heures de temps sur le système nerveux autonome. On fait ça une fois le matin au lever, avant le déjeuner et dans l'après-midi. Vous avez compris tout l'intérêt qu'en tant que diététicienne cela va avoir comme impact sur l'alimentation de mes patients : ils vont être plus détendus et la cohérence cardiaque permet d'obtenir les conditions optimales pour une bonne digestion. Donc 3 fois par jour. C'est comme si nous prenions un cachet, sauf qu'on ne prend rien, on prend juste le temps de respirer 3 fois par jour pour balayer la journée !

N'oublions pas que le corps a une mémoire. Quand on est chef d'entreprise, on a des responsabilités ; et le lendemain, quand on va se lever, le corps s'en souvient et va nous refaire le coup du taux de cortisol au plafond. Il ne va pas en rester là, au niveau physiologique de base. Alors que fait-on le matin ? Première chose, on fait cette respiration. Et le taux de cortisol, qui devrait logiquement monter, d'un seul coup on lui dit de rester en bas. Au fur et à mesure que la journée passe, on va être soumis au stress, à nos préoccupations, et forcément le cortisol va monter – je rappelle néanmoins que nous avons besoin de ce cortisol, car c'est lui qui nous permet aussi d'aller à l'action.

Vers midi, on lui remet un coup de cohérence cardiaque, et il revient à un niveau physiologique acceptable. Et pareil 4 heures après. On peut même refaire une séance le soir, mais si on s'en tient à trois séances par jour, croyez-moi, c'est déjà pas mal. Donc, si vous l'avez compris, c'est un véritable rééquilibrage du système nerveux autonome.

Pratiquer cette respiration, c'est comme si on mettait le système nerveux en état d'apesanteur émotionnelle. En clair, on lui dit : « Débranche, il ne va rien se passer ! » et pendant ce temps on rééquilibre.

L'impact sur la santé ? Forcément, c'est un neutralisateur des effets du stress, donc clairement on va avoir des taux de cortisol qui vont revenir à des valeurs physiologiques, on va être beaucoup plus détendu. C'est un superbe outil au niveau de la santé, et notamment de l'immunité. Il y a plein de choses à dire sur la cohérence cardiaque ! Si vous voulez plus d'informations, vous pouvez aller sur le site PubMed et vous verrez qu'il y a plus de 11 000 études sur la variabilité et la cohérence cardiaque validées à ce jour… J'ai ainsi retenu des études que je montre systématiquement à mes patients atteints de cancer, puisque c'est quand même un sujet qui nous tient particulièrement à cœur.

L'évolution du taux d'immunoglobulines salivaires, à présent. Les immunoglobulines sont des anticorps. On a pris un groupe de patients et on leur a fait faire 5 minutes de colère. On a ensuite fait des prélèvements salivaires

et on les a analysés pour voir quel impact avait la colère sur le taux d'immunoglobulines A, en l'occurrence. On a repris ce même groupe, et on leur a fait faire 5 minutes de cohérence cardiaque avant de refaire ces prélèvements salivaires. On a effectué des prélèvements toutes les heures. Si vous regardez bien, tout de suite dans la première heure, on constate 10 % d'évolution du taux d'immunoglobulines A dans les deux groupes. En revanche, si on regarde 6 heures après, l'impact d'une colère a fait baisser de 10% le taux d'immunoglobulines A, alors que l'impact de 5 minutes de respiration par cohérence cardiaque a permis d'augmenter de 20% le taux d'immunoglobulines A. Vous comprenez pourquoi mes patients acceptent tous de faire de la cohérence cardiaque ! Je ne suis qu'un passeur qui place cet outil à leur disposition, mais l'engouement est unanime.

Voici d'autres études, et cette fois on n'a pas fait de mesures dans la salive mais dans le sang. Après un mois de cohérence cardiaque, on a - 23 % de taux de cortisol dans le sang, et une augmentation de cette fameuse hormone du bien-être – et de la jeunesse – la DHEA. Je ne l'ai pas dit tout à l'heure, parce que ça paraît bien futile, mais quand on fait de la cohérence cardiaque, on vieillit moins vite !

Cohérence cardiaque et pratique collective

Enfin, et je terminerai là-dessus, voici une étude réalisée après un mois de cohérence cardiaque chez des employés d'une société d'Etat californienne en restructuration, autrement dit qui générait un stress énorme. Actuellement, qui n'est pas impacté par des restructurations d'entreprise ? Quand on sait qu'on risque de perdre son boulot, on voit que ce groupe en vert – sous cohérence cardiaque – a eu tous ses paramètres sur la santé améliorés, par rapport au groupe qui n'en faisait pas. Une paix intérieure augmentée, bien moins de colère, de dépressions, d'insomnies. J'utilise aussi le protocole de cohérence cardiaque chez des patients qui ont des perturbations du sommeil, puisque c'est également un fabuleux régulateur.

Peut-être que, pour certains d'entre vous, c'est la première fois que vous entendez parler de cela. Mais ce n'est pas moi qui ai fait une découverte dans mon coin, ce n'est pas quelque chose d'ésotérique. Aujourd'hui, la communauté scientifique reconnaît de plus en plus l'impact de cette pratique et, si vous regardez le dossier de presse de la Fédération française de cardiologie ("50 ans de lutte pour le cœur"), on y donne "les 10 règles d'or pour réduire le stress". En n° 1 de ces 10 règles d'or, on trouve la cohérence cardiaque. Et pas n'importe quelle respiration, puisqu'ils ont repris le protocole de David O'Hare : "3-6-5".

Moi, je parle de cette pratique en tant que diététicienne, les cardiologues communiquent pour la prévention des AVC ou des infarctus, mais nous avons également les pilotes de chasse qui utilisent cette technique pour protéger notre territoire : maîtriser leur respiration permet de gérer leur stress, à quelque degré qu'il se manifeste, même en cas d'urgence.

Avant de conclure, j'ai la possibilité de vous montrer une séance basique de cohérence cardiaque. J'ai besoin d'un volontaire qui ne soit pas sous bêtabloquants, qui n'ait pas de pacemaker et qui ne pratique ni la méditation ni le yoga. Je dispose d'un appareil de biofeedback : c'est le heart-tracker qu'utilise David O'Hare et qu'utilisait aussi David Servan-Schreiber. C'est un capteur de pouls qui va se placer sur le lobe l'oreille.

Pour pratiquer la cohérence cardiaque, il faut être soit debout, soit assis, mais avec les pieds bien ancrés au sol, et se tenir bien droit. Il faut avoir une position très digne, parce qu'on va faire une respiration abdominale. Il faut inspirer par le nez, puis expirer par la bouche. Il n'y a rien de forcé, mais attention : comme il n'y a que 6 respirations par minute, on va inspirer de façon beaucoup plus longue que ce que l'on fait habituellement. Si l'exercice devient inconfortable, il faut arrêter.

Si on pose sa main sur son ventre, on doit sentir son ventre gonfler lors de l'inspiration, puis se rétracter lors de l'expiration.

Voilà. Je ne sais pas si vous avez remarqué, mais la bille du guide était rouge au départ. Et quand c'est rouge, ce n'est pas bon. Voyez la variabilité cardiaque : petit à petit, elle est devenue sinusoïdale. C'est-à-dire que cette dame a réussi à aller à cette fréquence cardiaque, qui est de 6 respirations/minute. La bille est devenue jaune, et finalement elle est devenue verte. Cela veut dire que notre volontaire était alors en état de cohérence cardiaque à 100 %. Félicitations !

Exercice de cohérence cardiaque avec un sujet volontaire, accompagné par l'ensemble des participants dans l'amphithéâtre.

En un mot, pour conclure, je vous dirai simplement de respirer en suivant la règle des "3-6-5" : 3 fois par jour car c'est bon pour votre santé, 6 respirations par minute durant 5 minutes. Je ne sais pas si vous l'avez ressenti, mais l'effet immédiat, c'est plutôt une sensation de calme et de sérénité, une réduction progressive de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle… Les effets à moyen terme, comme je vous l'ai dit, durent de 4 à 6 heures. Il s'agit donc d'une pratique régulière, quotidienne, qui va produire des effets bénéfiques sur plusieurs semaines ; malheureusement, la mauvaise nouvelle, c'est qu'il n'y a pas d'effets à long terme si l'on arrête de pratiquer !

Mieux connaître son sommeil : de la physiologie à la pathologie

Pr Frédéric Roche, physiologiste

Physiologie, physiopathologie, l'ingénierie qui va avec, et puis les liens avec la santé, comme la cohérence cardiaque… Je confirme bien sûr ce qui a été dit : il y a des études extrêmement sérieuses qui ont été faites sur les effets bénéfiques que l'on est en droit d'attendre auprès des patients en cardiologie, et même des patients insuffisants cardiaques, chez qui on améliore leur perception de la fatigue et de l'essoufflement de manière tout à fait sensible…

On part sur un autre pan de notre contrôle. Quelque chose qui est important pour notre organisme, notre homéostasie, notre allostasie comme on dit : c'est le sommeil. Ce dernier représente un temps très important de notre vie. Un temps où notre organisme et le système de contrôle de notre organisme (le système nerveux autonome) vont se remettre à zéro et se re-réguler.

Sleeping Girl, 1620-1622, *Domenico Fetti (Italian, 1589-1623), Museum of Fine Arts Budapest.*

Sommeil profond : récupération physique maximale

Donc le sommeil normal d'un individu va se décomposer en phases et en cycles de sommeil. Si on vous avait enregistré hier soir à l'aide d'électrodes positionnées partout sur la tête, le cou et les yeux pour savoir comment s'est déroulé votre sommeil, on aurait trouvé chez plus de 95% d'entre vous entre 4 et 5 cycles de sommeil, chose assez constante entre individus de la même espèce.

Ces cycles de sommeil sont représentés ici : on en voit un premier, qui correspond au sommeil paradoxal (sommeil du rêve), puis un deuxième qui arrive jusqu'à cette phase de sommeil paradoxal… Voyez ensuite : un troisième, un quatrième, et un cinquième cycle de sommeil. Chacun d'entre eux nous amène à du sommeil de qualité différente, quand on l'évalue sur le plan électroencéphalographique.

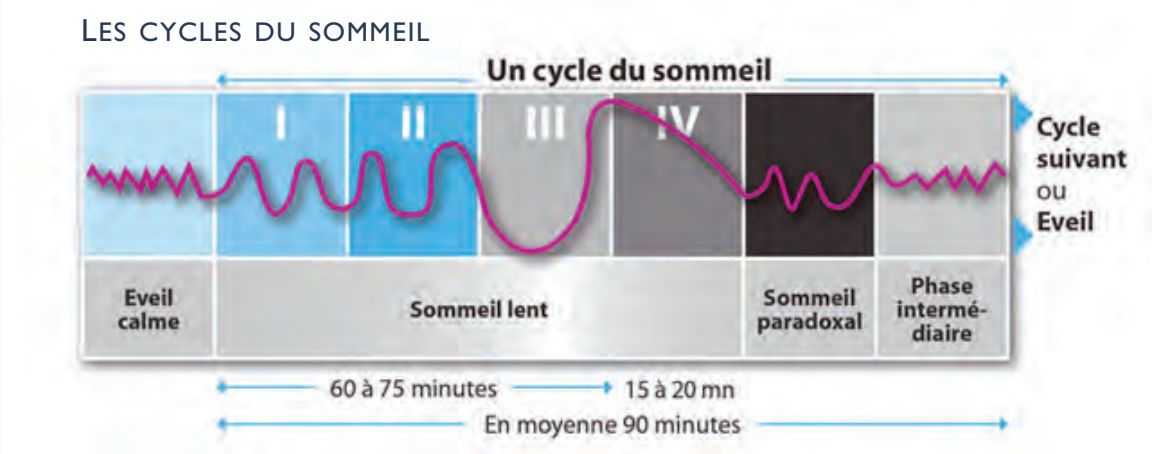
On retrouve le sommeil profond, essentiellement présent sur les deux premiers cycles du sommeil, mais moins présent quand on avance en âge, tant quantitativement que qualitativement. Pour simplifier, ce sommeil profond, c'est celui dans lequel on a la récupération physique. Les sécrétions hormonales sont optimales dans tout ce dont on a besoin, c'est-à-dire les facteurs de croissance pour la régénération, qu'elle soit cellulaire, neuronale ou musculaire.

Cette phase de sommeil lent profond est indispensable au bon fonctionnement de notre organisme. Il arrive parfois qu'on en soit privé, ce qui peut être le cas dans des expérimentations ou chez les militaires, par exemple : quand ils ont des anomalies dans leur sommeil, cela peut avoir des conséquences graves pour eux, mais aussi pour nous et pour notre sécurité nationale. Donc les militaires s'intéressent beaucoup à la privation de sommeil et aux modifications de sommeil que l'on peut amener.

Ainsi, en réduisant ce sommeil lent profond, on a des petits troubles : troubles de vigilance modérés, troubles de l'attention, temps de réaction plus longs, tout ce dont on a besoin dans la vie quotidienne, en particulier quand on a des choses dangereuses entre les mains.

Et puis on a le sommeil paradoxal, qui, lui, va plutôt aller en augmentant au fil des cycles de la nuit, avec une forte dominance sur les deux derniers cycles. Ce sommeil paradoxal, on n'en connaît encore pas toutes les implications sur le plan neurocognitif, mais on sait que c'est une phase importante pour aller trier les informations que vous avez stockées pendant la journée et les mettre au bon endroit. Vous avez une mémoire tampon initiale au cours de la journée, et c'est pendant ces phases de sommeil paradoxal que vous allez transférer l'information dans les zones de stockage "définitives" – même si ça n'est pas toujours le cas !

De la même façon, si on vous prive de sommeil paradoxal, vous aurez des déficits le lendemain, essentiellement sur l'orientation spatiotemporelle, c'est-à-dire plus de difficulté à mémoriser des phénomènes : par exemple, si on vous prive de sommeil paradoxal, demain vous aurez



plus de difficulté à revenir au même endroit si vous ne connaissez pas la Manufacture des tabacs, où nous nous trouvons en ce moment.

Voilà comment se caractérise le sommeil d'un individu, qui va être mesuré par une technique qui s'appelle la "polysomnographie" et qui n'est pas si ancienne que ça : cela fait une cinquantaine d'années qu'on réalise ces enregistrements. Finalement, la connaissance de cette grande période physiologique qu'est le sommeil est plutôt récente par rapport aux données physiologiques qu'on a sur la circulation, qui datent pour certaines de plusieurs siècles.

Le sommeil a été modélisé. L'un des modèles toujours retenus comme essentiels est celui de Borbely, qui a décrit plusieurs processus dans le sommeil : un processus que l'on appelle "circadien", qui est proche de 24 heures. Pas tout à fait égal à 24 heures car, si on vous expose dans une zone complètement isolée sur le plan de la lumière, vous savez que vous aurez ces cycles présents, mais qu'ils seront un peu au-delà de 24 heures. Et puis un processus homéostatique va venir se greffer sur ces processus circadiens de 24 heures, qui va correspondre à des phénomènes de pression de sommeil, amenés par les neurones qui gèrent les veilles et le sommeil.

Cette pression de sommeil va être fluctuante au cours de la journée, monter progressivement pour être importante en début d'après-midi, rebaisser un petit peu, puis remonter en fin d'après-midi, rebaisser à nouveau et remonter pour être maximale en fin de soirée. Ce qui tombe bien, puisque c'est le moment où, généralement, on a besoin d'aller se coucher !

Ensuite interviennent des synchroniseurs externes, qui sont la lumière, le bruit, la pression, le stress, et qui vont jouer sur ces différents processus.

Dans le service, on s'est beaucoup intéressés au fonctionnement "physiologique" médié par les processus du sommeil dans leurs données physiologiques, mais également en pathologie, et comment ils impactaient finalement sur la régulation de notre système cardiovasculaire.

Nos grandes fonctions physiologiques varient quand on passe de la période de veille à celle du sommeil – je parle par exemple de la tension artérielle et du rythme cardiaque –, mais aussi en cours de nuit, à l'intérieur d'un cycle et en fonction de la phase de sommeil dans laquelle on est.

On a des modifications physiologiques liées aux stades, aux cycles, et puis de grands changements qui sont le moment de l'endormissement et le moment de l'éveil.

Modifications de la balance entre tonus sympathique et tonus parasympathique

Voici comment évoluent ces caractéristiques au cours d'une phase de sommeil lent profond : on voit que la pression artérielle va baisser de manière significative au cours de cette phase, avec une baisse très prononcée d'un marqueur qui correspond à l'adrénaline présente au niveau du cœur. On a une diminution marquée de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque lors de l'arrivée du sommeil, en particulier du sommeil lent profond. C'est en fonction de la profondeur de ce sommeil : plus on sera en sommeil profond, plus on aura une expression majeure du système parasympathique, et moins on aura d'effets de l'adrénaline au niveau du récepteur cardiaque.

Si on regarde l'effet circadien, vous voyez qu'avant le réveil on a déjà une petite montée de la pression artérielle – on était à 120 dans la dernière phase de sommeil paradoxal chez ce sujet –, et même quelques minutes, voire quelques heures, avant le réveil, on a une augmentation de pression artérielle et de fréquence cardiaque.

C'est une observation, mais qu'est-ce qu'on a comme impacts ? Depuis des décennies, les chronobiologistes s'intéressent à ce phénomène de variation de fréquence cardiaque et de pression artérielle au moment du réveil, car c'est une phase qui est plutôt à risque d'accident vasculaire cérébral et de trouble du rythme cardiaque, et on sait très bien que c'est pendant cette période-là qu'on a un risque augmenté dans la journée de survenue d'un phénomène qui peut être un accident thrombotique ou une histoire de rythme cardiaque.

La synchronicité de ces variations de régulation autour du réveil et des accidents évoqués n'est pas hasardeuse : c'est un des médiateurs susceptibles de provoquer des accidents graves. D'où l'importance de connaître les modulations qu'on va avoir, en période de réveil en particulier.

Qu'en est-il de l'effet de l'âge sur cette régulation cardiaque ? Malheureusement, ce n'est pas irréversible,

mais l'effet de l'âge est marqué en diminution des phénomènes de régulation autonomique pendant le sommeil.

Vous avez ici un sujet jeune qui, durant ses deux premiers cycles de sommeil, va voir son efficacité de l'adrénaline au niveau cardiaque baisser – donc avoir un effet adrénergique beaucoup moins important au niveau de son cœur – et, au contraire, un effet du système nerveux parasympathique qui augmente de manière très significative, avec une amplitude par rapport à la période de veille qui est très importante : on est à + 30 %, voire + 40 % par rapport à la période d'éveil. Cela est vrai sur le deuxième cycle, et même un petit peu amplifié.

Pour un sujet âgé, on va avoir le même profil, mais avec une baisse beaucoup moins importante du taux d'adrénaline au niveau cardiaque, donc il persiste un effet adrénergique ou un effet sympathique un peu trop important pendant la phase de repos théorique de l'organisme qui correspond au sommeil lent profond, et pour le parasympathique, c'est la même chose : il y a bien une moindre efficacité du sommeil en termes de régulation réparatrice cardiaque.

Cela est modulable. Si on en vient, chez l'homme, à un modèle de "désordre" qui peut être amené sur la régulation cardiovasculaire pendant le sommeil, on peut en prendre un en particulier, que sont les apnées du sommeil.

Vous connaissez à peu près tous ce que représente cette pathologie, qui est quelque chose que l'on connaît depuis peu et qu'on a longtemps associée aux ronflements et à des choses assez banales, plutôt d'ordre bon enfant : le surpoids, le ronflement qui faisait sourire ou rire… Maintenant, on s'aperçoit que, lorsque c'est une vraie pathologie respiratoire du sommeil, avec des événements obstructifs fréquents, on se retrouve avec des conséquences cardiovasculaires qui sont non négligeables.

Vous reconnaissez là un individu qui a été coupé dans le sens longitudinal, et qu'on représente ici avec les fosses nasales, la langue qui est en A et le "passage" avec une respiration nasale, soit normale (on doit en effet respirer par le nez la nuit, sauf s'il y a des désordres et il faudra alors y remédier) ; le palais mou, qui reste "efficace", et l'air qui passe tout à fait normalement.

En situation de malposition, d'anomalie ou de recul trop important du massif de la langue – qui est un gros muscle susceptible de reculer sur le plan anatomique pendant le sommeil, en particulier quand on est couché en décubitus dorsal – et/ou une hypotonie des muscles pharyngés postérieurs, qui retiennent la filière ouverte, on peut avoir des phénomènes de ce que l'on appelle les limitations de débit ou du ronflement ; voire même, à un stade plus avancé, une obstruction complète de l'air qui va induire un effort respiratoire important.

On va avoir des changements de la fréquence respiratoire qui sont en opposition complète avec ce que vous avez vu tout à l'heure sur la cohérence cardiaque, amenée par la cohérence ventilatoire (inspiratoire et expiratoire). Là, on va être, au contraire, dans un contexte où, même si vous allez voir apparaître des choses qui vous paraissent assez semblables dans le cadre des oscillations, ces dernières seront extrêmement délétères dans le cadre de l'apnée.

Conséquences cardiovasculaires des pathologies du sommeil de type obstructif

Elles sont plutôt non spécifiques.

▶ Les ronflements, d'accord ; mais vous allez me dire que tout le monde ronfle un peu, aussi ce n'est pas quelque chose qui permet d'avancer grandement sur le diagnostic.

Un des meilleurs outils de diagnostic, ce sont souvent les épouses ou les compagnes – cela reste quand même majoritairement une maladie d'hommes ! – qui viennent nous voir en nous disant qu'elles sont sûres que leur voisin de lit fait des apnées : « J'ai compté, ça dure 40 secondes, voire plus. » Et, généralement, le monsieur hausse les épaules en se renfrognant, disant que tout cela n'est pas bien grave… Donc le ronflement est souvent un signe d'appel, mais pas toujours présent.

▶ La somnolence excessive pendant la journée… On vous en parlera tout à l'heure, mais sachez qu'il y a bien d'autres pathologies qui peuvent donner une somnolence excessive pendant la journée. Ça doit quand même être un signe d'alerte.

▶ Les troubles cognitifs, mais ils sont extrêmement légers. C'est rare qu'on ait des diagnostics qui soient amenés par nos collègues neurologues, ou que ceux-ci voient des patients sur une plainte spécifique par rapport à ces troubles cognitifs.

On ne sait pas pourquoi, mais la plupart de ces patients sont relativement "protégés" sur le plan de ces fonctions cognitives, du moins sur un temps long avant qu'apparaissent les troubles.

▶ Des choses non spécifiques mais tout de même assez fréquentes, ce sont les troubles de l'humeur et du caractère. Si vous avez un sommeil qui est fragmenté, haché menu par ces phénomènes respiratoires nocturnes (ou des phénomènes éventuellement moteurs associés), des troubles de l'humeur peuvent apparaître par défaut de fonctionnement cérébral, neuronal (au sens vrai du terme).

© Photographee.eu / Shutterstock

▶ On a aussi parlé tout à l'heure des soucis de la dysfonction érectile. La première "cause" – c'est ce que demande la Sécurité sociale pour accepter de prendre en charge un patient –, c'est savoir s'il y a des troubles de la fonction érectile. Pourquoi ? Parce que le stress "oxydant" qui va se dérouler au niveau du tissu endothélial qui recouvre l'intérieur des parois de l'ensemble du système artériel peut provoquer cette dysfonction.

▶ Et puis un bon signe non spécifique, c'est la polyurie nocturne. Les gens arrivent en se plaignant d'être passés chez l'urologue mais que la prostate ne se révèle pas être la cause d'une plainte de levée de quatre ou cinq fois par nuit. C'est donc qu'il y a quelque chose d'autre…

Cette polyurie s'explique en grande partie par le fait qu'il y a une sécrétion, par le cœur, qui joue un peu le rôle de tampon et de yo-yo : il va encaisser les changements répétés des afflux sanguins qui se produisent dans la cage thoracique, amenés par les apnées et la reprise respiratoire qui suit derrière. Ces afflux sanguins dilatent les cavités cardiaques et font sécréter un produit qui donne envie d'aller aux toilettes.

C'est la même chose quand vous allez à la piscine, que vous êtes passé aux toilettes dix minutes avant, mais que, dès que vous êtes dans l'eau jusqu'à la taille, vous avez envie de pisser. Vous avez fait un retour sanguin d'une partie de votre sang qui est dans vos membres inférieurs jusque dans le thorax, et cet afflux sanguin dilate les cavités cardiaques et vous donne envie de faire pipi.

Cette polyurie nocturne signe souvent le fait que cette pathologie respiratoire du sommeil a eu un impact sur le cœur. Elle est très associée à l'obésité, mais pas que. Là, c'est sûr, le surpoids – et en particulier l'augmentation de la graisse sous-cutanée, mais aussi de la graisse présente dans le tissu périphérique au niveau du pharynx – est un facteur qui favorise ces obstructions mécaniques. Vous avez vu que, pour l'heure, le facteur étiologique et causal de ces apnées, c'est quand même essentiellement mécanique au niveau de ce pharynx, cette zone un peu fragile qui est la seule capable finalement de se fermer dans les voies aériennes (puisqu'elle est retenue, tendue par des muscles).

▶ L'hypertension artérielle. Plus de 50 % des patients qui ont des apnées du sommeil ont ou auront une hypertension artérielle. C'est très largement masculin (là aussi, on a peut-être un peu surestimé les chiffres). Et l'âge d'apparition des symptômes (ou au moins l'âge où l'on voit les patients pour un diagnostic), c'est entre 50 et 60 ans. Sachant qu'on pense que la pathologie a démarré une dizaine d'années avant que l'on arrive jusqu'au laboratoire du sommeil ou en consultation.

Est-ce que c'est fréquent ? Il y a eu des études de population aux Etats-Unis sur 6 000 patients (en Espagne, on était autour de 2 000 patients), où on a regardé des gens de la population générale et non étudiés parce qu'ils se plaignaient de quelque chose, et on a vu qu'entre 12 et 25 % de ces personnes (variable en fonction de l'âge) avaient une pathologie respiratoire du sommeil, qui pour beaucoup d'entre elles a été ignorée. Ces patients ont été nouvellement diagnostiqués au moment où on leur a fait ce bilan, réalisé dans le cadre d'une étude de volontariat.

Sur Saint-Etienne, on a à peu près les mêmes résultats. On a fait une étude de prévalence sur plus de 1 000 Stéphanois qui avaient 65 ans, et on est autour de 20 à 25 %, dont au moins 15 % avaient une pathologie sévère et complètement ignorée. Là encore, avec un retard de diagnostic pour lequel nos collègues médecins ont un peu ignoré les phénomènes, arguant qu'il s'agissait de quelque chose de banal, que peut-être ce n'était qu'un ronfleur… Beaucoup d'entre eux n'ont pas pris cet élément de diagnostic très au sérieux. Voyez le pic de fréquence, qui se situe entre 50 et 70 ans, avec une baisse secondaire de la fréquence…

Que provoquent ces apnées obstructives ?

Là, on est dans l'incohérence respiratoire, et donc l'incohérence cardiaque. Ce patient va avoir une obstruction de son pharynx : il s'arrête de transférer des flux, l'air ne passe plus parce qu'il n'y a pas de passage physiologique normal. Cela va s'associer à une augmentation du travail respiratoire. Les muscles respiratoires accessoires, abdominaux en particulier, vont être mobilisés.

Là, c'est une mauvaise respiration abdominale, et ça va travailler davantage jusqu'à ce que ça se rouvre. Voyez, quand on regarde les bruits du ronflement, il n'y en a pas beaucoup : uniquement à la reprise de la respiration. Après, ça se calme. D'ailleurs, il y a des apnéiques qui sont très peu ronfleurs, qui ne ronflent qu'à la reprise de la respiration.

Les conséquences, elles, sont de deux ordres principaux. D'abord le manque d'oxygène amené par cette apnée : au bout de 20 secondes, on a une utilisation de l'oxygène qui

a été faite en périphérie et vous allez avoir une diminution de votre oxygénation dans le sang, puis une reprise de l'oxygénation. Donc le manque d'oxygène, ce n'est pas bon, mais la reprise de l'oxygénation n'est pas terrible non plus, et peut amener à des désordres presque aussi graves que le manque d'oxygène de manière chronique !

Et puis c'est une pathologie qui est fragmentante. C'est-à-dire que, pour arriver à rouvrir vos voies aériennes, il faut que vous donniez un signal d'alerte dans votre sommeil qui va activer le cerveau et vous réveiller. Consciemment ou inconsciemment. Ce n'est pas toujours un réveil conscient, avec une sensation de manquer d'air : 99 fois sur 100, ça va être simplement un micro-réveil, que l'on ne peut enregistrer que sur l'électroencéphalogramme. Mais ça donne quand même une impression d'un sommeil de médiocre qualité : pas dormi ou mal dormi. Simplement parce qu'il n'y a pas d'approfondissement du sommeil : on n'arrive pas à passer en sommeil lent profond chez ces sujets…

Conséquences de ces pathologies du sommeil ? Je vous ai déjà énoncé les différents désordres : il y a bien sûr le manque d'oxygène (la réoxygénation amenant à des phénomènes de stress oxydant) ; le trop de gaz carbonique (on le voit plutôt chez les patients qui ont une obésité associée) ; les changements brutaux et importants de la pression dans le thorax, qui sont néfastes pour le cœur (rien à voir avec la cohérence cardiaque) ; les micro-réveils…

Avec les mécanismes intermédiaires, que l'on essaie de mieux comprendre au fil des ans, et surtout les conséquences cardiovasculaires, que ce soit l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, les arythmies cardiaques de tout ordre (en particulier l'arythmie auriculaire soutenue, qui peut amener à des accidents emboliques), les phénomènes ischémiques (qui sont peut-être un peu moins importants), et puis la notion d'augmentation du risque d'accident vasculaire.

La fragmentation du sommeil est un des facteurs qui peuvent expliquer un vieillissement cognitif accéléré.

Juste pour vous donner un exemple de ce qu'il se passe quand vous avez un micro-réveil lié à un mouvement de jambes. Il n'est pas, là, lié à un phénomène respiratoire (ce peut être un problème de mouvement spontané de jambes), mais vous voyez comment la pression artérielle augmente ? Sur les quelques battements qui vont suivre ce phénomène éveillant au niveau de l'électroencéphalogramme, on a une montée de pression artérielle qui va persister quelques secondes derrière. Donc ces variations de pression artérielle permanentes, qui correspondent à ces oscillations que l'on voit sur cette fréquence cardiaque, sont de mauvaises oscillations. Elles sont négatives, parce qu'on est dans un désordre véritable du contrôle cardiorespiratoire chez ces sujets.

Donc l'effet de ces apnées (même non perçues, non reconnues sur la tension artérielle), c'est de l'ordre de 4 à 5 mm de mercure chez des patients qui ont plus de 30 apnées ou hypoapnées par heure de sommeil (ça vous paraît beaucoup, mais c'est 15 % de la population). Ça ne fait pas beaucoup au final, regardez : 12. Et c'est normal encore, une tension artérielle à 12… Mais, sur le plan du risque d'accident vasculaire cérébral, c'est une différence de majoration du risque qui est très importante. Sur la tension diastolique, les effets sont plus discutés, mais ils paraissent quand même manifestes.

Un impact significatif du traitement de l'apnée du sommeil sur l'hypertension artérielle

Voici également, sur 24 heures, un profil de tension artérielle d'un sujet sur lequel on a fait des mesures tout à fait répétées, et le même sujet après qu'il a été traité. Vous voyez que c'est là qu'on a la plus grosse différence : sous traitement, il baisse sa tension artérielle de manière très importante (l'amplitude est la plus forte en fin de nuit, sur une période qui est critique, là où on a des phénomènes potentiels de troubles du rythme cardiaque ou d'accidents vasculaires majorés). Donc on a un impact significatif du traitement qui a été démontré là-dessus.

On a regardé, sur une partie de notre cohorte – c'est Magali Saint-Martin qui a fait sa thèse sur ce sujet –, quels étaient les facteurs qui pouvaient expliquer un vieillissement cognitif accéléré. Juste pour vous rappeler que le vieillissement cognitif n'est pas le vieillissement de l'imagerie cérébrale : ce sont deux choses assez différentes. Elle a voulu regarder, dans le vieillissement cognitif normal, quels étaient les facteurs modifiables qui pouvaient influencer l'infléchissement cognitif. Ce qui veut dire la baisse des performances, en restant encore dans des chiffres pratiquement normaux.

Donc on est loin de la maladie d'Alzheimer, on est loin des démences ! Mais on est dans des choses qui commencent à progresser un peu, et pas dans le bon sens.

Le but était de regarder quel test baissait le plus dans cette population. Puis, sur ces tests, voir les facteurs cardiovasculaires qui étaient enregistrés dix ans avant, et qui pouvaient expliquer ces phénomènes de baisse un peu plus marquée chez certains sujets que chez d'autres.

Un des facteurs que l'on a trouvé, c'est ce que l'on appelle la fragmentation du sommeil, qu'on avait vue dix ans avant : plus elle était importante, plus il y avait de probabilité qu'il y ait un impact sur les phénomènes cognitifs. Avec des choses qui sont très différentes suivant les domaines cognitifs auxquels ont s'intéresse : c'est essentiellement des déficits sur les tests mnésiques qu'elle a retrouvés.

On est dans la discussion de ce nouveau facteur de risque cardiovasculaire – même si ça n'est pas réellement nouveau ! – pour expliquer plein de choses dans les facteurs de risques cardiovasculaires classiques, qui peuvent être "expliquants" ou en partie responsables de l'apparition d'anomalies métaboliques par l'obésité, mais

également par le stress nocturne qu'il représente, de diabète, d'hypertension artérielle… Est-ce que ça peut aussi être un facteur pouvant amener à l'apparition de démence, de troubles cognitifs beaucoup plus importants dans une population qui va aller de mieux en mieux et qui va vivre de plus en plus longtemps ?

Quels dégâts, au niveau cellulaire, peuvent provoquer ces apnées du sommeil, le fait d'avoir cette hypoxie à oxygénation et cette fragmentation du sommeil ? On va voir que les cibles d'impact peuvent être les neurones, effectivement, qui n'aiment pas bien ces grands changements métaboliques brutaux ou ces grands changements amenés par des variations de pression artérielle locale – au niveau des micro-vaisseaux – et puis ça peut être les "fils électriques" qui vont conduire l'influx du corps du neurone jusqu'au neurone suivant, qui sont représentés par la substance blanche.

Plusieurs études ont montré (notamment une étude coréenne) qu'il y avait un taux de micro-atteintes de la substance blanche, sans symptômes, bien plus important chez des sujets qui avaient des apnées du sommeil par rapport à des sujets qui n'en avaient pas. Donc peut-être que les lésions de la substance blanche sont un des tout premiers phénomènes qui peuvent arriver très précocement – là, c'était une population qui avait autour de 50 ans au moment de l'âge du diagnostic.

Des risques d'AVC augmentés

En ce qui concerne les risques d'accident vasculaire cérébral, pratiquement toutes les études sont concordantes pour dire que l'on augmente leur risque de survenue quand on est porteur d'une pathologie respiratoire du sommeil non traitée, de type syndrome d'apnée du sommeil obstructif.

Alors bien sûr, quand vous regardez le taux de mortalité de ces sujets dans cette population, qui n'était pas à haut risque de faire un accident vasculaire cérébral, il n'est pas très élevé : 4 % de risque d'AVC sur une période de 9 ans de suivi. Mais ça fait une grosse différence avec une population qui n'a pas d'apnées du sommeil : ça double le risque !

L'autre point d'impact de la pathologie respiratoire du sommeil, qui est non neuronal, cela peut être les cellules qui font un peu le boulot d'entretien du fonctionnement normal des neurones. Car les neurones ont, certes, un rôle majeur, mais ils sont bien entourés. Et, pour être bien entourés, il faut avoir des cellules qui soient actives, mais pas trop. Qui puissent réguler les éléments toxiques venant jusqu'au contact du neurone, pour les épurer avant qu'ils n'attaquent la cellule neuronale.

On a pu mettre en évidence qu'il y avait un impact de l'hypoxie intermittente chez l'animal sur l'apparition de phénomènes cellulaires qui correspondent à du vieillissement physiologique.

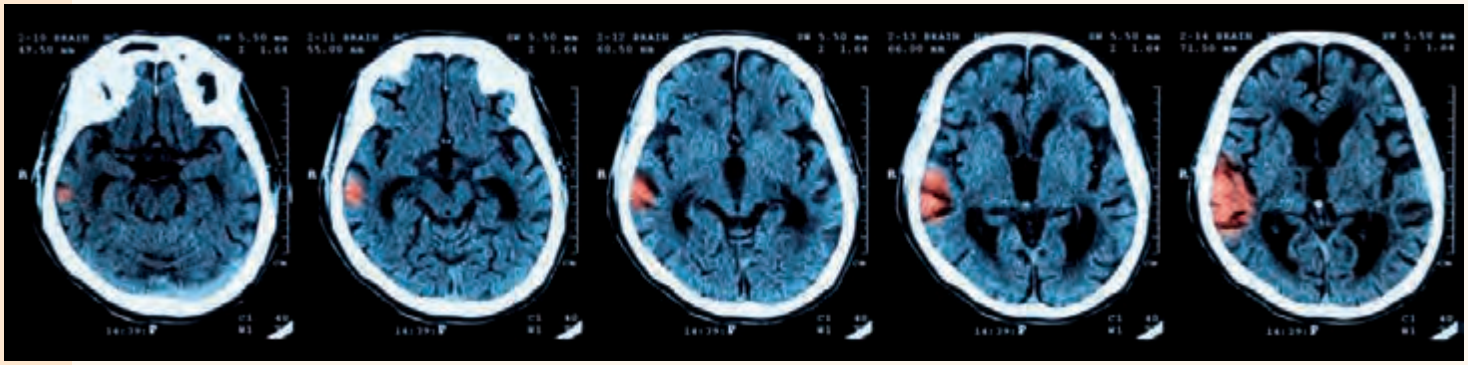
En gros, on peut résumer en pensant que la pathologie respiratoire du sommeil est un peu un "accélérateur" des désordres qu'il peut y avoir au niveau cellulaire, peut-être par une action sur ces cellules de soutien, que l'on appelle la microglie, au niveau du cerveau.

Juste quelques images pour terminer, en vous montrant une zone très susceptible à des changements d'oxygénation et de souffrance cellulaire : l'hippocampe chez des souris que l'on a exposées 6 ou 24 semaines à ce que l'on appelle de l'hypoxie intermittente chronique, soit l'équivalent d'un syndrome d'apnée du sommeil chez l'homme.

Les cellules microgliales, ce sont ces points noirs. Si on laisse ces cellules en normoxie à 6 semaines, à 24 semaines, on voit qu'il y en a un peu plus quand elles vieillissent, qu'elles sont un tout petit peu plus arborescentes, mais il n'y a pas d'envahissement majeur : quand on calcule le nombre, il n'est pas très augmenté ou pas significativement augmenté.

Par contre, les souris que l'on a exposées à de l'hypoxie pendant 6 semaines commencent à avoir cette pré-activation microgliale. Ça, c'est l'image d'un cerveau qui a déjà commencé de vieillir. Et si on les laisse 24 semaines, on a un phénomène d'accélération de ces processus.

On est parti de ce qu'il se passe chez l'homme pour arriver à l'animal : c'est l'inverse de ce qui a lieu d'habitude ! Tout simplement parce que c'est une maladie où il n'y a pas vraiment de modèle animal qui puisse nous montrer l'impact cardiovasculaire et cérébrovasculaire complet. ●



© Suttha Burawonk / Shutterstock

Dormir sans médicaments... ou presque !

Dr Patrick Lemoine, psychiatre

Le sommeil, on l'a dit, c'est en gros un tiers de notre vie ; et à votre avis, combien de temps pensez-vous qu'un médecin, en France, reçoit de cours de "sommeil" durant ses études médicales ? Zéro heure ! En gros, les médecins français n'ont aucune culture sur le sommeil ou n'ont, du moins, que celle qu'ils ont la curiosité d'acquérir par la suite.

Ce qui explique une chose : la France est le recordman mondial de la prescription d'hypnotiques. Dès que vous allez chez un médecin, le pauvre fait ce qu'il peut avec les outils qu'il a en sa possession ; ainsi, la première réaction au « Je dors mal » sera la prescription d'un hypnotique.

Le sommeil est quelque chose qui pose un vrai problème dans notre pays. On sait que la plupart des personnes qui dorment mal se retrouvent avec des médicaments. Par ailleurs, plus on prend de l'âge, plus c'est dangereux ; et plus on prend de l'âge, plus on en prend – notamment les dames.

Vous savez sans doute aussi que le sommeil peut être perturbé de bien des manières. Parmi ces manières, il y a le fait de trop dormir, ce que l'on appelle l'hypersomnie – beaucoup plus grave et quasi aussi fréquente que l'insomnie –, et le fait de ne pas dormir, l'insomnie. Et il y a encore le fait de mal dormir. Toutes ces nuances sont très importantes : on ne doit pas traiter les gens de la même façon selon qu'ils dorment trop ou pas assez…

En France, on a énormément de sommeil chimique !

Or il faut bien comprendre que dormir avec un hypnotique, ce n'est pas vraiment dormir : c'est avoir une anesthésie légère. Ce n'est pas du sommeil naturel. En réalité, il n'existe qu'un seul hypnotique correct, c'est le placebo.

Alors, je ne veux pas affoler les chaumières, mais il faut quand même comprendre que prendre un médicament hypnotique n'est pas anodin, même si ça rend parfois service. Pour résumer les choses, on ne devrait prendre un hypnotique que si l'insomnie est transitoire et que la cause est connue. Par exemple : votre conjointe vous annonce que votre belle-mère va venir dormir chez vous une semaine. Là, il a une insomnie, c'est clair, puisqu'il a une raison légitime ! Il y a deux solutions : on prend un hypnotique toute la semaine ou on tue la belle-mère !

Cette étude est très inquiétante, et je suis comme le Pr Joyeux, je suis sidéré que les pouvoirs publics ne se soient pas immédiatement emparés de ses résultats : 100 000 personnes suivies pendant en moyenne 7 ans, où les deux tiers n'avaient pas pris d'hypnotiques ou d'anxiolytiques – c'est la même chose du point de vue chimique – et le tiers restant qui en avait pris… Eh bien, voyez que si vous avez pris des hypnotiques pendant plus de 3 mois, vous avez quand même deux fois plus de risques de mourir que si vous n'en avez pas pris. Ce n'est pas négligeable, et je ne comprends pas que les pouvoirs publics n'aient pas du tout réagi à cela.

Là encore, je suis totalement surpris que dans le dictionnaire Vidal, qui est la bible des médecins en ce qui concerne les médicaments, vous ne trouviez jamais la cause principale des contre-indications des tranquillisants et des somnifères, qui vient de nous être exposée savamment : c'est que lorsque vous prenez un quart de comprimé de Lexomil le soir au dîner, vous multipliez par deux le nombre et la durée des apnées. Qu'est-ce que ça veut dire ? Si vous avez 60 ou 65 ans, que vous êtes un homme et faites 8 ou 10 secondes d'apnée par heure de sommeil, vous êtes quasiment normal ; vous prenez un quart de Lexomil (ou un verre de vin d'ailleurs, c'est pareil), et vous vous retrouvez avec 20 ou 25 secondes d'apnée par heure, et là vous êtes carrément malade ! Avec tous les risques que l'on vient de nous énumérer : AVC, infarctus…

© nito / Shutterstock

La contre-indication, ce sont les apnées du sommeil avec leur cortège de complications. Or est-ce que votre médecin va systématiquement vous demander, ou demander à votre conjoint, si vous ronflez avant de vous prescrire un anxiolytique ? ou si vous avez des pauses respiratoires ? Vous savez, ce ronflement qui s'arrête, qui se met en pause pour repartir ensuite de plus belle à des niveaux sonores extrêmes ?

Juste pour que vous ayez une idée en termes de décibels : le premier patient que j'ai vu de ma vie en France sur les apnées du sommeil était un gros avocat de Lyon – dans

© Ozgur Coskun / Shutterstock

tous les sens du terme, d'ailleurs – et il avait été amené à consulter suite à une pétition des voisins… Et il vivait dans une ville ! D'accord, c'était l'été et les fenêtres étaient ouvertes, mais ça vous donne quand même une idée…

Je ne vais pas insister sur le sujet, mais on sait quand même que les apnées du sommeil donnent des tableaux qu'on ne peut plus distinguer au bout d'un certain temps de la maladie d'Alzheimer. Ce qui est dommage car, au début, c'est complètement réversible si le diagnostic et le traitement sont réalisés.

Enfin, on sait très bien que quelqu'un qui va prendre un produit sédatif le soir et qui est un peu âgé, qui se lève en cours de nuit parce qu'il a soif, s'il tombe et se fait un col du fémur, c'est le début des gros ennuis… même si la mutuelle est excellente !

Une chose qui est moins connue, ce sont les levées d'inhibition avec amnésie. Voilà bien des termes barbares et fort savants, mais c'est très simple : il arrive que le "surmoi" (comme le nomment les psychanalystes) soit soluble dans les tranquillisants. Cela veut dire que, même si vous avez des envies féroces vis-à-vis de votre belle-mère ou de votre inspecteur des impôts, vous ne passerez évidemment pas à l'acte. Eh bien, vous seriez capable de passer à l'acte si vous preniez ce genre de produits. Par exemple, on a montré aux Etats-Unis qu'un tiers des femmes qui ont été violées, et dont les urines ont été prélevées, avaient des traces de Rohypnol dans leurs urines. Alors qu'elles n'étaient pas sous Rohypnol. A leur insu, on leur faisait prendre un truc et elles étaient violées, signaient des chèques, faisaient n'importe quoi, et après coup elles n'en gardaient absolument aucun souvenir. C'est ce que l'on appelle les drogues de la soumission.

Moi, j'ai une interne qui avait eu une peine de cœur. Elle avait peur de mal dormir, elle a pris un hypnotique (un demi Imovane, je crois), et elle a sauté par la fenêtre : 6 étages. Elle n'est pas morte. Je l'ai évidemment interrogée : elle était bien cassée, la pauvre, mais elle n'était pas déprimée. C'est simplement qu'elle avait eu des idées comme on peut en avoir à 25 ans et qu'on a ce genre de problèmes… Et là, le produit a juste supprimé… les suppresseurs. Double négation = positif. Attention à ce genre de produits !

Qu'est-ce qu'un bon sommeil ?

Pensez-vous qu'il y ait un nombre d'heures normal de sommeil ? Monsieur dit "8 heures" ! D'autres ne sont pas d'accord… Et ce sont eux qui ont raison.

En fait, la moyenne, c'est 7 h 30 – vous êtes donc très proche –, mais on peut être tout à fait normal et dormir moins de 6 heures et tout aussi normal et dormir plus de 8 ou 10 heures.

Il n'y a qu'un seul critère en matière de sommeil, c'est comment je suis au réveil. Est-ce que j'ai la pêche ou non ? Et la pêche, c'est la conjonction de la bonne humeur, de la bonne performance intellectuelle, de la bonne performance physique et de la bonne vigilance. Si tous ces facteurs se maintiennent sans variation dans la journée, si je n'ai pas de coup de pompe, de problème de concentration ou de mémorisation dans la journée, c'est que j'ai la pêche. Et si j'ai la pêche, c'est que j'ai bien dormi !

En plus, si j'ai la pêche, je vais bien dormir. Il n'y a pas de bon sommeil sans bon éveil, il n'y a pas de bon éveil sans bon sommeil. C'est le yin et le yang. On ne peut pas parler d'éveil sans parler de sommeil, et vice et versa. Un bon sommeil, c'est donc ce qui me permet d'avoir la pêche au cours de la journée, et peu importe le nombre d'heures.

Deuxièmement, je dois reconnaître mon sommeil. Car si un jour j'ai des problèmes, mon médecin ne me soignera pas de la même manière. De manière très génétique, on sait qu'il y a des sujets qui sont des moyens dormeurs (7 h 30), d'autres encore des courts dormeurs (6 heures, c'est 5 ou 10 % des gens) et d'autres, enfin, des longs dormeurs (plus de 8 heures).

Autre phénomène très génétique, c'est le fait d'être du matin ou du soir. Quelqu'un qui est du soir est génétiquement différent de quelqu'un qui est du matin. Là encore, à peu près 75 % des gens sont indifférents, ni du matin ni du soir ; soit plutôt du matin, ou plutôt du soir ; et puis après, environ 10 % qui sont carrément du matin – comme votre serviteur – et d'autres qui sont carrément du soir, comme – je le parierais – le Pr Joyeux. Pourquoi ? Parce que les sujets du matin sont pathologiquement ponctuels, et les sujets du soir, moins ! Je suis navré, mais ça sort statistiquement : voyez, il acquiesce, j'avais raison ! Je l'avais deviné…

On n'est pas pareils. Mais l'avantage des sujets du soir, c'est qu'ils peuvent faire les 3 x 8, du travail de nuit ou la fête, avoir des décalages horaires sans conséquence, alors que les sujets du matin sont d'une chronorigidité dramatique : pour moi, un décalage horaire de 3 heures, c'est compliqué, et même le passage à l'heure d'hiver. Je suis donc un sujet du matin, à l'heure… mais rigide !

Une fois qu'on a parlé du bon sommeil, on va parler des hypersomnies. Je ne vais pas en parler beaucoup, parce que l'orateur précédent a bien développé la cause principale de l'hypersomnie. Quelqu'un qui se met à dormir plus, à être somnolent dans la journée, et va avoir quelques petits problèmes de mémoire… Immédiatement que

fait-on ? On interroge le conjoint. Et le conjoint nous dit s'il ou elle ronfle, s'il ou elle a des pauses respiratoires et tout ce que je vous ai dit tout à l'heure.

On parlera très vite des hypersomnies saisonnières, qui touchent essentiellement les dames, et qui durent depuis le passage à l'heure d'hiver jusqu'à Pâques. Au cours de cette période, les dames mangent plus de chocolat, prennent quelques kilos et ont un irrésistible appel de la couette. C'est une pathologie qui n'est pas grave, mais qui pourrit un peu la vie des personnes qui en souffrent, parce qu'elles se sentent moins créatives et de moins bonne humeur. Et puis elles guérissent complètement, jusqu'au passage à l'heure d'hiver l'année suivante !

C'est une pathologie qu'il faut connaître : il y a un allongement du temps de sommeil en automne-hiver, surtout quand il ne fait pas beau ou qu'il pleut. De plus en plus, avec l'arrivée des fêtes de fin d'année et le solstice d'hiver. Pour toutes les personnes qui vous disent : « Je déteste les fêtes de fin d'année ! », on peut parier qu'il y a une dépression saisonnière. Et avec une simple lampe achetée pour 100 €, à raison de 10 000 lux par jour tous les matins, une demi-heure pendant tout l'automne-hiver, vous allez voir ces personnes se mettre à adorer Noël, le Père Noël et le jour de l'An !

© Image Point Fr / Shutterstock

Juste pour que vous ayez tout de même une petite idée au niveau des chiffres : lorsque vous avez une dépression et que vous voulez vous soigner avec les médicaments antidépresseurs, vous avez 60 % de chances de succès en 2 à 6 semaines. Lorsque vous avez une dépression saisonnière et que vous êtes traité par la lumière, si vous en avez les signes physiques – boulimie sucrée, prise de poids, somnolence diurne –, vous avez 85 % de chances de succès en 4 à 14 jours. Y'a pas photo quand même, et pourtant : on voit encore prescrire des antidépresseurs dans ce type de pathologie. C'est navrant !

20 % des Français adultes ont un diagnostic d'insomnies vraies constituées. 40 % des gens ont des troubles du sommeil, même s'ils n'arrivent pas à ce fameux diagnostic… En bref, il y a deux causes de consultations en France : la douleur et l'insomnie.

Je pense que la plainte de sommeil est la plus ancienne plainte qui existe. Vous savez, ce bâton de caducée dont les médecins sont si fiers, qu'ils mettent sur leur pare-brise pour éviter les contraventions… Ce bâton d'Hermès servait au dieu à endormir qui il voulait, quand il voulait. Or Hermès, c'était le dieu de la médecine. Voyez que c'est le principal apanage du médecin : l'art de faire dormir !

Les principales causes de l'insomnie

L'insomnie est extrêmement fréquente, on l'a vu. Je n'ai pas le temps de vous énoncer toutes les causes, mais sachez quand même qu'en premier on cherche les causes toxiques. C'est, en premier, la caféine ! J'ai toujours ma liste en tête : thé, café, chocolat, Coca, Redbull. Et n'oubliez pas que le pic d'activité de la caféine, c'est 6 à 8 heures après – et, quand on a plus de 60 ans, on double les heures. C'est le petit café de 16 heures qui va créer l'insomnie du milieu de la nuit, alors que le café pris au coucher peut ne pas poser de problèmes, parce qu'il va favoriser le réveil le lendemain matin.

Le timing est une chose importante, mais, pour quelqu'un qui dort mal, on lui supprime – désolé ! – son demi-carré de chocolat le soir et puis, surtout, plus de source de caféine. Le grand piège étant le Coca-Cola, puisque beaucoup oublient que c'est une source majeure de caféine. Moi, j'ai soigné un nombre incalculable de gens qui avaient fait le tour des unités de sommeil, juste en les cuisinant pour m'apercevoir – car ils n'en parlaient pas – qu'ils buvaient deux, trois, voire quatre litres de Coca par jour !

Les autres causes, c'est la douleur. Tous types de douleur. Plein de médicaments également, notamment les médicaments contre l'hypertension, contre le Parkinson, un diurétique – pris le soir, pour des raisons mécaniques –, et puis la cortisone, l'hormone thyroïdienne… Il y a énormément de médicaments qui provoquent l'insomnie. Quelqu'un qui se met à mal dormir, c'est bien simple : on l'interroge sur le nouveau médicament qu'il a pu prendre.

On ne va pas non plus parler de la literie, de la chaleur, de la température ou de l'hygrométrie de la chambre, parce que vous le savez aussi bien que moi.

Après, on peut aussi parler des causes médicales, qui représentent environ 20 % des causes d'insomnies : ça va du diabète jusqu'à l'hyperthyroïdie, en passant par l'hypercorticisme… Je pourrais vous sortir des tas de mots savants, mais ce n'est pas l'objectif.

Mais la cause principale de l'insomnie, c'est la cause psy. Cela peut être psychologique (on a parlé de la visite de la belle-mère) : c'est l'insomnie transitoire, et c'est avant tout un problème d'anticipation. On anticipe un événement, qu'il soit heureux ou non : on dort aussi mal la veille de son mariage que la veille d'un enterrement ou

d'une mise en examen. C'est le fait d'attendre un événement qui va susciter l'insomnie.

Et puis cela peut aussi être chronique, avec pour pourvoyeur la dépression. Contrairement à la légende, la dépression d'un réveil matinal précoce, c'est uniquement dans les grandes mélancolies. L'insomnie entraîne surtout un mauvais sommeil, avec un vécu d'insomnie qui n'est pas objectif. Les déprimés dorment à peine moins que la population générale, mais ils dorment très mal et, au réveil, ils sont très mal. Quelqu'un qui, le matin, est très mal, puis se sent plutôt bien vers 17 heures – dans mon service de déprimés tout le monde pleure le matin, et tout le monde rigole le soir –, c'est la marque de la dépression. Quelqu'un qui a mal à la tête ou au dos le matin et pas le soir, ça sent la dépression et il faut faire attention.

Et puis enfin, il y a ce que l'on appelle l'insomnie psychophysiologique. C'est un terme très savant – juste pour dire que la médecine n'a encore rien compris au film – et c'est un cercle vicieux : quelqu'un se met à mal dormir et, toute la journée, il va déjà se dire qu'il va mal dormir la nuit suivante. Il se couche en se disant qu'il faut dormir à tout prix. Du coup, il ne dort pas, parce que le sommeil est celui qui se donne à celui qui ne le cherche pas.

Moi j'adore l'étude, où vous prenez un panel de très bons dormeurs : vous les mettez tous dans un dortoir et vous les sommez de dormir, leur promettant 10 000 € au premier qui s'endort. Il n'y en a pas un qui va réussir à fermer l'œil ! Le fait de vouloir dormir crée l'insomnie, ce qui fait que les dispositifs mis en place aujourd'hui sont des "distracteurs" : quelque chose qui permet de penser à autre chose.

Je le vois bien dans mon labo de sommeil, quand les gens viennent me voir en me disant : « Docteur, c'est horrible, je n'ai pas fermé l'œil depuis 5 ans ! » ou « C'est incroyable. Depuis que mes enfants pleurent toutes les nuits, je ne dors plus ! » Parce qu'il existe des insomnies subjectives (je dors, mais je ne perçois pas mon sommeil) et des insomnies objectives (je ne dors effectivement pas). Donc quelqu'un qui me dit qu'il n'a pas dormi depuis 5 ans alors qu'il me semble frais comme un gardon, je perçois son coup de pompe comme une insomnie subjective. Et les gens savent très bien ce que je pense, donc ils viennent dans mon labo de sommeil pour me montrer qu'ils ne dorment pas. Le lendemain matin, ils sont effondrés en me disant : « C'est affreux, j'ai dormi comme un bébé, je ne sais pas ce qu'il s'est passé. » Ils voulaient me montrer qu'ils ne dormaient pas. Or si je ne veux pas dormir, je dors. On est tout le temps dans le paradoxe avec le sommeil.

S'il y a des insomniaques dans la salle, comprenez bien que le traitement est d'arrêter de vous dire que c'est important et que c'est un stress. Plutôt que les médicaments, il y a des tas d'autres dispositifs, dont la cohérence cardiaque, qui est l'un des principaux. Je suis d'ailleurs très content qu'on en ait parlé ici, car c'est très important.

Comment peut-on dormir naturellement ?

En fait, c'est simple, c'est juste un problème de thermostat. On a dans le cerveau des petits noyaux que l'on appelle "noyaux suprachiasmatiques", dans lesquels il y a un thermostat. Pourquoi un thermostat ? Car le rythme qui entraîne tous les autres, c'est le rythme de la température intérieure du corps.

Si ma température descend (ce qui doit normalement se produire le soir), je vais faire du sommeil profond. Sommeil profond = hormones de croissance ; hormones de croissance = gamins qui grandissent, donc qui cicatrisent et qui ont la pêche dans la journée. Si ma température augmente le matin, c'est que je vais avoir la pêche ! Ce n'est pas plus compliqué que ça. Si j'ai 1,4 °C de différentiel entre le maximum diurne et le minimum nocturne, je suis sûr de ne jamais être déprimé, ni insomniaque. Là encore, il y a des facteurs génétiques, mais pas que.

L'explication est limpide. A partir de J + 14 (jour de l'ovulation, 37,2° le matin), la température des dames augmente la nuit et de plus en plus jusqu'au jour des règles, et il y a de plus en plus d'insomnies au fur et à mesure qu'on se rapproche des règles : le syndrome prémenstruel, c'est avant tout une insomnie, et la dépression n'est jamais plus qu'une insomnie excessive, c'est un trouble de la vigilance. Le fait qu'avant les règles les femmes fassent plus de tentatives de suicide, aient plus d'hospitalisations et soient plus déprimées qu'après les règles… c'est bête, mais c'est une question de température et du différentiel "jour-nuit" de la température centrale !

Donc, tout le truc en matière de traitement d'insomnie, c'est de retrouver un différentiel de température "jour-nuit" important. Rappelez-vous : ma température descend le soir et je fais du sommeil profond. Nos grands-mères nous le disaient : « C'est le sommeil d'avant minuit qui compte », et elles avaient raison. « C'est en dormant qu'on grandit » : elles avaient encore raison. Et si la température remonte bien le matin, je vais être en pleine forme dans la journée.

Alors comment fait-on pour dormir naturellement ? C'est tout bête.

Gustave Courbet, *Le sommeil* (1866), Petit Palais, Paris.

D'abord, on ne prend pas de médicament, du moins pas tout de suite. Si on en prend, ce n'est pas longtemps – sauf cas exceptionnel, bien sûr.

Un insomniaque, c'est quelqu'un qu'on empêche de dormir. Alors, le matin (et tous les labos de sommeil sont d'accord), on fait une restriction du temps de sommeil. Pourquoi ? Parce que le sommeil, c'est un tissu : si vous tirez de chaque côté, ça fuse et ça fait des trous au milieu et ça, ça s'appelle l'insomnie, le maintien du sommeil.

On dit aux gens de se coucher le plus tard possible, sans pour autant faire la fête ou prendre des substances pour, mais aussi tard qu'ils le peuvent – de préférence après le film à la télé –, et le matin, généralement je pose la question : « A quelle heure vous vous levez ? » « Le matin, c'est pour aller au boulot, alors vers 7 heures, et puis le week-end je récupère, alors je dirais 9 h 30. »

Tout ça, c'est fini. Maintenant, tous les matins, semaine ou week-end, je me lèverai à 7 heures. Un quart d'heure, vingt minutes de dérapage, et vous êtes en grand danger de rechuter ! N'oubliez pas qu'il y a un pic de suicides, un pic d'infarctus, un pic d'accidents de voiture le lundi matin – ce n'est pas moi qui le dis, c'est l'Insee. Pourquoi ? Parce qu'il y a la grasse matinée du week-end, et c'est encore plus vrai après les ponts, ce qui fait que les gens se lèvent quand leur température est encore basse, et s'ils sont un peu déprimés ou ont leurs coronaires un peu bouchées, ou qu'ils ont un problème de vigilance, le premier platane qui traverse c'est pour eux, l'infarctus et le suicide aussi.

Donc on se lève toujours à la même heure, week-end compris. Et toujours un peu plus tôt que ce que l'on souhaite. Je dis toujours à mes patients que pendant 15 jours ils vont me maudire, mais que tout le reste de leur vie ils vont me bénir !

Ensuite, dès le réveil, on fait tout ce qu'il faut pour faire monter la température : un peu de gym (des pompes pour les messieurs, des abdos pour les dames), douche chaude prolongée, petit déjeuner copieux et plutôt protéique, baigné d'une lumière intense – en été c'est la lumière du bon Dieu, autrement ça peut être celle de chez Philips ! Dans la journée, vous faites ce que vous voulez en suivant les principes diététiques qui nous ont été donnés tout à l'heure. En matière de sommeil, en général, on dit que le soir, moins on mange, mieux ça vaut, et le peu que l'on mange, il vaut mieux que ce soit des sucres lents : des pâtes avec du bon blé… Bref, plutôt des sucres lents pour éviter les accidents hypoglycémiques nocturnes et pouvoir tenir jusqu'au lendemain matin.

Plus le temps de jeûne est important entre le dîner et le petit déjeuner, mieux ça vaut. N'oubliez pas qu'on parle de "dé-jeuner", soit "couper le jeûne". Breakfast : fasting en anglais, ça veut dire "jeûne". Le jeûne nocturne doit être important. Et mieux vous le respectez, mieux ça vaut.

Alors le soir, pas de saucisson, si possible pas de viande en sauce (pas de viande, d'ailleurs), pas trop de chocolat ou de sucreries, une petite salade avec un peu de pommes de terre ou de pâtes, et pour moi ça va.

Une fois qu'on a énuméré tout ça, il y a plein de dispositifs qui existent, dont certains sont très intéressants. Je n'ai malheureusement pas le temps de tout vous détailler, mais on peut citer la cohérence cardiaque, le Psio (ces lunettes un peu magiques qui permettent de distraire l'attention), les systèmes de relaxation et tout ce qui est distractif…

Compter les moutons, ce n'est pas forcément une bonne idée, parce qu'au bout d'un moment on se trompe, ça nous énerve et il faut tout recommencer.

Par contre, il faut essayer de ne pas penser au sommeil : avant de se coucher, on prend un calepin et on note tout ce qui a été ennuyeux dans la journée, puis on le met de côté et on essaie d'aborder des sujets autrement : messieurs, vous allez énumérer toutes les victoires de l'OL et tous les noms de joueurs depuis cinq ans ; quant aux dames, vous allez faire une visite de la rue Edouard-Herriot, de la place Bellecour jusqu'à la place des Terreaux, pour voir toutes les boutiques… Bien sûr que je suis dans le cliché, mais ça marche assez bien malgré tout !

Ce qu'il faut, c'est avoir des pensées positives sur des trucs sympa et plutôt agréables, et ne pas faire toutes ces erreurs de rythme que l'on voit souvent.

Horizontalement : il vous tape sur le système (en cinq lettres)

Dernier point, qui est rarement abordé par les médecins, c'est le bruit. Vous savez que le bruit nocturne ne pose aucun problème s'il est continu : dormir à côté d'une cascade, d'un torrent ou de la mer ? Pas de problème. En revanche, s'il est discontinu (à côté d'un aéroport, dans un immeuble bruyant…), c'est un problème.

On avait fait des études où on montrait que le simple fait de dormir dans un immeuble bruyant faisait élever la tension artérielle de tout un immeuble de 1 ou 2 point(s) par rapport aux immeubles calmes. Pourquoi ? Parce que si on s'habitue parfois aux bruits de manière consciente (il y a du bruit, mais ça ne me gêne pas pour dormir), on sait que d'un point de vue cardiovasculaire, il n'y a jamais d'habituation. Des années plus tard, à chaque bruit nocturne, vous avez un pic de tachycardie et d'hypertension, suivi d'un pic de bradycardie, d'hypotension, avec, au bout du compte, une élévation de la tension artérielle. Si on dort malgré tout, cela a un coût métabolique. Donc, je ne suis pas en train de vous dire qu'on va traiter l'hypertension artérielle avec des boules Quies, mais on peut quand même gagner 1 ou 2 point(s) juste avec cela, et en matière de sommeil, c'est très important qu'il y ait une bonne isolation thermique et sonore.

Je crois qu'on a fait le tour de tout ce qui pouvait perturber le sommeil et de tout ce que vous pourriez faire pour l'éviter ; et, je vous en conjure, si vous prenez des médicaments, le moins possible et le moins longtemps possible !

Prévention et maladies neurologiques

Dr Bernard Croisile, neurologue

Mesdames et Messieurs bonjour. Je suis très heureux de participer à cette réunion à l'occasion des 50 ans de la MTRL, avec laquelle je collabore depuis 18 ans grâce au président Romain Migliorini, qui m'invite souvent à faire des conférences sur la mémoire ou la maladie d'Alzheimer.

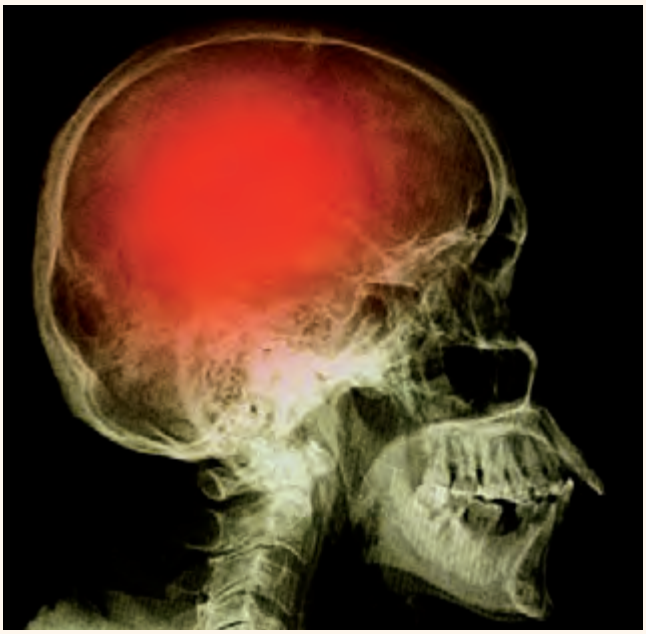
Aujourd'hui, je vais bien sûr vous parler un petit peu des démences et de la maladie d'Alzheimer, mais aussi de la prévention dans le cadre des maladies neurologiques.

J'aimerais tout d'abord insister sur trois points. Que demande-t-on à la médecine en général, et à la neurologie en particulier ? Trois choses.

Premièrement, de guérir des maladies. Mais, dans certains cas, ce n'est pas possible. Donc on va demander à la médecine d'agir contre les symptômes de ces maladies. Cela ne marche pas non plus. La troisième option qui reste, c'est celle de la prévention. C'est ce que l'on va voir aujourd'hui.

Premièrement, guérir des maladies, cela veut dire que l'on va essayer de supprimer un processus qui est déjà installé. En neurologie, par exemple, s'il y a une tumeur cérébrale, le neurochirurgien va opérer la personne et enlever la tumeur. Et puis on va compléter par une chimiothérapie ou une radiothérapie.

Maintenant, regardons l'épilepsie. Normalement, on ne guérit jamais d'une épilepsie. Mais il y a quand même quelques centaines de patients en France qui vont pouvoir bénéficier, là aussi, d'une opération neurochirurgicale où l'on va enlever un foyer épileptogène, et la personne sera guérie de son épilepsie : elle ne prendra peut-être plus jamais de traitement de sa vie…



© Tewan Banditrukkanka / Shutterstock

Par contre, il y a des maladies que l'on ne sait pas encore guérir. Ce sont, par exemple, les accidents vasculaires cérébraux : quand vous avez fait un AVC, on ne pourra pas vous en guérir. Quand vous avez une maladie neurodégénérative, telle qu'une maladie de Parkinson ou d'Alzheimer, on ne pourra jamais en guérir… en tout cas pour l'instant.

Alors que fait-on ? On va essayer d'empêcher ou de réduire les symptômes de ce processus. Ce processus existe, et on va agir contre les symptômes, mais on ne va pas guérir la maladie. C'est ce qu'il se passe le plus souvent dans l'épilepsie : on donne à la personne un traitement antiépileptique, qui l'empêche de faire des crises, mais la maladie existe. La preuve : on est obligé de prendre un traitement à vie. C'est pareil pour la migraine. Moi je suis migraineux, alors je prends un traitement, mais je ne serai jamais guéri de ma maladie : je fais des migraines depuis l'âge de 23 ans et je continuerai à en faire.

Si on regarde la maladie de Parkinson, il y a des traitements qui vont, bien sûr, apporter un soulagement au niveau de la motricité de ces personnes, bien que le Parkinson continue à évoluer. Si on regarde la maladie d'Alzheimer, c'est la même chose : on n'a pas de traitements qui guérissent la maladie d'Alzheimer. On a des traitements qui ont été beaucoup décriés – souvent par des gens pas très compétents –, mais qui apportent bel et bien quelque chose. Sauf que ça ne guérit pas. Et qu'est-ce que cela apporte ? Par exemple, ça permet de supprimer 76 % des hallucinations chez des patients Alzheimer qui en souffrent, ou encore de retarder de deux à trois ans l'entrée en institution. Bien sûr, la personne n'est pas guérie, mais on lui apporte du confort en modifiant certains des symptômes.

D'abord, éviter les facteurs de risque

Comme on se rend compte que, dans le domaine de la neurologie, on est encore dans l'attente de progrès majeurs, on se penche à présent sur la prévention. Or la prévention des maladies, c'est le cœur du combat de la MTRL, mais aussi le cœur du combat de beaucoup de médecins aujourd'hui. Le but étant d'agir contre des facteurs de risque, ce qui permet d'éviter l'installation de ce fameux processus : puisque je ne peux pas guérir ce processus, essayons d'empêcher l'apparition de ce même processus.

Alors qu'est-ce qu'on peut proposer ? On peut proposer de protéger les vaisseaux, de protéger les neurones, on peut même proposer de multiplier les connexions entre les neurones… ou même de créer de nouveaux neurones, ce qui est une révolution ! On a découvert cela en 1994.

Si vous créez de nouvelles connexions et de nouveaux neurones, vous créez une espèce de matelas qui protège votre cerveau de certaines agressions.

Il existe toutefois dans la prévention une énorme ambiguïté : il n'y a pas d'héroïsme dans la prévention. Si vous êtes malade, que votre médecin vous prescrit un traitement et que vous guérissez, ce médecin sera votre héros. Mais si ce médecin vous donne un conseil de façon à ne pas développer telle ou telle maladie, comme vous ne ferez pas cette maladie, vous n'aurez jamais l'assurance que ce conseil a été efficace. Et si, comme cela arrive parfois, vous développez cette maladie en dépit d'avoir suivi ce conseil, vous allez pouvoir dire que ce médecin est un idiot. C'est là que réside l'ambiguïté de ce que l'on appelle la prévention. Et l'ambiguïté d'un facteur de risque.

On sait que la plupart des maladies résultent de la combinaison de facteurs personnels, souvent génétiques mais pas seulement, et de facteurs environnementaux. Ces facteurs génétiques et environnementaux vont prédisposer à la survenue de telle ou telle maladie. Ce qui fait qu'un facteur de risque, c'est un élément qui est lié au patient ou à son environnement, et cet élément favorise la survenue d'une maladie, sans en être toutefois directement responsable.

Il y a donc un lien entre ce facteur de risque et la survenue de la maladie, mais pas une responsabilité. Ce qui fait qu'il y a trois conclusions : premièrement, on peut avoir ce facteur de risque et développer la maladie ; on peut avoir ce facteur de risque et ne pas développer la maladie ; et puis on peut ne pas avoir de facteur de risque, mais développer tout de même la maladie.

C'est ce qui se passe avec la cigarette : on fume, on peut déclencher un cancer du poumon ; on fume et on peut ne pas déclencher de cancer du poumon ; et puis on peut avoir un cancer du poumon sans fumer. C'est cette ambiguïté qu'il faut bien comprendre.

Autre élément important, ce sont les facteurs nouveaux de notre environnement. Je vais vous donner quelques exemples. Sujet d'actualité qui inquiète beaucoup : est-ce que l'utilisation d'un téléphone portable constitue un risque pour ma santé ? Cela a été très débattu pour ce qui est des tumeurs cérébrales, mais on a l'impression d'être arrivé à une conclusion de responsabilité grâce à un travail réalisé en 2014. Effectivement, si, pendant cinq ans, vous avez une demi-heure par jour votre téléphone à l'oreille – en dose cumulée, ça fait 900 heures –, vous allez multiplier par trois votre risque de développer certaines tumeurs cérébrales, telles que les glioblastomes ou les méningiomes. Mais attention, ces tumeurs cérébrales existaient avant l'arrivée du téléphone portable ! Les téléphones ne vont pas créer ces tumeurs, ils vont favoriser cette survenue et augmenter le risque.

Autre élément bien connu maintenant, c'est celui de la maladie de Parkinson par rapport aux pesticides et aux herbicides. C'est même devenu depuis quelques années une maladie professionnelle chez les agriculteurs et chez

© Lightspring / Shutterstock

les viticulteurs. On sait que si vous utilisez de manière professionnelle des pesticides ou des herbicides, vous augmentez de 62 % le risque de développer une maladie de Parkinson. Mais attention, l'environnement n'explique pas tout, puisque c'est en 1817 que sir James Parkinson a décrit la maladie qui porte son nom. Donc la maladie de Parkinson est apparue bien avant l'apparition des pesticides ou des herbicides… Cependant, si vous les employez, vous augmentez votre risque.

La cause principale : le risque vasculaire

Si l'on regarde à présent les facteurs de risque vasculaire, on trouve l'hypertension, le diabète, les troubles lipidiques, le tabagisme, l'obésité… Leur part respective est bien sûr discutée, mais on sait quand même que cela augmente un certain nombre de maladies.

Le point important, c'est que ces facteurs de risque sont tout de même d'accès assez facile : vous pouvez modifier votre alimentation, arrêter de fumer, essayer de contrôler votre diabète…

Les conséquences neurologiques de ces facteurs de risque vasculaire sont très importantes. On peut développer des accidents vasculaires cérébraux, c'est-à-dire des hémorragies cérébrales si l'hypertension artérielle est trop haute, ou encore des infarctus cérébraux… Mais on sait – et ça va peut-être vous surprendre – que ces AVC sont en diminution. Au début du XXe siècle, on s'est rendu compte qu'il y avait moins d'AVC, et pourquoi ? Tout simplement parce qu'avec la stérilisation on avait supprimé la saumure. Cela, c'est un travail épidémiologique qui date, je crois, des années 1903-1905. On s'était rendu compte déjà qu'il y avait moins d'AVC en supprimant la saumure…

Or on sait qu'actuellement – moi, j'ai commencé ma neurologie en 1984 – il y a beaucoup moins d'hémorragies cérébrales, tout simplement parce que l'on réduit la pression artérielle dans une bonne partie de la population lorsqu'elle a de l'hypertension artérielle sévère.

On sait aussi que le diabète entraîne des polynévrites : vous pouvez avoir une atteinte des nerfs des jambes uniquement à cause du diabète. Et puis, on sait que si vous multipliez les accidents vasculaires cérébraux, vous

pouvez faire ce que l'on appelle une "démence vasculaire". C'est moins connu que la maladie d'Alzheimer, mais c'est tout de même assez fréquent.

Alors, quand on parle de facteurs de risque, on vous parle de corrélation, de lien entre un facteur causal et une maladie. Mais il faut faire attention. Lorsqu'on écoute les médias, on vous parle de travaux scientifiques sans pour autant expliquer ce qu'on y trouve. Pourquoi faut-il se méfier des corrélations ? Il y a des travaux très sérieux qui ont montré qu'il y avait une association entre le fait de posséder un briquet et le fait de développer un cancer du poumon. Il y a une corrélation qui est très forte entre les deux. Bien sûr, vous allez rire, parce que vous savez parfaitement qu'il y a ce que l'on appelle un facteur de confusion. Evidemment que le briquet ne crée pas le cancer du poumon, même s'il y a un lien entre les deux ! Parce que le facteur de confusion entre le briquet et le cancer du poumon, c'est bien sûr la cigarette. Donc, lorsqu'on vous dit qu'il y a une corrélation, ça ne signifie pas forcément qu'il y ait une cause. Il y a un lien, une association, mais pas forcément de cause à effet. Comme le disent les Anglais, *correllation doesn't imply causation*.

Je vais prendre un autre exemple, parce que cela a pas mal défrayé la chronique : on a beaucoup entendu dire, ces derniers temps, que les psychotropes étaient associés aux risques de démence. Mais ça ne veut pas dire que ça crée une démence ou une maladie d'Alzheimer. Là aussi, il existe un facteur de confusion. Et ce facteur qui existe entre les psychotropes et la démence, c'est l'anxiété et la dépression. Beaucoup d'études ont montré – qui malheureusement oublient de le signaler – que sept ans avant de développer cliniquement une maladie d'Alzheimer, s'installent chez beaucoup de patients de la dépression et de l'anxiété, souvent parce qu'ils sont conscients que leur cognition et leur mémoire sont en train de changer. Comme ils vont développer une dépression du fait de ces sentiments, ils vont bien sûr avoir un traitement adapté contre la dépression. Et quand la maladie d'Alzheimer arrive, on va faussement penser que c'est l'anxiolytique ou l'antidépresseur qui a créé la maladie. Alors qu'en fait l'anxiolytique, ici, est simplement l'équivalent du briquet par rapport au cancer du poumon.

900 000 personnes atteintes de démence en France

On dit beaucoup de choses sur la maladie d'Alzheimer… Est-ce qu'il faut la craindre ? Bien sûr que oui ! Pourquoi ? Parce qu'il y a des chiffres colossaux. En France, vous avez 900 000 personnes ayant une démence, c'est-à-dire une perte d'autonomie pour des raisons cognitives (intellectuelles et comportementales). C'est cela la démence : ça ne veut pas dire la folie ! C'est une perte d'autonomie pour des raisons cognitives (mémoire, langage, raisonnement) et comportementales (anxiété, dépression, agressivité, hallucinations…).

Sur ces 900 000 personnes, 700 000 ont une maladie d'Alzheimer, en sachant que 96 % de ces personnes ont plus de 65 ans. Ce qui veut dire que cette maladie est en grande partie liée à l'âge.

En effet, les deux grands facteurs de risque liés à la maladie d'Alzheimer, c'est l'avancée en âge et le genre.

© Iekcej / Shutterstock

Plus vous avancez en âge, plus vous augmentez votre risque de développer cette maladie. L'autre facteur de risque, c'est le genre : à partir d'un certain âge, le risque pour les femmes de développer la maladie d'Alzheimer est plus important que chez les hommes. Les hommes ne sont pas épargnés pour autant, bien sûr, mais le risque féminin est plus important.

On est donc confrontés à deux facteurs de risque que l'on ne peut pas contrôler, puisqu'à moins de vous suicider à 40 ans vous allez vieillir. Donc vous augmentez le risque de développer certaines maladies, comme la DMLA, l'ostéoporose, la maladie d'Alzheimer…

Vous avez donc deux facteurs de risque contre lesquels vous ne pouvez rien faire. Mais il faut les connaître, les comprendre… Alors qu'est-ce que l'on peut faire ? On va se tourner vers la génétique, puisque beaucoup de gens s'inquiètent de savoir si la maladie d'Alzheimer est héréditaire. La réponse, c'est qu'elle est très petitement héréditaire. Si l'on regarde les chiffres français, qui sont un peu plus faibles que les chiffres américains – ce qui est normal, puisque les Etats-Unis, c'est un pays d'immigrés qui, souvent, ont importé des mutations génétiques –, il existe des formes héréditaires de la maladie d'Alzheimer. C'est-à-dire qu'il y a trois chromosomes qui comportent chacun un gène qui, s'il est l'objet d'une mutation, entraînera obligatoirement dans cette famille une maladie d'Alzheimer héréditaire chez 50 % de ses membres, avec un déclenchement aux alentours de 40 ou 50 ans.

Il existe donc des formes héréditaires, c'est vrai. Mais en France, sur les 700 000 cas de patients Alzheimer dont je vous ai parlé, l'hérédité ne représente que 1 000 cas. C'est 0,14 %, et ce sont des situations où la moitié de la famille fait une maladie qui débute entre 40 et 50 ans. Donc l'hérédité de la maladie l'Alzheimer est très modeste.

Après, on se pose la question d'un éventuel gène de susceptibilité. Cela devient un peu compliqué, aussi je ne vais pas m'appesantir là-dessus, mais si vous êtes porteur d'une certaine configuration de l'apolipoprotéine E (ApoE), que l'on appelle allèle E4, vous pouvez multiplier

de 3 à 15 fois votre risque de développer la maladie d'Alzheimer. Là non plus, vous ne pouvez pas l'empêcher ! Si vous avez cet allèle, vous avez malheureusement un risque accru de développer cette maladie.

Une autre façon d'aborder l'hérédité, ce sont les jumeaux. Si l'on observe de vrais jumeaux, on s'aperçoit que si l'un d'entre eux a une maladie d'Alzheimer, l'autre jumeau a 70 % de risques de développer également cette maladie – ce qui est important, mais ce n'est pas 100 % ! Quant aux faux jumeaux, le risque descend à 35 % ; là encore, c'est important, mais deux fois moins que chez les vrais jumeaux.

Ce qui veut dire qu'il y a, à coup sûr, des éléments génétiques vraisemblables, mais aussi des éléments autres, à savoir votre environnement, ce que vous décidez de faire de votre vie…

L'accumulation de lésions cérébrales provoque cliniquement une démence

La maladie d'Alzheimer résulte de lésions cérébrales. Je n'ai pas le temps de vous expliquer tout cela, mais il y a deux protéines anormales : une entre les neurones et l'autre au sein des neurones ; et la présence de ces anomalies entraîne une perte d'autonomie, donc une démence.

En fait, vous avez un curseur qui fait que, à partir d'une certaine accumulation de lésions dans le cerveau, vous développez cliniquement cette maladie d'Alzheimer. En sachant que les lésions sont apparues quinze ans avant ! C'est pour cela que, lorsque j'entends dire que les somnifères créent un Alzheimer en trois mois, je peux vous certifier que ce n'est pas possible.

Il faut à peu près quinze ans d'accumulation de lésions pour que soudain, cliniquement, vous ayez cette perte d'autonomie que l'on qualifie de démence. Après, tout dépend des facteurs de risque et des facteurs de protection. Or vous allez voir que c'est un peu la même chose puisque, lorsqu'un facteur de risque se regarde dans un miroir, il s'inverse en un facteur de protection.

Ce qui veut dire que si vous avez un certain nombre de facteurs de risque, vous allez avancer les symptômes. C'est-à-dire que votre curseur va être placé plus tôt. Vous allez anticiper de cinq, dix ou peut-être quinze ans la survenue d'une maladie d'Alzheimer, tout simplement parce que vous allez avoir, au choix, de l'hypertension, du diabète, des troubles lipidiques, du tabagisme, de l'obésité, de la sédentarité, une faible instruction ou un manque de stimulations cognitives.

A l'inverse, si vous avez des attitudes préventives, vous allez retarder l'apparition des symptômes, à savoir que votre curseur, au lieu d'apparaître à tel âge, va apparaître cinq ou dix ans plus tard.

Or ces quatre facteurs, que j'appelle "le carré d'as", c'est le régime crétois (ou méditerranéen), c'est la prévention de certains facteurs de risques vasculaires, c'est l'activité physique, et c'est la stimulation cognitive, c'est-à-dire faire travailler son cerveau de toutes les façons (jardiner, voyager, écouter la radio, regarder la télévision, faire des jeux sur ordinateur, jouer au Sudoku, au Scrabble…). Ce n'est pas seulement faire une chose, c'est être dans la richesse et la variété. C'est cela qui est important.

Un certain nombre de travaux ont permis de comprendre que sept facteurs de risque permettaient d'expliquer la survenue d'une maladie d'Alzheimer dans environ 50 % des cas : le faible niveau d'instruction, le tabagisme, l'inactivité physique, la dépression, l'hypertension artérielle, le diabète et l'obésité.

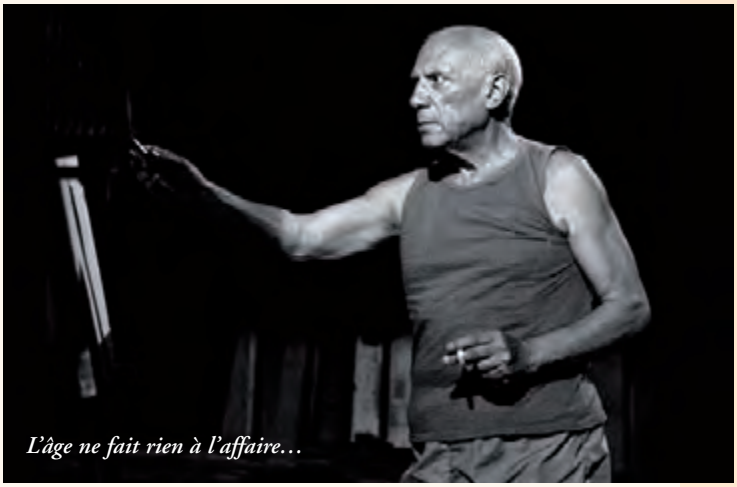
Ces sept facteurs expliquent une partie de la survenue de la maladie d'Alzheimer. Ce qui fait que l'on peut envisager à présent une prévention de celle-ci. Si, en 1987, on m'avait dit qu'il existerait, un jour, une possibilité de parler de la prévention de la maladie d'Alzheimer, j'aurais éclaté de rire… Et là je suis devant vous, en 2015, à vous montrer un élément de cette prévention.

Comme je vous l'ai dit, cette prévention n'empêchera pas la maladie, elle n'empêchera pas les lésions de se développer, mais elle permettra de retarder l'émergence clinique, c'est-à-dire les conséquences de ces lésions sur votre autonomie. Mon conseil, c'est ce que j'appelle le "carré d'as de la prévention". Je l'ai cité tout à l'heure, mais on va le reprendre.

C'est premièrement la protection des neurones et des vaisseaux. Car il est clair que si votre cerveau souffre déjà de la présence de ces fameuses protéines qui créent la maladie d'Alzheimer, et qu'en plus vos vaisseaux sont abîmés et que vos neurones souffrent de pathologies vasculaires, comment voulez-vous que votre cerveau se défende ? Il faut protéger ses neurones et ses vaisseaux grâce au régime méditerranéen, grâce au dépistage, au repérage, au traitement des facteurs de risque cardiovasculaire, grâce à une activité physique régulière qui permet de mieux oxygéner le cerveau…

Protéger les neurones et les vaisseaux, les cardiologues le disent depuis longtemps : du moins ils le disaient pour le cœur, pas forcément pour le cerveau. Mais on s'est rendu compte que ce qui est bon pour le cœur l'est aussi pour le cerveau.

A ce discours des cardiologues, on rajoute celui des neurologues et c'est celui de la stimulation des neurones. On peut créer, même à 95 ans, de nouvelles connexions



L'âge ne fait rien à l'affaire…

© Henri-Georges Clouzot, *Le mystère Picasso.*

cérébrales et de nouveaux neurones. On sait que chaque hippocampe peut créer, par jour, 700 nouveaux neurones. Or les hippocampes sont les régions qui nous permettent d'apprendre les informations nouvelles, et ce sont les régions où débute la maladie d'Alzheimer. Vous voyez donc que, chaque jour, vous pouvez créer deux fois 700 neurones hippocampiques !

Simplement, pour les créer, il faut stimuler votre cerveau. Il faut donc aboutir à ce style de vie cognitivement stimulant qui est finalement tout à fait accessible. Il suffit de se dire qu'on va avoir des activités intellectuelles riches et variées. Même voyager ou jardiner, c'est déjà du cognitif, c'est déjà intellectuel…

Et en plus, ça marche !

Johann Heinrich Füssli, *Le Cauchemar* (1781), Detroit Institute of Arts.

UNE FORTE AUGMENTATION À VENIR DU NOMBRE DE MALADES

On s'est rendu compte ces dernières années de l'explosion du nombre de maladie d'Alzheimer et des démences. On sait qu'entre aujourd'hui et 2050, on va multiplier par trois le nombre de démences dans le monde, c'est-à-dire qu'on va passer d'une quarantaine de millions à 140 millions. Et cette augmentation se fera en grande partie dans ce que l'on appelle les pays en voie de développement, les pays à faible ou moyen niveau de revenus.

On va voir croître le nombre de patients parce que la population vieillit, en même temps qu'elle augmente, mais on se rend compte que, dans certains pays occidentaux qui ont écouté ces conseils des cardiologues (Etats-Unis, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni…), on a une diminution du nombre de patients et, surtout, on a une diminution du risque. En Angleterre, on s'est aperçu qu'en vingt ans on avait réduit le risque de démence et de maladie d'Alzheimer de 24 %, un chiffre très très important.

En fait, il s'agit de recettes toutes simples, puisqu'en 1546, quand Lucas Cranach a peint ce tableau *La fontaine de Jouvence*, qui doit nous apporter la jeunesse éternelle, il disait tout !

Il y avait de l'exercice physique, il y avait des repas – comme ça se passe en Allemagne, je ne peux pas dire s'il s'agissait d'un repas méditerranéen, mais bon –, de la convivialité… Ce qui signifie qu'on vous donnait déjà les recettes il y a presque 500 ans !

Le problème, c'est qu'actuellement on voudrait que ce soit les médecins qui fassent des choses pour notre cerveau. Or, en fait, c'est plutôt à vous de chercher, en vous-même, ce qui est utile, pertinent et efficace pour votre cerveau.

Il est important de ne pas seulement attendre de la médecine des médicaments ou des pilules, il est important que vous modifiiez votre comportement et votre hygiène de vie. Pourquoi ? Parce que c'est pour vous ; ensuite parce que ce n'est guère coûteux : marcher, prendre les escaliers plutôt que l'ascenseur, faire attention à son alimentation, traiter certaines affections (on ne peut pas vivre toute sa vie avec une hypertension artérielle à 22) ou faire travailler son cerveau de manière ludique mais efficace…

Le message est simple : c'est à vous de choisir votre façon de bien vieillir.

La naturopathie, une approche globale de la santé

Mme Carole His, naturopathe

Je suis naturopathe. Je vais donc vous parler de naturopathie et surtout de l'intérêt d'aller voir un naturopathe, que l'on appelle aussi "éducateur de santé". Il faut d'abord savoir que la naturopathie est tout à fait reconnue, à la fois au niveau du Parlement européen et de l'Organisation mondiale de la santé. C'est quelque chose qui est fondé, avec un contenu bien précis.

Quel est le rôle du naturopathe ? A la base, un naturopathe est quelqu'un qui va vous aider à préserver votre santé. Lorsque l'on vient nous voir, on a généralement déjà des soucis de santé, parfois importants et chroniques… Dans ces cas-là, on va plutôt s'occuper de restaurer la vitalité globale de la personne. Et cela par des moyens naturels.

Ce qui est important, c'est de s'occuper du terrain. On est tous différents, on pourrait tous avoir des symptômes qui pourraient être communs (douleurs de ventre, migraines, insomnies…), mais l'idée, c'est d'aller voir la cause. Nous sommes très attachés à la démarche d'Hippocrate, qui disait : « Cherchez la cause de la cause de la cause. » C'est le travail du naturopathe : chercher, fouiller, pour comprendre d'où ça vient.

La naturopathie, c'est aussi une approche holistique, c'est-à-dire "globale". L'être humain n'est pas fait que d'organes séparés. Il est fait d'organes, mais aussi de différents systèmes qui communiquent les uns avec les autres (que ce soit le système hormonal, le système nerveux). Et puis il y a tout un aspect qu'on a tendance à oublier fréquemment quand on parle du physique, ce sont les émotions. Si on ne s'intéresse pas aux émotions et à ce qu'il se passe dans la vie de la personne qui vient nous voir, on risque de passer à côté de beaucoup d'informations…

Une écoute attentive est indispensable

Quel est le rôle du naturopathe ? Il va écouter. Et il va écouter un long moment. C'est vrai qu'en général un rendez-vous chez un naturopathe va durer entre 1 heure et 1 h 30, en tout cas pour le premier. Moi je prends du temps, parce que j'ai besoin de bien comprendre comment fonctionne la personne. D'autant plus qu'aujourd'hui ce n'est pas facile d'être écouté : le monde médical est surchargé et a peu de temps… Du coup, quand on va voir un naturopathe, on a le temps de se poser et de pouvoir s'exprimer, expliquer quels pourraient être ses maux – maux du corps, mais aussi parfois maux des pensées, voire des émotions.

L'écoute est donc très importante. Après, il y a l'information et l'éducation : c'est d'ailleurs pour cela que l'on s'appelle "éducateur de santé". Aujourd'hui, je rencontre beaucoup de personnes qui sont noyées par l'information. C'est vrai qu'on nous dit comment bien manger, on va sur internet et on y trouve un tas d'informations : il ne faut pas manger du poisson, parce qu'il y a des métaux lourds, mais en même temps il faut en manger, car c'est une source importante d'oméga-3, etc. Résultat, les gens sont un peu perdus. Ils se demandent au final ce qu'ils doivent choisir…

Je considère que le naturopathe doit être plein de bon sens. C'est revenir au bon sens pour aider les patients à intégrer ces informations basiques, et surtout à s'écouter. Parce qu'à force d'écouter les autres, les médias ou internet, on ne sait plus trop où on en est… On voudrait faire bien, et finalement on n'en est plus si sûr…

L'idée, c'est de se réapproprier son ressenti et ce qu'il se passe à l'intérieur de son corps. Et puis de responsabiliser. C'est clair que notre santé nous est propre, et nous sommes les propres maîtres de notre santé. Le naturopathe va pouvoir aider, conseiller, accompagner, mais ce n'est pas lui qui va faire. Son rôle, c'est donc de motiver, d'échanger avec la personne pour trouver les points clés, les éléments qui vont donner envie à la personne de passer à l'action. Parce que l'on sait très bien que la grande difficulté n'est pas tellement de savoir, puisqu'on sait pratiquement tout ce qu'il faut faire – de l'exercice physique, bien respirer, bien manger… – mais de le faire !

Or si on ne le fait pas, c'est peut-être parce que l'on a de bonnes raisons de ne pas le faire. L'idée donc, c'est d'aller travailler davantage sur ces aspects, qui peuvent

être des points de blocage, et d'aller lever ces points de blocage pour faire enfin les choses… La visite au naturopathe prend ici tout son sens. Son rôle, à ce moment-là, c'est d'accompagner.

Voici une photo de Laurel est Hardy, que j'adore parce que je trouve qu'elle correspond vraiment à notre métier. Pourquoi Laurel et Hardy ? On peut imaginer que ces deux personnes viennent me voir toutes les deux pour des problèmes digestifs. Bien sûr, on imagine qu'elles n'ont pas les mêmes raisons d'avoir ces troubles : le premier expliquera certainement ses troubles par son amour de la bonne chère, le second par son anxiété, qui pourrait tout à fait expliquer ses douleurs… C'est clair qu'on ne va pas les aborder de la même manière.

On pourrait aussi les imaginer venir me voir à cause de problèmes de sommeil. Là encore, les causes ne seraient probablement pas identiques : l'un devrait avoir des problèmes d'endormissement parce qu'il est agité en permanence, tandis que l'autre, avec son système digestif un peu trop surchargé, va avoir le foie qui lui cause des soucis et ça le réveille.

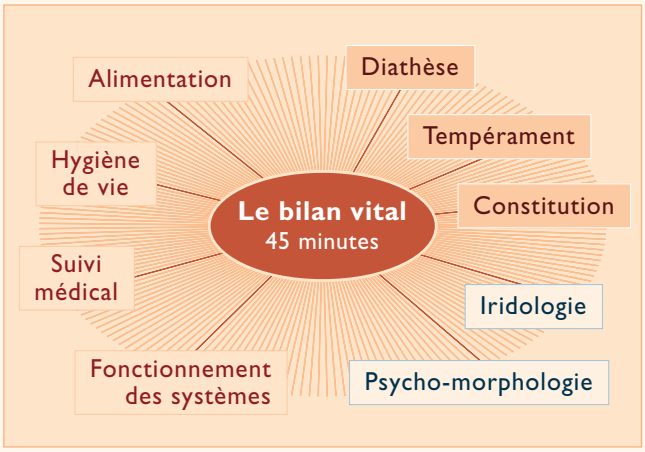
J'ai choisi cette photo parce que je trouve qu'elle explique bien quelle doit être l'approche du naturopathe quand on vient nous voir.

Quelles sont les raisons pour lesquelles on vient nous voir ? Des tas ! Cela peut être une fatigue, du stress, des problèmes d'insomnie… J'ai beaucoup de personnes qui viennent me voir pour des problèmes digestifs : ils ont réalisé toute une batterie de tests, type coloscopie, et on leur dit qu'ils ont un côlon irritable. Parfois dans le médical, on a du mal à leur proposer des solutions, puisque ces dernières sont plus d'ordre émotionnel et de stress. Je vais donc agir à ce niveau-là.

On voit également de plus en plus de femmes qui viennent nous voir pour des questions d'infertilité. Car malheureusement, il y a de plus en plus d'hommes et de femmes qui ont des soucis de cet ordre, et c'est vrai qu'en remettant toutes les choses dans leur contexte – le système gynécologique est en lien direct avec le système hormonal, et le système hormonal est en lien avec les émotions, mais aussi l'énergie, la vitalité (ai-je suffisamment de ressources en moi pour vouloir procréer ?) – la naturopathie peut présenter un grand intérêt.

Établir d'abord un bilan vital

Comment se déroule un rendez-vous ? Il y a une première partie qui s'appelle le "bilan vital", au cours de laquelle on questionne. Je passe un long moment à questionner la



personne sur son alimentation, sur son hygiène de vie (est-ce qu'elle fait de l'exercice, est-ce qu'elle dort bien, est-ce qu'elle prend le temps de se reposer…), sur son suivi médical (un naturopathe n'est absolument pas habilité ni formé pour faire des diagnostics ou des pronostics, alors je prends toute la liste des médicaments qui sont prescrits par les médecins) et sur les différents systèmes (nerveux, gynécologique, problèmes d'endormissement ou réveils nocturnes, problèmes d'anxiété, etc.).

Et puis j'utilise aussi l'iridologie, qui n'est absolument pas une boule de cristal ; mais c'est vrai que dans l'iris et dans la pupille se nichent des informations sur le terrain. Et ces informations vont venir compléter les informations que j'aurai recueillies durant l'entretien.

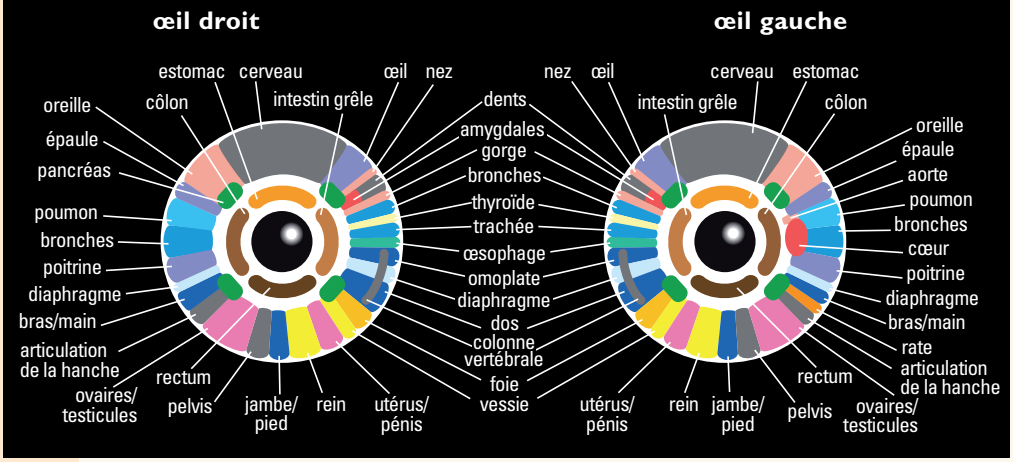
En tant que naturopathes, nous avons aussi des notions sur la constitution, le tempérament, la diathèse : les forces, les faiblesses avec lesquelles vous êtes né, et puis comment tout cela a évolué au cours du temps.

Tout ça fait partie du bilan vital. Une première étape qui sera ensuite suivie par des conseils.

Les conseils, bien sûr, vont être adaptés à chaque personne. Il s'agit vraiment d'une approche individuelle : ce n'est pas la peine de dire à quelqu'un de manger du poisson s'il déteste ça ! On va conseiller d'autres moyens de se procurer les oméga-3 et les protéines nécessaires.

L'iridologie

L'examen de l'iris au moyen d'un iridoscope apporte de nombreuses informations relatives à l'état et au fonctionnement de l'organisme dans son ensemble. Il permet d'affiner le bilan vital.



© Peter Hermes Furian / Shutterstock

Ensuite, il y a la respiration. C'est un élément déterminant. Un orateur parlait ce matin de problèmes digestifs et de stress : c'est clair que lorsqu'on regarde comment respirent les personnes, on se rend compte qu'il s'agit pour la plupart d'une respiration haute, qui n'est absolument pas ventrale ; or plus on aura une respiration haute, plus on aura de l'anxiété. Avec la respiration ventrale, le système digestif sera massé, au moins le diaphragme travaillera et permettra d'avoir une bonne digestion. Je vais donc, bien sûr, être amenée à donner des conseils de respiration s'il y a lieu.

L'exercice physique aussi, mais trouver une activité qui plaise et qui motive… Et puis, si tout n'est pas envisagé dès ce premier rendez-vous, ce sera pour plus tard car d'autres rendez-vous vont suivre.

Il y a également l'utilisation de l'eau, puisque la naturopathie est une approche naturelle. On va donc utiliser les bains chauds, les bains froids, les bains de pieds – pour détoxiner, rien ne vaut des bains de pieds chauds avec des huiles essentielles bien employées.

Ensuite, on a aussi des techniques du toucher, puisque le toucher fait partie de nos sens et de nos outils pour se soigner. Chaque naturopathe aura sa spécialité, moi j'utilise deux approches : tout d'abord le Chi Nei Tsang, qui est un massage issu de la médecine taoïste chinoise et qui s'opère au niveau du ventre. On va aller appuyer sur certains points, chercher les tensions, et ça va permettre à la fois d'agir au niveau du système digestif, mais aussi au niveau de l'intestin et du côlon, où des émotions connues – et

© kareinoppe / Shutterstock

parfois inconnues – sont susceptibles de s'exprimer. Le Chi Nei Tsang permet donc de réaliser un travail émotionnel, mais aussi de permettre aux organes de mieux fonctionner.

J'utilise la réflexologie plantaire, ainsi que les fleurs de Bach pour l'émotionnel. Ces dernières ne se substituent absolument pas à tout type de psychothérapie, mais les personnes qui viennent me voir ne sont pas forcément toutes enclines à aller faire une psychothérapie. Les fleurs de Bach vont être un premier pas pour parler de ses émotions, et pouvoir mieux les réguler, mieux les réharmoniser.

Bien sûr, il y a aussi les outils naturels que sont les biothérapies. J'utilise beaucoup les plantes, que ce soit la phytothérapie, l'aromathérapie ou la gemmothérapie (l'utilisation des bourgeons et des jeunes pousses), ainsi que les nutriments (vitamines, minéraux).

Durant ce rendez-vous, je ne manque pas non plus, s'il y a lieu, d'inviter la personne à aller voir un autre thérapeute en fonction de ce qui va ressortir du bilan : aller voir un ostéopathe, un psychothérapeute, aller découvrir le yoga ou le Qi Gong, aller voir un médecin, car cela fait longtemps que la personne n'a pas consulté un spécialiste…

Une approche vraiment globale mais une approche de bon sens

Ce que je souhaitais, pour terminer, c'était vous exposer un cas, très rapidement, pour étayer ce que je viens de vous dire. Il s'agit d'Elisabeth, qui a 60 ans, que j'avais vue deux fois en 2011 parce qu'elle avait des douleurs cervicales et qu'elle était aussi très fatiguée. A l'époque, j'avais beaucoup insisté sur son alimentation (la sienne était très acidifiante), la consommation de fruits, de légumes et même d'algues (ce qui peut inquiéter ou faire sourire, mais il faut aussi aller un peu plus loin). Je lui avais également donné des compléments alimentaires et je l'avais invitée à s'intéresser à l'anti-gymnastique, une approche qui va permettre d'agir sur des micro-muscles et sur les postures et, par là même, agir sur les douleurs articulaires…

Elle m'appelle en mars de cette année, me disant qu'après s'être renseignée elle pense faire une intolérance aux produits laitiers et au gluten : beaucoup de douleurs au niveau du ventre, beaucoup de ballonnements… Ce que je lui propose alors est tout simple : supprimer les produits laitiers, le gluten, et voir ce que ça fait. Encore une fois, quand on dit de prendre en charge sa santé, on est les premiers à savoir si un produit est bon pour nous ou pas. Elle me répond alors qu'elle aimerait bien faire valider ça par une analyse. Je lui dis qu'il existe des laboratoires spécialisés qui lui permettront de savoir avec exactitude si elle fait une intolérance à différents aliments. Je lui conseille d'en profiter pour savoir si elle n'a pas non plus des *Candida albicans* en excès, ces champignons qu'on a fréquemment dans l'intestin et qui peuvent aussi générer des maux de ventre, des ballonnements, être source de problèmes et de complications.

Elle fait faire son analyse, et le résultat montre qu'il y a bien des *Candida albicans* (pas en quantité énorme, mais juste un peu trop) et qu'elle fait une réaction aux produits laitiers de vache et de chèvre. Que fait-elle ? Elle arrête les produits laitiers de vache et de chèvre, et on prend rendez-vous.

Je la vois environ un mois après notre discussion téléphonique, et elle me dit que tout va nettement mieux depuis qu'elle a arrêté de prendre des produits laitiers. Plus de ballonnements, plus de maux de ventre, et une nette amélioration au niveau articulaire. Cerise sur le gâteau : 3 kg en moins ! Mais depuis quelques jours, contre toute attente, de nouveaux maux de ventre sont

La maison du docteur Edward Bach, à Sotwell, au sud d'Oxford.

Les fleurs de Bach

Il est souvent utile de faire appel aux fleurs de Bach, pour apaiser, équilibrer ou relancer le corps. Ces dernières ne se substituent pas à une psychothérapie. Au travers d'un questionnement et d'échanges sur les émotions du patient, je prépare, pour mieux les réguler, un élixir floral (mélange de plusieurs plantes) à partir du programme d'enseignement international des fleurs de Bach.

© nito / Shutterstock

survenus, en dépit de l'arrêt de la consommation des produits laitiers. Cela me semble curieux, alors je fouille, j'insiste : y a-t-il eu des événements, des choses particulières, une contrariété, un choc récent ? « Ce qui se passe, me répond-elle, c'est que je suis allée voir récemment le médecin pour des poussées de tension : je peux monter jusqu'à 15 et le médecin me dit de surveiller cela sérieusement. » J'insiste encore pour comprendre, jusqu'à ce qu'enfin elle lâche le morceau : « C'est ennuyeux, mon mari est à la retraite depuis peu de temps ! » Le mari en question était quelqu'un de très occupé, qui avait de grandes responsabilités, et comme il a un peu de mal à retrouver ses marques, il "flique" sa femme : « Qu'est-ce que tu fais ? », « Où vas-tu ? » Le pompon étant arrivé trois semaines auparavant, lorsqu'elle est partie faire le stage de chant qu'elle a l'habitude d'effectuer chaque année : un appel tous les jours !

S'adapter le mieux possible à des blocages insurmontables

Donc, on peut bien comprendre que ces maux de ventre et ces pointes de tension n'étaient pas liés à son alimentation mais bien à ce qu'elle vivait actuellement à la maison. Parfois, il y a l'alimentation, mais parfois… ça vient d'ailleurs.

Qu'a-t-on alors décidé de faire ensemble ? Le mari, on ne peut pas le faire disparaître ! On ne va pas non plus le changer… Ce qu'il nous reste à faire, c'est de nous adapter et faire en sorte de vivre les choses le plus sereinement possible. Je lui ai dit d'essayer et je lui ai donné ces fameuses fleurs de Bach pour pouvoir prendre du recul par rapport à cette nouvelle situation. Donc bien sûr qu'il y avait l'aspect alimentaire, mais elle avait aussi de la tension artérielle et de la tension musculaire (nuque tendue, trapèzes en béton). Je l'ai invitée à se faire des massages aux huiles essentielles (lavandin, géranium, parfaites pour la détente) et je lui ai fait une préparation de fleurs de Bach par rapport à ce qu'elle ressentait, par rapport à ses émotions.

En phytothérapie, je lui ai donné deux plantes spécifiques pour ses problèmes de tension et de maux de ventre : l'aubépine et la mélisse. Et, compte tenu du fait qu'elle avait ces fameux *Candida albicans*, je lui ai préconisé de prendre des huiles essentielles toutes prêtes, sous forme de capsules, et d'agir aussi avec un complément nutritionnel pour améliorer et réparer la muqueuse intestinale.

Vous voyez quel type d'approche on peut avoir en tant que naturopathe. Si vous souhaitez faire appel à un naturopathe, je vous invite à aller sur le site *www.naturopathe.net*, où vous aurez affaire à des professionnels sérieux et formés, et qui s'engagent à suivre une formation continue. Le site est affilié à l'Omnes, qui est l'association des naturopathes de France.

Thème 3

Se soigner autrement

Agir contre l'obstruction nasale : les clés d'un mieux-être respiratoire et vital
Dr Marianne Cayatte, ORL et allergologue

L'acupuncture : de la médecine traditionnelle chinoise aux pratiques modernes
Dr Béatrice Paquier, anesthésiste acupuncteur et hypnothérapeute

Homéopathie : préserver et utiliser son potentiel santé
Dr Christelle Charvet, gynécologue et homéopathe

Oxygénation et pathologies dégénératives
Dr Béatrice Mercier, biologiste

Ostéoporose : quelle prévention ? quels traitements ?
Dr Jean-Pierre Poinsignon, rhumatologue

Mésothérapie : une alternative comme traitement de la douleur
Dr Christiane Ricard-Meille, rhumatologue

Agir contre l'obstruction nasale : les clés d'un mieux-être respiratoire et vital

Dr Marianne Cayatte,
ORL et allergologue

Le nez est un organe noble et d'une importance capitale que, malheureusement, beaucoup de patients et de médecins négligent, du fait qu'il ne donne pas immédiatement les effets secondaires de son obstruction.

Qu'est-ce que l'obstruction nasale ? C'est tout simplement le nez bouché. En l'occurrence, l'examen est très facile à faire et le diagnostic immédiat : je mets le fibroscope dans le nez du patient, qui grâce à la caméra voit combien son nez est bouché. Le diagnostic est immédiat et permet de mettre rapidement en place le traitement.

Le problème, c'est lorsque le patient ne prend pas conscience qu'il a le nez bouché et que ça fait des années et des années qu'il respire par la bouche. Un jour, il vient et me dit qu'il a l'oreille bouchée, qu'il ronfle, qu'il dort mal, qu'il est fatigué, qu'il ne sent pas les odeurs et qu'il n'a pas de goût… A ce moment-là, l'examen ORL complet – dont la fibroscopie nasale – montre et délivre le diagnostic.

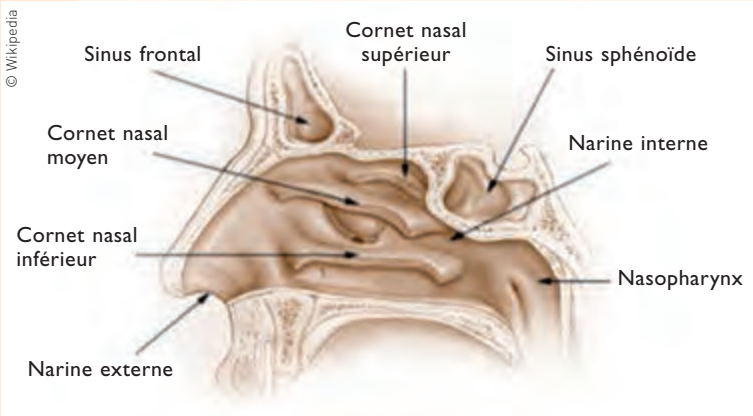
Les conséquences de l'obstruction nasale sont très simples. Dans un premier temps, c'est physiologique : si on ne peut pas respirer par le nez, on le fait par la bouche. Et lorsque l'on commence à respirer ainsi, l'air qui entre par la bouche n'est plus filtré, humidifié, réchauffé. Il va entrer directement dans les poumons, avec une pollution allergénique importante, avec des nanoparticules de diesel, avec des virus et des bactéries directement dans les bronches, ce qui constitue la deuxième conséquence de l'obstruction nasale.

La rhinite allergique, je lui réserve une place à part dans l'obstruction nasale. Aujourd'hui en effet, dans la consultation ORL et chez le généraliste, elle occupe le choix n° 1 pour expliquer le nez bouché. Les patients se plaignent d'éternuements, de démangeaisons du palais, du nez ou de la peau, du nez qui coule, de rhino-conjonctivites à répétition et, effectivement, lors de l'effort, de fatigabilité, de sifflements et de l'installation de l'asthme au long cours…

Quelques chiffres pour vous donner une idée de l'importance de l'obstruction nasale. D'abord, il s'agit de la première maladie chronique au monde. Dans votre entourage, vous avez une personne sur deux qui a le nez bouché ! Soit elle en est consciente, et elle ira consulter, soit elle n'en est pas consciente et elle va hériter de tous les effets secondaires du nez bouché. Selon l'OMS, plus de la moitié de la population mondiale en sera atteinte d'ici quelques années. 70 à 80 % des asthmatiques ont une rhinite allergique…

Il est très important de comprendre que le nez est la racine de l'arbre bronchique. On ne pourra jamais soigner une pathologie bronchique si on ne vient pas à la source de la muqueuse bronchique, qui est la muqueuse nasale. Cela fait partie du concept "nez-bronches" ; aujourd'hui, tous les pneumologues et spécialistes des voies respiratoires l'admettent : la muqueuse bronchique prend naissance au niveau du nez et, à partir du nez, elle va être en bon état ou inflammatoire et congestive.

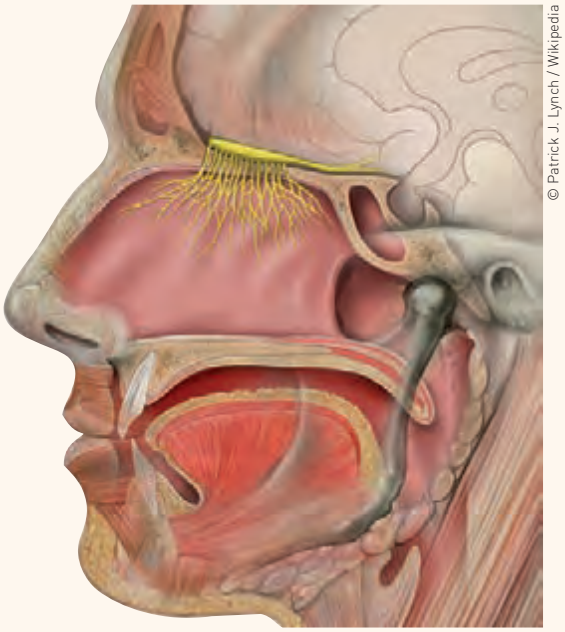
20 à 40 % des patients qui ont une rhinite allergique développent un asthme. En fait, la respiration buccale, c'est le mal du siècle. Aujourd'hui, nous vivons des pollutions intérieures et extérieures très importantes : sans s'en rendre compte, on respire par la bouche des éléments pathogènes pour la muqueuse bronchique qui, je le rappelle, est extrêmement vulnérable, puisqu'elle n'est faite, à l'origine, que pour les échanges gazeux ; elle n'est pas là pour recevoir de l'air qui n'a pas été filtré. Donc, lorsque les particules se déposent sur la muqueuse bronchique (pollens, acariens, moisissures, diesel), il se forme des trous dans cette muqueuse qui sont à l'origine de pathologies bronchiques beaucoup plus sévères.



© Wikipedia

Notre "filtre à particules"

Le rôle du nez, vous le connaissez tous : il va filtrer, réchauffer, humidifier l'air qui entre dans nos bronches. La première chose que je dis à mes patients, c'est qu'ils peuvent faire un test très simple pour savoir s'ils ont le nez bouché ou non. Ils n'ont qu'à fermer la bouche, ils ferment une narine et ils inspirent fort pendant quelques minutes pour voir s'il y a une résistance active ou non au passage de l'air. Si l'air a du mal à passer, cela veut dire que le nez est bouché et qu'on est obligé, pour compenser, d'inspirer par la bouche.


© Patrick J. Lynch / Wikipedia

Représentation (en jaune) du bulbe et des nerfs olfactifs.

Outre son rôle de filtre, de l'humidification et du réchauffement de l'air, le nez est également l'organe de l'odorat. Les papilles gustatives de la langue ne nous donnent que les cinq saveurs de base, parmi lesquelles le salé, le sucré, l'acide et l'amer ; c'est au rhino-pharynx que les molécules odorantes vont monter et nous donner la subtilité gustative dont on ne peut pas se passer, comme le plaisir de déguster un repas. Or vous avez tous dû constater qu'avec le nez bouché vous ne pouvez pas savourer un bon plat.

De par sa position anatomique centrale, le nez est le chef d'orchestre de tous les organes nobles que l'on possède au niveau de la sphère ORL : les sinus frontaux, sphénoïdaux, maxillaires, les trompes d'Eustache pour communiquer avec les oreilles, la muqueuse conjonctivale, le pharynx, le larynx, l'hypopharynx et, bien sûr, la muqueuse bronchique. De par cette position stratégique au milieu de la face, il est celui qui dirige et qui donne la vie, soit tout simplement l'oxygène.

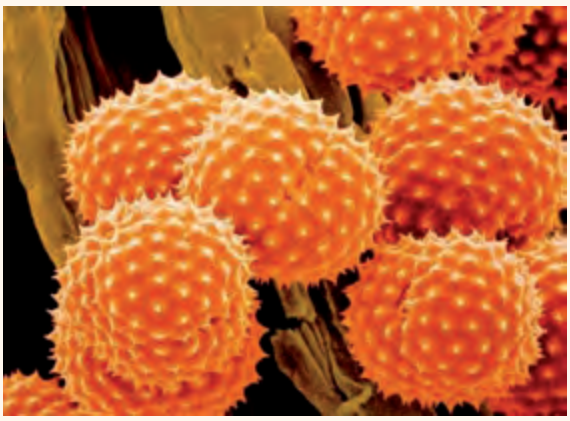
A partir du moment où le nez se bouche, vous ne pouvez plus avoir cette facilité de distribution d'oxygène, donc de la vie, à tous ces organes nobles. C'est pour cela que les patients qui ont le nez bouché vont assez rapidement souffrir d'oreilles bouchées, d'otites séromuqueuses à répétition, de bouchons de cérumen à répétition, de maux de tête impliquant une congestion rhinosinusienne… Ils vont avoir des problèmes de voix, une toux due à l'inhalation de l'air non filtré qu'ils vont essayer d'extérioriser…

Quels sont les différents allergènes en cause du nez bouché ? Je prends l'obstruction nasale allergique, puisque c'est ce que l'on voit majoritairement en consultation. Les pollens, les acariens, les animaux domestiques, les moisissures, l'alternaria…

Ce que je constate, c'est qu'il y a une forte augmentation d'adoption d'animaux que les gens font dormir avec eux dans leur lit : lézards, rats, pythons, le chat, le chien… Il faut savoir que, si les animaux ont une fourrure, ce n'est pas par hasard, si les lézards sont faits pour courir à l'air libre, ce n'est pas non plus par hasard. J'explique alors aux patients que la pièce où l'on dort est un endroit sacré. C'est un endroit qui doit être ventilé, propre, chauffé à pas plus de 19 °C – les acariens, bien entendu, se développent par l'humidité et la chaleur, souvent trop forte. La litière du chat ne doit pas se trouver dans la maison. Evitez si possible de dormir avec vos animaux, puisque c'est une quasi-certitude que l'on va avoir le nez bouché toute la nuit.

Dans le monde de l'infiniment petit, je voudrais juste vous montrer la structure extérieure des pollens, avec ces petites pointes qui vont leur permettre de s'accrocher à la muqueuse nasale : il y a le pollen de plantain, qui est très allergisant et qui induit une forte obstruction nasale, le pollen d'armoise, les graminées, qui donnent le rhume des foins… Voici, par exemple, un amas de pollens agrippés sur la muqueuse nasale par ces petites pointes.

Je vais vous expliquer maintenant quelque chose de fondamental : l'obstruction nasale, quelle qu'elle soit, est principalement due à la pathologie de la muqueuse nasale. Ce n'est pas la cloison nasale qui est en cause. La grande majorité des nez bouchés, c'est parce que la muqueuse agressée a gonflé et a fait un œdème, parce qu'un agent inflammatoire s'est fixé dessus et n'en part plus. A partir du moment où le pollen s'agrippe à la muqueuse et y demeure, se produit une réaction immunitaire immédiate avec fabrication d'anticorps par les plasmocytes directement dirigés contre cet allergène installé. Et tant qu'on ne vient pas débarrasser la muqueuse de cette cause initiale



Pollen d'ambroisie.

d'œdème nasal, vous pouvez rester allergique toute votre vie, même si vous faites une désensibilisation, même si vous prenez des antihistaminiques…

Un lavage nasal régulier est indispensable

Le principe est le suivant : notre système immunitaire ne fonctionne que de façon primaire. Il a un agent causal qui l'irrite au plus haut point et dont il n'arrive pas à se débarrasser ; il va donc fabriquer des anticorps qui vont venir attaquer l'endroit où se trouve l'allergène, et tant qu'on ne pratique pas de lavage nasal pour chasser l'intrus, vous pouvez garder cette obstruction nasale toute votre vie. Vous allez l'atténuer avec des gouttes nasales et des antihistaminiques, mais vous ne pourrez pas retrouver un nez intègre.

Voici une image classique de nez bouché réalisée par fibroscopie. Il s'agit là d'un schéma très classique : 9 patients sur 10 qui viennent me voir ont ce type de configuration. Voici un nez bouché avec une respiration buccale. En fait, le nez c'est un tuyau qui doit rester complètement ouvert pour le passage de l'air. Ici, vous voyez une muqueuse totalement œdématiée et conjonctive : elle est pleine de pollens, pleine d'allergènes, et c'est pour cela qu'on n'arrive plus à respirer par le nez.

Comme parade, je fais pratiquer au patient un lavage de nez, que je vais vous montrer tout à l'heure : en moins de 8 jours, il y a une récupération totale de la respiration nasale. Ce qui est vraiment d'une importance capitale : avec un lavage du nez régulier, vous pouvez, en moins d'un an ou d'un an et demi, guérir d'une allergie importante avec de l'urticaire, de l'asthme et tous les signes qui vont avec.

L'autre cause majeure d'obstruction nasale, c'est le reflux gastro-œsophagien, pour lequel je vais ouvrir une petite parenthèse. Je vais parler de la consommation excessive des produits laitiers, en tout cas en ce qui concerne ma propre expérience. L'examen d'un oropharynx qui montre une langue chargée, blanche, crémeuse, des amygdales avec des cryptes caséeuses, ou encore une luette gonflée au-delà de son volume, c'est toujours la conséquence d'un reflux gastrique aux produits laitiers.

Moi j'irai encore plus loin en tant que médecin ORL, pour dire avec une totale certitude que ce n'est plus une question d'intolérance au lait de vache, mais que c'est devenu une réaction d'hypersensibilité retardée à la protéine de lait de vache. Parce que systématiquement, lorsque je pratique un test cutané sur mes patients pour déterminer les allergies, je teste une goutte de lait sur le bras, et à la fin du test j'ai toujours une papule cutanée qui montre, qui atteste, qui valide qu'il y a une fabrication d'anticorps par notre organisme concernant le produit laitier. Ce qui fait que, quand je demande au patient d'arrêter les laitages pendant trois mois – une période assez courte quand même –, déjà à l'examen ORL un mois après, les amygdales du patient ont dégonflé, il n'a plus de cryptes caséeuses, l'haleine est redevenue normale, la luette a dégonflé, les apnées du sommeil ont diminué, le sommeil s'est normalisé et il n'y a plus d'angines et de pharyngites à répétition. Parce qu'il faut savoir que la langue chargée avec une couche de lait fermenté, présente depuis des mois voire des années, c'est un formidable milieu de culture dans lequel tous les germes entrants se développent avec enthousiasme.

La rhinite vasomotrice fait également partie de l'obstruction nasale classique. Ce sont les mêmes signes que la rhinite allergique, sauf que les tests cutanés sont négatifs. La plupart du temps, ce sont des patients qui ont une rhinite qui réagit de façon importante aux produits comme les parfums, mais aussi au vent, au froid, à la pollution, au tabac… Il suffit alors de leur mettre en place un lavage de nez avec un produit spécifique.

Le tabac, je ne vais pas en parler : tout le monde en connaît les méfaits. Mais ce que je peux constater, c'est que tous les fumeurs ont le nez bouché. Ça, c'est une certitude.

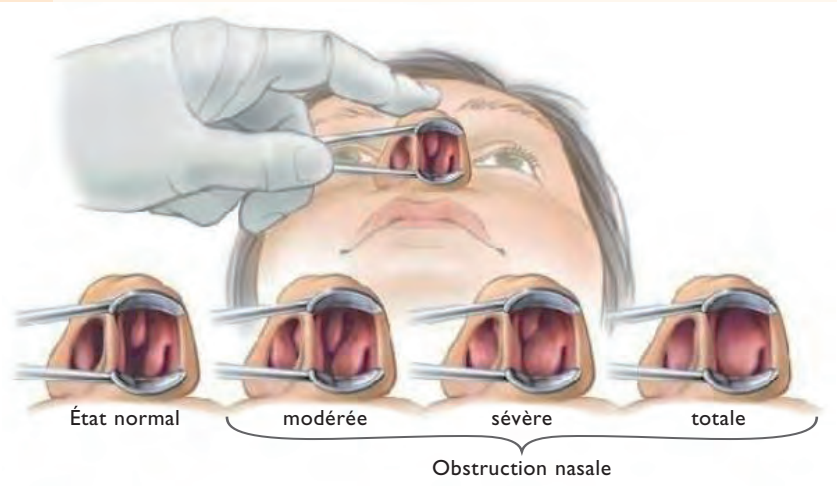
Les causes mécaniques de la rhinite sont essentiellement les petites tumeurs, le polype de Killian, les problèmes importants de déviation de la cloison… Ce sont des causes qui ont une solution chirurgicale et ce n'est pas ce que l'on voit le plus souvent en consultation.

On en arrive à la partie la plus intéressante de notre sujet, puisque je suis là pour partager avec vous cette expérience du nez bouché, pour démystifier cette affaire en quelque sorte, mais en même temps pour lui redonner sa place centrale, parce qu'il s'agit d'un organe fondamental : il faut savoir qu'il y a 20 000 litres d'air qui traversent chaque jour notre nez, et le fait de vivre dans une grande ville comme Lyon nous soumet obligatoirement à une pollution très importante. Outre l'action de filtrer, réchauffer et humidifier l'air, il faut savoir que la muqueuse nasale, très riche en immunoglobulines A, joue un rôle très important dans la défense immunitaire : très rapidement, elle va s'attaquer aux virus et aux bactéries qu'elle capte sur le tapis mucociliaire…

La fonction olfactive du nez

Voyons la fonction olfactive, j'en ai parlé un peu rapidement, mais c'est quand même le sens chimique le plus ancien et le plus primitif dans l'évolution des espèces. Des cinq sens, c'est aussi le plus paradoxal car, dominant dans le règne animal, il semble s'être marginalisé chez l'homme par rapport aux autres sens. Pourtant l'odorat est une fonction essentielle, à l'origine du plaisir que nous procure l'alimentation, et qui nous guide également dans nos comportements émotionnels et affectifs. Il a aussi cette fonction de nous protéger en étant le filtre le plus fabuleux de notre corps. Quant à ses capacités d'apprentissage, les sensations olfactives lui permettent d'ajouter sans cesse de nouvelles informations dans un contexte d'hédonisme, de souvenirs et de vie relationnelle.

Il faut savoir que l'olfaction n'est pas un sens "mis en valeur" comme les autres : les patients ont



© L'encyclopédie du Cognac

L'assemblage d'un alcool – comme d'un parfum – demande une qualité de "nez" très au-dessus de la moyenne.

tendance à s'affoler dès qu'ils ont un problème aux yeux ou au cœur… Pourtant, un patient sur deux pratiquement est porteur d'une obstruction nasale et n'a pas, de fait, un odorat très développé. Mais c'est quelque chose qu'il découvre très souvent sur le fauteuil de consultation en constatant : « C'est vrai, j'ai le nez bouché et je ne sens pas bien les odeurs ! » Et je suis étonnée de voir avec quelle facilité on peut passer sur ce sens-là, vu son importance.

Le traitement, c'est essentiel. Je vais démystifier les choses, parce que en tant qu'ORL et allergologue je me suis rendu compte qu'avec le traitement que j'ai mis en place, il n'y a pas besoin d'opérer un nez bouché. Parce qu'une muqueuse nasale hyper-réactive est allergique : si on la touche lors d'une opération chirurgicale, il y a un phénomène rebond et elle est encore plus congestive ! Donc, ça ne sert strictement à rien d'opérer un nez allergique. Il faudrait même faire signer un consentement éclairé au patient, car ce n'est pas cela qui va le soulager.

Il faut comprendre que le nez bouché, c'est comme tous les organes de notre corps : il devient inconcevable de ne pas se brosser les dents, de ne pas se laver les cheveux ou le corps… Le nez est pourtant un organe fondamental : c'est la porte d'entrée de la vie en nous, racine de l'arbre bronchique… Il travaille pour nous, il filtre des milliers de litres d'air par jour et il a besoin d'aide, car il ne peut pas filtrer tout seul tous ces allergènes qui s'accrochent à lui et qui le paralysent.

Hygiène pratique du nez

Première chose fondamentale donc : le lavage du nez. De manière très simple, c'est faire entrer une solution hypertonique ou soufrée dans le nez, de façon à faire faire des allers-retours avec le liquide, tout en s'appliquant à ne pas faire monter l'eau dans la trompe d'Eustache ; on décroche ainsi les allergènes qui sont agrippés à la muqueuse ; on prend son souffle avec la bouche et on fait un effet Karcher dans l'évier de façon à rejeter l'agent causal de l'obstruction nasale.

Une fois que le patient a visualisé à l'examen la réalité de son nez bouché, je lui fais les impédancemétries qui montrent qu'en fait cette obstruction nasale a bouché également les trompes d'Eustache – de ce fait, l'impédancemétrie montre souvent une courbe plate. Il visualise également son oropharynx avec un miroir et, là, je lui montre ses amygdales gonflées, sa luette gonflée… J'insiste aussi sur le reflux gastrique qui va considérablement rétrécir la filière pharyngée. Aussi, lorsque le nez est bouché, lorsque la filière pharyngée est rétrécie, en position de décubitus dorsal la nuit, on va automatiquement ronfler. La luette, étant énorme, va boucher encore plus le pharynx, l'apnée du sommeil est inéluctable, parce que la respiration pharyngée n'est pas une respiration physiologique, les résistances au passage de l'air sont très augmentées, et c'est quasi automatique : nez bouché, reflux gastrique, ronflements, apnée du sommeil… avec tous les inconvénients qui en découlent.

Aussi évident que cela puisse paraître dans la pathologie, vous allez vous amuser à faire le lavage de nez que je vais vous montrer, afin que vous vous rendiez compte que l'opération est d'une facilité déconcertante, et que vous allez retrouver une filière nasale complètement perméable, des trompes d'Eustache qui fonctionnent bien et la muqueuse linguale qui reprend sa couleur d'origine : rose. En effet, il ne faut jamais oublier que la santé, c'est cela : les organes nobles doivent retrouver leur aspect d'origine ! Une langue, ce n'est pas jaune, ni blanc, c'est rose. Les amygdales, c'est pareil. Quant à la luette, elle ne doit pas occuper tout l'espace pharyngé. Donc le lavage du nez, c'est l'étape fondamentale pour retrouver toute la ventilation de la sphère ORL.

© Ken Hurst / Shutterstock

Je préconise deux choses. Pour les rhinites qui sont un peu infectées et anciennes, le lavage à l'eau soufrée. Vous l'avez dans le commerce : Actisoufre, Amélie-les-Bains… Le soufre, pour la muqueuse nasale, c'est fabuleux. L'Actisoufre, ce sont des ampoules d'eau et de soufre, et c'est exactement comme si vous étiez en cure thermale, sauf que vous êtes chez vous ! C'est top, puisque c'est en même temps un lavage qui est anti-inflammatoire, anti-congestif, antiseptique et qui débouche le nez de façon quasi instantanée. Je n'ai qu'à prendre mon ampoule, la casser et la mettre dans la pipette, je me place à 90 degrés au-dessus de mon évier, la tête sur le côté, je prends mon ampoule et je vais à la narine du bas : j'envoie une giclée, je ferme l'autre narine et je fais le va-et-vient trois fois. Ensuite j'ouvre la bouche… et je souffle très fort avec le nez ! Puis je fais pareil avec l'autre narine.

L'acupuncture : de la médecine traditionnelle chinoise aux pratiques modernes

Dr Béatrice Paquier,
anesthésiste acupuncteur
et hypnothérapeute

Je suis médecin anesthésiste-réanimateur et je me suis intéressée très tôt à l'acupuncture. J'ai eu la chance, lors de mes dix dernières années d'anesthésiste-réanimateur au Centre Léon-Bérard, d'avoir pu commencer à pratiquer l'acupuncture, notamment en cancérologie, dans un milieu où cette médecine était peu connue ou peu introduite. J'en remercie encore le Pr Thierry Philip.

Aujourd'hui, cette médecine trois fois millénaire a toute sa place dans notre arsenal thérapeutique, puisque, avec un recul de 50 ans de recherches cliniques et scientifiques, on peut asseoir des indications tout à fait licites de traitement par acupuncture, notamment en première intention dans certaines douleurs ou en complémentarité avec certaines pathologies chroniques, dont le cancer, et puis aussi en prévention.

Quand on parle de médecine traditionnelle chinoise, que recouvre ce terme ? Il faut savoir que, dans les textes anciens, la santé était décrite selon un certain art de vivre : avoir un esprit sain dans un corps sain. Il fallait déjà pratiquer des exercices physiques – ce que l'on retrouve aujourd'hui avec le tai chi, le qi gong… –, et puis cette méditation, puisque le calme mental est important et préside à un corps sain et serein.

Une deuxième branche de cette médecine traditionnelle chinoise est la nutrition. Vous savez que l'on est ce que l'on mange, c'est donc une branche primordiale. C'est seulement si le déséquilibre intervient dans le corps qu'il faut le soutenir et le traiter.

Les anciens préconisaient ici cette troisième branche de la médecine traditionnelle chinoise qu'est l'acupuncture. Si le déséquilibre persiste, on se tourne alors vers la phytothérapie et vers des traitements plus agressifs.

L'internationalisation de l'acupuncture

Quelques dates historiques, puisque cette médecine millénaire a des écrits qui datent de 500 ans av. J.-C. En Occident, elle est parvenue jusqu'à nous grâce aux jésuites, dès le XIIe siècle, et à un consul de France, George Soulié de Morant, qui écrivit les premiers livres français où il répertoria tous les points et leurs fonctions (les méridiens, leurs trajets). Un travail que l'on retrouve heureusement dans les bibliothèques de nos facultés.

La première consultation d'acupuncture eut lieu en 1930 à l'hôpital Bichat, tandis que la création de la Société française d'acupuncture remonte à 1950. Les recherches universitaires ont réellement débuté dans les années 1970 en Occident, particulièrement aux Etats-Unis. Un article célèbre avait été publié dans le *Times*, rédigé par un journaliste qui accompagnait Richard Nixon en Chine en 1972 et qui s'était fait opérer d'une appendicite aiguë par acupuncture ; il avait été ébloui et subjugué par cette intervention, qu'il avait vécue le mieux possible et sans aucune douleur. Depuis ces années, de nombreuses recherches ont eu lieu, notamment dans le domaine de l'algologie, de l'anesthésie. Or l'une des grandes indications de l'acupuncture est effectivement le traitement de la douleur.

L'OMS en a reconnu les indications dès les années 1980, et l'Institut national de la santé américain a fait une conférence de consensus en 1998, répertoriant les grandes indications sur plus de 3 000 références bibliographiques. Depuis 2010, cette médecine est inscrite au patrimoine culturel et immatériel de l'Unesco.

© hjochen / Shutterstock

Etant à Lyon, on ne peut éviter de parler du docteur Paul Nogier. L'auriculothérapie est quelque chose à part, dont les ressorts et le mécanisme diffèrent de l'acupuncture au niveau du fonctionnement. Mais c'est lui qui a dessiné les premières cartes d'auriculothérapie et je crois qu'on lui doit, à ce titre, de se souvenir de lui. En tout cas, cette auriculothérapie est un apport majeur pour nous, en tant qu'acupuncteurs, parce que les deux pratiques sont synergiques.

En France, l'acupuncture est enseignée à l'université depuis 1987, sous forme de DU ou de capacité. Depuis 2009, il y a un diplôme d'acupuncture scientifique, qui réunit les facultés de Lyon et Paris-Sud, et cette acupuncture en France est enseignée à des médecins et à des sages-femmes. Une différence par rapport aux Anglo-Saxons, qui valident la pratique de l'acupuncture à des non-médecins. En France, on n'a toujours pas résolu ce problème-là : il y a de nombreux non-médecins qui pratiquent l'acupuncture et, selon les textes, c'est un exercice illégal de la médecine.

Elle se pratique essentiellement en cabinet libéral. C'est une pratique hospitalière chez l'adulte. Par contre, à l'hôpital, elle est quasi inexistante chez l'enfant.

En 2013, il y a eu un avis plutôt favorable de l'Académie nationale de médecine : ça veut dire qu'elle commence à être reconnue, qu'on commence à structurer ses activités et à l'évaluer. De nombreux projets de recherche sont en cours, notamment à l'AP-HP, sur ce mode de traitement.

Les anciens disaient : « Un mauvais médecin voit le symptôme et le soulage, un bon médecin en trouve la cause et la guérit, un excellent médecin va trouver la fragilité de l'organisme avant que la maladie n'arrive et la prévient. » C'est ce que nous permet aussi l'acupuncture : cette vision générale de l'homme, cette grille de lecture nous permettant d'aller au plus près de la défaillance de l'organisme. Parce qu'on a tous une petite faille, et plus on la comble, moins on sera malade.

Des variantes de l'acupuncture chinoise

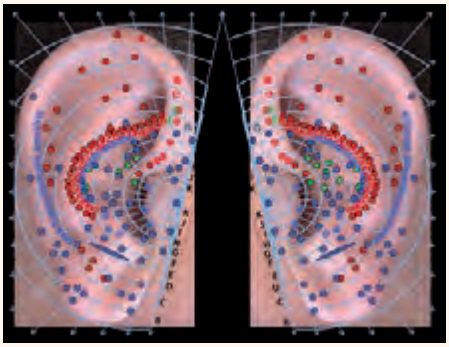
Il s'agit d'une des branches principales de cette médecine traditionnelle chinoise, mais il faut savoir que ça existait dans d'autres cultures : en Egypte ancienne, on parlait déjà de systèmes de canaux ; en Grèce antique et dans le traité d'Hippocrate, on retrouve les points vitaux du corps (en corrélation avec nos points d'acupuncture) ; en médecine ayurvédique, on parle de "marmapuncture"…

Cette médecine ancestrale de plus de 4 000 ans n'est pas figée, et elle a connu une évolution dans ses différentes techniques. Ce point d'acupuncture peut être stimulé de différentes façons : par les aiguilles bien sûr, mais aussi par la pression, par des moxas (stimulation par la chaleur du point d'acupuncture), ou par de l'électro-acupuncture (on branche, sur les aiguilles, un stimulateur avec des ventouses, ou aujourd'hui avec un laser). Cette évolution des techniques nous permet de l'utiliser chez l'enfant et d'étendre les indications, puisqu'ici on n'a pas du tout la douleur de l'aiguille. On peut aussi avoir des moxas qui sont électriques et qui reproduisent exactement les mêmes courbes de chaleur par infrarouge, et donc délivrés de façon tout à fait inoffensive, sans fumée, en n'étant pas allergisants. Je rappelle que les aiguilles sont de plus en plus fines et qu'aujourd'hui ne doivent être utilisées que des aiguilles à usage unique.

Petit clin d'œil au docteur Paul Nogier pour dire que l'auriculothérapie a un mécanisme d'action réflexe. Au niveau de l'oreille, c'est tout le cerveau humain qui est représenté sous la forme d'un fœtus inversé, et observer

l'oreille, c'est à la fois un moyen diagnostique et un moyen thérapeutique. Je n'en dirai pas plus, puisque c'est à part, mais je l'utilise moi aussi dans ma consultation. Cette cartographie a été revue par le Dr David Alimi, un grand auriculothérapeute parisien, et validée en 2011.

Paul Nogier (1951).



Quels sont les principes de l'acupuncture ? L'acupuncture, c'est une vision énergétique de l'homme. Vous avez tous entendu parler de cette énergie que l'on appelle "Chi" en chinois. Cette énergie, dont on est tous dépositaires à la naissance, on va l'entretenir par la nourriture que l'on absorbe, par l'air que l'on respire, et elle va circuler dans un réseau de méridiens qui parcourent le corps en surface et en profondeur, eux-mêmes reliés aux organes. Et chaque organe vient résonner sur ces trajets de méridiens à la surface du corps. Donc cela nous offre une grille de lecture à la fois physiologique et pathologique, spécifique, non dynamique et surtout non séparée de l'environnement (en consultation d'acupuncture, on replace toujours le patient dans son contexte environnemental et saisonnier).

Je pense que vous avez tous vu des planches, mais voici un exemple de méridien d'acupuncture : on voit le méridien du poumon qui émerge ici au niveau de l'épaule et qui descend jusqu'au pouce, mais on voit aussi qu'en profondeur il émerge au niveau du diaphragme, qu'il a une branche profonde au niveau du thorax et de la gorge, ce qui est intéressant pour les pathologies couplées intestin et respiratoire.

Le challenge de l'acupuncture scientifique, c'était déjà de montrer la réalité des points et des méridiens. C'est difficile, puisqu'un point d'acupuncture, c'est un point de moindre résistance, c'est-à-dire qu'il a des caractéristiques physiques, électriques, mais pas une réalité anatomique propre : c'est un puits où la résistance physique au niveau de la peau chute. Au niveau du méridien, il se produit la même chose. Ici, on a pu les mettre en évidence avec des caméras et à l'aide de la thermographie : en stimulant par exemple les points du méridien de vessie, on arrive à montrer la différence thermique tout au long du méridien de vessie.

© F. Schmidt / Shutterstock

Le challenge de cette acupuncture scientifique, c'était de comprendre les mécanismes d'action de cette médecine ancestrale. Aujourd'hui, on approche la compréhension de cette action locale de l'aiguille, d'une action segmentaire, puisqu'elle est relayée à tout le réseau neurologique périphérique, puis une action centrale et une action sur le trajet du méridien. Il n'y a pas besoin d'y croire pour que cela fonctionne, il faut surtout un bon système nerveux !

Comment va être relayée l'action locale jusqu'à l'action centrale pour avoir une action centrale et générale ? Par le tissu conjonctif et tous les récepteurs neurosensoriels de la peau. Il est important de connaître l'anatomie, toute la neurophysiologie, pour savoir à quel niveau on pique et ce qui est mis en jeu chaque fois que l'on a une action sur un point.

Pour faire court, il y a une libération des médiateurs humoraux localement, il y a une libération des endorphines, et on va mobiliser avec les aiguilles toutes les endorphines endogènes : c'est à ce titre-là qu'on a une grosse action antalgique. On a des relais, puisqu'au niveau de l'entrée médullaire on a des connexions avec tout le système nerveux autonome, soit la régulation des organes profonds non contrôlés par le système nerveux central mais qui ont une innervation propre. Il faut donc avoir un bon système nerveux, puisqu'il est le support de notre action : il y a un effet antalgique très puissant.

Quelles sont les indications de l'acupuncture ? Un rapport de l'Inserm assez récent a souligné l'intérêt de l'acupuncture dans le traitement des douleurs, des céphalées de tension, des migraines avec un grade 1 de la Haute Autorité de santé (ce sont des méta-analyses sur de grandes populations), mais aussi dans les douleurs lombaires, dans les dysménorrhées, dans les nausées-vomissements…

L'auriculothérapie a bénéficié elle aussi d'un rapport de l'Inserm avec des indications retenues essentiellement pour l'anxiété et la douleur. Vous pouvez trouver ces rapports sur internet.

Quel est l'intérêt d'associer ou de faire de l'acupuncture ?

C'est tout d'abord l'innocuité : il faut savoir qu'il y a très peu d'effets secondaires et, si vous avez affaire à des praticiens confirmés qui connaissent leur anatomie, il y a peu de risque de perforation d'organe creux. S'ils utilisent des aiguilles à usage unique, il n'y aura pas transmission d'agents infectieux. C'est très intéressant d'avoir une médecine aussi peu agressive, en dépit de l'aiguille. Elle offre un diagnostic et une approche thérapeutique globale, et elle va nous permettre de diminuer l'iatrogénie médicamenteuse.

En première intention, c'est la douleur. D'autres exemples : cela peut être les troubles du sommeil, les nausées-vomissements, et tous les patients ayant des contre-indications médicamenteuses à qui l'on peut proposer d'être traités par acupuncture. En complémentarité d'un traitement allopathique, la cancérologie, les douleurs chroniques, et aussi la procréation médicalement assistée. Et puis, en prévention, tout le cortège des pathologies saisonnières et des allergies.

Je voulais vous montrer comme l'IRM fonctionnelle a pu nous éclairer sur les mécanismes d'action de l'acupuncture. Ici, vous voyez le cerveau d'une patiente à qui l'on inflige une douleur ; là, vous voyez s'éclairer des zones de la douleur bien connues des neurologues. Ici, si on travaille un point qui a l'antalgie dans ses indications, on voit que ces zones viennent s'éteindre complètement, même des zones très profondes.

Si on pratique une fausse acupuncture, c'est-à-dire si on pique un autre point, elle a une action partielle. Même si elle est moins puissante, la fausse acupuncture a quand même un effet. Il y a d'ailleurs eu des expériences allemandes au sein d'un programme ciblant des problèmes de santé publique sur un millier de patients : la prophylaxie de la migraine, l'arthrose du genou, les lombalgies chroniques… Elles ont montré que l'acupuncture versus traitement complémentaire et l'acupuncture "factice" (c'est-à-dire à un mauvais point) versus traitement classique étaient supérieures au traitement classique. Sur la base de ces études-là, les complémentaires de médecine allemande ont validé la pratique d'acupuncture.

Non pas pour dire qu'on peut faire n'importe quoi quand on fait de l'acupuncture, mais que le résultat est supérieur au traitement conventionnel.

Aujourd'hui, les programmes individualisent des points, parce que suivant la personnalité de chacun, en individualisant ces points, le protocole devient supérieur dans l'acupuncture réelle par rapport à l'acupuncture factice.

Quelques exemples de douleurs qui peuvent être prises en charge en première intention par l'acupuncture : je présente ici les dysménorrhées primaires, ces douleurs menstruelles chez les jeunes femmes qui génèrent une forte consommation médicamenteuse, dont le retentissement social, sur la scolarité notamment, est un vrai problème de santé publique. Il faut savoir qu'à ces jeunes filles on propose le plus souvent un traitement très classique par anti-inflammatoires non stéroïdiens et puis rapidement une mise sous pilule. Eh bien, des travaux montrent qu'on peut atténuer cette douleur et que l'acupuncture est significativement supérieure à un placebo, et même aux anti-inflammatoires non stéroïdiens ; qu'elle va même améliorer la qualité de vie. Je conseille donc souvent aux jeunes femmes de se masser ce point-là, le "6 Rt", qui est très antalgique : en deux ou trois séances d'acupuncture, les douleurs de règles disparaissent et ensuite elles sont autonomes ; ce qui évite quand même la mise sous œstroprogestatifs très tôt dans la vie d'une femme.

Dans les dysménorrhées secondaires, ce problème d'endométriose générateur de douleurs chez de nombreuses femmes, parfois très jeunes, associer l'acupuncture à des traitements antalgiques diminue l'échelle de douleur pratiquement de 8 à 3 en quatre semaines.

Pour ce qui est de la prise en charge, je vous parlais des nausées-vomissements. Un point suffit à réduire les nausées-vomissements, qu'elles soient postopératoires, gravidiques ou chimio-induites. Ce point-là est important à connaître : on le montre aux patients, on le stimule en salle post-interventionnelle, on le stimule avant des chimiothérapies, on le stimule chez les femmes enceintes nauséeuses… Et une revue a montré que plus de 5 000 patients ont validé ce point, et pas forcément en piqûre, même en acupression.

La pathologie respiratoire. Là aussi, c'est un vrai problème de santé publique. Des essais cliniques randomisés ont récemment prouvé que chez des enfants asthmatiques (et même des petits enfants), l'acupuncture permettait de diminuer l'utilisation des stéroïdes et d'améliorer les signes fonctionnels. De la même façon, dans les rhinites allergiques : diminution de la gêne des douleurs, des signes fonctionnels, et même sur les scores d'IgE. En deux séances par semaine pendant huit semaines. Chez l'enfant, on peut utiliser du laser.

© Andrey Popov / Shutterstock

En procréation médicalement assistée, là aussi de nombreuses femmes sont obligées de suivre des stimulations pour différents problèmes. Ici, une conférence de consensus rapporte un protocole de prise en charge pour aider ces femmes, non seulement sur les maturations folliculaires mais aussi sur la maturation de l'endomètre, qui aide à l'implantation et qui prend en charge tous les effets psychologiques et les effets secondaires des traitements hormonaux.

Durant la grossesse, pour la prise en charge des nausées-vomissements, l'acupuncture a toute sa place, car chez la femme enceinte on ne peut pas utiliser de médicaments. Idem pour la version fœtale, lorsque les bébés se présentent en position de siège, ce qui augmente les taux de césarienne : l'acupuncture, associée à des techniques posturales, diminue les présentations non céphaliques. En post-partum aussi, on est gêné pour utiliser des molécules allopathiques, et l'acupuncture pratiquée par les sages-femmes a toute son utilité.

Un recours de plus en plus fréquent en cancérologie

En cancérologie, les nausées-vomissements, l'asthénie et les douleurs représentent 70 % des attentes des patients dans le traitement des effets secondaires. Ici, il y a un gros impact. En 2010 à Paris, une étude a montré les effets positifs de l'acupuncture sur la fatigue, les nausées-vomissements et la douleur.

Les effets précoces : une séance dans les 48 heures avant la chimiothérapie. Ce sont des traitements très lourds, alors ce que l'on propose aux patients, c'est de réduire l'intensité des symptômes, de diminuer leur durée, donc d'améliorer le confort en intercure chez ces malades. Les nausées-vomissements sont très accessibles, de même que les aphtes, les mucites… Et l'on sait combien c'est invalidant pour les patients de ne plus pouvoir s'alimenter, surtout dans ces pathologies-là.

A long terme, l'asthénie, les brûlures cutanées, les douleurs neuropathiques… On n'a rien à proposer à ces patients qui ont des douleurs neuropathiques et chez qui on est obligé de diminuer les traitements et donc de ne pas avoir les doses optimales de chimiothérapie.

Les bouffées de chaleur, les arthralgies, qui sont des effets secondaires du traitement hormonal substitutif, peuvent également être prises en charge par l'acupuncture.

Autre exemple, la prise en charge par acupuncture d'une radiothérapie du sein : une séance par semaine, et au bout de quatre semaines, en fin de radiothérapie, on évite les brûlures cutanées.

On a aussi le syndrome mains-pieds, qui se développe. Les molécules utilisées – taxol, taxotère… – sont très agressives et on n'a rien à proposer à ces gens qui lâchent les objets, qui ont des douleurs de brûlures et pour qui la vie est un enfer, puisqu'ils ne peuvent pas marcher, leurs ongles tombent… Ces protocoles, qui peuvent paraître très agressifs, arrivent à faire régresser ces symptômes-là. Avec l'appoint de l'acupuncture, les patients récupèrent une certaine qualité de vie, en même temps qu'ils peuvent recevoir leur chimio au maximum des doses nécessaires.

Cette médecine complémentaire – ou *integrative* selon le terme anglo-saxon – qu'est l'acupuncture se pratique essentiellement en libéral, mais elle impose de construire un réseau de prise en charge avec d'autres spécialistes : des obstétriciens, des cancérologues, des pédiatres… Elle a ses limites, qui sont surtout financières : comment les patients peuvent-ils tous aller se faire soigner et être pris en charge pour ces consultations, qui sont quand même longues et répétées ? C'est une question que je pose aux organismes de santé et aux mutuelles…

Elle se développe à l'hôpital, comme j'essaie de le faire à l'hôpital Nord de Lyon, dans le service du Pr Aubrun, où l'on développe des programmes de prise en charge des nausées-vomissements en salle post-interventionnelle, et ça marche très bien : les infirmières s'approprient cette technique en gynécologie, en cancérologie et, bien sûr, en douleurs chroniques.

En résumé, quels sont les bons points de l'acupuncture ? C'est l'absence pratiquement d'effets secondaires ; c'est la diminution de la consommation médicamenteuse, pour que les patients ne prennent juste que ce qu'il leur faut. Elle peut être recommandée en complémentarité d'une prise en charge conventionnelle et, bien sûr, dans un volant de médecine préventive pour les pathologies saisonnières.

Je recommande cet ouvrage, *L'Acupuncture pour les nuls*, rédigé par l'une de mes amies, Nadia Volf, qui est à l'origine de ce diplôme d'acupuncture scientifique. Vous y trouverez toutes les références et les points, et c'est intelligemment écrit.

© Kind Acupuncture

Homéopathie : préserver et utiliser son potentiel santé

Dr Christelle Besnard-Charvet, gynécologue et homéopathe

Je voudrais rebondir sur ce que disait le Pr Joyeux, qu'il n'est pas fréquent de voir une gynécologue homéopathe. De fait, la question que vous pouvez vous poser tous : comment j'en suis arrivée là ? D'autant que j'ai débuté par de la chirurgie, je suis chirurgienne de formation, gynécologue obstétricienne.

Alors, très clairement, je n'ai jamais entendu parler d'homéopathie dans toutes mes études de médecine. J'ai appris à traiter de "vrais malades", c'est-à-dire des malades qui relevaient de l'hôpital et qui étaient les seuls pouvant être concernés par une médecine assez lourde. Les autres, ce n'est pas qu'ils ne nous intéressaient pas, c'est que l'on ne savait pas les traiter : on leur disait qu'ils n'avaient pas de pathologie sévère et qu'il fallait qu'ils rentrent chez eux, car nous n'allions pas leur donner de traitement…

C'est lorsque je me suis installée que j'ai découvert la "vraie vie", comme j'aime le dire à mes étudiants en médecine. La "vraie vie", ce sont ces 90 % de gens qui n'ont pas besoin de ces traitements lourds, du bazooka. Et c'est devenu une passion.

Une des premières patientes que j'ai vues m'a dit qu'elle avait mal aux seins avant d'avoir ses règles. Étant chirurgienne, je savais enlever les seins mais, spontanément, je ne savais pas vraiment quoi faire pour la soulager ! Alors je lui ai prescrit des progestatifs, puisque c'est ce que l'on m'avait appris… La dame revient et me dit qu'elle a bien pris son traitement mais qu'elle avait toujours mal aux seins et qu'en plus, des troubles de règles étaient venus s'ajouter à l'affaire… Elle est alors allée voir une médecin homéopathe à Vienne, qui lui a prescrit *Folliculinum*. En deux mois, tout était guéri. Et là, la Terre s'est arrêtée de tourner… Je me suis demandé dans quelle ville j'avais mis les pieds : ils ont des médicaments remboursés et je n'en ai jamais entendu parler ? Avec mon caractère, je me suis alors demandé pourquoi on ne m'en avait jamais parlé. Cela a piqué ma curiosité. Je me suis dit que ce n'était pas normal que les patients connaissent des médicaments alors que moi non !

© solomonjee / Shutterstock

J'ai commencé comme ça. C'est-à-dire que j'avais un avis plutôt défavorable – un visiteur médical de Boiron m'a d'ailleurs rappelé longtemps après que je l'avais jeté comme un malpropre à l'hôpital – mais j'ai pensé que si la patiente m'avait dit que ça marchait, c'était déjà intéressant. Ensuite, on ne m'en avait pas parlé, et pourquoi ? C'était encore plus intéressant. Pourquoi ? Parce que les hospitaliers ne connaissent pas… J'ai donc commencé comme cela et je n'en suis jamais sortie !

Je dis toujours à la fin de mes consultations que si on me demandait de me passer de l'homéopathie, je ne pourrais pas. Tout simplement parce que l'homéopathie, ce n'est pas seulement la prescription d'un médicament, et il faut bien l'avoir en tête. Moi, si j'ai fait médecine, ce n'est pas pour prescrire un médicament, ça n'a jamais été mon objectif. Mon objectif, c'est que mes patients aillent mieux. Alors, bien sûr, le médicament est un moyen. Mais, avec le médicament homéopathique, et c'est ce que je vais essayer de vous montrer ici, j'ai un médiateur d'une relation médicale qui a pour objectif non pas la prescription du médicament mais le fait que vous alliez mieux.

Nous avons rappelé avec Béatrice Paquier, qui fait de l'acupuncture, que nous pratiquons des médecines complémentaires. C'est un complément, c'est doux, ce n'est pas agressif, mais ce n'est pas alternatif : on n'est pas "à l'opposé de". Ce n'est pas non plus parallèle : on se croise avec la médecine conventionnelle, Dieu merci…

Accéder à toutes les possibilités thérapeutiques grâce à la médecine intégrative

La médecine intégrative, Béatrice l'a évoqué aussi, c'est cette notion englobante de pouvoir permettre à un patient, pour sa santé, d'avoir accès à **toutes** les possibilités thérapeutiques. Encore une fois, je fais référence à David Servan-Schreiber – je pense qu'il nous a tous beaucoup inspirés ici ! –, qui a enseigné dans une faculté de médecine intégrative, car outre-Atlantique ils sont beaucoup plus avancés que nous. On a toujours l'impression que l'homéopathie, c'est français. Mais pas du tout !

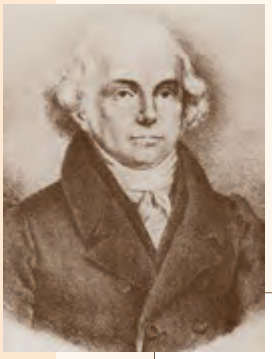
L'homéopathie, c'est très peu français. Le plus grand pays producteur d'homéopathie, c'est l'Inde. En Amérique du Sud aussi : je reviens tout juste d'un congrès en Colombie où, là-bas, l'oncologie intégrative est banale. Vous aviez 500 médecins venus participer à ce congrès d'oncologie intégrative ! En France, ce n'est pas demain la veille…

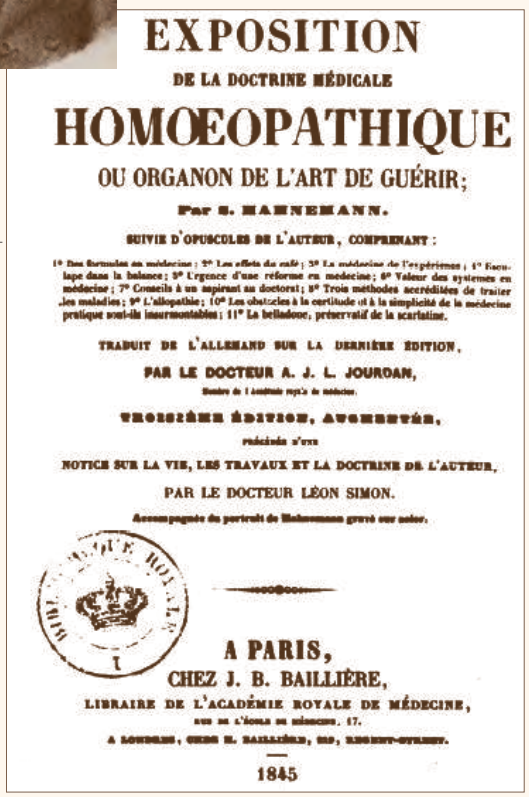
Vous savez tous plus de choses sur l'homéopathie que la plupart des médecins. Ça, c'est une réalité que l'on voit quotidiennement. Avant l'élection présidentielle, en 2012, une étude montrait que 74 % des gens se disaient préoccupés par la situation de la santé en France. Avez-vous assisté à un seul débat sur le sujet cette année-là ? J'attends de voir 2017, mais je n'y crois pas non plus…

95 % des gens ont entendu parler de l'homéopathie. Ça y est, à présent, l'homéopathie est une réalité au quotidien, dans les pharmacies, dans vos pharmacies personnelles, mais malheureusement pas encore complètement dans l'ensemble du milieu médical.

L'homéopathie, c'est ancien. Cela date du IVe siècle avant notre ère. Hippocrate avait décrit trois méthodes thérapeutiques : il y avait la loi des contraires, d'où est issue l'allopathie (la lutte contre les choses), la loi des semblables, d'où est issue l'homéopathie (j'utilise un semblable pour guérir quelque chose), et la troisième loi, c'était de ne rien faire. Et ça, on l'oublie facilement.

Samuel Hahnemann n'a fait "que" reprendre des écrits de Cullen, qui traduisait des écrits d'Hippocrate. On a une véritable filiation, et Hahnemann a eu le génie de ressortir ces écrits, de faire de l'expérimentation et de créer les termes "homéopathie" (semblable souffrance) et "allopathie" (autre souffrance). Et cela, ça date du XVIIIe siècle.





EXPOSITION
DE LA DOCTRINE MÉDICALE
HOMŒOPATHIQUE
OU ORGANON DE L'ART DE GUÉRIR;
Par S. HAHNEMANN.
SUIVIE D'OPUSCULES DE L'AUTEUR, COMPRENANT :
1° Des formules en médecine ; 2° Les effets du café ; 3° La médecine de l'expérience ; 4° Esculape dans la balance ; 5° Urgence d'une réforme en médecine ; 6° Valeur des systèmes en médecine ; 7° Conseils à un aspirant au doctorat ; 8° Trois méthodes accréditées de traiter les maladies ; 9° L'allopathie ; 10° Les obstacles à la certitude et à la simplicité de la médecine pratique sont-ils insurmontables ; 11° La belladone, préservatif de la scarlatine.
TRADUIT DE L'ALLEMAND SUR LA DERNIÈRE ÉDITION,
PAR LE DOCTEUR A. J. L. JOURDAN,
Membre de l'Académie royale de médecine.
TROISIÈME ÉDITION, AUGMENTÉE,
précédée d'une
NOTICE SUR LA VIE, LES TRAVAUX ET LA DOCTRINE DE L'AUTEUR,
PAR LE DOCTEUR LÉON SIMON.
Accompagnée du portrait de Hahnemann gravé sur acier.
A PARIS,
CHEZ J. B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17.
A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.
1845

© Homéopathe International 2001

Il y a une petite phrase que j'aime bien aussi. C'est un ministre du nom de François Guizot qui, en réponse à l'Académie de médecine, réclamant l'interdiction de la pratique de l'homéopathie à Paris, prononça ces paroles à la tribune de la Chambre : « Hahnemann est un savant de grand mérite. La science doit être pour tous. Si l'homéopathie est une chimère ou un système sans valeur propre, elle tombera d'elle-même. Si elle est, au contraire, un progrès, elle se répandra malgré toutes nos mesures de préservation, et l'Académie doit le souhaiter avant tout autre, elle qui a la mission de faire avancer la science et d'encourager les découvertes. » C'était en 1835, et force est de constater qu'on n'est pas très avancé aujourd'hui : on a toujours les mêmes problèmes avec l'Académie de médecine.

Mais l'homéopathie n'est pas une mode, puisque ça continue ! C'est toujours là, depuis tout ce temps…

Une étude épidémiologique de grande ampleur

Je voulais vous parler d'une actualité dont vous allez beaucoup entendre parler, puisque c'est la première étude épidémiologique de cette ampleur faite en France et à l'international. Il s'agissait d'observer les différentes pratiques de médecins généralistes vis-à-vis de trois groupes de patients qui présentaient des douleurs musculaires, des problèmes ORL à répétition des voies aériennes supérieures ou encore des troubles anxieux. Trois catégories : des médecins qui ne pratiquaient pas du tout l'homéopathie, des médecins qui avaient un peu intégré l'homéopathie dans leur pratique, et des médecins "homéopathes". Pour avoir entendu la façon dont l'étude a été conduite, je peux vous assurer que c'est très intéressant. Le groupe épidémiologiste qui a fait cette étude – le groupe Laser, un groupe complètement indépendant – avait comme a priori que les gens qui allaient voir des homéopathes étaient globalement des femmes plutôt aisées, milieu plutôt "bobo" parisien. Ça, c'était le cliché de l'homéopathie !

En fait, que nous révèle cette étude ? Étude gigantesque, soit dit en passant : 825 médecins généralistes, 9 000 patients sur 3 ans ! Il en est ressorti quatre messages clés : la prise en charge par les médecins homéopathes a un intérêt pour la santé publique, parce que – et c'est un autre message – les patients suivis par ces généralistes consomment significativement moins de médicaments conventionnels. On nous dit ensuite que

© YamabikaY / Shutterstock

David Servan-Schreiber (1961-2011)

Bardé de diplômes dans le domaine des neurosciences, et partisan résolu de médecine intégrative, il n'hésitait pas à mettre en avant les médecines douces complémentaires pour traiter des patients atteints de troubles psychiatriques.

Atteint d'un cancer au cerveau, il a survécu plus de vingt ans à la maladie avant de succomber en juillet 2011.

l'évolution clinique des patients ayant reçu des médicaments homéopathiques est similaire aux autres patients. Alors, vous allez me dire qu'on ne fait pas mieux que les autres… C'est faux, je suis navrée : si on utilise moins de médicaments et qu'on fait aussi bien que les autres, on est moins iatrogène. On fait donc aussi bien que les autres pour un coût moindre et avec moins d'effets secondaires. Enfin, et c'était la grande crainte au fondement de cette étude, celle de s'assurer, sur le plan éthique, qu'un patient ne prenait pas de risques s'il allait voir un homéopathe. Car, vous comprenez, l'homéopathe n'allait peut-être pas lui donner d'antibiotiques ou de "vrais" médicaments… Est-ce que ça pouvait être dangereux ? Eh bien, on s'aperçoit dans cette étude que le choix d'un médecin traitant n'est pas associé à une perte de chance pour le patient. C'est extrêmement important pour le médecin homéopathe puisqu'il doit toujours avoir dans sa tête l'éthique : quel est le choix le plus intéressant pour le patient ? Moi, je vois régulièrement des patientes qui me disent vouloir de l'homéopathie à tout prix… Et elles repartent avec autre chose. Parce que si, dans leur cas, ce n'est pas licite de leur prescrire de l'homéopathie, ce n'est pas parce qu'elles auront envie d'homéopathie que je vais leur en donner !

Parce que mon choix est éthique. C'est diagnostic, pronostic, choix éthique. Le médecin homéopathe ne doit pas céder à des pressions du type : « Je veux de l'homéopathie parce que je suis venu pour ça. » Non. On est là pour vous soigner, pas pour vous faire plaisir. Si on peut faire les deux, c'est encore mieux, mais on a nos responsabilités, et il faut faire attention à nos prescriptions. Or c'est sécurisant pour le patient de se dire que, finalement, s'il a mal au dos, il peut peut-être aller consulter un médecin prescripteur d'homéopathie pour obtenir un traitement, et se diriger vers autre chose si le mal ne passe pas.

Nous aussi, on a une *Homéopathie pour les nuls*. C'est Daniel Scimeca qui l'a écrite, et c'est super ! Globalement, je vous l'ai dit, vous en savez tous beaucoup plus que le personnel médical… C'est sûr que la thérapeutique homéopathique repose sur un médicament. On a des médicaments homéopathiques et je vais passer sur la similitude, qui est un peu compliquée. On dilue ce médicament. Et ce médicament est prescrit au cours d'une relation médicale, thérapeutique, qui exige ce que je vous ai dit tout à l'heure.

Le médicament homéopathique, je passe très vite. Juste pour la petite histoire, le CH veut dire "centésimale hahnemannienne", soit le mode de fabrication, et non pas "cheval" comme on l'entend de temps en temps… Et la petite dame qui me dit qu'elle prend de l'homéopathie, mais qu'elle ne se rappelle plus laquelle, mais juste que le tube est bleu, on oublie !

Les souches sont minérales, animales ou végétales. Le mode de fabrication, c'est une dilution hahnemannienne (CH) ou une dilution korsakovienne (K, que l'on trouve par exemple pour *Oscillococcinum*).

Quant aux chiffres, ce sont les dilutions. A quoi correspondent-elles ? 4, 5 CH, ce sont des basses dilutions, c'est-à-dire qu'il y a encore une ou deux petites molécules qui se battent en duel dans ce produit. En tout cas, c'est un médicament qui va être plutôt prévu pour des symptômes assez locaux. Quand on parle de haute dilution, on n'a vraiment plus du tout de molécules dedans et on va plutôt essayer d'envoyer un signal global à la totalité de l'organisme, de le faire réagir en entier.

Je vous donne un exemple qui va vous parler : un enfant qui a mal au ventre. Moi, mes enfants ne me disent pas : « J'ai mal au ventre », ils me disent : « J'ai mal au ventre, parce que… ». « Parce que j'ai mangé un paquet de bonbons Haribo hier » : je vais leur donner *Colocynthis*, à base de courge, et je vais leur donner en basse dilution, puisqu'il s'agit d'un problème local. « Parce que demain j'ai un contrôle de maths et je n'ai rien révisé » : c'est la même douleur, on est dans un côlon irritable, qui spasme, etc. Vous voyez bien que la cause n'est pas du tout la même. En allopathie, je vais donner un spasmolytique, pour essayer de couper le spasme. En homéopathie, je vais lui envoyer un signal constitué, plutôt un truc d'angoisse type *Ignatia amara*, et je vais améliorer son angoisse. S'il la ressent à nouveau, le symptôme disparaîtra.

Quand j'enseigne en homéopathie, je dis toujours de penser à l'endroit où vous voulez envoyer le signal. Plus vous voulez faire réagir la totalité de l'organisme, plus vous utilisez des dilutions hautes. En clair, vous, en automédication, vous allez avoir tendance à utiliser des basses ou des moyennes dilutions. Les hautes dilutions seront plutôt prescrites par un médecin, quand on veut modifier des terrains ou faire des choses comportementales.

La consultation homéopathique n'a rien de différent d'une autre consultation. Juste une petite chose, c'est

l'interrogatoire. On pose plein de petites questions, et la question essentielle, c'est "depuis quand ?" A la limite, le "pourquoi ?" on s'en fiche un peu. Si on se pose cette question, de temps en temps on trouve des choses, ça fait tilt, et à partir du moment où le patient fait une relation potentielle entre deux événements, déjà on a une avancée qui est possible. C'est extrêmement important.

Je vous ai dit tout à l'heure que le médicament n'était pas un objectif, alors j'insiste sur le fait que les règles hygiéno-diététiques vont faire partie de mes conseils. Je pense en particulier à un grand patron parisien – que je ne citerai pas, parce que je ne le porte pas dans mon cœur –, qui m'a dit un jour, dans une conférence : « Madame, je vous ai entendue. Mais pouvez-vous me donner le pourcentage d'efficacité entre votre écoute et le médicament homéopathique ? » Je l'ai regardé et lui ai dit que je m'en fichais ! Et les gens ont applaudi dans la salle. Sa question était débile : est-ce que, quand il prescrit une chimio, on va lui demander le pourcentage d'efficacité ? Quand vous prescrivez une chimiothérapie, ce n'est certainement pas pareil si vous présentez le traitement comme quelque chose qui va sûrement vous sauver la vie parce que l'on a de nouvelles molécules, ou s'il s'agit d'une chimiothérapie comme une autre ! Ça jouera forcément sur les effets secondaires. Alors pourquoi, en homéopathie, nous reproche-t-on notre qualité d'écoute ? On n'a qu'à faire pareil en allopathie, ce n'est pas compliqué et ça ne prend pas beaucoup de temps… D'ailleurs, je l'ai toujours fait, même lorsque je n'utilisais pas d'homéopathie !

Comment choisit-on un médicament homéopathique ?

Je vous l'ai dit, on va essayer de préciser le symptôme : vous tombez, vous prenez *Arnica*… Après, vous avez des médicaments de terrain, et là, évidemment, vous n'y arriverez pas. Vous avez entendu ce matin notre amie naturopathe qui a parlé de diathèse. Moi, bien sûr, ça me parle : de constitution, on ne naît pas égaux. Je suis navrée, c'est politiquement incorrect, mais c'est vrai : nous ne sommes pas égaux. Il y a des petits, des grands, et puis il y a des gens qui ont une sensibilité particulière, qui a pu leur être transmise de génération en génération. J'ai toujours entendu les homéopathes dire que si votre grand-père avait eu la tuberculose, vous alliez peut-être avoir une fragilité pulmonaire plus importante. Cela, les médecins classiques le réfutent. Quand une femme a pris du *Distilbène* et que quatre générations après on trouve encore des anomalies, cela veut bien dire que ça se transmet ! Ça se transmet par des modifications d'ADN que l'on commence à connaître. Eh bien en homéopathie, le terrain, c'est cela. On ne dit pas qu'on va le changer. On ne transformera pas un agneau en un loup, mais on va pouvoir modifier ce terrain. On ne transformera pas les gens, mais on pourra éviter qu'ils se déséquilibrent.

Les dilutions hormonales, évidemment, je les utilise beaucoup en gynécologie, notamment en hypofertilité : des dilutions de *Folliculinum*, des dilutions de *Progesteronum*… L'idée n'étant pas d'apporter des hormones, mais d'aider l'organisme à en fabriquer de façon correcte, régulière et équilibrée.

Comment ça marche, l'homéopathie ? Eh bien, je n'ai pas grand-chose à dire, puisqu'on ne sait pas. Très clairement. Ce qu'il semble quand même, c'est que ça marche comme un signal, comme si vous poussiez un premier domino, qui allait entraîner tous les autres.

Il y a beaucoup de gens qui ont travaillé là-dessus. Par exemple Louis Rey, aujourd'hui décédé, qui a été l'inventeur du café lyophilisé (le Nescafé®) : c'est quelqu'un qui avait travaillé sur l'eau (la molécule d'eau, comment l'eau pouvait se transformer…). Et puis celui qui a repris sans le savoir les travaux de Louis Rey, c'est notre prix Nobel de médecine, Luc Montagnier, qui, lui, travaille sur la mémoire de l'eau. C'est-à-dire que quand vous avez eu un virus pendant l'enfance, vous n'avez plus de molécule du virus ou de la bactérie ; pourtant, nous pouvons prouver qu'il reste dans votre corps un signal qui informe que cette molécule y est bien passée. C'est cela la mémoire de l'eau, qui, avec Jacques Benveniste, a eu tellement de détracteurs. Aujourd'hui, ça ressort. Si vous vous y intéressez, allez voir les écrits de Luc Montagnier, surtout sur les sites anglo-saxons, même si c'est un peu plus difficile d'accès, et vous allez retrouver en physique quantique les bases de ces travaux. Sauf que nous, médecins, sommes de faux scientifiques, c'est-à-dire que nous n'avons pas les connaissances suffisantes pour faire cela, et nous en restons au niveau expérimental.

Je ne suis pas visionnaire, mais je pense que, dans les vingt ans qui viennent, on va nettement avancer avec les nanotechnologies et toutes les découvertes dans l'infinitésimal. On pourrait stimuler l'organisme pour aider à aller mieux, on utiliserait les capacités naturelles de l'organisme en les améliorant… C'est en tout cas exactement ce que je voulais faire quand j'ai commencé médecine.

En clair, vous émettez un signal, un symptôme. En allopathie, vous cachez le symptôme avec un antibiotique, un antalgique, un anti-inflammatoire… C'est bien, parce qu'au moins vous n'avez plus le symptôme ! Si c'est un symptôme ponctuel, ce n'est pas gênant. Par exemple, on me demande ce que je donne en cas de mycose : eh bien, des ovules antifongiques, comme tout le monde ! Ça ne me gêne pas. Ma patiente a pris des antibiotiques et elle fait une mycose. Bon, très bien ! Par contre, si ça revient, je ne vais certainement pas continuer à délivrer des ovules fongiques à répétition. Si la mycose revient, cela veut dire qu'il y a quelque chose de déséquilibré. Si vous ne modifiez pas le terrain, vous aurez beau donner tous les ovules de la Terre, cela ne changera rien.

Moi, en homéopathie, je regarde pourquoi le petit bonhomme fait son symptôme et j'essaie de le rééquilibrer. Et si j'y parviens, il ne fait plus son symptôme. Cela paraît bête comme ça, mais c'est pourtant ce que l'on essaie de faire. Pas de la magie !

C'est comme la phytothérapie. Il faut vraiment que vous le compreniez… et les médecins aussi ! Moi, je travaille dans un centre en oncologie, et j'ai régulièrement des questions sur les traitements que l'on donne aux patients. La plupart du temps, c'est de la phytothérapie. Pour les patients qui sont traités pour un cancer, il faut faire très attention, car il y a beaucoup d'interférences avec les produits de chimio et les produits d'hormonothérapie, et, malheureusement, on connaît mal ces interférences. En tout cas, un produit de phytothérapie passe par le foie et par les mêmes cytochromes – en général le P450 – que les produits de chimio ou d'hormonothérapie. Le conseil, en l'occurrence, c'est de ne pas prendre un produit sans demander un avis au pharmacien, au naturopathe, au médecin, à la sage-femme… Surtout de ne pas prendre cela dans votre coin, en commandant sur Internet. Parce que l'on ne sait pas comment vous allez le dégrader dans votre corps.

Pour l'homéopathie, on est tranquille, puisque nous n'avons pas d'interaction médicamenteuse. On ne passe pas par le même endroit : nous, on passe par là-haut ! On ne passe pas par le foie, mais par le cerveau…

© AS Food studio / Ssss

Echinacée pourpre (Echinacea purpurea).

Quel est l'intérêt de l'homéopathie ?

L'efficacité bien sûr. Souvent, j'entends des gens dire que l'homéopathie, ça ne fait pas de mal. Mais si ça ne fait pas de mal et pas de bien, autant ne rien prendre ! On n'est pas là pour engraisser les laboratoires… Les patients ne sont pas là pour me faire plaisir, et ne prennent pas des granules pour me faire plaisir. Alors, si la bonne parole suffit, je prodigue la bonne parole…

Je pense que le médicament homéopathique est efficace. Je pense que c'est intéressant parce que l'on va pouvoir adapter le traitement au symptôme. Par exemple, en oncologie, je sais que certains produits donnent certains types de nausées. Je donne des petits protocoles tout faits et je m'aperçois qu'en fonction de la sensibilité des gens ce n'est pas la nausée qui va gêner le plus le patient, mais les ongles, les troubles neurologiques… Du coup, on adapte les traitements, on ne reste pas figé dans quelque chose, on peut suivre le patient.

C'est un traitement qui est aussi global, puisqu'il va faire réagir la totalité de l'organisme. Je n'ai évidemment pas le temps de vous présenter des études, mais certaines montrent que, chez des patientes en oncologie qui ont pris des traitements au départ pour des bouffées de chaleur, on a une significativité qui n'est pas très bonne. On a l'impression que c'est un peu mieux que le placebo à trois mois, mais ce n'est pas net. En revanche, ce qui devient significatif, c'est qu'en un an, on assiste à une amélioration notable de la qualité de vie pour les gens qui ont pris de l'homéopathie. Comme si l'homéopathie n'avait pas pour but de supprimer la bouffée de chaleur mais d'améliorer l'organisme dans son ensemble. On a un peu moins de bouffées de chaleur, mais on a aussi des améliorations sur le plan de la mémorisation, du sommeil… C'est pro-organisme, ce n'est jamais anti-organisme.

© Antonova Anna / Ssss

Souci officinal (Calendula officinalis).

Mais l'homéopathie n'est pas de la magie, elle a ses limites. Elle ne peut pas remplacer certains médicaments allopathiques. Par exemple il n'y a pas d'homéopathie contraceptive. Quand une patiente me demande une contraception naturelle, je lui explique que, par définition, une contraception n'est pas naturelle.

On me demande aussi des médicaments homéopathiques pour couper le lait. Or nous sommes faites pour allaiter, donc vous ne trouverez jamais d'homéopathie qui coupe la montée laiteuse, c'est impossible. Surtout quand on donne la tétée d'accueil, où on stimule la montée laiteuse… pour essayer ensuite de la couper avec de l'homéopathie ?! Bien sûr, ça ne peut pas marcher.

Cela nécessite aussi que la pathologie puisse être réversible, évidemment.

A qui s'adresser pour suivre un traitement homéopathique ? Aux médecins, aux sages-femmes – qui ont un droit de prescription récent, ça date de 2011 seulement –, aux pharmaciens… et puis aux autres ! En fait, c'est tout le monde : l'autre jour, j'étais chez le coiffeur, une dame parlait d'un mal de ventre et son amie lui conseillait de prendre de l'homéopathie : pourquoi pas !

Je n'en ai pas parlé, mais les vétérinaires utilisent beaucoup l'homéopathie. Pour la petite anecdote, je disais encore l'autre jour à un copain chirurgien – parce que j'essaie encore de les convaincre – que l'on donnait beaucoup d'homéopathie aux animaux. Je prenais pour exemple les chevaux, avec lesquels ça marche très bien, ce qui satisfaisait les éleveurs. Et là, il me répond que le cheval est très sensible à l'effet placebo. Je le regarde et lui demande : « Comment tu le sais ? » Réponse : « Comme tout le monde ! » Ah bon ?

Le traitement homéopathique est-il remboursé ? Oui, il est remboursé si vous voyez un médecin. Moi, comme je suis médecin, le médicament homéopathique figure sur une ordonnance et il sera pris en charge à 30 % par la Sécurité sociale, et merci les mutuelles ! Ce n'est pas du tout comme un forfait "ostéopathie" ou autre, sauf les spécialités – qui ne sont pas des médicaments remboursables – que certaines mutuelles remboursent quand même mais avec les documents du pharmacien.

Les indications classiques… et les autres

Le plus simple, c'est vraiment tout ce qui entraîne des choses un peu chroniques : infections ORL, douleurs musculo-squelettiques, troubles anxieux, troubles du sommeil… Je rejoins ce que disait Patrick Lemoine ce matin : la benzodiazépine, ce n'est pas que ça me fasse particulièrement peur, mais il y a des degrés : on peut commencer par autre chose… Par la bonne parole, par exemple !

On a réalisé des études sur plusieurs médicaments homéopathiques dans la prise en charge de l'anxiété et de la dépression versus placebo, qui ont l'air d'être positives mais ce sont des traitements toujours individualisés, donc il n'y a pas de recette ; ce n'est pas un médicament qui va aller à tout le monde. Mais on peut commencer par cela, et, si ça ne suffit pas, passer par autre chose…

En obstétrique, pour moi qui étais accoucheur dans le temps, je sais bien que les femmes enceintes sont toutes hyper-angoissées, à la base ; mais, maintenant, essayez de leur faire prendre un médicament : ce n'est même plus possible, puisqu'il y a marqué partout "précaution d'emploi grossesse, demandez à votre médecin". J'ai tenté l'expérience l'autre jour : vous allez sur le Vidal et sur le Crat (Centre de référence des agents tératogènes) et vous avez des informations contradictoires pour le même médicament. Sur le Vidal, il est noté "formellement contre-indiqué pendant toute la grossesse", et sur le Crat,

© Szasz-Fabian Ilka Erika / Shutterstock

il est écrit "possible de le prendre durant toute la grossesse". C'est le Crat qui a raison, mais imaginez le pauvre médecin en cabinet ? Que faire ? En pratique, on fait l'anguille : « Ce que vous avez n'est pas très grave, ne prenez donc rien. »

J'ai des patientes enceintes qui m'appellent en me disant qu'elles sortent de chez le médecin, qui leur a dit qu'elles avaient une angine virale mais, vu leur état de grossesse, qu'il ne pouvait rien leur donner. C'est dommage, parce que l'on peut faire quelque chose. Il ne peut rien donner en antibiotiques, en cortisone – encore qu'on le pourrait… – mais il n'y a pas d'indication, il ne donne pas, il a raison.

Quant aux sages-femmes, elles vont nous être d'une aide très précieuse, parce qu'elles ont une qualité d'écoute et elles ont l'homéopathie innée en elles. Elles savent spontanément que les femmes sont toutes différentes.

D'accord aussi pour un accompagnement de l'allaitement artificiel, à condition de ne pas demander à l'homéopathie – on l'a vu – de couper l'allaitement.

En gynécologie, à l'époque où je ne faisais pas d'homéopathie, j'étais paniquée par les mycoses à répétition. Mais quand vous faites de l'homéopathie, en plus des règles hygiéno-diététiques et l'alimentation, dont on a parlé, cela fonctionne. J'ai des patientes qui ont guéri de mycoses à répétition rien qu'en changeant leur alimentation, sans même avaler de médicaments homéopathiques.

Le message que je souhaite faire passer, c'est que l'homéopathie n'est pas une finalité : c'est une démarche particulière, qui conduit de temps en temps à la prescription d'un médicament homéopathique.

Je rejoins aussi Béatrice Paquier sur les dysménorrhées de l'adolescente : c'est scandaleux que l'on donne des pilules à des gamines de 12 ans, alors qu'elles n'ont pas le loup dans la bergerie, simplement parce qu'elles ont un peu mal au ventre pendant les règles et que ça dérange souvent plus les mamans – qui sont impuissantes et ne savent que faire. Là aussi, l'acupuncture, l'homéopathie sont des moyens potentiels de soulagement. Les troubles du cycle, le syndrome prémenstruel, la périménopause, les bouffées de chaleur, l'hypofertilité… je rejoins vraiment toutes les indications de Béatrice, sachant que j'ai eu l'autre jour un mail d'une patiente me demandant de remplacer son traitement hormonal de la ménopause par de l'homéopathie. Eh bien non ! Le traitement hormonal de la ménopause, c'est une substitution : on vous apporte des hormones que vous n'aviez pas. Donc, en homéopathie, je suis bien incapable de faire cela ! En homéopathie, je peux aider votre organisme à aller mieux dans la période de ménopause : moins souffrir des bouffées de chaleur ou mieux intégrer les douleurs articulaires, mais je ne pourrai pas vous apporter d'hormones. Donc on ne remplace pas un traitement hormonal par de l'homéopathie en espérant exactement le même résultat. Ce n'est pas possible !

En général, je dis donc à mes patientes d'arrêter leur traitement hormonal et de noter sur un papier les symptômes qui vont apparaître : peut-être que vous n'en aurez pas, et du coup vous ne prendrez rien du tout ; mais, si vous en avez qui apparaissent et qui vous semblent gênants, notez-les bien, et de manière précise : j'ai des bouffées de chaleur le matin, le soir, je suis rouge, pas rouge, j'ai des sueurs, pas de sueurs… On évaluera cela : c'est ça l'homéopathie !

Les soins de support en oncologie, mon nouveau domaine de passion

Je dis à mes patientes que je vois en oncologie que c'est ma bouffée d'oxygène de la semaine. Bien sûr, elles me répondent que le cancer, ce n'est pas drôle. Effectivement, mais c'est tellement riche en relations ! Les gens sont tellement désireux d'être acteurs de leur santé, ils ne veulent pas qu'on les surtraite car ils veulent se battre, et c'est vrai que ça m'apporte beaucoup sur le plan personnel. On sait maintenant que c'est une réalité, quand vous voyez que 60 % des patients qui ont un cancer ont recours aux médecines complémentaires pour les aider ! Malheureusement, presque la moitié d'entre eux n'en ont absolument pas parlé à leur oncologue… Alors que les oncologues sont sensibles à ces arguments-là. Ce sont des gens avec qui l'on peut vraiment communiquer, parce qu'ils sont eux-mêmes très ennuyés par les effets secondaires que subissent leurs patients. Ils n'ont pas de réponse : en quelques minutes de consultation, que voulez-vous qu'ils fassent, les pauvres ? Du coup, ils sont très contents qu'on les aide. A présent, ils nous font venir dans les centres pour avoir une ressource et savoir que les patients pourront avoir accès à des thérapies complémentaires.

Lorsque l'on regarde le Plan cancer 2003 – le tout premier Plan cancer –, on s'aperçoit qu'il y a encore du chemin à parcourir, puisqu'il prévoyait des soins de support accessibles pour tous dès l'annonce d'un cancer, c'est-à-dire l'assistante sociale, le traitement de la douleur, la psychologue et les médecines complémentaires. On sait bien que l'on n'en est pas là, et de toute façon nous n'avons pas les budgets…

Quels sont mes rêves pour le bien du patient ? Que tout soignant intègre l'homéopathie dans sa pratique quotidienne. Que tout patient puisse bénéficier de ces thérapeutiques, ce qui va découler de ce premier souhait. Que les médecins se respectent entre eux et respectent le choix de leurs patients. Et puis qu'il y ait beaucoup de mutuelles qui partagent les convictions de la MTRL et de son président !

© Photographee.eu / Shutterstock

Oxygénation et pathologies dégénératives

Dr Béatrice Mercier, biologiste

Merci à la MTRL et à vous tous d'être là pour me permettre de vous parler de l'oxygène, qui est mon gaz préféré. Et pour bien vous faire comprendre l'importance de l'oxygène, j'aimerais en appeler à un merveilleux philosophe belge, M. Jean-Claude Van Damme. Que nous dit-il ? « Entre toi et moi, il y a un produit qui s'appelle un produit. C'est un produit qui s'appelle l'oxygène. Alors si tu fais comme ça *[il inspire]*, tu vis. Mais si je tue l'oxygène comme sur la Lune, tu meurs. » Jean-Claude Van Damme a toujours raison ! Si toutes vos réactions chimiques créatrices d'énergie se mettaient à faire grève, vous n'auriez que cinq secondes de survie. Or il est absolument nécessaire d'avoir un métabolisme oxygéné pour avoir de l'énergie… C'est le métabolisme le plus performant, 18 fois plus performant que la respiration !

A quoi va servir cette énergie ? Il y a tout d'abord l'énergie mécanique, celle qui vous fait bouger. Ensuite, il y a l'énergie osmotique. A l'intérieur et à l'extérieur des cellules, il n'y a pas les mêmes ions. La cellule déteste le calcium ; pour elle, c'est la mort ; elle prend donc le calcium et le rejette, ce qui lui demande de l'énergie. Inversement elle a besoin de potassium, alors elle va le prendre dans la circulation sanguine, ce qui lui demande aussi de l'énergie.

Il y a aussi l'énergie chimique, pour l'ensemble des réactions chimiques de votre organisme ; l'énergie calorifique – parce que vous êtes des humains à sang chaud –, et l'énergie électrique bien sûr, pour faire fonctionner l'ensemble de votre cerveau, de votre moelle épinière et de vos nerfs.

On est ici en biologie. En biologie, l'oxygène, il en faut un peu mais pas trop. On a des problèmes quand on a trop d'oxygène, et on a des problèmes quand on manque d'oxygène. L'excès d'oxygène s'appelle l'hyperoxie. A-t-il un intérêt scientifique et médical ? Oui, puisque quand on fait appel à des data base – des lieux où l'on référence les publications scientifiques et médicales –, c'est à ce jour 6 559 références. Quel est le dégât principal de l'excès d'oxygène ? C'est le stress, le stress oxydatif. Et comment peut-on entrer en excès d'oxygène sur notre bonne vieille Terre ? Essentiellement par l'usage d'oxygène médical, comme l'hyperbarie par exemple.

Ce qui est plus inquiétant encore, c'est l'hypoxie, littéralement "en dessous de l'oxygène". Attention, ce n'est pas l'oxygène dans l'air, c'est l'oxygène dans la cellule, puisque c'est elle qui l'utilise et qui a besoin d'être oxygénée. Et là, les références scientifiques s'élèvent à 122 861 ! C'est donc très important… Là aussi, le manque d'oxygène génère du stress. Prenez par exemple le syndrome d'apnée obstructive du sommeil : vous avez les personnes qui respirent et qui ont de l'oxygène, et qui après arrêtent de respirer : il n'y a plus d'oxygène au niveau cellulaire, et "l'usine" qui est chargée de récupérer l'oxygène, puis de créer l'énergie et un métabolite que l'on appelle la mitochondrie, se met en grève : « Puisque tu ne me fournis pas d'oxygène, tu attendras que je veuille bien repartir ! » Et l'oxygène qui revient ne doit pas être utilisé pour fabriquer de l'énergie, mais va l'être pour fabriquer des radicaux libres. On est alors en plein stress oxydatif : il est donc essentiel que la cellule soit oxygénée en permanence. Car, quand on monte en altitude, on n'a pas d'air !

Pollution aérienne et pollution à l'intérieur des maisons : de laquelle faut-il le plus se méfier ?

Le stress quotidien, le vieillissement, une mauvaise hygiène de vie, le tabagisme, la sédentarité, les différentes pathologies, les pollutions de tout ordre vont générer un manque d'oxygène. La pollution aérienne, que vous la voyiez ou non (les fines particules de matière, vous ne les voyez pas), est très dangereuse car elle pénètre dans le sang. N'oubliez pas que l'on a plus de problème avec l'air pollué des maisons qu'avec l'air extérieur ! Et il y a ce que

vous ingérez, que ce soit de l'eau, des salaisons avec des nitrates… Certains médicaments vont aussi provoquer une hypoxie cellulaire. Sans oublier bien sûr ce qui nous pend au nez à l'heure actuelle : les ondes électromagnétiques. Chez les personnes qui sont électrosensibles et chimiosensibles (un syndrome désormais pris en compte), il est reconnu que tout l'arrière de leur cerveau est mal irrigué. Elles ont donc des problèmes d'hypoxie au niveau du cerveau, et c'est très dangereux.

Tout déséquilibre entre apport et demande d'oxygène conduit à une hypoxie tissulaire et va gêner les cellules dans leur fonctionnement. C'est un cercle vicieux. Le manque d'oxygène génère un dysfonctionnement de la mitochondrie, qui induit une diminution d'énergie.

© Luca Galuzzi / Wikipedia

Face Nord de l'Everest vue du Tibet.

Ici on s'oxygène, là-haut, on en manque.

L'énergie est créée sous la forme d'une petite molécule que l'on appelle l'ATP, qui va provoquer le ralentissement de l'activité cellulaire : la cellule va moins fonctionner, moins assimiler, moins éliminer, moins se renouveler, moins communiquer… Cela génère tout un ensemble de dysfonctionnements qui provoquent à leur tour de l'hypoxie. Quand vous êtes obèse, par exemple, vous générez de l'hypoxie, mais l'hypoxie génère l'obésité. C'est le cercle vicieux parfait.

Si l'on se réfère toujours à cette data base PubMed, et que l'on associe des mots avec "hypoxie", on trouvera tous les dysfonctionnements des systèmes qui sont là pour amener cet oxygène au niveau de la cellule, c'est-à-dire le système respiratoire, c'est-à-dire la circulation sanguine…

Il y a des choses qui sont plus inquiétantes : cerveau, cancer, obésité, diabète. Toutes ces maladies sont reliées entre elles et sont reliées à l'hypoxie.

Exemple de relations entre elles : le cerveau, qui représente 2 % du poids du corps, mais 20 % de votre oxygénation (60 % chez le nouveau-né). L'hypertension artérielle, l'obésité, l'inactivité physique, la dépression, le tabagisme, le niveau faible d'éducation – qui, pour le coup, n'est pas relié à l'hypoxie – sont tous des facteurs qui prédisposent aux cas d'Alzheimer. On appelle Alzheimer le diabète de type 3, et je vous en supplie : arrêtez de noyer vos cellules dans du sucre ! La prochaine fois que vous voyez une tarte, vous dites non, je ne veux pas d'Alzheimer donc pas de sucre – allez, une fois de temps en temps, mais c'est tout !

Dans des revues comme *Le Quotidien du médecin* (c'est pour vous prouver que votre médecin est au courant), on a des relations entre toutes les pathologies que je vous ai indiquées : entre l'obésité et le diabète, entre l'obésité et l'hypoxie, entre l'hypoxie et le diabète, entre l'obésité et le cancer, etc. Je vais donc vous expliquer en trois points la relation entre l'oxygène et l'obésité, et le diabète, et le cancer.

D'abord, la relation entre oxygène et obésité. Le professeur De Cristofaro, du centre de Teramo, en Italie, nous a passé cette courbe, où l'on voit de gauche à droite le taux d'oxygène à disposition des personnes en fonction de leur indice de masse corporelle (IMC). Quand on est inférieur à 18, on est généralement anorexique ou malnutri. Eh bien, ces personnes ont 3,02 ml d'oxygène par kilo et par minute à disposition. Une personne d'indice normal (18 à 25) descend à 2,91 ml. Quand on est en surpoids, on descend à 2,73, quand on est en obésité installée, on est à 2,49, et quand on est en obésité morbide (qui génère de grosses pathologies), on descend à 2,42. Donc plus on est gros, moins on a d'oxygène, et il faut de l'oxygène pour maigrir, c'est tout à fait comptable.

Que se passe-t-il ? Pour maigrir, vous devez utiliser la graisse. L'oxygène, c'est un comburant mais, pour obtenir de l'énergie, il faut du carburant. Dans un moteur à explosion, le carburant c'est l'essence ; dans votre corps, il y a deux carburants principaux : le sucre et la graisse.

$C_6H_{12}O_6$, ce n'est pas une insulte, c'est la formule chimique du glucose : pour brûler 1 dose de glucose, il faut 6 doses d'oxygène, qui génère du CO_2 (gaz carbonique), de l'eau et qui donne 4,02 kcal pour 1 g de substrat. Votre cerveau et votre système nerveux utilisent obligatoirement le sucre. C'est pour ça que vous l'aimez autant ! Votre cerveau le réclame, mais si vous le noyez dans le sucre, là, les pathologies commencent.

Vous avez une autre formule, celle d'un acide gras, d'un lipide. Pour brûler 1 dose de lipide, il faut 29 mol d'oxygène (6 pour le glucose, qui vous donne de l'eau et du gaz carbonique) et 9 kcal pour 1 g de substrat. C'est-à-dire qu'il vous faut cinq fois plus d'oxygène pour brûler 1 g de lipide que pour brûler 1 g de glucose, pour seulement deux fois plus d'énergie.

Moins d'oxygénation = plus de graisse

Est-ce que votre corps a le sens de l'humour ? Non, ça se saurait. Si vous manquez d'oxygène, vous allez précieusement conserver votre graisse, d'autant plus que la sœur de la tante de votre grand-mère a réussi à survivre à une famine épouvantable parce qu'elle était capable de stocker la graisse, et que le mari était plutôt attiré par cette femme, capable de porter les enfants parce qu'elle avait de la réserve, et du coup ils ont choisi les gros. Evidemment, ce n'est plus à la mode mais, à l'époque, c'était super.

Seulement, votre cerveau fonctionne comme si on était en période de famine : je n'ai pas assez d'oxygène, alors je préserve mon oxygène et je stocke ma graisse. Donnez de l'oxygène à votre organisme – accompagné d'un petit régime et d'un peu de sport – et, à ce moment-là, votre corps, qui est très intelligent, va utiliser ce surplus de graisse pour obtenir de l'énergie et vous permettre de bouger, d'aller mieux. Faites-lui confiance !

Par rapport au diabète : il y a quelque chose de terrible qui se passe dans votre sang quand vous avez trop de sucre dans le sang, soit parce que vous êtes diabétique, soit parce que vous venez de manger au MacDo et qu'en postprandial vous avez un taux de sucre absolument épouvantable dans le sang : c'est la glycation, la "caramélisation". Une sorte de caramélisation des protéines, qui vont virer au noir, et là ce n'est plus du tout amusant.

Quelle est l'origine de la glycation ? Vous avez du sucre, donc des acides aminés dans le sang, et il se forme une réaction chimique réversible : la glycation des protéines.

Et si vous insistez un petit peu avec un taux de sucre élevé, vous allez avoir un développement réversible d'autres produits, les produits d'Amadori. Cependant, si vous avez beaucoup de produits d'Amadori qui restent dans le sang, ce n'est plus du tout marrant, puisque l'on va passer au stade ultime : l'*advanced glycation end products*. Cela ressemble à de l'humus, et ça en a aussi la structure. C'est-à-dire que vous vous faites de l'humus dans le sang : vous imaginez l'état de votre sang, l'état de vos cellules ! Plus vite les protéines de votre organisme succombent aux réactions de glycation, plus vite vous mourrez… C'est vraiment une question de vie ou de mort.

© Eco-Ecolo.Com

=

42,5 morceaux de sucre

La glycation des protéines augmente la production de radicaux libres et les risques de dégradation de tous les tissus. Vous vieillissez plus vite. Les protéines glyquées augmentent très significativement les marqueurs de l'inflammation ; elles augmentent le risque de maladies auto-immunes, de problèmes rénaux, de problèmes oculaires, de problèmes cardiovasculaires… Ça, ce sont des pathologies que l'on retrouve chez les gens très âgés et chez les diabétiques.

Les protéines glyquées dégradent la structure et les fonctions des membranes cellulaires. Vous avez de petites choses à la surface cellulaire, qui sont des "protéines serrure" : c'est-à-dire que vous allez avoir un messager clé qui va pénétrer dans la cellule et l'informer de tout ce qui se passe autour. Si vous glyquez cette "protéine serrure", c'est comme si vous mettiez du chewing-gum dans la serrure : forcément, vous rendez votre cellule sourde et, en la rendant sourde, vous la rendez muette… Il ne faut quand même pas lui demander de mieux fonctionner après cela !

S'il y a glycation des protéines internes à la cellule – car on n'est pas forcément à la surface cellulaire, on est aussi à l'intérieur de la cellule –, la cellule ne fonctionne plus du tout. C'est un profil que l'on retrouve beaucoup, comme dans le cas de la maladie d'Alzheimer.

On a fait une expérience par rapport à l'oxygène. On a pris du sang et on l'a séparé par centrifugation : en haut le plasma, en bas les globules rouges. On n'a pas touché aux globules rouges, par contre le plasma a été, lui aussi, séparé : une partie n'a pas été traitée et l'autre moitié a été traitée avec un appareil qui génère de l'oxygène. Puis on a réuni la moitié des globules rouges avec la moitié du plasma non traité et l'autre moitié des globules rouges avec le plasma traité à l'oxygène pendant 3 heures. Après, on a évalué les hémoglobines glyquées : sans oxygène et avec oxygène. On a le même sang au départ : ça veut dire que l'oxygène est capable de déglyquer l'équivalent des produits d'Amadori. Si vous avez suffisamment d'oxygène, vous allez empêcher la formation des produits d'Amadori et donc empêcher la formation de cette sorte d'humus dans votre sang. Avouez que ça vaut le coup d'être bien oxygéné !

Pour terminer : l'oxygène et les cancers

Bien sûr, le manque d'oxygène n'est pas seul à l'origine des cancers, ça se saurait… Mais le premier qui a découvert que lorsqu'on mettait une cellule en hypoxie on générait un cancer, c'est Otto Warburg (prix Nobel de médecine en 1931) : c'est donc quelque chose qui est connu depuis très longtemps. Après, on a eu les travaux de Judah Folkman, qui dit que, placée en situation d'hypoxie, la cellule émet un signal chimique qui va générer une vascularisation. C'est-à-dire que vous avez quelques cellules qui ne vont pas très bien, qui se baladent, ou un groupe cellulaire de moins de 3 cm^3 – ce n'est pas un cancer : ce sont des cellules mal parties,

© Laurin Rinder / Shutterstock

© Fotos593 / Shutterstock

mais enfin rien de dramatique – qui émettent ce signal : « Oh les copains, les vaisseaux sanguins, venez un peu vers nous ! » Vous allez me dire alors qu'ils vont leur donner de l'oxygène… Eh non, ils vont leur donner des sucres ! Donc je vous répète : arrêtez de noyer vos cellules avec du sucre !

Les cellules cancéreuses fonctionnent sur le métabolisme de fermentation. Une cellule normale, saine, fonctionne sur le métabolisme d'oxydation, avec des mitochondries en pleine forme. A présent, c'est quelque chose qui est reconnu. Il est reconnu que les cellules cancéreuses présentent 60 à 70 % de mitochondries endommagées ; il est reconnu que les cellules cancéreuses à croissance rapide n'arrivent pas à s'autodétruire. Parce que vous avez un corps qui est absolument magnifique et qui a prévu le cas où il y aurait des cellules mal parties, cancéreuses, avec des virus ou des bactéries… Et vous avez la possibilité d'autodestruction – c'est une destruction propre – et ça s'appelle l'apoptose. Or pour avoir de l'apoptose, il vous faut de l'oxygène, plus de la vitamine D et du calcium. L'apoptose va permettre de réduire la cellule en fine poussière. Les macrophages vont alors passer par là et éliminer ces poussières : plus de cellules cancéreuses, plus de cellules parasitées et tout va bien dans l'organisme.

L'oxygène est utilisé en prévention, mais aussi en accompagnement – pour éviter qu'une tumeur ne métastase, il faut lui fournir plus d'oxygène. Récemment, l'équipe du docteur Michael Sitkowski, qui officie à Boston, a travaillé sur des poumons cancéreux de souris, et ils ont mis en évidence que l'immunothérapie était utile, mais quand il y avait de l'oxygène. C'est un peu compliqué, alors je vais vous expliquer tout ça sous forme de film !

« Nous sommes dans un organisme ville. Tout va bien, sauf dans un quartier. C'est un quartier où il y a beaucoup de fumée, beaucoup de pollution. Comme c'est noir, des éléments étrangers commencent à s'installer : ce sont des parasites. Ils vont prendre la nourriture, ils vont appauvrir les autres. Alors bien sûr, le maire va envoyer les gendarmes lymphocytes. Mais ces étrangers les rejettent et leur imposent de rester en dehors de ça. Survient le général oxygène qui s'informe sur ce qui se passe. Il réveille les gendarmes et les somme de passer à l'action : « A l'assaut de la forteresse, je vais vous donner le moyen pour entrer ! » Les gendarmes enfoncent la porte, les forces spéciales – thérapie, chimiothérapie – arrivent, et le quartier est nettoyé. »

Plus sérieusement, les petites souris ont eu le meilleur effet antitumoral en respirant 60 % d'oxygène en plus pendant 24 heures…

Pour conclure, je ne vais pas vous dire que l'oxygène est unique pour être en bonne santé, mais je vais vous présenter la méthode RASSSSS, que j'aime beaucoup : "R" pour respiration ; "A" pour alimentation ; "S" pour soleil ; "S" pour sport ; "S" pour sommeil ; "S" pour sourire ; et "S" pour sexe… Même si je n'ai pas osé le présenter !

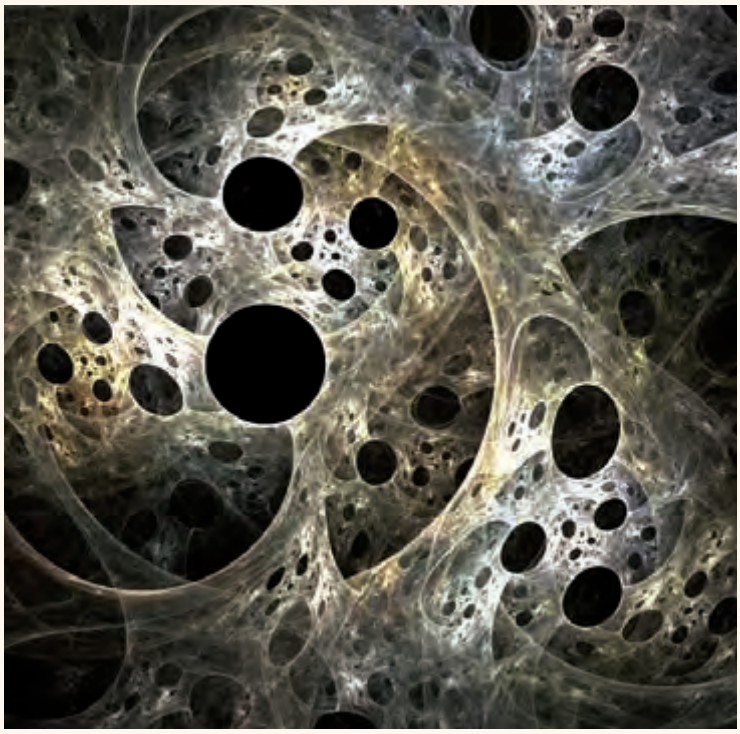
Ostéoporose : quelle prévention ? quels traitements ?

Dr Jean-Pierre Poinsignon, rhumatologue

La situation est la suivante : 6 millions de Françaises de plus de 50 ans qui sont "traitées", 227 M€ de "médicaments" remboursés par l'assureur social, 770 M€ d'hospitalisations liées aux fractures de fragilité osseuse, 10 % de plus d'hospitalisations chaque année entre 2011 et 2013. Cela fait 1 Md€ consacré à l'ostéoporose…

Vous avez remarqué que j'ai mis des guillemets à "traitées" et d'autres à "médicaments". Une femme à la ménopause : 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80 ans… Voilà ce que l'on vous promet à chaque fois. Voilà votre avenir.

Les images sont parlantes : vous voyez ici des vertèbres normales et des vertèbres ostéoporotiques. La question la plus fréquente que l'on me pose en rhumatologie : l'ostéoporose est-elle provoquée par un manque de calcium alimentaire ?



Cette diapositive montre l'incidence de fractures de hanche (col du fémur) et la consommation de calcium par jour. Or l'on s'aperçoit que c'est dans les pays à haute consommation de produits laitiers qu'il y a le plus de fractures de col du fémur.

J'estime que la recommandation française de 1 g de calcium par jour relève d'une nécessité économique nationale et/ou d'une invention lucrative de l'agroalimentaire, mais n'est pas une assurance de santé osseuse. Le mensonge calcique est basé sur du fric, et lorsque l'on vous dit, dans tous les médias, que le lait est bon pour la santé, c'est un mensonge ! C'est l'eau et l'alimentation végétale qui apportent le calcium nécessaire et suffisant à l'organisme humain. Il existe du calcium partout. J'affirme que la carence calcique alimentaire n'existe pas. Le calcaire, c'est le calcium, c'est du carbonate de calcium.

L'os est un tissu comme tous les autres tissus

Tout à l'heure, les orateurs disaient que ce qui était bon pour le cerveau était aussi bon pour le cœur ; je rajoute que ce qui est bon pour le cerveau et le cœur est aussi bon pour notre squelette.

La cellule qui fabrique notre os vivant, c'est l'ostéocyte. Ce n'est ni plus ni moins qu'une cellule vivante qui vit dans ce qu'elle fabrique, et il lui faut de l'oxygène et des nutriments.

L'os est un tissu vivant en remodelage permanent : il y a tous les jours, chez vous et chez moi, une quantité d'os qui se détruit et une autre quantité qui se construit sous l'action des contraintes mécaniques qui lui sont nécessaires pour être en bonne santé.

Le tissu osseux humain – comme celui des mammifères – est une alliance entre la chimie minérale et la chimie organique.

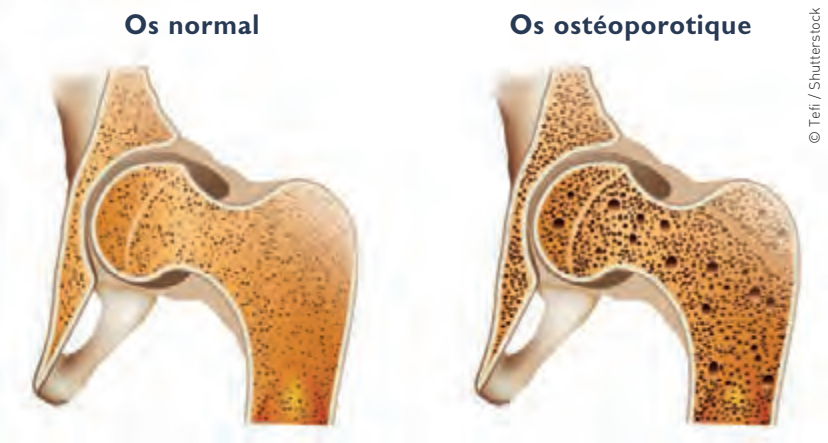
D'abord la partie minérale. On l'appelle le cristal d'hydroxyapatite. C'est un cristal qui est constitué de calcium, mais aussi de phosphore, d'oxygène et d'hydrogène. On vous parle d'ailleurs toujours de calcium, mais jamais de phosphore…

La deuxième partie qui constitue l'os, c'est une protéine qui est la matière organique osseuse la plus importante et qui s'appelle le collagène. Il existe différentes structures du collagène : la structure primaire, la structure secondaire, qui fait un tortillon, et la structure tertiaire, en spirale.

La structure primaire, c'est une suite d'acides aminés simples (hydroxyproline, lysine, glycine, proline). Ce sont des acides aminés qui se mettent en chaîne et qui font des fibres. Cette alliance de molécules organiques et minérales, c'est ce qui fait l'os. Sur cette vue en microscopie électronique, on voit des fibres organisées de collagène, dans lesquelles sont fichés des amas de cristaux d'hydroxyapatite qui ont une forme hexagonale. Voilà ce qu'est l'os : des fibres, du collagène avec une structure minérale.

L'indispensable équilibre acide/base de l'alimentation

Quelles sont les causes réelles de l'ostéoporose ? Essayez de faire abstraction de tout ce que l'on vous raconte à ce sujet, d'apporter un regard tout à fait nouveau pour essayer d'accepter et de comprendre qu'on vous raconte des bobards toute la journée. L'ostéoporose est due à trente ou quarante ans d'alimentation acidifiante et trop salée ; à une sédentarité à l'ombre (manque de soleil) ; à la tabagie et à l'alcoolisme.



© Tefi / Shutterstock

L'alimentation moderne est trop acidifiante. Ne confondez pas l'acidité comme sensation dans votre bouche et l'acidification de votre sang. Le PH sanguin est alcalin. Les mécanismes "tampons" ont recours à la matière minérale osseuse pour rééquilibrer cette constante vitale. Pendant vingt ou trente ans, vous mangez de manière trop acidifiante, et le sang va puiser dans l'os la matière minérale, ce qui va décalcifier le squelette au fil du temps. En effet, le bicarbonate de calcium est un alcalinisant. Lorsque l'on fait de la réanimation, on sait qu'il faut alcaliniser quelqu'un qui est dans le coma ou en période d'acidose métabolique, et on lui passe en perfusion des bicarbonates pour lui donner une chance de survie. Mais aussi pour remettre la constante du sang, qui ne peut faire fonctionner les cellules que dans un milieu alcalin.

En gros, retenez que les nutriments alcalinisants sont les légumes, les fruits, le vin rouge et la bière en pression ! Tout ce qui est végétal. Tout ce qui est acidifiant : céréales, féculents, viande, produits laitiers. On voit que si on supprime uniquement les produits laitiers, on arrive à avoir un équilibre alimentaire en mangeant de la viande, aussi. Or, dans les pays riches, on a une forte propension à consommer de plus en plus de viande. Les Américains consomment 135 kg de viande rouge par an et par habitant, et nous, en France, on en est à 85 kg. Les Africains mangent 10 kg de viande par an et par habitant. En gros, plus le pays devient riche, plus il mange de la viande.

On a perdu l'habitude d'une alimentation végétale. Trop de céréales, trop de viande, trop de produits laitiers, trop de sucres raffinés nous acidifient le sang. Notre mode de vie moderne avec notre sédentarité, notre alimentation acidifiante, nos carences en oligo-éléments, notre surmenage physique qui en rajoute avec le stress, plus certainement d'autres problèmes métaboliques font converger vers l'acidification du sang, qui fait qu'il y a une récupération pour "tamponner", puisque les mécanismes d'élimination de l'acidité par les voies pulmonaires – vous savez que le gaz carbonique que l'on rejette vient de l'acide carbonique – et la voie rénale sont encombrés : on ne boit pas assez, on n'a pas assez d'urine, ce qui fait que l'on ne se débarrasse pas assez de notre acidité. En plus, on mange trop salé. Et plus on mange salé, plus on élimine du calcium.

On ne mange pas assez de fruits et de légumes crus ou peu cuits. Car il faut manger cru ou peu cuit, c'est-à-dire à la vapeur. Il nous manque aussi des éléments importants par défaut d'alimentation végétale, comme la vitamine C : lorsque l'on fait une soupe de légumes et qu'on la réchauffe, il n'y a plus beaucoup de vitamine C après l'avoir réchauffée deux ou trois fois. Donc on part avec une bonne base, puis on détruit ce qui est vital pour nous : la vitamine C est vitale parce qu'elle est indispensable à la synthèse du collagène. Et le collagène, vous savez que c'est l'une des bases organiques du tissu osseux.

Vitamine D, vitamine du soleil

Il y a très peu de vitamine D dans notre alimentation : il faudrait manger 26 œufs ou 1 kg de beurre par jour pour avoir notre dose quotidienne en vitamine D ! Alors aller au soleil, ça multiplie les malchances d'avoir un mélanome, et on n'a plus des peaux qui s'exposent facilement : j'ai l'impression que le soleil chauffe un peu plus que d'habitude, puisque je le supporte de moins en

© auremar / Shutterstock

moins ; nous avons un capital de “supportabilité” des rayons du soleil, mais on a l’impression qu’il y a davantage d’éruptions solaires et que le soleil chauffe toujours plus… Je suis donc obligé de dire que, là, il faut un complément alimentaire d’environ 400 000 unités de vitamine D par an. Personnellement, je ne prescris pas à mes patients d’ampoules de 100 000 unités tous les trois mois, mais je préfère donner 20 gouttes de vitamine D par semaine : je préfère une consommation régulière de vitamine D plutôt que de donner des doses de charge. Je ne suis pas sûr que l’organisme puisse assimiler facilement 100 000 unités tous les trois mois.

Liste des aliments riches en vitamine D

Aliment	Teneur en vitamine D
Huile de foie de thon (1 c à thé)	250 000 U.I. soit 6 250 microgrammes
Huile de foie de flétan (1 c à thé)	12 000 U.I. soit 310 microgrammes
Huile de foie de morue (1 c à thé)	440 U.I. soit 11 microgrammes
Saumon cuit (100 g)	360 U.I. soit 9 microgrammes
Jaune d’œuf (100 g)	350 U.I. soit 8,75 microgrammes
Maquereau cuit (100 g)	345 U.I. soit 8,5 microgrammes
Sardines à l’huile (100 g)	300 U.I. soit 7,5 microgrammes
Thon en conserve (100 g)	300 U.I. soit 7,5 microgrammes
Champignons (100 g)	150 U.I. soit 3,75 microgrammes
Foie de veau (100 g)	50 U.I. soit 1,25 microgramme
Foie de bœuf (100 g)	40 U.I. soit 1 microgramme
Œuf entier (unité)	40 U.I. soit 1 microgramme
Emmental (30 g)	30 U.I. soit 0,75 microgramme
Lait de vache (250 ml)	15 U.I. soit 0,375 microgramme
Beurre (10 g)	4 U.I. soit 0,1 microgramme

Rappel : 1 U.I. = 0,025 microgramme de vitamine D.

L’exercice physique est une nécessité pour avoir un squelette solide

L’os ne peut se construire et se reconstruire que s’il y a des forces qui le traversent. La force de gravité n’est pas suffisante. Il faut des forces de contrainte, de traction, de compression, de cisaillement, de clivage, de pelage qui doivent être réalisées par votre appareil musculaire. On s’aperçoit que les gens musclés ont des os moins ostéoporotiques que des gens sédentaires.

© PhotoSky / Shutterstock

On vit assis, on perd nos fessiers. Le nombre d’heures assis est très important dans une vie humaine : bureau, télé, voiture, déplacements… On amène ses enfants à l’école en voiture, on ne marche plus et on n’apprend plus à nos enfants à marcher.

Donc 6 millions de Françaises de plus de 50 ans traitées et 10 % de plus d’hospitalisations chaque année entre 2011 et 2013 : on dirait que plus on traite des patientes qui ont de l’ostéoporose, plus elles ont de fractures du col du fémur ! Mais les hommes, lorsqu’ils ont une fracture du col du fémur, c’est encore plus grave, en termes de mortalité, que chez les femmes, à qui l’on met une prothèse et le tour est joué.

Nous avons une alimentation moderne et des modes de vie mal adaptés à nos gènes anciens. Les seuils d’intervention thérapeutique sont manipulés. Les traitements proposés sont affligeants : les hormones œstrogéniques (THS) sont affligeantes, car ça n’a jamais traité une ostéoporose. Par contre, elles ont provoqué des tumeurs et beaucoup d’ennuis !

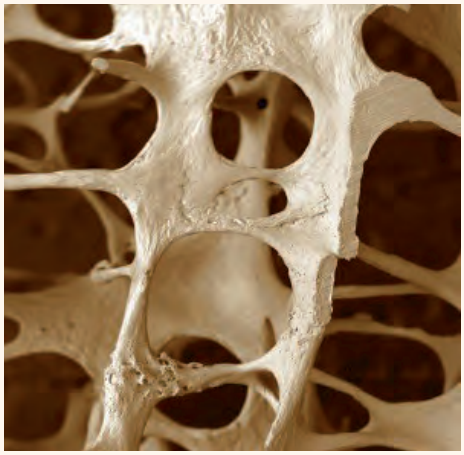
Le fluor, on m’a fait le coup il y a une vingtaine d’années : l’industrie pharmaceutique m’avait expliqué que le fluor faisait monter la densité osseuse – ce qui est vrai –, mais le fluor n’a jamais solidifié un os. L’os devenait plus cassant, et il y avait encore plus de fractures avec le fluor que sans !

On a essayé de me refaire le coup avec les bisphosphonates. Le ranélate de strontium, le fameux Protelos, est à nouveau soumis par l’Agence européenne du médicament à des essais, parce que l’on s’est aperçu qu’il y avait des fractures atypiques de la diaphyse fémorale. Le Teriparatide, qui est une hormone parathyroïdienne, ce n’est pas bon non plus, tout comme la Tibolone d’ailleurs… En bref, sur tous les traitements qu’on nous propose, il n’y en a aucun qui marche ! Et on essaie d’en inventer tous les six mois. Les derniers à la mode, ce sont les anticorps monoclonaux, et le tout dernier, le Prolia, est encore soumis à des essais : il a été mis dans le commerce, mais on vient de s’apercevoir qu’il fragilisait l’os – puisqu’il stoppe le remodelage osseux.

Voici la série des bisphosphonates, avec l’Actonel, le Fosamax, le Didronel, le Bonviva, le Skelid, l’Aredia et le fameux Aclasta. Avec l’Aclasta, on vous propose une perfusion par an, sauf que ça pose de graves problèmes : il y a eu des cas mortels, avec une captation du calcium sanguin et des troubles cardiaques mortels.

Les traitements sont inopérants et/ou dangereux, ils donnent l’illusion d’augmenter la solidité osseuse en augmentant la masse osseuse relative en densité osseuse. Ils sont souvent responsables de fractures atypiques en fragilisant l’os. Je ne vous parle pas des risques d’accidents vasculaires, de thromboses, de cancers, d’ostéonécrose de la mâchoire et d’algies diverses.

L'épidémie d'ostéoporose est arrivée après 1992, suite à une réunion qui a, prétendument, réuni des experts et un médecin de l'OMS, qui ont mis le seuil d'ostéoporose dans un appareil, le densitomètre, et qui ont



parlé du T-score. A partir de 1992, la nouvelle maladie est née : toutes les femmes ménopausées sont susceptibles d'être ostéoporotiques. C'est ce qui m'a fâché avec la moitié des gynécologues de Grenoble – puisque je suis rhumatologue à Grenoble. La moitié de l'humanité est féminine, alors vous pensez bien que le marché était tout de même très important…

Une détection orientée vers un risque majoré pour des résultats sanitaires très décevants : voilà ce qu'est l'ostéoporose. Voici des courbes normales avec une ostéopénie physiologique, soit la perte régulière de 2 % de masse osseuse chez chaque être humain : on perd nos muscles (ce que l'on appelle la sarcopénie), on perd l'élasticité de notre peau (c'est le vieillissement cutané), et nous sommes faits comme ça : nous avons un début, une vie et une fin, voilà tout.

La médicalisation de la vieillesse : des enjeux financiers extraordinaires

On vous prend pour des gogos : on ne pense qu'à votre argent, pas à votre santé. Le principe est le suivant : on vous fait monter sur une machine ; voici la machine à rendre malade ! On établit une zone "maladie" et on va

l'étendre… C'est un peu comme le cholestérol : on abaisse les seuils et on rend malades les gens normaux !

Voici encore les fameuses images qui font frémir les femmes… Alors je plaide coupable en tant que médecin, parce qu'il y a quand même des sociétés savantes comme le Grio (Groupe de recherche et d'information sur l'ostéoporose), des rhumatologues qui sont en connivence avec les laboratoires et qui informent les autres médecins en leur disant comment soigner, quels sont les seuils d'intervention… Tout est manipulé par des puissances financières qui n'ont rien à voir avec la médecine ! Il y a une contamination de la science médicale par des lobbies. Comment une société savante peut-elle être indépendante pour transmettre des connaissances en recevant, pour son fonctionnement, des fonds intéressés ? C'est la question que je pose… Et personne ne me répond !

L'ostéoporose est un état osseux, non douloureux, caractérisé par un risque de fracture à l'évaluation difficile, et qui est majoré par une définition officielle génératrice d'angoisse et d'un avenir post-ménopausique très inquiétant. Voilà ce que je pense de l'ostéoporose. Aux médecins, on fait confondre un risque avec une maladie. J'ai été roulé dans la farine. Et moi, en étant roulé dans la farine, j'ai roulé à mon tour des patientes dans la farine. J'ai été manipulé.

Cette définition officielle aboutit à une consommation médicamenteuse dont l'efficacité est très douteuse et aux risques iatrogènes occultés : cela a beau être marqué sur la notice, c'est indiqué en tout petit ! Alors, lorsque vous prenez des bisphosphonates, du Didronel ou de l'Aclasta, vous ne lisez jamais la liste de contre-indications de ces médicaments, puisque vous faites confiance au médecin.

Maladie dégénérative moderne, polyfactorielle, à prévenir la vie durant, sans croire à la fable calcique ni aux médicaments miracles. Comme dans beaucoup d'autres maladies chroniques dégénératives, les traitements curateurs n'existent pas. L'hygiène alimentaire dès la naissance et maintenue toute la vie, une activité physique en plein air et au soleil construisent et entretiennent un squelette de résistance suffisante pour nous soutenir et nous prévenir des fractures de fragilité osseuse.

Mésothérapie : une alternative comme traitement de la douleur

Dr Christiane Ricard-Meille, rhumatologue

Je ne suis pas vraiment dans le domaine de la prévention avec la mésothérapie, puisqu'on est déjà en traitement de la douleur, mais on peut dire que c'est une thérapie complémentaire et relativement douce.

Comment me suis-je mise à la mésothérapie ? J'étais installée depuis deux ans comme rhumatologue. A l'époque, la formation de rhumatologue était pratiquement une formation de médecine interne. Installée en libérale, j'étais un peu déçue par le manque de thérapeutiques à ma disposition – c'était bien avant 1990 – et je me suis rapidement demandé ce que j'allais faire jusqu'à la retraite en n'ayant que des anti-inflammatoires et des infiltrations à proposer à mes patients.

La mésothérapie est passée par là. Au demeurant, elle a été – j'ose le dire – très critiquée dans les milieux hospitaliers, et on a même refusé que je la mette en place en service de rhumatologie à l'hôpital.

De quoi s'agit-il ? La mésothérapie, c'est le traitement "au milieu". Il y a quatre notions clés à connaître, mais d'abord il faut savoir qu'on injecte, ce n'est pas comme l'acupuncture où il n'y a pas de passage de médicament. La devise du Dr Michel Pistor, qui est son inventeur, c'est "injecter peu, rarement et au bon endroit". Je vais vous expliquer.

Le Dr Pistor était médecin généraliste à Brélu (région Ile-de-France) et c'est lui qui a découvert ce principe de mésothérapie. C'est d'ailleurs lui qui a baptisé la pratique, de concert avec son collègue le Dr Lebel. Il traitait un cordonnier qui avait des attaques d'asthme. A l'époque, en 1952, le traitement s'effectuait avec de la procaïne. Le Dr Pistor administrait donc à son cordonnier de la procaïne à forte dose. Ce patient avait toujours eu de l'asthme, mais il était également sourd, et sa surdité semblait s'améliorer légèrement au fil du traitement. Aussi le Dr Pistor a-t-il eu l'idée d'injecter la procaïne tout autour de l'oreille et, effectivement, la surdité a été très nettement améliorée.

Le Dr Pistor a d'abord travaillé sur les animaux, puisque c'est là qu'on a bien voulu l'accepter, et il a exercé à l'école vétérinaire de Maisons-Alfort dès 1960. La Société française de mésothérapie est née en 1964. Ensuite ce fut au tour des sportifs, toujours avides de nouvelles techniques échappant au dopage – ce qui n'empêche pas la mésothérapie d'être une très bonne thérapie ! L'Académie de médecine a reconnu la thérapeutique comme antidouleur en 1987. Puis l'ANAES (ancienne Haute Autorité de santé) a reconnu la pratique en traitement de la douleur en 2001, avant l'Ordre des médecins en 2002, comme traitement non charlatanesque de la douleur.

Voici l'explication étymologique : mesos veut dire "milieu" en grec. Le mésoderme est un feuillet intermédiaire embryologique qui correspond, en particulier, à la formation des muscles et du derme. Donc le Dr Pistor, ne sachant comment dénommer sa méthode, l'a appelée "meso-thérapie", traitement du mesos en tant que "milieu" et, ici, "mésoderme".

"Injecter peu, rarement et au bon endroit"

Je vais continuer à vous matraquer ce principe essentiel. On fait des injections de vrais médicaments, à savoir tout ce qui entre dans la pharmacopée française. C'est fait à travers la peau. Il nous faut bien sûr un peu de matériel, mais très simple. Bien pratiquées, ces injections sont très peu douloureuses et bien tolérées, même pour les gens qui craignent les piqûres. J'arrive à leur faire accepter cela en leur disant que ça n'a rien à voir avec les infiltrations ou les intraveineuses. Je leur propose juste de faire un test. Je leur fais trois minipoints et, si ça ne va pas, on arrête tout. Mais il n'y a jamais eu personne qui m'ait dit d'arrêter.

Ces injections sont intra-épidermiques. Je vais vous montrer le geste à reproduire sur la peau. Quand je fais ce "nappage", j'ai à la main une seringue et une toute petite aiguille spéciale : la main court alors sur la peau par petites applications successives. Le temps d'expliquer au patient ce que je fais (si je traite par exemple sa colonne vertébrale), je lui demande si tout va bien, s'il pense que ça ira mieux, ce

qu'il a fait la semaine passée… et notre séance peut se terminer là. On a un rapport simplicité, intérêt et puissance du traitement antalgique absolument remarquable.

Voici le schéma de la peau. Notez l'épiderme, le derme et l'hypoderme. Quand je fais le nappage que je viens de vous montrer, je suis dans l'épiderme, et je ne touche pas les vaisseaux sanguins. Je pique donc dans l'épiderme, or vous voyez que les vaisseaux sanguins sont dessous, dans le haut du derme. Conclusion, dans cette méthode, qui est la plus élémentaire, je ne fais pas saigner : je pique, et les gens pensent que je n'ai rien fait. Alors que si !

L'autre principe, c'est de rapprocher le lieu du traitement de la pathologie. On a mal à un genou, on va traiter le genou. Mais il faut le traiter de façon globale. On a mal à la colonne lombaire, il faudra quand même vérifier toute la colonne, parce qu'il faudra probablement traiter la colonne en entier.

Pour revenir au genou, il y a souvent une insuffisance veineuse associée. Donc on va faire les deux membres inférieurs globalement, d'abord le genou le plus touché (déclaré comme le plus gênant), et ensuite le second genou. L'intérêt, c'est la diffusion locale des produits, alors que la diffusion générale va être très faible. Elle n'est pas inexistante, il peut quand même y avoir un petit passage systémique. Dans quelques cas, on fait des points plus profonds. Le passage systémique est donc très peu important, ce qui fait tout l'intérêt de la technique : on balaie ainsi beaucoup de contre-indications aux autres traitements.

Les aiguilles, je vais vous les montrer. Selon moi, rien ne vaut la technique manuelle pour traiter des zones étendues : c'est la technique majeure, la plus rapide, la plus simple et elle très peu douloureuse. On peut aussi s'aider d'un pistolet électronique. D'ailleurs, le premier pistolet a été nommé Pistormatic pour faire honneur à l'inventeur de la méthode… Pour ma part, je n'utilise plus de pistolet. J'ai décidé que c'était très bien à la main, bien plus simple et avec moins de problèmes.

Voici un kit de mésothérapie : vous avez une seringue, vous avez une toute petite aiguille ; la grande aiguille verte, c'est juste pour prélever ; elle nous sert de trocart pour les produits.

On voit un peu mieux la petite aiguille verte, que l'on appelle l'aiguille de Lebel, qui nous sert à faire le nappage. Et là c'est une aiguille un peu plus profonde, avec laquelle, à certains endroits – en particulier au niveau de la colonne, où ça saignera moins qu'ailleurs –, on peut faire des points plus appuyés en mettant un peu plus d'anti-inflammatoires (car vous allez voir que, oui, on injecte des anti-inflammatoires à doses très faibles).

Voici des pistolets électroniques. Les produits, il y en a peu. Quand vous allez prendre un anti-inflammatoire par voie générale, vous allez faire un traitement de 8 à 15 jours, vous allez le prendre par voie digestive (haute ou basse), ça va inonder votre organisme, même là où vous n'en avez pas besoin. D'où le risque d'effets secondaires. Ici, nous avons une action locale. Nous utilisons des décontracturants, des anti-inflammatoires, des anti-œdémateux, des vasodilatateurs, et bien sûr, sans oublier le principal : la procaïne ou la xylocaïne sans conservateur.

J'étais quand même obligée de vous montrer les boîtes et le nom des produits, sinon vous n'alliez rien y comprendre si je vous mettais la liste des génériques. Voici donc la procaïne, le Valium… Eh oui ! En mésothérapie, le diazépam (son nom savant) associé au Mag 2 injectable est absolument remarquable sur les contractures, en particulier cervicales. C'est impressionnant. Voici aussi le Miorel ou équivalent, c'est le thiocolchicoside, un décontracturant musculaire qui, donné par voie orale, provoque des diarrhées assez fortes, alors qu'en mésothérapie il n'y a aucun souci. Ensuite, il y a le Piroxicam, qui est un anti-inflammatoire. Puis un tonique vasculaire, qui nous sert à diluer l'anti-inflammatoire. Parfois (mais de moins en moins, pour ma part), on a la calcitonine, qui a des effets très intéressants localement, alors que, par voie générale, c'est un médicament (d'ailleurs utilisé dans l'ostéoporose ou les tassements vertébraux) très mal toléré ; en mésothérapie, cela passe comme une lettre à la poste.

Est-ce qu'il y a de la cortisone dans la mésothérapie ? Non, non et non. Les produits que je vous ai nommés sont ceux qui nous restent, car beaucoup d'entre eux ont malheureusement disparu ou ne sont pas fabriqués. Mais, si on utilise la cortisone, on appelle ça "infiltration", ce ne sont pas les mêmes profondeurs d'injection. La mésothérapie, ce sont les produits que je viens de vous montrer. Il y a des recommandations très claires à ce sujet depuis 2011. Cela a bien tardé, mais les mésothérapeutes confirmés n'utilisent pas de cortisone et ce depuis les tout débuts. La cortisone en local va quand même passer par voie générale, et il peut y avoir des effets secondaires locaux désastreux.

La mésothérapie est-elle un traitement médical ?

C'est, en effet, uniquement médical, car c'est un traitement d'injections. Les sages-femmes ou autres, pour le moment, ne sont pas habilitées à le pratiquer, ni ne sont formées à cela. Il faut donc des praticiens formés ; maintenant, il y a des DU (il y en a un à Lyon, d'ailleurs), mais ça a été long ! Si vous voulez contacter un médecin mésothérapeute – qu'il soit rhumatologue ou non, d'ailleurs – qui connaisse la technique et ses indications, il y a la Société française de mésothérapie, qui recense les praticiens adhérents et formés.

Notre pratique a été reconnue comme traitement antidouleur après bien des difficultés. Quand vous allez chez votre médecin faire une séance de mésothérapie, il n'y a pas de cotation des actes particulière ; en fait, maintenant, c'est compté comme une consultation. Il avait même été proposé une cotation très inférieure à la consultation elle-même, ce qui était évidemment inacceptable.

Les indications principales pour la douleur, c'est médecine du sport et rhumatologie, bien sûr. Les migraines, cela fait aussi partie de la douleur, mais je n'en parlerai pas ici.

Je vais donc traiter les indications en médecine du sport et en rhumatologie. Au préalable, on reprend l'idée, que j'apprécie beaucoup, d'un de nos collègues qui dit que, lorsque nous sommes en consultation médicale, nous devons faire d'abord un diagnostic. Quand il m'arrive de recevoir des patients qui me disent : « Bonjour Docteur, je viens vous voir car j'aimerais essayer la mésothérapie : il paraît que c'est bien ! » ils sont tout surpris que je leur demande leurs radios, leurs scanners… Il faut d'abord faire un diagnostic et voir si cela est nécessaire, ou non.

Ensuite, il faut traiter les causes, si possible. Si j'ai une sciatique, il faut essayer de trouver ce qui l'a déclenchée, et tout cela débouche sur cette notion de terrain, d'alimentation, d'équilibre acide-base, etc. J'appelle ça un plan global de traitement : le port de semelles, la ceinture, la rééducation, l'ostéopathie, la cure thermale, l'EFT (technique dérivée de l'acupuncture)… Effectivement, nous sommes là pour dire : « Voilà ce que je peux faire dans mon rayon, mais il y aurait également ça à faire. » Un diagnostic, donc, avec un interrogatoire précis.

Des indications qui découlent souvent de contre-indications aux autres traitements

Prenez la prise d'anticoagulants. Aujourd'hui, nous n'avons pas de contre-indication totale pour infiltrer quelqu'un, parce que, en tant que médecin, je fais tout ce que je peux pour mes patients – l'essentiel, c'est qu'ils aillent mieux – et, quand il faut ponctionner un genou énorme, très douloureux et l'infiltrer, je le fais. S'il y a prise d'anticoagulants ou diabète, si on a des contre-indications ou précautions d'emploi pour les corticoïdes, on va pouvoir proposer la mésothérapie. Et puis il y a des gens qui ne vont supporter aucun médicament ou qui vont les refuser. Par exemple, beaucoup de gens ne veulent pas d'anti-inflammatoires. Et puis il y a ceux qui ont choisi d'être traités selon leur connaissance, et là c'est une discussion : ils me disent qu'ils ne veulent pas de médicaments, pas d'infiltration… Forcément, je vais leur proposer la mésothérapie. Et je ne fais pas de faute : je propose une méthode de traitement de la douleur tout à fait valable, simplement j'explique les avantages et les inconvénients de chaque méthode.

Un maître mot, car nous avons eu beaucoup de détracteurs à ce sujet : la question des infections cutanées. L'asepsie, c'est majeur. Cela a été confirmé par nos instances et on ne peut pas le contester : on pique, donc ça doit être parfait. Evidemment, le cabinet médical doit être parfaitement propre ; on doit se désinfecter les mains ; on désinfecte la peau que l'on va piquer ; on utilise un matériel à usage unique. A l'époque où j'utilisais encore le pistolet, on avait tout un système de tubulures, d'aiguilles intégrées, de gâchettes… Tout était à usage unique, mais c'était une usine à gaz pour monter cela à chaque patient, et ça finissait par devenir assez décourageant, mais là au moins c'était sûr.

© VectorLifestylepic / Shutterstock

En médecine du sport – puisqu'après les chevaux, le Dr Pistor a commencé par les sportifs –, l'indication majeure concerne les entorses ; mais il y a aussi les claquages musculaires, les contractures, parfois les suites de chirurgie. Vous voyez ici un genou après arthroscopie (probablement un problème de ménisque), et le patient n'est pas très content car il ne récupère pas en un mois, comme le lui avait promis le chirurgien. La mésothérapie va accélérer la récupération de cet état inflammatoire post-chirurgie. Là, c'est une opération sur le tendon d'Achille, pour laquelle il peut y avoir des phénomènes inflammatoires persistants et douloureux. La mésothérapie va réduire la durée d'évolution. Vous avez aussi toute une variété de tendinites : l'épaule, la main, le coude…

Vous savez, la frontière entre la rhumatologie et la médecine du sport, ce sont les tendinites d'épaule, avec ou sans calcification. Quand vous voyez ce schéma – et encore, on n'est ni en ostéoporose ni en pathologie inflammatoire –, vous vous dites qu'il est vraiment temps d'arrêter les produits laitiers. Ça s'encrasse, on vous l'a déjà dit, et il y a un problème d'équilibre acido-basique.

Concernant l'arthrose du genou maintenant. Pour ma part, j'ai énormément traité l'arthrose du genou avant que l'on ait les traitements actuels, que l'on nomme viscosupplémentations, qui sont des injections intra-articulaires d'acide hyaluronique. Avant d'avoir cet acide hyaluronique, excellent produit, je traitais les arthroses du genou avec la mésothérapie – il y avait un protocole – et j'ai obtenu des résultats formidables. Je me demande même si, avec l'expérience que j'en aie, il y a une différence de résultat, pour le genou, entre la mésothérapie et cette fameuse viscosupplémentation.

L'arthrose rachidienne réagit bien, elle aussi. Ce n'est pas du 100 % : il y a des cas où il faudra faire autre chose, mais en arthrose cervicale ou même en contracture simple (cervicales, muscles trapèzes), on a souvent un résultat remarquable, parfois même inespéré.

Donc en rhumatologie, on a les sciatiques, la névralgie cervico-brachiale, toutes les autres névralgies qui atteignent la tête, et même l'arthrose de cheville. Pour ma part, j'ai vu des gens à qui l'on disait que leur cheville était bousillée et auxquels on a fait de la mésothérapie, parce que, de toute façon, les infiltrations, ce n'est pas terrible. Certes, on ne voyait pas d'amélioration évidente sur les radios, mais les gens pouvaient marcher.

En ce qui concerne les mains, ce n'est pas évident de piquer les nodules de l'arthrose des doigts, car c'est douloureux. Ce sont des zones hypersensibles, très fines et il faut du doigté… Sur ce schéma, vous voyez qu'il y a de grosses veines sur les poignets, et qu'on ne les fait pas saigner.

© Severe hallux valgus deformity. Wikipedia

Quant à l'arthrose du pied – l'hallux valgus –, là aussi c'est douloureux et pénible, mais des gens nous le réclament parfois en attendant une chirurgie.

Combien de séances sont nécessaires ?

Contre toute attente, il n'en faut pas beaucoup, puisque l'intérêt de cette méthode est l'économie à tous points de vue.

En rhumatologie, j'appelle souvent le départ du traitement le "traitement d'attaque", qui peut être (par exemple, sur une arthrose du genou ou de colonne lombaire) de trois à cinq séances. On va adapter les délais selon les gens, mais les trois premières séances seront relativement rapprochées : on appelle cela l'accrochage thérapeutique. A la première séance, je dis à mes patients : « Soit vous ne sentez rien et ce n'est pas grave ; soit vous êtes aggravé, mais ce n'est pas grave non plus ; soit vous allez être amélioré, et puis tant mieux ! » Sinon, ce sera la deuxième ou la troisième… En général, après la troisième, il s'est passé quelque chose.

J'ai quand même vu des choses qui m'ont un peu révoltée : quand vous faites un traitement de mésothérapie à un patient (ou un autre traitement d'ailleurs) et que ça ne marche pas, il faut reprendre notre diagnostic. On peut peut-être avoir manqué quelque chose. On ne va pas s'acharner à faire dix séances de méso ou même d'infiltrations si ça ne marche pas ! C'est qu'il y a une erreur quelque part, qu'il faut rechercher.

Le traitement d'entretien sur ces arthroses, qui sont des pathologies chroniques, peut être d'environ une séance tous les deux à trois mois. Pour imager l'affaire, je leur dis que c'est un rappel, et là ils comprennent mieux.

Les complications maintenant. On nous a reproché d'être dangereux, de balancer des anesthésiques locaux à tout-va, de risquer des chocs, de faire saigner les patients abondamment et qu'il y avait eu des infections.

En ce qui concerne les réactions allergiques, sachez qu'on interroge toujours le patient sur son passé. Ensuite, au moindre doute, on fera une séance de tests et puis, progressivement, on arrivera au mélange total si tout se passe bien. Cela m'est arrivé très récemment : un monsieur avait une pathologie grave d'arthrose de cheville après chirurgie – franchement, si je n'avais pas la mésothérapie, je n'aurais rien eu à lui proposer à part la prothèse ! – et il me dit qu'il est allergique à tout, en particulier aux anti-inflammatoires. On l'a testé très progressivement sur deux séances, et il n'a absolument pas fait d'allergie, même au mélange complet, et maintenant il peut marcher !

Les hématomes ? Oui, avec certains pistolets, si vous piquez profond… Et puis je pense qu'il doit y avoir le coup de main. Se méfier quand même pour les gens qui sont sous anticoagulants, mais je n'ai jamais eu d'hématomes importants, mis à part de minuscules petits bleus sur un ou deux points d'injection.

Les infections bactériennes, oui, et il y a eu des procès. Dans les années 2006-2009, il y a eu des enquêtes, et on s'est rendu compte que les règles d'asepsie n'étaient pas totalement respectées. Des accidents graves se sont produits et ont conduit, comme on l'a dit plus avant, à reconsidérer notre mode de fonctionnement.

La conclusion reste : « Peu, rarement et au bon endroit. » C'est économique et ça fait partie d'une prise en charge globale au niveau du diagnostic et du traitement.

Les conférences santé des 21 et 22 mai

THÈME 1
Le fonctionnement du cerveau

Plasticité et régénération du cerveau

Dr Pierre-Marie Lledo, neurobiologiste

Les bénéfices de l'hypnose

Dr Jacques Fumex, gastro-hépatologue, hypnothérapeuthe

Vivre mieux avec la méditation en pleine conscience

Dr Viviane Belleoud, algologue

L'EMDR pour reprogrammer le mental

Dr Anne Dumont, psychiatre

Vers un intestin spirituel

Dr Philippe Fiévet, nutritionniste

La nutrition cellulaire active et le fonctionnement neuronal

Dr Claude Lagarde, pharmacien, biologiste

THÈME 2
Prévenir les maladies

Alimentation et prévention des cancers

Pr Henri Joyeux, cancérologue

Le nouveau régime méditerranéen : protéger sa santé et la planète

Dr Michel de Lorgeril, expert en cardiologie et nutrition

Pratiquer la cohérence cardiaque

Mme Pénélope Restoy, diététicienne nutritionniste

Mieux connaître son sommeil : de la physiologie à la pathologie

Pr Frédéric Roche, physiologiste

Dormir sans médicaments... ou presque !

Dr Patrick Lemoine, psychiatre

Prévention et maladies neurologiques

Dr Bernard Croisile, neurologue

La naturopathie, une approche globale de la santé

Mme Carole His, naturopathe

THÈME 3
Se soigner

Agir contre l'obstruction nasale : les clés d'un mieux-être respiratoire et vital

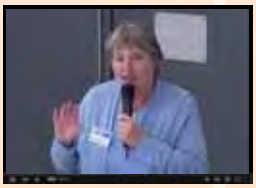
Dr Marianne Cayatte, ORL et allergologue

L'acupuncture : de la médecine traditionnelle chinoise aux pratiques modernes

Dr Béatrice Paquier, anesthésiste acupuncteur et hypnothérapeute

Homéopathie : préserver et utiliser son potentiel santé

Dr Christelle Charvet, gynécologue et homéopathe



Oxygénation et pathologies dégénératives

Dr Béatrice Mercier, biologiste

Ostéoporose : quelle prévention ? quels traitements ?

Dr Jean-Pierre Poinsignon, rhumatologue

Mésothérapie : une alternative comme traitement de la douleur

Dr Christiane Ricard-Meille, rhumatologue

Postface

A l'aube de ce XXIe siècle, comprendre les mécanismes qui président au fonctionnement cérébral constitue certainement le plus grand défi pour l'humanité en matière de santé publique. La neuroscience a acquis aujourd'hui le statut d'une discipline porteuse d'espoir qui révèle, chaque jour un peu plus, les mystères du fonctionnement cérébral. Cette édition des journées anniversaire de la MTRL aura permis de brosser un état des lieux précis des découvertes les plus récentes et d'établir une ligne prospective.

Qu'avons-nous appris ? Que le cerveau n'est pas un ordinateur… puisqu'il ne cesse de se transformer en fonction de notre alimentation, de ce que nous ressentons ou faisons avec lui. Avec ses 100 millions de milliards de connexions, le cerveau humain n'a pas d'équivalent dans le monde informatique. Durant cette rencontre, nous avons compris combien cette masse grisâtre d'un kilo et demi était susceptible de se modifier par l'usage de méthodes alternatives à la prise de médicaments : naturopathie, EMDR, hypnose, méditation en pleine conscience, cohérence cardiaque… Nous avons appris également que le stress ou l'anxiété agissaient comme de puissants freins à la plasticité cérébrale, et que la flore intestinale était un partenaire crucial pour le bon fonctionnement de notre cerveau. En somme, et contrairement à une idée reçue, nous pouvons encore garder un cerveau tonique en vieillissant… à condition de le stimuler, bien sûr. S'émerveiller par l'acquisition de connaissances nouvelles, résister à l'infobésité, avoir une bonne hygiène de vie en évitant la sédentarité participent à la préservation d'un cerveau au meilleur de sa forme.

Pour bien fonctionner, le cerveau a besoin que l'on soit en bonne santé, physiquement mais aussi psychologiquement. Le stress est l'un de ses principaux ennemis. On a donc tout intérêt à traiter immédiatement les situations de stress chronique et de dépression, notamment par des pratiques nouvelles que les intervenants de ces deux journées ont exposées avec brio.

Si le XIXe siècle a été le siècle de la chimie, le XXe celui de la physique, aujourd'hui nous sommes entrés de plain-pied dans l'ère de la neuroscience. Le consensus mondial qui pousse à rassembler toutes les forces intellectuelles de la planète autour de ce sujet rappelle d'autres initiatives prises au sortir de la Seconde Guerre mondiale autour de l'énergie, de l'exploration spatiale ou du séquençage génétique. Désormais, c'est le siècle du cerveau qui s'ouvre à nous ! Gardons-nous cependant d'utiliser une rhétorique trop prometteuse. Restons sages en prenant bien soin de cet organe qui mérite toute notre attention !

Pr Pierre-Marie Lledo,
neurobiologiste à l'Institut Pasteur
directeur de recherche au CNRS

TRANSCRIPTION : CHARLOTTE MOUNARD/CHRISTIAN CHARRON. RÉALISATION GRAPHIQUE : SYLVAINE BAEYENS.

Mutuelle et Santé est la revue d'information des adhérents de la MTRL, une mutuelle interprofessionnelle devenue le partenaire du Crédit Mutuel et du CIC. En liaison étroite avec les ACM, elle a en charge la promotion de la prévention et de la qualité de santé, au moyen de conférences médicales thématiques et, dans sa revue, d'articles de professionnels de santé reconnus avec lesquels elle a tissé des relations solides et durables.