

Dr Jean-Pierre Poinsignon

OSTÉOPOROSE

MYTHE OU

RÉALITÉ

?

Préface du
Pr Henri Joyeux

éditions du
ROCHER

L'ostéoporose Mythe ou réalité ?

Dr Jean-Pierre Poinsignon

**L'ostéoporose
Mythe ou réalité ?**

Préface du professeur Henri Joyeux

éditions du
ROCHER

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

conditions physicochimiques de cristallisation.

Le cristal osseux d'hydroxy apatite répond lui aussi aux lois de la science cristallographique. Pour pouvoir se constituer, il lui faut les différents atomes que l'on connaît : calcium, phosphore, silice, strontium, etc., mais aussi des conditions physicochimiques de formation, encore mal connues.

Le calcium, le phosphore sont nécessaires.... mais pas suffisants...

Ces conditions de formation et surtout de pérennité du cristal osseux semblent simplement être les constantes vitales de l'être humain (celles de l'homéostasie physiologique). À condition de les connaître (nous verrons que le sang humain est alcalin : détail fondamental) et surtout de les respecter.

Il se pourrait bien que l'absence actuelle d'explication scientifique à la maladie ostéoporotique ne soit qu'un manque de connaissance cristallographique de notre matière osseuse, tout du moins dans sa partie minérale.

L'ensemble de notre squelette est le réservoir de stockage de sels minéraux de notre organisme

Notre squelette contient environ mille grammes de calcium pour un adulte (un kilogramme !) en faisant le minéral le plus important en quantité, suivi de près par les sept cents grammes de phosphore, dont on ne parle presque jamais. Le magnésium avec ses quarante grammes est très loin derrière. Le silicium, le manganèse, le cuivre, le zinc, le bore et d'autres oligoéléments à l'état de traces jouent un rôle très important, car ce n'est pas forcément la quantité des composants qui importe pour assurer la structure et la fonction normale d'un tissu.

Les fonctions de la Matrice Extra Cellulaire osseuse

- Un rôle structural : Le collagène de l'os fixe fortement des cristaux d'hydroxyapatite, groupés en plaques hexagonales ; ce par quoi notre os est dur et solide.
- Un rôle de milieu de communication intercellulaire direct ou de transmission de messages moléculaires. L'os est informé de ce qui se passe à distance. Il est réactif et adaptable à la direction et à l'intensité des forces.
- Un rôle de nutrition pour les cellules qui y vivent, y travaillent et d'élimination des déchets endogènes produits par leur fonctionnement ou venus d'ailleurs (exogènes). L'os est vivant par un métabolisme actif.
- Un rôle de protection de la cellule contre les agressions mécaniques (chocs, vibrations, traumatismes).
- Un rôle de maintien de la « constance du milieu intérieur » : l'homéostasie. Il existe des échanges moléculaires permanents entre les cellules et la matrice qu'elles élaborent et dans laquelle elles vivent, permettant une stabilité de la fonction cellulaire.

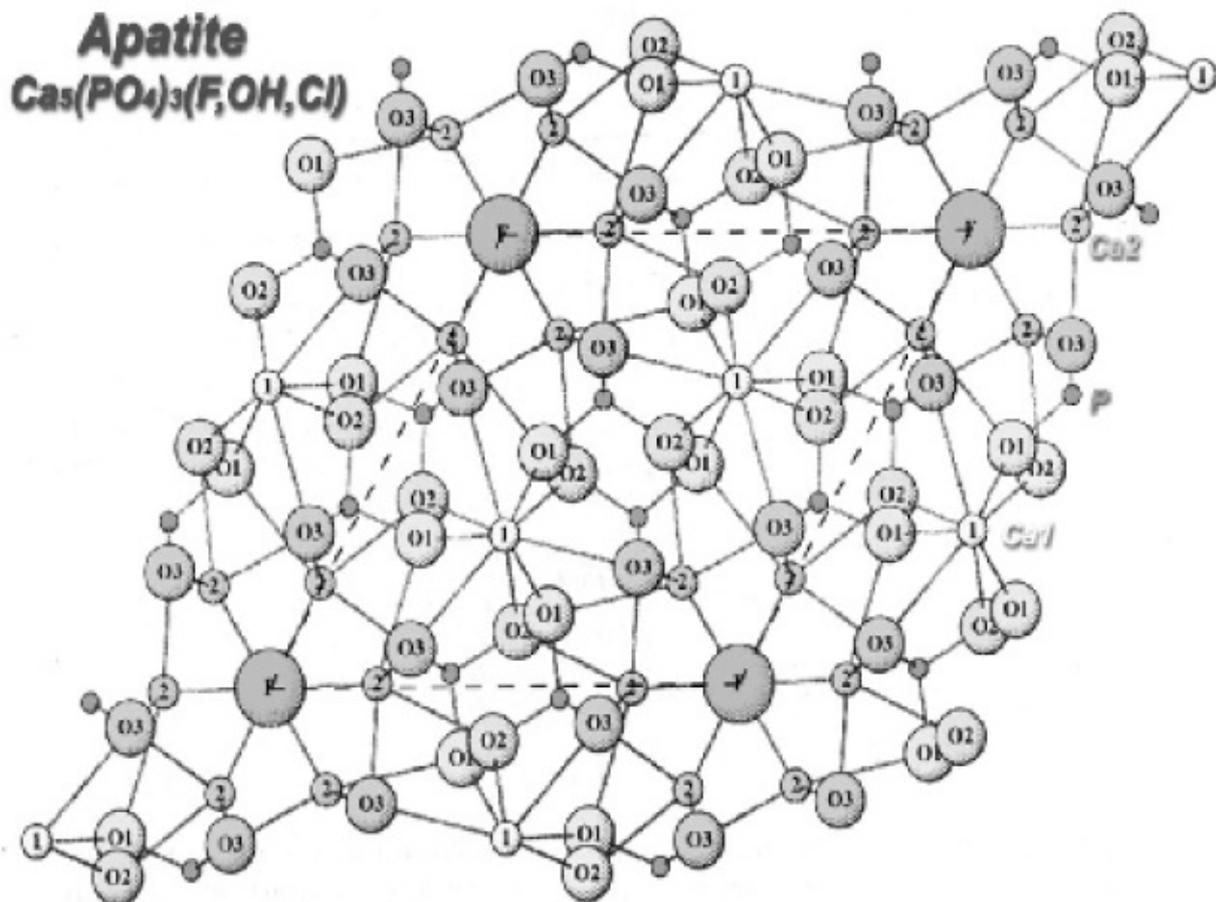
Comment le cristal se fixe-t-il sur la molécule de collagène ?

Les fibres de collagène, très serrées, confèrent une structure solide grâce à leur calcification. Plutôt que le terme de calcification il vaudrait mieux être plus précis sur le plan biochimique et employer le terme d'« hydroxy apatitisation ». Les mécanismes de calcification de la molécule de collagène sont complexes et encore mal connus. Les cristaux minéraux de

phosphate de calcium (hydroxy apatite) sont liés par des liaisons chimiques très fortes et intimement aux molécules de collagène qui rendent ainsi notre squelette osseux très dur, très solide, élastique quand même, même si cette dernière qualité n'est pas mesurable actuellement, ni évidente à concevoir !

Schéma du maillage atomique des cristaux d'Hydroxy Apatite

Il ne faut pas confondre l'ion phosphore (P), poids moléculaire 30,97, et l'ion phosphate (PO_4 - - -, triplement électronégatif), poids moléculaire 94,97. Les phosphates sont des sels de l'acide phosphorique. L'apatite est un phosphate de calcium, en cristaux ou agrégats, à inclusion fréquente d'atomes de chlore, de fluor, de silicium et de terres rares : strontium, barium, etc.



Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

« démolition -construction », témoin du renouvellement permanent de l'os.

Les chantiers s'emballent également sous l'action de la cortisone utilisée à des fins thérapeutiques ou d'une hyperproduction pathologique de cortisol par les glandes surrénales ou encore par un excès d'hormone thyroïdienne. Dans les six mois qui suivent une fracture osseuse, chez l'homme comme chez la femme, les chantiers osseux sont très actifs.

Chaque chantier laisse un petit déficit osseux. Ce sont des périodes de perte de masse osseuse, de perte de collagène osseux et aussi de sels minéraux bien entendu. Que l'on peut également doser avec une perte de sels calciques et des phosphatases alcalines. Pendant ces périodes, on retrouve des taux plus élevés de « marqueurs de remodelage osseux » : portion moléculaire de collagène dans le sang et dans l'urine.

Les médecins essayent de détecter les éventuelles femmes ostéoporotiques gravement atteintes, en dosant des taux élevés chez les femmes « perdeuses rapides » (fast looser), mais de même que la courbe de densitométrie reprend la pente normale de 1 à 2 % de perte annuelle, après la pente raide, les taux de : Propeptide N-terminal du collagène de type 1 sérique (P1NP), Téllopeptide C-terminal du collagène de type 1 sérique ou crosslaps sériques (CTXs), se normalisent, pour peu qu'on ait pris le soin d'établir les taux de base, personnel, avec le même laboratoire d'analyse, dans les mêmes conditions de prélèvement, car ces dosages sont difficiles... avec beaucoup de risques d'erreur méthodologique et surtout beaucoup de risques de conclusion erronée débouchant sur des « traitements » précoces à l'apparence scientifique !

Les marqueurs urinaires (NTXu, CTXu et DPD : désoxypyridinoline) ne sont plus recommandés en raison de leur

plus importante variabilité intra-individuelle. Le dosage de l'ostéocalcine est peu recommandé en raison de son instabilité in-vitro (après le prélèvement du patient) exigeant des précautions pré analytiques scrupuleuses à respecter et pouvant rendre les dosages peu fiables.

En pratique clinique, les CTX sériques sont aujourd'hui les plus sensibles et les plus spécifiques pour évaluer la résorption osseuse et son éventuelle modulation thérapeutique dans l'ostéoporose post ménopausique commune.

Car les marqueurs servent à mesurer l'efficacité thérapeutique théoriques des médicaments : plus ils freinent la résorption osseuse, plus les taux baissent...

Certains médicaments freinent, en effet, la résorption osseuse, c'est pour cela que les marqueurs peuvent servir de témoin de la prise effective du médicament par le malade : preuve de l'observance de la prescription médicale. Pas la preuve de l'efficacité de la molécule !

Nous verrons dans le chapitre « médicaments », qu'il ne suffit pas de freiner ou bien même d'arrêter la démolition osseuse... pour faire construire plus et plus vite et gagner de la masse osseuse.

Ce rêve thérapeutique n'est pour l'instant (en 2015) pas encore réalisé.

Les marqueurs biologiques du remodelage osseux sont d'interprétation difficile car très variables en fonction de l'état physiologique du squelette, de l'activité physique, de l'état hormonal très variable de l'être humain. Leur dosage biologique est difficile avec des grosses variations des résultats, en fonction des laboratoires d'analyse.

D'apparence très scientifique, ils n'ont servi qu'à démontrer l'efficacité du freinage temporaire de déconstruction osseuse de

certaines molécules médicamenteuses et l'observance de leur consommation effective chez les « malades ». En aucun cas ils n'apportent la preuve d'une solution efficace contre l'ostéoporose, comme auraient voulu le voir certains médecins un peu trop naïfs.³

1. C'est pour cela que l'on peut considérer la peau comme la limite la plus externe du cerveau.

2. La neige artificielle des « canons à neige » n'a pas la même cristallisation que la neige naturelle, pas si facile à imiter !

3. Encore un sujet... de friction avec mes consœurs gynécologues !

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

maladie ?

Le problème qui se pose aux médecins est de savoir si l'ostéoporose est un facteur de risque de fracture ou une maladie avérée, ou les deux.

On assiste pour la première fois, en médecine, à l'irruption de la mathématique statistique pour définir une « maladie » chez des dizaines de milliers de femmes occidentales, après leur ménopause, sans aucune doléance de la part de chacune d'elles, au nom de la prévention des fractures.

C'est l'apparente victoire de la médecine préventive pour « soigner » un risque de fracture avec des « médicaments », triste ironie thérapeutique, médicaments qui peuvent provoquer des « fractures atypiques », comme nous le verrons plus avant.

Le changement de concept : « fracture ostéoporotique » se transformant en « ostéoporose maladie » et l'application tronquée d'une définition de la maladie, par la seule lecture du T-score, ont multiplié le nombre de femmes (et d'hommes) « malades préventivement ».

L'OMS définit l'ostéoporose comme une « maladie » dès qu'il existe un éloignement des chiffres de la masse osseuse (T-score) en dessous de la moyenne.

Le T-score établit un chiffre de comparaison du sujet examiné par rapport à des échantillons de sujets jeunes (même sexe, même ethnie). C'est-à-dire aux chiffres théoriques que le sujet examiné, d'une manière statistique, aurait eus, par hypothèse rétrospective, lorsqu'il était âgé de 25-30 ans, c'est-à-dire lorsqu'on a théoriquement la masse osseuse la plus élevée dans la vie.

Le Z-score compare la valeur de densité minérale osseuse mesurée, chez un individu donné, à la valeur moyenne de la

population de même âge, même sexe, même ethnie.

Cinquième critique On ne sait pas exactement pourquoi l’OMS a retenu le T-score plutôt que le Z-score pour définir la notion d’ostéoporose maladie.

On peut se demander ainsi, si, en comparant la masse osseuse chez quelqu’un d’âgé, par rapport à la masse osseuse théorique, quand il était jeune...on ne commence pas à le manipuler et à vouloir lui faire prendre conscience de la dégradation de sa densité osseuse et de la « fragilisation » de son squelette.

Cela me fait imaginer la méthode mercantile d’un vendeur de crème antirides, qui ferait photographier le visage d’une femme de 55 ans par une machine « électro-tri-photonique », dans laquelle il aurait intégré une base de données photographique de visages de jeunes femmes de 20 ans. Ce même vendeur expliquant à cette femme de 55 ans que sa photo horrible, sortie de la machine, avait été modélisée et vieillie scientifiquement par la machine. Ce visage, devenu semblable à une vieille pomme ridée, rabougrie et maculée de tâches de vieillesse, méconnaissable, serait le sien dans le futur... mais qu’elle échapperait à ce risque... en achetant sa crème efficace (les inconvénients potentiels de celle-ci, exceptionnels, étant marqués sur la notice d’emploi, en toutes petites lettres).

***On monte sur un Densitomètre en bonne santé,
on en descend malade...***

Cet état sans symptômes se transforme, dès la fin de l'examen, ou plus exactement dès la lecture du résultat par l'opérateur, lisant la « densité osseuse », en un état morbide pathologique, que l'on ne peut pas contester. La machine scientifique possède une base de données statistiques imparable. De plus, la célèbre courbe de Gauss loi mathématique, qui a contracté un mariage avec la biologie, ne se discute pas. Le rayon X, couplé à l'informatique, allié aux statistiques mathématiques ne peut pas se tromper. Le T-score commande.

Le Z-score, qui compare la densité osseuse du sujet par rapport à quelqu'un de son âge, me semble plus relative et plus apte à faire envisager l'avenir avec une vision objective. La relecture de nombreuses mesures de densité osseuse m'a fait observer des Z-scores beaucoup moins « anormaux », sur le même examen bien entendu, que les T-scores « pathologiques », selon les normes OMS.

Pour schématiser, le choix de l'OMS pour définir l'ostéoporose, le T-score est « le verre à moitié vide », le Z-score est « le verre à moitié plein ».

Autrement dit : lorsqu'on se compare à sa jeunesse, il n'y a peut-être pas lieu de sourire... et cela peut devenir vite cruel, mais en se comparant à sa classe d'âge... on peut trouver encore quelques agréments à bien vivre, sans tomber dans la médicalisation à outrance de la vieillesse, nouvelle cible du business médical.

Il faut quand même signaler qu'au départ le T-score avait été établi par les experts de l'OMS, seulement pour des études épidémiologiques, ce n'est que dans un deuxième temps, lors de la réunion de « consensus » arbitraire de 1992, qu'il a été établi comme une norme pathologique, donc comme un seuil de traitement, non opposable, consciencieusement appliqué par tout médecin sérieux, rhumatologue compris.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

chaque thérapeute, une tentation constante, d'origine narcissique sans doute !

Je vois beaucoup de femmes qui ont dépassé le seuil statistique décrété par les « experts » de l'ostéoporose (cf. le livre de Thierry SOUCCAR, *Le Mythe de l'ostéoporose*) et ne tassent aucune vertèbre, ni ne se fracturent le col du fémur. À l'annonce de leur « maladie », elles deviennent très inquiètes et ont tendance à vouloir absorber encore plus de calcium (laitier), qu'elles ne l'ont fait jusque-là, et à vivre une vie sans « risque de chute », sans le moindre effort musculaire. Mon discours de thérapeute se situe diamétralement opposé à ces premiers réflexes de culture alimentaire, bien entretenus par les pousses au lait. Je leur explique qu'il ne faut plus aller chercher le calcium dans les produits laitiers... mais les sels minéraux phosphocalciques dans l'alimentation végétale... et mener une vie très active physiquement (je n'ai pas dit une vie d'équilibriste !).

J'essaie de rassurer ces femmes... car rien n'est plus angoissant que de savoir être atteint d'une « maladie qui ne fait pas mal ». Je vois beaucoup trop de femmes torturées intellectuellement, après être montées sur la « machine » qui détecte et « prouve » l'ostéoporose.

Bien heureusement, les études scientifique montrant que la densitométrie n'est pas le reflet de la solidité osseuse et n'a aucune valeur prédictive commencent à apparaître (2015, Bliuc D.), comme celle portant sur 715 patients, hommes et femmes, de plus de 60 ans, pris comme échantillonnage étudié dans une petite ville australienne de 32 000 habitants : Dubbo. Les conclusions des scientifiques est sans appel : 54 % des gens ayant présenté une fracture avaient une densité osseuse normale. 46 % des fracturés avait une ostéoporose selon les normes OMS.

Les critères sont tellement falsifiés, que l'on dirait, à la lecture de ces pourcentages, que l'« ostéoporose de l'OMS », protège des fractures... !

Pour terminer ce chapitre critique

La définition de l'ostéoporose-maladie ne me convient pas, parce que je considère les critères actuels de l'OMS basés sur des seuils statistiques disconvenants. Ces critères établis en 1992 pseudo-consensuellement par des « experts », transforment beaucoup trop de femmes en « malades statistiques », en majorant artificiellement les risques réels de fractures.

Il n'en demeure pas moins l'existence des faits. Des hommes et des femmes occidentales fracturent, entre autres, leur col du fémur, par une simple chute de leur hauteur, sur le soir de leur vie.

L'ostéoporose existe, personne ne le conteste

- 6 millions de Françaises de plus de 50 ans traitées (ce chiffre impressionnant, n'est nullement une preuve de leur maladie.) Plus de 50 000 fractures du col du fémur, 40 000 fractures du poignet, encore plus de « fractures tassements » des vertèbres, chaque année en France.
- 227 millions d'euros de « médicaments » remboursés par l'assureur social.
- 770 millions d'euros d'hospitalisation liés aux fractures de fragilité osseuse.
- 10 % de plus d'hospitalisation chaque année entre 2011 et 2013...

Le lecteur attentif remarquera l'accroissement des

hospitalisations ; malgré le « traitement » par des médicaments. Les chiffres bruts impliquent deux hypothèses : soit les hospitalisations sont abusives et inutiles, soit « l'efficacité » des médicaments (six millions de Françaises traitées) est à remettre sérieusement en cause !⁴

Petit coup de griffe, bien confraternel...

La plupart de mes confrères et consœurs ne partagent, pas encore, l'analyse des causes réelles de l'ostéoporose commune. La fable du « manque de calcium » pour consommateurs infantilisés et naïfs ou l'alibi, grossier envers la perfection évolutionniste que nous sommes, de la « carence » œstrogénique, chez la femme ménopausée (cette pauvre diminuée...), véhiculé par les pourvoyeurs d'hormones, leur suffit, pour prescrire, encore, enthousiastes, le dernier traitement à la mode pharmacologique. Je me permets simplement de les supplier de travailler, sur des documents indépendants, loin de ceux publiés par les mêmes lobbies contaminant la médecine, au moyen d'une divulgation partielle et intéressée des connaissances. Les sciences de bases : physiologie, biochimie, immunologie, génétique, épigénétique, épidémiologie, statistiques, ont beaucoup évolué depuis leur installation ! Et puis de grâce, ce n'est pas parce qu'ils ont réussi le plus sélectif, injuste et le plus stupide des « concours-de-perroquets-à-grosse-mémoire » et à « Numerus Clausus » de la médecine française, qu'ils doivent refuser - à vie - d'envisager une petite autocritique de leur formatage cérébral programmé par dix ans d'études... d'arborescences décisionnelles, ressemblant trop à l'algèbre booléenne. Essayons de penser par nous-mêmes, avant d'être sclérosés par le temps, qui passe et contre lequel, nous ne

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

• Figue :	-4.88
• Raifort (sauce) :	-4.87
• Purée de pommes de terre maison :	-4.84
• Algue Kombu (varech) :	-4.82
• Grenade :	-4.79
• Patate douce (conservé) :	-4.79
• Feuilles de pissenlit cuites :	-4.78
• Manioc :	-4.78
• Ciboulette :	-4.76
• Artichaut cuit :	-4.69
• Chou de Chine cru :	-4.68
• Tomate rouge (conservé) :	-4.66
• Fruit de la passion :	-4.62
• Chou cru :	-4.61
• Échalote crue :	-4.60
• Raisin blanc :	-4.54
• Chou rouge cuit :	-4.53
• Jus de tomate :	-4.48
• Chou-fleur cru :	-4.44
• Chocolat chaud (poudre) :	-4.41
• Radis :	-4.40
• Radis orientaux crus (daikons) :	-4.39
• Abricot frais :	-4.33
• Choux de Bruxelles :	-4.32
• Zeste de citron :	-4.31
• Chou rouge cru :	-4.29
• Laitue romaine :	-4.27
• Courgette cuite :	-4.26
• Groseille :	-4.23
• Chou vert frisé cuit :	-4.23
• Café expresso :	-4.20

• Ratatouille :	-4.17
• Courgette crue :	-4.14
• Jus de carotte :	-4.11
• Carotte cuite :	-4.10
• Chou cavalier cru :	-4.10
• Prune Reine-claude :	-4.05
• Pruneau au sirop :	-3.97
• Pois pigeon (cajan) :	-3.86
• Cerise guigne :	-3.82
• Mirabelle :	-3.80
• Pois carrés cuits :	-3.80
• Patate douce bouillie :	-3.79
• Muscade en poudre :	-3.76
• Purée de pommes de terre :	-3.75
• Pomélo :	-3.74
• Rhubarbe (compote) :	-3.73
• Gratin de pommes de terre :	-3.72
• Tomate rouge d'hiver crue :	-3.71
• Tomate rouge d'été crue :	-3.71
• Jus d'orange :	-3.66
• Raisin :	-3.64
• Pommes de terre rissolées :	-3.62
• Salsifis :	-3.61
• Kumquat :	-3.61
• Champignon :	-3.58
• Brocoli :	-3.57
• Endive :	-3.54
• Poivron jaune :	-3.53
• Abricot en conserve :	-3.49
• Caramel :	-3.49
• Algue Nori crue :	-3.45

• Citrouille :	-3.43
• Jus de mandarine :	-3.42
• Choucroute :	-3.38
• Cerises confites :	-3.35
• Lait écrémé (poudre) :	-3.34
• Pâte à tartiner chocolat-noisettes :	-3.34
• Groseille à maquereau :	-3.31
• Piment fort (consève) :	-3.31
• Vanille (extrait) :	-3.31
• Navet :	-3.25
• Poireaux crus :	-3.25
• Salade de pommes de terre :	-3.24
• Chou de Chine cuit :	-3.22
• Lin (graine moulue) :	-3.18
• Mandarine :	-3.14
• Salade frisée :	-3.14
• Betterave :	-3.13
• Noisette :	-3.12
• Pêche :	-3.12
• Choucroute (consève) :	-3.11
• Soupe minestrone en boîte :	-3.09
• Tomate verte crue :	-3.09
• Poudre de noix de coco :	-3.09
• Champignon enoki cru :	-3.09
• Jus de pamplemousse :	-3.07
• Navet :	-3.07
• Nectarine :	-3.05
• Orange :	-3.03
• Cerise :	-3.03
• Mangue :	-2.98
• Poivron vert cru :	-2.90

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

• Farine de seigle :	+2.86
• Lasagnes :	+2.87
• Son d'avoine cuit :	+2.87
• Country Crisp aux fruits (Jordans) :	+2.88
• Lait de brebis :	+2.92
• Millet cuit :	+2.93
• Maïs jaune sec :	+2.97
• Crêpe nature maison :	+2.98
• Pain au lait :	+3.11
• Spaghetti :	+3.13
• Muffin nature :	+3.13
• Chausson aux pommes :	+3.15
• Froot Loops :	+3.18
• Saucisse fumée :	+3.20
• Galettes de maïs :	+3.27
• Flan pâtissier :	+3.29
• Escargot cru :	+3.30
• Pain de seigle :	+3.31
• Pain au son :	+3.32
• Huître crue :	+3.37
• Éclair :	+3.43
• Sarrasin :	+3.43
• Son de blé :	+3.44
• Croustilles de maïs (snack) :	+3.47
• Semoule de maïs :	+3.49
• Moutarde brune :	+3.51
• Biscuit au sucre :	+3.55
• Pain au chocolat :	+3.57
• Pâtes aux œufs maison :	++3.58
• Riz blanc glutineux sec :	+3.61
• Saucisson de foie et de bacon :	+3.61

• Riz brun grain moyen sec :	+3.67
• Chou à la crème :	+3.73
• Pita :	+3.73
• Biscuit petit beurre :	+3.74
• Gaufre nature :	+3.75
• Biscuit à l'avoine :	+3.82
• Muesli (weetabix) :	+3.84
• Crispix :	+3.87
• Amuse-gueule à base de maïs :	+3.88
• Farine de riz blanc :	+3.91
• Petit-suisse :	+3.91
• Pâte feuilletée (prête-à-cuire) :	+3.97
• Sablé :	+3.99
• Macaroni au blé complet :	+4.01
• Spaghetti au blé complet :	+4.01
• Pain italien :	+4.10
• Quatre-quarts :	+4.11
• Amande blanchie :	+4.13
• Smacks (Kellog's) :	+4.13
• Coquille à taco cuite :	+4.13
• Pain au levain :	+4.15
• Pain (baguette) :	+4.16
• Biscuits petits animaux :	+4.18
• Pain de seigle foncé (Pumpernickel) :	+4.19
• Tamari (sauce soja) :	+4.21
• Boudin :	+4.26
• Poivre blanc :	+4.29
• Pain classique :	+4.30
• Roulé de poulet :	+4.30
• Morue charbonnière cuite :	+4.31
• Beignet nature enrobé de chocolat :	+4.31

• Croutons assaisonnés :	+ 4.33
• Farine de maïs :	+4.34
• Farine de blé à gâteau :	+4.36
• Blé soufflé :	+4.39
• Morue charbonnière fumée :	+4.40
• Riz blanc grain moyen sec :	+4.40
• Blanc de dinde rôtie :	+4.40
• Pain de viande (porc) :	+4.41
• Saucisse knackwurst :	+4.46
• Hamburger au poisson :	+4.46
• Riz blanc grain court sec :	+4.47
• Boudoir :	+4.50
• Quatre-quarts au beurre :	+4.52
• Croissant :	+4.53
• Pain aux céréales :	+4.57
• Rôti de viande froid :	+4.63
• Flan au citron :	+4.68
• Poulet à l'orange, brocoli et riz :	+4.70
• Lardon nature, cuit :	+4.75
• Burrito jambon et fromage :	+4.75
• Pot-au-feu :	+4.78
• Barre granny dure :	+4.83
• Sarrasin grillé (kasha) :	+4.86
• Huître cuite :	+4.88
• Pizza au poivron :	+4.90
• Veau gras :	+4.96
• Saucisson de bière :	+5.03
• Palourde crue :	+5.08
• Special K plus (Kellogg's) :	+5.12
• Blé soufflé givré :	+5.12
• Maquereau salé :	+5.13

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

chimiques tampon ». Il utilise tous ses émonctoires, pour lutter contre l'excès d'acidité.

Le rôle ignoré des poumons

Les poumons assurent plus de 90 % de la lutte contre l'acidification de l'organisme. Ils rejettent tous les acides volatils provenant de la dégradation des protéines végétales formée d'acides aminés : acides citrique, oxalique, pyruvique, etc., qui seront transformés en acide carbonique puis en gaz carbonique expulsé dans l'air expiré.

Ce qui signifie que, plus on ventile avec nos poumons, plus l'on se débarrasse de l'acidité que l'on produit, notamment de l'acide lactique produit par la combustion du glucose : principal carburant de nos muscles mais également de l'ensemble de nos cellules. L'activité physique intense produit une acidification qui est normalement compensée par une hyperventilation (émonctoire pulmonaire) mais également par une diurèse (émonctoire rénal) facilitée grâce à une idéale absorption hydrique importante. Il faut boire beaucoup d'eau, lorsque l'on fait du sport.

Le rôle essentiel des reins

Les reins vont rejeter les acides non volatils provenant surtout de la dégradation des protéines animales : acide phosphorique, acide sulfurique (provenant des acides aminés soufrés), acide lactique ou acide urique provenant des purines, etc., dans une urine acidifiée.

Le Dr Catherine Kousmine (1904-1992), il y a déjà une cinquantaine d'années, avait compris avant les autres, que la

mesure du pH urinaire reflète les qualités et surtout les défauts alimentaires de l'être humain. Elle faisait mesurer l'acidité urinaire des urines du matin, avec des petites bandelettes de papier, réactives au pH. Plus les urines étaient acides, plus la pratique alimentaire était à revoir, car cela révélait déjà des mécanismes correcteurs déficitaires : portes ouvertes à de nombreuses pathologies d'origine alimentaire. Pour améliorer la santé de ses patients, il fallait modifier l'alimentation de ceux-ci, dans le sens d'une alcalinisation des urines.

D'une manière générale, l'alimentation moderne acidifie trop l'organisme. Le rein, par son pouvoir tampon, élimine dans l'urine l'acidité en excès et provoque une acidification urinaire. D'une manière physiologique, la correction de l'excès d'acidité se fait durant la nuit par un mécanisme de relargage. Les urines de la première miction du matin sont plus acides que les urines de la journée. C'est pour cette raison qu'il vaut mieux contrôler l'acidité urinaire sur la deuxième urine de la journée.

L'acidité urinaire est le reflet de la lutte rénale pour combattre l'acidité de l'alimentation moderne. Trop de viande, trop de céréales, trop de produits laitiers, pas assez d'alimentation végétale.

Petit rappel ethnologique

En 1960, on mesure le pH urinaire des hommes et femmes d'une tribu de Nouvelle-Guinée (isolat de populations : les derniers « cueilleurs-chasseurs »). Les chiffres montrent une urine alcaline comprise entre 7,5 et 9 de pH grâce à une alimentation végétale abondante, sans céréales, riche en sels de potassium (bicarbonate de potassium). Les protéines acidifiantes mangées par ces chasseurs, sous forme de viande, sont largement

compensées par les fruits et légumes crus, ingérés en abondance, qui sont alcalinisants). Ces hommes avaient une alimentation ancestrale !

L'ostéoporose due à l'insuffisance rénale ne rentre pas dans le cadre de cet ouvrage. L'ostéodystrophie rénale conduit à des fractures à bas niveau d'énergie par un mécanisme pathologique du rein de fuite calcique urinaire.

Le rôle accessoire du revêtement cutané dans la lutte anti-acidité

Les glandes sudoripares sont des évaporateurs d'urgence en connexion avec notre fluide caloporteur : le sang. Lorsqu'il existe des calories à évacuer en vitesse, un film d'eau salée s'évapore... et cette « détente physique » évacue la température toxique. Reste le sel sur la peau ou la chemise, ceci tout le monde le sait. La sueur de certains (es) est trop acide et altère la couche de sébum protecteur, cela se manifeste par des « irritations », par « de la peau trop sèche », des fissures, des crevasses, des démangeaisons, des pellicules sur le cuir chevelu, des dermatoses eczématoïdes au traitement bien décourageant... la peau reste un émonctoire accessoires de la dernière chance.

Cette acidification alimentaire moderne n'est pas sans conséquences sur la santé des tissus osseux. Quelles sont donc les relations entre la tendance à l'acidification du sang alcalin et notre squelette ?

Nous venons de voir que l'alimentation moderne est déséquilibrée, de manière chronique, vers l'acidité métabolique. L'organisme lutte avec ses moyens, pulmonaires, rénaux, cutanés, mais il est réduit, lorsque ses systèmes tampon sont débordés devant l'acidose, de reprendre des sels calciques

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

l'apport régulier de vitamine D comprise entre 300 et 2 000 unités internationales par jour, est associé à une diminution du risque de mortalité (ce sont des études globales ne précisant pas les causes de mortalité).

De nombreuses enquêtes épidémiologiques ont suggéré que des concentrations élevées en vitamine D sont associées à une réduction de la fréquence des cancers et à une réduction de la mortalité liée au cancer.

La vitamine D est un puissant immuno-modulateur, qui a une action sur le contrôle du système immunitaire et une action bénéfique sur les maladies inflammatoires, la sclérose en plaques, le diabète, etc.

Il existe des effets anti-infectieux. La carence en vitamine D, plus fréquente durant l'hiver, pourrait participer au caractère saisonnier des affections grippales (tout simplement par manque de soleil).

Les cellules endothéliales des vaisseaux et les cellules musculaires cardiaques possèdent des récepteurs à la vitamine D. Il existe un lien significatif entre un taux de vitamine D faible et une élévation de la tension artérielle.

Les cellules du cartilage : les chondrocytes, possèdent un récepteur à la vitamine D. Une carence en vitamine D peut augmenter le dysfonctionnement du chondrocyte, ouvrant la porte à la maladie du cartilage : l'arthrose (les études sont encore contradictoires sur le bénéfice d'un traitement éventuel de l'arthrose par la vitamine D).

De nombreuses cellules, comme celles du cerveau, de la prostate, du sein, du côlon, des muscles ainsi que les cellules de l'immunité, possèdent des récepteurs sensibles à la vitamine D. On ignore pour l'instant leurs fonctions précises.

Toutes ces cellules sont capables de transformer la provitamine D fabriquée par la peau, en vitamine D active,

comme le font habituellement le foie, puis le rein.

L'insuffisance en vitamine D atteint 78 % des femmes âgées de cinquante ans en moyenne (suivies dans l'étude SUVIMAX), et 97 % chez les patientes hospitalisées pour fracture ostéoporotique (l'âge moyen de la fracture du col du fémur de la femme se situe autour de quatre-vingts ans).

L'un des pays au monde, où les femmes sont le plus carencées en vitamine D, semble être l'Arabie Saoudite. Malgré la latitude, les conditions vestimentaires de la femme saoudienne, soumise à la dissimulation intégrale de son corps par conviction religieuse, fait qu'elle manque cruellement de soleil. Ces femmes souffrent de douleurs musculo-squelettiques des membres, ainsi que de lombalgies chroniques. Six mois de supplémentation améliorent ces symptômes ainsi que la force musculaire.

En ce qui concerne ma pratique rhumatologique quotidienne, je prescris à mes patients 400 000 unités internationales de vitamine D par an, sous forme de doses hebdomadaires, car je n'utilise pas les doses de charge de 100 000 unités, tous les trimestres, qui sont quelquefois mal absorbées ou oubliées.

La « vitamine » D. est une véritable hormone de santé pour tous nos tissus humains.

La troisième cause de l'ostéoporose commune : la sédentarité moderne

Nous avons vu comment la sédentarité participe à l'acidification du milieu et perturbe l'homéostasie alcaline. La sédentarité est également délétère pour le squelette pour une autre raison évolutionniste :

Nous ne sommes pas faits pour rester immobiles !

Le mode de vie moderne de la société post industrielle a remplacé la force physique du manouvrier par la machine et ce, bien heureusement. Les muscles exercent moins de contraintes sur le tissu osseux d'une manière générale. L'homme moderne est moins musclé que ses ancêtres. Il a moins besoin de porter lourd et longtemps : le caddie à roulettes de l'hypermarché et le coffre de la voiture ont remplacé le lourd sac de commission que l'on portait, il y a déjà plusieurs dizaines d'années. L'on ne peut que s'en réjouir. L'incidence sur notre fonctionnement musculo squelettique n'en a pas moins des aspects négatifs : les contraintes de compressions / torsions, sur la colonne vertébrale et les étirements sur les os des membres supérieurs, ont bien diminué.

En ce qui concerne le bassin et les membres inférieurs, force est de constater que le nombre d'heures de position assise augmente régulièrement : automobile, motocyclette, travail de bureau, télévision, ordinateur, spectacle, repas, etc.

Cette position assise, quasi permanente, atrophie les muscles les plus puissants du corps humain, à savoir les muscles fessiers. Les fesses, comme le dit Buffon (1707-1788, *Histoire naturelle de l'Homme*, « œuvres », La Pléiade, p. 254), sont le propre de l'Homme. Les muscles fessiers ont permis la position érigée en équilibre caractéristique de la bipédie humaine ; mais encore plus spécifiquement, ces derniers autorisent la propulsion. La marche et surtout la course ne peuvent s'effectuer qu'avec ces muscles.

Pour rajouter au manque de stimulation de ces muscles par la position assise, la marche est réduite au strict minimum,

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

Comme toutes les autres cellules de notre organisme, les cellules de fabrication de notre admirable squelette doivent être placées dans les meilleures conditions possibles pour faire leur travail. Elles attendent des nutriments de qualité correspondant au « cahier des charges » du génome humain. Cet impératif fait partie d'une nouvelle science : la nutriginétique. Celle-ci nous indique qu'il va falloir manger comme nos gènes le supportent ou nous l'imposent, sous peine de troubles à notre fonctionnement : que nous appelons « maladies ». Le manque de lucidité de beaucoup trop de mes confrères médecins me stupéfait constamment.

Il va falloir manger, non plus comme nos socio-cultures alimentaires nous l'ont imposé, en nous ayant donné l'impression d'avoir choisi librement notre alimentation. Nous sommes trop attachés à notre conditionnement alimentaire relié, il est vrai, à l'affectivité maternelle et familiale de notre prime enfance. Il n'est pas facile de changer d'habitudes, mais il faut se donner les moyens d'échapper aux maladies « dégénératives » comme l'ostéoporose, qui est l'objet de cet ouvrage, mais également à d'autres affections beaucoup plus graves.

Les cellules des chantiers osseux reçoivent, de par l'alimentation moderne, des moellons pourris, et sont carencées en éléments indispensables à la fabrication du bon ciment solide dont elles ont la charge : comment peut-on oser imaginer que l'édifice squelettique soit solide durant une vie humaine entière ?

Les moellons pourris sont, entre autres, des graisses « trans » créées par les hautes températures de cuisson ou le four à microonde, alors qu'elles devraient être « cis », le « sirop de glucose-fructose » (High Fructose Corn Syrup – HFCS 55 ou isoglucose) : infâme mélasse soutiré du maïs transgénique qui chauffé à 45 °C donne de l'Hydroxyméthylfurfural toxique, les

formes isomériques des glucides et les formes cyclisées des lipides, qui n'existent pas dans la nature, l'acrylamide et les autres molécules de Maillard, dont nous reparlerons, etc., etc.

Le ciment osseux défectueux, c'est le collagène mal élaboré, en quantité et en qualité, par la cellule constructrice osseuse, à qui il manque des oligo éléments et la précieuse vitamine C ascorbique. Les oligo éléments se trouvent dans une alimentation variée. La vitamine C est abondante dans le monde végétal cru. Cette vitamine C et ces oligo éléments sont tous indispensables au bon tressage et à la bonne solidité de la plus abondante protéine humaine de soutien : le collagène.

Les appellations : « Régime Seignalet », « Alimentation hypotoxique », « Paleo Diet » ou « Diététique ancestrale », recouvrent cette révolution alimentaire salvatrice qui consiste à éviter l'alimentation moderne et ses errements.

Beaucoup trop de professionnels qui vivent, en fabriquant, en prescrivant, en vendant les médicaments, certains industriels de l'agro-alimentaire frelatée, ainsi que tous les nombreux cerveaux sclérosés (ce qui fait, au demeurant, un nombre important de personnes !) sont hostiles... a priori... à cette diététique humaine, cela va de soi ! Il est vrai qu'il est rageant de comprendre la réalité, lorsque cette réalité ne correspond pas exactement à l'intérêt : la plupart des maladies humaines sont d'origine alimentaire ! Cette vérité essentielle éclate malheureusement un peu tard... lorsqu'on « tombe » malade ! Il est des mots (maux) terribles. On ne me reprochera pas de ne pas avoir averti mes contemporains... au moins ceux qui savent lire.

Les malades qui essaient cette nouvelle alimentation logique deviennent conquis. Les esprits ouverts d'un nombre croissant de thérapeutes commencent à douter du formatage classique qui soigne beaucoup sans guérir. Il suffit d'écouter les témoignages des malades très améliorés et même guéris de la « mal bouffe ».

L'ostéoporose est une simple « maladie d'encrassage » dans la classification synthétique des causes des maladies créée par le Docteur Jean Seignalet (avec les maladies « d'élimination » et « xéno-immune »). J'ai repris dans ce chapitre les bases de sa diététique ancestrale, déjà expliquée dans *Rhumatismes : et si votre alimentation était coupable ?* paru en 2010.

5.1. La Diététique ancestrale

Quatre règles

Les quatre règles à observer sont les suivantes :

- Arrêt total et définitif des laits des animaux et de tous leurs dérivés.
- Arrêt total et définitif de la consommation des céréales modernes (blé, froment, grand épeautre, maïs, orge, seigle), hormis le riz et le sarrasin qui sont autorisés.
- Arrêt des cuissons à haute température, c'est-à-dire supérieure à 110° Celsius. Privilégier la cuisson vapeur douce. Maximum possible de cru.
- Manger bio. Supplémentations régulières en micronutriments et probiotiques en prévention des dysbioses.

Règle numéro 1

Arrêt total et définitif des laits des animaux et de tous leurs dérivés. Pourquoi l'arrêt du lait de tous les animaux et de leurs dérivés ? Ils contiennent des lipides saturés : inutiles, car l'homme sait les fabriquer.

Les lipides des laits animaux sont des lipides *saturés*, donc

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

Les transformations de forme moléculaire L ou D par l'énergie thermique.

Le simple changement de forme tridimensionnelle d'une molécule de protéines, par la chaleur, peut empêcher son assimilation et son démontage. Les acides aminés de type L, naturels (c'est-à-dire fabriqués par la nature), sont transformés par la chaleur en acides aminés de type D : qui sont les formes moléculaires symétriques en miroir, inconnues de nos enzymes.

La chaleur est une énergie qui choque et casse les molécules. Celles-ci s'accrochent alors chimiquement, au hasard, à d'autres structures moléculaires, pour former de nouvelles combinaisons très complexes, dont la plupart n'existe pas dans la nature. Les nouvelles liaisons intermoléculaires ne sont pas démontables par nos enzymes.

Il est tout de même très étonnant de constater que des protéines, qui sont élaborées par la nature, qui nous sont indispensables dans leur état naturel, deviennent très dangereuses une fois modifiées par de l'énergie thermique.

Que deviennent les glucides lorsqu'on les chauffe ?

Les sucres « s'inversent »

Des modifications structurelles peuvent transformer les oses de type D naturels, en oses de type L, de même formule moléculaire mais avec une structure moléculaire de symétrie en miroir, qu'on appelle formes isomériques, que nos enzymes ne peuvent pas reconnaître ni démonter, car ceux-ci n'agissent que sur les substances d'origine naturelle et non sur les isomères.

Les sucres se « polymérisent »

Chaque élément moléculaire s'accroche à un autre pour faire d'immenses chaînes moléculaires de milliers de molécules, donnant un surcroît de travail à nos enzymes : surcroît énergétique de digestion...

L'amidon porté longtemps à très haute température peut donner l'acrylamide que nous avons déjà évoqué avec la haute température de cuisson du gluten.

Que deviennent les lipides chauffés ?

Les lipides insaturés se saturent au risque de fabriquer des agencements moléculaires « trans » très néfastes. En se saturant, ils perdent leurs doubles liaisons, qui nous sont indispensables.

Les lipides saturés, généralement solides à température ambiante (beurre, saindoux, etc.), commencent à fondre pour devenir liquides mais dès que la température monte, les molécules fracassées s'accrochent les unes aux autres, et fabriquent un ensemble de corps chimiques toxiques. Les lipides s'oxydent, se polymérisent, se cyclisent (de chaînes linéaires avec deux extrémités moléculaires, elles deviennent anneaux sans bout). Nos enzymes ne peuvent pas les saisir pour les démonter.

Il est maintenant notoire, dans le grand public, que le beurre devenu noir, avec les hautes températures, est toxique et que les huiles de friture doivent être changées très fréquemment, au risque d'accumuler les molécules altérant notre santé.

Il faut aller plus loin dans cette saine tendance, à savoir : il ne faut plus chauffer les huiles. Et bien sûr, bannir les fritures !

Que deviennent les vitamines lorsqu'on les chauffe?

Les amines (NH₂) vitales, dont on connaît l'importance pour la vie depuis plus d'un siècle, sont des protéines qui se dénaturent et perdent leur fonction vitale au fur et à mesure que la température monte ! Il n'y a plus, hélas, de vitamines dans la confiture des merveilleux fruits de l'été, et il n'en reste guère dans une soupe surchauffée ou réchauffée, pourtant faite avec de bons légumes. Les huiles végétales poly-saturées sont tellement précieuses qu'il est commode de les classer en vitamines F, comme le faisait le Dr Kousmine, même si ce ne sont pas des protéines mais des lipides.

L'important est de ne pas les chauffer : les huiles végétales doivent être obtenues par première pression à froid, et consommées crues, rapidement, pour éviter les oxydations.

Réflexions sur la cuisson à haute température et sur la cuisson.

Toutes les modifications moléculaires qui viennent d'être décrites, causées par les hautes températures sur nos nutriments, sont autant d'arguments dans la bataille feutrée que se livrent les tenants du « cru » et du « cuit ». La génomique et l'évolutionnisme darwinien semblent apporter des arguments déterminants : les gènes qui codent pour nos enzymes ont été forgés par une alimentation essentiellement crue, durant tout le paléolithique.

La cuisson des aliments semble avoir été inventée, au néolithique, pour cuire les céréales (très indigestes crues) et ainsi faciliter la digestibilité de l'amidon.⁸

Les protéines animales (viandes, poissons, œufs,

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

tous les mécano récepteurs placés sur les membranes cellulaires des cellules constructrices de l'os humain sont les mêmes qu'au paléolithique... mais sont beaucoup moins stimulés dans notre civilisation du coussin et de la sédentarité.

7. La viande était tellement rare au Moyen Âge, et jusqu'au XIX^e siècle, que la plupart des gens du peuple la faisait bouillir : « poule au pot » du bon roi Henri IV, pot-au-feu traditionnel, etc. La température de cuisson était bien moins élevée que celle observée lors d'une grillade – 500 degrés Celsius – et le risque de perdre ces précieuses protéines, carbonisées par le feu, était bien moindre. Le « cochon de lait » grillé et le « gigot à la ficelle » étaient le propre des gens fortunés, lors des rares jours de fête.

8. Nous avons retenu précédemment que l'amidon a besoin d'être chauffé à faible température, 60 degrés - 70 degrés Celsius, pour faciliter le travail digestif. Ce qui enlève une argumentation importante aux adeptes du crudivorisme strict.

9. Pour vérifier leurs qualités d'isolation, il suffit de mettre à l'intérieur de celui-ci un téléphone portable, de refermer la porte puis d'appeler ce portable, s'il se met à sonner, c'est que l'isolation est déficiente.

6. La carence calcique Premier mythe fondateur de l'ostéoporose

En finir, une bonne fois pour toutes, avec la dictature du calcium laitier animal !

L'idée, selon laquelle le calcium du lait de la vache serait bon pour nos os, est devenue un véritable mythe intouchable et tenace. L'industrie américaine des produits laitiers est florissante : plus de vingt milliards de dollars annuels de revenus, et la vente de compléments de calcium est montée en spirale vers les centaines de millions de dollars. En Europe, ce sont des milliards d'euros produits avec ce « pétrole blanc » ; en Suisse, avec le numéro un, Nestlé, des milliards de francs suisses.

Le marché est lucratif, au prix d'une sordide distorsion phylogénétique... Celle qui consiste à nous assimiler à des veaux. Je rappelle que nous sommes des Homo sapiens sapiens, soi-disant « deux fois sages »!

Les publications, de ce professeur de médecine suisse, qui affirment que le capital calcique se forme dans l'adolescence, et qu'il faut ingurgiter beaucoup de lait à cette période de la vie, ont été financées par Nestlé. Je fais remarquer à ce donneur de leçons nutritionnelles, que l'os est en remodelage permanent, durant notre vie entière et que rien n'est définitivement acquis, même pas à la fin de l'adolescence. La plupart des publications « scientifiques » concernant les « bienfaits » du lait sont financées par l'industrie laitière. Certaines firmes laitières possèdent leurs propres centres de recherche où des

« chercheurs salariés » essayent de trouver les preuves « scientifiques » des bienfaits du poison blanc.

À mon avis, ils vont essayer pendant bien longtemps.

Les industriels laitiers visent désormais les marchés chinois, indiens et africains.

La technique de commercialisation va être la même que celle employée dans le continent nord américain et dans l'Europe : la peur des fractures des os poreux par manque de calcium laitier, chez les femmes ménopausées, puis chez les adolescentes (pour « constituer le capital osseux » bien sûr), puis enfin chez toutes les femmes, dans un souci médical de « prévention » bien évident. Quelques bonnes campagnes « d'information » confortées par quelques points d'appuis scientifiques « sûrs » et acquis à la noble cause de la santé osseuse, quelques relais médiatiques... Le tout bien coordonné, et c'est parti pour le jackpot, avec en plus, la bonne conscience du bienfait de l'humanité... de veaux !

Quel naïf Don Quichotte voudrait contrer cette mission de « salubrité » mondiale ?

La connaissance biochimique contre le mensonge publicitaire

Il semble indispensable de posséder quelques connaissances de la biochimie du calcium. Pour résister aux mensonges permanents, nous faisant croire que l'ostéoporose est un manque de calcium alimentaire.

L'ostéoporose est un manque de solidité osseuse aux multiples raisons ; en faire un simple manque de calcium est une simplification mercantile imaginée pour satisfaire les « con »sommateurs ignorants. Certains médecins, qui

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

fonctions normatives et nous « dicter » les conditions de vie alimentaires... pour nous faire conserver une « bonne santé osseuse ».

Les recommandations sur les doses minimales de calcium à ingérer pour les humains n'ont cessé de croître depuis trente ans. Dans les années 1970, un adolescent devait ingérer 600 ou 700 mg de calcium par jour ; aujourd'hui... c'est un gramme ou même 1 200 mg !

Pour un adulte, il y a trente ans, le minimum était de 400 à 500 mg par jour, pour atteindre aujourd'hui 1 000 mg.

Ces recommandations ne s'appuient que sur l'empirisme et sont très influencées par le lobbying des industriels laitiers.

Il faut simplement constater que les besoins minima en calcium sont fort mal connus. Il semble cependant que les rations de calcium de l'ordre de 500 mg suffisent à prévenir la carence calcique. Dans l'Occident de satiété « confortable », la carence calcique alimentaire n'existe pas.

On peut également envisager un autre aspect de cette problématique, que constitue la bonne ration quotidienne en calcium, en étudiant les pertes calciques quotidiennes d'un être humain.

Lorsqu'on additionne les pertes urinaires en calcium (150 à 200 mg de calcium par jour), les pertes intestinales, entre 100 et 150 mg (ces pertes reflètent la différence entre les apports alimentaires et ce qui est éliminé dans les selles) et les pertes sudorales, minimes, nous arrivons à un total de 200 à 350 mg/jour.

Il faut également signaler que les pertes intestinales seront proportionnelles aux apports oraux ingérés, il est évident que l'apport quotidien situé entre 300 et 2 000 mg n'entraîne aucun effet nocif. La plupart du temps, et fort heureusement, une grande partie du calcium ingéré se retrouve dans les matières

fécales, éliminée sous forme de sels calciques non absorbés. Il semble exister une intelligence (confirmée par le nombre de terminaisons nerveuses qu'elle contient) de la muqueuse intestinale pour absorber plus ou moins le calcium en fonction des besoins de l'organisme.

Les gastro-entérologues modernes estiment que le nombre de cellules nerveuses s'occupant du système digestif laisse à penser qu'elles constituent un « cerveau » intestinal, propre et autonome, en dehors du cerveau contenu dans la boîte crânienne. Notre système autonome digestif régule en permanence et de manière automatique notre fonctionnement digestif et la sélection des nutriments, lorsque tout va bien et que la muqueuse est de bonne qualité.

Les nécessités calciques quotidiennes pour un être humain ne sont toujours pas connues... Il est évident.

La seule étude d'observation scientifique et sérieuse consiste simplement à regarder les nécessités calciques du nourrisson de 0 à 1 an par rapport à l'alimentation naturelle : le lait maternel.

La nature a fixé l'alimentation idéale moyenne à 0,8 l de lait de femme, ce qui fait environ 270 mg de calcium (en tenant compte de la teneur calcique du lait humain!). Si on fait une petite fourchette en fonction de la variation du poids du nourrisson, on peut estimer entre 250 à 300 mg de calcium la ration nécessaire pour un nourrisson entre 0 et 1 an, cela correspond à la moitié des doses « conseillées » les plus faibles et presque au tiers des plus fortes.

Au-delà de l'âge d'un an, la dose optimale du calcium à ingérer pour garantir la santé (générale et osseuse) n'est actuellement pas scientifiquement déterminée.

L'Organisation mondiale de la santé reste d'ailleurs très prudente et se contente d'énoncer que les besoins quotidiens

sont de l'ordre de 500 mg par jour, soit deux fois moins que les recommandations officielles en France.

Les différentes recommandations que l'on entend actuellement ne reflètent souvent que l'intérêt mercantile des vendeurs de produits laitiers.¹¹

Comme je viens d'essayer de le montrer, il n'existe aucune proportionnalité directe entre la teneur du calcium intestinal, c'est-à-dire ce qui est ingéré, et la teneur en calcium osseux. Les mécanismes d'ingestion de calcium et d'élimination fécale d'une part, l'absorption intestinale d'autre part, la fixation du calcium sur l'os enfin, parachevée par l'élimination calcique urinaire font appel à des mécanismes très complexes pour maintenir le taux de calcium sanguin constant qui est le seul chiffre vital dont on soit sûr scientifiquement.

S'il fallait réellement un gramme de calcium par jour à un homme, comme certains le prétendent, cela ferait 365 g de calcium par an, et si tout ce calcium venait à remplacer le calcium osseux, l'ensemble du calcium osseux serait renouvelé en moins de trois ans. Or, on peut concevoir facilement que la rotation du calcium osseux (le turn over calcique osseux) n'est pas de cet ordre d'années, mais autour de trois fois plus. En effet, le turn over osseux s'établit autour de dix ans. Ce qui signifie que, tous les dix ans, on renouvelle entièrement notre squelette et donc tout son calcium. D'où l'intérêt d'avoir une vie active. L'exercice et les efforts, les contraintes exercées sur l'os sont un des premiers facteurs de fixation de calcium sur celui-ci. Cependant, ceci ne suffit pas pour avoir un os solide, il faut également du phosphore, des protéines mais point trop, et beaucoup d'autres choses.

Nous avons donc montré dans ce chapitre que les rations calciques préconisées par les « conseillers » n'avaient aucune

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

de la perte osseuse. Sa recherche confirme que le rôle des œstrogènes dans la lutte contre l'ostéoporose est tout à fait mineur.

L'ostéoporose ne peut pas scientifiquement être attribuée aux baisses de taux d'œstrogènes qui sont le lot de toutes les ménopauses des femmes ; en inonder l'organisme féminin pour un intérêt marchand est condamnable, car le prix à payer est lourd pour les femmes.

La médicalisation de la ménopause des femmes

On sait que le traitement hormonal de substitution augmente la fréquence de cancers du sein de 10 % par an pour chaque année d'hormones. Donc, en prendre pendant dix ans augmente le risque de bien plus de 100 %. Cela crève les yeux que les nombreux risques que l'on court avec les hormones de substitution dépassent largement les effets bénéfiques (plutôt limités) qu'elles peuvent avoir sur l'os, surtout quand il y a de nombreuses - et saines - alternatives.

L'ostéoporose est-elle une maladie provoquée par la ménopause ?

Catégoriquement : Non.

La ménopause est en elle-même une période de cessation d'activité de la période de reproduction humaine de la femme. En France, l'âge moyen de la ménopause se situe autour de cinquante et un ans, il reste presque quarante ans de durée de vie aux femmes après la ménopause. Il faut arrêter de faire croire aux femmes que la ménopause est la fin de la vie... et le début de la fin, avec une dégradation morbide de tous leurs organes et

de toutes leurs fonctions...

Cette vision de la ménopause a été entretenue sciemment par ceux qui avaient intérêt à traiter la ménopause des femmes (comme on « traite » une maladie). Il est vrai que le marché était porteur, puisque la moitié de l'humanité est féminine... Plus de trois milliards de ménopauses à traiter... Cela pouvait faire rêver les fabricants d'hormones de substitution !

En 2002, l'étude nord-américaine WHI (« Women's Health Initiative »), portant sur 16 608 femmes ménopausées, tirées au sort, avec placebo, qui devait durer huit ans, est arrêtée au bout de cinq ans, à la mesure des risques encourus, pour celles qui prenaient des hormones de substitution de la ménopause. L'augmentation des cancers du sein est nettement retrouvée par rapport au groupe placebo, mais alors que l'on pensait que ces hormones protégeaient des risques coronariens, on s'apercevait que c'était le contraire... avec en plus, des accidents vasculaires cérébraux et des embolies pulmonaires.

En 2004, la suite de cette étude portant sur des femmes ovariectomisées démontre les mêmes inconvénients cardio-vasculaires des THS.¹⁴

En 2007 ont été publiés, dans le *Lancet*, les résultats de l'étude anglaise « Million Women Study » qui a suivi presque un million de femmes ménopausées pendant cinq à sept ans. Il est apparu que la fréquence des cancers du sein et de l'ovaire avait augmenté chez les femmes ayant pris une combinaison d'œstrogènes et de progestérone de synthèse. Les nombreux troubles cardio-vasculaires sont également confirmés.

Depuis quelques années, il semble exister une contre-offensive des marchands d'hormones pour essayer de réhabiliter leurs molécules miracles... qui cessent progressivement d'être sécrétées lors de la ménopause des femmes.

On essaye de trouver des biais dans les grandes études nord-américaines et anglaises, au prétexte que les hormones employés lors des essais, les hormones naturelles ne sont pas exactement les mêmes que les hormones de synthèse employées ici ou là, que leurs combinaisons quantitatives ou qualitatives : œstrogènes/progestérone, ne sont pas équivalentes d'une habitude thérapeutique, d'un pays à un autre, que l'alimentation des femmes dans tel ou tel continent n'est pas la même....que la masse grasse des femmes n'est pas la même d'un pays à un autre, etc.

Les marchands d'hormones n'ont toujours pas digéré la fin de leur période d'or, pendant laquelle ils ont réussi à transformer la ménopause en maladie.

Loin de moi l'idée de prétendre que la ménopause est une période facile dans la vie des femmes. Je ne nie nullement, qu'avec la fin des cycles menstruels peuvent survenir :

1. des troubles de l'humeur qui peuvent prendre la forme du simple vague à l'âme ou d'irritabilité, jusqu'aux réels épisodes dépressifs,
2. une baisse de la libido avec sécheresse vaginale qui perturbe certainement la vie relationnelle sexuelle des couples,
3. des bouffées de chaleur avec crises sudorales nocturnes, etc.

Mais je nie formellement la causalité de la ménopause dans l'ostéoporose.

Il existe des femmes migraineuses qui sont très contentes de voir arriver leur ménopause et être libérées de leurs crises débutées à la puberté... Il existe beaucoup de femmes qui ne présentent aucun trouble, lors de leur ménopause, mais celles-ci ne vont pas se plaindre à leur gynécologue.

Je constate que dans cette période troublée, de la

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

plusieurs vertèbres de la colonne dorsale avec des tassements cunéiformes, à plateaux vertébraux non parallèles, accentuant la cyphose dorsale.

Il faut préciser que cette accentuation atteint très rarement l'image caricaturale, affolante, du « syndrome de la voussure » montrant des femmes courbées en arche, ne pouvant se relever.

Avenir repoussoir horrible, semé dans la tête de toute femme ménopausée, par un marketing médicalisé cupide, basé sur la peur et l'ignorance des risques réels. Malédiction, un peu entretenue par ce corps médical, qui voit là son pouvoir thérapeutique renforcé, à l'heure des contestations qui le cernent, avec la bonne conscience satisfaite de la prévention.

Les fracture-tassements peuvent atteindre les vertèbres lombaires. Les vertèbres tassées retrouvent une solidité nouvelle comme un échafaudage tassé retrouve un point de solidité pour supporter une charge. Et comble de l'ironie de la technique la plus moderne, le densitomètre mesure une densité augmentée sur la vertèbre tassée. On dirait que le squelette se réorganise à moindre frais.

Le prix à payer est une diminution de la taille, fonction

1. du nombre de vertèbres tassées,
2. des disques inter vertébraux arthrosés, qui sont aplatis eux aussi, par un mécanisme de faillite du tissu cartilagineux discal,
3. de l'importance de la cyphose dorsale.

Dans les cas extrêmes, la diminution de taille peut être conséquente : dix, quinze centimètres de perte de taille, mais, ici encore, aucune conséquence vitale, des problèmes respiratoires parfois, mais pas de paralysie.

Les fracture-tassements ostéoporotique ne fabriquent pas souvent des handicapés comme les maladies dégénératives du système nerveux : Parkinson, Alzheimer, Dégénérescence

maculaire liée à l'âge (DMLA)...dont le nombre augmente sans cesse...

Les fractures du poignet

Une chute, en avant, mal amortie par la ou les mains, constitue souvent la cause de la fracture de l'extrémité inférieure du radius, de l'avant bras, partie osseuse très spongieuse, appelée classiquement fracture de « Pouteau-Colles ».

Il existe souvent une déformation « en baïonnette », avec bascule en arrière du fragment inférieur du radius, qu'il faut réduire avant d'immobiliser.

Les os supérieurs du carpe de la main peuvent également être touchés par la fracture du poignet.

L'élément important, c'est que chez une femme ménopausée, la fracture du poignet est une fracture fractures « sentinelle » suspecte d'ostéoporose commune d'involution ou secondaire à une cause connue. Les bilans diagnostiques, étiologiques, doivent être systématiques car neuf fois sur dix...il s'agit bel et bien de pathologie osseuse...qu'il faut savoir corriger.

Les fractures des traitements « curateurs » de l'ostéoporose

Aussi saugrenu que cela puisse paraître, il faut bien parler des fractures « concomitantes » à des traitements préventifs antifracturaires. Le terme de « concomitant » est celui employé par les auteurs des publications, qui rapportent ce type de fracture, à basse énergie, sur une fragilisation osseuse, déjà connue, puisqu'on la soigne...

Je comprends leur prudente délicatesse, car il n'est pas

facile d'incriminer un « médicament » dans une publication plus ou moins indépendante. « Médicament » qui fragiliserait l'os, jusqu'à la fracture réelle, au lieu de le consolider, pour lui éviter une fracture hypothétique, ce pour quoi il est prescrit.

Cela serait le monde à l'envers...Le médicament qui provoque directement la complication de la « maladie »... qu'il est chargé de faire éviter ; cela ressemble au pompier - pyromane, au gendarme - voleur. Malheureusement, cela existe... mais cela ne me semble pas aller dans l'ordre naturel des choses.

(Médica... ment ?)

Dans le fabuleux domaine phantasmatique de l'ostéoporose, rien ne m'étonne plus... Après la fable du bon-lait, l'arnaque dangereuse des hormones du THS, maintenant, le coup de Jarnac des médicaments - empoisonneurs.

Le fluor... ou ma triste expérience mémorisée

Dans le domaine de l'ostéoporose, puisqu'il s'agit de ce sujet dans ce livre, il y a plus de trente ans, un délégué médical très sérieux m'avait vanté les mérites du fluor comme traitement de l'ostéoporose. La féminisation de la profession de délégué médical n'était pas si marquée qu'aujourd'hui. Les « preuves scientifiques », qu'il m'apportait, étaient, indubitables à mon entendement d'alors, tout frais émoulu d'une Faculté de médecine, où j'avais appris, sans discuter, l'art et la science médicale de mes maîtres respectés. Les essais cliniques hospitaliers avaient été conduits et supervisés par un éminent professeur de rhumatologie, qui y apportait toute sa caution scientifique et morale. Les tableaux statistiques démontraient, qu'en donnant cinquante milligrammes de fluor

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

fracture.

Ce tableau comparatif n'a été vu et étudié que par très peu de médecins prescripteurs. Il montre très simplement que les traitements sont inopérants... en sachant lire le risque absolu et en sachant comment est calculé le risque relatif.

Prévention de la fracture /tassement vertébrale							
		Incidence des fractures en pourcentage					
Nom	Nom chimique	Nom de l'étude	Avec le placebo	Avec la molécule à l'essai	RR %	RA	
Fosamax	Alendronate	FIT1	15	8	47	0,07	15
Actonel	Risedronate	VERT-NA	16,3	11,3	41	0,05	20
Actonel	Risedronate	VERT-MN	29	18,1	49	0,109	10
Bonviva	Ibandronate	BONE	9,6	4,7	62	0,049	21
Aclasta	Acide zolédronique	HORIZON	10,9	3,3	70	0,076	14
Prolia	Denosumab	FREE-DOM	7,2	2,3	68	0,048	21
Evista Optruma	Raloxifene	MORE	21,2	14,7	30	0,065	16
Forsteo	Teriparatide	FPT	14	5	65	0,09	12
Protelos	Ranelate de strontium	SOTI	32,8	20,9	41	0,119	9

Je rappelle que 75 % des fractures tassements vertébrales sont asymptomatiques et que l'on fait le diagnostic de fracture/tassement vertébrale, dès lors que l'un des plateaux des vertèbres n'est pas horizontal... sur un examen radiologique standard de la colonne vertébrale.

La tendance dans les essais cliniques est d'avoir une vision très large des fractures-tassements vertébrales à l'inclusion des ostéoporotiques qui entrent dans l'étude, puis d'avoir une vision

un peu plus étroite à la fin de l'essai pour essayer de prouver qu'il n'y a pas eu de nouvelle fracture... grâce à la molécule essayée. La subjectivité, même lors d'une lecture radiographique est un facteur humain, qu'il est difficile d'éliminer.

Prévention de la fracture du col fémoral							
		Incidence des fractures en pourcentage					
Nom commercial en pharmacie	Nom chimique Dénomination internationale	Nom de l'étude	Avec le placebo	Avec la molécule à l'essai	RR %	RA	Nombre de sujets à traiter pour éviter la fracture du col fémoral
Fosamax	Alendronate	FIT1	2,2	1,1	51	0,011	91
Actonel	Risedronate	HIP	3,9	2,8	30	0,011	91
Aclasta	Acide zolédronique	HORIZON	2,5	1,4	41	0,011	91
Prolia	Denosumab	FREE-DOM	1,2	0,7	40	0,003	334
Protelos	Ranelate de strontium	TROPOS	6,4	4,3	36	2,1	48

L'efficacité réelle, reflétée par le risque absolu (RA) de tous les médicaments pour empêcher la fracture du col du fémur qui a lieu en moyenne après 80 ans est de l'ordre de un pour cent ! Ce qui signifie que pour éviter une seule fracture du col du fémur, il faut traiter presque 100 femmes pendant des années avec un bisphosphonate, plus de 300 femmes pendant des années avec le Dénosumab, près de 50 avec le ranelate de strontium.

La prévention des chutes des personnes âgées est beaucoup plus efficace.

Les promesses mensongères des BISPHOSPHONATES

1. les trop courts essais cliniques des laboratoires fabriquant sont étudiés en fonction du nombre de fractures détectées et présentés commercialement aux médecins en mettant en avant les pourcentages des risques relatifs à l'apparence favorable et non les risques absolus, qui révèlent, plus exactement, le peu d'efficacité de ces molécules chimiques. Il existe une sur-estimation commerciale, bien vendue, de l'efficacité thérapeutique.
2. Ils sont proposés comme médicaments anti-ostéoporose à la vue trop rapide de la mesure de la masse osseuse du densitomètre ; il existe donc un « raccourci » fâcheux du raisonnement entre la phase des essais basés sur des fractures et la solidité osseuse et la phase de commercialisation, au cours de laquelle la puissance de persuasion réussit à convaincre les médecins prescripteurs de les utiliser parce que « les essais ont prouvé la diminution des fractures » et qu'en plus, tenez-vous bien, ils augmentent, ô merveille ! la densité osseuse. Comme il a été vu dans un chapitre précédent, le densitomètre osseux est un très piètre reflet de la fragilité osseuse.
3. Dernier mensonge de ce groupe de molécules : les effets délétères nocifs sont, soit occultés, soit minimisés. Il existe une sous-estimation commerciale, bien cachée, des effets indésirables.

Les ennuis potentiels des BISPHOSPHONATES

La simple observation de l'augmentation de la densité osseuse au cours de deux examens successifs éloignés de deux à trois ans, ne signifie pas du tout que la solidité osseuse

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

4. 26 % des rats de laboratoire qui ont été soumis à la molécule pendant une période de 17 à 20 mois... ont développé un ostéosarcome : tumeur osseuse cancéreuse de l'os ! Les essais cliniques ont été interrompus.
5. Sans même parler des effets secondaires : hypercalcémies (ce qui est biologiquement logique puisqu'on injecte une fraction d'une hormone hypercalcémisante), des migraines, des étourdissements, des crampes, des nausées, des troubles digestif, des hypotensions...

Tout cela, ma charmante déléguée médicale ne m'en avait jamais parlé. De toute façon, quand je ne comprends pas comment le médicament agit, je ne prescris pas. Il y a très longtemps (fluor, 1987) que je ne fais plus confiance dans les résultats statistiques des essais cliniques.

Les nouveaux médicaments proposés

Pour un observateur de l'histoire des traitements de l'ostéoporose commune, l'un des signes indiquant l'absence, jusqu'à ce jour, de traitement efficace d'une part et sans risque d'autre part, reste l'invention de molécules « nouvelles » et de solutions thérapeutiques médicamenteuses « innovantes » proposées contre ce soi-disant fléau occidental.

Tous les médecins sérieux ont parfois la sensation intime que « leurs » traitements médicamenteux, en ce qui concerne l'ostéoporose, sont inefficaces et/ou dangereux. L'heureuse intuition salvatrice des femmes leur fait souvent abandonner des « traitements » inopérants, sans même le dire à leurs prescripteurs. Cet abandon des médicaments est appelé pudiquement par les médecins « Problème d'observance médicamenteuse ».

Les armoires à pharmacie des Français sont pleines à craquer de médicaments prescrits mais non consommés. Il existe forcément un gros problème de communication et/ou de confiance. Les efforts louables en apparence et en théorie sur « l'éducation thérapeutique » du patient, pour que celui-ci « prenne bien tous ses médicaments » et « adhère à son traitement » sont loin de porter leurs fruits. L'infantilisation permanente des patients possède certaines limites... Il existe un petit détail, qui laisse planer un doute sur la belle philosophie « de l'éducation thérapeutique »... le nerf de la bataille (l'argent) provient de l'industrie du médicament !

La nouvelle génération de « médicaments » anti-ostéoporose

La tendance actuelle dans l'invention des médicaments est de fabriquer des molécules qui interfèrent avec des protéines de communication. On change d'échelle pour intervenir dans le chantier osseux. Jusque-là, on donnait des moellons et des éléments de base à l'échafaudage osseux, maintenant on donne des ordres aux démolisseurs et / ou aux constructeurs osseux. On essaye d'interférer sur les ordres de commande avec les mêmes principes : arrêter le chantier de démolition, activer le chantier de reconstruction osseuse. Les cellules variées et diverses du système immunitaire se trouvent dans tous les tissus humains et sont chargés de défendre, de nettoyer et d'entretenir notre prodigieuse construction moléculaire. Les cellules de l'immunité induisent, par des protéines messagères, les tâches à accomplir au tissu osseux. Ce sont ces protéines messagères qui initient les différents chantiers de démolition puis de reconstruction osseuse permanente. Les cellules de démolition

et de reconstruction communiquent également entre elles pour synchroniser le fonctionnement physiologique du remodelage osseux.

Ces mécanismes cellulaires, membranaires, cytoplasmiques, ou nucléaires, à protéines complexes et subtiles, sont de mieux en mieux connus.

L'idée d'inventer des messages pour activer des fonctions cellulaires physiologiques de construction osseuse ou inhiber des destructions osseuses est somme toute séduisante, mais se heurte bien évidemment à beaucoup de mécanismes que l'on ignore encore et qui sont encore plus compliquées que nous le pensons.

La dernière trouvaille

Le denosumab, anticorps monoclonal anti-RANK ligand, est une protéine qui bloque un récepteur et un fonctionnement cytoplasmique d'une cellule du remodelage osseux et qui finit par empêcher la démolition osseuse.... Or, nous savons maintenant que tout ce qui empêche la démolition osseuse empêchera, à son tour, la reconstruction osseuse. De là à penser que cette protéine favorisera les « fractures atypiques », il n'y a qu'un pas... le mécanisme même de la soi-disant action thérapeutique devient très suspecte pour un simple rhumatologue de terrain, qui connaît la physiologie osseuse.

Le périmètre de remboursement, par l'assureur social, de cette molécule onéreuse qui s'injecte à raison de une dose de Prolia tous les six mois, a été retardé jusqu'en 2014.

La cruelle déception n'a pas tardé.

Dans une lettre aux professionnels de santé du 20 février 2013, le laboratoire Amgen, « en accord » avec EMA (Agence

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

pathologique supplémentaire inhérent au tissu osseux pour être fracturé. Sur les radiographies, l'on pouvait mesurer l'épaisseur de l'os cortical des os longs : cette épaisseur diminuée expliquait la plus grande fragilité osseuse, d'où la notion d'os mince. Dans les années 1980, la définition devenait : « Maladie diffuse du squelette associant une diminution de la résistance osseuse pouvant entraîner un risque de fracture pour les gestes de la vie courante. » Puis un peu plus tard « Maladie caractérisée par une masse osseuse basse et la détérioration micro-architecturale du tissu osseux, conduisant à une plus grande fragilité des os et, par suite, un plus grand risque de fracture ». De « fracture ostéoporotique » douloureuse, avec un traumatisme, si minime soit-il, qui en marquait le début et une consolidation, qui en marquait la fin, par un glissement sémantique et peut-être un souci de prévention légitime, il a existé une dérive, bien dirigée par la conjonction de divers intérêts, vers ce nouveau concept médical d' « ostéoporose » : un véritable gisement à exploiter. L'ostéoporose est vécue maintenant, dans la tête de la plupart des femmes ménopausées, comme une maladie diffuse, mystérieuse, indolore, qui ronge insidieusement leur squelette. La maladie ne possède pas un point de départ très défini, mais il faut « savoir s'en méfier autour de la ménopause ». La ménopause est une période sombre sur le plan symbolique, pendant laquelle la femme perd sa fécondité... la science médicale rajoute une couche d'inquiétude. Le jackpot de l'industrie agro-médico-pharmaceutique consiste à répéter que l'ostéoporose n'a pas de fin ; il faut constamment la surveiller et la traiter jusqu'à la fin de sa vie... Les traitements sont « indéfinis » en théorie, (jargon médical pour dire qu'il n'y a pas de fin). Il y a tout de même un indice qui devrait alerter les thérapeutes : tous les cinq ou dix ans, il sort un nouveau traitement « innovant »... Ce qui

signifie, simplement, l'absence d'efficacité et d'innocuité des traitements antérieurs. La notion d'ostéoporose est tellement juteuse que personne n'a intérêt à travailler sur les causes de cette déminéralisation osseuse accélérée du squelette des femmes et des hommes occidentaux. Personne n'a intérêt à simplement divulguer l'épidémiologie de cette affection, qui se superpose exactement à la géographie des pays à surconsommation de produits laitiers, de viande et de céréales mutées. Le cupide système politico-économique manipule les candides médecins... qui manipulent à leur tour leurs patients trop confiants ; ces derniers veulent être bien soignés, en consommant beaucoup de médicaments, bien remboursés par l'assureur social. Ces mêmes patients, de par notre démocratie démagogique, manipulent le système politico-économique. La boucle est bouclée et cela fonctionne très bien. Ce livre voudrait être un petit grain de sable dans ces rouages trop bien huilés.

Le vieillissement n'est pas le début d'une maladie.

Les maladies possèdent des causes, elles ne sont pas le résultat du hasard, mais résultent souvent de l'accumulation de nos erreurs ignorées. L'alimentation moderne occidentale et notre sédentarité sont responsables des fractures ostéoporotiques. Les normes diagnostiques sont inadaptées à la réalité.

Que les médecins se contentent de soigner les malades. À force de tout vouloir médicaliser : la procréation, la naissance, la vie, la libido, la tristesse, l'enfant turbulent devenu « hyperactif », le vieillissement, la mort, nous allons finir par nous faire détester... Et cela sera bien fait !

« L'entreprise médicale menace la santé. La colonisation médicale de la vie quotidienne aliène les moyens de soins. Le monopole professionnel sur le savoir scientifique empêche son partage. Une structure sociale et politique destructrice trouve

son alibi dans le pouvoir de combler ses victimes par des thérapies qu'elles ont apprises à désirer. Le consommateur de soins devient impuissant à se guérir ou à guérir ses proches. Les partis de droite et de gauche rivalisent de zèle dans cette médicalisation de la vie, et bien des mouvements de libération avec eux. L'invasion médicale ne connaît pas de bornes. »

Cette introduction de l'essai *Némésis Médicale* d'Ivan Illich (1926-2002), s'applique parfaitement à l'ostéoporose, à son diagnostic arbitraire et frelaté, à sa prévention officielle lucrative et inefficace, à ses traitements médicamenteux chimiques aux résultats illusoires et dangereux !

21. Pas à la presse médicale cependant !

22. Greenpeace s'est procuré les essais bidonnés par l'augmentation fictive du nombre de rats dans le lot témoin, pour neutraliser le grand nombre de tumeurs hépatiques et rénales observé chez les rats nourris au maïs transgénique.

23. La Revue scientifique *Food and Chemical Toxicology* qui avait fait part de ses travaux à la communauté scientifique a regretté, dans un second temps, d'avoir publié son travail, une fois son « conseil éditorial » repris en main par Monsanto.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

ROMBI Max, *La Peau de la vie*, Romart, 1993.

RUEFF Dominique, *La Bible des vitamines*, Albin Michel, 2004.

SAILLANT Gérard, RODINEAU Jacques, MANSAT Christian, *Lésions chroniques du sport*, Privat, 2002.

SCHRAGER, S. (2004). « Osteoporosis in women with disabilities ». www.annieappleseedproject.org.

SEIGNALET Jean, *L'Alimentation ou la troisième médecine*, F.-X. de Guibert, 2004.

SIMOPOULOS Artémis, ROBINSON Jo, *Le Programme alimentaire pour sauver notre santé*, EDP Sciences, 2004.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *Conférence canadienne de consensus sur la ménopause*, Mises à jour 2006 et 2009.

SOUCCAR Thierry, *Lait, mensonges et propagande*, Thierry Souccar édition, 2007.

SOUCCAR Thierry, *Le Régime préhistorique*, Indigène éditions, 2006.

SOUCCAR Thierry, ROBARD Isabelle, *Santé, mensonges et propagande*,

SOUCCAR Thierry, « *Le Mythe de l'ostéoporose* », Thierry Souccar éditions, 2013.

TANG, B. M. *et al.* The Strength Of Strontium Ranelate - Protects Bones For At Least Five Years, Remodels Bone Architecture (2006). <http://www.medicalnewstoday.com/>. (2007).

TABUR t. and All : « Use of Calcium or Calcium in Combination with Vitamin D Supplementation to Prevent Fractures and Bone Loss in People Aged 50 Years and Older : A Meta-Analysis », *The Lancet*, Vol. 370.

THEODOSAKIS Jason, *L'Arthrose*, De Fallois, 1998.

THURIN Jean-Michel, BAUMANN Nicole, *Stress, pathologies et immunité*, Flammarion, 2003.

WAHLI Walter, CONSTANTIN Nathalie, « La Nutrigénomique dans votre assiette » De BOECK 2011.

WARBURTON, D, C. W. Nicol, S. Bredin (2006). « Health Benefits of Physical Activity : The Evidence », *Canadian Medical Association Journal*, 174 (6), p. 9.

WELCH A. A. *et al.*, « Urine Ph is an indicator of dietary acid base load, fruit and vegetables and meat intakes. Results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (ePIC). Norfolk population study », *Br. J. nutr.*, 2008 ; 99 : 1335-43.

WILKIN, T. J. (1999). « Changing Perceptions in Osteoporosis », *British Medical Journal*, 318, p. 862-865.

WILLIAM Reymond, *Toxic : obésité, malbouffe, maladies : enquête sur les vrais coupables*, Flammarion, 2007.

WOOLTORTON, E. (2006). « Osteoporosis Treatment :
Raloxifene (Evista) and Stroke Mortality », *Canadian Medical
Association Journal*, 175 (2), p. 2.

Achevé d'imprimer par XXXXXX,
en XXXXX 2015
N° d'imprimeur :

Dépôt légal : XXXXXXXX 2015

Imprimé en France