

Avant-propos

La plante médicinale (PM) a-t-elle encore une place dans l'arsenal thérapeutique en ce XXI^e siècle ?

Pour les uns, il s'agit d'un recul et d'un retour à l'utilisation des vieux « remèdes de grand-mères », prônant l'utilisation du principe actif isolé, voire de l'hémi-synthèse et de la synthèse de nouvelles molécules très ciblées et plus puissantes. Pour les autres, on a occulté à tort toute la connaissance transmise par nos ancêtres (usage empirique) et les connaissances acquises grâce aux progrès de la pharmacologie et avec, bien souvent en corollaire, le maintien de la croyance que « tout ce qui est naturel est forcément bon et inoffensif ».

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons souligné dans l'Avant-propos du Tome 1, à savoir qu'il ne s'agit pas de nier les connaissances issues de la tradition et de l'usage empirique, mais de les éclairer par les connaissances scientifiques de notre époque, acquises tant sur le plan de la pharmacologie que de la clinique.

Ce point de départ de la connaissance traditionnelle de la PM est important. Quel est l'outil thérapeutique qui a été testé, observé et utilisé sur une échelle aussi grande (quasiment toutes les civilisations traditionnelles sur tous les continents) et sur un temps aussi long ? Aucun. Cette observation minutieuse et holistique de l'action de la PM a permis aux anciens et aux anciennes de mettre en évidence des propriétés des PM jamais démenties par l'usage. L'ensemble des réactivités de l'organisme était recueilli et répertorié. Alors, effectivement, cet empirisme a eu ses limites bien connues et qui sont tout simplement celles de la connaissance scientifique tant pharmacologique que médicale de l'époque.

Les insuffisances de ce volet traditionnel ont conduit, grâce au progrès de nos connaissances, à l'étude scientifique et pharmacologique de la PM. Ce deuxième volet fondamental de l'étude de la PM est multidisciplinaire et concerne la botanique, la pharmacochimie, la pharmacognosie, la galénique. Grâce aux diverses expérimentations *in vitro* et *in vivo* chez l'animal et chez l'humain, on a pu démontrer l'activité et les propriétés des extraits totaux de la plante ou de certains de ses constituants appelés principes actifs, confirmant ou infirmant ainsi les données issues de la tradition. Ce volet a permis enfin d'étudier les formes galéniques (formes d'extraction et d'administration) les mieux adaptées. L'utilisation de la PM pouvait alors se faire sur des critères strictement scientifiques et non plus empiriquement.

D'autre part, le progrès de nos connaissances dans les domaines de la physiologie et de la physiopathologie nous a permis de mieux comprendre les différentes problématiques dont les conséquences sont la maladie. Là se situe le troisième volet de connaissance fondamentale, celui de la clinique.

Alors, il est important de souligner deux points.

► Ces trois niveaux de considération traditionnel, pharmacologique et clinique ne s'opposent pas et ne peuvent pas être dissociés [1].

Le niveau traditionnel nous fournit nombre de propriétés/indications qui ont été confirmées et surtout précisées par nos connaissances actuelles grâce à la pharmacognosie et ses différentes disciplines. Cependant, d'autres indications traditionnelles, relativement minoritaires, n'ont

pas été confirmées. L'étude clinique constitue le volet final indispensable, celui du lien entre l'outil PM et son contexte d'utilisation à savoir l'individu et sa physiologie.

Cette étude clinique de l'utilisation de la PM va bien sûr retrouver toutes les propriétés et donc indications issues de la connaissance pharmacologique, mais aussi certaines qui sont issues de la tradition, mais non retrouvées par la pharmacologie, soit parce qu'il n'y a pas de principe actif isolé possédant telle propriété (renvoi aux notions de totum, de potentialisation et synergie entre les différents constituants de la PM) [2], soit tout simplement parce que cette PM a été peu ou pas étudiée.

Cette chaîne de connaissances multidisciplinaires, qui part du produit PM pour aller au prescripteur et au final au patient, est malheureusement fortement cloisonnée tant au niveau institutionnel qu'à celui des différentes formations, et donc connaissances, concernant ces disciplines. Chaque maillon de cette chaîne est représenté par une discipline, et est interdépendant des autres maillons.

Cette **vision systémique de la connaissance**, et donc cette étude multidisciplinaire de la PM qui en découle, est fondamentale. L'ethnobotaniste et l'ethnomédecin étudieront scientifiquement les données issues des savoirs traditionnels et utiliseront les connaissances apportées par la botanique. Ces travaux serviront de point de départ à la recherche pharmacologique dont les études seront utilisées et complétées par la recherche et la clinique, elles-mêmes enrichies par les praticiens et praticiennes.

Vous aurez l'opportunité de bien comprendre l'intérêt de la complémentarité de ces trois volets d'étude de la PM, et de cette chaîne de la connaissance, grâce à la lecture des monographies des deux tomes de *Plantes médicinales*. C'est ce qui fait leur originalité. Que cela puisse contribuer à faire passer ce flux de connaissances entre les différentes disciplines concernées par l'étude de la PM, pour le plus grand bien de la recherche et, au final, de chaque patient.

► **Le deuxième aspect fondamental concerne l'utilisation de l'outil PM en lui-même, son « mode d'emploi ».**

Sur ce point, il convient de sortir de l'amalgame-confusion plus que fréquent, et ce dans bien des domaines, entre « l'outil » en tant que tel et son « mode d'emploi », son utilisation.

L'outil seul n'est rien ; tout dépend de la façon dont il est utilisé : ainsi, le couteau de cuisine peut servir à couper ses aliments dans son assiette, trucider son voisin ou faire une belle sculpture sur bois. Il en est de même pour l'outil PM qui malheureusement ne déroge pas bien souvent à cet amalgame dans bien des propos, voire des écrits.

La PM peut être utilisée selon différentes modalités : en tant que remède chimique (phytochimio-thérapie) pour son seul principe actif comme outil à visée symptomatique, ou comme nous le verrons dans le cadre d'une réflexion endobiogénique, ou n'importe comment en toute méconnaissance scientifique et médicale. Là aussi est la limite de l'automédication inévitable et qui a sa place, à la seule condition d'être bien cadrée dans des limites bien précises, d'où l'importance de l'information. Nous reviendrons sur cette problématique, par exemple dans la monographie sur le fenouil.

D'autre part, l'outil PM n'est en rien synonyme de médecine de terrain, de « naturel » : on retrouve la distinction fondamentale à faire entre l'outil et l'utilisation qui en est faite. Nous allons juste souligner cette notion différentielle dans un bref historique qui a conduit au concept de **médecine endobiogénique**.

L'outil PM a été remis au jour dans le courant du xx^e siècle par divers médecins ou pharmaciens, nous ne pouvons pas tous les citer, l'histoire de la phytothérapie n'étant pas la finalité de cet ouvrage. Tous ont eu leur niveau d'importance, chacun dans leur domaine respectif. Nous insisterons simplement sur l'évolution qui a conduit à ce concept de « **phytothérapie clinique intégrative** ». Fin des années 1960 et début des années 1970, le Dr Jean Valnet a sorti de

l'ombre l'outil PM pour essayer de l'intégrer dans une approche scientifique et médicale [3]. C'est dans ce but qu'il a créé en 1972, avec les Drs Christian Duraffourd, Jean-Claude Lapraz et d'autres médecins et pharmaciens, l'**Association d'étude et de recherche en aromathérapie et phytothérapie** devenue en 1975 la **Société française de phytothérapie et d'aromathérapie (SFPA)**. La finalité de cette société scientifique était de développer l'étude scientifique et médicale de la PM [4]. Dans les années qui suivirent, à l'initiative de cette société, plusieurs congrès scientifiques ont eu lieu. Progressivement, il est apparu que ce volet fondamental de la PM devait être complété par l'étude du patient, son « terrain ». En effet, qu'est-ce qu'un outil sans connaître son contexte d'utilisation, à savoir le patient ? Comment utiliser au mieux cet outil PM, sans retomber dans le chemin qui a conduit à son abandon au profit du principe actif isolé, puis de l'hémisynthèse et de la synthèse ? Ou comment ne pas réinventer l'aspirine en ce xx^e siècle à partir des principes actifs précurseurs contenus dans la Reine des prés ou le Saule blanc ? Certes, cette évolution du matériel thérapeutique est source de progrès incontestables grâce à la puissance d'action du principe actif isolé, mais avec son corollaire d'effets secondaires. Alors comment la complexité de la PM qui a conduit à son abandon peut-elle devenir richesse ? C'est ainsi que progressivement le Dr Duraffourd a conçu et développé la **théorie neuroendocrinienne du terrain** [5, 6]. Cette conception originale permet, comme nous le verrons plus loin, de sortir d'une vision strictement analytique, totalement inadaptée au modèle vivant qu'est l'être humain, pour aller dans une vision **systémique avec les notions associées de dynamique et de relativité**. Le travail de cette société s'est alors focalisé, sous l'impulsion et la direction du Dr Duraffourd et avec ses collaborateurs, sur la recherche et la réflexion cliniques. Celle-ci a été centrée sur ce qui fait la particularité du patient : l'équilibre de son terrain spécifique, son statut neuroendocrinien gestionnaire de son homéostasie, tant en ce qui concerne le maintien de sa structure que ses réponses adaptatives. Les dysfonctions, à de multiples niveaux, de ce système régulateur font le lit de l'état précritique, puis critique et au final de la maladie. La pathologie n'est alors que l'expression de bout de chaîne de ces dysfonctions [7].

Alors, si nous revenons à l'outil PM, il nous est apparu que sa complexité, celle qui avait conduit à son abandon, devient richesse (multiples principes actifs et donc propriétés, parfois sans rapport les unes avec les autres) ; sa composition proche des structures moléculaires ou enzymatiques de la physiologie humaine, ainsi que son utilisation à des posologies plus régulatrices que substitutives étaient le mieux à même pour être utilisées dans cette vision du terrain neuroendocrinien et de sa régulation.

Ce cheminement et tous les travaux du Dr Duraffourd et de son équipe ont permis, depuis le début des années 1980, de développer cette théorie neuroendocrinienne du terrain et de son outil principal que constitue la PM.

L'utilisation thérapeutique de la PM (phytothérapie) n'est en rien, comme nous le verrons plus loin, synonyme de médecine de terrain. Mais c'est un outil dont l'utilisation optimale se fera grâce à une réflexion neuroendocrinienne. C'est la raison pour laquelle le Dr Duraffourd a créé le terme d'**endobiogénie (1989)**, afin de sortir du terme galvaudé de « terrain » qui ne veut plus dire grand-chose et de faire évoluer la SFPA en **SFEM (Société française d'endobiogénie et médecine, en 1990)**, le raisonnement concernant l'utilisation de l'outil PM étant premier. Cette société scientifique au décès de son président (2017) est devenue l'**Association Christian Duraffourd – Médecine endobiogénique et plante médicinale**.

En ce qui concerne cette approche de la médecine dans le cadre d'une réflexion endobiogénique, nous ne pouvons que vous renvoyer à la première partie de généralités du Tome 1 de *Plantes médicinales* et bien sûr aux différentes références bibliographiques citées dans l'introduction de ce présent ouvrage qui reprendra et précisera bien sûr quelques généralités fondamentales.

Viendra ensuite un ensemble de monographies qui complètera celles du Tome 1.

La deuxième partie de cet ouvrage est consacrée à l'exposé de plusieurs cas cliniques. Comme nous l'avons vu, une bonne connaissance de l'outil PM est fondamentale, et ce, **sous tous ses aspects**. C'est ce qui fait l'originalité de ces monographies.

Cependant, comment utiliser cet outil ? Ces monographies donnent déjà beaucoup d'indications, nous avons voulu être le plus concret et pratique possible. Mais, quel est le raisonnement qui va conduire le médecin à la composition de son traitement à partir de l'interrogatoire du patient, de son examen clinique, des éventuels examens complémentaires ? Comment identifier les différents déséquilibres précritiques et critiques ayant conduit à l'expression de la maladie ? À quel niveau se situe la bascule entre une réaction physiologique adaptative correcte avec retour à l'état d'équilibre antérieur et la bascule vers un état précritique, puis critique avec une réaction physiopathologique et donc la maladie ? Comment mettre en évidence son « terrain neuroendocrinien spécifique » ? Quelle stratégie thérapeutique adopter ?

L'interprétation détaillée de ces cas cliniques vous permettra de rentrer concrètement dans ce cheminement, et, nous l'espérons, d'utiliser au mieux le matériel fourni par ces monographies.

Dr Alain Carillon

BIBLIOGRAPHIE

1. Carillon A. Les trois niveaux d'étude de la plante médicinale. In *Plantes médicinales, Tome 1*. Éditions Tec & Doc, 2017, 688 p.
2. Cieur C, Carillon A. Notion de totum. Implication en phytothérapie clinique intégrative, in *Plantes médicinales, Tome 1*. Éditions Tec & Doc 2017, 688 p.
3. Valnet J. Docteur Nature. Éditions Fayard, 1971.
Valnet J. *La Phytothérapie. Se soigner par les plantes*. Éditions Maloine 4^e édition, 1979 et Livre de poche.
Valnet J. *L'aromathérapie. Se soigner par les huiles essentielles*. Éditions Maloine 8^e édition, 1976 et Livre de poche.
4. Valnet J, Duraffourd C, Lapraz J. C. *Une médecine nouvelle. Phytothérapie et aromathérapie. Comment guérir les maladies infectieuses par les plantes*. Éditions Presses de la Renaissance, 1978.
5. Duraffourd C, d'Hervicourt L, Lapraz J. C. *Cahiers de Phytothérapie Clinique*, 1 à 4. Paris : Éditions Masson, 1983-1985.
6. Duraffourd C, Lapraz J. C. *Traité de Phytothérapie clinique*. Paris : Éditions Masson, 2002, 864 p.
7. Carillon A. *Les grands principes thérapeutiques en phytothérapie clinique intégrative*. In *Plantes médicinales, Tome 1*. Éditions Tec & Doc, 2017.