

Dr Michel de Lorgeril

# L'HORRIBLE VÉRITÉ SUR LES MÉDICAMENTS ANTICHOLESTÉROL



COMMENT  
LES **STATINES**  
EMPOISONNENT  
EN SILENCE

THIERRY  
SOUCAR  
  
ÉDITIONS

# L'HORRIBLE VÉRITÉ SUR LES MÉDICAMENTS ANTICHOLESTÉROL

Comment les statines  
empoisonnent en silence

**Dr Michel de Lorgeril**

**Du même auteur :**

*Le nouveau régime méditerranéen*, Terre vivante, 2015

*Cholestérol, mensonges et propagande*, 2<sup>e</sup> édition, Thierry Souccar Editions, 2013

*Prévenir l'infarctus et l'accident vasculaire cérébral*, Thierry Souccar Editions, 2011

*Dites à votre médecin que le cholestérol est innocent, il vous soignera sans médicament*, Thierry Souccar Editions, 2007

*Alcool, vin et santé*, Alpen, 2007

*Le pouvoir des oméga-3*, Alpen, 2005

Conception graphique et réalisation :  
Catherine Julia (Montfrin)

Illustrations : Idée Graphic (Toulouse) [idee.graphic@free.fr](mailto:idee.graphic@free.fr)

ISBN : 978-2-36549-156-3

Imprimé par France Quercy à Mercuès (France)

N° d'impression :

Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2015

©Thierry Souccar Editions, 2015, Vergèze

[www.thierrysouccar.com](http://www.thierrysouccar.com)

Tous droits réservés

*À toutes les victimes passées et futures  
des traitements anticholestérol,  
des médicaments inutiles et toxiques.*

*En espérant leur mettre un peu de baume au cœur.*

# SOMMAIRE

<b>AVERTISSEMENTS</b>	<b>11</b>
-----------------------	-----------

## INTRODUCTION

<b>POURQUOI CE LIVRE ?</b>	<b>13</b>
Les statines sont-elles réellement inoffensives ?	16
Objectif : éveiller votre sens critique	17
Quels sont les principaux médicaments anticholestérol en question dans ce livre ?	19

## CHAPITRE 1

<b>LES AVEUX DE SIR RORY COLLINS</b>	<b>21</b>
Patatras	23
Le roi des statines, la référence absolue a menti et il s'en confesse !	24

## CHAPITRE 2

<b>LE CHOLESTÉROL, MOLÉCULE ESSENTIELLE À LA VIE</b>	<b>27</b>
Le cholestérol, c'est quoi ?	27
Le cholestérol est indestructible	28
À quoi sert le cholestérol ?	30
Comment le cholestérol est recyclé ?	35
D'où vient le cholestérol du sang ?	37
Comment le cholestérol est fabriqué par nos cellules	41
Quelles sont les conséquences d'un déficit relatif en cholestérol pour l'organisme ?	54
Quelles sont les conséquences d'un déficit relatif en cholestérol pour le cerveau ?	57

Quelles sont les conséquences d'un déficit « naturel » en cholestérol ?	60
<b>CHAPITRE 3</b>	
<b>COMMENT ÉVALUER LA TOXICITÉ DES MÉDICAMENTS</b>	
<b>ANTICHOLESTÉROL : MÉTHODOLOGIE</b>	<b>67</b>
Comment procéder ?	68
Une difficulté supplémentaire avec les médicaments anticholestérol	71
Une toxicité sans cesse controversée	72
Les données dont nous disposons	74
<b>CHAPITRE 4</b>	
<b>LA TOXICITÉ DES STATINES SUR L'EMBRYON ET LE FŒTUS</b>	<b>77</b>
Agir sur le fœtus pour soigner l'adulte	77
<b>CHAPITRE 5</b>	
<b>LA TOXICITÉ MUSCULAIRE DES STATINES</b>	<b>81</b>
La toxicité musculaire des statines vue par la première école, les « pro-statines »	86
La toxicité musculaire des statines vue par la deuxième école	89
Des symptômes neurologiques	94
<b>CHAPITRE 6</b>	
<b>LES STATINES FAVORISENT LE DIABÈTE ? OUI !</b>	<b>97</b>
Estimation rapide du nombre de diabètes liés aux statines	98
Bref historique du dossier scientifique statines-diabète	100
La fréquence réelle de nouveaux diabète sous statines	104
Est-ce la statine ou la baisse du cholestérol le coupable ?	107
Les complications du diabète sont aussi une menace	108

## CHAPITRE 7

<b>UN CRIME SEXUEL PARFAIT</b>	<b>111</b>
Qu'est-ce que j'entends par vie sexuelle ?	111
Quelles sont les interactions entre cholestérol, statines et vie sexuelle ?	113
Les statines altèrent-elles la vie sexuelle ?	114
La sexualité masculine	114
La sexualité féminine	120
La grossesse	125
La ménopause	127

## CHAPITRE 8

<b>LES EFFETS DES STATINES SUR LE CERVEAU</b>	<b>129</b>
Plus d'irritabilité et d'agressivité chez les femmes	130
Des troubles du sommeil	132
Dépression	134
Déficit cognitif et Alzheimer	136
Maladie de Parkinson	138
Maladie de Huntington	140
L'accident vasculaire cérébral (AVC)	141
En conclusion de ce chapitre	144

## CHAPITRE 9

<b>LES EFFETS DES STATINES SUR LES MALADIES OCULAIRES</b>	<b>145</b>
Dégénérescence maculaire liée à l'âge (ou DMLA)	146
Cataracte	147
Rétinopathie diabétique	148
Glaucome	148

## CHAPITRE 10

<b>LES EFFETS DES STATINES SUR LES MALADIES RÉNALES</b>	<b>151</b>
---	------------

CHAPITRE 11

<b>LES EFFETS DE STATINES SUR LES MALADIES DIGESTIVES, HÉPATIQUES ET PANCRÉATIQUES</b>	155
Les maladies hépatiques	155
La pancréatite aiguë	158

CHAPITRE 12

<b>LES EFFETS DES STATINES SUR L'IMMUNITÉ</b>	159
Que montrent les études ?	160

CHAPITRE 13

<b>CHOLESTÉROL, STATINES, ET CALCIFICATIONS ARTÉRIELLES</b>	161
Acte 1	162
Acte 2	162
Acte 3	163
Conclusion	164

CHAPITRE 14

<b>LES STATINES FAVORISENT-ELLES LES CANCERS ?</b>	165
Quel lien entre le taux de cholestérol et les cancers ?	165
Quel lien entre les médicaments anticholestérol et les cancers ?	166
Statines et cancers : encore l'opéra en trois actes	171
Les statines, plus cancérigènes que le tabac	183
Conclusion	184

CHAPITRE 15

<b>LES AUTRES MÉDICAMENTS ANTICHOLESTÉROL</b>	185
Les médicaments anticholestérol du passé	185
Les médicaments anticholestérol du futur	189
D'autres encore	200



## CHAPITRE 16

### **LES ANTI-PCSK9 ONT-ILS UN INTÉRÊT POUR LES HYPERCHOLESTÉROLÉMIES FAMILIALES ?**

	201
Que sait-on des hypercholestérolémies familiales ?	202
Les HF homozygotes	203
Les HF hétérozygotes	204
Pourquoi les hypercholestérolémies familiales sont-elles si mal connues ?	206
Quels sont les facteurs qui font qu'une HF est pathologique ?	207
Quand l'industrie pharmaceutique joue les apprentis-sorciers	210

## CHAPITRE 17

### **FAUT-IL TRAITER LE CHOLESTÉROL DES PERSONNES FRAGILES ?**

Les personnes avec une faible espérance de vie	213
Les personnes âgées	215
Les enfants	217
Comment protéger la santé de nos enfants ?	220

### **CONCLUSION**

Nous devons revenir aux fondamentaux et nous en tenir aux faits	224
L'horrible vérité	225
D'un côté des médecins traitants généralement de bonne foi, de l'autre, des criminels	226
Que répondre à cet ignoble chantage ?	230
À quand la fin de la corruption des sciences médicales ?	233

## ANNEXE 1

### **SIR RORY COLLINS ET SES ASCENDANTS SCIENTIFIQUES À OXFORD**

	235
Sir Richard Doll	237

ANNEXE 2

**DES PHYTOSTÉROLS COMME TRAITEMENT ANTICHOLESTÉROL.**

<b>UNE BONNE IDÉE ?</b>	239
Que devient ce business ?	239
Une supplémentation en phytostérols est-elle problématique ?	240

ANNEXE 3

**STATINES ET BISPHOSPHONATES : DES INDICATIONS  
DIFFÉRENTES MAIS DES EFFETS COMMUNS**

241

**RÉFÉRENCES SUPPLÉMENTAIRES**

245

**INDEX**

249

**LES CONFLITS D'INTÉRÊTS DE L'AUTEUR**

255

# Avertissements

Ce document et les informations qu'il contient ne peuvent en aucune manière se substituer à une consultation chez un médecin en qui on a confiance. Aucune décision sur ses traitements ne doit être prise sans cet avis médical.

D'aucuns pourraient objecter que malheureusement, les médecins eux-mêmes ont été privés d'information indépendante durant des années et sont eux-mêmes victimes d'une flagrante désinformation. C'est vrai ! Mais je pense qu'il est tout de même préférable d'ouvrir une discussion saine et franche avec son médecin. Ce livre a été écrit aussi pour lui. Et s'il n'en a pas eu connaissance, c'est à vous (patient et famille) de lui apporter cette information libre et indépendante.

Dans les différents chapitres de ce livre, j'éviterai les polémiques inutiles et les accusations personnelles ; je ne me préoccuperais pas des liens d'intérêt (franchement mercantiles ou pas) des uns ou des autres ; *j'analyserai les faits*. Car les faits sont terribles. J'éviterai aussi les analyses trop complexes ; j'en ai assez dit dans mes articles scientifiques pour assurer la crédibilité de mes affirmations. Je peux ici me permettre des raccourcis et des simplifications et je renvoie les contestataires de mes observations et analyses aux faits réels tels qu'ils peuvent les trouver dans la littérature scientifique (à condition de savoir la décrypter) ou dans mes publications (dans ce cas, j'en assure le décryptage) ou encore par leurs propres analyses s'ils en ont le goût et la capacité.

*Il est temps de quitter vos tombeaux,  
De sortir du sommeil de la nuit,  
D'aller vers la lumière...*

[EXTRAIT DE *IL EST TEMPS DE QUITTER VOS TOMBEAUX*,  
CHANTS DE L'EMMANUEL]

*Je vous salue vous qui dormez  
Après le dur travail clandestin,  
Imprimeurs, [...],  
Distributeurs de tracts, contrebandiers,  
porteurs de messages,  
Je vous salue vous tous qui résistez,  
enfants de vingt ans au sourire de source,  
vieillards plus chenus que les ponts,  
hommes robustes, images des saisons,  
Je vous salue au seuil du nouveau matin.*

[EXTRAIT DU *VEILLEUR DU PONT-AU-CHANGE*  
DE ROBERT DESNOS.]

## Pourquoi ce livre ?

Les médicaments anticholestérol, comme leur nom l'indique, font baisser le taux de cholestérol dans le sang. Ils sont parmi les médicaments les plus prescrits au monde. Des centaines de millions de personnes en consomment tous les jours.

Est-ce raisonnable ? Abaisser les concentrations de cholestérol dans le sang est supposé favorable à notre santé, selon la théorie disant que « *plus le cholestérol est bas et moins le risque cardio-vasculaire est élevé* ».

Bien que proclamée depuis des décennies par des scientifiques et des médecins (généralement rémunérés par l'industrie pharmaceutique ou agroalimentaire), cette *théorie du cholestérol* est aujourd'hui très critiquée. Elle est même moribonde tant les argumentaires déployés pour la défendre se sont avérés tangiblement faux ou intentionnellement falsifiés. Cette question de la validité de la théorie du cholestérol, je l'ai longuement discutée dans mon livre *Cholestérol, mensonges et propagande* (Éditions Thierry Souccar) et je vous invite à vous y reporter si jamais vous aviez encore quelques doutes. Une version anglaise peut être trouvée sur Internet via Amazon sous le titre : *Cholesterol and statins: sham science and bad medicine*.

Mais d'autres auteurs, en français ou en anglais, ont repris mes arguments donnant un crédit considérable aux idées que je défends depuis une douzaine d'années sans que jamais un quelconque expert

ou comité d'experts n'ait jamais pu me prendre en défaut. Les faits sont les faits, indéniables et incontournables : le cholestérol est innocent et il est indispensable aux cellules.

Abaisser le taux de cholestérol dans le sang est non seulement inutile pour se protéger des maladies cardio-vasculaires ; mais c'est un jeu dangereux dont les conséquences peuvent être tragiques comme nous allons le voir.

Les statines sont les médicaments anticholestérol les plus prescrits à l'heure actuelle. Elles parviennent à baisser le cholestérol circulant dans le sang, mais au prix du blocage d'un système enzymatique complexe appelé *hydroxyméthylglutaryl-CoA réductase* (ou HMG-CoA réductase) qui est un des enzymes fondamentaux permettant à nos cellules de fabriquer le cholestérol dont elles ont besoin pour avoir une vie normale.

En bloquant (heureusement de façon partielle) ce système enzymatique, nous allons voir que les statines engendrent inéluctablement de nombreux effets délétères.

**Les statines sont des médicaments  
extraordinairement toxiques car elles perturbent  
profondément la vie cellulaire et la physiologie  
de la personne humaine dans sa globalité.**

On pourrait rétorquer, à juste raison, que tous les médicaments efficaces présentent une toxicité ; tout dépendant de la dose (pour une personne donnée) et de l'équilibre défini par le médecin entre l'effet bénéfique de ce médicament et ses effets toxiques (les risques). C'est vrai. Certes, il vaut la peine, parfois, pour sauver une vie ou améliorer

la santé d'une personne souffrante, de provoquer des effets indésirables de façon transitoire. Un peu comme on doit parfois se soumettre à une intervention chirurgicale fortement déplaisante pour retrouver une nouvelle santé florissante. Le problème majeur posé par les statines, c'est l'illusion que diminuer le cholestérol puisse être bénéfique pour notre santé. Avec les statines, il n'y a pas de bénéfices ; il n'y a que des risques !

Les statines sont apparues sur le marché du médicament au moment où l'industrie pharmaceutique vivait de profonds changements ; les aspects financiers – cours en bourse, retours sur investissements, profits – étaient devenus la priorité absolue ; les départements financiers des entreprises avaient pris le pouvoir. Dans ce contexte, peu importe la qualité (ou le caractère innovant) du produit, il fallait fabriquer au moindre coût, avec le moins de recherche et d'innovation possible ; et vendre coûte que coûte ; et de préférence évidemment à un prix le plus élevé possible en donnant au consommateur l'illusion de la sécurité et du confort. Pour les vendre, il était donc impératif que les statines soient efficaces et sans danger pour le consommateur. Tout a été fait, au prix des pires mensonges et de la pire propagande pour nous faire croire à la belle fable.

J'ai montré dans *Cholestérol, mensonges et propagande* comment cette stratégie de désinformation a été mise en place ; comment aussi les industriels – malgré une concurrence acharnée pour imposer alternativement leurs propres produits – se sont *entendus* pour imposer la théorie de la culpabilité du cholestérol et faire perdurer l'illusion qu'il était impératif d'avoir un cholestérol bas pour se protéger des maladies cardio-vasculaires ; et comment enfin ils ont réussi à faire croire que ces médicaments n'étaient pas dangereux.

## Les statines sont-elles réellement inoffensives ?

Si les statines sont inutiles, finalement, sont-elles toxiques ? Et si tel est le cas, pourquoi ne pas l'avoir dit plus tôt ? Les lecteurs d'aujourd'hui peuvent légitimement se poser la question. Pourquoi dans mes précédents livres ai-je si peu abordé la question de la toxicité des statines ? Et pourquoi y consacrer aujourd'hui un livre entier ?

- **Ma première réponse** est très simple. Si les statines sont inutiles, il ne faut pas les prescrire. À personne. C'est aussi simple que cela. Si on ne doit pas les prescrire, à quoi bon parler de leur toxicité ? Faute de prescription, la question de leurs effets néfastes ne se posait pas selon moi. Malheureusement il reste toujours, et on le comprend face à l'extraordinaire désinformation qui règne, un soupçon de scepticisme : *et si les statines étaient quand même (au moins un peu) efficaces ?* Alors, dans le doute, beaucoup se disent : *faute de certitude et par prudence, je vais quand même prendre ma statine ; si ça ne fait pas de bien, au moins ça ne fait pas de mal !*

C'est cette erreur que je voudrais en urgence corriger. Même à faibles doses et en l'absence de symptômes gênants, les statines **sont toxiques** et peuvent provoquer des effets indésirables à long terme, voire de graves complications.

- **Le deuxième aspect** qui justifie aussi un livre entier consacré à la toxicité des statines, ce sont les événements survenus au Royaume-Uni pendant l'année 2014 et au début 2015 ; et qui sont passés presque totalement inaperçus en France. On pourrait résumer ces événements sous le titre *Tribulations et confession du Professeur Sir Rory Collins* si on avait du goût pour l'humour noir. Car hélas il y a des victimes.



Je vais raconter ces événements dans le chapitre 1 – en essayant de garder le sourire.

• **La troisième** justification de ce livre, c'est qu'au moment où j'écrivais *Cholestérol, mensonges et propagande*, je n'avais pas anticipé l'importance des systèmes cellulaires et physiologiques que les statines perturbaient. Cet aspect fondamental pour comprendre les effets toxiques des statines sera développé dans le chapitre 2 de ce livre. Il m'a fallu du temps, les travaux de nombreuses autres équipes et enfin, et surtout, les témoignages des victimes (et de leurs médecins, trop rarement hélas !) pour prendre conscience de cette toxicité. À cet égard, les témoignages obtenus via mon blog ([michel.delorgeril.info](http://michel.delorgeril.info)) m'ont été d'une fantastique utilité pour m'éveiller lentement (trop lentement je le regrette) à cette problématique de la toxicité des statines et de tous les médicaments qui abaissent le cholestérol. Merci à tous les visiteurs et commentateurs de mon blog pour le magnifique travail que nous avons fait ensemble.

## Objectif : éveiller votre sens critique

Le livre que vous tenez entre les mains est un condensé d'informations dont l'ambition ultime est d'éveiller votre sens critique. La problématique de la toxicité des médicaments anticholestérol est très complexe. Pour l'examiner avec objectivité, il est préférable de s'en approcher avec des armes adaptées ; c'est-à-dire avec une culture scientifique et médicale optimale ; et aussi une expérience de terrain. Beaucoup de ceux qui, de près ou de loin, sont mêlés aux controverses sur les médicaments anticholestérol en sont terriblement dépourvus, y compris aux plus hauts niveaux de la hiérarchie universitaire. Le but de ce livre est de transmettre un message de simplification et d'explication à propos de la problématique **toxicité** des médicaments anticholestérol. C'est tout autre chose que la problématique **efficacité** de ces mêmes

médicaments. Cette dernière est totalement sous la dépendance de l'industrie et des intérêts mercantiles ; j'en ai discuté dans mes livres précédents, je n'y reviendrai ici que de façon anecdotique.

Si ce livre apporte une réflexion et des informations scientifiques, il veut aussi aider à la **décision médicale**. La façon de raisonner du scientifique et celle du médecin sont très différentes. Le scientifique est un sceptique qui vit dans le doute ; il n'est jamais sûr de rien ; il construit des savoirs et il est toujours prêt à faire évoluer les théories ; c'est son métier ; il est dans le doute systématique mais raisonnable, en ce sens qu'il évalue sans cesse la probabilité qu'il soit dans l'erreur. On ne lui demande pas de prendre des décisions.

Le médecin, lui, doit quotidiennement prendre des décisions pour chacun de ses patients. Pour être décisionnel, en toute honnêteté avec lui-même et ses confrères, il se construit des certitudes ; il en connaît le caractère artificiel – parce qu'il est au courant des réflexions des scientifiques qui ne cessent de changer d'avis – et pour se prémunir des fautes professionnelles qu'on pourrait lui reprocher, il adopte des règles éthiques qui l'aident dans ses décisions qui, souvent, sont risquées. Mais c'est généralement **après-coup** que le médecin se dit qu'il aurait dû faire autrement ; c'est là que la médecine est un art car certains de ces **artistes** sont parfois géniaux tandis que d'autres sont plus besogneux et plus prudents.

Pour s'aider à décider – **j'opère ou pas, j'hospitalise ou pas, je prescris ça ou pas...** – le besogneux et le génial appliquent des règles assez simples pourtant ; j'en donne deux.

**1• D'abord ne pas nuire** ; ce qui veut dire qu'on préfère s'abstenir plutôt que de faire du mal, au risque de ne pas faire le bien qu'on pourrait *peut-être* faire.

**2• Principe de précaution médicale** ; on anticipe le plus possible pour éviter de se retrouver dans des situations inextricables ou ingérables.

(On pourrait décliner ces deux principes de façon différente, j'en conviens).

### **Ce livre veut aider à la décision médicale.**

Ce livre apporte des informations sur la base de faits médicaux réels ; mais avec la distanciation et le doute raisonnable du scientifique. Mais il veut surtout aider, je le répète, à la décision médicale ; et donc ne pas laisser mon confrère-médecin dans le doute et la conjecture.

En conséquence, le ton utilisé sera médical (plus que scientifique), celui qui permet de prendre une décision.

Face aux multiples complications des médicaments anticholestérol – quel que soit le niveau de probabilité qu'elles surviennent et quelle que soit la variabilité de leur sévérité –, la seule décision médicale possible aujourd'hui c'est de ne pas les prescrire ; ces médicaments ne servent à rien ; et à personne.

## **Quels sont les principaux médicaments anticholestérol en question dans ce livre ?**

Il y a plusieurs classes de médicaments anticholestérol. Je n'évoquerai que les plus efficaces de ces médicaments, ceux les plus largement prescrits et pour lesquels nous avons des données scientifiques disponibles : les **statines** (dont je viens de parler) mais aussi l'**ézétimibe**.

J'insisterai plus sur les statines simplement parce qu'elles sont de loin les médicaments anticholestérol les plus prescrits. Les principales statines utilisées dans le monde – avec des noms commerciaux changeants selon les pays et les langues – sont la simvastatine (par exemple le Zocor®), la pravastatine (Elisor®), l'atorvastatine (Tahor®) et la rosuvastatine (Crestor®).

En fin d'ouvrage, au chapitre 15, je ferai le point des connaissances sur la nouvelle génération de médicaments anticholestérol, notamment les anticorps monoclonaux injectables, les **anti-PCSK9** qui vont être imposés aux médecins dans un futur très proche.

# Les aveux de Sir Rory Collins

Qui est Rory Collins ? Professeur de médecine, il est le directeur d'un puissant laboratoire d'épidémiologie à la prestigieuse université d'Oxford en Angleterre. C'est le roi des statines dans le monde de la médecine et des sciences ; la référence absolue pour qui veut exprimer une quelconque opinion sur le cholestérol ou les statines. Pour ses « remarquables » travaux scientifiques sur les statines, il a reçu de multiples décorations nationales et internationales et finalement, il a été anobli par la Reine ; il est donc Sir Rory Collins !



Il est le troisième d'une « lignée » de prestigieux épidémiologistes d'Oxford : avant lui, il y eût le professeur Sir Richard Doll et le professeur Sir Richard Peto, tous deux anoblis

également ; il a donc de qui tenir et si je dis ça, ce n'est pas seulement à cause de leur statut *aristocratique* mais plutôt de leur exécration réputation en termes d'éthique médicale et scientifique (lire annexe 1).

Rory Collins est donc le **roi des statines**. Et quand le roi parle, on se tait. Qu'a produit Sir Rory Collins de si gigantesque pour mériter une telle ferveur ?

Son exploit est d'avoir créé, avec l'aide de l'industrie pharmaceutique, deux consortiums internationaux formés d'investigateurs et directeurs de puissants laboratoires (financés par l'industrie). L'un est localisé à Oxford, s'appelle le CTSU (pour *Clinical Trial Services Unit*) ; il gère de gros essais cliniques (comme son nom l'indique) pour le compte de l'industrie et pratique abondamment les techniques de méta-analyses. L'autre est beaucoup plus international, s'appelle le CTT [pour *Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration*] et prétend synthétiser la quasi-totalité des données scientifiques disponibles concernant les statines. Le CTT et le CTSU sont aujourd'hui des références absolues pour qui s'intéresse aux statines. Leur dernier chef-d'œuvre est une analyse synthétique de 27 essais cliniques testant des statines et concluant aux effets soi-disant *miraculeux* de ces médicaments et à leur quasi innocuité.

Personne à ma connaissance n'a osé remettre en question cette analyse. Effectivement, avec 10, 20 ou 30 cosignataires par essai et à raison des 27 principaux essais conduits par l'industrie, on comprend que tout le gratin commercial de la *maison statine* ait répondu présent ; personne ne fut oublié ; tous sont passés à la caisse.

Un consortium de Sir Rory Collins, ce n'est pas de la science ni de la médecine, c'est une forme de bureaucratie ou d'organisation que les scientifiques généralement adorent car ça leur permet à petits frais de se retrouver pour débattre ; et d'ailleurs ça pourrait être utile (soyons sympas) si cette façon de discuter était libre et indépendante. Évidemment si le payeur de ces petites cérémonies est l'industrie, ça doit servir l'industrie... Le CTSU et le CTT sont des outils de propagande de l'industrie des statines, nul ne peut en disconvenir, et il n'y a aucun mal à ça, du moment qu'on le sait.

Pendant plus de 20 ans (le CTT a été créé en 1994), Sir Rory Collins et les consortiums qu'il dirige, c'est-à-dire la totalité des experts travaillant pour l'industrie des statines, délivrent le même message : *les statines font des miracles de protection contre les maladies cardiovasculaires et leurs effets indésirables (toxiques) sont négligeables !*

Pas un expert français des statines (rémunéré par les fabricants) ne dit autre chose, tout du moins jusqu'en février 2015.

## Patatras

En février 2015, coup de théâtre. Sir Rory Collins annonce dans les médias anglais que finalement, les données disponibles concernant la toxicité des statines ne sont ni correctes ni sérieuses et qu'il est temps maintenant de lancer des programmes de recherche visant à explorer la réalité de la toxicité de ces médicaments... Le Roi est nu !

Tout le monde comprend instantanément que ce que Sir Rory Collins et ses amis du CTSU et du CTT ont dit pendant plus de 20 ans était faux ! Ils ignoraient et ignorent aujourd'hui tout de la **toxicité des statines** car ils ne l'ont tout simplement pas examinée !

Pour avoir une idée objective sur cette question, je vous invite à vous reporter aux articles du *Daily Mail*<sup>1</sup> et du *BMJ (British Medical Journal)*<sup>2</sup>. Qu'est-ce que cela signifie exactement ? Qu'ils n'ont pas les données de toxicité ou bien qu'ils les ont mais ne les ont pas divulguées ? Que pouvons-nous croire venant de « ces farceurs » ?

Et tous les autres, en France et ailleurs, la majorité de la communauté médicale, pourquoi ne s'est-elle pas interrogée plus tôt sur les effets secondaires toxiques des statines ?

Qui avaient des données de toxicité sur les statines ? Les industriels qui finançaient les essais cliniques ? S'ils les avaient, les auraient-ils cachées ? Sont-ils tous aveugles ? Ou bien tous menteurs ?

Ma conclusion comme celle de tous les membres du THINCS (*The International Network of Cholesterol Skeptics*), c'est que le mensonge et la propagande sont, et ont été, omniprésents. Jamais le titre d'un de mes livres n'aura été aussi réaliste !

## **Le roi des statines, la référence absolue a menti et il s'en confesse !**

L'explication que donne Sir Rory Collins pour justifier son attitude est simplement que sa conviction de l'efficacité des statines était tellement profonde qu'il eut été absurde d'inquiéter les patients avec

---

1 <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2954956/Statins-expert-drugs-effects-microscope-Professor-study-thousands-patient-records-discover-suffered-issues.html>

2 <http://www.bmj.com/campaign/statins-open-data>

Vous y trouverez des échanges de lettres qui ne concernent pas seulement le CTSU et le CTT mais aussi les statisticiens de la Cochrane Collaboration (en principe indépendants de l'industrie) qui ont travaillé sur les statines et qui confessent eux-aussi leur ignorance.



des effets toxiques qu'il considère négligeables. En clair, le bénéfice cardio-vasculaire est tel, selon lui, que la toxicité (grande ou petite) des statines ne doit pas dissuader les patients de prendre leurs médicaments. Et voilà comment on convertit d'ignobles mensonges en souci humanitaire !

Plusieurs leçons doivent être tirées de cette lamentable histoire :

- 1•** Sir Rory Collins et les deux consortiums qu'il dirige (CTSU et CTT) ont délivré des messages mensongers à propos de l'innocuité de statines. Et ils viennent d'avouer !
- 2•** Leurs messages à propos de l'efficacité des statines pour protéger des maladies cardio-vasculaires perdent par conséquent toute crédibilité.
- 3•** Sur la base des données délivrées par l'industrie, nous savons donc officiellement peu de choses concernant la toxicité des statines.
- 4•** Les autorités de santé, en France et ailleurs, et les médecins, ont été trompés ; et collectivement ils ont fait preuve de naïveté. Ce n'est pas la première fois (le Mediator® en est un triste exemple) et ils ne semblent pas pressés de s'amender.
- 5•** On ne peut faire confiance ni à l'industrie du médicament ni aux experts ayant des liens d'intérêt, pour diffuser une information crédible et protéger la population des méfaits de médicaments inutiles et toxiques.
- 6•** Tout nouveau médicament candidat au marché de la santé doit être expertisé par des médecins et des scientifiques *totalemt indépendants* des détenteurs du brevet.

Maintenant que Sir Rory Collins nous a aimablement déblayé le terrain et, qu'il a, par la même occasion, *enterré vivants* tous les experts rémunérés par l'industrie qui clamaient que les statines sauvaient

des vies et n'avaient pas de toxicité significative, nous allons pouvoir examiner sérieusement les données existantes concernant la toxicité des statines.

Ces données n'ont pas été reprises et diffusées par les médias généralistes et spécialisés et beaucoup d'experts en blouse blanche vont tomber des nues en me lisant. Certains, pris au dépourvu, vont dénoncer une énième théorie du complot. D'autres vont prétendre que si des patients arrêtent leur traitement à cause de ce livre, je serai coupable d'un crime collectif. Ah, le beau chantage que voilà ! Tous les patients qui, à ma connaissance, ont stoppé leur traitement (indépendamment de mes travaux et de mes livres) s'en disent améliorés... Il y a tant de témoignages sur Internet et ailleurs ! Peu importe, les faits sont là, indubitables et il va falloir en tirer les conséquences.

Je reviendrai sur cette notion de « chantage à la peur » dans la conclusion de cet ouvrage.

# Les statines favorisent le diabète ? OUI !

**D**e même que Sir Rory Collins a caché aux professionnels de santé la réalité des effets musculaires indésirables des statines, c'est tout le consortium des industriels des statines et leurs *experts officiels* qui ont réussi pendant près de 40 ans à cacher que les statines provoquaient le diabète (**acte 1**).

Ce n'est qu'en 2008 et presque par inadvertance (un peu comme pour la toxicité cardio-vasculaire du Vioxx® en 2004), que les industriels et leurs experts ont admis qu'un certain pourcentage des patients traités par statine développait un diabète (**acte 2**).

En 2012, soit 4 ans après, les agences sanitaires américaine (FDA) et européenne (EMA) vont émettre des communiqués alertant les médecins de cet effet toxique des statines. **Acte 3**. Applaudissements.

Et enfin, début 2015 – avec un délai de 7 ans donc – notre Agence du médicament en France (ANSM) publie un communiqué, *un point d'information*, dont le but n'est pas d'alerter les médecins et les patients mais au contraire de lénifier les inquiétudes ou anxiété provoquées par l'effet diabéto-gène des statines<sup>1</sup>. En résumé le message est le suivant : certes les statines

---

1 <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Statines-et-risque-de-diabete-le-rapport-benefice-risque-reste-toujours-positif-Point-d-Information>

augmentent le risque de diabète mais leurs bénéfices cardio-vasculaires sont tels, qu'il n'y a pas lieu de remettre en cause le rapport bénéfice/risque. On peut continuer de prescrire... y compris aux diabétiques !

## Estimation rapide du nombre de diabètes liés aux statines

À titre indicatif, certains essais cliniques anciens n'avaient rapporté aucun nouveau diabète sous statine et d'autres essais prétendirent même que les statines diminuaient le risque de nouveau diabète (essai WOSCOPI). Ahurissant quand on y pense, et tragique car cela illustre la médiocrité des essais cliniques qui servent encore aujourd'hui de références aux prescripteurs de statines.

Le rédacteur du *point d'information* de l'ANSM annonce 10 % d'augmentation du risque ou bien 5 nouveaux diabètes avérés pour 1000 patients traités par statine. Cinq pour mille, ça fait 5000 nouveaux diabètes pour chaque million de patients traités ; et donc pour les 6 millions de patients traités en France, au minimum 30 000 nouveaux diabètes. Si on se réfère à l'essai clinique JUPITER qui avait observé environ 30 % d'augmentation du risque de diabète après moins de 2 ans de suivi, on comprend qu'en théorie des dizaines de milliers de nouveaux diabètes sont à mettre sur le compte des statines chaque année.

D'autres études évoquent une augmentation de 90 % du risque de nouveaux diabètes, c'est-à-dire presque 10 fois plus que le chiffre utilisé par l'expert de l'ANSM qui est le chiffre de Sir Rory Collins... Ce n'est plus 30 000, ce pourrait être presque 300 000...

La sous-évaluation de cet effet toxique des statines est évidente. Elle est difficile à calculer certes, mais il n'est pas trop pessimiste d'affirmer sur

la base des données d'observation que des centaines de milliers de Français ne seraient pas diabétiques s'ils n'avaient pas utilisé des statines.

Au rythme de 6 millions d'adultes traités plus ou moins chroniquement par ces médicaments anticholestérol dans un pays comme la France, on peut penser que les statines sont devenues dans nos sociétés une des causes de l'épidémie de diabète qui accable nos populations.

#### **BONNE NOUVELLE : LE DIABÈTE PEUT RÉGRESSER**

Ce que les lecteurs doivent comprendre c'est que s'ils deviennent diabétiques alors qu'ils sont traités par une statine, tout n'est pas perdu : l'arrêt de la statine peut faire régresser, voire disparaître le diabète. Inversement, s'ils persistent, ils auront le diabète et, en prime, les complications du diabète. En persistant, ils risquent évidemment aussi d'avoir un diabète définitif. Certes, tous les diabètes qui surviennent chez des patients sous statines ne sont pas dus aux statines ; mais les statines y contribuent, c'est une certitude ; et les statines favorisent les complications du diabète.

Il n'y a donc aucune raison de persister à consommer une statine si on devient diabétique car, contrairement aux affirmations péremptoires d'experts rémunérés, diminuer le cholestérol avec une statine ne diminue pas le risque cardio-vasculaire, comme une étude de synthèse par des chercheurs indépendants l'a montré<sup>2</sup>. Cet argument est bien évidemment à l'opposé de celui de Sir Rory Collins et ses adeptes.

Faudra-t-il encore sept ans à l'ANSM pour prendre conscience du problème ?

---

2 Rev Rec Clin Trials 2012;7:150-7.

## Bref historique du dossier scientifique statines-diabète

C'est grâce à un essai clinique, l'essai JUPITER dont le principal investigateur fut le Pr Paul Ridker de l'Université Harvard à Boston, que nous avons soudainement découvert l'effet diabétogène des statines (lire encadré page 103). Trente années de traitement sans que quiconque ait rien vu... c'est surprenant quand on y pense...

L'objectif principal de JUPITER était de sauver commercialement la dernière-née des statines, la rosuvastatine ou Crestor®, car trois essais avaient montré une totale inefficacité par rapport au placebo. Curieusement, Ridker va interrompre l'essai JUPITER de façon très prématurée puisque le suivi moyen de patients était de moins de deux ans au moment de l'arrêt. Il ne pouvait pas ignorer que cette façon de faire susciterait de nombreuses critiques. Pour les lecteurs non avertis, je rappelle qu'il est indispensable de respecter scrupuleusement les termes de l'hypothèse primaire de l'essai sinon le risque de biais est trop important pour que les résultats de l'essai puissent être validés. Il y eut des critiques mais il les balaya invoquant que la décision d'arrêt de JUPITER avait été prise par le comité scientifique de l'essai, indépendamment de lui-même et du sponsor industriel AstraZeneca. Personne ne croit à cette baliverne mais il est important de préciser qui était le président de ce magnifique comité scientifique... Vous l'aurez peut-être deviné, il s'agissait de Sir Rory Collins.

La communauté scientifique s'émût quelque peu ; mais bien vite retrouva son habituelle placidité. Collins d'Oxford, plus Ridker de Harvard, plus le soutien de leurs prestigieuses institutions, plus le tsunami médiatique généré grâce aux finances de l'industrie... Toute résistance était impossible. Les chiens peuvent aboyer dans la nuit, la caravane passe.

Malgré l'absence totale de données scientifiques sérieuses démontrant que le Crestor® diminue le risque cardio-vasculaire, le Crestor® est la statine la plus prescrite aujourd'hui en France, en particulier par les universitaires. C'est aussi la statine préférée des cardiologues français après un infarctus.

Les lecteurs trouveront des détails concernant JUPITER dans mon livre *Cholestérol, mensonges et propagande* mais pour l'heure la question est de savoir pourquoi Ridker a pris le risque d'interrompre prématurément JUPITER ?

La seule explication tangible est qu'ils avaient observé un nombre important de nouveaux diabètes dans le groupe traité par Crestor®. Ne pouvant le cacher, ils décidèrent d'arrêter les frais. JUPITER fut stoppé sans même prévenir à l'avance et préparer les différents groupes d'investigateurs. Avec une incroyable duplicité, ils publièrent cette information sur les nouveaux diabètes tout en disant que ça n'avait aucune importance. Beaucoup effectivement n'y virent que du feu et nous fûmes les premiers avec d'autres collègues d'Harvard à révéler le pot aux roses<sup>3</sup>.

Par la suite, Ridker et quelques disciples publièrent de savants calculs pour démontrer que cette très petite augmentation du nombre de nouveaux diabètes ne devait pas inciter les médecins à stopper leur prescription de statines puisque les statines protègent les diabétiques. C'est le raisonnement de Sir Rory Collins et c'est celui repris par l'ANSM en 2015.

---

3 De Lorgeril M. et al. Cholesterol lowering, cardiovascular diseases, and the rosuvastatin-JUPITER controversy: a critical reappraisal. Arch Intern Med. 2010 Jun 28;170(12):1032-6.

Cette question de l'effet protecteur des statines chez les diabétiques est un des plus beaux exemples de désinformation organisée par l'industrie pharmaceutique avec *l'amical* soutien des spécialistes des hôpitaux universitaires.

À titre d'exemple, certains diabétologues de bonne foi citent généralement comme exemple typique de cette *indiscutable* protection des statines, une étude conduite au Danemark (parfois appelée Étude de Copenhague ou encore Étude STENO-2) dont les résultats furent publiés en 2003. Le titre de l'étude en dit déjà beaucoup : *Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes*<sup>4</sup> ; autrement dit il s'agit d'une intervention multifactorielle dont les effets ne peuvent, pour un scientifique sérieux, être attribués à un seul des multiples facteurs modifiés, en l'occurrence le cholestérol diminué grâce à la prescription de statines.

Parmi les autres facteurs, il y avait des conseils nutritionnels, l'encouragement à cesser le tabac, à faire de l'exercice, des compléments nutritionnels, des médicaments pour diminuer la pression artérielle, de l'aspirine, du chrome, des médicaments antidiabétiques.

Cette étude n'était pas conduite en aveugle, l'échantillon était très petit (un peu plus de 60 patients par groupe) et la prescription de statines était tellement aléatoire dans les deux groupes que finalement dans le groupe expérimental, 57 des patients prenaient une statine contre 14 dans le groupe témoin. Quels que soient les résultats obtenus, comment un esprit sain peut-il attribuer à la statine les éventuels bienfaits observés ?

---

4 Gaede P, et al. *Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes* ; N Engl J Med. 2003 Jan 30;348(5):383-93.



Comment peut-on s'enfermer publiquement dans de tels raisonnements ?

#### PAUL RIDKER, PRINCIPAL INVESTIGATEUR DE L'ÉTUDE JUPITER



Ce médecin américain avec une formation en cardiologie travaille dans les hôpitaux de Boston et enseigne la médecine à la faculté de médecine de Harvard (Harvard Medical School).

Les hôpitaux de Boston lui sont très reconnaissants d'avoir fait breveter une technique de mesure d'un paramètre de l'inflammation, la CRP (la protéine C réactive) qui génère un business considérable. À chaque fois que dans un laboratoire de biologie dans le monde, on mesure la CRP, les hôpitaux de Boston et Ridker touchent des royalties. Bingo !

L'étude JUPITER visait à démontrer que des patients dont le cholestérol est normal mais qui ont une CRP un peu élevée devraient profiter d'un traitement par Crestor®. Tout le monde a oublié cet objectif.

Ridker a publié en 2012<sup>5</sup> une analyse dans laquelle il explique que la statine prescrite dans JUPITER a réduit de 50 % le risque d'avoir une complication cardio-vasculaire précisément chez les diabétiques. Il conclut que les bénéfices de la statine dépassent largement l'inconvénient d'une augmentation de nouveaux diabètes. Ce type de raisonnement et ces calculs *a posteriori* sont évidemment irrecevables pour un scientifique. Pourquoi faisons-nous des essais en double aveugle avec tirage au sort et sur la base d'une hypothèse *a priori* sinon pour se garder des biais induits par de telles pratiques ?

---

5 Ridker P et al. Cardiovascular benefits and diabetes risks of statin therapy in primary prevention: an analysis from the JUPITER trial. Lancet. Volume 380, No. 9841, p565-571, 11 August 2012.

On notera enfin que parmi les complications cardio-vasculaires dont seraient protégés les patients qui prennent la statine dans JUPITER, l'insuffisance cardiaque et l'artériopathie périphérique sont peu importantes alors que ce sont les premières et les plus communes complications que l'on observe chez les diabétiques<sup>6</sup>. Cela montre encore une fois la faible crédibilité de cette étude et de ces auteurs.

## Quelle est la fréquence réelle de nouveaux diabètes sous statines ?

J'ai déjà donné quelques informations en début de chapitre pour montrer l'importance de cette question en santé publique et la façon bien indigente avec laquelle les Autorités sanitaires l'ont abordée chez nous et ailleurs. Il vaut la peine d'y revenir un peu maintenant. Laissons de côté les chiffres proposés par les **essais cliniques** avec tirage au sort. Nous l'avons vu, la durée d'un essai clinique est trop courte en général pour faire émerger un effet diabétogène et surtout pour le quantifier. Si on ne peut avoir confiance dans les essais cliniques pour avoir des chiffres sûrs, il faut nous rabattre sur les études épidémiologiques d'observation et la pharmacovigilance ; mais cette dernière ne peut être efficace que si les médecins et les patients susceptibles de faire des déclarations ont été alertés. L'alerte n'ayant été donnée que récemment, il faut pour le moment nous contenter essentiellement de données observationnelles.

Il se trouve que ces données sont déjà très instructives, ce qui indique la gravité du problème.

---

6 Shah AD, Langenberg C, Rapsomaniki E et al. Type 2 diabetes and incidence of cardiovascular diseases: a cohort study in 1.9 million people. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015;3:105-13.

Deux grandes études épidémiologiques<sup>7,8</sup> nous donnent probablement un panorama à peu près réaliste : chez des hommes ou des femmes de 45 à 75 ans (la population de choix des prescripteurs de statines et aussi la plus exposée au risque de développer un diabète), **la prise de statine augmente de 50 % en moyenne le risque de déclarer un diabète.**

Sur la base de ces données, il est difficile de dire précisément à quelle durée d'exposition correspond cette augmentation de risque. Quelques années certainement. C'est le minimum et c'est catastrophique.

Si on est asiatique, l'augmentation du risque serait de 70 % et il semble que ce risque soit perceptible plus rapidement, peut-être en moins de deux ans d'exposition. Il semble aussi que les personnes les plus âgées, surtout les femmes, soient plus à risque ; mais ça reste à confirmer de même que l'existence d'un potentiel diabétogénique différent des différentes statines.

Cela dit, les choses évoluent vite car, maintenant que l'alerte a été donnée, de nouveaux investigateurs travaillant sur d'autres cohortes et populations apportent leurs propres analyses. Ainsi, en utilisant les données du système de santé des militaires américains (appelé TRICARE), on a observé une **augmentation du risque de diabète de près de 90 %.**

---

7 Culver AL, et al. Statin use and risk of diabetes mellitus in postmenopausal women. Arch Intern Med 2012;172:144-152.

8 Cederberg H, et al. Increased risk of diabetes with statin treatment is associated with impaired insulin sensitivity and insulin secretion: a 6 year follow-up study of the METSIM cohort. Diabetologia 2015 May;58(5):1109-17.

C'est très important<sup>9</sup> parce que les militaires sont généralement des gens jeunes et en bonne santé. Ces données traduisent donc un effet diabéto-gène sur une population à faible risque de développer spontanément un diabète. Une autre donnée inquiétante de cette étude est le fort taux de complications du diabète, près de 250 % d'augmentation du risque, chez les militaires américains.

#### LES DONNÉES DE PHARMACOVIGILANCE MEDWATCH SONT-ELLES FIABLES ?

Certains remettent en question les déclarations de pharmacovigilance des patients et des médecins dans la *MedWatch database* arguant que les patients ne sont pas des professionnels de santé et que les médecins déclarants ne sont pas des experts. Si nous consultons les données de la *MedWatch database* telles qu'elles nous sont fournies par Duane Graveline, nous constatons qu'entre 2006 et 2013, 10 700 cas de diabète et 13 000 cas d'hyperglycémie ont été déclarés. Par comparaison avec les fréquences de ces complications observées dans les études épidémiologiques, nous pouvons conclure que les données fournies par la *MedWatch database* sont extraordinairement réalistes. Merci Dr Graveline !

#### **La prescription massive de statines dans certains pays, comme la France, explique donc en partie l'épidémie de diabète que nous connaissons.**

La perception de cet effet toxique catastrophique des statines est beaucoup plus aiguë aux États-Unis qu'en France où les autorités n'ont toujours pas donné de véritable alerte (juillet 2015). Des groupes de patients américains ont décidé de poursuivre les grands laboratoires

---

9 Mansi I, et al. Statins and New-Onset Diabetes Mellitus and Diabetic Complications: A Retrospective Cohort Study of US Healthy Adults. *J Gen Intern Med.* 2015 Apr 28.

avec Pfizer en ligne de mire à cause de son atorvastatine (Tahor®) et du manque d'information sur les risques d'effets toxiques de ce médicament.

Les mécanismes biologiques par lesquels les statines provoquent le diabète sont multiples mais, comme discuté dans le chapitre 2, l'empoisonnement des mitochondries est sans doute le principal. Toutes les cellules sont donc atteintes, les plus touchées étant celles des muscles, du tissu adipeux et du pancréas.

## Est-ce la statine ou la baisse du cholestérol le coupable ?

C'est une question difficile qui ne peut être résolue rapidement mais les premiers résultats sont intéressants : indépendamment des statines, avoir une **hypercholestérolémie** semble entraîner une diminution du risque de développer un diabète. Cela suggère que la baisse du cholestérol par elle-même serait diabétogène.

Des données nouvelles et originales ont été publiées dans le numéro du 10 mars 2015 du journal de médecine américain *JAMA* (vol 213). Elles montrent que dans des familles où des gènes mutés favorisent des hypercholestérolémies (en réalité des hyperlipoprotéinémies), les individus qui ont le gène muté ont moins tendance à faire un diabète que ceux qui n'ont pas le gène muté. Est-ce la présence du gène muté ou le niveau de cholestérol ou encore quelque substance (protéine) présente dans les lipoprotéines anormales ou encore le récepteur anormal des lipoprotéines qui est en cause ? Peu importe, la première interprétation qu'un médecin ou un scientifique objectif devrait faire face à ces données (qui demandent confirmation), c'est qu'un cholestérol élevé n'est pas si

dangereux ou malsain que ce que l'on croit et que le diminuer avec des médicaments pourrait être contreproductif au moins chez ces personnes.

Ça n'est pas du tout ce que concluent les éditorialistes. Pour le moment, leur principale conclusion est qu'ils pourront traiter tous ces patients beaucoup plus tôt dans leur existence et beaucoup plus intensément puisqu'on risque moins de leur provoquer un diabète. Je vous laisse juge...

Dr Michel de Lorgeril

# L'HORRIBLE VÉRITÉ SUR LES MÉDICAMENTS ANTICHOLESTÉROL



ACHETER CE LIVRE

# L'HORRIBLE VÉRITÉ SUR LES MÉDICAMENTS ANTICHOLESTÉROL

256 pages

Format 14 x 21

16.90 €

**« Une bonne partie de la littérature scientifique, peut-être la moitié, est tout simplement fausse. »**

Dr Richard Horton, directeur du *Lancet*

Le Dr Michel de Lorgeril a été le premier à montrer que les études « miraculeuses » sur les médicaments contre le cholestérol sont, comme le dit le Dr Horton, biaisées. **En réalité, les statines n'empêchent ni les infarctus ni les AVC.**

Avec ce nouveau livre, il révèle que **ces médicaments pris par des millions de personnes, sont terriblement toxiques.** Cette toxicité peut rester silencieuse pendant des années mais hélas, elle est réelle.

Elle est d'autant plus « silencieuse » qu'une corruption généralisée touche les sciences biomédicales. Les données publiées sont modelées pour servir les intérêts de l'industrie pharmaceutique. Les autres, les gênantes, restent dans l'ombre sous le sceau du secret industriel.

Il aura fallu toute l'expérience du Dr de Lorgeril, médecin et scientifique de renommée internationale, pour arriver à cette conclusion implacable :

**Tous les médicaments anticholestérol, les anciens comme les nouveaux, sont toxiques du fait de leur mode d'action et aussi parce qu'ils privent le corps d'un facteur protecteur : le cholestérol !**

Cette *horrible vérité* appelle trois mesures d'urgence : l'information immédiate des patients, **le retrait des statines du marché** et un moratoire sur la commercialisation des anti-PCSK9, la nouvelle génération d'anticholestérol.

*Michel de Lorgeril est docteur en médecine, chercheur au CNRS, expert international en cardiologie et nutrition, membre de la Société Européenne de Cardiologie. Il est l'auteur des best-sellers Cholestérol, mensonges et propagande et Prévenir l'infarctus et l'AVC.*

[www.thierrysoucar.com](http://www.thierrysoucar.com)

Prix 16,90 € TTC France

ISBN 978-2-36549-156-3



9 782365 491563