

Collection Vivovojo Santé

La Vérité sur le Cholestérol

L'hormone de la vie enfin réhabilitée

Dr Pascal Trotta

Médecin radiologue, ancien interne des Hôpitaux de Paris, praticien en médecine intégrative

Comprendre pourquoi le cholestérol n'est pas votre ennemi — et reprendre le contrôle de votre santé cardiovasculaire

Ce livre est un ouvrage d'information et de vulgarisation. Il ne saurait remplacer une consultation médicale personnalisée. Ne modifiez jamais un traitement en cours sans l'avis de votre médecin.

Avant-propos

Comment lire ce livre

Durée de lecture : 4 min

Le cholestérol est sans doute la molécule la plus célèbre de la médecine moderne — et la plus incomprise. Depuis trente ans, elle est au cœur d'un débat qui oppose deux visions de la santé : celle qui voit dans chaque écart biologique une raison de prescrire, et celle qui cherche à comprendre avant d'agir.

Ce livre est né d'une conférence donnée par le Dr Pascal Trotta sur la plateforme Vivovojo. Médecin radiologue de formation, ancien interne des Hôpitaux de Paris, le Dr Trotta pratique depuis plus de trente ans une médecine qu'il qualifie d'intégrative : une approche qui ne rejette pas la médecine conventionnelle mais la complète par des outils issus de la micronutrition, de l'homéopathie, de l'auriculothérapie et de l'iridologie. Sa conviction profonde est que le patient n'est pas une maladie à traiter, mais une personne à accompagner dans sa globalité.

Au fil de cette conférence, le Dr Trotta développe une thèse forte : le cholestérol n'est pas l'ennemi que l'on nous présente depuis des décennies. Bien au contraire, il est le précurseur de nos hormones les plus essentielles — progestérone, œstrogènes, testostérone, vitamine D, cortisol — et sa diabolisation systématique a conduit à des prescriptions médicamenteuses massives dont les bénéfices réels méritent d'être questionnés.

Ce que vous trouverez dans ce livre

L'ouvrage que vous tenez entre les mains — ou que vous lisez sur votre écran — est la transcription fidèle et enrichie de cette conférence. Fidèle, parce que chaque idée, chaque opinion, chaque recommandation du Dr Trotta y est restituée avec exactitude.

Les citations directes, reproduites entre guillemets dans des encadrés verts, sont des verbatims exacts de ses propos. Aucune de ses positions n'a été modifiée, nuancée ou contredite par le travail éditorial.

Enrichie, parce que le passage de l'oral à l'écrit offre l'occasion d'ajouter ce que la spontanéité d'une conférence ne permet pas toujours : des références scientifiques précises, des schémas explicatifs, du contexte historique, des définitions pour les termes techniques. Ces enrichissements éditoriaux sont clairement identifiables : ils apparaissent dans le corps du texte sous forme de prose narrative, dans les encadrés bleus (études et données scientifiques) ou dans les illustrations qui accompagnent chaque chapitre.

Comment distinguer les propos de l'auteur et les enrichissements

Pour garantir la transparence, nous avons adopté un code visuel simple tout au long de l'ouvrage. Les encadrés à bordure verte signalent les citations directes du Dr Trotta, extraites mot pour mot de la conférence. Les encadrés à bordure bleue contiennent des informations complémentaires — études, données chiffrées, contexte historique — ajoutées par l'équipe éditoriale pour éclairer le propos. Les encadrés à bordure orange signalent des avertissements importants, notamment en matière de santé. Les illustrations en couleur, réalisées spécialement pour cet ouvrage, synthétisent visuellement les concepts clés de chaque chapitre.

L'ensemble du texte narratif restitue la pensée du Dr Trotta dans une prose fluide et structurée. Lorsqu'un passage relève d'un enrichissement éditorial — par exemple l'ajout d'une référence scientifique que le Dr Trotta n'a pas explicitement citée — cela est signalé par une mention du type « les études confirment » ou « les données scientifiques corroborent », qui indique au lecteur que l'information vient compléter le propos de l'auteur sans le contredire.



Avertissement médical important

Ce livre est un ouvrage d'information et de vulgarisation qui présente le point de vue du Dr Pascal Trotta. Il ne saurait en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée. **Ne modifiez jamais un traitement en cours — notamment un traitement par statines — sans en avoir discuté avec votre médecin traitant.** Chaque situation médicale est unique et nécessite un accompagnement professionnel adapté. Les informations présentées ici visent à nourrir votre réflexion et votre dialogue avec les professionnels de santé qui vous suivent.

Un livre à lire comme un voyage

La première partie de l'ouvrage pose les fondations : qu'est-ce que le cholestérol, quel rôle joue-t-il réellement dans l'organisme, et pourquoi les indicateurs que l'on mesure habituellement ne racontent qu'une partie de l'histoire. La deuxième partie présente les preuves — épidémiologiques, cliniques, historiques — qui invitent à repenser notre rapport au cholestérol. La troisième partie est résolument tournée vers l'action : que faire concrètement pour protéger son cœur et ses artères, en s'appuyant sur l'alimentation, la santé du foie et des outils thérapeutiques comme l'auriculothérapie.

Chaque chapitre peut se lire de façon autonome — vous pouvez aller directement au sujet qui vous intéresse — mais l'ensemble forme un parcours cohérent qui gagne à être suivi dans l'ordre. Les fiches pratiques en annexe vous permettront de passer à l'action immédiatement. Le glossaire en fin d'ouvrage éclaircit tous les termes techniques rencontrés au fil des pages.

Bonne lecture, et surtout, bonne santé.

L'équipe éditoriale Vivovojo



Dr Pascal Trotta

Portrait d'un médecin intégratif

Durée de lecture : 3 min

Dr Pascal Trotta

Médecin radiologue, ancien interne des Hôpitaux de Paris, praticien en médecine intégrative

Fondateur d'un institut de médecine naturelle · Auteur et conférencier · Praticien de la médecine des 4 P

Il y a des médecins qui soignent des maladies, et il y a des médecins qui accompagnent des malades. Pascal Trotta appartient résolument à la seconde catégorie. Depuis plus de trente ans, il chemine entre la rigueur de la médecine hospitalière française et l'ouverture de la médecine intégrative, avec une conviction : chaque patient est unique et mérite une approche qui lui ressemble.

Un parcours forgé à l'hôpital

Pascal Trotta a commencé ses études de médecine en 1981, à l'âge de dix-huit ans. Il gravit les échelons du système le plus exigeant de la formation médicale française : l'internat des Hôpitaux de Paris, cette institution séculaire qui forme l'élite médicale du pays. Il se spécialise en radiodiagnostic et imagerie médicale, une discipline qui exige à la fois une maîtrise technique irréprochable et un sens aigu de l'observation. C'est d'ailleurs dans sa pratique quotidienne de l'échographie — notamment les échographies hépatiques prescrites pour des enzymes du foie élevées — qu'il commence à s'interroger sur les effets réels des statines sur le foie de ses patients.

Ce questionnaire, né de l'observation clinique, marque le début d'un long cheminement intellectuel. Comme il le raconte lui-même, il se demande alors si l'on ne « déshabille pas Pierre pour habiller Paul » en prescrivant des médicaments qui abaissent le cholestérol au prix d'une intoxication hépatique. Cette intuition, forgée par des années de pratique, sera confortée par sa découverte des travaux du Dr Michel de Lorgeril, cardiologue et chercheur, dont les ouvrages sur l'innocence du cholestérol feront profondément écho à ses propres observations.

Le virage intégratif

Fort de cette formation hospitalière rigoureuse, le Dr Trotta choisit progressivement d'élargir sa palette thérapeutique. Il se forme à la micronutrition, cette discipline qui étudie l'impact des micronutriments – vitamines, minéraux, acides gras essentiels – sur le fonctionnement cellulaire. Il étudie l'homéopathie, la phytothérapie, et surtout l'auriculothérapie, une technique qu'il considère comme un outil thérapeutique exceptionnel. Reconnue par l'Organisation mondiale de la santé sous le nom de *French Medical Acupuncture*, l'auriculothérapie permet, selon le Dr Trotta, de stimuler les organes via des points précis situés sur le pavillon de l'oreille.

Il ajoute à cet arsenal l'iridologie – l'examen de l'iris pour y lire les prédispositions de terrain – et l'étude des zones scalaires. Chacun de ces outils vient compléter les autres, formant un ensemble cohérent au service d'une médecine qu'il veut à la fois rationnelle et intuitive.

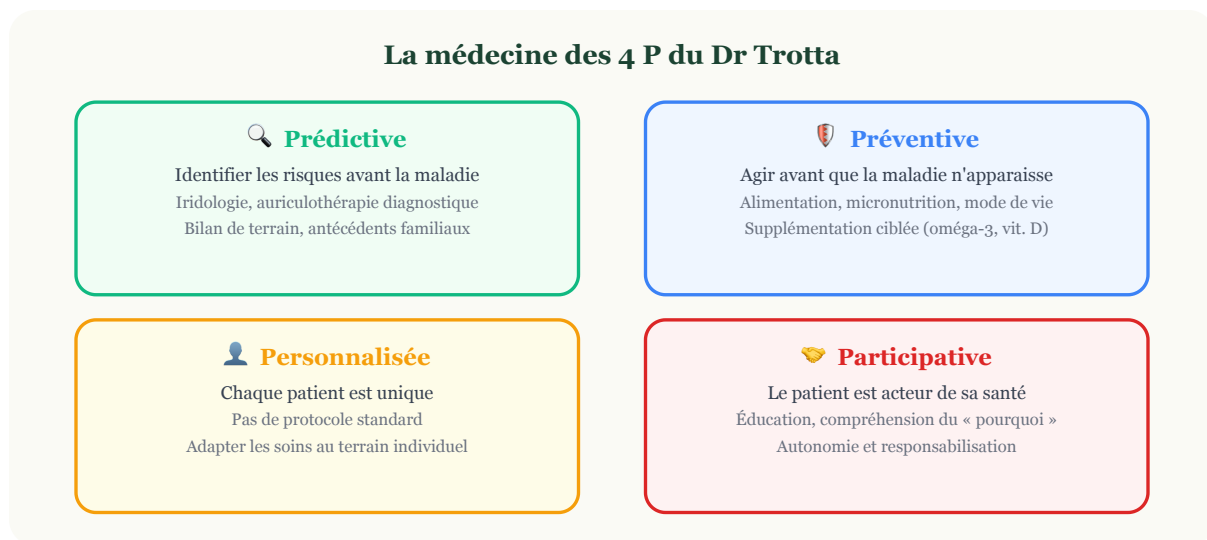


Dr Pascal Trotta – extrait de la conférence

« Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement et les mots pour le dire viennent aisément. Je vais vous parler avec un langage simple, facile à comprendre, qui permet de vous expliquer simplement des notions qu'on vous présente comme très compliquées. »

La médecine des 4 P

La philosophie médicale du Dr Trotta se résume dans un concept qu'il a forgé au fil de sa pratique : la médecine des 4 P. Prédictive, parce qu'il s'agit d'identifier les risques avant que la maladie ne s'installe, en utilisant notamment l'iridologie et l'auriculothérapie diagnostique pour lire le terrain de chaque patient. Préventive, parce que la meilleure médecine est celle qui empêche de tomber malade, par l'alimentation, la micronutrition et l'hygiène de vie. Personnalisée, parce que chaque patient est unique et qu'aucun protocole standard ne peut prétendre convenir à tous. Participative, enfin, parce que le patient doit devenir acteur de sa propre santé, comprendre le « pourquoi » avant d'appliquer le « comment ».



Les quatre piliers de l'approche médicale du Dr Trotta : une médecine qui prédit, prévient, personnalise et responsabilise.

L'homme derrière le médecin

Le Dr Trotta ne se contente pas de théoriser : il applique à lui-même les principes qu'il enseigne. Issu d'une famille à risque cardiovasculaire marqué — ses quatre grands-parents sont tous décédés d'accidents cardiovasculaires, dont son grand-père à cinquante ans d'un AVC — il a adapté son propre mode de vie en conséquence. Il a profondément modifié son alimentation, supprimé les acides gras saturés, intégré une supplémentation quotidienne en oméga-3, et appris à « lever le pied à temps ». Il ne mesure pas son taux de cholestérol, qu'il considère comme un indicateur non pertinent, et ne prend aucun médicament pour moduler son risque cardiovasculaire.

C'est aussi un homme qui revendique l'importance de l'intuition en médecine. Il aime rappeler que la France, au carrefour des cultures anglo-saxonne et latine, offre un terreau idéal pour une médecine qui allie le rationnel et l'intuitif, le cerveau gauche et le cerveau droit. Pour lui, le « flair diagnostique » ne remplace pas le raisonnement scientifique, mais le complète de façon irremplaçable.



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

« Quand c'est flou, il y a un loup. Chez moi, il n'y a pas de flou, il n'y a pas de loup. Les choses sont simples, sont claires, elles sont synthétisées par un médecin qui a de l'expérience. »



L'hormone de la vie

Le cholestérol au carrefour de toutes vos hormones

Durée de lecture : 7 min · 2 illustrations



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

« Le cholestérol n'est pas l'ennemi qu'on vous présente mais une vision d'espoir, le cholestérol c'est l'hormone de la vie. »

Depuis une trentaine d'années, le cholestérol occupe une place singulière dans l'imaginaire médical collectif : celle du coupable idéal. Responsable présumé des infarctus du myocarde, des accidents vasculaires cérébraux, voire de certains cancers, il est traqué dans les analyses de sang, surveillé comme un ennemi intérieur, combattu à coups de médicaments. Mais que se passerait-il si ce récit, profondément ancré dans les esprits, reposait sur une erreur fondamentale d'interprétation ?

C'est précisément la question que pose le Dr Pascal Trotta, et sa réponse est aussi limpide que provocatrice : le cholestérol n'est pas votre ennemi. C'est, au sens littéral du terme, la molécule dont dépend votre vie hormonale tout entière. Loin d'être un déchet à éliminer ou un indice à surveiller avec anxiété, le cholestérol est le précurseur biochimique à partir duquel votre organisme fabrique ses hormones les plus essentielles.

Le carrefour hormonal

Pour comprendre l'importance du cholestérol, il faut remonter à la biochimie fondamentale. Toutes les hormones dites stéroïdes — c'est-à-dire celles qui gouvernent la reproduction, l'immunité, la gestion du stress et l'intégrité de votre squelette — sont construites à partir d'un même noyau moléculaire : le noyau stérol du cholestérol. C'est ce que les biochimistes appellent la stéroïdogénèse, cette cascade de transformations enzymatiques qui, à partir d'une seule molécule-mère, produit une famille entière d'hormones indispensables.



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

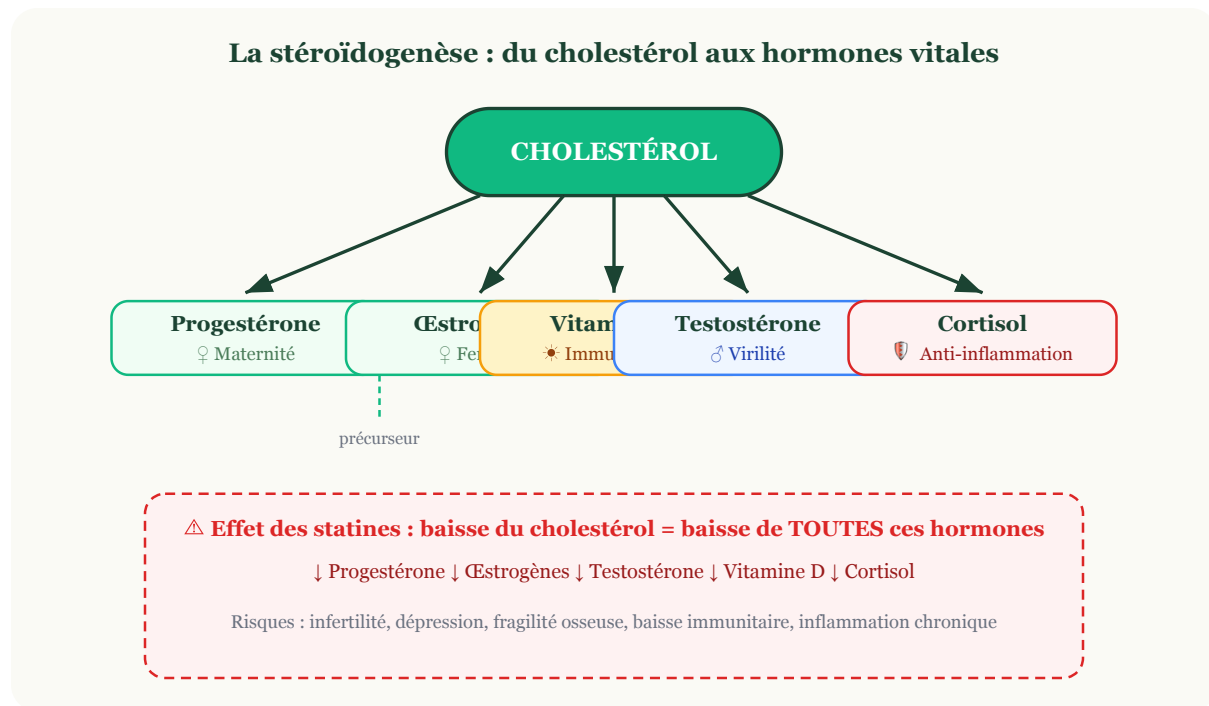
« Le cholestérol est au carrefour de toutes vos hormones car vos hormones sont toutes faites d'un noyau de cholestérol. On appelle ça les hormones stéroïdes, cholestérol. »

Chez la femme, le cholestérol est le point de départ de la progestérone, cette hormone que le Dr Trotta appelle « l'hormone de la maternité », sans laquelle aucune grossesse ne peut être menée à terme. De la progestérone découlent ensuite les œstrogènes, hormones de la fertilité, qui orchestrent le cycle menstruel, protègent le tissu osseux et participent à la santé de la peau et des cheveux. Sans cholestérol en quantité suffisante, cette cascade hormonale est compromise à sa source même.

Chez l'homme, le cholestérol est le précurseur direct de la testostérone, l'hormone qui gouverne la masse musculaire, la libido, l'énergie vitale et la densité osseuse. Le Dr Trotta le souligne avec une franchise caractéristique : abaisser le cholestérol de façon artificielle, c'est prendre le risque de baisser la testostérone, et donc la virilité.

Mais le cholestérol ne s'arrête pas aux hormones sexuelles. Il est également le précurseur de la vitamine D, cette substance que l'organisme synthétise lorsque les rayons ultraviolets du soleil frappent la peau. La vitamine D est un acteur majeur du système immunitaire et du maintien du capital osseux. Sans cholestérol, pas de vitamine D ; sans vitamine D, un système immunitaire affaibli et un squelette fragilisé.

Enfin, le cholestérol est indispensable à la production du cortisol, la molécule anti-inflammatoire naturelle de l'organisme. Le cortisol permet de réguler l'inflammation chronique, ce processus insidieux que le Dr Trotta identifie comme l'un des véritables facteurs de risque des maladies chroniques – un sujet sur lequel nous reviendrons en détail dans le chapitre 3.

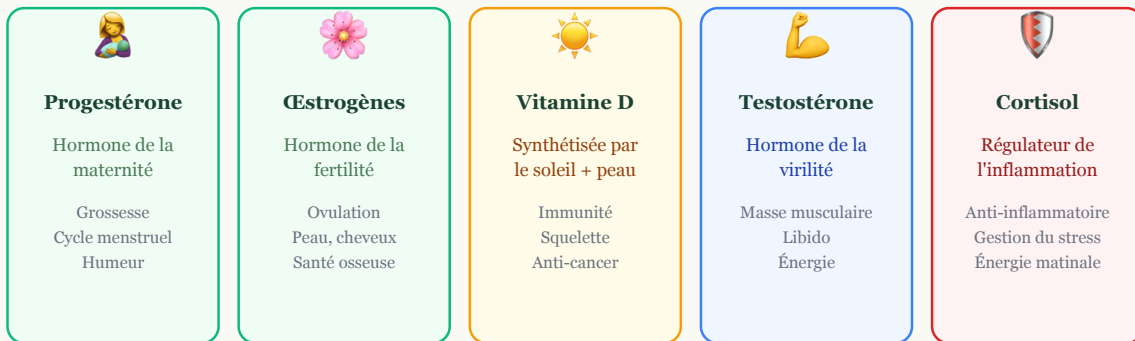


La stéroïdogénèse : à partir du cholestérol, l'organisme fabrique la progestérone, les œstrogènes, la testostérone, la vitamine D et le cortisol. Baisser le cholestérol, c'est baisser toutes ces hormones simultanément.

Cinq hormones, cinq fonctions vitales

Ce qui frappe dans cette architecture biochimique, c'est l'étendue des fonctions que le cholestérol rend possibles. Il ne s'agit pas d'une hormone parmi d'autres, mais du socle sur lequel repose l'équilibre hormonal tout entier. Chacune des cinq hormones-filles du cholestérol joue un rôle irremplaçable dans l'organisme.

Les cinq hormones clés issues du cholestérol



Les cinq hormones clés issues du cholestérol et leurs fonctions principales dans l'organisme.

La progestérone est l'hormone qui prépare l'utérus à accueillir un embryon, qui stabilise l'humeur et qui participe à la qualité du sommeil. Les œstrogènes gouvernent l'ovulation, protègent les os contre l'ostéoporose et maintiennent l'élasticité des tissus. La vitamine D stimule l'immunité innée et adaptative, favorise l'absorption du calcium et, comme le souligne le Dr Trotta, diminue le risque de cancer. La testostérone soutient la masse musculaire, la production de globules rouges et la vitalité générale. Le cortisol, enfin, est le régulateur de l'inflammation — sans lui, la moindre réaction inflammatoire deviendrait incontrôlable.



Repère scientifique — La stéroïdogénèse

La biosynthèse des hormones stéroïdes à partir du cholestérol est un processus biochimique parfaitement documenté. L'enzyme clé, le cytochrome P450sc (aussi appelé CYP11A1), catalyse la première étape de conversion du cholestérol en prégnénolone, le précurseur commun de toutes les hormones stéroïdes. Ce mécanisme est enseigné dans tous les cursus de biochimie médicale et fait l'objet de milliers de publications scientifiques depuis les travaux pionniers de Konrad Bloch, prix Nobel de médecine en 1964 pour ses découvertes sur le métabolisme du cholestérol.

Le piège des statines

C'est dans ce contexte biochimique que la mise en garde du Dr Trotta prend tout son sens. Si le cholestérol est le précurseur commun de ces cinq hormones vitales, alors toute intervention visant à abaisser son taux sanguin de manière indiscriminée aura mécaniquement des répercussions sur l'ensemble de la cascade hormonale. C'est exactement ce que font les statines : en bloquant la synthèse du cholestérol au niveau du foie, elles réduisent la matière première disponible pour fabriquer progestérone, œstrogènes, testostérone, vitamine D et cortisol.



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

« On ne joue pas impunément sur ce noyau de cholestérol parce que si on baisse impunément ce noyau de cholestérol vous allez baisser votre testostérone et baisser votre virilité. »

Le Dr Trotta insiste : les conséquences d'une baisse artificielle du cholestérol ne se limitent pas à un chiffre sur une analyse de sang. Elles se manifestent dans la vie quotidienne des patients — par une fatigue accrue, une baisse de libido, une fragilisation osseuse, une vulnérabilité immunitaire, voire des épisodes dépressifs. Et ces manifestations ne sont pas des effets secondaires marginaux : elles sont la conséquence logique et prévisible d'une interférence avec le carrefour biochimique le plus central de l'organisme.

Mais alors, si le cholestérol est si essentiel, pourquoi continue-t-on à le traiter comme un ennemi ? Pourquoi les analyses de sang sonnent-elles l'alarme dès que le taux dépasse un certain seuil ? Et surtout, si ce n'est pas le cholestérol qui provoque les infarctus, qu'est-ce qui les provoque vraiment ? C'est ce que nous allons explorer dans les chapitres suivants.

⚡ **Rappel** : Ce chapitre présente le point de vue du Dr Trotta. Ne modifiez jamais un traitement en cours sans l'avis de votre médecin traitant.

🔑 **Ce qu'il faut retenir**

- **Le cholestérol est le précurseur de cinq hormones essentielles** — progestérone, œstrogènes, testostérone, vitamine D et cortisol dépendent tous du cholestérol pour être synthétisés.
- **Baisser le cholestérol, c'est baisser toutes ces hormones** — les statines ne ciblent pas sélectivement le « mauvais » cholestérol : elles réduisent la matière première de l'ensemble du système hormonal stéroïdien.
- **Les conséquences touchent la fertilité, l'immunité, l'humeur et l'inflammation** — une baisse indiscriminée du cholestérol peut se traduire par de la fatigue, une fragilisation osseuse, une vulnérabilité immunitaire et des troubles de l'humeur.
- **Le cholestérol n'est pas un ennemi** — selon le Dr Trotta, c'est « l'hormone de la vie », un pilier biochimique qu'il convient de comprendre avant de chercher à le réduire.



Le mythe du bon et du mauvais cholestérol

HDL, LDL : ce que les analyses ne disent pas

Durée de lecture : 6 min · 2 illustrations



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

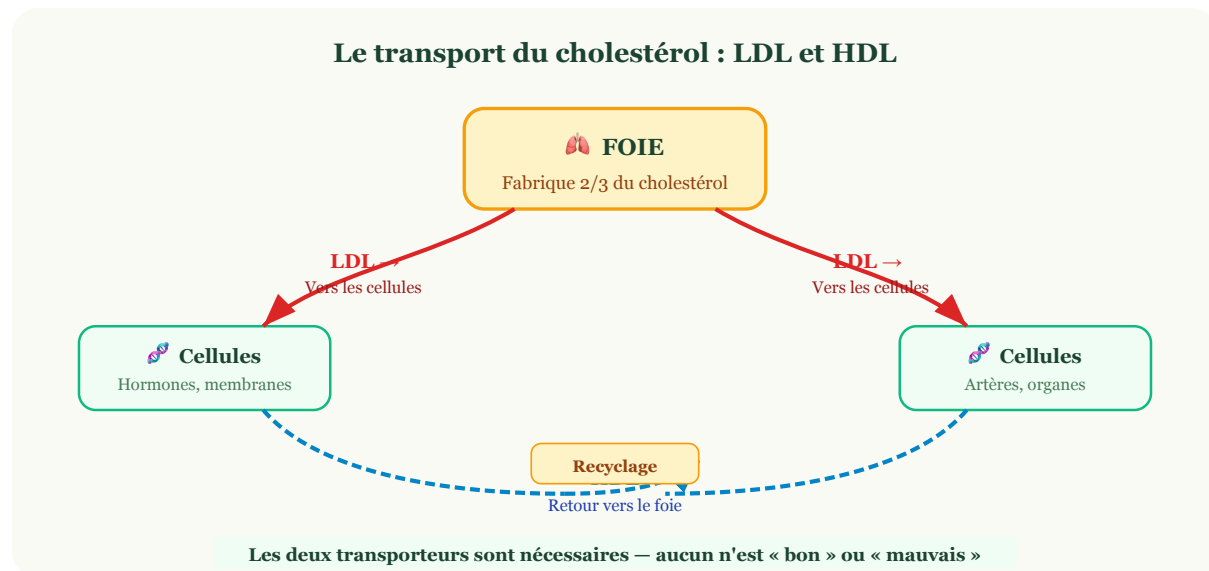
« C'est un truc inventé par l'industrie pharmaceutique pour vendre leur statine. Le cholestérol est l'hormone de la vie. Il n'y a pas de bon et de mauvais cholestérol. »

Il est des expressions qui s'installent si profondément dans le langage courant qu'on finit par oublier qu'elles sont des constructions, pas des vérités. « Bon cholestérol », « mauvais cholestérol » : ces deux formules, que chacun d'entre nous a entendues ou prononcées des dizaines de fois, sont devenues des évidences. Pourtant, selon le Dr Trotta, elles relèvent davantage du storytelling pharmaceutique que de la réalité biologique.

LDL et HDL : deux transporteurs, pas deux ennemis

Pour comprendre d'où vient cette distinction, il faut revenir à la biochimie du transport sanguin. Le cholestérol, comme toutes les graisses, ne se dissout pas dans le sang — un milieu aqueux. Pour circuler dans l'organisme, il doit être transporté par des protéines spécialisées, les lipoprotéines. C'est là qu'interviennent les fameuses LDL et HDL.

Les LDL — lipoprotéines de basse densité — assurent le transport du cholestérol depuis le foie vers les cellules de l'organisme. Ce trajet est parfaitement normal et nécessaire : les cellules ont besoin de cholestérol pour construire leurs membranes, fabriquer des hormones et assurer de nombreuses fonctions vitales. Les HDL — lipoprotéines de haute densité — effectuent le trajet inverse : elles récupèrent le cholestérol excédentaire dans les tissus et le ramènent au foie pour qu'il soit recyclé.



Le circuit du cholestérol : les LDL l'acheminent vers les cellules, les HDL le ramènent au foie. Les deux transporteurs sont nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme.

Dans ce schéma, il n'y a rien de « bon » ni de « mauvais ». Il y a un système de distribution et de recyclage qui fonctionne en boucle, comme un réseau logistique. Les LDL sont les camions de livraison, les HDL sont les camions de retour. Qualifier les uns de « mauvais » et les autres de « bons » revient à dire que livrer des marchandises est une mauvaise chose et les reprendre une bonne chose — un non-sens logistique.

La théorie dominante et ses limites

La théorie qui a donné naissance à cette distinction est celle de l'infiltration lipidique. Selon ce modèle, le LDL-cholestérol viendrait « infiltrer » la paroi des artères coronaires, s'y accumuler progressivement, former une plaque d'athérome et finir par obstruer l'artère, provoquant l'infarctus. Le HDL, en ramenant le cholestérol vers le foie, jouerait au contraire un rôle protecteur.

Le Dr Trotta conteste cette lecture des événements. Pour lui, ce modèle simplifié à l'extrême un processus multifactoriel et détourne l'attention des véritables causes du risque cardiovasculaire. Ce n'est ni le taux de cholestérol total, ni le ratio LDL/HDL qui prédit de façon fiable le risque d'infarctus. Ce sont d'autres paramètres — l'inflammation, l'oxydation, la qualité des graisses alimentaires — qui ne figurent pas sur les bilans sanguins de routine.



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

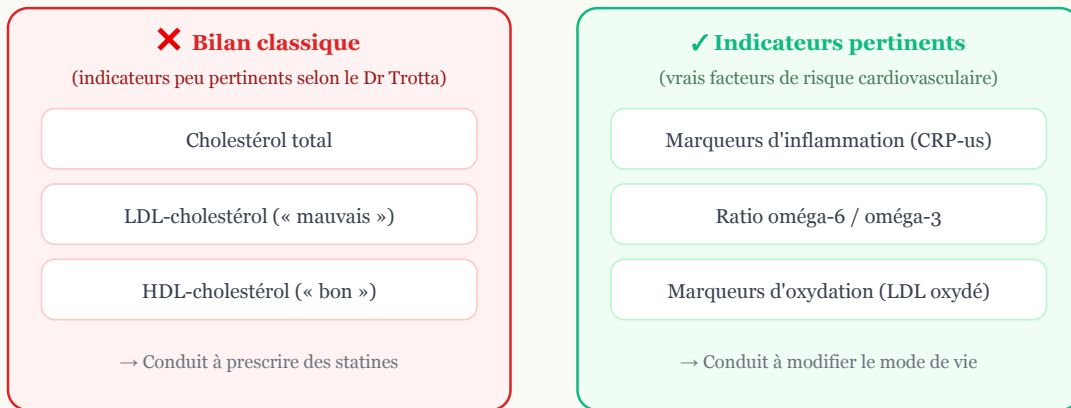
« On mesure le mauvais indice. On se base uniquement sur l'hormone de la vie qu'est le cholestérol qui n'est pas la cause des infarctus du myocarde ou des accidents vasculaires cérébraux. »

Ce qu'on mesure vs ce qu'on devrait mesurer

Le bilan lipidique standard — celui que votre médecin vous prescrit — mesure trois choses : le cholestérol total, le LDL-cholestérol et le HDL-cholestérol. À partir de ces chiffres, on calcule des ratios et on détermine si vous êtes « à risque ». Si votre LDL est trop élevé, on vous propose des statines. Si votre HDL est élevé, on vous rassure.

Mais selon le Dr Trotta, ce bilan passe à côté de l'essentiel. Les véritables marqueurs du risque cardiovasculaire seraient ailleurs : dans les marqueurs d'inflammation comme la CRP ultrasensible, qui révèle la micro-inflammation chronique silencieuse ; dans le ratio oméga-6/oméga-3, qui indique si votre alimentation est pro-inflammatoire ou anti-inflammatoire ; dans les marqueurs d'oxydation comme le LDL oxydé, qui mesure non pas la quantité de LDL mais son état de dégradation — car c'est le LDL oxydé, pas le LDL natif, qui serait véritablement pathogène.

Ce qu'on mesure vs ce qu'on devrait mesurer



À gauche, les indicateurs du bilan classique, focalisés sur le cholestérol. À droite, les marqueurs que le Dr Trotta considère comme véritablement pertinents pour évaluer le risque cardiovasculaire.



Repère scientifique — Le LDL oxydé

La distinction entre LDL natif et LDL oxydé est un axe de recherche actif en cardiologie. Plusieurs études, notamment celles publiées dans *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, ont montré que le LDL oxydé (ox-LDL) possède un pouvoir athérogène bien supérieur au LDL natif. Le LDL ne devient véritablement problématique que lorsqu'il subit une oxydation — un processus favorisé par la carence en antioxydants, le stress oxydatif et l'inflammation chronique. Cette nuance capitale est rarement prise en compte dans les bilans sanguins de routine.

Un bilan qui rassure ou qui fait peur — mais qui ne prédit pas

Le problème fondamental, selon le Dr Trotta, est que le bilan lipidique classique crée une illusion de précision diagnostique. Les chiffres sont nets, les seuils sont clairs, les résultats sont imprimés en gras quand ils dépassent la norme. Tout est fait pour que le patient — et le médecin — réagissent. Mais cette réaction est-elle fondée sur les bons paramètres ?

Le Dr Trotta en est convaincu : non. Les analyses de sang, telles qu'elles sont pratiquées aujourd'hui, mesurent un marqueur qui n'est pas la cause du problème qu'on prétend prévenir. C'est comme mesurer la température de l'eau pour prédire un tremblement de terre : les deux phénomènes peuvent coexister, mais l'un n'explique pas l'autre. Le véritable risque cardiovasculaire se loge dans l'inflammation, l'oxydation et la qualité des graisses que nous consommons — des facteurs que nous explorerons en détail dans le prochain chapitre.

‡ **Rappel** : Ce chapitre présente le point de vue du Dr Trotta. Les recommandations officielles continuent de considérer le LDL-cholestérol comme un facteur de risque cardiovasculaire. Ne modifiez jamais un traitement en cours sans l'avis de votre médecin traitant.

Ce qu'il faut retenir

- **LDL et HDL sont des transporteurs, pas des ennemis** — le LDL achemine le cholestérol vers les cellules, le HDL le ramène au foie. Les deux sont nécessaires.
- **La distinction « bon/mauvais » est réductrice** — selon le Dr Trotta, elle relève davantage d'une stratégie commerciale que d'une réalité biologique nuancée.
- **Le bilan classique ne mesure pas les vrais facteurs de risque** — l'inflammation (CRP-us), l'oxydation (LDL oxydé) et le ratio oméga-6/oméga-3 seraient des indicateurs plus pertinents.
- **C'est le LDL oxydé qui est pathogène, pas le LDL natif** — la quantité de cholestérol compte moins que son état de dégradation par l'oxydation.



Les vrais coupables

Inflammation, oxydation et perméabilité intestinale

Durée de lecture : 8 min · 3 illustrations



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

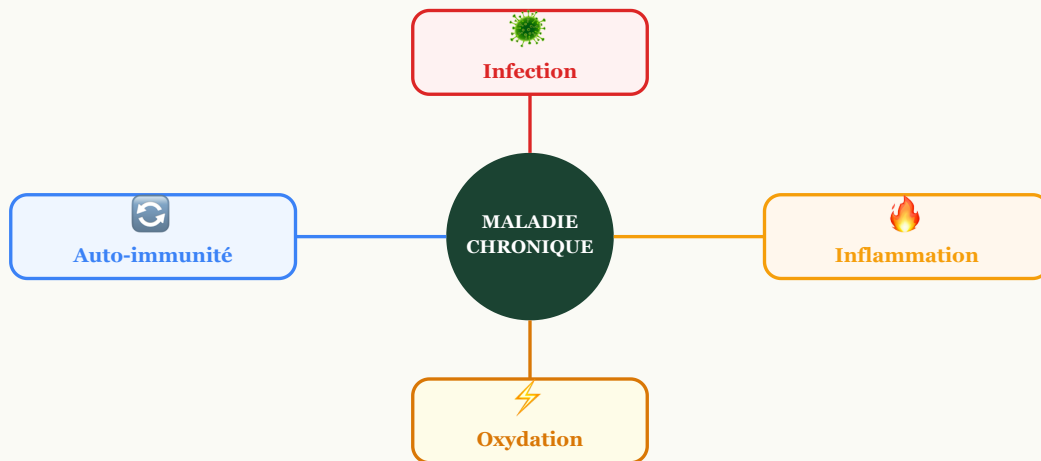
« Ce n'est pas le cholestérol, c'est l'inflammation due à une carence en acide gras polyinsaturé qui fait le lit de la micro-inflammation chronique silencieuse qui est un tueur silencieux. »

Si le cholestérol n'est pas le coupable, alors qui l'est ? C'est la question centrale à laquelle le Dr Trotta consacre une partie essentielle de sa conférence. Sa réponse dessine un tableau bien plus complexe que le récit simpliste « trop de cholestérol = infarctus ». Les véritables facteurs de risque cardiovasculaire, selon lui, sont multiples, silencieux et profondément enracinés dans notre mode de vie moderne.

Les quatre cavaliers des maladies chroniques

Le Dr Trotta identifie quatre facteurs qui, ensemble ou séparément, créent le terrain des maladies chroniques — et notamment des maladies cardiovasculaires. Ces quatre facteurs sont l'infection, l'inflammation, l'oxydation et la réaction auto-immune. Ils forment un réseau d'interactions complexes dans lequel le cholestérol n'intervient pas comme cause, mais parfois comme témoin innocent retrouvé sur la scène du crime.

Les 4 facteurs des maladies chroniques



Selon le Dr Trotta, c'est l'inflammation et l'oxydation — pas le cholestérol — qui causent les maladies cardiovasculaires

Les quatre facteurs des maladies chroniques selon le Dr Trotta. C'est leur combinaison — et non le taux de cholestérol — qui crée le terrain pathologique.

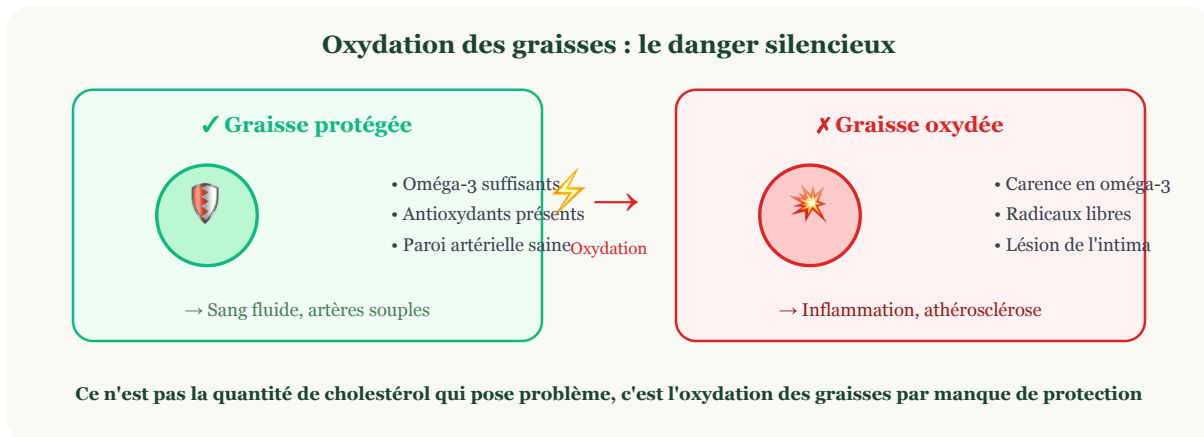
Parmi ces quatre facteurs, c'est l'inflammation qui occupe la place centrale dans le propos du Dr Trotta. Non pas l'inflammation aiguë — celle qui fait rougir une plaie et signale au système immunitaire qu'il doit intervenir — mais l'inflammation chronique de bas grade, ce processus insidieux qui s'installe silencieusement dans l'organisme pendant des années, voire des décennies, sans provoquer de symptômes visibles.

Cette micro-inflammation chronique est, selon le Dr Trotta, le véritable « tueur silencieux ». Elle ronge la paroi interne des artères, fragilise les tissus, perturbe le métabolisme et crée les conditions dans lesquelles une plaque d'athérome peut se former. Et sa cause principale n'est pas un excès de cholestérol, mais une carence en acides gras polyinsaturés — ces fameux oméga-3 dont nous reparlerons longuement dans les chapitres consacrés à l'alimentation.

L'oxydation : le danger invisible

Le deuxième facteur que le Dr Trotta met en lumière est l'oxydation. Le phénomène est comparable à la rouille qui attaque le métal : les radicaux libres — des molécules instables produites par le métabolisme normal mais amplifiées par le stress, la pollution, le tabac et une alimentation déséquilibrée — attaquent les graisses circulant dans le sang et les dénaturent.

C'est ici que le cholestérol entre en scène, mais pas dans le rôle qu'on lui attribue habituellement. Ce n'est pas le cholestérol en tant que tel qui pose problème, mais le cholestérol oxydé. Lorsque les particules de LDL subissent l'attaque des radicaux libres, elles se transforment en LDL oxydé – une forme modifiée qui, elle, possède véritablement un pouvoir athérogène. La nuance est capitale : ce n'est pas la quantité de cholestérol qui est dangereuse, c'est son état de conservation.



À gauche, une graisse protégée par les oméga-3 et les antioxydants. À droite, une graisse oxydée par les radicaux libres, qui endommage la paroi artérielle.



Repère scientifique — Inflammation et risque cardiovasculaire

L'étude CANTOS (*Canakinumab Anti-inflammatory Thrombosis Outcomes Study*), publiée dans le *New England Journal of Medicine* en 2017 par Paul Ridker et ses collègues, a apporté une preuve directe du lien entre inflammation et risque cardiovasculaire. En réduisant l'inflammation par un anticorps anti-interleukine-1 β (sans modifier le cholestérol), les chercheurs ont obtenu une baisse significative des événements cardiovasculaires. Cette étude historique conforte la thèse selon laquelle l'inflammation est un facteur causal indépendant du risque cardiovasculaire, distinct du taux de cholestérol.

Le vrai mécanisme de la plaque d'athérome

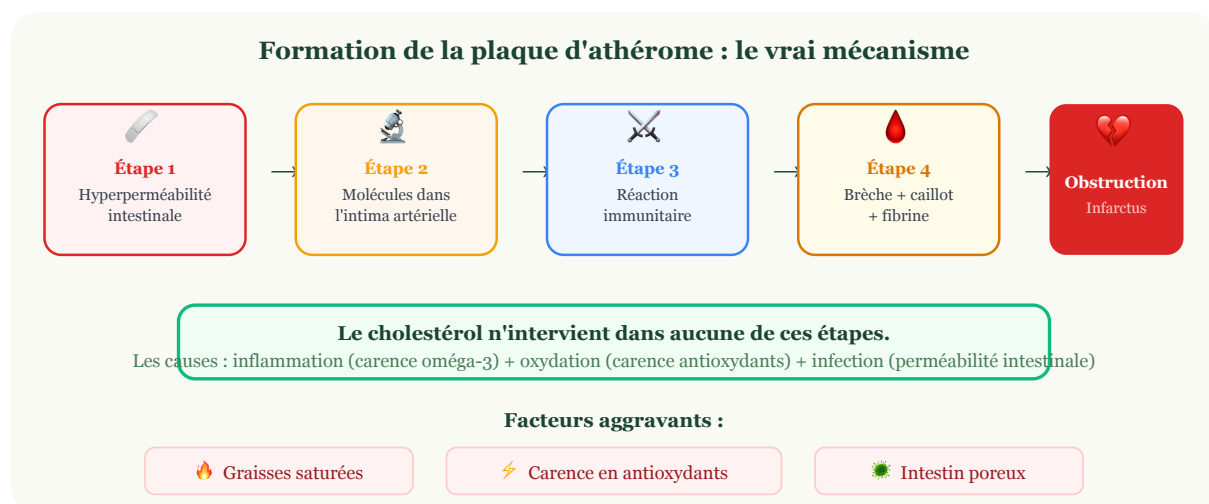
Le Dr Trotta propose une relecture du mécanisme de formation de la plaque d'athérome qui s'éloigne significativement du récit classique. Dans sa vision, le

processus ne commence pas par une infiltration de cholestérol dans la paroi artérielle, mais par une agression de cette paroi due à trois phénomènes convergents.

Le premier est l'hyperperméabilité intestinale. Lorsque la barrière intestinale est compromise — par une alimentation inadaptée, le stress chronique, certains médicaments ou un déséquilibre du microbiote — des molécules qui ne devraient pas passer dans le sang parviennent à franchir cette barrière. Certaines de ces molécules vont se fixer dans l'intima, la couche la plus interne de la paroi artérielle.

Le deuxième phénomène est la réaction immunitaire. Le système immunitaire détecte ces corps étrangers logés dans l'intima et envoie des anticorps pour les neutraliser. Ce faisant, il crée des lésions microscopiques dans la paroi artérielle — de petites brèches qui déclenchent un processus de réparation.

Le troisième phénomène est la formation d'un caillot. Pour colmater ces brèches, l'organisme mobilise la fibrine, une protéine de coagulation. Couche après couche, la fibrine s'accumule, formant progressivement ce que l'on appelle la plaque d'athérome. Si ce processus se poursuit sans être interrompu, la plaque finit par obstruer l'artère.



Le vrai mécanisme de la plaque d'athérome selon le Dr Trotta : tout commence par la perméabilité intestinale, pas par le cholestérol. Les causes profondes sont l'inflammation, l'oxydation et l'infection.

Dans ce scénario, le cholestérol n'intervient à aucune étape comme cause déclenchante. Il peut être présent dans la plaque — et il l'est souvent — mais sa présence est celle d'un passant innocent retrouvé sur les lieux d'un accident, pas celle

du conducteur responsable. Les véritables coupables sont l'inflammation chronique alimentée par la carence en acides gras polyinsaturés, l'oxydation favorisée par le manque d'antioxydants, et l'infection rendue possible par un intestin devenu poreux.

Pourquoi cette vision change tout

Si le Dr Trotta a raison, les conséquences pratiques sont considérables. Cela signifie que la stratégie consistant à abaisser le taux de cholestérol par des médicaments passe à côté du problème réel. C'est comme repeindre la carrosserie d'une voiture dont le moteur est en panne : l'apparence s'améliore, mais le véhicule ne roule toujours pas.

La bonne stratégie, selon lui, consiste à s'attaquer aux causes profondes : réduire l'inflammation chronique en augmentant l'apport en acides gras polyinsaturés (oméga-3), combattre l'oxydation en consommant davantage d'antioxydants, et restaurer l'intégrité de la barrière intestinale en prenant soin de l'intestin et du foie — ces « deux piliers de la santé » que nous explorerons en détail dans le chapitre 7.



Le risque cardiovasculaire est multifactoriel

Le Dr Trotta insiste sur le fait que les maladies cardiovasculaires n'ont pas une cause unique. Elles résultent de la convergence de plusieurs facteurs : qualité de l'alimentation, niveau d'inflammation, stress, sédentarité, état de l'intestin et du foie, antécédents familiaux. C'est cette complexité qui rend inadéquate, selon lui, une approche réduite au seul taux de cholestérol.

⚡ **Rappel** : Ce chapitre présente le point de vue du Dr Trotta. Ne modifiez jamais un traitement en cours sans l'avis de votre médecin traitant.

Ce qu'il faut retenir

- **Quatre facteurs causent les maladies chroniques** — l'infection, l'inflammation, l'oxydation et la réaction auto-immune, pas le taux de cholestérol.

- **La micro-inflammation chronique est le vrai « tueur silencieux »** — elle est causée principalement par une carence en acides gras polyinsaturés (oméga-3).
- **C'est le cholestérol oxydé qui est dangereux, pas le cholestérol natif** — l'oxydation des graisses, favorisée par le manque d'antioxydants, transforme le LDL en molécule pathogène.
- **La plaque d'athérome naît de l'inflammation et de la perméabilité intestinale** — le cholestérol est présent dans la plaque mais n'en est pas la cause.
- **La stratégie efficace cible les causes profondes** — augmenter les oméga-3, les antioxydants et restaurer la santé intestinale, plutôt que baisser le cholestérol.



Le paradoxe des Esquimaux

Quand 6 grammes de cholestérol protègent mieux que 2

Durée de lecture : 7 min · 2 illustrations



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

« À 6 grammes il n'y a pas l'infarctus, à 2 grammes il y a les infarctus. »

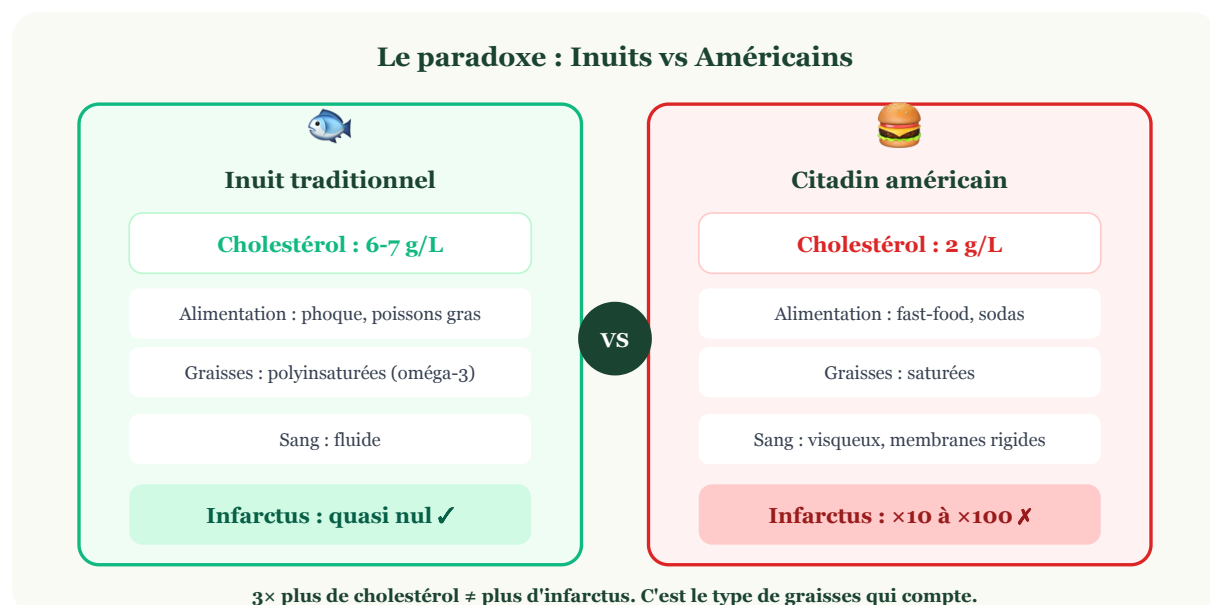
En science, les paradoxes sont souvent plus instructifs que les certitudes. Lorsqu'une observation contredit une théorie établie, c'est la théorie qui doit être questionnée — pas l'observation. Or il existe, dans l'histoire de l'épidémiologie cardiovasculaire, un paradoxe d'une telle puissance qu'il suffit, à lui seul, à ébranler l'édifice théorique qui fait du cholestérol le coupable des maladies du cœur. C'est le paradoxe des Esquimaux.

6 grammes de cholestérol, zéro infarctus

Les Inuits — peuple autochtone des régions arctiques du Canada, du Groenland et de l'Alaska — ont longtemps intrigué les chercheurs en santé cardiovasculaire. Leur alimentation traditionnelle est à l'opposé exact de ce que les recommandations diététiques occidentales considèrent comme sain : elle est composée presque exclusivement de viande de phoque, de graisse de baleine et de poissons gras des eaux glacées. C'est une alimentation extrêmement riche en graisses — et par conséquent, extrêmement riche en cholestérol.

Le Dr Trotta rapporte des chiffres qui donnent le vertige : les Inuits qui mangent de façon traditionnelle affichent des taux de cholestérol sanguin de l'ordre de 6 à 7 grammes par litre. C'est trois fois plus que le citoyen américain moyen, qui tourne autour de 2 grammes par litre. Si la théorie dominante était correcte — si le taux de cholestérol était véritablement le déterminant principal du risque cardiovasculaire — les Inuits devraient être décimés par les infarctus.

Or c'est exactement l'inverse qui se produit. Les Inuits à alimentation traditionnelle ne font pratiquement pas d'infarctus du myocarde. Leur taux de maladies cardiovasculaires est infime, presque inexistant. Pendant ce temps, le citoyen américain, avec son cholestérol trois fois plus bas, subit dix à cent fois plus d'infarctus.



La comparaison qui fait vaciller la théorie du cholestérol : les Inuits ont trois fois plus de cholestérol que les Américains, mais dix à cent fois moins d'infarctus.



Repère scientifique — Les études de Bang et Dyerberg

Ce sont les médecins danois Hans Olaf Bang et Jørn Dyerberg qui, dans les années 1970, ont les premiers documenté scientifiquement ce paradoxe. En étudiant la population inuite du Groenland, ils ont observé une quasi-absence de maladies coronariennes malgré une alimentation extrêmement riche en graisses. Leurs travaux, publiés notamment dans *The Lancet* (1971) et *Acta Medica Scandinavica* (1976), ont mis en évidence le rôle protecteur des acides gras oméga-3 — EPA et DHA — présents en abondance dans les poissons et mammifères marins consommés par les Inuits. Ces études fondatrices ont ouvert tout le champ de recherche sur les oméga-3 et la santé cardiovasculaire.

Le vrai facteur : la qualité des graisses

Comment expliquer ce paradoxe ? La réponse du Dr Trotta est aussi simple que lumineuse : ce n'est pas la quantité de cholestérol dans le sang qui détermine le risque cardiovasculaire, c'est la qualité des graisses que l'on ingère.

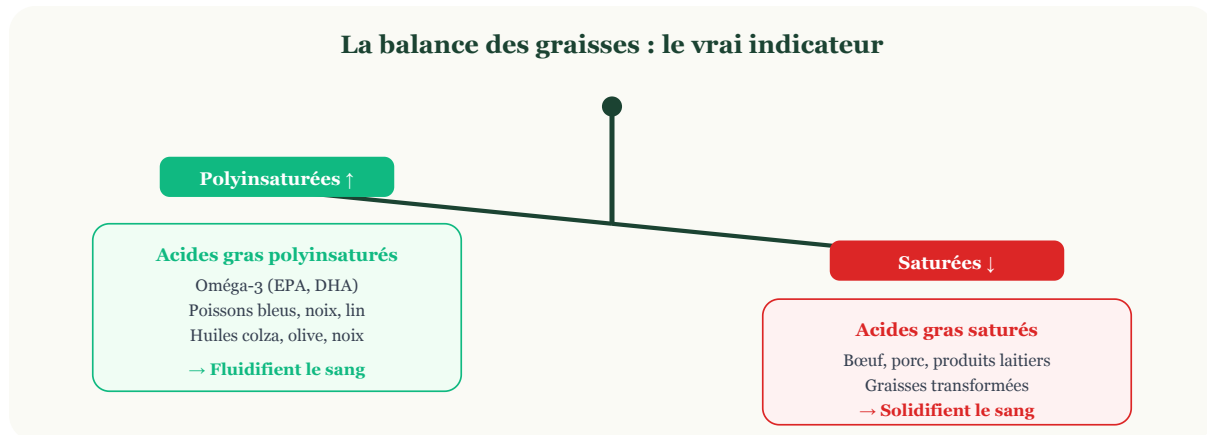


Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

« C'est la qualité des graisses alimentaires que vous ingérez qui fait ou non le risque de l'infarctus. »

L'Inuit mange du phoque et du poisson des eaux glacées. Ces aliments sont extraordinairement riches en acides gras polyinsaturés de type oméga-3, notamment en EPA (acide eicosapentaénoïque) et en DHA (acide docosahexaénoïque). Ces acides gras ont deux propriétés fondamentales pour la santé cardiovasculaire : ils sont puissamment anti-inflammatoires et ils fluidifient le sang en rendant les membranes des globules rouges souples et déformables. Résultat : le sang des Inuits circule facilement, même dans les plus petits vaisseaux, et l'inflammation chronique qui est le terreau des maladies cardiovasculaires est tenue en échec.

Le citoyen américain, en revanche, consomme essentiellement des graisses saturées — viandes rouges, fast-food, produits laitiers industriels — auxquelles s'ajoutent des quantités massives de sucre sous forme de sodas. Les graisses saturées ont l'effet inverse des oméga-3 : elles rigidifient les membranes cellulaires et rendent le sang plus visqueux, plus épais, plus enclin à former des caillots. L'inflammation chronique, entretenue par cette alimentation pro-inflammatoire, fait le reste.



La balance des graisses : c'est le ratio entre acides gras polyinsaturés (protecteurs) et saturés (pro-inflammatoires) qui détermine le risque cardiovasculaire, pas le taux de cholestérol.

Le ratio qui change tout

Le Dr Trotta résume cette découverte en une formule : c'est le ratio entre les graisses saturées et les graisses polyinsaturées qui donne le risque d'infarctus du myocarde. Un ratio favorable — beaucoup de polyinsaturés, peu de saturés — protège le cœur, quel que soit le taux de cholestérol total. Un ratio défavorable — trop de saturés, pas assez de polyinsaturés — expose au risque cardiovasculaire, même avec un cholestérol considéré comme « normal ».

Cette grille de lecture change profondément la façon d'aborder la prévention cardiovasculaire. Elle déplace l'attention du taux de cholestérol — un chiffre que l'on traque dans les analyses de sang — vers la qualité de l'alimentation quotidienne — un facteur sur lequel chacun peut agir concrètement, sans médicament.



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

« N'ayez pas peur du cholestérol qui est l'hormone de la vie. On n'a pas peur de la vie donc on n'a pas peur du cholestérol qui est l'hormone de la vie. C'est pas lui le responsable. »

Le cas des Japonais : une confirmation

L'exemple des Inuits n'est pas isolé. Le Dr Trotta cite également le cas des Japonais, dont l'alimentation traditionnelle — poissons, algues riches en iode, très peu de graisses saturées — est associée à l'un des taux de maladies cardiovasculaires les plus bas du monde. Le Japon illustre le même principe que l'Arctique : une alimentation riche en acides gras polyinsaturés et pauvre en graisses saturées confère une protection cardiovasculaire remarquable, indépendamment du taux de cholestérol.

Mais le Dr Trotta va plus loin dans le chapitre suivant avec un argument encore plus frappant : que se passe-t-il quand un Japonais quitte son pays pour s'installer aux États-Unis et adopter l'alimentation américaine ? La réponse à cette question est l'une des preuves les plus puissantes en faveur du rôle déterminant de l'environnement — et nous la découvrirons au prochain chapitre.

‡ **Rappel** : Ce chapitre présente le point de vue du Dr Trotta. Ne modifiez jamais un traitement en cours sans l'avis de votre médecin traitant.

Ce qu'il faut retenir

- **Les Inuits ont 3× plus de cholestérol que les Américains mais 10-100× moins d'infarctus** — preuve que le taux de cholestérol n'est pas le déterminant principal du risque cardiovasculaire.
- **C'est la qualité des graisses qui compte, pas la quantité de cholestérol** — les oméga-3 (poissons gras, phoque) fluidifient le sang et réduisent l'inflammation.
- **Les graisses saturées solidifient le sang et favorisent l'inflammation** — c'est le ratio polyinsaturés/saturés qui détermine le risque réel.

- **Les Japonais confirment le même schéma** — alimentation riche en poissons et pauvre en graisses saturées = très peu de maladies cardiovasculaires.



Le Japonais à New York

L'épigénétique au service de l'espérance

Durée de lecture : 7 min · 2 illustrations



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

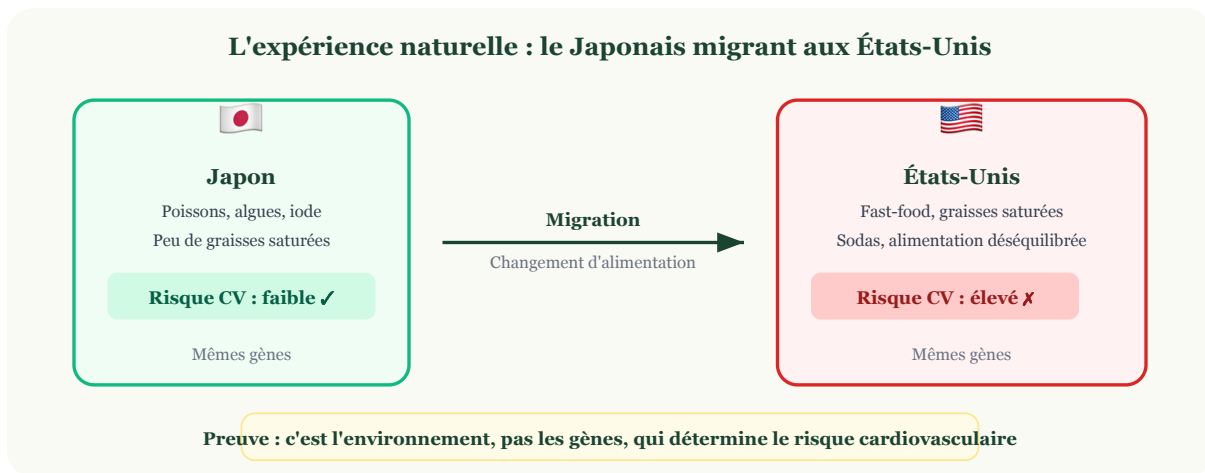
« Les maladies chroniques à 10% sont d'origine génétique, à 90% d'origine environnementale, c'est ce qu'on appelle l'épigénétique. »

Il existe, dans l'arsenal de la médecine préventive, peu d'arguments aussi percutants qu'une expérience naturelle. Pas une expérience de laboratoire, avec ses éprouvettes et ses groupes contrôle, mais une expérience grandeur nature, menée involontairement par des populations entières au fil de l'histoire. L'une des plus remarquables concerne les Japonais qui ont émigré aux États-Unis — et ce qu'il est advenu de leur santé cardiovasculaire.

Mêmes gènes, risques différents

Au Japon, les maladies cardiovasculaires sont historiquement rares. L'alimentation traditionnelle japonaise — poissons crus et cuits, algues, riz, légumes, soja, très peu de viande rouge et de produits laitiers — constitue l'un des régimes les plus protecteurs du monde pour le système cardiovasculaire. Pendant longtemps, on a attribué cette protection aux gènes japonais, comme si une particularité génétique propre à cette population la mettait à l'abri des maladies du cœur.

Mais cette hypothèse a été mise à l'épreuve de façon spectaculaire par les vagues migratoires japonaises vers les États-Unis, en particulier vers Hawaï et la Californie. Le Dr Trotta rapporte le constat : un Japonais qui quitte son pays et adopte l'alimentation nord-américaine — riche en graisses saturées, en sucres raffinés, en produits ultra-transformés — développe le même risque d'infarctus du myocarde qu'un Américain de souche, alors qu'il possède exactement les mêmes gènes que ses compatriotes restés au Japon.



L'expérience naturelle : un Japonais émigré aux États-Unis qui adopte l'alimentation locale développe le même risque cardiovasculaire qu'un Américain — avec les mêmes gènes japonais.



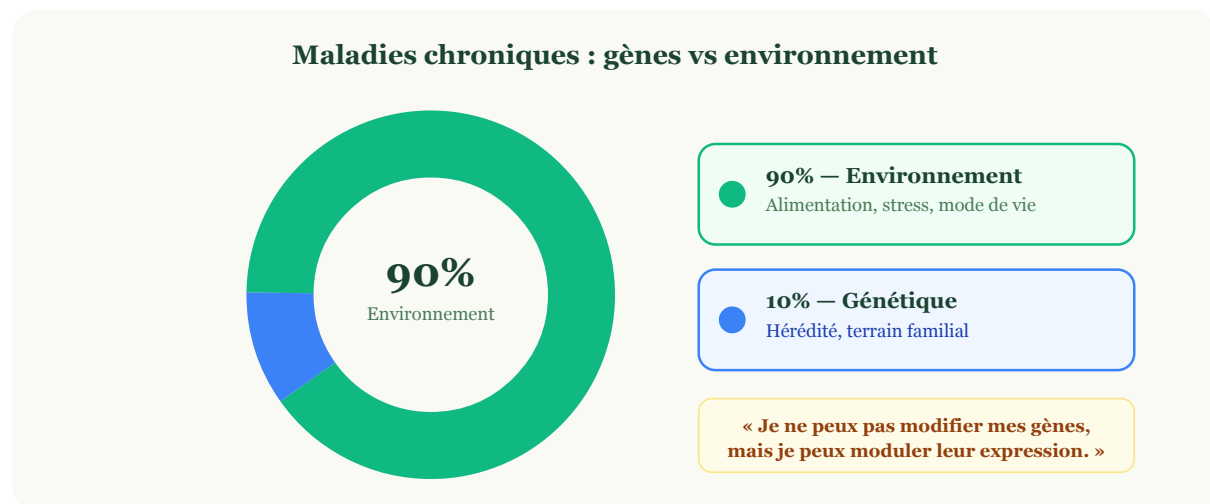
Repère scientifique — L'étude Ni-Hon-San

L'étude Ni-Hon-San (acronyme formé de *Nippon*-Honolulu-San Francisco), lancée dans les années 1970, est l'une des études épidémiologiques les plus célèbres sur la migration et le risque cardiovasculaire. Elle a comparé trois groupes de Japonais ethniques : ceux vivant au Japon, ceux installés à Honolulu (Hawaï) et ceux résidant à San Francisco. Les résultats ont montré un gradient croissant de maladies cardiovasculaires proportionnel au degré d'occidentalisation du mode de vie et de l'alimentation. Les Japonais de San Francisco, les plus « américanisés », présentaient un risque cardiovasculaire comparable à celui de la population américaine générale. Cette étude a été publiée dans *l'American Journal of Epidemiology* et reste une référence majeure en épidémiologie nutritionnelle.

L'épigénétique : vos gènes ne sont pas votre destin

Cette observation conduit le Dr Trotta à un concept qui lui tient particulièrement à cœur : l'épigénétique. Le terme, forgé dans les années 1940 par le biologiste Conrad Waddington, désigne l'ensemble des mécanismes par lesquels l'environnement modifie l'expression des gènes sans altérer la séquence d'ADN elle-même. En d'autres termes, vos gènes sont la partition musicale, mais c'est votre mode de vie qui détermine comment cette partition est jouée.

Le Dr Trotta résume cette idée par un chiffre saisissant : les maladies chroniques sont à 10 % d'origine génétique et à 90 % d'origine environnementale. Ce ratio, qu'il présente comme une source d'espérance, renverse la fatalité génétique. Avoir des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires ne vous condamne pas ; cela vous informe d'un terrain sur lequel il est possible — et nécessaire — d'agir.



Le poids respectif de la génétique et de l'environnement dans les maladies chroniques : 90 % de votre risque dépend de facteurs sur lesquels vous pouvez agir.

Le témoignage personnel du Dr Trotta

Le Dr Trotta ne se contente pas de théoriser l'épigénétique : il en est la démonstration vivante. Il confie pendant la conférence que sa propre famille est lourdement marquée par le risque cardiovasculaire. Ses quatre grands-parents sont tous décédés de mort brutale par accident cardiovasculaire, et son grand-père paternel est mort à cinquante ans d'un accident vasculaire cérébral. Par l'iridologie et

l'examen auriculaire, il peut constater sur lui-même la présence d'un pli caractéristique qui confirme ce terrain à risque.



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

« Je me contrefiche de mon taux de cholestérol. Je ne mesure pas, parce que ça ne sert à rien, ce n'est pas ça qui donne le risque cardiovasculaire, c'est plutôt la façon que j'ai de manger, de vivre et de penser qui va faire que je vais augmenter mon risque cardiovasculaire familial ou le diminuer. »

Face à cette hérédité chargée, le Dr Trotta a fait le choix de ne pas mesurer son taux de cholestérol — qu'il considère comme un indicateur non pertinent — et de ne prendre aucun médicament. En revanche, il a profondément modifié son mode de vie. Il a transformé son alimentation en supprimant les acides gras saturés qui pouvaient solidifier son sang et en augmentant considérablement sa consommation d'acides gras polyinsaturés. Il prend chaque jour une capsule d'oméga-3 concentrée en EPA. Il a appris à gérer son stress, à « lever le pied à temps », comme il le dit.

Le résultat, après des décennies de ce régime de vie, est qu'il se porte, selon ses propres termes, « comme un charme » — et qu'il a diminué son risque cardiovasculaire familial sans recourir à aucune molécule chimique.

De la fatalité à l'action



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

« Autant je ne peux pas modifier mes gènes qui sont là pour la vie, autant je peux moduler l'expression de mes gènes pour diminuer le risque de maladie que m'ont transmis mes parents. »

Ce message est le cœur battant de la philosophie du Dr Trotta, et c'est peut-être le message le plus important de ce livre. L'hérédité n'est pas une sentence. Avoir du

cholestérol « dans la famille » n'est pas une raison de baisser les bras — c'est une raison d'agir. Mais agir sur les bons leviers : l'alimentation, le stress, l'activité physique, la santé du foie et de l'intestin, la supplémentation ciblée en oméga-3 — pas sur un chiffre de laboratoire qui ne raconte qu'une fraction de l'histoire.

Le Dr Trotta le dit avec force : cette vision est enthousiasmante parce qu'elle donne des clés concrètes. Elle transforme la peur — « j'ai du cholestérol, je vais faire un infarctus comme mon père » — en motivation — « je connais mon terrain, je sais ce que je peux faire, et je le fais ». C'est le passage de la médecine subie à la médecine choisie, de la fatalité génétique à la responsabilité personnelle — une responsabilité qui n'est pas une charge, mais une liberté.

⚡ **Rappel** : Ce chapitre présente le point de vue du Dr Trotta. Ne modifiez jamais un traitement en cours sans l'avis de votre médecin traitant.

🔑 **Ce qu'il faut retenir**

- **Un Japonais migrant aux USA développe le même risque cardiovasculaire qu'un Américain** — preuve que c'est l'environnement, pas les gènes, qui détermine le risque.
- **90 % des maladies chroniques sont d'origine environnementale** — l'épigénétique montre que le mode de vie module l'expression des gènes.
- **L'hérédité informe, elle ne condamne pas** — connaître son terrain familial permet d'agir sur les bons leviers.
- **Le Dr Trotta en est la preuve vivante** — malgré 4 grands-parents décédés d'accidents cardiovasculaires, il a modulé son risque par l'alimentation et le mode de vie, sans médicament.



Trente ans de normes en chute libre

Comment l'industrie pharmaceutique a fabriqué une épidémie

Durée de lecture : 6 min · 2 illustrations



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

« Qui a baissé ces normes de 3g à 2g en l'espace de 30 ans ? C'est pas vous, c'est pas moi. C'est l'industrie pharmaceutique, c'est le Big Pharma. »

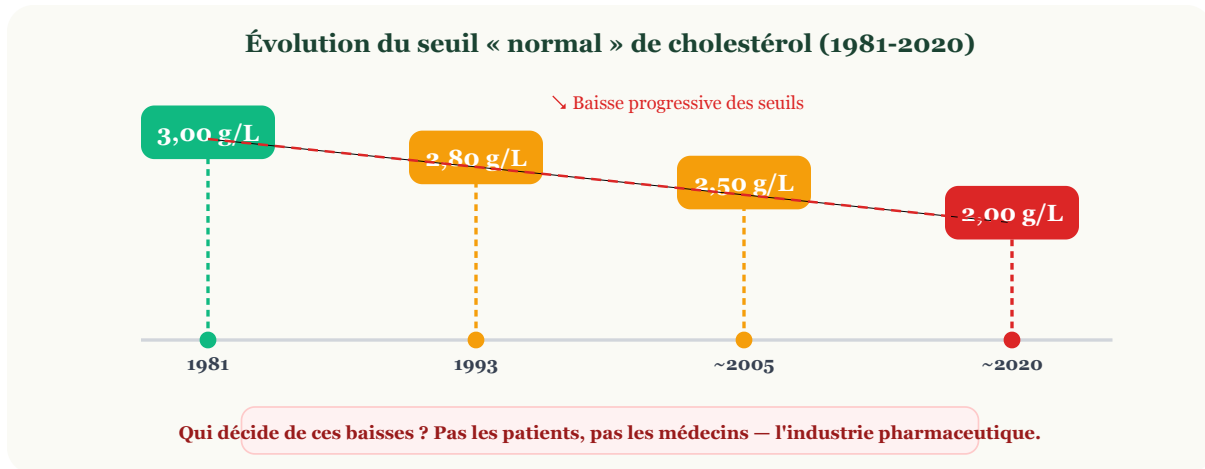
Il y a une façon très simple de créer une épidémie sans qu'aucun nouveau virus n'ait vu le jour, sans qu'aucune bactérie n'ait muté, sans que la santé de la population n'ait objectivement changé. Il suffit de déplacer le curseur qui sépare le « normal » du « pathologique ». C'est exactement, selon le Dr Trotta, ce qui s'est passé avec le cholestérol au cours des trente dernières années.

La grande descente : de 3 grammes à 2 grammes

Le Dr Trotta a commencé ses études de médecine en 1981. Il se souvient avec une précision d'homme de science des chiffres qui étaient enseignés à l'époque : le seuil supérieur de cholestérol « normal » était alors fixé à environ 3 grammes par litre de sang. Au-dessous de ce chiffre, tout allait bien. Au-dessus, on commençait à s'inquiéter — mais sans la panique qui accompagne aujourd'hui le moindre dépassement de norme.

Douze ans plus tard, en 1993, lorsqu'il termine son internat après de longues années de spécialisation en radiodiagnostic et imagerie médicale, le seuil a déjà glissé à 2,80

grammes par litre. Puis, au fil des années 2000, il passe à 2,50 grammes. Et aujourd'hui, les laboratoires d'analyse inscrivent le résultat en caractères gras — signal d'alerte — dès que le cholestérol dépasse 2 grammes par litre.



En trente ans, le seuil de cholestérol « normal » est passé de 3 g/L à 2 g/L — transformant mécaniquement des millions de personnes saines en « malades » à traiter.

En l'espace de trois décennies, le seuil a donc été divisé par 1,5. Ce qui était considéré comme parfaitement normal en 1981 est devenu, sans que rien dans la biologie humaine n'ait changé, un motif de prescription médicamenteuse. Le Dr Trotta pose la question qui s'impose : qui a décidé de ces baisses successives ? Et surtout, sur quelles bases scientifiques ?

L'économie du blockbuster

La réponse du Dr Trotta est sans ambiguïté : ces baisses de seuil n'ont pas été dictées par des découvertes épidémiologiques majeures, mais par une logique commerciale. Chaque abaissement du seuil de « normalité » a pour effet mécanique d'augmenter le nombre de personnes considérées comme « malades » et donc susceptibles de se voir prescrire un traitement. Et le traitement en question — les statines — représente l'un des marchés pharmaceutiques les plus lucratifs de l'histoire.



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

« Il n'y a pas que les films qui font des blockbusters, il y a les médicaments qui font des blockbusters. »

Le terme « blockbuster » est habituellement réservé au cinéma pour désigner les films qui rapportent plus d'un milliard de dollars. L'industrie pharmaceutique a emprunté ce vocabulaire pour qualifier les molécules dont le chiffre d'affaires annuel dépasse le milliard. Les statines font partie de ce club très fermé. Le Dr Trotta évoque des chiffres qui « donnent le vertige » : des milliards d'euros de revenus annuels par molécule, générés par des dizaines de millions de patients sous traitement à travers le monde.

Les statines : un médicament « blockbuster »



Milliards €

Chiffre d'affaires annuel
par molécule



3g → 2g

Seuils abaissés en 30 ans
= plus de « malades »



= stable

Nombre d'infarctus en France
malgré 30 ans de statines

Plus de prescriptions, plus de profits — mais pas moins d'infarctus

Les statines en chiffres : des milliards de revenus, des seuils en baisse constante — mais un nombre d'infarctus qui reste stable en France malgré trente ans de prescriptions massives.



Repère scientifique — Le marché des statines

L'atorvastatine (Lipitor®), commercialisée par Pfizer, a été pendant plusieurs années le médicament le plus vendu au monde, avec un chiffre d'affaires annuel dépassant 12 milliards de dollars à son pic. En France, les statines figurent parmi les classes thérapeutiques les plus prescrites : selon les données de l'Assurance Maladie, plusieurs millions de Français sont sous traitement par statines. Le coût annuel pour le système de santé se chiffre en centaines de millions d'euros.

Toujours autant d'infarctus

Mais l'argument le plus percutant du Dr Trotta n'est pas d'ordre économique — il est d'ordre médical. Si les statines étaient réellement efficaces pour prévenir les infarctus, alors trente ans de prescriptions massives auraient dû produire un résultat visible : une baisse significative du nombre d'infarctus du myocarde en France. Or le Dr Trotta constate que ce n'est pas le cas. Il y a, selon lui, « toujours autant d'infarctus en France qu'il y a 30 ans, malgré la mise massive de plus en plus de gens sous statine ».

Ce constat est dévastateur pour la théorie dominante. Si le cholestérol était véritablement la cause des infarctus, et si les statines abaissaient efficacement le cholestérol, alors le nombre d'infarctus aurait dû chuter de façon spectaculaire. Le fait que ce ne soit pas le cas — que les infarctus restent à un niveau comparable malgré des millions de personnes sous traitement — suggère soit que le cholestérol n'est pas le bon levier, soit que les statines n'agissent pas là où elles le devraient, soit les deux.

L'hommage au Dr Michel de Lorgeril

C'est dans ce contexte que le Dr Trotta rend un hommage appuyé au Dr Michel de Lorgeril, cardiologue et chercheur au CNRS, qu'il décrit comme « un médecin exceptionnel » et « un homme courageux ». Le Dr de Lorgeril est en effet l'un des rares cardiologues français à avoir publiquement et systématiquement contesté le lien causal entre cholestérol et maladies cardiovasculaires, au prix d'une marginalisation au sein de la communauté médicale.

Le Dr Trotta cite notamment son ouvrage au titre éloquent : *Dites à votre médecin que le cholestérol est innocent, il vous soignera sans médicaments*. Ce livre, qui défend la thèse de l'innocence du cholestérol avec une rigueur scientifique remarquable, a confirmé et étayé les intuitions que le Dr Trotta avait développées de façon indépendante à travers sa pratique de radiologue.



Référence bibliographique

Dr Michel de Lorgeril — *Dites à votre médecin que le cholestérol est innocent, il vous soignera sans médicaments*, Éditions Thierry Souccar. Le Dr de Lorgeril est également l'auteur principal de la *Lyon Diet Heart Study* (1999), une étude randomisée publiée dans *The Lancet* qui a démontré qu'un régime méditerranéen riche en oméga-3 réduisait de 50 à 70 % la mortalité cardiovasculaire — un résultat bien supérieur à celui obtenu par les statines — sans modifier le taux de cholestérol.

Le Dr Trotta raconte qu'il était arrivé aux mêmes conclusions que le Dr de Lorgeril par un chemin différent : celui de l'observation clinique quotidienne. En tant que radiologue, il pratiquait régulièrement des échographies hépatiques chez des patients dont les enzymes du foie étaient élevées. Il avait remarqué que, très souvent, ces patients prenaient des statines. Le lien entre le médicament anti-cholestérol et l'atteinte hépatique lui est apparu avec une évidence croissante, le conduisant à se demander si l'on ne « déshabillait pas Pierre pour habiller Paul ».

‡ **Rappel** : Ce chapitre présente le point de vue du Dr Trotta. Ne modifiez jamais un traitement en cours sans l'avis de votre médecin traitant.

🔑 Ce qu'il faut retenir

- **Le seuil de cholestérol « normal » a été divisé par 1,5 en 30 ans** — de 3 g/L en 1981 à 2 g/L aujourd'hui, créant mécaniquement des millions de « malades » supplémentaires.
- **Les statines sont des médicaments « blockbusters »** — des milliards d'euros de chiffre d'affaires annuel, alimentés par l'élargissement continu des indications.
- **Le nombre d'infarctus en France reste stable** — malgré trente ans de prescriptions massives de statines, ce qui questionne l'efficacité de cette stratégie.
- **Le Dr Michel de Lorgeril a démontré l'innocence du cholestérol** — sa Lyon Diet Heart Study a prouvé qu'un régime méditerranéen était plus efficace

que les statines, sans toucher au cholestérol.



Le foie, chef d'orchestre du cholestérol

Pourquoi tout commence par la détoxification hépatique

Durée de lecture : 7 min · 2 illustrations



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

« Les deux piliers de la santé sont l'intestin et le foie et l'un ne va pas sans l'autre. »

Jusqu'ici, nous avons déconstruit le mythe du cholestérol-ennemi, identifié les vrais coupables des maladies cardiovasculaires et découvert les preuves épidémiologiques qui invalident la théorie dominante. Il est temps maintenant de passer à l'action — et toute action efficace commence par la compréhension d'un organe central, trop souvent négligé dans le débat sur le cholestérol : le foie.

L'usine qui fabrique les deux tiers de votre cholestérol

Voici un chiffre que le Dr Trotta considère comme fondamental et que la plupart des patients ignorent : deux tiers du cholestérol présent dans votre sang ne proviennent pas de votre alimentation. Ils sont fabriqués par votre propre organisme, et plus précisément par un seul organe : le foie. L'alimentation n'apporte que le tiers restant.

D'où vient votre cholestérol ?



FOIE

Usine principale du cholestérol

2/3 — Fabriqué par le foie

1/3 — Alimentation

Le foie est fragilisé par :

- Excès d'hydrates de carbone (sucres)
- Médicaments (dont les statines !)

L'alimentation apporte :

- Cholestérol alimentaire (œufs, etc.)
- Acides gras (bons ou mauvais)

L'origine du cholestérol sanguin : les deux tiers sont synthétisés par le foie, un seul tiers provient de l'alimentation. Équilibrer son cholestérol, c'est d'abord prendre soin de son foie.

Cette donnée change radicalement la perspective. Si le foie est l'usine principale de production du cholestérol, alors un déséquilibre du cholestérol sanguin est avant tout le signe d'un foie en difficulté — pas d'une alimentation trop riche en œufs ou en beurre. Et la réponse logique n'est pas de bloquer chimiquement cette usine avec des statines, mais de la remettre en bon état de fonctionnement.

Le Dr Trotta élève ce principe au rang de pilier de sa pratique médicale. Pour lui, le foie est l'un des deux organes fondamentaux de la santé — l'autre étant l'intestin. Ces deux organes forment un duo indissociable : l'intestin absorbe les nutriments et filtre les substances indésirables, le foie reçoit tout ce qui passe cette première barrière et assure un deuxième niveau de filtration, de transformation et de détoxification. Quand l'un dysfonctionne, l'autre en souffre. Et quand les deux sont en difficulté, c'est l'ensemble du métabolisme — y compris celui du cholestérol — qui se dérègle.

Un foie maltraité par la vie moderne

Le problème, selon le Dr Trotta, est que la vie moderne est un assaut permanent contre le foie. Les excès d'hydrates de carbone — les sucres sous toutes leurs formes, des sodas aux pâtes blanches en passant par les viennoiseries — surchargent le foie qui doit transformer et stocker ces flux de glucose. Les médicaments, quels qu'ils soient, passent tous par le foie pour être métabolisés, ajoutant une charge toxique supplémentaire à un organe déjà sollicité. L'alcool, les pesticides, les additifs

alimentaires, les polluants environnementaux : tout converge vers le foie, qui finit par s'engorger, s'inflammer, et dysfonctionner.

Le Dr Trotta décrit les signes d'un foie en souffrance avec une précision de clinicien : irritabilité, colère, amertume, langue blanche au réveil, mauvaise digestion, et surtout les réveils nocturnes entre une heure et trois heures du matin — un horaire qui correspond, en médecine traditionnelle chinoise, au pic d'activité du méridien du foie.

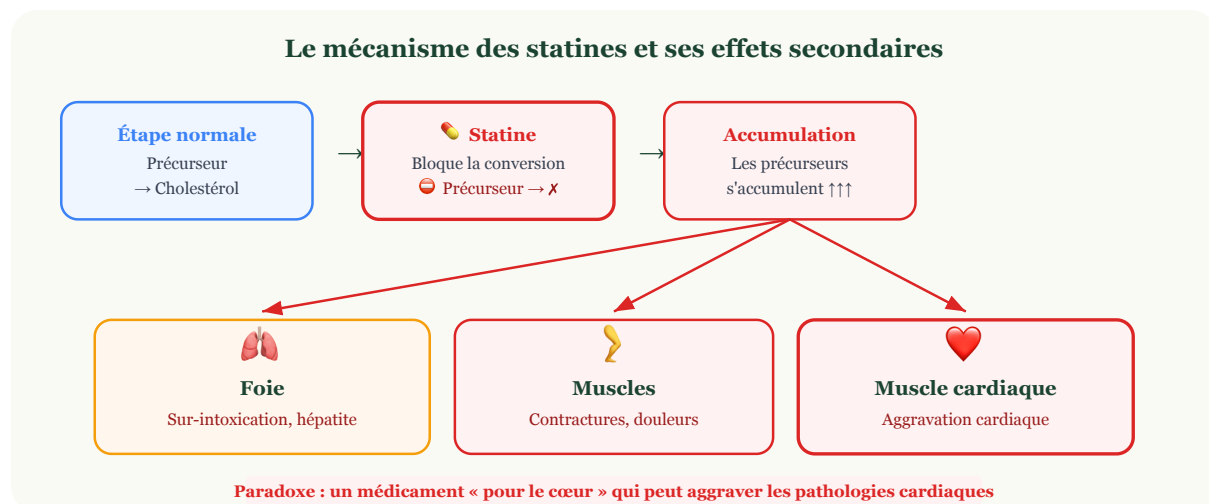
🔍 Les signes d'un foie en difficulté

Irritabilité et colère fréquentes · Sensation d'amertume dans la bouche · Langue blanche ou chargée au réveil · Mauvaise digestion, lourdeurs après les repas · Réveils nocturnes entre 1h et 3h du matin · Fatigue chronique · Sensibilité accrue à l'alcool et aux médicaments

Le cercle vicieux des statines

C'est ici que la critique du Dr Trotta à l'égard des statines prend sa dimension la plus concrète. Que font les statines exactement ? Elles bloquent une enzyme clé du foie — l'HMG-CoA réductase — qui est responsable de la synthèse du cholestérol. En inhibant cette enzyme, les statines empêchent le foie de fabriquer du cholestérol, ce qui fait effectivement baisser le taux sanguin.

Mais cette inhibition a un effet collatéral majeur : les précurseurs du cholestérol, dont la transformation est bloquée, s'accumulent. Et ils s'accumulent dans trois endroits où leur présence est problématique.



Le mécanisme des statines et leurs effets secondaires : en bloquant la synthèse du cholestérol, les précurseurs s'accumulent dans le foie, les muscles et le muscle cardiaque.

Premièrement, dans le foie lui-même. L'accumulation de ces précurseurs dans un organe déjà fragilisé par la vie moderne aggrave la surcharge hépatique. Le Dr Trotta, dans sa pratique de radiologue, a constaté à de nombreuses reprises que les patients sous statines présentaient des enzymes hépatiques élevées — signe d'une souffrance du foie. Dans les cas les plus graves, cette toxicité peut conduire à des hépatites médicamenteuses potentiellement mortelles.

Deuxièmement, dans les muscles des jambes. C'est l'effet secondaire le plus connu des statines : les myalgies, ces douleurs musculaires qui touchent un pourcentage significatif des patients sous traitement. Les contractures, les crampes, la faiblesse musculaire sont des manifestations directes de l'accumulation de ces précurseurs dans le tissu musculaire.

Troisièmement — et c'est le point le plus paradoxal — dans le muscle cardiaque. Le cœur est un muscle, et il n'est pas épargné par l'accumulation des précurseurs du cholestérol. Le Dr Trotta souligne l'ironie cruelle de la situation : un médicament prescrit pour « protéger le cœur » peut, par ce mécanisme d'accumulation, aggraver les pathologies cardiaques qu'il est censé prévenir.



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

« La médecine naturelle détoxifie, régularise, stimule le foie alors que la médecine chimique ne fait que l'intoxiquer en rajoutant des couches et des couches de médicaments qui finissent par sur-intoxiquer votre foie. »

Détoxifier plutôt que bloquer

Face à ce cercle vicieux, le Dr Trotta oppose une approche radicalement différente. Plutôt que de bloquer la production de cholestérol par le foie — ce qui revient à traiter le symptôme en aggravant la cause — il propose de restaurer le bon

fonctionnement hépatique. Détoxifier le foie, le régulariser, le stimuler : telle est la voie de la médecine naturelle qu'il défend.

Cette détoxification passe par plusieurs axes que le Dr Trotta détaille dans sa formation complète : une alimentation qui épargne le foie en réduisant les sucres raffinés et les graisses saturées, des plantes hépatotropes qui soutiennent la fonction hépatique, une réduction de la charge médicamenteuse quand c'est possible, et l'auriculothérapie — dont nous parlerons au chapitre 9 — qui permet de stimuler directement le foie via un point précis situé dans l'oreille droite.

Le principe est simple : si le foie fonctionne correctement, il régule naturellement la production de cholestérol. Pas besoin de bloquer une enzyme, pas besoin d'accumuler des précurseurs toxiques dans les organes, pas besoin de subir des effets secondaires musculaires ou cardiaques. Le foie, remis en état, fait son travail — celui pour lequel il est conçu depuis des millions d'années d'évolution.

‡ **Rappel** : Ce chapitre présente le point de vue du Dr Trotta. Si vous êtes actuellement sous statines, ne modifiez jamais votre traitement sans en avoir discuté avec votre médecin traitant. Une interruption brutale peut comporter des risques.

Ce qu'il faut retenir

- **Les deux tiers du cholestérol sont fabriqués par le foie** — l'alimentation n'apporte qu'un tiers. Équilibrer son cholestérol, c'est d'abord prendre soin de son foie.
- **Le foie et l'intestin sont les deux piliers de la santé** — leur bon fonctionnement conditionne l'ensemble du métabolisme, y compris celui du cholestérol.
- **Les statines bloquent la production mais créent une accumulation toxique** — les précurseurs s'accumulent dans le foie, les muscles et le muscle cardiaque.
- **La détoxification hépatique est préférable au blocage chimique** — restaurer le bon fonctionnement du foie permet une régulation naturelle du cholestérol.

- **Les signes d'un foie en difficulté sont identifiables** — irritabilité, réveils nocturnes, langue blanche, mauvaise digestion sont des alertes à prendre au sérieux.



Manger sans peur

Réhabiliter les œufs et choisir les bonnes graisses

Durée de lecture : 7 min · 2 illustrations



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

« Vous pouvez manger tous les œufs que vous voulez, ça n'affectera pas votre risque cardiovasculaire. »

De toutes les idées reçues qui circulent autour du cholestérol, celle qui concerne les œufs est peut-être la plus tenace — et la plus injuste. Depuis des décennies, l'œuf est traité comme un aliment suspect, rangé dans la catégorie des « à éviter » par des générations de recommandations diététiques. Et pourtant, comme nous allons le voir, cette mise au ban repose sur une confusion fondamentale entre le cholestérol alimentaire et le risque cardiovasculaire.

La réhabilitation de l'œuf

L'œuf est riche en cholestérol — c'est un fait. Un gros œuf contient environ 200 milligrammes de cholestérol, concentrés dans le jaune. Pendant des années, cette donnée a suffi pour que les autorités sanitaires recommandent de limiter la consommation d'œufs à deux ou trois par semaine, sous peine d'augmenter son risque cardiovasculaire.

Le Dr Trotta balaie cette recommandation avec une affirmation catégorique : manger des œufs n'augmente pas le risque d'infarctus. Aucune étude, selon lui, n'a démontré

un lien causal entre la consommation d'œufs et les événements cardiovasculaires. Et pour cause : rappelons que seulement un tiers du cholestérol sanguin provient de l'alimentation. Les deux tiers sont fabriqués par le foie, indépendamment de ce que vous mangez.

De surcroît, l'organisme dispose d'un mécanisme d'autorégulation : lorsque l'apport alimentaire en cholestérol augmente, le foie réduit sa propre production pour maintenir l'équilibre. Ce système homéostatique signifie que manger plus de cholestérol ne se traduit pas mécaniquement par un taux sanguin plus élevé. L'œuf, loin d'être un ennemi, est un aliment d'une remarquable densité nutritionnelle : protéines complètes, vitamines A, D, E, K, B12, choline, sélénium, lutéine — autant de nutriments essentiels réunis dans un emballage naturel parfait.



Repère scientifique — Les œufs et le risque cardiovasculaire

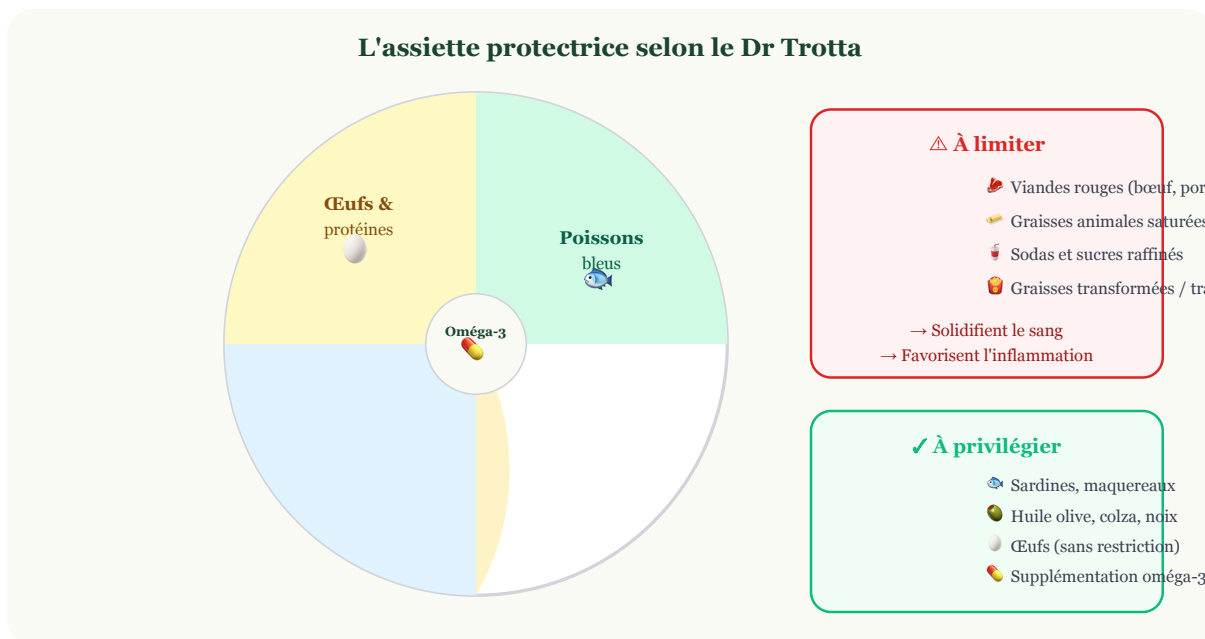
Une méta-analyse publiée dans le *British Medical Journal* (Rong et al., 2013), portant sur 17 études et plus de 3 millions de participants, n'a trouvé aucune association significative entre la consommation d'un œuf par jour et le risque de maladie coronarienne ou d'AVC dans la population générale. En 2015, les *Dietary Guidelines for Americans* ont officiellement retiré la recommandation de limiter le cholestérol alimentaire à 300 mg/jour, reconnaissant que le cholestérol alimentaire n'est plus considéré comme un nutriment préoccupant en termes de surconsommation.

Bons acides gras, mauvais acides gras

Si le taux de cholestérol n'est pas le bon indicateur, et si les œufs ne sont pas dangereux, alors sur quoi faut-il concentrer son attention alimentaire ? La réponse du Dr Trotta est constante depuis le début de cette conférence : c'est la qualité des acides gras qui fait toute la différence. Et cette qualité se résume à une distinction simple mais décisive entre deux grandes familles de graisses.

D'un côté, les acides gras polyinsaturés — essentiellement les oméga-3 — qui sont anti-inflammatoires, qui fluidifient le sang, qui assouplissent les membranes cellulaires et qui protègent la paroi artérielle contre l'oxydation. Le Dr Trotta recommande de les consommer quotidiennement, sous forme alimentaire et si nécessaire en complément.

De l'autre, les acides gras saturés — présents principalement dans les viandes rouges, la charcuterie, les produits laitiers gras et les graisses transformées — qui ont l'effet inverse : ils rigidifient les membranes cellulaires, rendent le sang plus visqueux et favorisent un terrain inflammatoire. Ce sont ces graisses-là, et non le cholestérol en tant que tel, que le Dr Trotta recommande de réduire significativement.



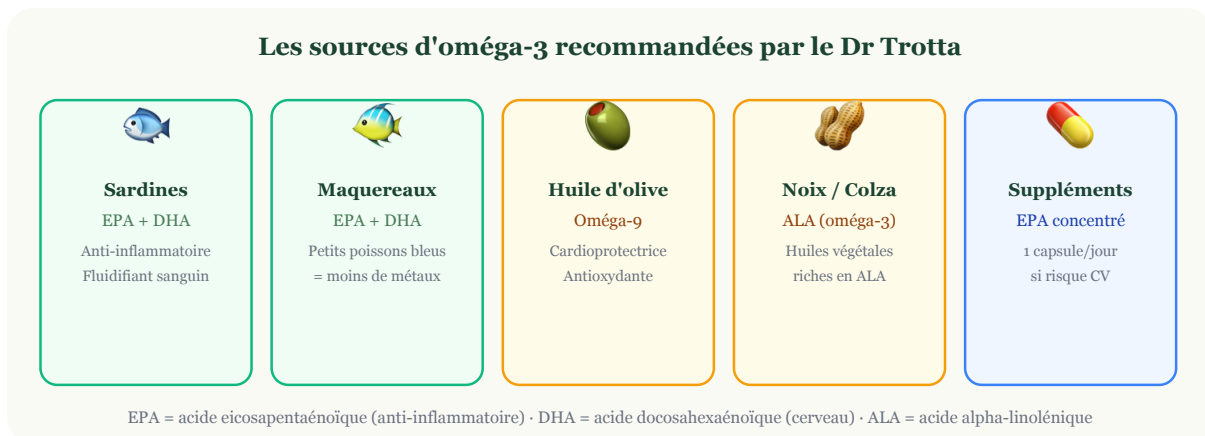
L'assiette protectrice selon le Dr Trotta : poissons bleus, huiles végétales de qualité, légumes et œufs au centre, avec une supplémentation quotidienne en oméga-3. À limiter : viandes rouges, graisses saturées, sodas et sucres raffinés.

Les champions de l'oméga-3

Le Dr Trotta revient avec insistance sur les sources d'oméga-3 qu'il recommande à ses patients. En tête de liste figurent les petits poissons bleus — sardines, maquereaux, anchois, harengs — qui présentent un double avantage : ils sont riches en EPA et DHA, les deux formes d'oméga-3 les plus directement utilisables par l'organisme, et ils sont suffisamment bas dans la chaîne alimentaire pour contenir

peu de métaux lourds, contrairement aux gros poissons prédateurs comme le thon ou l'espadon.

Côté huiles végétales, le Dr Trotta recommande trois huiles en particulier : l'huile de colza, l'huile de noix et l'huile d'olive. L'huile de colza et l'huile de noix sont riches en ALA (acide alpha-linolénique), un oméga-3 végétal que l'organisme peut partiellement convertir en EPA et DHA. L'huile d'olive, riche en oméga-9 (acide oléique), est cardioprotectrice et possède des propriétés antioxydantes reconnues.



Les sources d'oméga-3 recommandées par le Dr Trotta : poissons bleus pour l'EPA/DHA, huiles végétales pour l'ALA, et supplémentation ciblée en cas de risque cardiovasculaire.

Enfin, pour les personnes présentant un risque cardiovasculaire avéré, le Dr Trotta recommande une supplémentation quotidienne en oméga-3 concentré en EPA. Il mentionne spécifiquement un complément qu'il utilise dans sa pratique et qu'il prend lui-même chaque jour. L'EPA est, selon lui, l'acide gras anti-inflammatoire le plus directement efficace pour moduler le risque cardiovasculaire.

Cholestérol et moral : un lien méconnu

Le Dr Trotta aborde un dernier aspect de l'alimentation et du cholestérol qui mérite toute notre attention : le lien entre cholestérol et santé mentale. Il rapporte que des observations cliniques aux États-Unis ont montré que les patients dont le cholestérol avait été abaissé en dessous de 2 grammes par litre présentaient des épisodes de dépression.



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

« Si vous voulez avoir le moral et que vous voulez baisser votre risque de cancer, il faut que vous ayez suffisamment de cholestérol. »

Ce lien n'est pas surprenant quand on se rappelle que le cholestérol est le précurseur de toutes les hormones stéroïdes, y compris celles qui régulent l'humeur. Le cerveau, par ailleurs, est l'organe le plus riche en cholestérol de tout le corps humain : il en contient environ 25 % du stock total. Le cholestérol est essentiel à la formation et au maintien des synapses — les connexions entre neurones — et à la gaine de myéline qui permet la transmission rapide de l'influx nerveux. Réduire drastiquement le cholestérol, c'est potentiellement compromettre le fonctionnement cérébral.

Le Dr Trotta va plus loin : il souligne que le cholestérol, via la vitamine D qu'il permet de synthétiser, stimule le système immunitaire. Un cholestérol suffisant contribue donc non seulement à maintenir le moral, mais aussi à diminuer le risque de cancer. Chez les patients dont le cholestérol est anormalement bas, il recommande d'augmenter les apports alimentaires — y compris en mangeant des œufs — et de régulariser le fonctionnement du foie.

‡ **Rappel** : Ce chapitre présente le point de vue du Dr Trotta. Les recommandations alimentaires doivent être adaptées à votre situation personnelle. Consultez un professionnel de santé avant de modifier significativement votre alimentation, surtout en cas de pathologie existante.

Ce qu'il faut retenir

- **Les œufs sont innocents** — aucune étude n'a démontré un lien entre consommation d'œufs et risque cardiovasculaire. L'organisme autorégule la production de cholestérol.
- **C'est la qualité des graisses qui compte** — privilégier les polyinsaturées (oméga-3) et réduire les saturées est bien plus pertinent que surveiller son taux de cholestérol.

- **Les poissons bleus sont les champions de la protection cardiovasculaire** — sardines, maquereaux, anchois : riches en EPA/DHA, pauvres en métaux lourds.
- **Trois huiles à privilégier** — colza, noix et olive, chacune apportant des acides gras protecteurs différents.
- **Un cholestérol trop bas peut nuire au moral et à l'immunité** — le cerveau a besoin de cholestérol pour fonctionner, et la vitamine D qui en découle protège contre le cancer.



L'oreille qui soigne

L'auriculothérapie au service du foie et de l'équilibre

Durée de lecture : 5 min · 1 illustration



Dr Pascal Trotta — extrait de la conférence

« Vous devez considérer votre oreille comme un écran, on voit les choses qui viennent du cerveau, mais un clavier tactile de votre ordinateur cérébral. »

Parmi les outils thérapeutiques que le Dr Trotta met en avant dans sa pratique, il en est un qui surprend souvent par sa simplicité apparente et fascine par ses résultats : l'auriculothérapie. Cette technique, qui consiste à stimuler des points précis du pavillon de l'oreille pour agir sur les organes et les fonctions du corps, occupe une place de choix dans l'arsenal du médecin intégratif — et elle joue un rôle direct dans la prise en charge du cholestérol.

Une technique reconnue par l'OMS

L'auriculothérapie n'est pas une médecine parallèle marginale. Le Dr Trotta tient à le souligner : elle est reconnue par l'Organisation mondiale de la santé sous l'appellation officielle de *French Medical Acupuncture*. Et ce n'est pas un hasard si cette reconnaissance porte le nom « French » : c'est un médecin français, le Dr Paul Nogier, qui a formalisé cette technique dans les années 1950 à Lyon, en découvrant que le pavillon de l'oreille contenait une cartographie complète du corps humain — une sorte de représentation en miniature, ou somatotopie, de l'ensemble des organes et fonctions.

Le principe est élégant : chaque zone du pavillon auriculaire correspond à un organe ou une fonction spécifique. En stimulant ces zones — par de petits patches, des billes métalliques, des aiguilles d'acupuncture ou même simplement par pression digitale — on envoie un signal au cerveau via le nerf vague et d'autres voies nerveuses, qui à son tour module le fonctionnement de l'organe correspondant.



Repère scientifique — L'auriculothérapie

L'auriculothérapie a été développée par le Dr Paul Nogier à Lyon dans les années 1950. L'OMS a officiellement reconnu cette pratique en 1987 et a publié un rapport de standardisation de la nomenclature des points auriculaires en 1990. Plusieurs études cliniques, notamment publiées dans *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, ont montré des résultats positifs de l'auriculothérapie dans la gestion de la douleur, de l'anxiété, des addictions et de certains troubles fonctionnels. Le mécanisme d'action implique principalement la stimulation du nerf vague (nerf X), qui innerve à la fois le pavillon de l'oreille et de nombreux organes viscéraux.

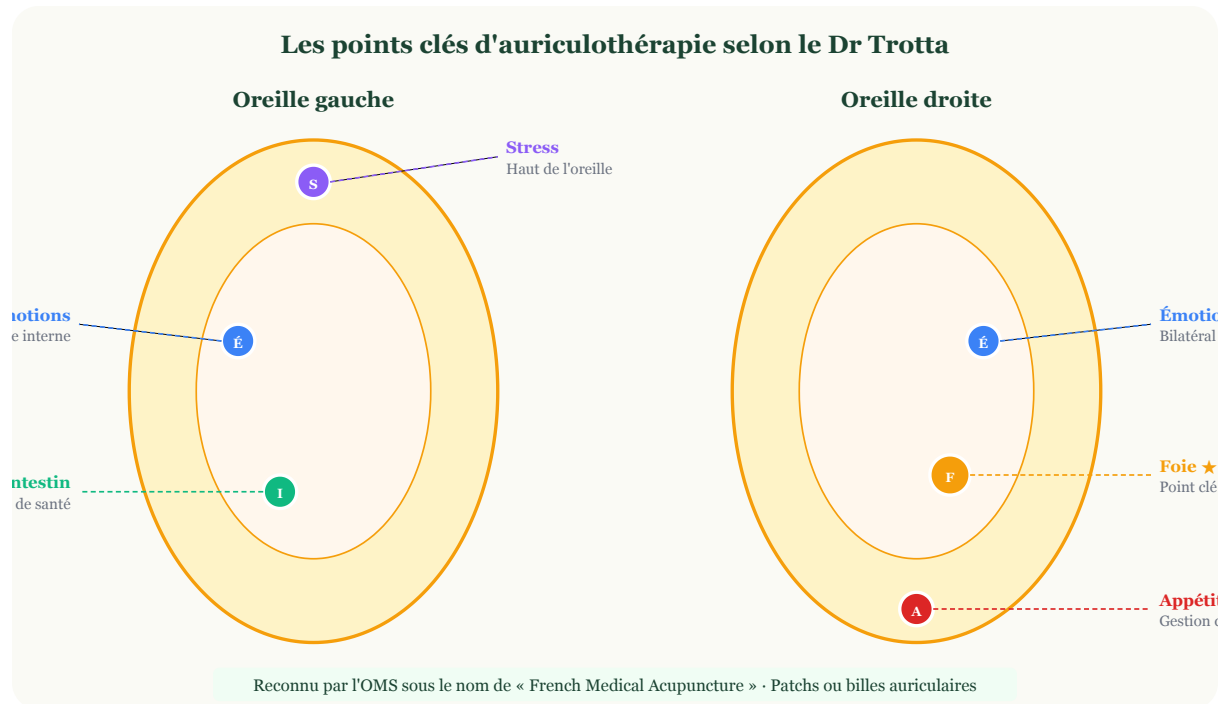
L'oreille, clavier de l'ordinateur cérébral

La métaphore que le Dr Trotta utilise pour expliquer l'auriculothérapie est particulièrement parlante. L'oreille, dit-il, est à la fois un écran et un clavier. Un écran, parce qu'on peut y « lire » des informations sur l'état des organes — c'est la dimension diagnostique de l'auriculothérapie. Et un clavier tactile, parce qu'on peut y « pianoter » des commandes qui seront transmises au cerveau puis relayées vers les organes — c'est la dimension thérapeutique.

Ce qui rend cette technique particulièrement précieuse aux yeux du Dr Trotta, c'est qu'elle n'est pas réservée aux professionnels de santé. Tout le monde peut apprendre à repérer quelques points essentiels sur l'oreille et à les stimuler soi-même, à l'aide de petits patches adhésifs ou de billes auriculaires disponibles en pharmacie. C'est une forme d'automédication guidée, simple, non invasive et dénuée d'effets secondaires.

Les points clés pour le cholestérol

Dans le contexte spécifique du cholestérol et de la santé cardiovasculaire, le Dr Trotta identifie plusieurs points auriculaires stratégiques qu'il enseigne à ses patients et dans ses formations.



Les points clés d'auriculothérapie selon le Dr Trotta. Le point du foie, situé dans l'oreille droite, est particulièrement important dans la régulation du cholestérol.

Le point du foie, situé dans l'oreille droite, est le point central dans la prise en charge du cholestérol. En stimulant ce point, on envoie au cerveau un signal qui favorise la détoxification et la régularisation de la fonction hépatique — ce foie qui, rappelons-le, fabrique les deux tiers du cholestérol et dont le bon fonctionnement est la clé de l'équilibre métabolique.

Le point de l'intestin, situé dans l'oreille gauche, complète l'action sur le foie en renforçant l'autre pilier de la santé digestive. Un intestin qui fonctionne bien filtre correctement les nutriments, limite l'hyperperméabilité intestinale et réduit la charge toxique qui arrive au foie.

Le point du stress, situé dans la partie supérieure de l'oreille gauche, permet de moduler la réponse au stress — un facteur qui, comme nous l'avons vu, contribue à l'inflammation chronique et donc au risque cardiovasculaire. Le point des émotions,

accessible sur les deux oreilles, aide à réguler la sphère émotionnelle qui, dans la vision holistique du Dr Trotta, est indissociable de la santé physique.

Enfin, le point de l'appétit peut être utile pour les personnes qui souhaitent modifier leur alimentation mais qui sont freinées par des fringales ou des difficultés à réguler leur comportement alimentaire. Le Dr Trotta le mentionne notamment dans le contexte du micro-jeûne, une pratique qu'il enseigne et qui fait partie de son approche globale de détoxification.

Une approche complémentaire, pas exclusive

Le Dr Trotta est clair : l'auriculothérapie n'est pas un remède miracle au cholestérol et ne prétend pas se substituer aux autres leviers — alimentation, supplémentation en oméga-3, détoxification du foie, gestion du stress, activité physique. C'est un outil complémentaire qui s'intègre dans une approche globale, cette fameuse médecine des 4 P — prédictive, préventive, personnalisée et participative — dont l'auriculothérapie est l'un des instruments les plus polyvalents.

Ce qui fait la force de cette approche, c'est précisément sa simplicité. Pas de molécule chimique, pas d'effet secondaire, pas de prescription. Juste un point sur l'oreille, une bille ou un patch, et un signal envoyé au cerveau qui relance une fonction naturelle de l'organisme. C'est la médecine telle que le Dr Trotta la conçoit : une médecine qui accompagne le corps plutôt que de le contraindre, qui stimule plutôt qu'elle ne bloque, qui fait confiance à l'intelligence innée de l'organisme plutôt que de la court-circuiter.

‡ **Rappel** : L'auriculothérapie est une technique complémentaire qui ne remplace pas un suivi médical. Consultez un praticien formé pour un accompagnement personnalisé, et ne modifiez jamais un traitement en cours sans l'avis de votre médecin.

Ce qu'il faut retenir

- **L'auriculothérapie est reconnue par l'OMS** — sous le nom de *French Medical Acupuncture*, développée par le Dr Paul Nogier à Lyon dans les années 1950.

- **L'oreille est une cartographie du corps** — chaque zone correspond à un organe, permettant à la fois un diagnostic et une action thérapeutique.
- **Le point du foie (oreille droite) est central pour le cholestérol** — il stimule la détoxification hépatique et la régulation du métabolisme du cholestérol.
- **D'autres points complètent l'approche** — intestin, stress, émotions et appétit sont autant de leviers accessibles via l'oreille.
- **C'est un outil complémentaire, simple et sans effets secondaires** — il s'intègre dans une approche globale et peut être pratiqué en autonomie après apprentissage.



Fiches pratiques

Votre boîte à outils anti-inflammation

Durée de lecture : 5 min · 1 illustration

Ce chapitre rassemble les conseils pratiques du Dr Trotta sous forme de fiches synthétiques. Elles sont conçues pour être consultées rapidement au quotidien et servir de pense-bête dans votre démarche de prévention cardiovasculaire. Chaque fiche résume un axe d'action concret issu de la conférence.

Fiche 1 — Les bonnes et les mauvaises graisses

Fiche pratique : les trois familles de graisses

<p>✓ Polyinsaturées (Oméga-3, Oméga-6)</p> <p>Sources :</p> <ul style="list-style-type: none">• Sardines, maquereaux• Huile de colza, noix, lin• Graines de chia, chanvre <p>Effets :</p> <ul style="list-style-type: none">• Fluidifie le sang• Anti-inflammatoires• Protègent le cœur <p>À AUGMENTER Chaque jour</p>	<p>○ Monoinsaturées (Oméga-9)</p> <p>Sources :</p> <ul style="list-style-type: none">• Huile d'olive vierge• Avocat• Amandes, noisettes <p>Effets :</p> <ul style="list-style-type: none">• Cardioprotectrices• Antioxydantes• Régulent le cholestérol <p>CONSOMMER Quotidiennement</p>	<p>✗ Saturées / Trans (Graisses solides)</p> <p>Sources :</p> <ul style="list-style-type: none">• Bœuf, porc, charcuterie• Beurre, fromage en excès• Fritures, graisses hydrogénées <p>Effets :</p> <ul style="list-style-type: none">• Solidifie le sang• Pro-inflammatoires• Rigidifient les membranes <p>À RÉDUIRE Fortement</p>
--	---	---

Les trois familles de graisses : privilégiez les polyinsaturées (chaque jour), consommez les monoinsaturées (quotidiennement) et réduisez fortement les saturées et les graisses trans.

Fiche 2 — La checklist alimentaire du Dr Trotta



Poissons bleus

Sardines, maquereaux, anchois, harengs. Au moins 2-3 fois par semaine. Riches en EPA et DHA, pauvres en métaux lourds.



Huiles végétales

Colza, noix, olive — en alternance quotidienne. Première pression à froid, non chauffées pour les deux premières.



Œufs

Sans restriction. Excellente source de protéines, vitamines et cholestérol alimentaire bénéfique. Aucun lien prouvé avec le risque cardiovasculaire.



Oméga-3 (EPA)

1 capsule par jour si risque cardiovasculaire. Choisir un complément concentré en EPA, l'acide gras anti-inflammatoire le plus efficace.



Viandes rouges

Bœuf, porc, charcuterie : à limiter fortement. Riches en graisses saturées qui solidifient le sang et favorisent l'inflammation.



Sodas et sucres

À supprimer ou réduire au maximum. Surchargent le foie, favorisent l'inflammation et déséquilibrent le métabolisme.



Graisses trans

Fritures, viennoiseries industrielles, margarines hydrogénées. Les plus nocives pour la paroi artérielle.



Produits laitiers gras

Beurre, fromages gras : avec modération. Préférer les fromages de brebis ou de chèvre, plus digestibles.

Fiche 3 — Détoxification du foie

Programme de soutien hépatique

Alimentation : Réduire les sucres raffinés, l'alcool et les aliments ultra-transformés qui surchargent le foie. Augmenter les légumes verts, les crucifères (brocoli, chou) et les aliments amers (artichaut, radis noir, pissenlit) qui stimulent la fonction biliaire.

Médicaments : Faire le point avec son médecin sur la charge médicamenteuse. Chaque médicament est métabolisé par le foie — réduire cette charge quand c'est médicalement possible allège le travail hépatique.

Auriculothérapie : Stimuler le point du foie (oreille droite) avec un patch ou une bille auriculaire, selon les indications du Dr Trotta.

Signaux d'alerte à surveiller : Irritabilité, réveils entre 1h-3h, langue blanche, mauvaise digestion, amertume.

Fiche 4 — Mode de vie anti-inflammatoire



Activité physique

Régulière et modérée. La marche quotidienne, la natation, le vélo diminuent l'inflammation et améliorent la circulation sanguine.



Gestion du stress

Le stress chronique est pro-inflammatoire. Apprendre à « lever le pied à temps » comme le recommande le Dr Trotta. Auriculothérapie, respiration, marche en nature.



Sommeil

Un sommeil de qualité permet la régénération hépatique (pic entre 1h et 3h). Les réveils nocturnes à ces heures signalent un foie en difficulté.



Exposition solaire

Le soleil permet la synthèse de vitamine D à partir du cholestérol cutané. 15-20 min/jour sur les avant-bras et le visage, sans écran solaire, suffisent (hors heures de forte exposition).

Fiche 5 — Les vrais marqueurs à surveiller

Si vous souhaitez évaluer votre risque cardiovasculaire au-delà du simple bilan lipidique classique, voici les marqueurs que le Dr Trotta considère comme plus pertinents. Demandez-les à votre médecin lors de votre prochaine prise de sang.

CRP ultrasensible (CRP-us)

Marqueur de la micro-inflammation chronique. Un taux élevé indique un terrain inflammatoire silencieux, facteur de risque cardiovasculaire indépendant du cholestérol.

Ratio oméga-6 / oméga-3

Révèle l'équilibre entre graisses pro-inflammatoires (oméga-6) et anti-inflammatoires (oméga-3). Un ratio supérieur à 5:1 est considéré comme défavorable.

LDL oxydé (ox-LDL)

Mesure la fraction de LDL ayant subi une oxydation. C'est cette forme — et non le LDL natif — qui est véritablement athérogène selon les recherches récentes.

Homocystéine

Acide aminé dont le taux élevé est associé à un risque cardiovasculaire accru. Peut être réduit par un apport en vitamines B6, B9 et B12.

⚡ **Rappel :** Ces fiches pratiques résument les recommandations du Dr Trotta à titre informatif. Elles ne remplacent pas une consultation médicale personnalisée.

Adaptez ces conseils à votre situation avec l'aide d'un professionnel de santé.



Glossaire

Les termes techniques expliqués simplement

Durée de lecture : 3 min

Ce glossaire reprend tous les termes techniques rencontrés au fil des chapitres. Les définitions sont volontairement accessibles et orientées vers la compréhension pratique.

Acides gras polyinsaturés — Famille de graisses dont la structure moléculaire comporte plusieurs doubles liaisons. Comprend les oméga-3 et les oméga-6. Les oméga-3 sont anti-inflammatoires et fluidifient le sang. Sources : poissons gras, huiles de colza, noix, lin.

Acides gras saturés — Graisses dont la structure moléculaire ne comporte aucune double liaison. Elles sont solides à température ambiante. En excès, elles rigidifient les membranes cellulaires et favorisent l'inflammation. Sources : viandes rouges, charcuterie, beurre, fromages gras.

ALA (Acide alpha-linolénique) — Acide gras oméga-3 d'origine végétale. L'organisme peut partiellement le convertir en EPA et DHA. Sources : huile de colza, huile de noix, graines de lin et de chia.

Athérome (plaque d') — Dépôt de lipides, de cellules inflammatoires et de fibrine sur la paroi interne des artères. Sa progression peut conduire à l'obstruction de l'artère et à l'infarctus.

Auriculothérapie — Technique thérapeutique consistant à stimuler des points précis du pavillon de l'oreille pour agir sur les organes et fonctions du corps. Développée par le Dr Paul Nogier à Lyon (années 1950), reconnue par l'OMS sous le nom de *French Medical Acupuncture*.

Cortisol — Hormone stéroïde produite par les glandes surrénales à partir du cholestérol. Principal anti-inflammatoire naturel de l'organisme. Régule également la

réponse au stress et le métabolisme énergétique.

CRP ultrasensible (CRP-us) — Protéine C-réactive dosée avec une méthode de haute sensibilité. Marqueur sanguin de la micro-inflammation chronique. Un taux élevé est un facteur de risque cardiovasculaire indépendant.

DHA (Acide docosahexaénoïque) — Acide gras oméga-3 à longue chaîne, essentiel au fonctionnement du cerveau et de la rétine. Sources : poissons gras (sardines, maquereaux, saumon).

EPA (Acide eicosapentaénoïque) — Acide gras oméga-3 à longue chaîne, puissamment anti-inflammatoire. Considéré par le Dr Trotta comme l'oméga-3 le plus important pour la prévention cardiovasculaire. Sources : poissons gras, compléments alimentaires.

Épigénétique — Ensemble des mécanismes par lesquels l'environnement (alimentation, stress, mode de vie) module l'expression des gènes sans modifier la séquence d'ADN. Explique pourquoi 90 % des maladies chroniques sont d'origine environnementale selon le Dr Trotta.

HDL (Lipoprotéine de haute densité) — Protéine de transport qui ramène le cholestérol des tissus vers le foie pour recyclage. Appelé à tort « bon cholestérol » dans le langage courant.

HMG-CoA réductase — Enzyme hépatique clé dans la synthèse du cholestérol. C'est cette enzyme que les statines inhibent pour réduire la production de cholestérol par le foie.

Homocystéine — Acide aminé soufré dont un taux sanguin élevé est associé à un risque cardiovasculaire accru. Peut être régulé par un apport en vitamines B6, B9 (folates) et B12.

Hormones stéroïdes — Famille d'hormones dérivées du cholestérol. Comprend les hormones sexuelles (progestérone, œstrogènes, testostérone), le cortisol et l'aldostérone. Essentielles à la reproduction, l'immunité, la gestion du stress et l'équilibre minéral.

Hyperperméabilité intestinale — État pathologique dans lequel la barrière intestinale devient anormalement perméable, laissant passer dans le sang des molécules qui devraient rester dans le tube digestif. Aussi appelé « intestin poreux » ou *leaky gut*.

Inflammation chronique de bas grade — État inflammatoire silencieux, sans symptômes apparents, qui s'installe durablement dans l'organisme. Considéré par le Dr Trotta comme l'un des principaux facteurs de risque des maladies chroniques, y compris cardiovasculaires.

Intima — Couche la plus interne de la paroi des artères, en contact direct avec le sang. C'est au niveau de l'intima que se forment les plaques d'athérome.

Iridologie — Technique d'observation de l'iris (partie colorée de l'œil) pour évaluer les prédispositions constitutionnelles et l'état des organes. Utilisée par le Dr Trotta comme outil de diagnostic complémentaire.

LDL (Lipoprotéine de basse densité) — Protéine de transport qui achemine le cholestérol du foie vers les cellules de l'organisme. Appelé à tort « mauvais cholestérol ». C'est uniquement sous sa forme oxydée (LDL oxydé) qu'il devient potentiellement athérogène.

LDL oxydé (ox-LDL) — Particule de LDL ayant subi une dégradation par les radicaux libres (oxydation). Contrairement au LDL natif, le LDL oxydé possède un pouvoir athérogène reconnu. Son dosage sanguin est un marqueur de risque cardiovasculaire plus pertinent que le LDL total.

Micronutrition — Discipline médicale qui étudie l'impact des micronutriments (vitamines, minéraux, oligoéléments, acides gras essentiels) sur le fonctionnement cellulaire et la santé. Utilisée par le Dr Trotta pour corriger les déséquilibres nutritionnels sans recourir aux médicaments.

Œstrogènes — Hormones sexuelles féminines dérivées du cholestérol via la progestérone. Régulent le cycle menstruel, l'ovulation, la santé osseuse et la santé de la peau.

Oméga-3 — Famille d'acides gras polyinsaturés comprenant l'ALA (végétal), l'EPA et le DHA (marins). Anti-inflammatoires, fluidifiants sanguins, protecteurs cardiovasculaires et cérébraux.

Progestérone — Hormone stéroïde dérivée du cholestérol. Prépare l'utérus à la grossesse, stabilise l'humeur et participe au sommeil. Appelée « hormone de la maternité » par le Dr Trotta.

Radicaux libres — Molécules instables produites par le métabolisme normal et amplifiées par le stress, la pollution et une alimentation déséquilibrée. Responsables du stress oxydatif qui endommage les cellules et oxyde les graisses circulantes.

Statines — Classe de médicaments qui inhibent l'HMG-CoA réductase dans le foie, réduisant ainsi la production de cholestérol. Parmi les médicaments les plus prescrits au monde. Le Dr Trotta critique leur usage systématique en raison de leurs effets secondaires (musculaires, hépatiques, cardiaques).

Stéroïdogénèse — Processus biochimique de synthèse des hormones stéroïdes à partir du cholestérol. Se déroule principalement dans les glandes surrénales, les ovaires et les testicules.

Testostérone — Hormone stéroïde masculine dérivée du cholestérol. Gouverne la masse musculaire, la libido, la densité osseuse et l'énergie vitale. Présente aussi chez la femme en petites quantités.

Vitamine D — Hormone stéroïde synthétisée par la peau sous l'action des rayons UV à partir du cholestérol cutané. Essentielle à l'immunité, à la santé osseuse et, selon le Dr Trotta, à la prévention du cancer.



Bibliographie commentée

Les sources qui éclairent ce livre

Durée de lecture : 3 min

Cette bibliographie rassemble les ouvrages et études cités ou évoqués dans la conférence du Dr Trotta, complétés par des références scientifiques ajoutées par l'équipe éditoriale pour étayer les propos de l'auteur. Chaque entrée est accompagnée d'un commentaire expliquant son lien avec les thèmes du livre.

Ouvrages de référence

De Lorgeril, Michel. *Dites à votre médecin que le cholestérol est innocent, il vous soignera sans médicaments.* Éditions Thierry Souccar.

Ouvrage fondateur cité explicitement par le Dr Trotta. Le Dr de Lorgeril, cardiologue et chercheur au CNRS, y développe la thèse de l'innocence du cholestérol dans les maladies cardiovasculaires, avec une argumentation scientifique rigoureuse. L'ouvrage qui a « confirmé » les intuitions cliniques du Dr Trotta.

De Lorgeril, Michel. *L'horrible vérité sur les médicaments anticholestérol.* Éditions Thierry Souccar.

Complément du précédent, centré sur les statines et leurs effets secondaires. Étaye les critiques formulées par le Dr Trotta sur l'accumulation des précurseurs du cholestérol dans le foie, les muscles et le cœur.

Even, Philippe & Debré, Bernard. *Guide des 4 000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux.* Le Cherche-Midi, 2012.

Ouvrage controversé de deux professeurs de médecine parisiens qui classe les statines parmi les médicaments dont le rapport bénéfice-risque est questionnable pour une large partie des patients.

Études scientifiques clés

Bang, H.O. & Dyerberg, J. « Plasma lipid and lipoprotein pattern in Greenlandic West-coast Eskimos. » *The Lancet*, 1971 ; *Acta Medica Scandinavica*, 1976.

Études fondatrices du « paradoxe des Esquimaux ». Les deux médecins danois documentent pour la première fois la quasi-absence de maladies cardiovasculaires chez les Inuits du Groenland malgré un taux de cholestérol très élevé, et identifient le rôle protecteur des acides gras oméga-3 marins (EPA, DHA). À l'origine de tout le champ de recherche sur les oméga-3.

Marmot, M.G. et al. « Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California. » *American Journal of Epidemiology*, 1975.

L'étude Ni-Hon-San (Nippon-Honolulu-San Francisco), citée par le Dr Trotta. Démontre que les Japonais migrants aux États-Unis développent un risque cardiovasculaire proportionnel à leur degré d'occidentalisation alimentaire, prouvant le rôle déterminant de l'environnement sur les gènes.

De Lorgeril, M. et al. « Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. » *Circulation*, 1999.

Étude randomisée historique montrant qu'un régime méditerranéen enrichi en oméga-3 réduit de 50 à 70 % la mortalité cardiovasculaire — un résultat supérieur à celui de toutes les statines — sans modification du taux de cholestérol. Preuve directe que c'est l'alimentation, pas le cholestérol, qui est le levier principal.

Ridker, P.M. et al. « Antiinflammatory Therapy with Canakinumab for Atherosclerotic Disease (CANTOS). » *New England Journal of Medicine*, 2017.

Étude pivot démontrant que la réduction de l'inflammation (par un anticorps anti-IL-1 β) diminue les événements cardiovasculaires indépendamment du taux de cholestérol. Confirme la thèse du Dr Trotta : l'inflammation est un facteur causal direct du risque cardiovasculaire.

Rong, Y. et al. « Egg consumption and risk of coronary heart disease and stroke: dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. » *British Medical Journal*, 2013.

Méta-analyse portant sur 17 études et plus de 3 millions de participants. Conclut à l'absence d'association significative entre consommation d'un œuf par jour et risque cardiovasculaire. Conforte la position du Dr Trotta sur l'innocuité des œufs.

Bloch, Konrad. Travaux sur le métabolisme du cholestérol. Prix Nobel de médecine, 1964.

Travaux fondamentaux ayant élucidé les voies de biosynthèse du cholestérol et des hormones stéroïdes. Base scientifique du chapitre 1 sur le cholestérol comme précurseur hormonal universel.

Auriculothérapie

Nogier, Paul. *Traité d'auriculothérapie.* Maisonneuve, 1969.

Ouvrage fondateur de l'auriculothérapie moderne par le médecin lyonnais qui a découvert la somatotopie auriculaire. Base théorique de la technique enseignée par le Dr Trotta.

Organisation mondiale de la santé. *Report of the Working Group on Auricular Acupuncture Nomenclature.* OMS, Lyon, 1990.

Document officiel de standardisation des points auriculaires par l'OMS, reconnaissant l'auriculothérapie comme technique médicale validée sous le nom de *French Medical Acupuncture.*

Pour aller plus loin

Ravnskov, Uffe. *The Cholesterol Myths: Exposing the Fallacy that Saturated Fat and Cholesterol Cause Heart Disease.* NewTrends Publishing, 2000.

Ouvrage du médecin suédois Uffe Ravnskov, l'un des critiques les plus documentés de l'hypothèse lipidique. Analyse systématique des études qui ont fondé la théorie du cholestérol-coupable et de leurs failles méthodologiques.

Seignalet, Jean. *L'alimentation ou la troisième médecine.* Éditions François-Xavier de Guibert, 1996.

Ouvrage de référence sur le lien entre alimentation, hyperperméabilité intestinale et maladies chroniques. Éclaire le mécanisme décrit par le Dr Trotta reliant l'intestin poreux à la formation de la plaque d'athérome.

Servan-Schreiber, David. *Anticancer : prévenir et lutter grâce à nos défenses naturelles.* Robert Laffont, 2007.

Best-seller international abordant le rôle de l'alimentation anti-inflammatoire (oméga-3,

antioxydants) dans la prévention du cancer. Rejoint les recommandations du Dr Trotta sur le lien entre cholestérol, vitamine D, immunité et cancer.

