



Comment éviter la « fracture » du cœur ?

Comprendre comment votre cœur fonctionne pour mieux le protéger

02

Pourquoi certaines personnes font un infarctus... et d'autres pas ?

06

Prévention naturelle de l'infarctus du myocarde

13

En pratique : tout ce que vous pouvez faire dès maintenant

26

En bref - Le danger du fluor pour nos enfants

31

La plante du mois - Le millepertuis

32

Conseil de lecture - Fausses pandémies, vrais mensonges

32

L'infarctus n'est pas une fatalité, à condition de comprendre ce qui le provoque... et comment l'éviter. Ce dossier vous livre des stratégies précises, naturelles et validées pour préserver votre cœur. Alimentation ciblée, hygiène de vie, phytothérapie, compléments : chaque piste est claire, concrète et accessible. Vous apprendrez à repérer les signaux d'alerte, à évaluer vos risques et à renforcer vos défenses. Ce nouveau guide du Dr Ménat est à la fois pratique et éclairant, pour vivre plus longtemps en meilleure santé.

Le cœur est un des organes indispensables à la vie et celui qui est source d'environ un tiers des décès dans le monde. Pourtant, c'est l'un des plus simples de notre organisme. Il correspond à une pompe qui fait circuler le sang dans tout notre corps. C'est un muscle, un peu complexe, avec plusieurs cavités, mais ça reste un muscle.

En même temps, il est aussi un organe symbolique majeur. « Avoir du cœur », « parler avec son cœur », « tu me brises le cœur », « avoir quelque chose sur le cœur », « ça me tient à cœur »... Que d'expressions utilisent le mot « cœur » bien au-delà de sa fonction première de « simple » pompe.

Même les poèmes parlent de ce cœur qui est bien plus qu'un simple organe.

« Mon cœur me dit que c'est ta fête
Je crois toujours mon cœur quand il parle de toi
Maman, que faut-il donc que ce cœur te souhaite ?
Des trésors ? Des honneurs ? Des trônes ? Non, ma foi !
Mais un bonheur égal au mien quand je te vois. »

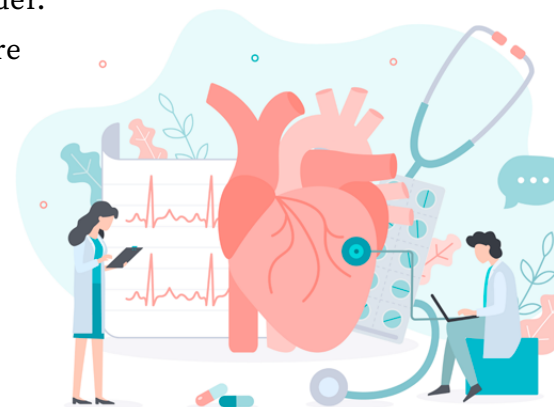
Victor Hugo (1802-1885)

« À maman », 27 septembre 1816.

Car le cœur, c'est sûrement le centre de l'amour, bien plus que notre cerveau !

Comprendre le rôle symbolique du cœur est essentiel pour un être humain qui veut vivre en harmonie avec la nature et ses semblables. Il est probable que nombre d'affections du cœur doivent aussi être comprises en fonction de la place « émotionnelle » du cœur. Nous aurons l'occasion de parler du rôle du stress sur les risques d'infarctus, mais, dans ce dossier, ce sont surtout les causes physiques de cette pathologie cardiaque que je vais aborder.

Comment réduire votre risque d'infarctus, voilà le but de ce nouveau dossier qui pourrait vous aider à vivre plus longtemps en meilleure santé.



Comprendre comment votre cœur fonctionne pour mieux le protéger

Le cœur n'a pas de rides, seulement des cicatrices » a écrit l'auteur français Roger Vrigny.

Mais au fait, c'est quoi un infarctus ? Et quelles sont ses conséquences ? Pourquoi est-ce si fréquent ? Essayons d'abord de mieux comprendre cette affection toujours grave.

L'infarctus, quand le cœur se brise pour de bon

Tout le monde connaît le nom de cette terrible maladie, qui peut parfois s'abattre sur un individu sans prévenir. Mais à quoi correspond-elle précisément ?

Le mot « infarctus » désigne, en médecine, la nécrose (mort) d'un tissu ou d'un organe due à une interruption soudaine et prolongée de l'apport sanguin, généralement causée par l'obstruction d'une artère. Cette obstruction peut résulter d'un caillot (thrombose), d'une plaque d'athérome ou d'une embolie (caillot qui migre d'un autre endroit et vient se coincer dans une artériole plus petite). On peut faire un infarctus de n'importe quel organe, puisqu'ils dépendent tous d'un apport en sang suffisant.

L'infarctus du myocarde (IDM), qu'on appelle parfois « crise cardiaque », correspond à la mort d'une partie plus ou moins importante du muscle cardiaque, le myocarde. Mais un infarctus peut concerner d'autres organes, comme dans l'infarctus cérébral (AVC ou accident vasculaire cérébral), mais aussi l'intestin, le rein, le poumon et tous les autres, du plus grand au plus petit.

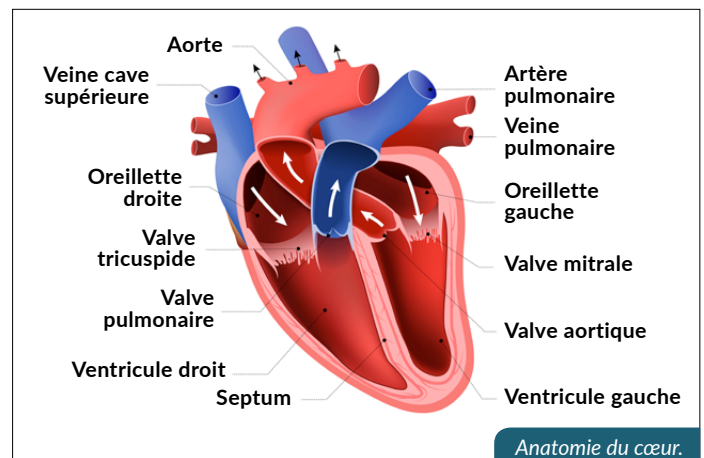
La cause de l'IDM est simple à comprendre : une **occlusion des artères coronaires** qui apportent le sang au cœur. Car, même si le cœur est un organe rempli de sang, ce n'est pas ce sang qui lui permet de vivre, mais celui qui est apporté par trois artères coronaires et qui nourrissent ce muscle cardiaque.

En pratique, deux artères principales partent de la base de l'aorte (la très grosse artère qui sort du cœur pour irriguer tous les organes du corps) pour nourrir le cœur : une coronaire droite qui irrigue principalement le ventricule droit et une coronaire gauche, qu'on appelle « tronc commun », car elle se divise très vite en deux artères coronaires : l'artère interventriculaire et l'artère circonflexe. C'est pourquoi on dit souvent qu'il existe trois artères coronaires principales. Ces grosses artères vont donner un certain nombre de branches plus ou moins importantes qui portent le nom de « marginales » ou de « diagonales » pour les principales.

Quand une artère se bouche, les cellules qui se trouvent en aval ne reçoivent plus de sang et meurent. C'est l'infarctus. Suivant la position de l'obstruction (en médecine on parle de « sténose »), l'infarctus sera plus ou moins étendu. Il peut être très limité ou bien plus massif. Dans ce deuxième cas, le muscle cardiaque va s'arrêter de battre et c'est la mort instantanée !

Les symptômes de l'infarctus

Heureusement, dans la majorité des cas, la sténose de l'artère n'est pas brutale, mais progressive. La partie du cœur correspondante ne meurt pas. Elle va souffrir du manque partiel d'oxygène.



Anatomie du cœur.

Cette souffrance est ressentie par le malade comme une sensation d'étau dans la poitrine : c'est la fameuse « angine de poitrine » (qui n'a rien à voir avec l'angine courante qui fait mal à la gorge et qui, elle, est d'origine infectieuse).

Dans l'angine de poitrine (ou angor), il n'y a aucun microbe en cause. Le mot « angine » vient de angere qui veut dire « serrer » en latin. Et c'est bien ce que ressent le patient qui souffre d'angor : un serrement au milieu de la poitrine.

L'infarctus est donc une maladie des artères, et sa prévention s'intègre donc dans la prévention cardiovasculaire globale dont nous allons parler dans ce dossier.

Si cette prévention n'est pas suffisante et qu'on ne fait pas de dépistage précoce, il faut bien comprendre qu'en cas d'infarctus, une partie du cœur est « morte » et le muscle cardiaque sera plus ou moins altéré de façon définitive, avec toutes les conséquences sur le confort de vie et l'autonomie.

— L'angine de poitrine : la première alerte

L'infarctus est toujours lié à l'obstruction **complète** d'une artère coronaire. Heureusement, cet événement grave est souvent précédé par des douleurs dites d'angine de poitrine qu'il faut savoir dépister et reconnaître pour éviter d'en arriver à un infarctus.

L'angine de poitrine (ou angor) est liée à un **rétrécissement** d'une ou de plusieurs artères coronaires qui entraîne une baisse du débit sanguin dans une partie souvent limitée du cœur. Au repos, cette baisse de la perfusion est sans conséquence, mais, dès qu'on fait un effort, le myocarde se met à battre plus vite et réclame plus d'oxygène. C'est à ce moment-là que le débit sanguin va être insuffisant et la douleur angineuse va apparaître, car le muscle cardiaque souffre de ce manque d'oxygène.

Il faut bien connaître les symptômes de l'angine de poitrine, car ils sont les prémices d'un infarctus et il est donc essentiel de consulter un médecin si vous présentez ces symptômes, et même s'ils ne sont pas très « typiques ».

Voici les principaux symptômes de l'angine de poitrine ou angor :

1. Le patient décrit une constriction plus ou moins forte et douloureuse. Il exprime souvent cette notion en disant « ça me serre » dans la poitrine.

2. La localisation est très importante. Elle se situe au milieu, derrière le sternum. Elle n'est, en théorie, jamais à gauche autour du sein.
3. La façon dont le patient décrit la douleur est très évocatrice. Il va la montrer en appliquant la main sur le sternum. C'est une douleur étendue, souvent en barre entre les deux seins. Elle n'est jamais montrée du doigt. Si le patient montre une douleur de la pointe du doigt en disant que c'est comme une aiguille, alors il s'agit dans la plupart des cas d'une douleur dite « neurotonique », parfois appelée « intercostale » dans le langage populaire. Les médecins parlent de précordialgies, qui ne sont jamais en lien avec une angine de poitrine ou un infarctus.
4. Des irradiations sont possibles, en particulier vers le bras gauche ou la mâchoire. Ce doit toujours être une douleur constrictive qu'il faut différencier des névralgies qui irradient aussi le long du bras, mais sont d'origine rhumatismale ou ostéopathique.
5. Les circonstances d'apparition sont essentielles. Une douleur neurotonique apparaît souvent au repos. Une douleur d'angine de poitrine apparaît **presque toujours à l'effort** et sera calmée par l'arrêt de l'effort. Il existe deux autres circonstances d'apparition. D'abord, le stress. Un grand stress, une peur, peuvent donner de véritables douleurs angineuses, parfois liées à un spasme de l'artère coronaire. On voit parfois des patients assez sportifs ressentir une douleur assez typiquement angineuse qui intervient au début de l'effort, puis qui passe en poursuivant cet effort. On parle de « blockpnées d'effort », qui sont aussi un symptôme d'angor et doivent faire déclencher un bilan cardio-vasculaire. Certaines douleurs angineuses peuvent intervenir en pleine nuit, surtout entre 2 et 4 heures. Cela peut être lié au stress inconscient pendant la nuit et les rêves, mais on incrimine aussi les apnées du sommeil et l'obésité. Près de 20% des IDM ont lieu la nuit alors que l'effort est théoriquement la cause principale.

— Le diagnostic : quand faut-il s'alarmer ?

Comme l'infarctus est la mort définitive d'une partie du myocarde, il est important à la moindre suspicion de symptômes d'angor d'envisager un bilan cardio-vasculaire chez un cardiologue.

Le cardiologue va alors réaliser un électrocardiogramme (ECG) au repos et une échographie cardiaque.

On pourra aussi faire doser dans le sang la troponine qui, en cas de menace d'infarctus, sera augmentée.

On va également rechercher les différents facteurs de risque, car il est rare, mais possible, d'avoir une angine de poitrine sans facteurs de risque. Nous y reviendrons dans un prochain chapitre.

Si le bilan laisse suspecter un infarctus ou sa menace, le patient bénéficiera d'une coronarographie en urgence afin de voir si des artères sont bouchées et pouvoir ainsi les déboucher (voir plus loin).

S'il ne s'agit que d'une suspicion d'angine de poitrine sans infarctus, le cardiologue pourra envisager une épreuve d'effort qui peut se dérouler de différentes façons. Le but est, dans tous les cas, d'accélérer le rythme cardiaque et d'explorer le cœur à ce moment particulier pour voir s'il souffre d'un manque d'oxygène et dans quelles proportions.

Cette épreuve d'effort peut aussi déclencher la douleur d'angine de poitrine. C'est donc un examen comportant un risque potentiel et il doit être réalisé exclusivement dans un centre médical disposant d'un service de réanimation cardiaque.

L'épreuve d'effort est un examen important. Si elle est négative, elle élimine presque à coup sûr l'angine de poitrine.

Sinon, elle peut être positive c'est-à-dire que « cliniquement » une douleur apparaît à l'effort et/ou « électriquement » (anomalie détectée à l'ECG). C'est la concomitance des deux qui signe l'atteinte coronarienne.

On peut également faire une scintigraphie myocardique à l'effort qui permet de visualiser la zone du myocarde qui manque d'oxygène à l'effort.

Mais pour finir, si les bilans font suspecter des lésions coronariennes, on proposera au patient de passer une coronarographie. Cet examen radiologique se fait en injectant un produit de contraste directement dans les artères coronaires, ce qui permet de visualiser leur morphologie exacte et de mettre en évidence d'éventuelles sténoses de ces artères.

Pour aller plus loin

Pour lire mon décryptage sur la coronarographie, rendez-vous dans l'annexe de ce dossier à cette adresse : https://www.guerir-bien- vieillir.com/pages/Suite_dossier97



L'insuffisance cardiaque : quand le cœur n'y arrive plus

« Le cœur de l'homme est comme l'habit du pauvre ; c'est à l'endroit où il a été raccommodé qu'il est le plus fort. » Si cette belle citation de Paul Brulat (1866-1940) est vraie sur le plan symbolique et émotionnel (bien que ce soit discutable), ce n'est pas le cas en cas d'infarctus, qui laisse une cicatrice et une fragilité réelles et définitives.

Le cœur est un muscle qui doit se contracter entre 50 et 80 fois par minute (et bien plus en cas d'effort) pendant toute notre vie. On comprend à quel point ce muscle particulier est important et soumis à des efforts continus.

Le terme « insuffisance cardiaque » veut dire que le cœur ne remplit plus sa mission, son travail, qui est d'envoyer du sang vers tous les organes.

On peut diviser ces insuffisances cardiaques en trois causes :

- les suites d'infarctus ;
- les suites d'autres maladies, parfois très spécifiques et assez rares, que je ne détaillerai pas ici ;
- le vieillissement normal ou accéléré qu'on constate chez certaines personnes à partir d'un certain âge sans lien avec un infarctus. Il peut être aggravé par le vieillissement des valves du cœur qui l'empêche de fonctionner correctement.

Dans tous les cas, on observe les mêmes symptômes :

- un essoufflement (ou dyspnée) puisque les organes sont mal oxygénés ;
- une fatigue qui en découle automatiquement ;
- des œdèmes des membres inférieurs et parfois du poumon avec un risque d'OAP (œdème aigu du poumon) pouvant entraîner le décès du patient.

On comprend à quel point cette insuffisance cardiaque peut être handicapante et parfois grave. Les patients qui ont survécu à un infarctus (le cœur ne s'est pas arrêté définitivement) pourront finir par décéder d'insuffisance cardiaque.

Je ne détaillerai pas cette pathologie ni sa prise en charge dans ce dossier, mais sachez qu'on diagnostique et surveille les insuffisances cardiaques essentiellement par l'échographie du cœur, qui permet de bien analyser le fonctionnement de ses différentes cavités ainsi que la qualité des valves cardiaques.

Des chiffres qui font froid dans le dos

Les maladies cardio-vasculaires (MCV) représentent une des principales causes de morbidité et de mortalité en France. Elles incluent des pathologies comme les maladies coronariennes (dont l'infarctus du myocarde), les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'insuffisance cardiaque et les maladies vasculaires périphériques.

Selon les données de Santé publique France, les MCV sont responsables d'environ 140 000 décès par an, soit près d'un quart des décès totaux dans le pays. Elles touchent davantage les hommes que les femmes, bien que l'écart tende à se réduire avec l'âge, notamment après la ménopause chez les femmes.

La mortalité par MCV a diminué de manière significative depuis les années 1980, grâce aux progrès de la cardiologie interventionnelle et à une réduction (encore insuffisante) du tabagisme.

En réalité, le nombre d'infarctus n'a pas réellement diminué, mais il intervient plus tardivement, ce qui permet d'augmenter l'espérance de vie. Les progrès de la cardiologie ont un impact certain sur cette augmentation de l'espérance de vie. Mais il faut bien mourir un jour et ceux qui échappent au cancer finissent souvent par décéder à cause du cœur.

Si la mortalité cardio-vasculaire recule, les maladies du cœur et des artères restent fréquentes. Les AVC ne cessent d'augmenter depuis 30 ans, entraînant de nombreuses séquelles et handicaps dans la population touchée. Il y a environ 150 000 AVC par an en France entraînant la mort de 30 000 personnes.

L'infarctus du myocarde (IDM) reste également fréquent malgré les progrès de la cardiologie et de la prévention. Il y a environ 100 000 IDM chaque année, avec une incidence annuelle d'environ 120 cas pour 100 000 habitants chez les hommes

et 50 pour 100 000 chez les femmes. Cette différence s'explique par la protection hormonale des œstrogènes chez les femmes avant la ménopause, protection qui disparaît ensuite, augmentant ainsi leur risque avec l'âge.

L'âge moyen des patients victimes d'un IDM est d'environ 65 ans pour les hommes et 75 ans pour les femmes. **Cependant, une tendance préoccupante émerge : une augmentation des cas chez les adultes plus jeunes (moins de 50 ans). Environ 10% des IDM surviennent chez des personnes de moins de 45 ans, un chiffre en légère hausse.** Les causes sont encore discutées. Nous en reparlerons dans un prochain chapitre.

La mortalité liée à l'IDM a fortement baissé grâce à une prise en charge rapide (délai moyen d'intervention inférieur à deux heures dans les zones urbaines) et à des techniques comme l'angioplastie en urgence disponible maintenant dans la plupart des centres hospitaliers ou encore la thromboplastine (utilisation de médicaments spécifiques en urgence qui peuvent dissoudre le caillot qui bouche l'artère coronaire) dans le camion du SAMU. Le taux de mortalité hospitalier précoce en cas d'IDM est passé sous la barre des 5%, contre plus de 15% il y a 30 ans.

En cause : des diagnostics tardifs et un accès aux soins limité

15 000 décès par an sont encore attribués à l'IDM, souvent en raison d'un diagnostic tardif ou d'un accès limité aux soins dans certaines zones rurales. Ne sont pas comptés ici les arrêts cardiaques chez les personnes très âgées qui meurent de « vieillissement », mais dont la mort est souvent liée à une défaillance cardiaque.



L'infarctus fait encore 15000 victimes par an en France.

Pourquoi certaines personnes font un infarctus... et d'autres pas ?

La mortalité cardio-vasculaire est liée à différentes maladies, dont l'infarctus, mais ces maladies n'arrivent pas par hasard. Elles sont la plupart du temps en lien avec un terrain défavorable, en grande partie lié à notre hygiène de vie. Et c'est d'ailleurs tout l'intérêt de ce dossier, car cela veut dire que, par des choix réfléchis et adaptés, nous pouvons réduire notre risque d'infarctus.

On parle plus précisément du « risque cardio-vasculaire », ou RCV, pour parler de ces personnes qui présentent un risque élevé de développer des maladies cardio-vasculaires.

À l'origine de ces maladies, on trouve des atteintes artérielles et vous entendrez parler parfois d'artériosclérose ou athérosclérose, voire d'athérome. Ces termes sont en réalité assez impropres et leur définition ne fait pas consensus.

L'artériosclérose n'est pas un terme médical, mais je ne l'élimine pas pour autant, car, avec le vieillissement, c'est bien une sclérose des artères, c'est-à-dire une perte d'élasticité, qu'on observe chez beaucoup de patients. Elle est surtout cause d'hypertension artérielle (HTA), et moins d'obstruction des vaisseaux, bien que l'HTA soit un des grands facteurs de risque de mortalité cardio-vasculaire.

L'athérosclérose est un mot rarement utilisé par les médecins. On pourrait dire qu'il correspond à des plaques d'athérome dans les artères, mais ce n'est pas aussi simple.

L'ennemi n°1 de vos artères : l'athérome

En fait, si le vieillissement physiologique des artères correspond à un phénomène de sclérose, c'est-à-dire de perte d'élasticité, ce qui est considéré comme pathologique c'est le dépôt de plaques d'athérome qui vont progressivement boucher ces vaisseaux.

C'est le principal mécanisme qui mène à l'infarctus !

L'athérome est un mélange de lipides (on parle de « strie lipidique »), de fibrose liée à des phénomènes de coagulation (dont un des buts est de réparer une paroi artérielle qui souffre) et de calcaire. Ces dépôts vont prendre le nom de « plaque athéromateuse ». La plaque se développe dans l'épaisseur de la paroi, qui se déforme. Cette plaque se complique de phénomènes d'oxydation qui entretient l'inflammation, qui, elle-même, est aussi une des causes de la réduction du diamètre de l'artère.

Sans intervention sur les causes primaires que nous allons voir plus bas, ces phénomènes complexes et multifactoriels vont s'aggraver, augmentant l'épaisseur de la plaque d'athérome et empêchant le sang de bien circuler dans l'artère.

Quand le sang passe dans une artère ainsi rétrécie, cela crée une turbulence qui fait du bruit : c'est le fameux souffle artériel que le médecin peut entendre avec son stéthoscope et qu'on peut mesurer grâce au doppler sur les artères périphériques (carotides, aorte et artères des membres inférieurs), mais pas au niveau des coronaires, qui sont trop petites pour donner un souffle audible.

Mais au bout du mécanisme, ce n'est jamais cette plaque d'athérome qui bouchera complètement l'artère. La plaque et le phénomène inflammatoire vont favoriser la formation d'un caillot (on parle aussi de « thrombus ») qui peut finir par boucher l'artère, entraînant l'absence d'oxygénation et donc l'infarctus de l'organe qui ne reçoit plus de sang.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle on peut traiter en urgence un infarctus qui vient de se produire grâce à l'utilisation de médicament anti-thrombus (on parle de « thrombolyse »). Ce qui prouve bien que ce n'est pas la plaque qui finit par boucher l'artère, mais bien le caillot.

L'objectif est évidemment de ne jamais arriver à l'infarctus, et c'est pourquoi la prévention est essentielle. Pour cela, il faut dépister les différentes

causes primaires de cet athérome et de ces maladies artérielles en général.

On parle des facteurs de risques cardio-vasculaires qui sont essentiels à bien connaître pour mieux prévenir les maladies qui en découlent, comme l'infarctus du myocarde.

Les vraies causes primitives de l'infarctus : le « péché originel »

Plusieurs facteurs de risque (FDR) cardio-vasculaires ont été mis en évidence, qu'il nous faut combattre pour faire reculer l'incidence des maladies du même nom et de l'infarctus en particulier.

Les principaux FDR reconnus sont :

- le tabac ;
- l'obésité abdominale mesurée par le tour de taille ;
- le diabète ;
- la dyslipidémie ;
- l'hypertension ;
- la sédentarité ;
- l'alcool ;
- les antécédents familiaux sur lesquels on ne peut pas agir, mais qui sont absolument déterminants pour notre risque personnel ;
- l'âge est aussi un FDR à prendre en compte, même si, là encore, on ne peut pas agir dessus !

Quelques remarques préliminaires sur ces FDR :

- L'hypertension est à la fois un facteur de risque des maladies cardio-vasculaires et une maladie vasculaire par elle-même !
- **Le cholestérol total n'est absolument pas lié aux risques cardio-vasculaires.** Il faut regarder l'ensemble de l'équilibre lipidique et en particulier l'équilibre entre le bon et le mauvais cholestérol (on parle du « profil lipidique »). De plus, il y a aussi un lien avec l'équilibre entre les oméga 3 et les oméga 6. C'est pourquoi je parle de « dyslipidémie » dans la liste ci-dessus et pas seulement d'hypercholestérolémie, comme on le lit parfois dans de mauvais articles.
- Le tabac et la sédentarité sont des comportements. Ils ne dépendent que de notre motivation à les éviter. Mais nous savons à quel point il est difficile d'agir sur nos comportements.
- La sédentarité est une des causes de l'obésité. Ces deux grandes sources de maladies interagissent l'une sur l'autre de la même façon que l'obésité est une des grandes causes du diabète. On parle d'ailleurs de diabète « gras » !

- La majorité de ces FDR sont liés à notre hygiène de vie et en particulier à notre équilibre alimentaire. Il est donc possible d'influencer notre risque cardio-vasculaire sans aucun médicament ! Il suffit d'en prendre conscience et de le décider.

Ces facteurs de risque que vous ignorez peut-être

Il est nécessaire de s'intéresser à d'autres FDR, accessoires, mais à ne pas négliger :

- **la pilule contraceptive** fait très mauvais ménage avec le tabac, entraînant alors un risque vasculaire certain ;
- **l'excès d'acide urique** ;
- **l'excès de triglycérides** qui « épaissit » le sang et qui est directement lié à notre équilibre alimentaire ;
- **l'élévation de l'homocystéine et de la Lp(a)**, deux éléments que les médecins ne dosent pas assez souvent dans les prises de sang. Pourtant, il est prouvé que ce sont deux éléments du risque cardio-vasculaire. La Lp(a) est plutôt un marqueur du risque génétique alors que l'homocystéine est à la fois génétique, mais aussi liée à notre équilibre alimentaire ;
- **le stress** qui, après des années de tergiversations, a été officiellement reconnu comme facteur de risque cardio-vasculaire. Prendre en charge le stress est sans aucun doute une piste majeure dans la prévention de l'infarctus du myocarde. J'ai vu plusieurs fois des patients déclencher un infarctus à la suite d'un stress aigu mal géré. Et il y a aussi ces personnes qui font un infarctus juste après avoir pris leur retraite ;
- **le niveau socioéconomico-culturel** est également et curieusement un critère qui a été reconnu comme très significatif dans le risque cardio-vasculaire. Il est clair dans les études épidémiologiques que les personnes de niveau socio-économique défavorisé présentent beaucoup plus de maladies artérielles. Cela est probablement en lien avec le stress, mais aussi l'éducation et la compréhension des différents facteurs de risque et les capacités à les modifier. Sans parler de leur alimentation, qui est plus souvent composée d'aliments ultra-transformés, une des grandes causes des maladies cardio-vasculaires. Tout un paradoxe lié au fait que des aliments « industriels » coûtent parfois moins cher que des aliments naturels. Un comble non ?

On commence aussi à impliquer dans le risque cardio-vasculaire certaines carences que je considère donc comme des facteurs de risque très importants, bien que trop souvent négligés :

- **les carences en oméga 3** (d'origine végétale et animale) peuvent agir sur la coagulabilité du sang et favoriser les caillots se formant dans le cœur ou les artères ;
- **les carences en antioxydants** et en certaines vitamines pourraient également jouer un rôle.

L'élévation de l'homocystéine, qui augmente le risque cardio-vasculaire, est justement favorisée par des carences en vitamines (B9 et B12 en particulier).

On a également défini un **facteur protecteur**, même s'il reste discuté : le rôle du « bon » cholestérol, appelé « **HDL-cholestérol** ». Les personnes qui ont un taux de HDL supérieur à 0,60 g/l auraient un risque plus faible de faire un infarctus.

Quand les risques s'additionnent... ou plutôt se multiplient !

Un premier élément fondamental à connaître : **les différents facteurs de risque ne s'additionnent pas, ils se multiplient.**

Pour simplifier, si la présence d'un FDR donne deux fois plus de risques de faire un infarctus, la présence de deux FDR donnera quatre fois plus de risques et la présence de trois FDR en donnera huit fois plus et ainsi de suite !

Dans la même idée, éliminer un FDR va diviser par deux le risque d'infarctus. Chaque action positive sur ces facteurs de risque sera donc particulièrement bénéfique.

De nombreuses études se sont penchées sur les facteurs de risque afin de déterminer ce qu'on appelle aujourd'hui le « risque cardio-vasculaire absolu » (RCVA) qui prend en compte tous les facteurs de risque évoqués plus haut.

Si on ne prend en compte qu'un seul FDR, on le sous-estime et surtout on risque de se polariser sur un seul critère parfois insuffisant pour faire une prévention active et efficace.

Le but est de tenter de déterminer le risque réel d'infarctus en fonction des différents paramètres, y compris le sexe et l'âge.

Des spécialistes ont mis au point des formules de calcul souvent complexes et parfois incomplètes. Pendant longtemps, on a utilisé des tableaux, mais ceux-ci sont aujourd'hui obsolètes au regard des

progrès de l'informatique et de l'IA. Les cardiologues utilisent maintenant des logiciels hébergés sur des sites spécialisés afin d'estimer le risque cardio-vasculaire et tenter de dire quel est le pourcentage de risque d'infarctus à dix ans. Voici les sites les plus utilisés par les médecins en 2025 :

- <https://www.escardio.org> (SCORE2) : référence européenne ;
- <https://www.acc.org/Tools-and-Practice-Support> (ASCVD) : standard américain ;
- <https://qrisk.org/> (QRISK3) : préféré au Royaume-Uni ;
- <https://www.mdcalc.com/> : plateforme médicale regroupant plusieurs scores.

Ça amuse beaucoup les scientifiques, mais ces calculs ne prennent pas en compte suffisamment le facteur individuel et génétique, et restent donc très théoriques, pour ne pas dire incomplets.

En réalité, la conclusion est simple : plus vous avez de facteurs de risque et plus votre risque d'avoir un accident cardio-vasculaire est élevé.

Et comme vous l'avez compris, vous pouvez influencer la plupart de ces facteurs grâce à des modifications de votre hygiène de vie. Tout au long de ce dossier, nous allons voir comment faire et surtout comment le faire en limitant la prise de médicaments chimiques, qui ont trop souvent des effets secondaires et une action bien trop limitée ou étroite sur ces multiples facteurs de risque.

Quand les traitements médicaux pointent le bout de leur nez

Le rôle du médecin devrait être avant tout d'évaluer les risques de son patient et décider avec lui d'agir pour les réduire en agissant sur son hygiène de vie, sans avoir recours à des médicaments.

Mais peu de patients sont suffisamment motivés pour agir dans ce sens, et peu de médecins sont formés à une approche comportementale qui permettrait d'aider leur patient à trouver leur motivation.

De fait, les spécialistes ont déterminé des seuils d'intervention à partir desquels un traitement médical devrait être institué. Si vous voulez éviter ces traitements, il vous reste à diminuer vos facteurs de risque par des actions plus générales que je détaillerai plus loin.

Bien sûr, il existe un seuil de traitement pour chaque facteur de risque.

— Le poids, un facteur de risque qui déséquilibre toute la balance

Mais dans ces maladies artérielles, le poids n'est pas le seul critère à retenir. En effet, il est démontré que c'est l'obésité abdominale qui est la plus à risque, alors que l'obésité dite « **gynoïde** », touchant plus particulièrement le bas du corps (fesses et cuisses), est beaucoup moins à risque sur le plan cardio-vasculaire.

On définit l'obésité abdominale par la mesure du tour de taille (TT) pris un peu en dessous du nombril (en fait à mi-chemin entre la dernière côte et la crête iliaque, pour être précis). Le tour de taille normal est une fois encore discuté par les spécialistes, mais globalement, vous pourrez retenir que :

- chez l'homme, un TT > 100 cm est considéré comme à risque, mais certains spécialistes s'alarment à partir de 94 cm ;
- chez la femme, c'est à partir de 90 cm qu'on estime que le risque cardio-vasculaire est sérieusement augmenté, mais, là aussi, certains médecins exigeants évoquent un risque à partir de 80 cm.

Lutter contre l'obésité abdominale est certainement une des meilleures façons de réduire son risque de maladies cardio-vasculaires et en particulier d'infarctus. Je vous rappelle que la première cause de surpoids est la consommation de sucres. Tous les sucres, surtout les sucres rapides, mais aussi l'excès de sucres lents.

Aujourd'hui, les médecins ont un peu trop facilement tendance à prescrire les nouveaux médicaments contre l'obésité, comme le sémaglutide (Ozempic, Wegovy...). Il faut dire qu'il offre une certaine efficacité chez les personnes présentant une obésité abdominale et qui n'arrivent absolument pas à contrôler leur poids. S'ils présentent également d'autres facteurs de risque important, alors les aider à maigrir avec de tels médicaments peut devenir une option à envisager.

Mais moins manger n'est pas le seul but, il faudra aussi MIEUX manger, car le poids ne fait pas tout. Nous en reparlerons plus loin.

Le tabac : le grand fossoyeur !

Chaque année, 75 000 personnes meurent uniquement à cause du tabac. On sait qu'à partir de six cigarettes par jour, le risque de maladies augmente, aussi bien les cancers que les maladies cardio-vasculaires.

Malheureusement, arrêter de fumer est encore plus difficile que de perdre du poids et cela nécessitera un suivi et une aide régulière et prolongée.

À partir de quel IMC parle-t-on d'obésité ?

L'obésité est définie par l'index de masse corporelle (IMC) qui est calculé par la formule :

$IMC = \text{poids en kilos} / \text{taille en mètres au carré}$

Ainsi, une personne de 1,70 m et de 90 kg aura un IMC de $90/1,7^2 = 31,14$.

On définit ainsi les surcharges pondérales :

- IMC < 18,5 : maigreur pathologique
- IMC entre 18,5 et 20 : possible insuffisance pondérale sans conséquences pathologiques
- IMC entre 20 et 25 : normal
- IMC entre 25 et 30 : surpoids
- IMC > 30 : obésité
- IMC entre 30 et 35 : obésité simple
- IMC entre 35 et 40 : forte obésité
- IMC > 40 : obésité morbide

Il est important sur le plan médical d'essayer de rester à un IMC inférieur à 30 et même à 25, si possible, qui est la limite du surpoids.

Si l'IMC est supérieur à 30, la personne est dite « obèse » et son espérance de vie est alors statistiquement réduite. Un IMC supérieur à 30 est associé à un risque élevé de diabète, de cancers, d'hypertension et donc de maladies cardio-vasculaires en général.

Et pourtant, c'est sûrement la première chose à faire pour une personne qui présente des risques de maladies cardio-vasculaires.

Et pour cela on ne peut pas compter sur un médicament, car aucun n'a fait la preuve de son efficacité pour arrêter de fumer. Une prise en charge comportementale est souvent nécessaire. L'acupuncture et l'auriculothérapie peuvent parfois être très efficaces. Il faut vraiment tout faire pour réduire son tabagisme, surtout si on présente d'autres facteurs de risque.

L'activité physique est votre meilleur bouclier protecteur

La sédentarité est facile à mettre en évidence par l'interrogatoire. Évidemment, elle favorise aussi l'obésité.

On considère qu'une personne n'est pas sédentaire si elle a un travail physique ou si elle fait au moins 30 minutes d'exercice physique par jour, trois fois par semaine. Vous voyez que c'est assez peu.

Mais pour réduire le risque cardio-vasculaire, on parle plutôt de pratiquer une heure d'activité physique trois fois par semaine, et si possible tous les jours.

Si votre risque est élevé et que vous en avez la possibilité, essayez de marcher une heure tous les jours. Il faut que ce soit une marche active, mais il n'est pas nécessaire de courir, sauf si vous le pouvez.

Inversement, évitez les travaux de force et surtout le fait de lever de fortes charges.

Le vélo d'appartement ou équivalent (elliptique, rameur, stepper...) sont aussi de bonnes solutions, surtout l'hiver.

L'hypertension : des seuils à géométrie variable !

L'hypertension artérielle (HTA) a une définition variable en fonction des pays et des critères utilisés. On pourrait dire qu'à partir de 160/95 on est face à une HTA prouvée et qui nécessite un traitement.

Mais la tension artérielle (TA) normale a des définitions très variables et qui évoluent tous les ans en fonction de certaines études et de la pression des lobbys. En effet, plus on mettra la borne basse et plus il sera consommé de médicaments anti-hypertenseurs. Et comme beaucoup d'études et de congrès sont sponsorisés par les laboratoires pharmaceutiques, on se pose parfois la question de la réelle objectivité des recommandations.

Aujourd'hui, comme pour le cholestérol, nos amis anglo-saxons ont une expression qui arrange bien les actionnaires de ces labos : « **The lower, the better** », littéralement « plus c'est bas, mieux c'est » !

En France, on a donc décidé que la tension devrait être idéalement inférieure ou égale à 120/80. En oubliant que le grand chiffre, appelé « diastolique », est très sensible au stress et à quelques autres facteurs extérieurs.

D'ailleurs, les chiffres « normaux » de la tension artérielle ne sont pas les mêmes au domicile quand on est zen et au repos et quand on est chez le médecin avec le fameux « syndrome de la blouse blanche ». Ainsi, on considère que les chiffres sont élevés :

- au domicile s'ils dépassent 135 et 85 ;
- au cabinet s'ils dépassent 140 et 90.

Je rajouterai à cela que, pour parler d'hypertension, il faut avoir trois valeurs supérieures à ces chiffres à trois moments différents.

Quand on a des chiffres variables ou qui atteignent ces valeurs sans les dépasser, on peut parler de « pré-hypertension » ou d'hypertension « labile », et c'est là que les approches naturelles ont une chance d'être efficaces. Car plus on intervient tôt et mieux c'est ! En se rappelant que l'hypertension est une évolution quasi physiologique des artères, liée à l'âge, et qu'on ne peut pas toujours être suffisamment efficace par des approches naturelles.

En cas de doute, le médecin pourra vous proposer une MAPA, qui est une mesure de la tension pendant un jour complet à l'aide d'un appareil automatique que vous porterez sur vous pendant 24 heures. Même si elle a ses limites, cette méthode est assez fiable et permet une mesure de la TA nocturne, qui est importante à connaître.

Le diabète, un facteur de risque majeur lié à notre mode de vie

Le diabète est une pathologie qui se définit en général par un taux de sucre à jeun mesuré plusieurs fois au-dessus de 1,26 g/l. Il existe un autre critère très utilisé également : le dosage de l'hémoglobine glyquée, appelée aussi hémoglobine A1C. La norme est d'être en dessous de 6%. Au-dessus de 7%, on est face à un diabète mal équilibré. Entre 6 et 7%, on parle de prédiabète si la glycémie à jeun reste inférieure à 1,26 g/l.

Le traitement du diabète est avant tout diététique et une démarche énergique dans ce sens peut réellement « guérir » le patient sans médicament. Évidemment, il faut aussi agir sur le surpoids et intervenir suffisamment tôt, avant que le pancréas ne soit définitivement « dépassé ».



Le diabète est aussi un risque d'accident cardiovasculaire.



L'examen du SPM évalue plusieurs facteurs de risque.

Comme je l'ai dit précédemment, ces facteurs de risque peuvent être associés et, dans ce cas, ils s'amplifient les uns les autres en multipliant le risque cardio-vasculaire. C'est pourquoi on a défini le syndrome métabolique qui prend en considération l'association de plusieurs facteurs de risque.

À mon sens, cette approche multifactorielle est bien plus intéressante que la prise en compte de chaque facteur de façon indépendante. Pourtant, elle ne fait toujours pas consensus, que ce soit en termes de diagnostic ou de prise en charge thérapeutique.

Syndrome métabolique au cœur d'un débat

La réalité et la validité de ce syndrome sont donc discutées. Plusieurs associations de cardiologues et de diabétologues l'utilisent quand d'autres le trouvent inutile. On parle aussi de syndrome polymétabolique (SPM), qui veut dire la même chose¹.

Pour ma part, je fais partie de ceux qui pensent que l'évaluation du syndrome métabolique est essentielle dans le cadre d'une médecine préventive efficace². À condition de savoir l'interpréter et de ne pas surmédicaliser les patients³.

En effet, les critères retenus pour définir un syndrome polymétabolique sont parfois surprenants et les bornes le sont tout autant. Ce qui a fait dire que ce SPM avait été créé pour vendre plus de médicaments à des gens en bonne santé.

C'est un peu vrai, mais on peut aussi s'en servir de façon plus positive, car découvrir un syndrome polymétabolique chez un patient permet de mettre en évidence un risque cardio-vasculaire dans les dix ans à venir et une baisse de son es-

pérance de vie. On va donc dépister grâce à ce SPM des patients à risque à un moment où les approches naturelles sont encore très efficaces.

C'est dans ce but que je m'en sers pour mesurer le risque, mais aussi suivre l'évolution positive ou négative de ce risque en fonction des démarches préventives des patients.

J'utilise en priorité la définition du syndrome polymétabolique proposée par le NCEP (National Cholesterol Education Program). C'est une des deux définitions les mieux validées sur le plan international. D'après cette définition, il existe un syndrome métabolique si au moins trois des critères suivants sont retrouvés chez le patient :

- tour de taille supérieur à 102 cm pour les hommes, 88 cm pour les femmes ;
- triglycérides supérieurs à 1,5 g/l ;
- HDL cholestérol inférieur à 0,40 g/l (1 mmol/l) chez l'homme et < 0,50 g/l (1,3 mmol/l) chez la femme ;
- pression artérielle supérieure ou égale à 130/85 mmHg ou traitement antihypertenseur ;
- glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,10 g/l ou traitement médical contre le diabète.

Vous devez comprendre que chaque critère de cette liste pris de façon isolée est considéré comme parfaitement normal. Il ne s'agit donc pas de définir de nouvelles bornes pour l'hypertension ou le diabète.

En revanche, si au moins trois de ces critères sont retrouvés ensemble chez un patient, alors on peut estimer qu'il a un terrain à risque de développer à l'avenir une maladie cardio-vasculaire.

Rechercher un syndrome polymétabolique chez mes patients me permet donc de proposer une intervention naturelle et des modifications de leur hygiène de vie afin de renverser cette tendance négative.

Il faut savoir que les individus qui présentent un SPM ont un risque plus élevé de devenir diabétiques ou d'avoir une maladie cardio-vasculaire avec des conséquences importantes, puisqu'on constate chez eux une mortalité globale 1,5 fois plus élevée et une mortalité par MCV 2,5 fois plus élevée !

1. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-nutritionnels/ob%C3%A9sit%C3%A9-et-syndrome-m%C3%A9tabolique/syndrome-m%C3%A9tabolique>

2. <https://www.inserm.fr/c-est-quoi/pour-seviter-un-bide-cest-quoi-le-syndrome-metabolique/>

3. <https://www.rnpc.fr/le-syndrome-metabolique-zoom-sur-un-veritable-fleau/>

Une étude montre que 15% des adultes en Europe présentent un syndrome polymétabolique (15,2% des hommes et 14,7% des femmes)⁴ !

Vous constatez que, dans la définition du syndrome métabolique, on prend en compte trois critères essentiels : l'obésité abdominale et des anomalies au niveau des graisses et du sucre dans le sang. On y ajoute la tension artérielle qui est à la fois une pathologie ET un facteur de risque de complications cardio-vasculaires.

Évidemment, la définition du SPM est loin d'être parfaite et a entraîné de nombreux débats. Les points importants à relever sont :

- l'absence de considération des comportements : tabac et sédentarité. Cela est très révélateur de ce que pensent certains spécialistes. On ne peut pas compter sur le patient pour modifier ses comportements. Ils ne s'intéressent donc qu'à des facteurs mesurables et pouvant être traités par des médicaments. On peut voir aussi dans cette définition le poids des lobbys pharmaceutiques ;
- l'apparition du tour de taille qui est préféré à l'IMC, ce qui est totalement cohérent avec les études qui montrent clairement que l'obésité abdominale est bien plus « cardio-toxique » que l'obésité gynoïde ;
- l'apparition du taux de triglycérides, qui est un facteur de risques cardio-vasculaires mineur, mais qui est très corrélé à la consommation de sucre, à l'obésité et au diabète ;
- l'apparition d'un FDR protecteur, le HDL, qui est mis en valeur dans cette définition, ce qui est une très bonne chose ;
- enfin, et c'est une notion essentielle, l'abaissement du seuil de tension artérielle à partir duquel on considère que cette TA augmente le risque de MCV. J'ai déjà commenté ces notions précédemment.

Pour ma part, la mise en évidence de ce syndrome polymétabolique et de ses conséquences doit nous amener, médecins et patients, à nous pencher sur nos facteurs de risque et notre hygiène de vie bien plus précocement que nous le faisons actuellement.

On remarquera que le taux de LDL-cholestérol n'est pas pris en compte dans la définition du SPM. Est-ce une façon détournée de reconnaître que ce critère n'est pas si déterminant dans le risque cardio-vasculaire ?

Mais au-dessus de tous ces critères, il y a un élément essentiel qui favorise tous les autres : l'obésité.

Elle est cause de diabète et de dyslipidémie (même si certaines personnes minces ont parfois des excès de cholestérol), mais aussi d'hypertension. L'obésité est sûrement la cible prioritaire à prendre en considération.

Je vais donc m'attarder un peu sur le tour de taille. Je vous ai expliqué que je prenais en considération ici les critères proposés par le NCEP-ATP III qui sont essentiellement des cardiologues qui s'occupent surtout du cholestérol aux États-Unis.

Les valeurs seuil données par cette association américaine sont très différentes de celles proposées en France ou même en Asie.

Aux États-Unis (NCEP-ATP III), on utilise donc les valeurs seuil de tour de taille suivants : ≥ 102 cm (hommes), ≥ 88 cm (femmes). Ces seuils sont plus élevés, reflétant évidemment une population avec une prévalence plus importante d'obésité. S'ils baissaient ces valeurs, un trop grand nombre de personnes ne seraient pas dans les clous.

En Europe et en particulier en France, les seuils sont beaucoup plus bas : ≥ 94 cm (hommes), ≥ 80 cm (femmes). J'ai toujours trouvé ces chiffres excessifs, surtout que l'obésité ne cesse de progresser dans notre pays. Par ailleurs, les seuils devraient tenir compte du risque médical réel, qui est forcément le même aux États-Unis ou en France. Donc pourquoi une telle différence ? Là encore, *the lower, the better*, mais il ne faut pas non plus fixer des objectifs inatteignables à nos patients, sous peine de les démotiver.

On peut admettre que les seuils soient adaptés aux différences génétiques et au risque cardio-vasculaire spécifique à chaque groupe ethnique, mais sans aller dans l'exagération qui entraîne une surmédicalisation tout aussi à risque que les chiffres eux-mêmes !



Le tour de taille est aussi un indicateur de risque cardiovasculaire.

4. Hu G. et al., Arch Intern Med, 2004; 164: 1066-1076.

Prévention naturelle de l'infarctus du myocarde

A partir de ces facteurs de risque bien identifiés, comment pouvons-nous réduire notre risque d'infarctus, que ce soit en prévention « primaire » – c'est-à-dire chez une personne qui n'a jamais eu d'alerte cardiaque – ou bien en prévention « secondaire » – c'est-à-dire après un premier épisode cardiaque ou en cas d'angine de poitrine avérée ?

Je vais donc vous détailler plusieurs approches efficaces pour agir sur ces facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires : l'alimentation, bien sûr, mais aussi les compléments alimentaires, la phytothérapie et les autres approches globales, comme l'homéopathie ou l'acupuncture, par exemple.

Stratégie n°1 : Changer d'assiette pour changer de destin

Il est scientifiquement prouvé qu'aucun traitement, aucune démarche n'est plus efficace dans la prévention des maladies cardio-vasculaires que la mise en place d'une alimentation basée sur ce que les spécialistes appellent la « diète méditerranéenne ».

Tout a commencé dans les années 1980 par l'étude menée par les Drs Serge Renaud et Michel de Lorgeril, appelée « étude de Lyon », qui a permis une prise de conscience de la place de l'alimentation sur notre système cardio-vasculaire.

— Diète méditerranéenne : l'atout cœur

Ces deux grands spécialistes sont à l'origine de cette étude novatrice qui démontre à la fois la place des bonnes et des mauvaises graisses dans la genèse des maladies cardio-vasculaires et le rôle préventif de cette alimentation de type méditerranéen, que certains appelleront « régime crétois » même si ce nom est assez réducteur.

Pour tout savoir sur cette approche, je vous recommande le livre *Le Nouveau Régime méditerranéen*, écrit par Michel de Lorgeril et Patricia Salen, la diététicienne et chercheuse qui a également participé à l'étude de Lyon (éditions Terre Vivante).

Ces travaux et ce type d'alimentation expliquent pourquoi il y a plus de maladies cardio-vasculaires dans le nord de l'Europe que dans le sud et pourquoi, avec le même taux de cholestérol, il y a trois fois plus d'infarctus à Lille qu'à Toulouse.

Les Américains ont appelé cela le « French Paradox », car ils ne comprenaient pas pourquoi les habitants du Sud-Ouest, malgré une alimentation plutôt grasse, faisaient beaucoup moins de maladies cardio-vasculaires que les citoyens des États-Unis, même avec un surpoids. Et que ce risque était totalement indépendant du taux de cholestérol !

Ce qui veut dire que votre première démarche, si vous désirez réduire votre risque cardio-vasculaire, est de faire évoluer votre alimentation vers une alimentation méditerranéenne, sans oublier de faire régulièrement de l'exercice physique.

Et pour que tout cela soit efficace, comme le dit Michel de Lorgeril dans ses livres, il faudra être :

- patient, car les résultats biologiques et physiques ne vont pas être immédiats ;
- fidèle et assidu, car cette diététique ne portera ses fruits que si vous l'adoptez de façon prolongée et même si possible définitive ;
- enthousiaste et motivé, car rien ne se fait si ce n'est pas par plaisir et détermination.

Mais finalement, ce qui est formidable avec cette démarche, c'est qu'elle permet aussi une prévention des maladies dégénératives et des cancers en particulier, ce que ne feront jamais des médicaments comme les statines.

Voyons comment appliquer ces règles diététiques qui seront salvatrices pour beaucoup de personnes.

— Des végétaux à foison sans devenir végétarien

L'apport régulier de crudités, légumes et fruits permet d'apporter beaucoup d'antioxydants (appelés polyphénols) qui ont montré leur intérêt dans la prévention cardio-vasculaire.

Les végétaux, ce sont aussi les céréales et les légumes secs, qui ont une place importante, mais

moindre que les légumes. Ils apportent moins d'antioxydants, mais beaucoup de minéraux et oligoéléments, quelques vitamines essentielles et des quantités non négligeables de protéines sans aucune « mauvaise graisse ». Sans parler des fibres, très importantes pour l'équilibre du microbiote.

Les fruits et les céréales peuvent être des sources de glucides trop massives. C'est pourquoi il faudra savoir les choisir, mais aussi respecter une autre règle : la frugalité.

Bien entendu, tous les végétaux ne sont pas de qualité identique. On va privilégier les végétaux de saison et, si possible, produits localement. Si on peut manger essentiellement biologique, ce sera encore mieux, mais ce n'est pas indispensable.

Comme je l'ai souvent dit dans mes livres, des frites bios, ça reste des frites et c'est toujours « cardio-toxique » ! Le bio n'est donc pas la priorité, même si c'est mieux pour la santé en général.

Les règles que je vous propose sont les suivantes :

- légumes et/ou crudités aux 2 principaux repas, sous toutes leurs formes, y compris des soupes ou des légumes mijotés à l'huile d'olive ;
- 2 fruits par jour est probablement une quantité optimale, mais ce sera sûrement un maximum pour certains, surtout si leur génétique les pousse vers le diabète ou l'obésité. Je parle ici d'un fruit « équivalent pomme », soit autour de 200 à 300 g par jour ;
- des légumes secs de façon régulière, 1 jour sur 2 en moyenne, surtout le soir en association avec des céréales ;

- des céréales 1 fois par jour, car en trop grande quantité elles favorisent le surpoids par leur apport en glucides. Mais surtout ce seront avant tout des céréales cuites à l'eau, car on limitera les céréales cuites au four, comme le pain ou les pâtes à tarte. Et, bien entendu, on ne parle pas ici des gâteaux sucrés à base de céréales et encore moins des céréales en croquettes du petit déjeuner qu'il ne faut pas considérer comme des aliments « naturels » (à part les flocons d'avoine peut-être).

— Bien choisir ses matières grasses

C'est sans aucun doute l'autre base essentielle de l'alimentation méditerranéenne. C'était d'ailleurs un des défis de l'étude de Lyon : réussir à faire manger quotidiennement aux patients des graisses de bonne qualité.

De façon simpliste, on pourrait dire que les graisses animales sont « cardio-toxiques » et les graisses végétales « cardioprotectrices ». Mais c'est un peu plus complexe que ça, car certaines graisses animales sont excellentes pour la santé (comme les poissons gras) quand certaines graisses végétales sont à fuir (comme les graisses trans) ou à limiter (comme les oméga 6 issus de l'huile de palme, pour ne citer que cet exemple). Sans oublier que, quelle que soit leur origine, les graisses sont toujours moins favorables quand elles sont cuites, surtout à haute température (fritures, par exemple).

Et effectivement, en référence à l'alimentation du nord de l'Europe qui se révèle plus à risque sur le plan cardiaque, il est important de :

Le beurre, ami ou ennemi ?

Le beurre n'est pas à rejeter totalement. S'il apporte trop de graisses saturées, il apporte du cholestérol, mais aussi de l'acide butyrique et quelques autres acides gras utiles à la santé, sans parler des vitamines A et D. Cependant, pour profiter pleinement du beurre, il est indispensable de le choisir bio, de le consommer exclusivement cru et surtout le matin !

Inversement, je déconseille totalement toutes les margarines, y compris celles contenant des phytostérols et indiquées pour faire baisser le cholestérol. Aucune étude n'a jamais montré que l'utilisation de ces margarines pouvait réduire

les accidents cardio-vasculaires. De plus, elles apportent essentiellement des oméga 6, qui vont aggraver le rapport oméga 3/oméga 6 si important pour la santé. Pour finir, les margarines sont des produits industriels que je rapproche plus d'une matière plastique que d'un aliment sain.

Si vous voulez utiliser une « pâte à tartiner » pour remplacer le beurre, je vous conseille de choisir une margarine bio riche en oméga 3, comme la Vitaquell oméga 3 qui est un pis-aller, mais il ne faut surtout pas en faire une habitude et une consommation excessive.

- réduire ou supprimer la cuisine au beurre et la crème ;
- réduire les viandes en général ;
- réduire les viandes grillées ;
- réduire les fritures.

Alors, si toutes les graisses ne sont pas bonnes pour la santé, quels aliments et cuissons privilégier ? Voici mes conseils :

- préférez des cuissons douces sans matières grasses (cuisson vapeur ou à l'eau) ;
- préférez une cuisson à l'huile d'olive quand il y a besoin de matière grasse pour cuisiner ;
- utilisez de l'huile d'olive à la place de la crème et du beurre, mais limitez tout de même l'utilisation de matières grasses cuites ;
- utilisez des huiles riches en oméga 3 pour assaisonner les crudités, mais aussi les plats après cuisson. Si possible, ces huiles ne seront pas chauffées ;
- consommez régulièrement des poissons gras, de préférence des petits poissons (sardines, maquereau, harengs...) en limitant le thon (souvent riche en mercure) et en choisissant bien le saumon (peut contenir des hydrocarbures ou d'autres molécules chimiques suivant son lieu d'élevage ou de pêche). Les poissons seront toujours cuits à basse température (eau, vapeur) ou consommés sous forme de conserve à base d'huile d'olive exclusivement.

La consommation de poisson et de produits de la mer est importante, car non seulement ces aliments apportent des graisses protectrices, mais à chaque fois qu'on choisit du poisson, c'est une portion de viande en moins.

Pour autant, la consommation de produits de la mer doit être limitée et pas seulement pour préserver nos ressources. Consommer trop de produits animaux n'est pas bon pour la santé, et une trop grande consommation d'oméga 3 n'est pas conseillée non plus.

On ne dépassera donc pas trois portions de produits de la mer par semaine.

— Des oléagineux tous les jours

J'ai voulu réserver un paragraphe à part pour ces aliments si importants pour la santé, qui auraient pu trouver leur place dans les précédents paragraphes. Car ce sont des végétaux et des sources de bonnes graisses. Mais les oléagineux apportent

aussi des fibres, des vitamines et minéraux ainsi que des antioxydants.

Et comme des études récentes ont encore prouvé que les bonnes graisses ne font pas grossir⁵, autant ne pas s'en priver. Les oléagineux se trouvent sous différentes formes et regroupent plusieurs types d'aliments.

Les fruits secs ou fruits oléagineux en priorité : amandes, noisettes, noix, noix de cajou, de macadamia, noix du Brésil et quelques autres feront d'excellents desserts ou collations.

On peut consommer ces fruits nature, mais on peut aussi les utiliser sous forme de purée (sans sucre ajouté) ou de boisson (attention aux quantités de sucre). Mais c'est nature qu'ils ont le plus de propriétés.

Un petit avantage pour les noix de Grenoble, les plus riches en oméga 3, dont on pourra aussi utiliser l'huile.

Les graines oléagineuses sont aussi intéressantes : lin, sésame, courge, tournesol... Je vous recommande de les utiliser surtout sous forme de graines (dans les salades ou mixées), où elles sont encore plus intéressantes sur le plan nutritionnel que sous forme d'huile.

Dans cette famille, je terminerai par le cacao qui a prouvé son rôle cardioprotecteur grâce à son bon équilibre en acides gras, mais surtout sa richesse en antioxydants. Attention, pour être efficace, il faut choisir un chocolat exclusivement noir et d'une teneur en cacao au moins égale à 75% ! Je vous rappelle que dans le chocolat, tout ce qui n'est pas du cacao est du sucre !

— Protéines animales, oui, mais avec parcimonie !

Il y a donc de « bonnes graisses animales », surtout dans le poisson, et des « mauvaises » dans la viande, bien que toutes ne soient pas à rejeter.

En même temps, les protéines sont indispensables à la vie, aux muscles, aux os, à notre système immunitaire ou encore pour la fabrication de nos hormones. Une bonne santé repose donc aussi sur une consommation raisonnable et réfléchie, mais suffisante de protéines animales. Un végétarisme très bien compris avec des œufs et, si possible, un peu de poisson peut être également équilibré. En revanche, une alimentation totalement végétane ne peut pas être suffisante pour la santé de l'être humain à long terme. J'aime rappeler que l'homme est un omnivore, même si je

5. Liu X. et coll., "Changes in types of dietary fats influence long-term weight change in us women and men", *J Nutr*, 2018; 148: 1821-1829.



Les noix de Grenoble sont riches en omega 3.

comprends la philosophie des personnes qui ne veulent pas tuer d'animaux pour survivre.

Idéalement nous allons donc consommer des protéines animales tous les jours en privilégiant des viandes maigres, en évitant les viandes grasses, sans oublier les poissons et les œufs. Voici la répartition que je conseille pour un omnivore :

- **mangez du poisson 2 à 3 fois par semaine** ; tous les poissons, maigres ou gras, y compris des fruits de mer ;
- **6 œufs par semaine en moyenne**, car la consommation de cholestérol est nécessaire et le profil des graisses du jaune d'œuf est très bon. Surtout qu'il apporte aussi de la lécithine, très utile pour nos neurones. On privilégiera une consommation le matin au petit déjeuner. En tout cas, ne surtout pas réduire votre consommation d'œufs sous prétexte que votre cholestérol sanguin est trop haut. Dans l'étude de Lyon, les patients mangeaient 5 œufs par semaine et d'autres études ont prouvé que la consommation d'œuf n'influait que très peu la cholestérolémie ; idéalement, les œufs seront cuits en conservant un jaune coulant (donc presque cru) qui conserve plus d'avantages santé ;
- **de la volaille sans la peau 2 à 3 fois par semaine** paraît être une bonne quantité. Un blanc de volaille contient 3% de matières grasses. L'apport en « mauvaises graisses » est donc négligeable ;
- **des viandes maigres 2 à 3 fois par semaine**. Je pense surtout au filet mignon de porc, car le porc élevé dans de bonnes conditions a un très bon profil en acides gras. On peut également citer l'escalope de veau ou encore le filet de bœuf. Mais une bonne entrecôte de temps en temps ne sera pas un choix risqué si ça reste peu fréquent. Ce choix inclut aussi les jambons, crus ou cuits ;
- **les abats** ont énormément de propriétés : fer, vitamines du groupe B... mais ils sont souvent

riches en graisses. Ils sont très consommés en Méditerranée et, si vous les appréciez, pensez à en manger **1 fois par semaine** : boudin noir, foie de veau sous la mère, foies de volaille, andouillette... en choisissant des produits de qualité.

— Méfiez-vous des laitages de vache

Les graisses du lait sont loin d'être les meilleures ! Elles contiennent beaucoup de graisses saturées et de graisses trans. De plus, le lait de vache n'est pas toujours de bonne qualité quand il provient d'élevages intensifs !

Le lait de vache et ses dérivés contiennent aussi des facteurs de croissance qui, s'ils n'ont pas d'effets sur le système cardio-vasculaire, sont plutôt mauvais pour la santé et expliquent le lien entre consommation de lait et cancer de la prostate.

Les régions méditerranéennes élèvent plutôt moins de vaches et plus souvent de petits animaux, comme les chèvres et les brebis. Et ces élevages sont traditionnels et pas intensifs comme on le voit dans la « ferme aux mille vaches » ou, pire, dans les élevages industriels en Chine. L'alimentation méditerranéenne propose donc moins de beurre et peu de crème, mais un peu de fromage de brebis et de chèvre qui permet un apport en micronutriments intéressant, comme le calcium et quelques autres minéraux.

En moyenne, si vous les tolérez, consommez un yaourt et une portion de fromage par jour au maximum en choisissant préférentiellement des laitages de petits animaux.

Les « laitages » de soja peuvent être une alternative, mais là encore, il ne faudra pas en abuser. Le soja est un légume sec qui contient une quantité significative d'hormones. Ce n'est ni très bon ni très mauvais et je recommande en moyenne un produit à base de soja par jour.

— Beaucoup d'eau et un peu de vin

Boire de l'eau est indispensable à la vie. Beaucoup de petites pathologies sont liées à une déshydratation : tendinite, douleurs, corps flottants dans l'œil, fragilités de la peau...

Mais c'est surtout le rein qui finira par souffrir d'un manque d'hydratation. Or, le rein est un des centres de la régulation de la tension artérielle.

Il est important de boire entre 1 et 1,5 litre de boissons par jour. Si vous n'aimez pas l'eau, pensez à boire des tisanes, de la soupe ou du thé vert. Un peu d'eau gazeuse au cours du repas est aussi une bonne idée pour alcaliniser le terrain et aider la digestion.

À côté de l'eau, la seule boisson utile pour les artères est certainement le vin rouge.

Un peu d'alcool va créer une vasodilatation, et beaucoup d'études montrent qu'une consommation modérée, mais régulière d'alcool va plutôt réduire les maladies cardio-vasculaires. C'est encore plus vrai si cet alcool est du vin rouge, car sa richesse en polyphénols en fait une véritable protection des artères.

Si votre risque génétique est plutôt cardio-vasculaire, je ne peux que vous suggérer de boire un verre de vin rouge par jour. Si votre risque familial est plutôt dans le domaine du cancer, il faudra analyser l'intérêt de cette consommation avec votre médecin.

— Troquer le sel pour les épices

À côté des végétaux déjà cités qui apportent beaucoup de micronutriments et en particulier des antioxydants, les « simples », les épices et aromates, vont compléter parfaitement cet apport en éléments protecteurs essentiels.

Mais avant de citer tous les ingrédients positifs, il faut commencer par celui qui devra être réduit : LE SEL !

Le chlorure de sodium doit être absolument réduit. Je précise le nom de la molécule communément appelée « sel », car ce n'est pas le sodium qui doit être pourchassé, mais bien le chlorure de sodium. En effet, le bicarbonate de sodium que l'on retrouve dans les eaux gazeuses n'a aucune action néfaste et, au contraire, il permet d'alcaliniser le terrain.

Réduire le sel, cela veut dire réduire le sel ajouté dans la cuisine et sur nos aliments, mais c'est surtout le sel caché qu'il faudra chasser. Et en particulier le sel qui se trouve dans :

- le pain et le fromage, grandes sources de sel, mais aussi de surpoids et de bien d'autres molécules potentiellement délétères pour votre santé ;
- les chips et tous les biscuits apéritifs ou apparentés ;
- les aliments fumés, les salaisons comme les charcuteries ;
- les céréales en croquettes du petit déjeuner qui contiennent à la fois trop de sucres et trop de sel ;
- le ketchup et les sauces « modernes » pour les burgers ou les kebabs qui fleurissent dans nos supermarchés ou les autres condiments apparentés. Préférez les épices et aromates naturels ;
- les soupes en brique ou, pire, déshydratées ;

- les pizzas, quiches et autres tartes salées, surtout industrielles.

Réduire le sel ne veut pas dire manger des plats fades et sans saveur ni cuisiner sans sel. Salez avec parcimonie vos aliments à la cuisson, puis assaisonnez-les avec de nombreux aromates et épices, tous bons pour la prévention cardio-vasculaire.

Sans entrer dans le détail des propriétés de tous ces simples, je veux vous rappeler l'importance d'ajouter dans vos recettes et dans vos assiettes, en fonction de vos goûts et de votre tolérance :

- toutes les herbes : coriandre, basilic, estragon, persil ;
- l'ail et l'oignon sont de véritables médicaments pour nos artères ;
- des épices non piquantes, à commencer par le curcuma, mais aussi le gingembre, son cousin, la badiane, le clou de girofle, le cumin, la muscade ou encore la cannelle pour ne citer que ceux-là ;
- et des épices « piquantes » si vous les tolérez, à commencer par un peu de poivre, du paprika, curry, piments...

Stratégie n°2 : Bougez plus, vivez mieux : le cœur en redemande

Nous avons déjà vu que l'activité physique est évidemment la réponse pour lutter contre deux facteurs de risque majeurs : la sédentarité et l'obésité.

Il est prouvé qu'elle réduit fortement l'incidence des maladies cardio-vasculaires, car elle va aussi impacter les autres facteurs de risque, tels que l'hypertension, les dyslipidémies ou le diabète, tout en améliorant la santé globale.

En effet, on a montré que l'activité physique régulière améliore le profil lipidique en augmentant le HDL (bon cholestérol) et en réduisant les triglycérides (qui font partie du syndrome métabolique). Elle régule fortement la glycémie, et on sait parfaitement qu'elle limite ainsi le risque de diabète de type 2.

Si elle est majeure en prévention primaire, elle est également utile en prévention secondaire, car elle renforce le muscle cardiaque, favorise la vasodilatation des artères et réduit les besoins en oxygène du cœur lors d'efforts. Elle a aussi un effet anti-inflammatoire et antithrombotique, améliorant ainsi la fluidité du sang et réduisant le risque de formation de caillots.

L'activité physique est toujours prescrite après un infarctus, mais avec des précautions et une intensité différente qu'en prévention primaire, qui s'adresse à un cœur encore intact.

Au final, les études montrent globalement une diminution significative de la mortalité cardio-vasculaire chez les personnes actives par rapport aux sédentaires.

— Les conclusions de la science

Ces études sont très nombreuses et je voudrais citer ici les principales pour vous donner quelques chiffres que je trouve assez spectaculaires.

L'étude dite « de Framingham » entreprise en 1948 et toujours en cours a établi que l'inactivité physique est un facteur de risque indépendant des maladies cardio-vasculaires. Elle a montré que les personnes actives présentaient une réduction du risque d'événements cardio-vasculaires de l'ordre de 20 à 30% par rapport aux inactifs.

L'étude INTERHEART (2004), menée dans 52 pays, a identifié l'activité physique comme un facteur protecteur, avec une réduction du risque d'infarctus du myocarde d'environ 14% chez les personnes pratiquant une activité modérée régulière.

Une vieille étude, mais très originale (étude de l'American Heart Association, Morris *et al.*, 1953), a comparé les conducteurs et les contrôleurs de bus londoniens et a montré que les travailleurs physiquement actifs (contrôleurs) avaient un risque de maladie coronarienne 50% inférieur à celui des sédentaires (conducteurs). Impressionnant, non ?

Plus récemment, la méta-analyse de Nocon *et al.* (2008) publiée dans l'*European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* a analysé 33 études et conclu que l'activité physique réduit le risque de maladie coronarienne de 30 à 50% selon l'intensité et la régularité.

Vous comprenez ainsi que la sédentarité multiplie par deux le risque d'infarctus par rapport aux personnes ayant une activité physique régulière. J'y reviendrai, mais AUCUNE étude sur les statines n'a eu d'aussi bons résultats !

En 2022, l'étude anglaise « Biobank » sur 94 739 participants équipés d'accéléromètres a montré que 150 à 300 minutes par semaine d'activité modérée réduisaient le risque d'insuffisance cardiaque de 63%, et 75 à 150 minutes d'activité vigoureuse de 66%.

Elle nous donne donc quelques indications sur l'activité physique la plus efficace pour mettre en place cette prévention primaire et secondaire.

Les sports d'endurance, ou activités aérobies, sont considérés comme les plus efficaces pour la prévention cardio-vasculaire. Parmi ceux-ci :

La marche rapide : accessible et universellement recommandée, elle est particulièrement efficace lorsqu'elle est pratiquée à une allure soutenue (environ 5-6 km/h).

La course à pied : elle maximise les bénéfices cardio-vasculaires grâce à une intensité plus élevée, mais elle est réservée aux personnes qui peuvent pratiquer cette activité sans risque (pour leur cœur, mais aussi pour leurs articulations).

Le vélo et la natation : ces activités sollicitent le système cardio-respiratoire sans stress excessif sur les articulations. Le vélo d'appartement est particulièrement adapté aux plus fragiles, évitant les côtes excessives, mais aussi les chutes chez des personnes plus âgées.

Au final, la marche rapide est souvent citée comme l'activité la plus pratique et efficace pour le grand public, notamment dans les recommandations de l'OMS et de la Haute autorité de santé (HAS). Une durée de 30 minutes par jour, 5 jours par semaine (soit 150 minutes hebdomadaires), est le seuil minimal pour des bénéfices significatifs.

L'autre activité physique largement recommandée est le vélo d'appartement ou un équivalent, comme les vélos elliptiques, voire les steppers ou même le rameur pour les plus sportifs.

En fonction de votre forme générale et de votre terrain, vous pourrez aller plus loin dans les activités physiques, mais en privilégiant toujours l'endurance et en évitant les sports en « respiration bloquée », comme les sprints (qu'on retrouve au squash ou au tennis) et surtout les épreuves de force, comme soulever de lourdes charges.



La marche soutenue (5-6 km/h) est efficace en prévention.

Stratégie n°3 : Les compléments alimentaires qui boostent vos efforts

À côté de l'alimentation qui est sans aucun doute la démarche la plus efficace, comme a pu le montrer l'étude de Lyon, mais aussi bien d'autres études après elle, il est important de se pencher sur la place des compléments alimentaires.

En effet, même si on essaie d'avoir une alimentation la plus équilibrée et la plus naturelle possible, il peut être utile de la compléter par des micronutriments qui ont une action préventive, voire parfois une action thérapeutique sur l'état de nos artères.

Voici les principaux compléments alimentaires auxquels il faut penser en cas de risque cardio-vasculaire élevé ou de maladie vasculaire avérée.

Cependant, souvenez-vous qu'un complément alimentaire ne peut être réellement efficace qu'à la condition d'avoir équilibré son alimentation. De la même façon qu'il est illusoire de prendre des statines pour compenser un repas au fast-food, il est peu efficace de prendre des compléments alimentaires si on mange une nourriture essentiellement industrielle.

— Une cure d'oméga 3

Vous savez que les oméga 3 sont incontournables dans la prévention cardio-vasculaire. J'ai déjà développé ce point dans les chapitres précédents. Il faut non seulement augmenter sa consommation d'oméga 3 d'origine végétale (surtout) et animale (un peu) et équilibrer le rapport entre oméga 6 et oméga 3 qui devrait être de 4 pour 1 et qui est souvent de 20 pour 1 dans la population. C'est pourquoi on doit réduire les aliments ultra-transformés à base d'huile de palme ou de tournesol (dont les margarines).

Au niveau de l'assiette, il peut être assez simple, si on est rigoureux, de consommer une huile végétale riche en oméga 3 tous les soirs, mais, pour les oméga 3 d'origine animale, les solutions sont moins évidentes, car pour cela il faut consommer des poissons gras et, entre le mercure, les hydrocarbures et les goûts de chacun, beaucoup de personnes ont du mal à trouver la bonne solution pour assurer leurs besoins en oméga 3 dits « à longues chaînes » d'origine animale.

C'est pourquoi je n'hésite pas, dans le cadre d'un traitement de terrain, à proposer des cures de capsules d'huile de poisson. Ne choisissez pas des huiles modifiées qui seraient plus riches en EPA

ou en DHA. Prenez une huile de poisson la plus naturelle possible. J'ai une préférence pour le saumon sauvage de Patagonie (ou des mers froides), car il est exempt de pollution et plus concentré en oméga 3 que les huiles de sardines ou d'anchois.

Il faut prendre en moyenne 1 000 à 2 000 mg d'huile de poisson des mers froides sous forme de capsules pour couvrir les besoins en EPA et DHA qui sont au minimum de 500 mg par jour, mais en réalité plutôt de 300 à 500 mg d'EPA et 200 à 300 mg de DHA.

Évidemment, je ne donne pas ce type de complément tous les jours et j'adapte mes prescriptions aux habitudes diététiques et au niveau du risque cardio-vasculaire.

J'aime rappeler que le rapport oméga 6-oméga 3 impacte également le risque de cancer. On fait donc d'une pierre deux coups en agissant ainsi.

— Le magnésium, un risque vasculaire réduit de 22%

Une grande étude a montré que prendre du magnésium diminuait de 22% le risque ischémique, et ce n'est pas son seul bénéfice.

Je rappelle que les besoins en magnésium sont en moyenne de 6 mg/kg/jour, mais il n'y a pas de risque à en prendre un peu plus.

Les effets secondaires sont surtout de la colite et parfois des selles molles chez les personnes sensibles. Inversement, il n'est pas utile de prendre du magnésium en continu. Faites des cures de deux mois sur trois, par exemple, surtout à l'automne et au printemps, les périodes où on a plus d'infarctus. Mais cela peut dépendre de chaque individu, car les gens très stressés ont besoin de plus de magnésium et nous avons déjà vu que le stress augmente le risque d'infarctus. Pas de hasard ni de coïncidence dans tout cela !

Une autre étude d'intervention publiée en 2009 en double aveugle réalisée chez 48 patients hypertendus a montré qu'en donnant 600 mg de magnésium par jour on pouvait faire baisser la tension systolique de 5,6 mmHg en moyenne et la diastolique de 2,8 mmHg.

Ça peut paraître modeste, mais cet effet est lié exclusivement au magnésium. Alors, si on met en place toutes les mesures citées dans ce dossier, les résultats peuvent être bien plus probants.

— Des antioxydants, oui, mais les « vrais » !

Le stress oxydant joue un rôle majeur dans le risque cardio-vasculaire et plus particulièrement dans la formation de la plaque d'athérome, puis de l'infarctus du fait de l'implication de l'oxydation des LDL.

On peut comprendre que les antioxydants puissent être utiles même si leur effet n'est pas mesurable à court terme.

Je parle ici de ce que j'appelle les « vrais » antioxydants, c'est-à-dire les polyphénols qui sont extraits de substances végétales : thé vert, curcuma, marc de raisin, citrus et bien d'autres.

On a d'ailleurs démontré un rôle de ces polyphénols sur le métabolisme des oméga 3⁶. En effet, la consommation de flavonoïdes augmente les taux d'oméga 3 dans le plasma.

Nous avons déjà cité certains de ces aliments dans le chapitre sur la nutrition. Suivant l'équilibre diététique de chaque personne et sa capacité à diversifier son alimentation, on pourra envisager une supplémentation en antioxydants riches en polyphénols par cures répétées. J'aime beaucoup les associer aux oméga 3 à longue chaîne, car ces derniers, je vous le rappelle, sont hautement oxydables et il ne faut

jamais se supplémenter en huiles de poisson si on a une carence en antioxydants.

Je rappelle également l'importance de la vitamine E, qui protège les acides gras de l'oxydation, ainsi que de la vitamine C, qui protège cette vitamine E. On trouve beaucoup de vitamine E dans les oléagineux et les huiles végétales de qualité. Pour la vitamine C, il faudra penser à en prendre en supplémentation suivant son équilibre diététique. L'alimentation méditerranéenne bien construite est assez riche en vitamine C, mais cela dépend aussi de vos habitudes personnelles.

— Des pépites naturelles pour réguler le cholestérol

De nombreux laboratoires proposent des produits naturels pour faire baisser le cholestérol. À la lecture de ce dossier et de l'importance du cholestérol pour la santé, on peut se demander s'ils ont une utilité.

Là encore, certains médecins, comme Michel de Lorgeril, diraient qu'il ne sert à rien de les utiliser.

J'ai une position moins tranchée. En effet, certaines personnes ont un cholestérol total très élevé (supérieur à 3 g) et surtout un LDL-cholestérol largement au-dessus des normes.

Avoir un cholestérol aussi haut n'est pas confortable pour un patient. D'abord, ça peut donner des céphalées. Et puis, tous les médecins qui vont voir ses bilans vont s'inquiéter de ces anomalies. Surtout si ce patient a d'autres facteurs de risque.

C'est pourquoi j'ai l'habitude de proposer à ces patients certains produits naturels pour faire baisser un peu le cholestérol quand les LDL-C arrivent autour de 2 g/l. Cette position n'engage que moi, car aucune étude n'a montré que cela était protecteur ou allait augmenter l'espérance de vie. Cependant, je peux affirmer que cela simplifie la vie des patients en leur enlevant une source de stress et de conflit avec les cardiologues qui ne sont pas à l'aise quand le cholestérol est trop haut.

Mes préférés : levure rouge de riz

J'utilise principalement des produits qui associent de la levure rouge de riz à d'autres ingrédients naturels. Je n'utilise que rarement une levure rouge de riz seule. Cet ingrédient contient une statine naturelle, la monacoline K, dont les effets secondaires sont rares, mais dont l'effet reste limité si elle est utilisée seule.

CoQ10, le « coach sportif » du cœur

Le co-enzyme Q10 (CoQ10) est un antioxydant souvent cité dans les maladies cardio-vasculaires. Son effet est surtout marqué sur le muscle cardiaque, dont il favorise le bon fonctionnement. Il sera utilisé en particulier en cas d'insuffisance cardiaque, qu'elle soit liée à une hypertension ou consécutive à un infarctus.

Le CoQ10 n'a pas de réel effet sur la prévention de l'infarctus, mais deviendra essentiel chez les patients ayant déjà eu un événement cardiaque, car il aidera le muscle cardiaque à fonctionner et réduira le risque d'aggravation de l'insuffisance cardiaque.

Dans ce cas, je propose 80 et 120 mg de CoQ10 par jour. On trouve des spécialités qui associent Q10 et oméga 3.

6. Toufektsian M. C., Salen P., Laporte F., Tonelli C., de Lorgeril M., "Dietary flavonoids increase plasma very long-chain (n-3) fatty acids in rats", *J Nutr*, 2011 Jan;141(1):37-41. doi: 10.3945/jn.110.127225. Epub 2010 Nov 10.

Si la levure rouge de riz est associée aux bons ingrédients, elle permet de faire baisser le LDL-C en obtenant un cholestérol total qui reste dans des valeurs normales, car je vous rappelle que le cholestérol est indispensable à la vie et je ne veux pas qu'il descende en dessous de 2 g/l (je parle là du cholestérol total et non du LDL-C, que je préfère voir en dessous de 1,6 g/l et si possible autour de 1,3 g/l).

Les ingrédients à associer à cette levure de riz rouge sont principalement les phytostérols et les policosanols, mais aussi les extraits d'artichaut en phytothérapie et divers antioxydants, comme le marc de raisin. On pourra utilement y associer également du Co-Enzyme Q10.

Plusieurs laboratoires proposent ce type de compléments avec des teneurs variables en levure de riz rouge et des formules variables. À vous de tester celui qui vous convient le mieux et qui agit comme vous le voulez au niveau biologique. Pour ma part, j'évite les gélules qui contiennent uniquement de la levure de riz rouge, car je les trouve moins efficaces.

Je parle ici d'une prévention « primaire », c'est-à-dire chez des personnes qui n'ont jamais eu d'accident cardio-vasculaire. Car dans ces situations, les statines n'ont pas montré un rôle évident sur la mortalité globale et je pense qu'il vaut donc mieux commencer par des approches naturelles.

En prévention secondaire, c'est-à-dire chez un patient qui a déjà fait un infarctus, la situation est différente et le cardiologue insistera pour vous faire prendre des statines afin d'obtenir un LDL-cholestérol inférieur à 0,7 g. Et sachez-le, aucun produit naturel ne peut vous permettre de descendre aussi bas, car ces valeurs ne sont absolument pas physiologiques. Et c'est pour cela que je ne suis jamais confortable avec cette pratique, car on cherche à obtenir des valeurs que la nature n'a pas prévu.

Et vous le savez, je me méfie beaucoup de tout ce qui est en opposition avec les lois de la nature que nous ne devons pas chercher à trop manipuler.

Alors, les cardiologues vous diront que les études ont établi qu'en prévention secondaire, ces statines ont montré un rôle protecteur. Je ne cherche pas à le contester, mais à aucun moment ces médicaments chimiques n'ont été comparés à toutes les approches naturelles que je développe dans ce dossier.

Traiter le risque uniquement par des statines, c'est partir du principe que le cholestérol est le seul coupable, ce qui est totalement FAUX. C'est pour-

quoi je milite pour que des études plus sérieuses soient réalisées pour comparer les avantages et inconvénients des statines et d'une démarche globale et intégrative comprenant une alimentation méditerranéenne, une activité physique adaptée et un traitement complémentaire naturel agissant en particulier sur les oméga 3 et les antioxydants.

Évidemment, si un patient fume, ne veut pas faire de corrections diététiques, est plutôt sédentaire et n'apprend pas à gérer son stress, alors il vaut probablement mieux qu'il prenne des statines.

Mais pour vous qui lisez cette revue et qui voulez être acteur de votre santé, il y a peut-être d'autres chemins à explorer en apprenant à connaître les lois de la nature et en les respectant. C'est moins simple que d'avaler une petite pilule tous les jours, mais tellement plus satisfaisant et valorisant. Et ça protège sûrement d'autres maladies dégénératives, comme le cancer, ce que les statines ne font pas, bien au contraire !

Stratégie n°4 : La phytothérapie, de puissantes « plantes cardio-vasculaires »

La phytothérapie a une place plus importante qu'on ne le croit dans les maladies artérielles, même si son effet est modéré et moins spectaculaire que celui des médicaments chimiques.

— L'ail est aussi protecteur que certains médicaments !

Ce condiment bénéficie de nombreuses études prouvant son rôle protecteur dans l'hypertension, mais aussi d'autres maladies cardio-vasculaires. Ainsi, des chercheurs australiens⁷ ont passé en revue onze études ayant comparé l'efficacité de l'ail à celle d'un placebo chez des patients hypertendus. Les sujets ont reçu entre 600 et 900 mg d'extrait d'ail par jour, ce qui correspond à 3,6 à 5,4 mg d'allicine, le principe actif. Par comparaison, une gousse d'ail frais contient de 5 à 9 mg de cette substance. Et les chiffres sont sans appel : les bénéfices sur la tension sont du même niveau que ceux de certains médicaments, comme les bêtabloquants ou les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine.

Les auteurs concluent que « la supplémentation avec des extraits d'ail pourrait représenter une alternative aux médicaments ou un traitement complémentaire efficace contre l'hypertension » ! Reste

7. Ried K., Frank O. R., Stocks N. P., Fakler P., Sullivan T., "Effect of garlic on blood pressure: A systematic review and meta-analysis", *BMC Cardiovascular Disorders*, 2008, 8:13.

à voir comment ce traitement est toléré sur le plan digestif au long cours, car c'est bien le premier obstacle à l'utilisation de l'ail.

Mais l'ail est bien plus que ça ! Il va lutter contre l'oxydation du LDL-cholestérol, un des mécanismes de la plaque d'athérome et donc de l'infarctus. Et ça marche même avec l'ail cuit⁸ !

Une méta-analyse réalisée sur toutes les propriétés de l'ail a montré qu'il inhibe les enzymes impliquées dans la synthèse des lipides, diminue l'aggrégation plaquettaire, prévient la peroxydation des lipides des érythrocytes oxydés et des LDL et augmente le statut antioxydant⁹.

Toutes ces propriétés concourent à faire de l'ail un véritable traitement préventif des accidents cardio-vasculaires. L'ail pourrait jouer également un rôle dans la prévention des maladies cérébro-vasculaires. En effet, les extraits d'ail diminuent la concentration sanguine en homocystéine, diminuent la pression sanguine et augmentent la microcirculation, qui sont des facteurs de risque importants¹⁰.

Très récemment, en 2024, une étude publiée dans *Nutrients* s'est intéressée aux effets anti-inflammatoires de l'ail dans des modèles de souris prédisposées à l'athérosclérose. Les composés soufrés de l'ail ont réduit les marqueurs inflammatoires (comme le TNF- α et l'IL-6) et la progression des plaques d'athérome dans les artères coronaires. Ces résultats suggèrent un rôle protecteur contre les événements menant à l'infarctus du myocarde.

Une méta-analyse publiée dans *Phytotherapy Research* en 2021 a examiné l'effet de l'ail sur les profils lipidiques. Cette étude, incluant quatorze essais cliniques randomisés (ECR), a conclu que la supplémentation en ail (sous forme de poudre ou d'extrait) réduisait modestement le cholestérol total (-8,5 mg/dL) et le LDL (« mauvais » cholestérol) (-6,3 mg/dL), mais n'avait pas d'effet significatif sur les triglycérides ou le HDL. Les auteurs concluent que l'ail est moins efficace que les statines. Mais ils oublient que l'ail n'a pas seulement un effet sur les lipides. Contrairement aux statines, il a aussi, comme indiqué ci-dessus, une action sur la tension artérielle et sur l'inflammation des artères.

Son effet est donc bien plus global sur notre santé cardio-vasculaire.

Donc, si vous le tolérez, pensez à manger de l'ail au quotidien ou bien demandez conseil à votre thérapeute pour qu'il vous propose des gélules titrées en allicine. L'ail cuit perd une partie de ses propriétés antibiotiques, mais conserve l'essentiel de ses propriétés cardio-vasculaires.

— Le jus de betterave, un trésor pour le cœur et les artères

Les jus de légumes sont des concentrés d'antioxydants et autres molécules formidables pour notre santé. Je les recommande régulièrement pour la prévention de nombreuses maladies allant du cancer aux maladies cardio-vasculaires.

Si vous avez des facteurs de risque comme expliqué au début de ce dossier, mettez toujours un bon morceau de betterave crue dans vos recettes de jus, car elle est excellente pour le système cardio-vasculaire. D'abord, c'est un véritable « oxygénateur » de nos cellules et, à ce titre, elle aide la fonction cardiaque¹¹.

Mais surtout, sa richesse en nitrate inorganique qui se transforme dans notre organisme en oxyde nitrique (NO) va entraîner une véritable dilatation des vaisseaux sanguins, qui est le premier moyen de lutter contre l'hypertension et l'angine de poitrine.

Une étude¹² contre placebo sur 64 personnes hypertendues pendant quatre semaines où les sujets buvaient chaque jour 250 ml environ de jus de betterave a montré que le groupe traité avait une baisse significative de leur tension, qui remontait deux semaines après l'arrêt de ce « traitement » naturel. On a aussi retrouvé une augmentation de 20% de la dilatation artérielle et une diminution de 10% de la rigidité artérielle, ce qui prouve que la betterave agit sur les causes mêmes de l'HTA.

Une recherche financée par la British Heart Foundation, publiée dans *European Heart Journal* en 2022, a testé l'effet d'un verre quotidien de jus de betterave (70 ml) chez des patients atteints de maladie coronarienne. Après trois jours, les niveaux de NO étaient plus élevés, les marqueurs inflammatoires (comme les monocytes pro-inflammatoires) réduits, et la cicatrisation des plaies expé-

8. Pedraza-Chaverri J., Gil-Ortiz M., Albarran G., Barbachano-Esparza L., Menjivar M., Medina-Campos O. N., "Garlic's ability to prevent in vitro Cu2+-induced lipoprotein oxidation in human serum is preserved in heated garlic: effect unrelated to Cu2+-chelation", *Nutrition Journal*, 2004, 3:10 (1 September 2004).

9. Rahman K., Lowe G. M., "Garlic and cardiovascular disease: a critical review".

10. Borek C., "Garlic reduces dementia and heart-disease risk".

11. Coggan A. R. et coll., « Dietary Nitrate Increases VO₂peak and Performance but Does Not Alter Ventilation or Efficiency in Patients With Heart Failure With Reduced Ejection Fraction », *Journal of Cardiac Failure*, 2018; 24: 65-73 - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28916479>.

12. Kapil V. et al., "Dietary nitrate provides sustained blood pressure lowering in hypertensive patients. Hypertension", published online 24 November 2014.

riminales accélérée. Bien que l'étude ne mesurât pas directement l'incidence des infarctus, ces résultats indiquent une réduction de l'inflammation vasculaire, un facteur clé dans la prévention des événements coronariens aigus.

Présentée à la British Cardiovascular Society Conference en 2023, une étude randomisée a suivi des patients atteints d'angine de poitrine ayant reçu un stent. Ceux qui ont consommé du jus de betterave quotidiennement pendant six mois avaient un risque réduit de 20% de subir un nouvel infarctus ou une réintervention par rapport au groupe placebo. Cet effet est attribué à une meilleure fonction endothéliale et à une pression artérielle abaissée, limitant la resténose et la thrombose.

Alors, usez et abusez des jus de légumes riches en betterave et consommez-en régulièrement en entrée si vous l'appréciez. Elle ne peut qu'aider votre système cardio-vasculaire à mieux vieillir.

— Quatre plantes pour agir sur le stress et le cœur

L'**aubépine** est la plante de référence dans les tachycardies ou les hypertensions liées au stress. En réduisant le rythme cardiaque et les palpitations, on préserve le muscle cardiaque et on réduit les risques d'angine de poitrine.

J'utilise beaucoup l'aubépine si le risque cardio-vasculaire s'accompagne de stress et de palpitations. Si vous prenez des bêtabloquants, n'ajoutez pas d'aubépine sans avis médical.

Si l'effet est insuffisant ou si l'aubépine est mal tolérée (ce qui arrive dans 10% des cas environ), on peut essayer le **lotier**, qui est un bon remède d'éréthisme cardiaque, de palpitations et d'hyperémotivité. Il est même possible d'associer les deux plantes.

Ces deux plantes prioritaires pour agir sur le cœur et la tension nerveuse pourront être associées à la **passiflore** ou à la **valériane** chez les personnes très anxieuses.

— Des bourgeons pour fluidifier le sang

Certains médecins préféreront utiliser la gemmothérapie et en particulier les bourgeons d'aubépine qui se trouvent sous le nom de **Crataegus oxyacantha bourgeons** qu'on peut acheter en pharmacie, mais dilués au 10^e ou, mieux, commander dans un laboratoire spécialisé, comme La Royale ou Herbalgem.

Il existe d'autres remèdes issus de la gemmothérapie pouvant être utilisés dans les maladies cardio-

vasculaires et je les propose souvent à mes patients qui présentent de l'athérome, voire de l'artérite.

Cornus sanguinea bourgeons (cornouiller sanguin) : il fluidifie le sang et est particulièrement intéressant dans la prévention des infarctus ou des AVC, qui sont dans la plupart des cas des maladies thrombotiques (liées à la formation d'un caillot ou thrombus).

Populus nigra bourgeons (peuplier) agit sur la sclérose des artères et, à ce titre, peut participer au traitement des HTA débutantes, mais surtout des artérites, car il favorise la circulation sanguine et la fabrication d'une circulation collatérale. Il est donc synergique du *Cornus sanguinea* et sera très utilisé dans l'artérite des membres inférieurs chez les patients tabagiques et/ou diabétiques. Il est également utile pour la circulation coronaire.

— Ces draineurs naturels vous aident à faire une détox générale

Je peux aussi proposer des draineurs plus généraux qui agissent sur la tension artérielle (une des causes des maladies cardio-vasculaires), mais aussi sur le métabolisme lipidique et sur le terrain, en particulier quand les patients utilisent des traitements allopathiques et ont besoin d'être drainés. Les plantes diurétiques vont aussi participer à réduire la fatigue cardiaque et donc les risques d'angine de poitrine. Je vais privilégier en particulier :

- **le pissenlit**, qui est un bon draineur général avec un petit effet diurétique toujours utile dans ces situations ;
- **l'artichaut**, qui est plus puissant que le pissenlit et qu'il faut toujours utiliser avec prudence chez les personnes très encrassées. Son effet complémentaire sur le cholestérol fait de lui une prévention du risque cardio-vasculaire dans sa globalité ;
- on peut aussi envisager **la bardane**, qui est un bon dépuratif général, **la fumeterre**, qui est une plante de détox très utile, ce d'autant qu'elle aide à réguler le rythme cardiaque, et **l'aloë vera**, qui est un grand dépuratif, mais aussi un bon reminéralisant. J'utilise l'aloë vera plus particulièrement chez le diabétique, car cette plante a prouvé son intérêt dans ce cas-là.

— Les feuilles d'olivier, pour la tension et le rythme

Les feuilles d'olivier sont connues pour leur action sur la tension, mais leur action est limitée et il ne faut pas s'attendre à une baisse spectaculaire des chiffres si on utilise uniquement cette plante.



Les feuilles d'olivier augmentent le débit coronarien et agissent sur la tension.

Mais on oublie souvent qu'elle a d'autres propriétés utiles dans la prévention cardio-vasculaire et c'est pourquoi on l'utilise régulièrement :

- elle augmente le débit coronarien par dilatation des artères coronaires, réduisant ainsi le risque d'angine de poitrine et d'infarctus ;
- elle est antiarythmique et réduit les tachycardies ;
- elle a un petit effet d'inhibition de l'agrégation plaquettaire réduisant le risque de caillot et donc d'accident vasculaire ;
- elle est aussi, mais modestement, antidiabétique et hypocholestérolémiante.

Je veux m'attarder quelques instants sur cette « plante », car l'olivier n'est pas un arbre précieux uniquement à travers son huile. Ses feuilles sont un autre trésor de la nature.

Son effet sur l'hypertension a été maintes fois prouvé. En 2017 puis en 2021, une étude clinique¹³ en double aveugle sur 60 patients hypertendus a observé les effets d'un extrait de feuilles d'olivier apportant 136 mg/jour d'oleuropéine (le principe actif majeur des feuilles d'olivier) en comparaison à un placebo pendant six semaines.

Les patients prenant l'extrait de feuille d'olivier ont eu une réduction moyenne de la pression systolique de 11,5 mmHg et diastolique de 4,8 mmHg en comparaison au placebo. L'effet était comparable à celui de faibles doses de captopril (un antihypertenseur chimique de référence). Une analyse de suivi en 2021 a confirmé une amélioration de la fonction endothéliale, ce qui est essentiel pour l'évolution future de ces patients et leur risque d'accident cardio-vasculaire ultérieur.

En 2023, un essai sur la fonction endothéliale a confirmé cet effet sur les artères¹⁴. L'étude portait sur 25 sujets à risque cardio-vasculaire modéré,

recevant 1 000 mg/jour d'extrait de feuilles d'olivier ou un placebo pendant quatre semaines.

En un seul mois, on a observé dans le groupe traité une amélioration de 15% de la dilatation médiée par le flux (FMD), un indicateur de la santé endothéliale, et une baisse significative de la rigidité artérielle. Là encore, la pression systolique de ces patients a baissé de 6 mmHg en moyenne.

Cette étude renforce l'idée que les feuilles d'olivier protègent les vaisseaux, réduisant le risque d'événements comme l'infarctus.

On utilisera les feuilles d'olivier avant tout en infusion (5 à 10 g de feuilles séchées par jour) ou bien sous forme de gélules avec un extrait titré en oleuropéine pour consommer en moyenne 100 mg de cette molécule active par jour et un peu plus si possible.

Une seule précaution d'emploi pour cette plante parfaitement tolérée : elle peut potentialiser les effets des antihypertenseurs ou des anticoagulants. Si vous en prenez, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

— Les autres pistes en phytothérapie pour protéger notre cœur et nos artères coronaires

Le thé vert (*Camellia sinensis*) est riche en polyphénols et en particulier en catéchines (EGCG) qui réduisent le cholestérol LDL et surtout le protègent contre l'oxydation. Elles améliorent aussi la fonction endothéliale.

Ainsi, une méta-analyse de 2022 (*Journal of Nutrition*) montre que la consommation régulière de thé vert permet une baisse du risque de maladies cardio-vasculaires de 10 à 15%.

Consommez deux à trois tasses de thé vert par jour, ou bien choisissez des gélules d'extrait titrées en catéchines pour consommer entre 250 et 500 mg de ces polyphénols par jour.

La grenade (*Punica granatum*) va recouper d'une certaine façon l'utilisation du thé vert. En effet, ce fruit est riche en polyphénols (punicalagines) qui réduisent l'oxydation du LDL, l'inflammation et la pression artérielle.

Un essai de 2022 (revue *Antioxydants*) indique une réduction de la progression des plaques d'athérome et donc un effet de prévention de l'infarctus.

Si vous l'aimez, consommez tous les jours un verre de jus de grenade bio et pur sans sucres ajoutés. C'est un goût un peu astringent, mais c'est

13. *Phytomedicine*, 2017, avec suivi dans *European Journal of Nutrition*, 2021.

14. *European Journal of Nutrition*, 2023.

excellent pour la santé. On le propose en particulier chez les hommes, car ce fruit a aussi une action préventive sur les affections de la prostate. Son action est complémentaire du jus de betterave, donc pensez à les associer éventuellement.

La phytothérapie et la gemmothérapie sont donc des traitements naturels largement utilisés en cas de risque cardio-vasculaire et qui pourront compléter le traitement allopathique chez les personnes qui ont déjà fait un accident vasculaire.

Vous devez comprendre que chaque élément pris séparément aura une action modérée et c'est pour cela que les études montrent un effet supérieur des médicaments chimiques. Mais ces derniers n'ont JAMAIS été comparés à une démarche holistique globale et naturelle.

Si on associe plusieurs de ces remèdes que la nature met à notre disposition et qu'on modifie notre hygiène de vie, il est plus que probable que ces actions soient au moins équivalentes à la simple prise d'une statine.

Dans tous les cas, demandez conseil à votre médecin. D'après mon expérience, sur le moyen terme, on arrive progressivement, grâce à ces plantes et aux corrections diététiques, à améliorer les bilans. Je ne parle pas du seul cholestérol qui est pour moi un critère très secondaire. Je parle des bilans cardio-vasculaires, tels que les échodopplers ou les épreuves d'effort qui s'améliorent progressivement si on est persévérant dans ces approches globales.

Et évidemment, c'est l'état de santé global et la forme générale qui s'en trouvent grandement améliorées.

Stratégie n°5 : Homéopathie, aromathérapie et acupuncture : le tour des approches complémentaires

Voyons maintenant quelles sont les autres thérapies qui pourraient vous accompagner dans vos efforts pour soulager le cœur.

— L'homéopathie : utile, mais limitée pour le cœur

Moi qui suis très prescripteur de traitements homéopathiques, je ne trouve pas qu'elle soit majeure dans la prévention cardio-vasculaire.

Il existe des remèdes qui peuvent être très utiles, comme les dilutions de venins (LACHESIS, NAJA...) qui peuvent aider à lutter contre les caillots, ou

encore des remèdes d'insuffisance cardiaque (on retrouve les venins, mais aussi des remèdes de vieillissement comme ARSENICUM IOD), ou encore des remèdes de spasmes vasculaires et d'angor comme ARSENICUM ALB, SPONGIA, CACTUS, SPIGELIA et j'en passe.

On va également utiliser de l'organothérapie comme ARTÈRE ou MYOCARDE en 4CH.

Mais tous ces remèdes sont complexes d'utilisation et il est indispensable de consulter un médecin homéopathe pour bien les choisir et surtout ne pas négliger des symptômes qui nécessiteraient un traitement différent ou un bilan cardiologique en urgence. C'est une des raisons pour lesquelles je n'ai pas voulu développer l'homéopathie ici.

Surtout, le médecin homéopathe va essayer de trouver le remède de terrain, de constitution qui est peut-être l'approche la plus intéressante pour une prévention cardio-vasculaire par l'homéopathie.

Tous ces remèdes restent un complément de tout ce que nous avons vu précédemment dans ce dossier.

— L'acupuncture, à considérer surtout après une angine de poitrine

Elle fait merveille dans tous les phénomènes de spasmes vasculaires. L'acupuncture est très efficace dans les insuffisances circulatoires veineuses, mais sera également utile en cas d'angine de poitrine.

Il faut y penser en prévention, surtout s'il y a du stress, mais aussi après un infarctus dans la période de convalescence et de récupération.

Elle sera aussi envisagée en cas de palpitations, de troubles du rythme et d'insuffisance cardiaque.

N'hésitez pas à consulter un acupuncteur dans toutes ces situations, mais, pour la prévention cardio-vasculaire proprement dite, pour une action sur la paroi artérielle et sur la prévention de la plaque d'athérome, elle est moins prioritaire.

— Et l'aromathérapie ?

Nous avons vu la place importante de la phytothérapie. On pourrait ainsi penser que l'aromathérapie peut aussi avoir une place dans la prévention cardio-vasculaire, mais, en réalité, elle reste secondaire.

Certaines huiles essentielles agissent sur les spasmes d'origine nerveuse et les palpitations, comme le « petit grain bigarade » ou la « mandarine ». Mais là encore, peu de remèdes agissent vraiment sur les plaques d'athérome.

En pratique : tout ce que vous pouvez faire dès maintenant

En synthèse, j'aimerais différencier les deux grandes situations que l'on peut rencontrer dans le domaine de l'infarctus du myocarde : la prévention primaire et la prévention secondaire.

Je ne parle que de prévention, car la prise en charge de l'infarctus lui-même est une urgence médicale qui doit être gérée par des équipes spécialisées. Je vous renvoie aux symptômes de l'angine de poitrine que j'ai décrits au début de ce dossier. Il faut bien les connaître et, au moindre doute, contacter les urgences ou se rendre dans un service d'urgence cardiaque !

Avec le cœur, il vaut mieux s'inquiéter pour rien que de passer à côté d'un véritable infarctus. Et pourtant, c'est une chose qu'on rencontre encore souvent quand on fait un bilan chez un patient qui présente des symptômes d'angor : la découverte fortuite d'un « petit » infarctus passé inaperçu, des mois, voire des années plus tôt.

Je vous rappelle que, quand un infarctus n'est pas mortel, il peut néanmoins laisser des séquelles d'insuffisance cardiaque très handicapantes et qui réduisent l'espérance de vie, mais aussi la qualité de vie.

Donc ne prenez pas ces douleurs angineuses à la légère même si beaucoup de douleurs dans la poitrine sont liées au stress. En particulier celles qui piquent comme une aiguille ou un couteau qu'on enfoncerait dans la région du sein gauche. Surtout si elles apparaissent au repos. Ces douleurs, appelées neurotoniques ou encore précordialgies, sont très fréquentes et sans gravité. Mais dans le doute, consultez !

La prévention primaire : quand tout va (encore) bien

C'est pour elle avant tout que j'ai écrit ce dossier ! Car rien de mieux que de faire de la prévention avant tout accident cardio-vasculaire, avant qu'il puisse y avoir des séquelles irréversibles.

La définition de la prévention cardio-vasculaire primaire est la suivante : ce sont toutes les me-

sures et les interventions visant à empêcher l'apparition des maladies cardio-vasculaires chez des individus qui n'ont pas encore développé ces pathologies. Elle s'adresse donc à des personnes en bonne santé apparente ou présentant des facteurs de risque (comme l'hypertension, le tabagisme, le cholestérol élevé, le diabète ou l'obésité), mais sans antécédents de maladies cardio-vasculaires telles que l'infarctus du myocarde ou l'accident vasculaire cérébral.

C'est dans ce domaine que la médecine intégrative que je défends, dossier après dossier, a la place la plus importante.

Car ce qu'il faut comprendre c'est que, même si le patient a plusieurs facteurs de risque, il n'a jamais été « malade » et peut-être ne le sera-t-il jamais. Il est donc essentiel de mettre en place une prévention qui respecte le premier principe de la médecine : *PRIMUM NON NOCERE*.

C'est pourquoi l'usage excessif ou trop précoce de médicaments chimiques ayant divers effets secondaires m'inquiète toujours. Mais si les médecins prescrivent trop facilement ce type de médicaments en prévention primaire, c'est à cause de deux éléments que vous devez bien comprendre :

- seul un laboratoire qui va gagner des millions avec des médicaments a les moyens de faire une étude concernant la prévention primaire, car il faut récolter des milliers de cas pour que les statistiques soient fiables. De fait, il n'existe aucune étude qui compare ces médicaments à une démarche intégrative comme je la décris dans ce dossier, car aucun laboratoire n'investira de l'argent dans une telle étude. Et, comme les revues médicales ne communiquent QUE sur les études statistiquement significatives, on ne parle que de ces médicaments, y compris dans les médias grand public qui sont très influencés par les lobbys pharmaceutiques ;
- les médecins n'entendent donc parler QUE de ces études et de ces médicaments et ne sont pas formés à cette approche intégrative qui n'est pas enseignée à la faculté de médecine, puisque

les études ne sont pas assez « puissantes » pour être prises en considération.

Pourtant, comme vous avez pu le constater à la lecture de ce dossier, beaucoup d'études existent autour des démarches plus naturelles, comme l'alimentation méditerranéenne, mais elles ne sont jamais réalisées en comparaison des statines qui sont donc considérées comme l'alpha et l'oméga de la prévention cardio-vasculaire, alors que les preuves de leur efficacité en prévention primaire sont loin d'être évidentes. Si vous lisez les livres du Dr Michel de Lorgeril, vous pourrez constater que, dans ces études, il n'y a aucune différence entre les groupes sous statines et les groupes placebos en termes de mortalité globale.

Alors, faut-il vraiment prendre des statines en prévention primaire ? À mon sens, la question reste posée et la réponse est loin de faire consensus.

Je vais donc vous proposer ici une synthèse de ce dossier si vous présentez des facteurs de risque cardio-vasculaire, mais que vous n'avez jamais fait d'infarctus.

Agir sur votre hygiène de vie

Quels que soient la situation et vos facteurs de risque, il est indispensable d'agir sur l'alimentation et la sédentarité.

Pour l'activité physique, mettez en place une activité d'endurance très RÉGULIÈRE et tenez-vous-y : 30 minutes 5 fois par semaine est une bonne base. Soyez persévérant, car c'est seulement ainsi qu'on en tire de réels bénéfices. Et au bout d'un moment, on ne peut plus s'en passer.

Sur le plan diététique, mettez en place une alimentation de type méditerranéenne comme je l'ai décrite dans un précédent chapitre.

Vous y trouverez tous les aliments à consommer au quotidien, mais surtout ceux à éviter, ce que je peux résumer ainsi :

- choisissez des aliments les plus naturels possible et fuyez les aliments ultra-transformés riches en sucre, en sel et en graisses trans ;
- réduisez les glucides et choisissez bien vos huiles et les bonnes protéines animales ;
- augmentez votre consommation de végétaux de toutes sortes, mais si possible bio, sans oublier tous les simples qui doivent colorer quotidiennement vos plats ;
- réduisez l'alcool, buvez suffisamment d'eau (plate ou gazeuse), fuyez les sodas et autres boissons industrielles, sucrées ou non, et prenez un verre de vin rouge par jour si vous l'appréciez.

Les compléments alimentaires « de base »

Au-delà de ces modifications de base de votre hygiène de vie, vous pourrez utiliser des compléments alimentaires qui viendront compléter vos efforts diététiques.

On commencera par des « compléments naturels ». Je pense en particulier :

- à l'ail qui doit être présent dans votre assiette tous les jours si vous le supportez ;
- au jus de betterave, si vous l'appréciez ;
- au jus de grenade, qui est aussi à consommer régulièrement ;
- et globalement, apprenez à faire des jus de légumes frais et prenez l'habitude d'en consommer régulièrement ;
- aux huiles végétales d'assaisonnement riches en oméga 3.

Je veux citer également les sardines en boîte à l'huile d'olive. C'est sans aucun doute la meilleure façon naturelle d'augmenter votre apport en oméga 3 à longue chaîne. Une boîte de sardines par semaine est une bonne habitude à prendre.

Sinon, certains compléments en gélules ou capsules peuvent être à envisager en prévention primaire en faisant des cures discontinues.

Je propose souvent comme supplémentation de base en cas de risque vasculaire significatif :

- une supplémentation en vitamine D pendant au moins six mois de novembre à mars en fonction du dosage sanguin de cette vitamine ;
- une cure de magnésium à l'automne et au printemps ;
- des capsules d'huile de poisson des mers froides que je propose une semaine sur deux en alter-



Facile et efficace : manger plus de végétaux !

nance avec des antioxydants et que je donne pendant les trois mois d'hiver et les trois mois d'été ;

- des spécialités à visée antioxydante riches en flavonoïdes en alternance avec les oméga 3 ci-dessus. Pourquoi une telle alternance ? Parce qu'en prévention primaire, il n'est pas indispensable de prendre ces compléments en continu. Ce rythme de supplémentation dépendra des habitudes alimentaires et de l'importance des facteurs de risque.

Des solutions spécifiques selon votre profil

D'autres approches complémentaires seront envisagées en fonction des facteurs de risque du patient.

— En cas de dyslipidémie

Si elle n'est pas assez bien corrigée par les approches ci-dessus, je rajouterai un complément à base de levure de riz rouge comme détaillé précédemment.

Je pourrai aussi augmenter la supplémentation en oméga 3 et en antioxydants.

Des plantes comme l'artichaut sont aussi à envisager.

— En cas de tendance au diabète

Je n'ai pas développé cette question, car ce n'est pas le sujet de ce dossier consacré au cœur, mais le diabète étant un facteur de risque important, je veux rappeler qu'au-delà de la prise en charge diététique qui peut être largement suffisante, on pourra proposer une supplémentation en chrome.

J'utilise en priorité les Granions de chrome : 2 comprimés au dîner à adapter en fonction des résultats.

On peut aussi envisager deux plantes, mais qui ont leurs limites :

Le ginseng, plante bien connue pour ses effets stimulants, physique et intellectuel, est aussi une des plantes les plus utilisées dans le diabète, car elle stimule la sécrétion d'insuline et augmente la consommation périphérique de glucose. Le ginseng a tellement d'intérêts médicaux que j'aime beaucoup l'utiliser, sauf chez les hypertendus et les personnes colériques ou nerveuses, car c'est un stimulant assez puissant.

Le *Garcinia cambodgia* est rarement citée dans les livres sur le diabète et c'est bien dommage, car elle est intéressante à plusieurs titres. L'extrait de ce fruit, appelé mangoustan, présente plusieurs propriétés grâce à sa richesse en hydroxycitrate (HCA) :

- aide à la perte de poids ;



La levure de riz rouge, décriée, mais utile.

- agit sur l'absorption des glucides et des lipides et la transformation des sucres en graisse expliquant son effet sur le poids et le diabète ;
- action antidiabétique et hypocholestérolémiante.

Mais une utilisation excessive dans le domaine du surpoids fait qu'elle est actuellement déconseillée par l'ANSES malgré une excellente tolérance si on la prend à dose normale en utilisant des extraits secs titrés à 50% ou 60% en hydroxycitrate (HCA). Et en prenant l'équivalent de 600 à 800 mg d'HCA par jour en 2 ou 3 prises.

— En cas d'hypertension

Ce sujet mérite un dossier à lui tout seul. Je ne ferai que rappeler l'importance, en plus des éléments déjà cités ci-dessus, des feuilles d'olivier qui sont la prescription prioritaire pour une hypertension labile ou débutante.

Si vous ne l'aimez pas en tisane, prenez par exemple Phytomance OLIVIER : 2 gélules matin et soir avant le repas.

On n'oubliera pas l'intérêt pour contrôler la tension du magnésium, des oméga 3, du jus de betterave et de l'ail déjà cités plus haut.

On peut aussi envisager de l'homéopathie et de l'acupuncture souvent efficaces dans ces hypertensions débutantes. Dans ce cas, consulter un spécialiste de ces approches.

— En cas d'angine de poitrine

Nous sommes là dans une situation qui est à mi-chemin entre la prévention primaire et secondaire.

Le patient n'a fait aucun accident cardiaque, mais a des symptômes en lien avec des coronaires présentant des sténoses à cause de plaques d'athérome.

Dans ce cas, deux solutions :

- les plaques ne sont pas trop importantes (sténose inférieure à 60%) et, dans ce cas, le cardiologue va donner uniquement des statines et parfois un bêtabloquant, voire de l'aspirine. C'est sûrement dans ce cas où l'approche intégrative est la plus importante ;
- les plaques entraînent une sténose significative et on va les réduire grâce à un petit ballonnet introduit dans l'artère coronaire au cours d'une coronarographie, puis on y placera un stent pour maintenir l'artère bien ouverte. Dans ce cas, le patient devra prendre des anticoagulants et un traitement cardio-vasculaire avec des statines et des protecteurs cardiaques, comme les bêtabloquants. Dans cette situation, je considère qu'on est en prévention SECONDAIRE, même s'il n'y a eu aucun accident cardio-vasculaire.

Dans le premier cas, face à des symptômes d'angine de poitrine modérés sans sténoses coronariennes significatives, tout ce que je viens de décrire est absolument essentiel à mettre en place. Il faudra probablement augmenter les doses de certains compléments :

- cure d'oméga 3 tous les jours au dîner, au moins 2 mois sur 3 ou bien 5 jours sur 7, rythme qui a ma préférence ;
- cure d'antioxydants tous les jours 2 mois sur 3 ou 3 mois sur 6 ;
- vitamine D 9 mois sur 12 (on arrête uniquement les 3 mois d'été).

Et je rajouterai volontiers :

- de la gemmothérapie : Macérat de cornouiller sanguin et Macérat de peuplier (La Royale) : 10 gouttes de chaque matin et soir ;
- des plantes du régulateur du rythme cardiaque, comme l'aubépine et des plantes du stress si nécessaire, mais aussi une plante drainante et diurétique. Par exemple :
- Cardiocalm (vendu en pharmacie) : 2 comprimés matin et soir,
- ou Phytomance Aubépine : 1 gélule avant les 3 repas que je remplace parfois par le complexe
- Phytomance Relaxation s'il y a plus de tension nerveuse : 2 gélules matin et soir avant le repas
- Phytomance Émonctoires : 2 gélules matin et midi pour sa composition très utile dans ces cas : pissenlit + artichaut + bouleau + bardane ;
- si le patient n'aime pas l'ail, je le prescrirai en gélules : Phytomance Ail : 1 gélule midi et soir au repas.

Prévention secondaire : ne laissez pas une première alerte sans réponse

On arrive ici au point le plus délicat. La prévention secondaire veut dire que le patient a déjà fait un accident cardio-vasculaire, AVC ou infarctus en particulier.

Cela veut dire quelque chose de plus : son terrain acquis et inné (ses gènes) est suffisamment défavorable pour en arriver à boucher totalement une artère.

En prévention primaire, on peut avoir des facteurs de risque marqués et ne jamais faire d'infarctus, car notre génétique nous protège, d'une certaine façon. C'est cette génétique qui fait que certains gros fumeurs ne feront jamais d'infarctus. Par contre, ceux-là mêmes qui sont naturellement protégés contre l'athérome feront peut-être un cancer, car ce ne sont pas les mêmes gènes en jeu.

Ici on a un patient qui a fait un infarctus, donc on imagine que sa génétique n'est pas assez protectrice, voire carrément défavorable. De ce fait, les démarches de prévention pour éviter que les choses s'aggravent et récidivent seront d'autant plus énergiques.

C'est aussi dans cette situation que les statines semblent avoir montré un intérêt préventif, même si ça reste discuté par certains. Surtout, si les statines montrent une diminution des récidives, les chiffres ne sont pas aussi spectaculaires que dans les études qui se penchent sur l'efficacité de l'alimentation méditerranéenne et l'exercice physique. Mais il n'y a aucun laboratoire pour pousser à mieux manger et mieux bouger. Par contre, l'industrie pharmaceutique gagne des milliards avec les statines, qui sont parmi les médicaments les plus prescrits au monde. Alors vous imaginez bien qu'ils font tout pour entretenir ce business et même l'amplifier en proposant de baisser toujours plus le cholestérol : *the lower the better* !

Quoi qu'il en soit, si vous avez déjà fait un infarctus, il est licite de prendre les traitements proposés par le cardiologue et je vous déconseille de les arrêter sans contrôle médical.

Ce que je regrette parfois c'est qu'après un accident cardiaque, certains médecins prescrivent d'emblée les doses maximales de statines sans se poser la question de la tolérance, alors qu'il serait peut-être préférable de commencer à des doses plus faibles et d'augmenter si cela paraît nécessaire. À vous d'en discuter avec votre médecin.

La prise en charge intégrative développée tout au long de ce dossier reste très importante, voire prioritaire, même si les spécialistes vous en parleront peu.

Si vous avez déjà fait un infarctus, voici ce qu'on peut envisager :

Les traitements du cardiologue doivent être respectés et pris de façon très régulière. On pourra y ajouter :

- Des corrections diététiques encore plus attentives. Une action sur le poids est encore plus importante si vous avez beaucoup de kilos en trop. L'obésité abdominale est un des plus gros facteurs de risque, mais, en plus, le poids va fatiguer le cœur déjà fragilisé.
- Les compléments alimentaires et les plantes détaillés ci-dessus en cas d'angine de poitrine sont toujours valables. Je ne les détaille pas.
- Si vous prenez des bêtabloquants, ce qui est fréquent, l'aubépine et le lotier ne sont pas indiqués a priori.
- Évidemment, on n'associe pas de levure de riz rouge aux statines. C'est même contre-indiqué.
- Inversement, les oméga-3 sont essentiels, car ils réduisent un peu plus le risque de récurrence au niveau des stents.
- Par contre, si vous avez un stent, il est probable que vous soyez sous anticoagulant ou au moins sous aspirine. Attention aux compléments alimentaires qui ne font pas bon ménage avec des médicaments. C'est surtout le cas du curcuma et du gingembre, mais uniquement à forte dose. On trouve aussi dans certains documents : la vitamine E à forte dose (mais je vous déconseille de prendre de fortes doses de cette vitamine



dans tous les cas), l'ail, mais c'est vrai si vous prenez beaucoup de capsules (ce qui est rare à cause de la tolérance gastrique). Avant, il y avait aussi les compléments apportant de la vitamine K, mais les anticoagulants appelés « antivitamine K » sont de moins en moins utilisés et ces compléments sont parfaitement indiqués avec les nouveaux anticoagulants que sont l'Elivis et le Xarelto qui représente 90% des prescriptions. En cas de doute, posez la question à votre pharmacien ou votre médecin.

- On ajoutera souvent du CoEnzyme Q10 à raison de 80 à 120 mg par jour afin de soutenir la fonction myocardique. De la même façon, le magnésium et les antioxydants seront encore plus nécessaires.

Il existe bien entendu d'autres pistes et, loin de moi l'idée d'être exhaustif dans cette synthèse. Votre médecin pourra vous faire d'autres prescriptions complémentaires, mais je crois que ces propositions sont une bonne base pour une prévention active du risque cardio-vasculaire.

Alors, maintenant, à vous d'agir !

Le Dr Éric Ménat ne prend plus de nouveaux patients.

Son carnet de rendez-vous est plein et il est donc inutile de contacter son cabinet.

Avis aux lecteurs

L'objectif de *Guérir & Bien Vieillir* n'est pas de remplacer vos consultations médicales. Il est de vous donner les clés pour créer un dialogue riche et constructif avec votre médecin.

REVUE MENSUELLE N°97 - MAI 2025

Directrice de la publication : Clémence Bauden
Rédacteur : Dr Eric Ménat
Guérir & Bien Vieillir – BioSanté Editions
Siège social : Rue du Lion d'Or 1, 1003, Lausanne
Registre journalier N° 2043 du 3 février 2016
CHE-208.932.960

Abonnement annuel : 114 euros
Abonnement : Pour toute question concernant votre abonnement, contacter le +33 3 59 55 36 42 ou écrire à <https://www.guerir-bien-vieillir.com/vos-questions/> ou adresser un courrier à BioSanté Editions - Service Courrier - 679 avenue de la République 59 800 Lille - France
ISSN : 2504-4052



LE DANGER DU FLUOR POUR NOS ENFANTS

Le fluor est connu pour ses bienfaits contre les caries dentaires. Il est utilisé dans de nombreux dentifrices, certains sels de table, et ajouté à l'eau potable dans plusieurs pays pour protéger la santé bucco-dentaire. Pourtant, une récente méta-analyse (une étude qui regroupe et analyse les résultats de nombreuses recherches précédentes) vient relancer un débat sensible : **le fluor pourrait-il nuire au développement du cerveau chez les enfants, surtout lorsqu'ils y sont exposés dès la grossesse ?**

Publiée en 2023 dans la revue *Environmental Health Perspectives*, cette méta-analyse a été menée par une équipe de chercheurs américains. Ils ont passé en revue 45 études internationales portant sur la relation entre l'exposition au fluor et le quotient intellectuel (QI) des enfants. Ces études provenaient de plusieurs pays, dont la Chine, le Mexique, l'Iran ou encore le Canada – des endroits où le fluor est naturellement présent en forte concentration dans l'eau ou ajouté volontairement pour des raisons de santé publique.

Le résultat principal est le suivant : les enfants exposés à des niveaux plus élevés de fluor pendant la grossesse ou la petite enfance auraient, en moyenne, un QI plus bas de 3,7 points par rapport aux enfants moins exposés. Cela peut paraître faible, mais à l'échelle d'une population entière, cela pourrait faire basculer statistiquement un plus grand nombre d'enfants vers une intelligence en dessous de la moyenne, avec des répercussions sur leur réussite scolaire ou professionnelle.

Les chercheurs ont utilisé une méthode rigoureuse pour sélectionner les études : seules celles publiées après 1980 et répondant à des critères de qualité ont été retenues. Ils ont aussi pris en compte d'autres facteurs pouvant influencer les résultats (comme l'éducation des parents ou la pollution de l'air). Malgré cela, ils reconnaissent plusieurs limites : les niveaux exacts d'exposition au fluor sont parfois mal mesurés, et les tests de QI varient d'une étude à l'autre.

Cette étude n'ose pas dire que le fluor est forcément dangereux (influence des lobbies ?), mais elle invite heureusement à la prudence. Les auteurs appellent à mener de nouvelles recherches

de meilleure qualité, notamment sur l'exposition au fluor pendant la grossesse, car le cerveau du fœtus est particulièrement vulnérable à certains produits chimiques, même à faibles doses.

En France, l'eau du robinet n'est pas fluorée, ce qui limite l'exposition. Mais des compléments au fluor sont parfois prescrits aux enfants, et certains produits alimentaires peuvent en contenir. Les autorités sanitaires françaises restent prudentes, pour ne pas dire excessivement frileuses : l'ANSES, tout en suivant attentivement la littérature scientifique, continue de soutenir l'utilisation du fluor dans une optique de santé publique. Est-ce bien cohérent avec les connaissances actuelles ? Où est le principe de précaution qui doit prévaloir en santé publique ?

Surtout que les enfants peuvent s'intoxiquer avec le fluor des dentifrices pourtant en vente libre et sans qu'aucune précaution ne soit indiquée. Et il ne faudra pas oublier la présence du fluor dans notre environnement, en particulier dans les retardateurs de flamme qui sont souvent des dérivés fluorés et qui sont en particulier présents dans les matelas en mousse pour bébés.

Fluor et iode ne font pas bon ménage

Je dois vous rappeler que le fluor est un compétiteur de l'iode. Du coup, plus on est en contact avec le fluor et plus on exprimera une carence en iode. Or, cette carence est une cause parfaitement reconnue de baisse du QI chez nos enfants. L'impact du fluor ne fait donc aucun doute pour moi, et sa présence excessive dans notre environnement explique pourquoi je suis favorable à une supplémentation attentive et suffisante des femmes enceintes en iode, mais aussi, probablement, des jeunes enfants.

Comme trop souvent, les auteurs de la méta-analyse restent prudents et n'affirment pas un lien de causalité formel entre fluor et baisse du QI. Mais ils soulignent l'importance d'une évaluation continue des bénéfices et risques associés à cette substance. Ils appellent à plus d'études prospectives de haute qualité, notamment sur l'exposition prénatale au fluor, pour mieux éclairer les décisions en matière de santé publique.



Le millepertuis : une plante au service du moral et de la peau

Le millepertuis, connu scientifiquement sous le nom d'*Hypericum perforatum*, est une plante originaire d'Europe, d'Asie occidentale et d'Afrique du Nord.

Aujourd'hui, le millepertuis est reconnu comme un remède naturel, notamment pour ses effets sur l'humeur et le bien-être mental.

Propriétés principales

1. **Antidépresseur naturel** : le millepertuis est célèbre pour ses propriétés régulatrices de l'humeur. L'hyperforine inhibe la recapture de la sérotonine, surtout, et accessoirement de la dopamine et la noradrénaline, ce qui aide à équilibrer les émotions.
2. **Anxiolytique** : il possède un effet calmant léger, utile pour réduire l'anxiété et les tensions nerveuses.
3. **Anti-inflammatoire et cicatrisant** : cet effet est limité à son usage externe sous forme d'huile. Appliqué en massage, il soulage les inflammations cutanées, les brûlures légères et favorise la cicatrisation. Mais attention, il est aussi photosensibilisant.
4. **Sédatif léger** : il peut améliorer la qualité du sommeil en cas d'insomnie liée au stress.

Indications thérapeutiques

- **Dépression légère à modérée** : le millepertuis est souvent prescrit comme alternative aux antidépresseurs de synthèse pour les cas non sévères. Des études cliniques ont montré une efficacité comparable à certains médicaments, avec moins d'effets secondaires.
- **Troubles de l'humeur saisonniers** : il est indiqué pour le « blues hivernal » ou les baisses de moral liées au manque de lumière.
- **Anxiété et stress** : en tisane ou en extrait, il apaise les états de nervosité.
- **Problèmes cutanés** : en huile, il traite les brûlures superficielles, les coupures ou les irritations (eczéma, psoriasis léger).
- **Douleurs neuropathiques** : certaines préparations sont utilisées pour soulager les douleurs nerveuses ou musculaires.

Retrouvez la posologie et les contre-indications dans l'annexe de ce dossier à cette adresse : https://www.guerir-bien- vieillir.com/pages/Suite_dossier97

UN PEU DE LECTURE

FAUSSES PANDÉMIES, VRAIS MENSONGES

Corinne Lalo

Édition Magnus



Dans *Fausse pandémies, vrais mensonges*, Corinne Lalo, journaliste d'investigation et grand reporter, propose une enquête approfondie sur ce qu'elle qualifie de « fraude planétaire » autour des pandémies, avec un focus particulier sur la crise du Covid-19.

Forte de quarante ans d'expérience dans le journalisme, elle s'attaque aux récits officiels, qu'elle juge fondés sur la peur et la manipulation.

Le livre se structure autour de « dix grands mensonges » qu'elle décortique méthodiquement, s'appuyant sur des faits et des investigations. Parmi les thèses avancées, Corinne Lalo revient sur la crise du Covid qui a bénéficié de la part des instances officielles d'une exagération en termes de communication, orchestrant ainsi la peur pour mieux contrôler les populations. Elle critique les mesures comme les confinements, qu'elle considère comme désastreux pour la santé mentale, et les campagnes de vaccination qui ont bien trop largement promu un vaccin loin d'être sûr et efficace. Selon elle, ces décisions seraient le fruit de conflits d'intérêt au sein d'organisations supranationales, notamment l'OMS.

L'objectif de l'ouvrage est double : révéler les coulisses de ces « pandémies fabriquées » et alerter les lecteurs pour qu'ils protègent leur santé face à de futures manipulations. Corinne Lalo ne se limite pas au Covid-19, mais inscrit son analyse dans une perspective historique, suggérant que ce schéma de tromperie est récurrent. Elle invite à une prise de conscience collective pour éviter que de tels scénarios ne se reproduisent.

Ce livre choc, destiné à un large public, pourrait diviser par ses propos bien tranchés et courageux. Il s'inscrit dans la lignée de son précédent livre sur les perturbateurs endocriniens, porté par le style incisif d'une autrice habituée à défier les vérités établies.

DR ÉRIC MÉNAT

• Les maladies : on croit toujours
• qu'on va en guérir, ou en mourir ;
• alors que ce qui arrive, c'est autre chose :
• on vit, et on vieillit avec.

Paul Morand (1888-1976)