

Collection Vivovojo Santé

# Cœur, cholestérol et vérité

Ce que la science dit vraiment sur les maladies cardiovasculaires

Dr Michel de Lorgeril

Médecin cardiologue · Chercheur au CNRS · Expert en nutrition et méthodologie des sciences

50 ans de recherche pour une cardiologie libérée des dogmes

Cet ouvrage est basé sur une conférence du Dr Michel de Lorgeril pour Vivovojo. Il est destiné à l'information et à l'éducation. Il ne remplace en aucun cas une consultation médicale personnalisée. Consultez votre médecin avant de modifier un traitement ou votre mode de vie.



# Avant-propos

*De l'épidémie silencieuse à la reconquête de la santé*

Durée de lecture : 4 min

---



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« On a des solutions pour tous. On connaît les solutions désormais. »*

Les maladies cardiovasculaires tuent. Elles tuent massivement, silencieusement, et depuis plus d'un siècle. En France, elles emportent environ 150 000 personnes chaque année. Dans le monde, elles frappent des centaines de millions d'individus et restent la première cause de mortalité, aussi bien dans les pays riches que dans les pays en développement. Pourtant, derrière ces chiffres vertigineux se cache une vérité que peu de voix osent porter : nous savons comment les prévenir.

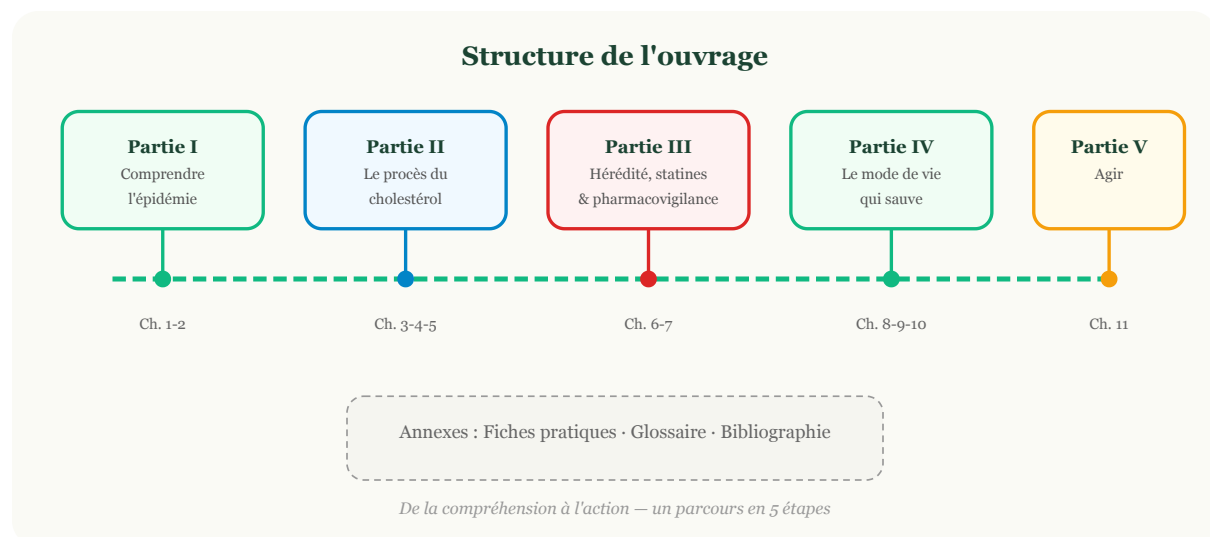
Ce livre est né d'une conviction partagée entre le Dr Michel de Lorgeril et l'équipe de Vivovojo : la connaissance scientifique ne devrait pas rester enfermée dans les laboratoires et les revues spécialisées. Elle doit parvenir à ceux qu'elle peut sauver — c'est-à-dire chacun d'entre nous.

Michel de Lorgeril n'est pas un médecin ordinaire. Cardiologue, chercheur au CNRS pendant des décennies, expert reconnu en nutrition et en méthodologie des sciences médicales, il a consacré près de cinquante ans de sa vie à comprendre pourquoi les artères se bouchent, pourquoi certains peuples semblent protégés quand d'autres succombent, et surtout comment la science — la vraie science, indépendante des intérêts commerciaux — peut nous montrer le chemin de la prévention.

Son parcours l'a conduit de Paris à Toulouse, de Genève à Montréal, et finalement à Lyon, où il a mené l'une des études les plus marquantes de l'histoire de la cardiologie préventive : l'étude de Lyon sur le régime méditerranéen. Ses conclusions ont été confirmées par des équipes du monde entier, et jamais contredites. Ce sont ces conclusions, et bien d'autres enseignements tirés d'un demi-siècle de recherche, que cet ouvrage vous propose de découvrir.

## Ce que vous trouverez dans ce livre

Cet ouvrage est structuré en cinq parties qui vous guideront progressivement de la compréhension à l'action. La première partie retrace l'histoire de l'épidémie cardiovasculaire du XXe siècle et vous explique ce qui se passe réellement dans vos artères — loin des simplifications habituelles. La deuxième partie instruit le procès du cholestérol, en examinant les données scientifiques plutôt que les dogmes. La troisième partie aborde la question de l'hérédité et des statines avec une rigueur que vous ne trouverez que rarement ailleurs. La quatrième partie vous fait découvrir le mode de vie qui protège, avec au cœur le régime méditerranéen. Enfin, la cinquième partie ouvre la voie vers une médecine de précision, individualisée, fondée sur le dialogue entre soignants et soignés.



*Les cinq parties de l'ouvrage — un parcours de la compréhension à l'action*

## Notre méthode éditoriale

Ce livre est la mise en forme éditoriale enrichie d'un webinaire donné par le Dr de Lorgeril. Nous avons appliqué un principe simple mais exigeant : fidélité totale à la pensée de l'auteur, enrichissement éditorial au service du lecteur. Concrètement, cela signifie que toutes les citations entre guillemets dans les encadrés verts sont des propos exacts du Dr de Lorgeril, retranscrits mot pour mot. Les développements en prose qui les accompagnent restituent fidèlement ses analyses et ses conclusions. Les enrichissements éditoriaux — données chiffrées complémentaires, contexte historique, illustrations pédagogiques, fiches pratiques — sont clairement identifiés et visent à prolonger la réflexion de l'auteur sans jamais en altérer le fond.

Aucune opinion du Dr de Lorgeril n'a été modifiée, nuancée ou contredite dans ces pages. Ce livre porte sa voix, sa rigueur et ses convictions.

### ⚡ **Avertissement médical**

Cet ouvrage est destiné à l'information et à l'éducation du public. Il ne remplace en aucun cas une consultation médicale personnalisée. Les informations présentées ne constituent pas des conseils médicaux individuels. Avant de modifier un traitement en cours ou d'adopter de nouvelles habitudes alimentaires ou d'activité physique, consultez votre médecin traitant ou votre cardiologue. Chaque situation médicale est unique et mérite une évaluation personnalisée — c'est d'ailleurs l'un des messages fondamentaux de ce livre.

### 🔑 **Ce qu'il faut retenir**

- **Un livre fondé sur 50 ans de recherche** — Le Dr de Lorgeril apporte l'expertise d'un demi-siècle de cardiologie et de méthodologie scientifique
- **Fidélité totale à l'auteur** — Toutes les citations sont des verbatims exacts ; aucune opinion n'est modifiée
- **De la compréhension à l'action** — Cinq parties progressives pour devenir acteur de sa santé cardiovasculaire
- **Des solutions existent** — La prévention cardiovasculaire est aujourd'hui un domaine mature, avec des réponses pour chacun



# Dr Michel de Lorgeril

Portrait d'un cardiologue libre

Durée de lecture : 4 min



## Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence

*« J'ai passé deux ans sur mon bateau en Méditerranée à découvrir le monde méditerranéen, à découvrir les peuples méditerranéens, leur façon de vivre, leur façon de se nourrir. Et ça m'a vraiment programmé pour travailler sur les habitudes alimentaires méditerranéennes. »*

Il y a des parcours qui ne s'inventent pas. Celui du Dr Michel de Lorgeril est l'histoire d'un médecin qui a traversé un demi-siècle de cardiologie avec une boussole constante : la rigueur scientifique au service du patient, jamais au service d'un dogme.

## Dr Michel de Lorgeril

Médecin cardiologue · Chercheur au CNRS · Expert en nutrition et méthodologie des sciences

Né en Algérie, formé à Paris et Toulouse, forgé à Genève, Montréal et Lyon. Auteur de l'étude de Lyon sur le régime méditerranéen. Près de 50 ans de pratique en cardiologie et en méthodologie des sciences médicales.

## Les racines méditerranéennes

Michel de Lorgeril est né en Algérie, au bord de cette Méditerranée qui allait devenir le fil conducteur de toute sa carrière scientifique. Sa jeunesse s'écoule au rythme du soleil, du vent marin et des saveurs d'un monde que la médecine moderne redécouvrira bien plus tard comme un modèle de santé. C'est là, sans le savoir encore, que s'enracine une intuition qui deviendra conviction scientifique : les peuples méditerranéens possèdent dans leur mode de vie un trésor de protection cardiovasculaire.

Après ses études secondaires, le jeune de Lorgeril monte à Paris, où il passe le concours de médecine au CHU Saint-Antoine. Mais l'appel du Sud est tenace, et c'est à Toulouse qu'il choisit de poursuivre sa formation et de soutenir sa thèse de médecine, en 1978. Cette thèse n'est pas un exercice académique ordinaire : elle porte sur un essai clinique randomisé en double aveugle, une méthodologie alors à la pointe de la science médicale. L'étude sera publiée dans le *New England Journal of Medicine*, la plus prestigieuse revue médicale au monde.



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« J'ai eu cette chance extraordinaire, tout jeune médecin, même pas encore diplômé, d'être impliqué dans un essai clinique randomisé en double aveugle qui, à l'époque, n'était pas pratiqué par l'industrie pharmaceutique. »*

## **Deux ans sur un bateau**

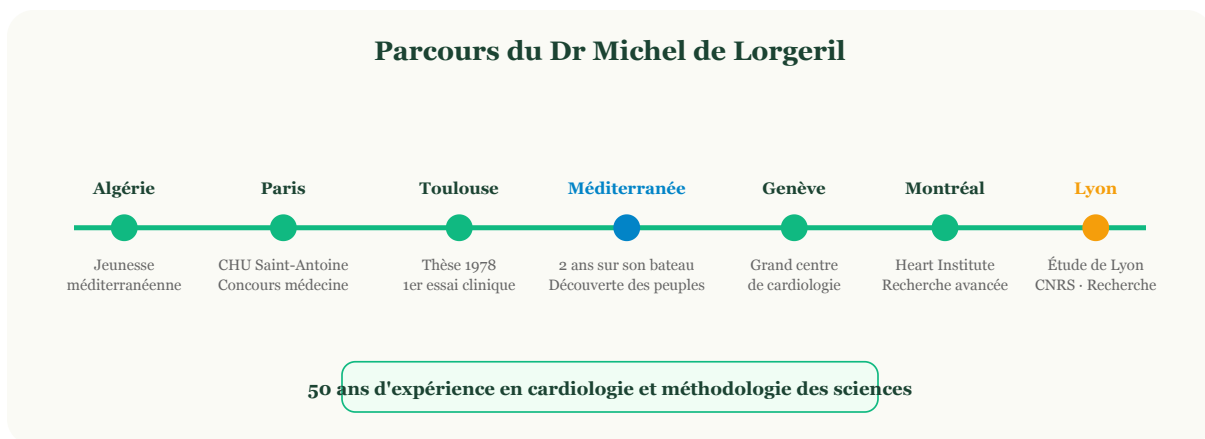
Au cours de son parcours universitaire, de Lorgeril fait ce que peu de médecins osent faire : il s'arrête. Fatigué par des années de travail intense, il largue les amarres — au sens propre — et passe deux ans à naviguer en Méditerranée. Ce périple n'est pas une parenthèse : c'est une révélation. En visitant les côtes de Grèce, d'Italie, d'Espagne et du Maghreb, il observe de ses propres yeux ce que les statistiques de la recherche épidémiologique commencent à peine à révéler : ces peuples vivent différemment, mangent différemment, et meurent beaucoup moins de maladies cardiovasculaires que les Américains ou les Scandinaves.

Cette expérience le « programme », selon ses propres mots, pour consacrer sa vie de chercheur aux habitudes alimentaires méditerranéennes et à leur rôle dans la prévention des maladies du cœur.

## Les grands centres de cardiologie

De retour dans le monde académique, de Lorgeril rejoint Genève, où il intègre l'un des plus grands centres de cardiologie d'Europe. Il y découvre aussi, avec une certaine amertume, le mépris dans lequel sont tenus les migrants méditerranéens et leurs habitudes alimentaires — l'ail et le poisson, piliers de la diète méditerranéenne, y sont moqués. Il traverse ensuite l'Atlantique pour rejoindre le Montreal Heart Institute, au Canada, un centre de recherche cardiologique de renommée mondiale.

C'est finalement à Lyon qu'il s'installe durablement, en tant que chercheur au CNRS. C'est là qu'il développe ses propres programmes de recherche et conduit l'étude qui fera sa renommée internationale : l'étude de Lyon sur le régime méditerranéen, un essai randomisé d'une rigueur méthodologique exemplaire dont les résultats n'ont jamais été contredits.



*Le parcours du Dr de Lorgeril — de l'Algérie à Lyon, en passant par la Méditerranée*

## Un expert en méthodologie scientifique

Ce qui distingue le Dr de Lorgeril de beaucoup de ses confrères, c'est sa double expertise : clinicien et méthodologue. Depuis sa thèse de 1978, il n'a jamais cessé de pratiquer, d'enseigner et de perfectionner les techniques de l'essai clinique — cet outil

fondamental de la science médicale qui permet de distinguer ce qui marche de ce qui ne marche pas, ce qui est prouvé de ce qui est prétendu.



### **Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« J'ai presque 50 ans d'expérience en méthodologie scientifique. C'est une technique, l'essai clinique, c'est pas la science médicale, c'est un outil utilisé par la science médicale pour développer les connaissances scientifiques. »*

Cette expertise méthodologique est au fondement de tout ce que le Dr de Lorgeril avance dans ses travaux et dans cette conférence. Lorsqu'il affirme que le cholestérol est innocent, que les statines sont toxiques, ou que le régime méditerranéen est la stratégie de prévention la plus solidement démontrée, il le fait en s'appuyant sur des décennies d'analyse critique des essais cliniques — les siens comme ceux des autres. C'est cette rigueur qui donne à sa parole son poids et sa crédibilité, dans un domaine où la désinformation est, selon lui, structurelle.

### **Ce qu'il faut retenir**

- **Un parcours international d'exception** — Paris, Toulouse, Genève, Montréal, Lyon : les plus grands centres de cardiologie
- **La Méditerranée comme révélation** — Deux ans de navigation qui ont orienté toute une carrière de recherche
- **L'étude de Lyon** — Un essai randomisé historique sur le régime méditerranéen, jamais contredit
- **50 ans de méthodologie scientifique** — La rigueur de l'essai clinique comme boussole permanente





# L'épidémie du siècle

*Quand les maladies cardiovasculaires ont submergé l'Occident*

Durée de lecture : 6 min · 2 illustrations



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Ça démarre à peu près en 1920. Tout d'un coup, les maladies cardiovasculaires explosent dans le monde occidental. »*

Le mot « épidémie » évoque spontanément les grandes pestes, le choléra ou la grippe espagnole — des fléaux infectieux qui surgissent, ravagent et disparaissent. Mais le XXe siècle a connu une épidémie d'un genre radicalement nouveau : non pas causée par un microbe, mais par un mode de vie. Une épidémie silencieuse, progressive, et d'une ampleur sans précédent dans l'histoire de la médecine.

## L'explosion

Le Dr de Lorgeril situe le point de départ de cette catastrophe sanitaire aux alentours de 1920. À cette époque, les maladies cardiovasculaires — infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque — commencent à frapper le monde occidental avec une violence croissante. Le phénomène s'accélère après la Seconde Guerre mondiale, porté par les transformations profondes des sociétés industrialisées : urbanisation massive, modification des habitudes alimentaires, généralisation du tabagisme, et sédentarité croissante liée aux nouveaux modes de travail.

Le pic est atteint aux États-Unis aux alentours de 1970. Les chiffres sont, selon le Dr de Lorgeril, « épouvantables » : jusqu'à 1 200 000 décès cardiovasculaires par an pour une population de 250 millions d'habitants. Pour donner un ordre de grandeur, cela représente un Américain sur deux cents qui meurt chaque année d'une maladie du cœur ou des vaisseaux. Et les victimes ne sont pas uniquement des personnes âgées : l'épidémie frappe massivement des hommes jeunes, dans la force de l'âge, tandis que les femmes semblent bénéficier d'une protection relative — un phénomène que la recherche mettra des décennies à élucider.



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« C'était vraiment quelque chose d'épouvantable. Ça concernait des hommes jeunes, surtout. Les femmes avaient apparemment été protégées. »*

1920

Début de l'épidémie dans le monde occidental

≈1970

Pic de mortalité aux États-Unis

1,2 M

Décès CV par an aux USA au pic

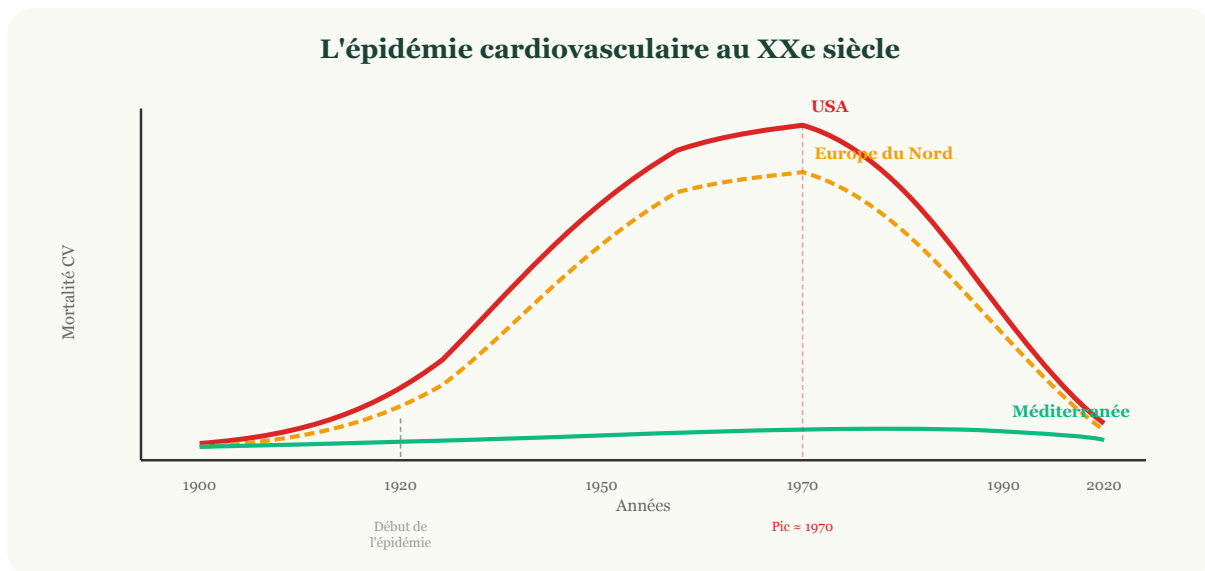
150 000

Décès CV par an en France aujourd'hui

## Une pandémie occidentale

Ce que souligne le Dr de Lorgeril, c'est que ce fléau ne se limite pas aux États-Unis. On pourrait « presque parler de pandémie », dit-il, car pratiquement tous les pays occidentaux sont touchés. Le Royaume-Uni, les pays scandinaves, les Pays-Bas, l'Australie — tout le nord de l'Europe et les nations anglo-saxonnes voient leurs populations décimées par les maladies cardiovasculaires. Des programmes de recherche d'une ampleur inédite sont lancés, financés par des gouvernements confrontés à une crise de santé publique majeure.

Mais — et c'est là que l'histoire devient passionnante — tous les pays ne sont pas frappés de la même manière. Les populations méditerranéennes semblent miraculeusement épargnées. Les Crétois, les Grecs de Corfou, les Italiens du Sud, les Japonais présentent des taux de mortalité cardiovasculaire extraordinairement bas, parfois proches de zéro. Ce contraste spectaculaire entre le Nord et le Sud, entre l'Occident industrialisé et les sociétés traditionnelles, va devenir l'une des énigmes médicales les plus fécondes du XXe siècle.

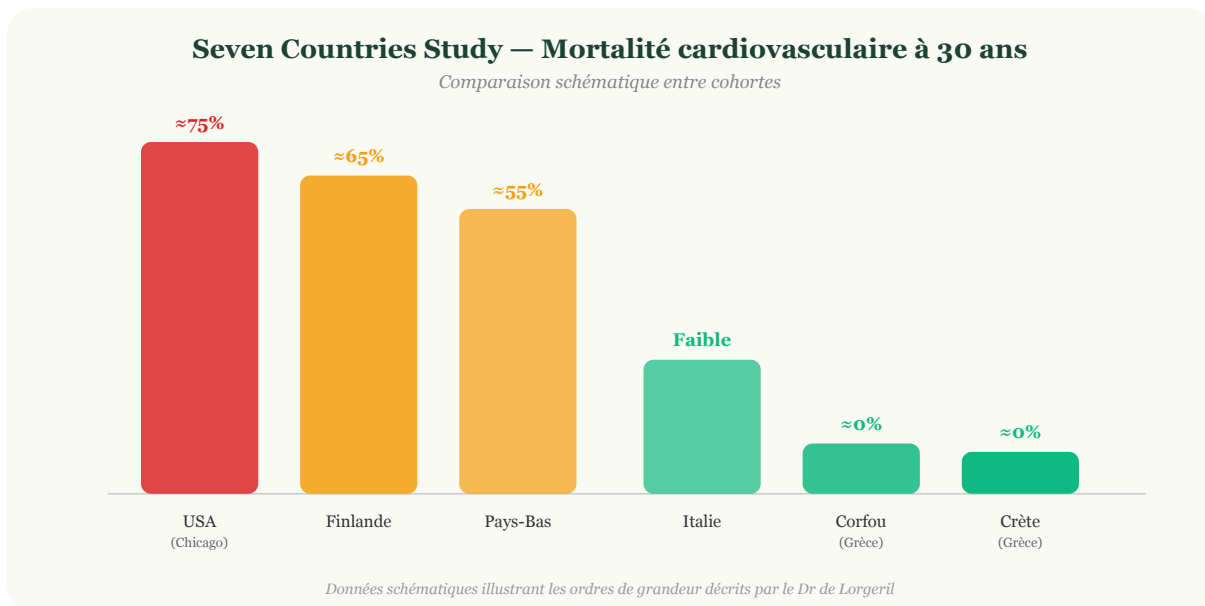


*L'épidémie cardiovasculaire au XXe siècle — un contraste saisissant entre les pays occidentaux et les populations méditerranéennes*

## Le déclin et ses mystères

Après le pic des années 1970, un phénomène tout aussi remarquable se produit : la mortalité cardiovasculaire commence à décliner rapidement dans les pays les plus touchés. Aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Scandinavie, les courbes s'inversent. Là encore, le Dr de Lorgeril note qu'il a « fallu du temps pour comprendre ce qui se passait ». Plusieurs facteurs convergent pour expliquer ce recul : la prise de conscience progressive du rôle du tabac, l'émergence de l'activité physique de loisirs, les progrès de la médecine d'urgence (défibrillateur, unités de soins intensifs coronariens), et — nous y reviendrons longuement — l'amélioration des habitudes alimentaires dans certaines couches de la population.

Pourtant, en dépit de cette amélioration relative, les maladies cardiovasculaires restent aujourd'hui la première cause de décès dans le monde. En France, elles tuent environ 150 000 personnes par an. L'épidémie a reculé, mais elle n'a pas disparu. Et pour le Dr de Lorgeril, la raison en est simple : les solutions sont connues, mais elles ne sont pas appliquées — ou pas correctement.



*Seven Countries Study — Mortalité cardiovasculaire à 30 ans selon les cohortes géographiques*



### **Enrichissement éditorial — La Seven Countries Study**

Lancée dans les années 1950 par le physiologiste américain Ancel Keys, la Seven Countries Study est l'une des premières grandes études épidémiologiques à comparer la mortalité cardiovasculaire entre différents pays. Des cohortes d'hommes ont été suivies pendant 30 ans aux États-Unis (Chicago), en Finlande, aux Pays-Bas, en Italie, en Grèce (Crète et Corfou) et au Japon. Les résultats, publiés dans les années 1980, ont révélé des écarts de mortalité spectaculaires qui ont profondément influencé la recherche en nutrition et en cardiologie préventive.

#### **⚠ Avertissement**

Les données chiffrées présentées dans ce chapitre sont des ordres de grandeur destinés à illustrer l'ampleur du phénomène épidémique. Pour des données

épidémiologiques précises et actualisées, consultez les publications de l'Organisation mondiale de la Santé et de Santé publique France.

### **Ce qu'il faut retenir**

- **Une épidémie sans précédent** — À partir de 1920, les maladies cardiovasculaires ont explosé dans tout le monde occidental
- **Des chiffres terrifiants** — Jusqu'à 1,2 million de décès par an aux États-Unis au pic de l'épidémie
- **Un contraste géographique révélateur** — Les populations méditerranéennes et japonaises étaient quasi épargnées
- **Un déclin réel mais incomplet** — Les maladies CV restent la première cause de décès dans le monde
- **Les solutions existent** — Mais elles ne sont pas suffisamment appliquées





# Ce qui se passe dans vos artères

*Athérosclérose, endothélium et thrombose — les vrais mécanismes*

Durée de lecture : 7 min · 3 illustrations



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« L'athérome ou l'athéromatose, ça n'existe pas. C'est dur comme du bois et ce n'est pas de la bouillie. »*

Avant de pouvoir comprendre pourquoi le cholestérol a été accusé à tort, il faut d'abord comprendre ce qui se passe réellement à l'intérieur de vos artères lorsque la maladie cardiovasculaire s'installe. Le Dr de Lorgeril insiste sur un point fondamental : le vocabulaire même utilisé par la médecine conventionnelle trahit une incompréhension du mécanisme réel.

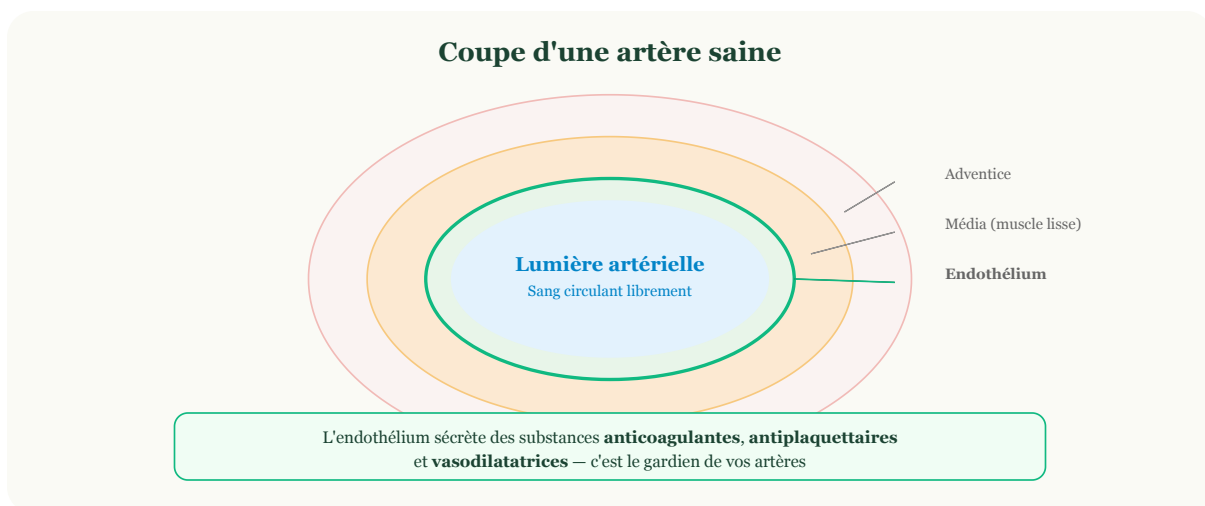
## Un mot trompeur : l'athérome

Quand un médecin conventionnel parle d'« athérome », de « plaque d'athérome » ou d'« athéromatose », il utilise un vocabulaire que le Dr de Lorgeril qualifie de « concentré d'erreurs ». L'étymologie est révélatrice : en grec ancien, *athéra* signifie « bouillie ». Or, comme il le souligne avec vigueur, la plaque qui se forme dans les artères malades n'a rien d'une bouillie. Elle est dure, calcifiée, rigide — « dure comme du bois ». Et c'est précisément parce qu'elle est dure qu'elle peut obstruer partiellement le flux sanguin. Si c'était de la bouillie, la pression artérielle — considérable — la disperserait immédiatement.

Ce n'est pas un détail de vocabulaire. Pour le Dr de Lorgeril, cette confusion lexicale reflète une confusion conceptuelle qui a des conséquences cliniques majeures. Parler d'athérome, c'est déjà s'engager sur une piste explicative erronée — celle qui conduit tout droit à accuser le cholestérol d'être le coupable.

## L'endothélium : le gardien de vos artères

Pour comprendre la maladie artérielle, il faut revenir à la physiologie de base. Vos artères ne sont pas de simples tuyaux : ce sont des organes vivants, dotés de plusieurs couches de tissu, chacune ayant une fonction précise. La couche la plus interne — celle qui est en contact direct avec le sang — s'appelle l'endothélium. C'est une monocouche de cellules extraordinairement spécialisées, un véritable organe en soi.



*Coupe d'une artère saine — l'endothélium tapisse l'intérieur et protège le vaisseau*

En temps normal, l'endothélium accomplit un travail remarquable. Il sécrète en permanence des substances anticoagulantes qui empêchent le sang de former des caillots à l'intérieur des vaisseaux. Il produit des molécules antiplaquettaires qui empêchent les plaquettes sanguines de s'agréger. Et il libère des substances vasodilatatrices qui maintiennent les artères souples et ouvertes. Tant que l'endothélium fonctionne correctement, le sang circule librement, sans coaguler, sans former de caillot, sans boucher quoi que ce soit.



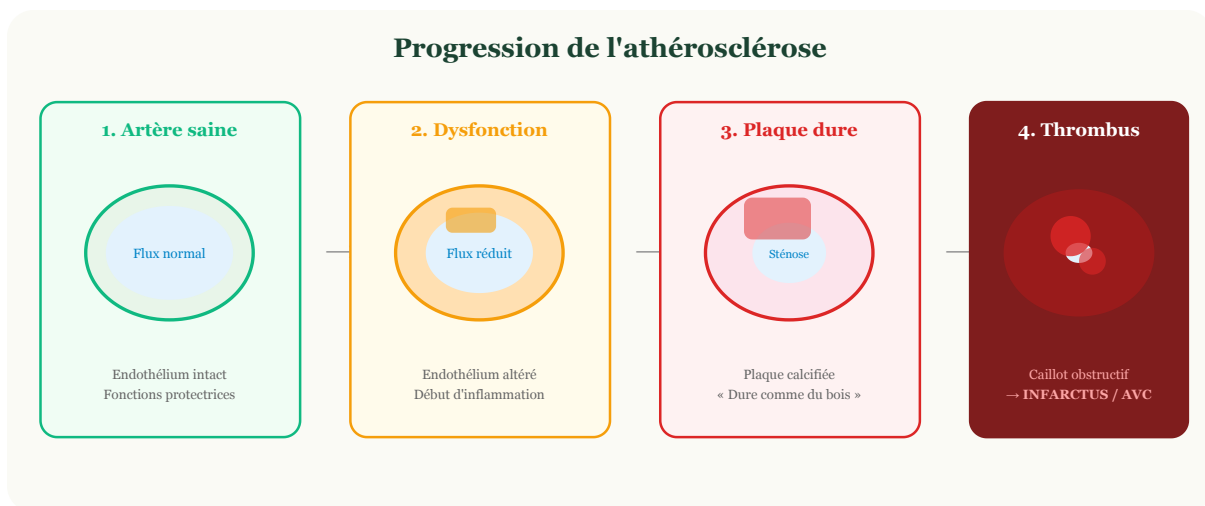
## **Enrichissement éditorial — Les fonctions de l'endothélium**

L'endothélium vasculaire est aujourd'hui reconnu comme l'un des organes les plus importants du corps humain. Avec une surface totale estimée à environ 400 m<sup>2</sup> chez l'adulte — soit la taille d'un terrain de tennis et demi — il produit notamment le monoxyde d'azote (NO), puissant vasodilatateur, ainsi que la prostacycline et d'autres médiateurs qui régulent en permanence le tonus vasculaire, la coagulation et l'inflammation.

## **La dysfonction endothéliale : le vrai point de départ**

C'est lorsque cet endothélium commence à mal fonctionner que les ennuis arrivent. Le Dr de Lorgeril est catégorique sur ce point : la dysfonction endothéliale est le véritable point de départ de la maladie artérielle. Ce n'est pas un excès de cholestérol dans le sang qui initie le processus — c'est la détérioration de cette couche protectrice interne.

Quand l'endothélium est agressé — par le tabac, par une alimentation inadaptée, par le stress oxydatif, par la sédentarité, par l'hypertension — il perd progressivement ses fonctions protectrices. Il ne produit plus suffisamment de substances anticoagulantes. Il ne parvient plus à empêcher les plaquettes de s'agréger. Les cellules inflammatoires commencent à infiltrer la paroi artérielle. C'est le début d'un processus lent mais inexorable qui, au fil des années et des décennies, va conduire à la formation de la plaque d'athérosclérose — cette plaque dure, calcifiée, qui rétrécit progressivement la lumière de l'artère.



*De l'artère saine au thrombus — les quatre étapes de la maladie artérielle*

## Le thrombus : la catastrophe finale

Mais le Dr de Lorgeril insiste sur un point crucial que beaucoup de médecins, selon lui, sous-estiment : la plaque d'athérosclérose, en elle-même, ne tue pas. Ce qui tue, c'est le thrombus — le caillot. La catastrophe survient lorsqu'un caillot se forme brusquement dans une artère déjà rétrécie par la plaque. Ce caillot peut boucher complètement l'artère en quelques minutes. Si c'est une artère coronaire qui irrigue le cœur, c'est l'infarctus du myocarde. Si c'est une artère cérébrale, c'est l'accident vasculaire cérébral ischémique.

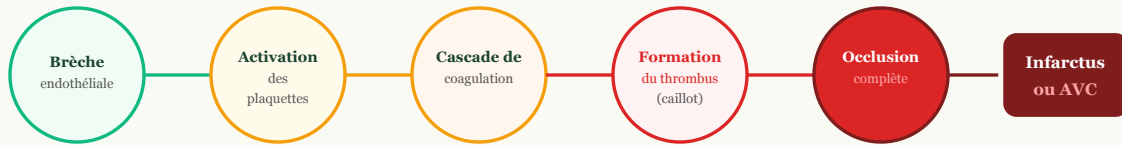


### **Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Le point de départ, c'est la plaque d'athérosclérose. Mais le point final, catastrophique, c'est quand il y a un thrombus, c'est-à-dire un caillot, dans une artère qui va boucher complètement l'artère. Ça, c'est la catastrophe, c'est l'infarctus du myocarde, c'est aussi l'accident vasculaire cérébral ischémique.*

»

## Mécanisme de la thrombose artérielle



*Le point de départ est la dysfonction endothéliale — pas le cholestérol*

*Le mécanisme de la thrombose artérielle — de la brèche endothéliale à l'occlusion complète*

Cette distinction entre la plaque et le thrombus est fondamentale pour comprendre la suite du raisonnement du Dr de Lorgeril. Si le vrai danger est le caillot — et non le cholestérol déposé dans la paroi artérielle — alors la véritable stratégie de prévention ne consiste pas à baisser le cholestérol avec des médicaments, mais à protéger l'endothélium et à prévenir l'hypercoagulation. C'est exactement ce que font, naturellement, le régime méditerranéen et un mode de vie adapté — comme nous le verrons dans les chapitres suivants.

### ⚠ **Avertissement**

Les explications physiologiques de ce chapitre sont des simplifications pédagogiques destinées au grand public. La physiopathologie de l'athérosclérose et de la thrombose est un domaine complexe faisant l'objet de recherches actives. Pour une évaluation de votre risque cardiovasculaire personnel, consultez votre médecin.

### 🔑 **Ce qu'il faut retenir**

- **L'athérome n'est pas de la « bouillie »** — La plaque d'athérosclérose est dure et calcifiée, ce que le vocabulaire courant ne reflète pas
- **L'endothélium est le gardien des artères** — Cette couche cellulaire interne sécrète des substances anticoagulantes, antiplaquettaires et vasodilatatrices
- **La dysfonction endothéliale est le vrai point de départ** — C'est la détérioration de l'endothélium qui initie la maladie, pas le cholestérol
- **Le thrombus est la catastrophe finale** — C'est le caillot qui bouche l'artère et provoque l'infarctus ou l'AVC

- **Protéger l'endothélium est la vraie prévention** — Mode de vie et alimentation méditerranéenne agissent à ce niveau





# Le cholestérol est innocent

*Anatomie d'une erreur médicale devenue dogme*

Durée de lecture : 7 min · 2 illustrations



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Le cholestérol est innocent. Définitivement, le cholestérol est innocent. Il ne joue pas de rôle important dans le développement de la plaque d'athérosclérose. »*

Si le chapitre précédent a montré que la maladie artérielle commence par la dysfonction de l'endothélium — et non par un dépôt de cholestérol — alors une question s'impose : comment le cholestérol est-il devenu, dans l'esprit de millions de médecins et de patients, l'ennemi public numéro un du cœur ? Le Dr de Lorgeril apporte une réponse sans ambiguïté : par un enchaînement de simplifications scientifiques, d'intérêts commerciaux et de désinformation structurelle.

## Un accusé sans preuves solides

Le Dr de Lorgeril est formel : lorsqu'on reprend les données scientifiques avec rigueur, en appliquant les critères méthodologiques les plus stricts — ceux qu'il pratique et enseigne depuis près de cinquante ans — on ne trouve pas de preuve convaincante que le cholestérol sanguin soit un facteur causal majeur de l'athérosclérose. Le cholestérol est présent dans la plaque, certes, mais sa présence ne prouve pas qu'il en est la cause. C'est une distinction fondamentale en épistémologie médicale : corrélation n'est pas causalité.

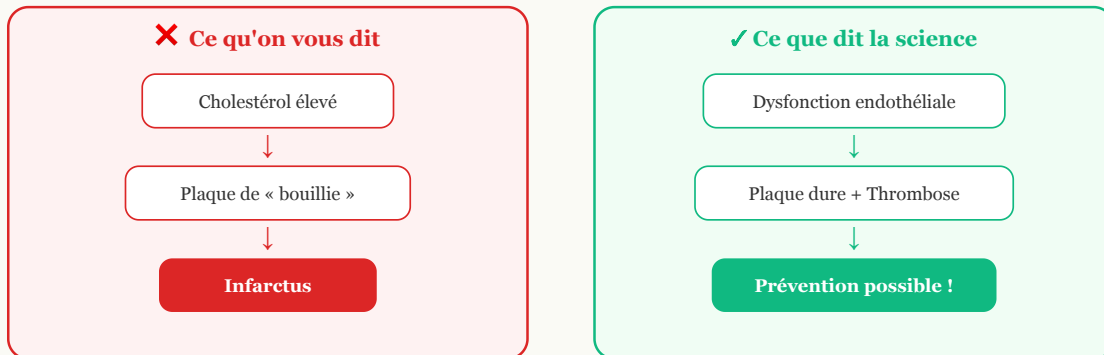
De Lorgeril ne conteste pas que le cholestérol soit un marqueur biologique mesurable, ni qu'il existe des associations statistiques entre certains profils lipidiques et certaines pathologies. Ce qu'il conteste, c'est l'interprétation causale qui a été plaquée sur ces observations, et surtout la conclusion thérapeutique qu'on en a tirée : puisque le cholestérol est « trop haut », il faut le baisser avec un médicament. Ce raisonnement, selon lui, est scientifiquement indéfendable.



### **Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Il y a un espèce de, chez les conventionnels, de consensus pour dire il faut absolument baisser le cholestérol, le cholestérol est trop haut, il faut absolument le baisser. En fait, les données scientifiques ne disent pas ça du tout. »*

### **Deux visions de la maladie artérielle**



*D'après les travaux du Dr de Lorgeril et la littérature scientifique internationale*

*Deux visions de la maladie artérielle — le dogme du cholestérol face à la réalité scientifique*

## **La mécanique de la désinformation**

Comment une théorie scientifiquement fragile a-t-elle pu devenir un dogme médical mondial ? Pour le Dr de Lorgeril, la réponse est limpide : la désinformation. Mais attention — pas la désinformation grossière qu'on imagine, faite de mensonges flagrants. Une désinformation subtile, institutionnalisée, qui tire sa force du fait qu'elle est relayée par les acteurs les plus respectés du système de santé.

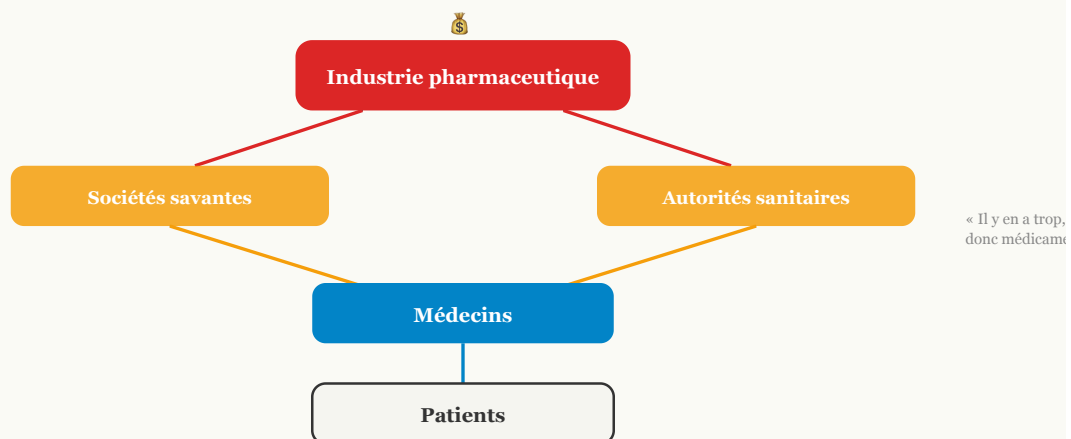
L'industrie pharmaceutique est le moteur économique de cette construction. Les médicaments anticholestérol — les statines en tête — représentent un marché de plusieurs dizaines de milliards de dollars par an à l'échelle mondiale. Mais le Dr de Lorgeril insiste sur un point essentiel : le problème ne se réduit pas à l'industrie. La désinformation est propagée avec la même conviction par les sociétés savantes de cardiologie, par les autorités sanitaires gouvernementales et, in fine, par les médecins eux-mêmes, qui appliquent les recommandations officielles sans toujours en vérifier les fondements scientifiques.



### **Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Cette désinformation, elle n'est pas simplement propagée par l'industrie, elle est aussi propagée par les sociétés savantes, par les gouvernants, les autorités sanitaires. »*

#### **Le circuit de la désinformation sur le cholestérol**



*Le circuit de la désinformation — de l'industrie au patient, en passant par les institutions*

## **Le poids des intérêts commerciaux**

Pour comprendre la persistance du dogme, il faut mesurer l'ampleur des enjeux financiers. Le raisonnement commercial est d'une simplicité redoutable : si le cholestérol est « trop haut », il faut le baisser ; et pour le baisser, il faut un médicament. Ce syllogisme — faux selon de Lorgeril — est devenu le fondement d'une

industrie colossale. Les statines, prescrites à des centaines de millions de personnes dans le monde, sont parmi les médicaments les plus vendus de l'histoire de la pharmacie.

Or, le Dr de Lorgeril rappelle un fait fondamental de la méthodologie scientifique : contrairement au régime méditerranéen, pour lequel il n'existe « pas une seule étude négative », les essais cliniques sur les médicaments anticholestérol présentent de nombreuses études négatives — c'est-à-dire des études qui ne montrent pas le bénéfice attendu. En termes poppériens, la théorie du cholestérol comme cause des maladies cardiovasculaires est réfutable — et elle a été réfutée à de multiples reprises. Mais ces réfutations sont systématiquement minimisées, ignorées ou réinterprétées pour maintenir le dogme en place.



### **Enrichissement éditorial — Karl Popper et la réfutabilité**

Karl Popper (1902-1994), philosophe autrichien considéré comme le fondateur de l'épistémologie moderne, a établi que le critère de scientificité d'une théorie est sa réfutabilité : une théorie est scientifique si et seulement si elle peut, en principe, être contredite par des observations. Si une théorie résiste à des tentatives répétées de réfutation, elle est « corroborée » — mais jamais définitivement prouvée. Le Dr de Lorgeril applique ce critère avec rigueur : la théorie du cholestérol a été réfutée par de nombreuses études négatives, tandis que les bénéfices du régime méditerranéen n'ont jamais pu l'être.

## **Ce que dit la science indépendante**

Le Dr de Lorgeril ne se contente pas de critiquer le dogme : il oppose à la théorie du cholestérol une vision alternative solidement documentée. L'athérosclérose n'est pas une maladie du cholestérol — c'est une maladie de l'endothélium et de la coagulation. Le cholestérol que l'on trouve dans les plaques y est présent comme un témoin, pas comme un coupable. De la même manière que la présence de pompiers sur le lieu d'un incendie ne signifie pas que les pompiers ont mis le feu.

Ce qui provoque la catastrophe cardiovasculaire — l'infarctus, l'AVC — c'est le thrombus, le caillot. Et la prévention du thrombus passe par la protection de l'endothélium et la lutte contre l'hypercoagulation, pas par l'abaissement artificiel du cholestérol. C'est toute la logique de la prévention telle que la conçoit le Dr de Lorgeril, et c'est ce qui donne au régime méditerranéen sa puissance protectrice : il agit sur les vrais mécanismes de la maladie.

**La question fondamentale** : Si le cholestérol n'est pas la cause, pourquoi prescrire des médicaments pour le baisser ? C'est précisément cette question que le Dr de Lorgeril pose depuis des décennies — et à laquelle, selon lui, la médecine conventionnelle n'a jamais apporté de réponse scientifiquement satisfaisante.

### ⚠ **Avertissement**

Ce chapitre présente les analyses et convictions du Dr de Lorgeril, fondées sur ses recherches et sa lecture de la littérature scientifique. Les recommandations officielles des sociétés de cardiologie diffèrent sur certains points. Ne modifiez jamais un traitement en cours sans l'avis de votre médecin.

### 🔑 **Ce qu'il faut retenir**

- **Le cholestérol est innocent** — Les données scientifiques rigoureuses ne soutiennent pas la théorie du cholestérol comme cause majeure de l'athérosclérose
- **Corrélation n'est pas causalité** — La présence de cholestérol dans les plaques ne prouve pas qu'il en est la cause
- **La désinformation est structurelle** — Elle implique l'industrie, les sociétés savantes et les autorités sanitaires
- **De nombreuses études négatives existent** — Contrairement au régime méditerranéen, les médicaments anticholestérol ont échoué dans de multiples essais
- **La vraie prévention cible l'endothélium et la coagulation** — Pas le cholestérol



# Le mythe du bon et du mauvais cholestérol

*Walt Disney, Blanche-Neige et la réalité biochimique*

Durée de lecture : 5 min · 2 illustrations

---



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Une molécule qui serait bonne quelquefois et mauvaise à d'autres moments, vous voyez, c'est du Walt Disney, c'est du Blanche-Neige. Un scientifique sérieux, il ne peut pas adhérer à ce genre de théorie. »*

Si le cholestérol n'est pas coupable, que penser de sa déclinaison la plus célèbre dans le langage médical courant : le « bon » et le « mauvais » cholestérol ? Le Dr de Lorgeril est sans appel : cette distinction est une absurdité scientifique qui inquiète des millions de patients pour rien.

## Une fable biochimique

Chaque année, des millions de Français reçoivent les résultats de leur bilan lipidique et scrutent anxieusement les lignes « HDL » et « LDL ». Le HDL, c'est le « bon » — celui qu'il faut avoir haut. Le LDL, c'est le « mauvais » — celui qu'il faut avoir bas. Si le bon est bas et le mauvais est haut, c'est la panique. Le Dr de Lorgeril décrit cette scène avec une ironie mordante : les patients rentrent du laboratoire terrifiés, persuadés qu'ils vont mourir.

Or, cette distinction entre « bon » et « mauvais » cholestérol est, selon lui, scientifiquement indéfendable. Il rappelle une évidence biochimique que le grand public ignore le plus souvent : le HDL et le LDL ne sont pas des types différents de cholestérol. Ce sont des lipoprotéines — c'est-à-dire des véhicules de transport. Le cholestérol est une seule et même molécule, essentielle au fonctionnement de chaque cellule de l'organisme. Les lipoprotéines HDL et LDL sont simplement les « camions » qui transportent cette molécule d'un endroit à l'autre dans le sang.



### Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence

*« Le bon et le méchant, pourquoi pas le truand, c'est absurde. Et on a des données scientifiques, il suffit de les regarder, il suffit de travailler pour constater les évidences. »*

#### HDL et LDL — La réalité biochimique

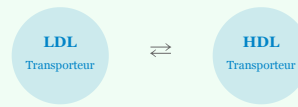
##### ✗ Le mythe populaire



*« C'est du Walt Disney, c'est du Blanche-Neige »*

— Dr de Lorgeril

##### ✓ La réalité scientifique



Les deux sont des lipoprotéines de transport — ni bonnes, ni mauvaises

**Fonctions complémentaires**

*HDL et LDL — deux transporteurs complémentaires, ni bons ni mauvais*

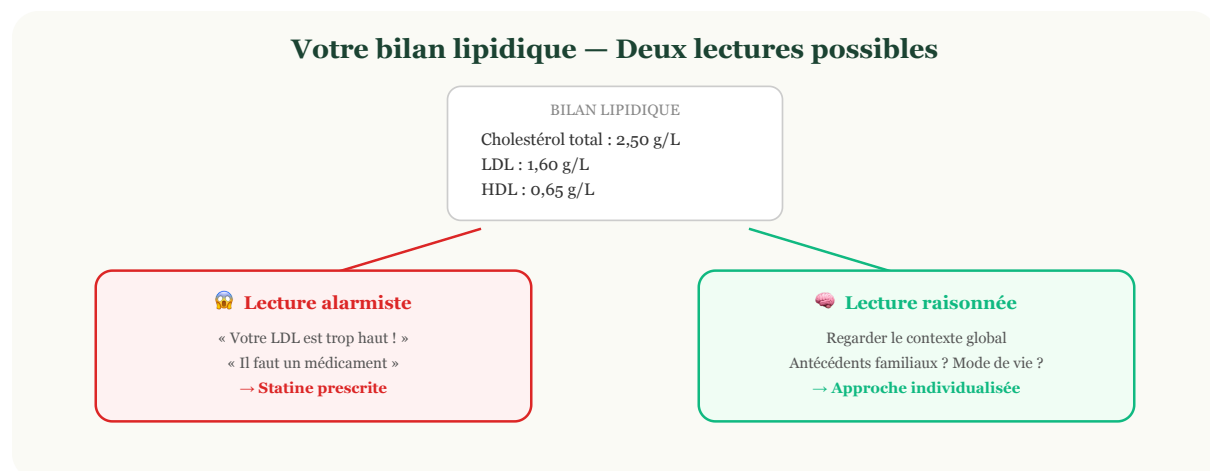
## Pourquoi cette simplification persiste

Comment une distinction aussi contestable a-t-elle pu s'ancrer aussi profondément dans la culture médicale et populaire ? La réponse est la même que pour le dogme du cholestérol en général : elle sert une logique commerciale. Si le LDL est « mauvais », alors il faut le baisser. Et pour le baisser, il faut des médicaments — les statines, qui agissent principalement sur le LDL. La distinction bon/mauvais n'est pas née de la science : elle est née du besoin de simplifier un message commercial.

Le Dr de Lorgeril souligne que les données scientifiques solides ne soutiennent pas cette dichotomie. Il existe des personnes avec un LDL élevé qui vivent très longtemps en parfaite santé. Il existe des personnes avec un HDL élevé qui font des infarctus. Les essais cliniques qui ont tenté d'améliorer le pronostic cardiovasculaire en augmentant le HDL — avec des médicaments développés à grands frais — se sont soldés par des échecs retentissants. Si le HDL était vraiment « bon », l'augmenter devrait protéger le cœur. Or, ce n'est pas ce qu'on observe.

## L'anxiété du bilan lipidique

Au-delà de l'erreur scientifique, le Dr de Lorgeril dénonce les conséquences humaines de cette fable. Des millions de personnes vivent dans l'angoisse de leurs chiffres de cholestérol. Elles se privent d'aliments parfaitement sains — les œufs, le fromage, le beurre — par peur d'un ennemi imaginaire. Elles acceptent sans broncher des médicaments aux effets indésirables réels pour combattre un risque théorique. Et le dialogue avec leur médecin se résume trop souvent à une lecture mécanique de chiffres sur une feuille de laboratoire, sans aucune prise en compte du contexte global : antécédents familiaux, mode de vie, alimentation, état de l'endothélium vasculaire.



*Deux lectures possibles d'un même bilan lipidique — l'alarmisme vs l'approche raisonnée*

Le message du Dr de Lorgeril est clair : il faut sortir de cette logique binaire. Le cholestérol n'est ni bon ni mauvais, ni ami ni ennemi. C'est une molécule biologique essentielle, dont les taux dans le sang doivent être interprétés en contexte — pas de manière isolée et encore moins dans une perspective uniquement médicamenteuse.

## ⚠ Avertissement

Ce chapitre présente l'analyse du Dr de Lorgeril. Les recommandations officielles de cardiologie continuent d'utiliser la distinction HDL/LDL comme outil d'évaluation. Ne modifiez pas votre traitement sans consulter votre médecin.

## 🔑 Ce qu'il faut retenir

- **Le « bon » et le « mauvais » cholestérol n'existent pas** — HDL et LDL sont des transporteurs, pas des types de cholestérol
- **C'est « du Walt Disney »** — Une molécule ne peut pas être bonne et mauvaise selon les circonstances
- **La distinction sert une logique commerciale** — Elle simplifie le message en faveur de la prescription médicamenteuse
- **Les tentatives d'augmenter le HDL ont échoué** — Preuve supplémentaire que cette distinction n'a pas de fondement thérapeutique
- **Le bilan lipidique doit être lu en contexte** — Pas de manière isolée et mécanique





# Quand le cholestérol est trop bas

*Malnutrition, cancer et le paradoxe des seniors*

Durée de lecture : 6 min · 2 illustrations



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Un cholestérol abaissé, ce n'est pas bon du tout. »*

Le discours médical dominant répète inlassablement qu'il faut « baisser le cholestérol ». Mais le Dr de Lorgeril renverse la perspective avec une question que peu de médecins posent à leurs patients : et si votre cholestérol était trop bas ? Car en médecine interne, un cholestérol abaissé est un signal d'alarme — le signe d'un organisme en souffrance.

## **Le cholestérol bas : un marqueur de maladie**

Le Dr de Lorgeril rappelle un fait bien connu des médecins internistes mais rarement communiqué au grand public : quand un patient présente un cholestérol anormalement bas dans sa prise de sang, ce n'est pas une bonne nouvelle. C'est un signe de maladie grave. Le cholestérol est principalement produit par le foie. Un cholestérol abaissé peut donc signaler une atteinte hépatique — une hépatite, une cirrhose, une insuffisance hépatique. C'est le foie qui dysfonctionne, et le cholestérol bas en est le témoin.

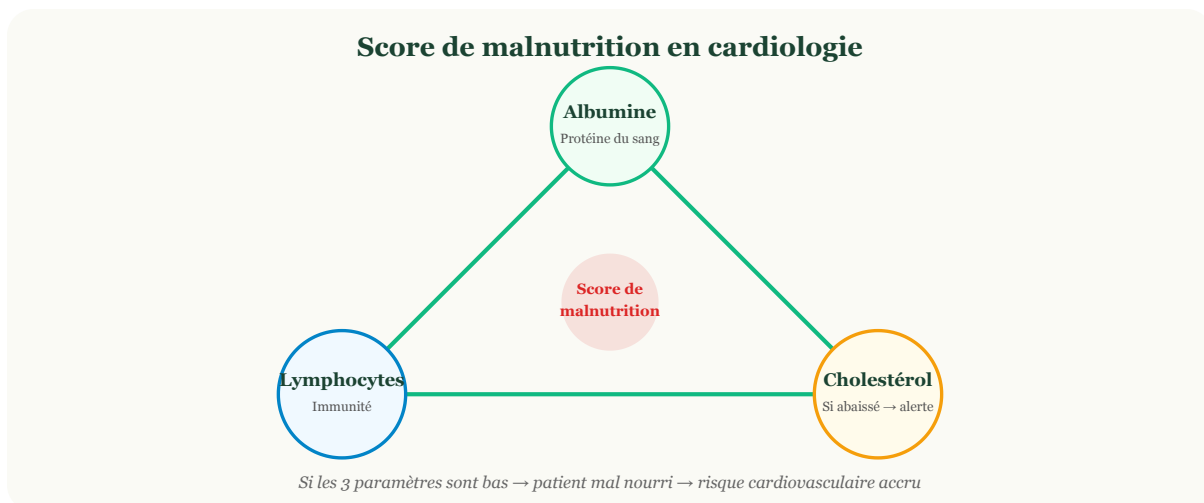
Plus préoccupant encore : il existe des maladies génétiques caractérisées par un cholestérol constitutionnellement bas. Les enfants atteints de ces pathologies sont,

selon le Dr de Lorgeril, « en très mauvaise santé ». Le cholestérol est une molécule structurelle indispensable : il entre dans la composition de toutes les membranes cellulaires, il est le précurseur de nombreuses hormones (cortisol, hormones sexuelles, vitamine D), et il joue un rôle essentiel dans le développement du système nerveux. Un organisme privé de cholestérol est un organisme en danger.

## Le score de malnutrition en cardiologie

Le Dr de Lorgeril aborde ensuite un sujet qui surprendra beaucoup de lecteurs : dans le domaine des maladies cardiovasculaires, le problème n'est pas toujours la suralimentation. De plus en plus d'équipes de recherche travaillent sur la malnutrition comme facteur de risque cardiovasculaire. Les patients ne sont pas forcément trop nourris — ils sont souvent mal nourris. Et ce constat est vrai y compris chez les personnes en surpoids : on peut être obèse et souffrir de carences nutritionnelles profondes.

Pour identifier ces patients mal nourris, les chercheurs utilisent un score de malnutrition fondé sur trois paramètres sanguins simples. Le premier est l'albumine, une protéine du sang dont le taux baisse en cas de malnutrition protéique. Le deuxième est le taux de lymphocytes, des cellules immunitaires également sensibles aux carences protéiques. Et le troisième est le cholestérol — un cholestérol abaissé complétant le tableau de la malnutrition.



*Le triangle de la malnutrition — trois paramètres sanguins qui révèlent un patient à risque*



### Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence

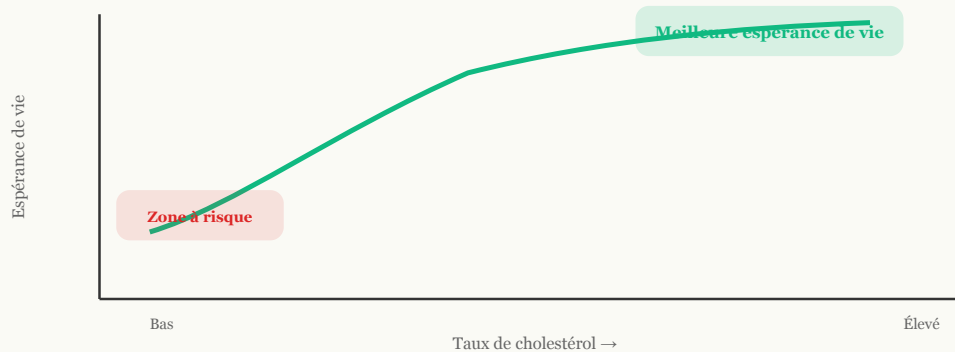
« On développe là maintenant des scores de nutrition qui nous permettent de repérer les mal nourris susceptibles de faire un problème cardiovasculaire. C'est très important parce qu'il faut le corriger. »

## Le paradoxe des seniors : cholestérol élevé, meilleure longévité

Le renversement le plus spectaculaire concerne les personnes âgées. Le Dr de Lorgeril cite des études publiées dans de grandes revues médicales qui montrent un résultat contre-intuitif pour quiconque a grandi avec le dogme du cholestérol : chez les populations seniors, à partir de cinquante ans environ, la meilleure espérance de vie est observée chez ceux qui ont un cholestérol élevé. Ce sont précisément ces personnes que la médecine conventionnelle s'empresse de mettre sous statines.

### Cholestérol et espérance de vie chez les seniors

Données publiées dans de grandes revues médicales



Chez les populations de plus de 50 ans, un cholestérol élevé est associé à une meilleure longévité

*Cholestérol et espérance de vie chez les seniors — les données publiées contredisent le dogme*

Ce paradoxe apparent n'en est pas un pour le Dr de Lorgeril. Il confirme simplement que le cholestérol n'est pas un poison, mais une molécule vitale. Un organisme capable de maintenir un taux élevé de cholestérol est un organisme dont le foie fonctionne bien, dont la nutrition est adéquate et dont les fonctions métaboliques sont préservées. À l'inverse, un cholestérol qui s'effondre chez une personne âgée est un signe de déclin général.

## Cholestérol et cancer : une association inverse

Le Dr de Lorgeril va plus loin encore en évoquant la relation entre cholestérol et cancer. Des données scientifiques montrent qu'un cholestérol élevé est associé à une diminution du risque de cancer. Ce fait, publié dans la littérature médicale, a des implications considérables pour les familles prédisposées au cancer.



### Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence

*« Si votre papa, votre maman, votre grande sœur a eu un cancer, surtout pas diminuer le cholestérol parce qu'on va favoriser l'apparition des cancers en diminuant le cholestérol avec un médicament. »*

Cette affirmation est lourde de conséquences. Elle signifie que, dans les familles à risque de cancer, la prescription de médicaments anticholestérol pourrait non seulement être inutile pour le cœur, mais activement dangereuse en favorisant l'apparition de cancers. Pour le Dr de Lorgeril, c'est une raison supplémentaire — et de taille — pour abandonner le dogme du cholestérol et adopter une approche médicale individualisée.

### ⚠ Avertissement

Les relations entre cholestérol, longévité et cancer sont des sujets de recherche actifs. Les données présentées ici reflètent l'analyse du Dr de Lorgeril. Ne modifiez jamais un traitement anticholestérol en cours sans l'avis de votre médecin.

### 🔑 Ce qu'il faut retenir

- **Un cholestérol bas est un signal d'alarme** — En médecine interne, il indique souvent une maladie grave ou une malnutrition
- **Le score de malnutrition utilise le cholestérol** — Avec l'albumine et les lymphocytes, un cholestérol bas révèle un patient mal nourri et à risque CV
- **Chez les seniors, cholestérol élevé = meilleure longévité** — Les données publiées contredisent le dogme de l'abaissement systématique

- **Cholestérol élevé est associé à moins de cancers** — Baisser le cholestérol dans les familles à risque de cancer pourrait être dangereux
- **On peut être en surpoids et mal nourri** — La malnutrition est un facteur de risque CV sous-estimé





# L'hérédité cardiovasculaire

*Distinguer la prédisposition aux maladies de celle au cholestérol élevé*

Durée de lecture : 6 min · 2 illustrations



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Il est fondamental de faire la différence entre la prédisposition aux maladies cardiovasculaires et la prédisposition à avoir un cholestérol élevé. Ce sont deux questions différentes. »*

Nous portons dans nos gènes l'héritage de nos parents et de nos ancêtres. Mais quel héritage exactement ? Le Dr de Lorgeril insiste sur une confusion majeure qui empoisonne la pratique cardiologique quotidienne : les médecins confondent systématiquement la prédisposition familiale au cholestérol élevé avec la prédisposition familiale aux maladies cardiovasculaires. Or ce sont deux choses radicalement différentes.

## L'arbre généalogique : un outil fondamental

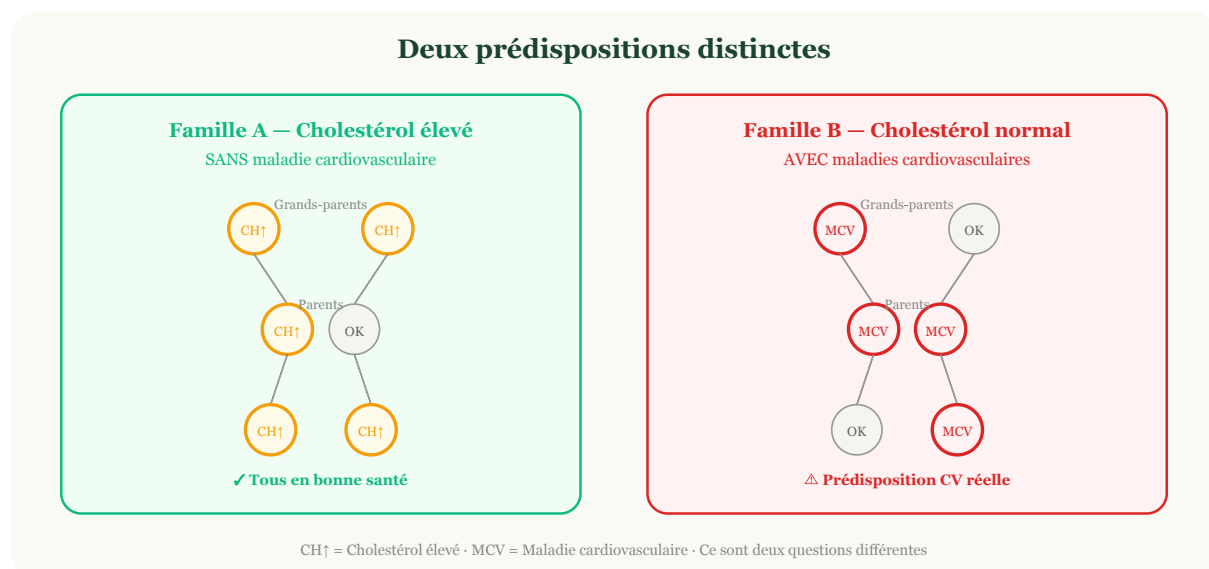
Le Dr de Lorgeril affirme que la recherche d'une prédisposition familiale est un « élément absolument fondamental de la pratique médicale ». Dans toute consultation cardiologique digne de ce nom, le médecin devrait construire un arbre généalogique complet du patient : le père, la mère, les grands-parents, les oncles, les tantes, les cousins. Car la prédisposition génétique aux maladies cardiovasculaires peut sauter des générations, et seule une vue d'ensemble de la famille permet de l'identifier.

Or, que fait le médecin conventionnel quand il découvre une prédisposition familiale ? Il pense immédiatement au cholestérol. C'est, selon le Dr de Lorgeril, « catastrophique ». Car la question n'est pas de savoir si le cholestérol est élevé dans la famille — la question est de savoir s'il y a des maladies cardiovasculaires dans la famille. Et les deux ne vont pas nécessairement de pair.

## Deux familles, deux réalités

Le Dr de Lorgeril illustre cette distinction par des exemples cliniques frappants qu'il rencontre régulièrement dans sa pratique. Il décrit des patients qui viennent le consulter en disant : « Docteur, je fais du cholestérol, c'est dans la famille. » Et lorsqu'il les interroge sur les maladies cardiovasculaires dans leur famille — des infarctus, des AVC — la réponse est souvent : non, personne. Le père va bien, la mère va bien, le grand-père est mort de vieillesse. Toute la famille a un cholestérol élevé, mais personne n'a de maladie cardiovasculaire.

À l'inverse, il existe des familles où les maladies cardiovasculaires frappent de génération en génération — des infarctus à quarante ans, des AVC à cinquante — sans que le cholestérol soit particulièrement élevé. Et dans certaines familles, on trouve les deux situations côte à côte : des membres avec un cholestérol élevé qui font un infarctus, et d'autres avec le même cholestérol élevé qui vivent parfaitement bien.



*Deux familles, deux réalités — cholestérol élevé et risque cardiovasculaire ne se superposent pas*



### Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence

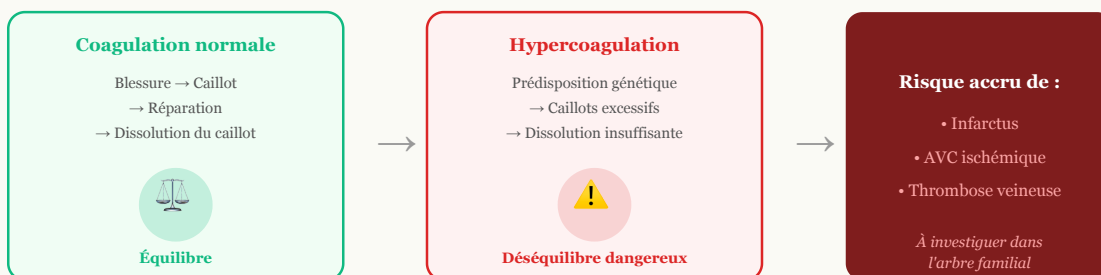
« Quand on a un cholestérol élevé familial, c'est-à-dire transmis de génération en génération, ce n'est pas une maladie. C'est simplement une caractéristique physiologique. »

## La vraie prédisposition dangereuse : l'hypercoagulation

Si le cholestérol familial élevé n'est pas la prédisposition dangereuse, alors quelle est-elle ? Le Dr de Lorgeril est formel : la vraie prédisposition héréditaire à rechercher, celle qui expose réellement à un risque cardiovasculaire accru, est la prédisposition à l'hypercoagulation.

L'hypercoagulation désigne une tendance anormale du sang à former des caillots. Chez certaines personnes, le système de coagulation est constitutionnellement déséquilibré : il forme des caillots trop facilement, ou il ne les dissout pas assez vite. Cette prédisposition est génétique et se transmet de génération en génération. C'est elle qui, combinée à une dysfonction endothéliale (favorisée par le mode de vie), peut conduire à la formation du thrombus fatal — l'infarctus ou l'AVC.

### L'hypercoagulation — Le vrai facteur de risque héréditaire



*L'hypercoagulation, pas le cholestérol, est la prédisposition héréditaire à rechercher*

*L'hypercoagulation — le vrai facteur de risque héréditaire à investiguer dans l'arbre familial*

Le Dr de Lorgeril insiste : une fois que cette prédisposition à l'hypercoagulation est identifiée, on peut la neutraliser. Des traitements anticoagulants ou antiplaquettaires

ciblés existent. Combinés à un mode de vie méditerranéen — qui agit lui aussi sur la coagulation et l'endothélium — ils permettent une prévention véritablement efficace. Mais encore faut-il chercher le bon ennemi. Tant que les médecins se focalisent sur le cholestérol, ils passent à côté du vrai problème.



### Enrichissement éditorial — Les thrombophilies héréditaires

Les prédispositions génétiques à l'hypercoagulation (thrombophilies) incluent notamment la mutation du facteur V de Leiden, la mutation du gène de la prothrombine, et les déficits en protéines C, S ou en antithrombine. Ces anomalies, présentes chez environ 5 à 8 % de la population générale, augmentent significativement le risque de thrombose veineuse et, dans certains cas, de thrombose artérielle. Un bilan de thrombophilie peut être prescrit par le médecin en cas de suspicion clinique ou familiale.

### ⚠ Avertissement

Le dépistage d'une prédisposition familiale à l'hypercoagulation relève de la compétence médicale. Si vous avez des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires précoces, parlez-en à votre médecin qui pourra vous orienter vers un bilan approprié.

### 🔑 Ce qu'il faut retenir

- **Deux prédispositions à ne pas confondre** — Cholestérol familial élevé et risque cardiovasculaire familial sont deux questions différentes
- **Le cholestérol familial élevé n'est pas une maladie** — C'est une caractéristique physiologique, pas un facteur de risque en soi
- **L'arbre généalogique est indispensable** — Il faut chercher les maladies CV dans la famille, pas seulement le cholestérol
- **L'hypercoagulation est le vrai danger héréditaire** — C'est elle qui prédispose au thrombus fatal
- **L'hypercoagulation peut être neutralisée** — Par des traitements ciblés et un mode de vie adapté





# Le dossier noir des statines

*Toxicité, pharmacovigilance défailante et scandales sanitaires*

Durée de lecture : 7 min · 2 illustrations



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« La pharmacovigilance ne dit rien, ne voit rien. »*

Si le cholestérol n'est pas le coupable, alors les médicaments conçus pour l'abaisser — les statines — sont inutiles. Mais le Dr de Lorgeril va plus loin : ils ne sont pas seulement inutiles, ils sont toxiques. Et le système censé protéger les patients de cette toxicité — la pharmacovigilance — est structurellement défailant.

## Des médicaments toxiques

Le Dr de Lorgeril qualifie la question de la toxicité des statines d'« extraordinaire » — au sens littéral : hors de l'ordinaire. Comment des médicaments prescrits à des centaines de millions de personnes dans le monde peuvent-ils être toxiques sans que le système de santé ne réagisse ? Et pourtant, les preuves existent. Elles sont multiples, convergentes et publiées dans des revues médicales de premier plan.

Les expérimentations animales ont montré la toxicité des statines dès les premières phases de développement. Les patients qui prennent ces médicaments décrivent une gamme d'effets indésirables que le Dr de Lorgeril considère comme caractéristiques. Les douleurs musculaires — myalgies, crampes, faiblesse — sont les plus fréquemment rapportées. Mais les troubles ne s'arrêtent pas là : douleurs

ligamentaires et articulaires, dépression et troubles de l'humeur, troubles cognitifs, insuffisance rénale, atteinte hépatique, troubles digestifs.

### Effets indésirables documentés des statines



#### Toxicité documentée par des publications dans de grandes revues médicales

Confirmée par les expérimentations animales et les témoignages des patients

*Les parallèles avec le Mediator et le sang contaminé montrent un problème systémique de pharmacovigilance*

#### *Panorama des effets indésirables documentés des statines dans la littérature médicale*

Le Dr de Lorgeril insiste : ces effets indésirables ne sont pas des cas isolés rapportés par quelques patients hypersensibles. Ce sont des phénomènes décrits dans des études menées par des équipes d'experts, publiées dans des revues à comité de lecture. La toxicité ne fait, selon lui, « absolument aucun doute ». Alors pourquoi le système ne réagit-il pas ?

## La faillite de la pharmacovigilance

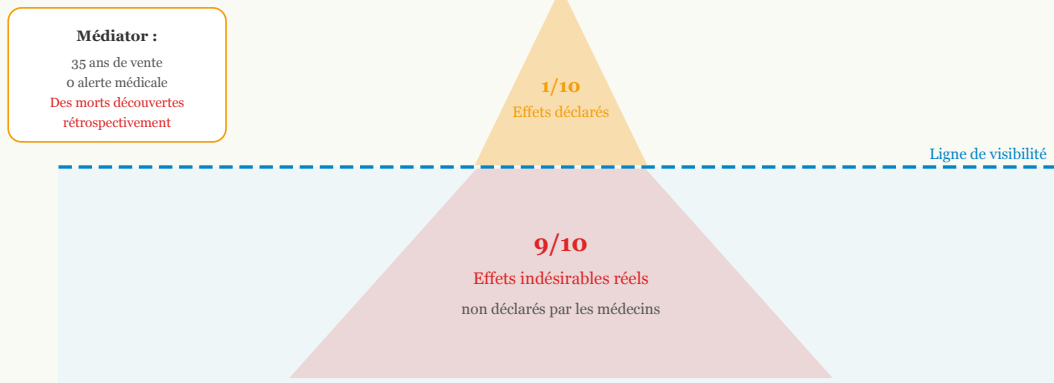
La réponse du Dr de Lorgeril est sévère mais documentée : le système de pharmacovigilance en France est structurellement défaillant. Ce système repose sur les déclarations spontanées des médecins. Or, plusieurs études ont quantifié le taux réel de déclaration : les médecins ne déclarent qu'un dixième environ des effets indésirables qu'ils constatent. Avec un taux de déclaration aussi bas, le système est aveugle.



#### **Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Les médecins déclarent un dixième des effets indésirables qu'ils constatent. Donc avec un aussi bas taux de déclaration, on ne sait rien sur la réalité de la toxicité des statines. »*

## L'iceberg de la pharmacovigilance



« Les médecins déclarent un dixième des effets indésirables qu'ils constatent » — Dr de Lorgeril

*L'iceberg de la pharmacovigilance — neuf dixièmes des effets indésirables restent invisibles*

Pourquoi les médecins ne déclarent-ils pas ? Les raisons sont multiples : manque de temps, ignorance de la procédure, peur de remettre en question les recommandations officielles, difficulté à établir un lien de causalité entre le médicament et l'effet indésirable. Le résultat est le même : le dossier de pharmacovigilance reste vide, et l'absence de signal est interprétée comme une preuve de sécurité. C'est un raisonnement circulaire dévastateur.

## Les leçons non tirées des scandales passés

Le Dr de Lorgeril établit un parallèle saisissant avec d'autres scandales sanitaires français où la pharmacovigilance a fait la même démonstration de son impuissance. Le cas le plus emblématique est celui du Mediator, ce médicament des laboratoires Servier commercialisé pendant 35 ans. Trente-cinq ans pendant lesquels le dossier de pharmacovigilance est resté vide — pas une plainte, pas une alerte du corps médical. Et lorsqu'on a enfin mené une enquête rétrospective, qu'a-t-on découvert ? Des morts, des insuffisances cardiaques, des pathologies des valves cardiaques. Un désastre sanitaire que la pharmacovigilance aurait dû détecter des décennies plus tôt.



### **Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« C'est un peu comme avec le Mediator. 35 ans de commercialisation et pas une plainte, pas une seule alerte de la part du corps médical. »*

Le Dr de Lorgeril cite d'autres cas qui témoignent du même dysfonctionnement systémique : le sang contaminé par le SIDA, où ce ne sont pas les médecins mais les familles qui ont donné l'alerte ; les prothèses mammaires défectueuses, où il a fallu que les patientes portent plainte elles-mêmes. À chaque fois, le système de surveillance qui aurait dû protéger les patients a failli, et ce sont les victimes qui ont dû se battre pour être entendues.

## **Le scandale des coxibs**

Le Dr de Lorgeril mentionne également le scandale des coxibs — une classe d'anti-inflammatoires dont certains ont dû être retirés du marché après la découverte d'un risque cardiovasculaire accru. Ce scandale a conduit à une amélioration des exigences méthodologiques pour les essais cliniques, mais selon de Lorgeril, les leçons n'ont pas été pleinement tirées. Le même système qui a permis la commercialisation des coxibs sans signaux d'alarme adéquats continue de fonctionner pour d'autres médicaments — y compris les statines.



### **Un problème systémique, pas individuel**

Le Dr de Lorgeril ne met pas en cause la bonne foi des médecins individuels. Il décrit un problème de système : un dispositif de pharmacovigilance qui, par sa conception même (déclaration volontaire, taux de déclaration dérisoire, absence de retour d'information), est structurellement incapable de détecter les signaux de toxicité des médicaments les plus prescrits.

### **⚠ Avertissement important**

Ce chapitre présente l'analyse critique du Dr de Lorgeril sur les statines. Si vous

prenez actuellement un traitement par statines, ne l'arrêtez jamais brutalement sans en parler à votre médecin. Toute modification de traitement doit être décidée en concertation avec votre praticien, en tenant compte de votre situation médicale personnelle.

### **Ce qu'il faut retenir**

- **Les statines sont des médicaments toxiques** — Douleurs musculaires, dépression, insuffisance rénale et autres effets sont documentés dans la littérature
- **Les médecins ne déclarent qu'1/10e des effets indésirables** — Le système de pharmacovigilance est structurellement aveugle
- **Le parallèle avec le Mediator est frappant** — 35 ans de commercialisation, zéro alerte, des morts découvertes après coup
- **C'est un problème de système** — Pas de mauvaise foi individuelle, mais un dispositif inadapté
- **Ne jamais arrêter un traitement sans avis médical** — La discussion avec votre médecin est indispensable





# Tabac, sédentarité et malbouffe

*Les trois fléaux du XXe siècle cardiovasculaire*

Durée de lecture : 6 min · 2 illustrations



## **Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Le premier geste accompli pour lutter contre le tabagisme, c'est d'accorder dans les avions les derniers sièges au fond de la cabine. Il y avait un rang de sièges pour les non-fumeurs et devant on fumait. »*

Si le cholestérol n'explique pas l'épidémie cardiovasculaire du XXe siècle, qu'est-ce qui l'explique ? Pour le Dr de Lorgeril, la réponse est claire : le mode de vie. Trois facteurs majeurs, agissant en synergie pendant des décennies, ont produit la vague de mortalité cardiovasculaire la plus dévastatrice de l'histoire de l'humanité. Trois facteurs qui ont en commun d'être modifiables — et c'est là que réside l'espoir.

## **Le tabac : des décennies de déni**

Le Dr de Lorgeril rappelle que le tabac est un facteur de risque majeur d'infarctus et d'accidents vasculaires cérébraux — un fait aujourd'hui unanimement reconnu, mais qui a été nié pendant des décennies par l'industrie du tabac. Ce déni a eu des conséquences sanitaires catastrophiques. Pendant des générations, on fumait partout : dans les avions, dans les restaurants, dans les bureaux, dans les hôpitaux. Les non-fumeurs qui osaient se plaindre étaient considérés, selon les mots du Dr de Lorgeril, comme des « emmerdeurs ».

L'inertie des autorités sanitaires a été sidérante. Le Dr de Lorgeril se souvient de la première mesure concrète contre le tabagisme dans les avions : ce n'était pas l'interdiction de fumer, mais l'attribution du dernier rang de sièges, au fond de la cabine, aux non-fumeurs. Devant, tout le monde fumait. Les cendriers étaient intégrés aux accoudoirs — on en trouve encore sur certains vieux avions. L'air vicié était aspiré vers l'arrière, droit sur les malheureux qui avaient osé demander un espace sans fumée.

Il aura fallu des décennies de recherche épidémiologique, des batailles juridiques contre l'industrie du tabac et une lente évolution des mentalités pour que le tabagisme soit enfin reconnu pour ce qu'il est : un poison cardiovasculaire de première catégorie, qui agresse directement l'endothélium vasculaire et favorise la thrombose.

## La sédentarité des Trente Glorieuses

Le deuxième fléau est la sédentarité. Le Dr de Lorgeril le relie directement au contexte socio-économique des Trente Glorieuses, cette période de croissance intense (1945-1975) qui a transformé les sociétés occidentales. Les gens travaillaient énormément. Le Dr de Lorgeril se souvient de son propre père, qui travaillait le samedi et même le dimanche pour finir ses dossiers. Dans ce contexte d'hyperactivité professionnelle, la dernière idée qui venait à l'esprit était de consacrer du temps à l'activité physique.

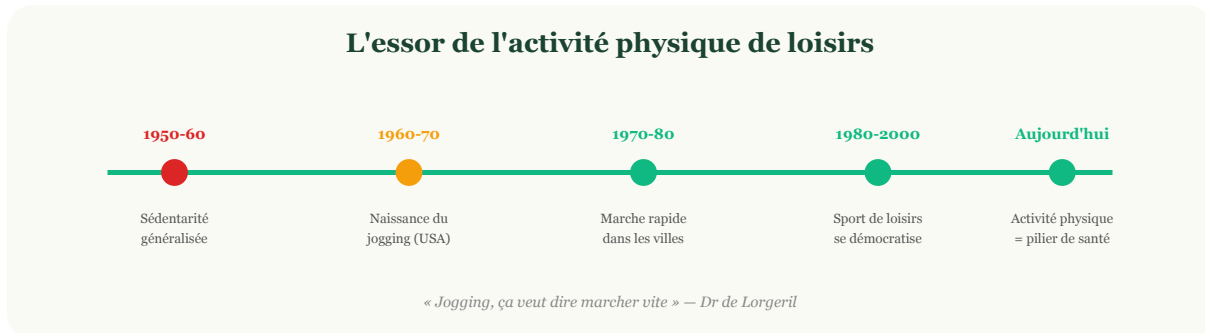


### **Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« La France, c'était un pays où on n'aimait pas le sport. C'était comme ça, c'est mieux maintenant. »*

La réaction est venue des États-Unis, nés sous la pression de l'épidémie cardiovasculaire. Le Dr de Lorgeril décrit l'apparition du jogging — un mot anglais qui signifie simplement « marcher vite ». Il a vécu cette époque où, soudainement, dans les villes américaines puis européennes, des gens sont sortis de chez eux pour

marcher d'un pas rapide, compensant les heures de paralysie musculaire de leur journée de travail. Ce mouvement, timide au départ, est devenu l'une des révolutions sanitaires les plus importantes du XXe siècle.



*L'essor de l'activité physique de loisirs – de la sédentarité généralisée à la marche rapide*

## La malbouffe et le mépris du modèle méditerranéen

Le troisième fléau — et peut-être le plus déterminant — est l'alimentation. Le Dr de Lorgeril a mené des enquêtes de terrain qui lui ont permis de constater de visu les habitudes alimentaires catastrophiques des pays du Nord. Il évoque un film réalisé au Pays de Galles par son équipe de recherche : on y voit une mère de famille préparer le dîner devant la caméra. Elle fait fondre la moitié d'un pain de beurre dans la poêle, puis y pose des côtes de porc bien grasses. Pas un légume en vue. C'est un exemple, dit-il, mais il est représentatif.

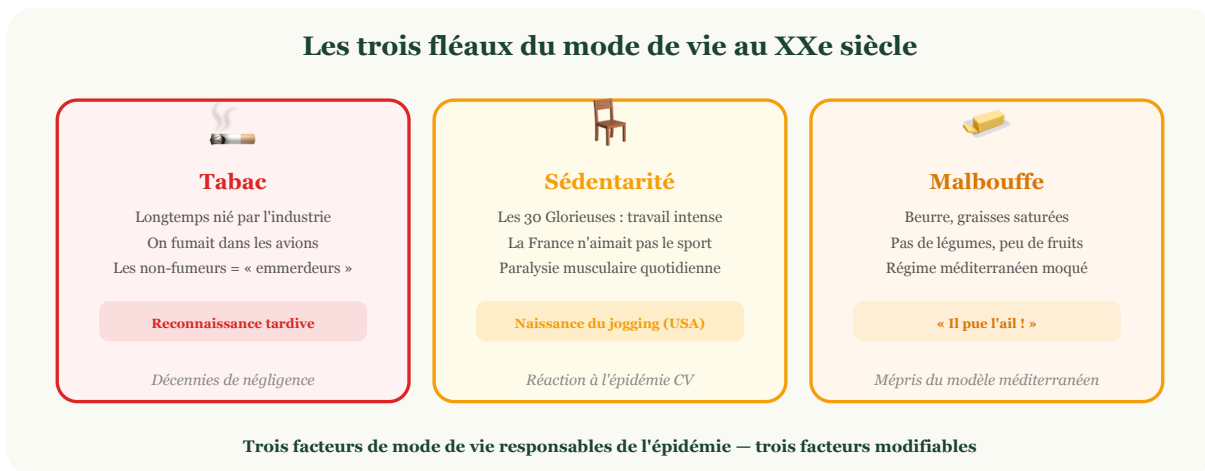
Pendant ce temps, le régime méditerranéen — celui-là même qui s'avérera être la meilleure protection cardiovasculaire jamais documentée — était moqué, méprisé, ridiculisé. Le Dr de Lorgeril raconte avec une pointe d'amertume ses années à Genève, où les migrants méditerranéens faisaient l'objet de railleries à peine voilées. Le mépris se cristallisait autour de deux aliments symboliques : l'ail et le poisson.



### **Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Au lieu de dire "c'est l'Italien" ou "c'est l'Espagnol", les mots utilisés étaient extraordinaires. Il dit : "il pue l'ail." Et ça, ça veut dire : c'est un gars qui vient de la zone méditerranéenne et il se nourrit avec des trucs dégoûtants. »*

À la cantine du CHU de Genève, raconte de Lorgeril, quand on servait du poisson — une fois par semaine — les collègues se plaignaient dès l'ascenseur : « Oh là là, ça pue le pescaï ! » L'ail et le poisson, deux des aliments les plus protecteurs sur le plan cardiovasculaire, étaient considérés comme des marqueurs de marginalité sociale. À la maison, on n'aurait pas idée de mettre de l'ail dans la salade ni de manger du poisson.



*Les trois fléaux du mode de vie au XXe siècle — trois facteurs modifiables, trois leviers de prévention*



### **Enrichissement éditorial — Trois facteurs, un même mécanisme**

Ce que le tabac, la sédentarité et la malbouffe ont en commun, c'est qu'ils agressent tous les trois l'endothélium vasculaire et favorisent l'hypercoagulation — les deux mécanismes fondamentaux de la maladie cardiovasculaire identifiés par le Dr de Lorgeril. Le tabac génère un stress oxydatif direct sur l'endothélium. La sédentarité prive l'organisme des bénéfices vasculaires de l'exercice (production de monoxyde d'azote, amélioration du profil fibrinolytique). Et la malbouffe — excès de graisses saturées, insuffisance en oméga-3, en antioxydants et en fibres — crée un terrain inflammatoire chronique.

### **⚠ Avertissement**

L'arrêt du tabac, la reprise d'une activité physique régulière et l'amélioration de l'alimentation sont des changements majeurs qui méritent un accompagnement médical, particulièrement si vous souffrez déjà d'une pathologie cardiovasculaire.

## **Ce qu'il faut retenir**

- **Le tabac a été nié pendant des décennies** — Facteur de risque majeur, il agresse directement l'endothélium
- **La sédentarité était la norme** — Le jogging est né comme réaction à l'épidémie cardiovasculaire
- **Le régime méditerranéen était méprisé** — L'ail et le poisson, aliments protecteurs, étaient ridiculisés
- **Les trois fléaux sont modifiables** — C'est la bonne nouvelle : on peut agir sur chacun d'eux
- **Tous agressent l'endothélium** — Ce qui confirme que la maladie CV est une maladie du mode de vie, pas du cholestérol





# Le régime méditerranéen

*La plus puissante protection cardiovasculaire jamais démontrée*

Durée de lecture : 8 min · 3 illustrations



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

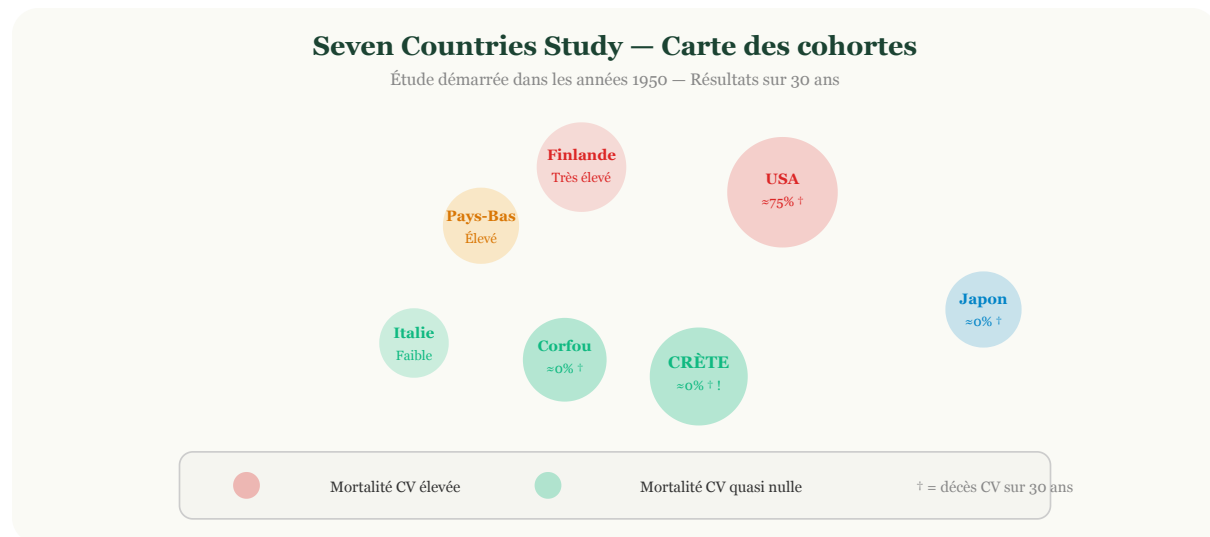
*« Je ne connais pas une seule étude négative. Vous ne pouvez pas réfuter cette théorie. Elle est corroborée, je dirais, presque toutes les semaines par de nouvelles études. »*

Nous voici au cœur de l'ouvrage — et au cœur du combat scientifique du Dr de Lorgeril. Après avoir démontré que le cholestérol est innocent, que les statines sont toxiques et que la maladie cardiovasculaire est une maladie du mode de vie, il nous reste à découvrir la solution. Et cette solution a un nom : le régime méditerranéen. Ou, plus précisément, la diète méditerranéenne — un ensemble d'habitudes alimentaires et de vie dont les effets protecteurs sont, selon le Dr de Lorgeril, les plus solidement démontrés de toute l'histoire de la cardiologie préventive.

## La Seven Countries Study : la révélation

L'histoire commence dans les années 1950, lorsque des investigateurs américains lancent l'une des études épidémiologiques les plus ambitieuses jamais conçues : la Seven Countries Study. Le principe est simple mais puissant : suivre pendant des décennies des cohortes d'hommes comparables dans sept pays différents — aux États-Unis, en Finlande, aux Pays-Bas, en Italie, en Grèce (Crète et Corfou) et au Japon — et observer qui survit et qui meurt de maladie cardiovasculaire.

Les résultats, publiés dans les années 1980 après trente ans de suivi, sont stupéfiants. Le Dr de Lorgeril les résume avec une concision frappante : la cohorte américaine de Chicago a « quasiment disparu » — environ les trois quarts des hommes sont morts en trente ans. À Corfou, en Grèce, il n'y a aucun décès cardiovasculaire. En Crète, tous les hommes de la cohorte sont encore vivants.



*Seven Countries Study — une carte qui parle d'elle-même : mortalité quasi nulle en Méditerranée*

Le Dr de Lorgeril anticipe les objections. Le paysan crétois ou le pêcheur sicilien, ce n'est pas l'ouvrier ou le conducteur de bus de Chicago — il y a des différences socio-économiques considérables. Mais les Crétois et les Grecs de Corfou fumaient-ils ? Oui, bien sûr qu'ils fumaient. Et les Japonais, qui présentaient également une mortalité cardiovasculaire quasi nulle ? Oui, les Japonais étaient de grands fumeurs. Et pourtant, ils faisaient infiniment moins de maladies cardiovasculaires que les Américains, les Finlandais ou les Néerlandais. Le tabac est un facteur de risque, certes — mais quelque chose d'autre, de plus puissant, les protégeait.

## Le « régime crétin » et le mépris des élites

Ces résultats auraient dû déclencher une révolution en cardiologie. Ils n'ont déclenché que du scepticisme — et du mépris. Le Dr de Lorgeril se souvient avec amertume des réactions du monde médical et médiatique français lorsqu'il commençait à parler du régime méditerranéen. Des journalistes le renvoyaient dans

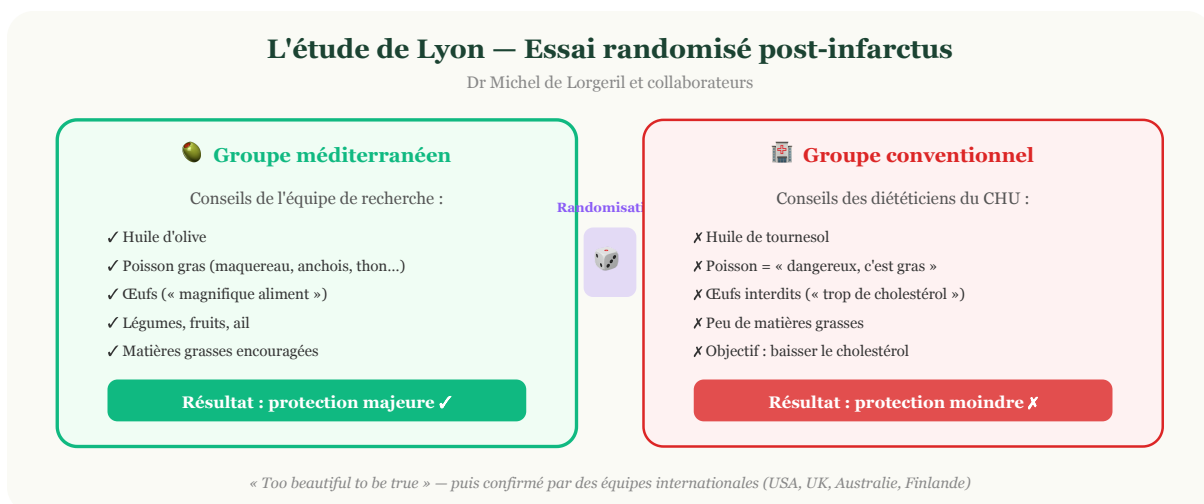
ses filets en parlant du « régime crétin » — un jeu de mots sur « crétois » qui en dit long sur le niveau de considération accordé à ces travaux.

Son confrère Serge Renaud, pionnier du concept de régime crétois en France, avait essuyé les mêmes moqueries avant lui. La communauté médicale, investie dans la théorie du cholestérol et les médicaments qui en découlent, n'avait aucun intérêt — ni intellectuel ni économique — à s'intéresser à une stratégie de prévention fondée sur l'alimentation, gratuite et sans brevet.

## L'étude de Lyon : la démonstration

C'est alors que le Dr de Lorgeril et son équipe décident de passer de l'observation à la preuve. Ils conçoivent et conduisent à Lyon un essai clinique randomisé — l'outil le plus rigoureux de la science médicale — pour tester directement les effets du régime méditerranéen chez des patients ayant survécu à un infarctus du myocarde.

Le protocole est limpide. D'un côté, un groupe de patients reçoit des conseils nutritionnels méditerranéens élaborés par l'équipe de recherche : huile d'olive, poisson gras (maquereau, anchois, dorade, thon), œufs, légumes, fruits, ail, herbes aromatiques, matières grasses encouragées. De l'autre côté — par tirage au sort — un groupe de patients reçoit les conseils des diététiciens du CHU de Lyon, fondés sur le dogme de l'époque : il faut baisser le cholestérol. Pour eux, c'est huile de tournesol au lieu d'huile d'olive. Le poisson est considéré comme « dangereux parce que gras ». Les œufs sont interdits parce que « trop riches en cholestérol ».



*L'étude de Lyon — deux approches radicalement opposées, des résultats sans appel*



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« L'œuf est un magnifique aliment. C'est des protéines, des lipides, il y a tout ce qu'il faut dans l'œuf. Évidemment, puisque l'œuf est conçu par la poule pour nourrir son fœtus, pour qu'il soit en bonne santé. »*

Les résultats de l'étude de Lyon sont spectaculaires. Le groupe méditerranéen bénéficie d'une protection majeure contre les récives d'infarctus et la mortalité cardiovasculaire. La différence est si nette que les premiers critiques réagissent par l'incrédulité : « too beautiful to be true » — trop beau pour être vrai.

## **La confirmation mondiale**

Mais la beauté des résultats n'est pas un argument contre leur validité — c'est un argument pour les vérifier. Et c'est exactement ce qui s'est passé. Des équipes de recherche dans d'autres pays — aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie, en Finlande — ont décidé de vérifier les conclusions des chercheurs français. Leur réaction : si c'est vrai, c'est formidable ; vérifions.

Et ça a toujours été confirmé. Le Dr de Lorgeril est catégorique : il ne connaît pas une seule étude négative sur le régime méditerranéen. En termes poppériens — ceux de Karl Popper, le philosophe de la science qu'il cite volontiers — la théorie méditerranéenne est irréfutable par l'expérience. Chaque nouvelle étude la corrobore. Chaque tentative de la mettre en défaut échoue. C'est le contraste le plus frappant avec la théorie du cholestérol, qui accumule les études négatives.

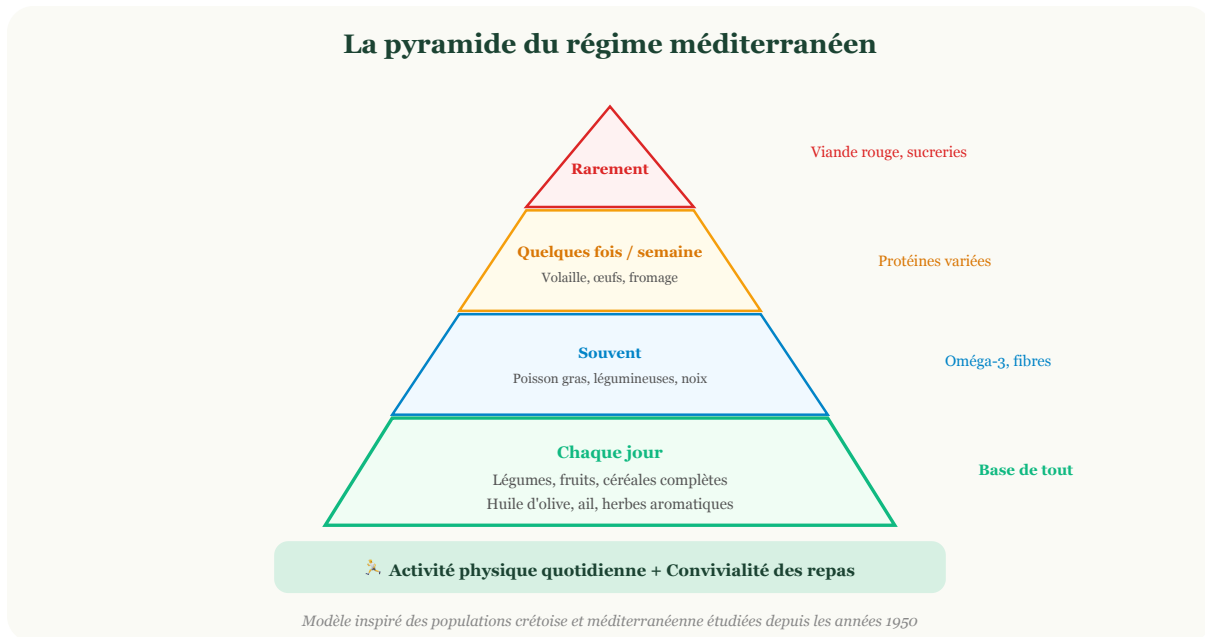


**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Autant si on parle des médicaments anticholestérol, je peux vous énumérer des dizaines d'études négatives, pour le régime méditerranéen, il y a zéro étude négative. Vous ne pouvez pas réfuter cette théorie. »*

# Les piliers de la diète méditerranéenne

Quels sont concrètement les aliments et les principes qui fondent cette protection ? Le Dr de Lorgeril insiste sur plusieurs composantes essentielles, qu'il défend avec la même vigueur que celle qu'il met à attaquer le dogme du cholestérol.



*La pyramide du régime méditerranéen — un modèle alimentaire millénaire validé par la science moderne*



## Huile d'olive

Matière grasse principale, riche en acide oléique et en polyphénols protecteurs de l'endothélium.



## Poisson gras

Maquereau, anchois, dorade, thon, sardines — sources d'oméga-3 aux propriétés anti-inflammatoires et antithrombotiques.



## **Œufs**

Un « magnifique aliment » — protéines complètes, lipides essentiels, vitamines.  
Réhabilité par la science.



## **Ail et herbes**

L'ail, longtemps moqué, est un puissant protecteur vasculaire. Les herbes aromatiques apportent des antioxydants précieux.



## **Légumes et fruits**

Base quotidienne de l'alimentation — antioxydants, fibres, vitamines, minéraux.



## **Céréales complètes**

Pains, pâtes, couscous à base de grains entiers — fibres et glucides complexes à index glycémique modéré.



## **Enrichissement éditorial — Pourquoi le régime méditerranéen protège-t-il ?**

Les mécanismes protecteurs du régime méditerranéen sont multiples et convergents. Les oméga-3 du poisson gras ont des propriétés antithrombotiques et anti-inflammatoires. Les polyphénols de l'huile d'olive protègent l'endothélium du stress oxydatif. Les fibres des légumes et des céréales complètes améliorent le profil métabolique. Les antioxydants des fruits, des légumes et des herbes aromatiques neutralisent les radicaux libres. L'ensemble agit en synergie sur les deux mécanismes fondamentaux de la maladie cardiovasculaire : la dysfonction endothéliale et l'hypercoagulation.

### **⚠ Avertissement**

L'adoption d'un régime méditerranéen est bénéfique pour la santé cardiovasculaire mais ne remplace pas un suivi médical. Si vous êtes atteint d'une pathologie cardiaque, discutez avec votre médecin de l'adaptation de votre alimentation à votre situation personnelle.

### **🔑 Ce qu'il faut retenir**

- **Zéro étude négative** — Le régime méditerranéen est la stratégie de prévention CV la plus solidement démontrée
- **La Seven Countries Study a tout révélé** — Mortalité quasi nulle en Crète et à Corfou, même chez les fumeurs
- **L'étude de Lyon a tout prouvé** — Un essai randomisé aux résultats spectaculaires, confirmés mondialement
- **Huile d'olive, poisson gras, œufs, ail, légumes** — Les piliers concrets d'une alimentation protectrice
- **Le régime agit sur les vrais mécanismes** — Protection de l'endothélium et prévention de la thrombose





# Le French paradox et la question de l'alcool

*Ce que la science dit de la consommation modérée*

Durée de lecture : 5 min · 2 illustrations

---



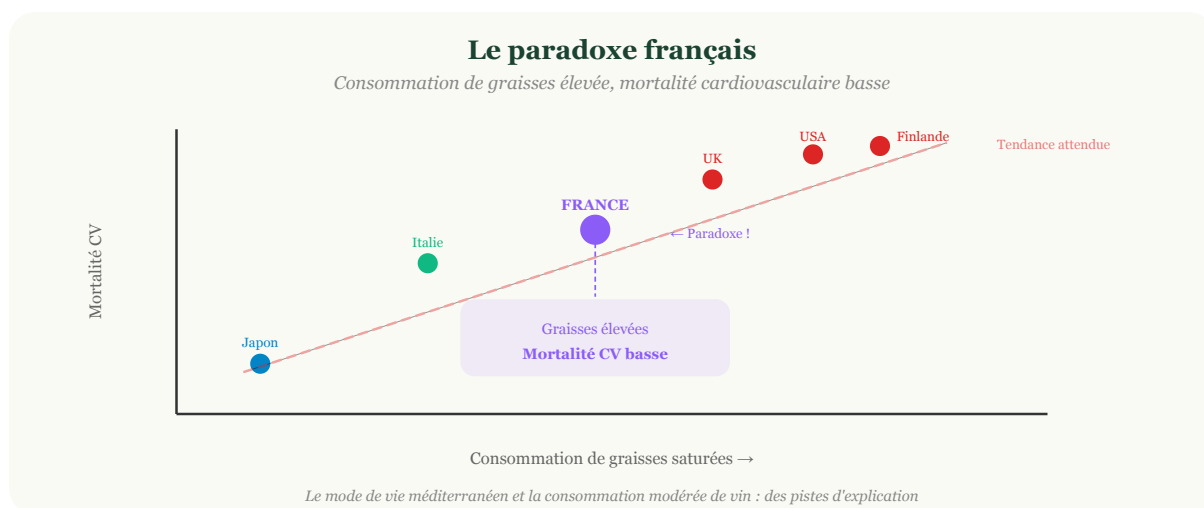
**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

« *Oui, ça c'est la question de l'alcool.* »

Le Dr de Lorgeril évoque brièvement dans sa conférence le « French paradox » — le paradoxe français — sans le développer en détail, précisant simplement qu'il s'agit de « la question de l'alcool ». L'animatrice du webinar souligne qu'il s'agit d'un « élément important, surtout pour nous en France ». Ce chapitre, enrichi éditorialement, développe ce sujet complexe en restant fidèle à l'approche scientifique du Dr de Lorgeril.

## Qu'est-ce que le paradoxe français ?

Le paradoxe français — ou *French paradox* — est une observation épidémiologique formulée pour la première fois au début des années 1990 par Serge Renaud, le même chercheur qui avait contribué à définir le régime crétois. L'observation est la suivante : les Français consomment une quantité relativement élevée de graisses saturées (beurre, fromage, charcuterie) comparable à celle des Américains ou des Britanniques, et pourtant leur mortalité cardiovasculaire est significativement plus basse. Comment expliquer ce décalage ?



*Le paradoxe français — une mortalité cardiovasculaire basse malgré une consommation de graisses élevée*

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer ce paradoxe apparent. La plus médiatisée — et la plus controversée — est celle du vin rouge. La France est un grand pays viticole, et la consommation modérée de vin rouge, riche en polyphénols (notamment le resvératrol), pourrait exercer un effet protecteur sur le système cardiovasculaire. Mais cette hypothèse ne fait pas consensus, et le Dr de Lorgeril lui-même adopte une vision plus globale.

## **Au-delà du vin : un mode de vie global**

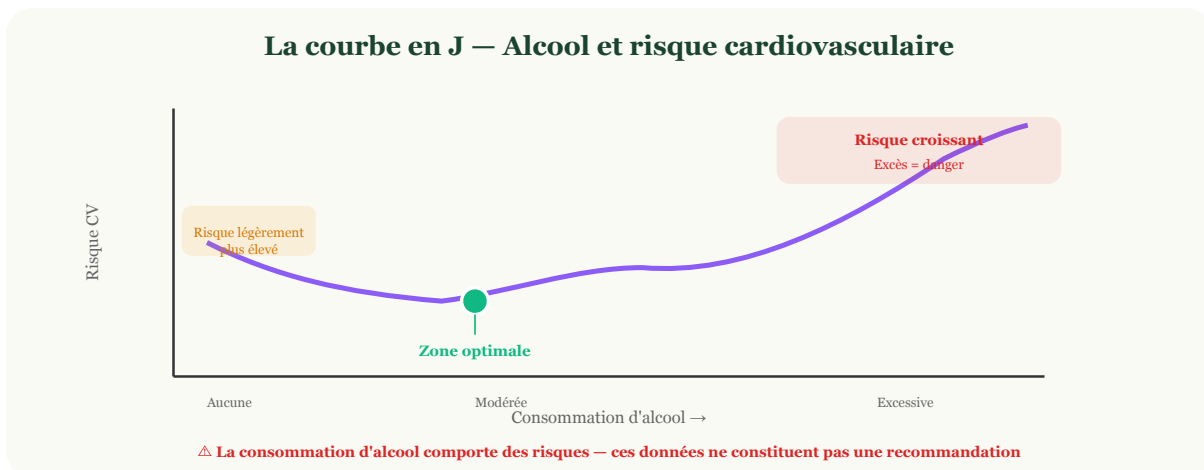
Pour le Dr de Lorgeril, dont toute la carrière scientifique démontre que la protection cardiovasculaire ne peut pas se réduire à un seul facteur isolé, le paradoxe français s'explique probablement par un ensemble de caractéristiques du mode de vie français qui relèvent, en partie, du modèle méditerranéen. La France est un pays de diversité culinaire, où la tradition des repas structurés — entrée, plat, dessert, pris à table, en famille ou entre amis — favorise une alimentation plus variée et plus équilibrée que le grignotage permanent ou la restauration rapide. L'usage de l'huile d'olive est courant dans le Sud. La consommation de légumes, de fruits, de fromages artisanaux, de poisson est culturellement ancrée dans beaucoup de régions.

Dans ce contexte, la consommation modérée de vin — typiquement un ou deux verres au cours du repas — s'inscrit dans un ensemble cohérent. Ce n'est pas le vin seul qui

protège : c'est la synergie entre le vin, l'alimentation méditerranéenne, la convivialité des repas et l'ensemble du mode de vie.

## La courbe en J et ses précautions

Les données épidémiologiques sur la relation entre consommation d'alcool et risque cardiovasculaire dessinent ce que les chercheurs appellent une « courbe en J ». Les abstinentes complets présentent un risque cardiovasculaire légèrement plus élevé que les consommateurs modérés. Ces derniers se situent au point le plus bas de la courbe — le risque minimal. Puis, à mesure que la consommation augmente, le risque remonte et finit par dépasser très largement celui des abstinentes.



*La courbe en J — la consommation modérée est associée au risque le plus bas, l'excès au risque le plus élevé*



### Précautions essentielles

La courbe en J ne constitue en aucun cas une recommandation de commencer à boire pour les personnes qui ne consomment pas d'alcool. L'alcool est une substance addictive qui comporte des risques importants : dépendance, cancers (notamment du sein, du foie, du côlon), maladies hépatiques, accidents, violences. Les bénéfices cardiovasculaires potentiels d'une consommation modérée doivent être mis en balance avec ces risques, et cette balance dépend de la situation individuelle de chaque personne.

Le Dr de Lorgeril, fidèle à sa philosophie de médecine individualisée, n'a jamais préconisé une consommation universelle d'alcool comme stratégie de prévention. Sa vision est plus nuancée : pour ceux qui consomment déjà du vin de manière modérée dans le cadre d'un mode de vie méditerranéen, il n'y a probablement pas lieu de s'inquiéter — et certainement pas lieu de culpabiliser. Mais cette consommation doit rester modérée, intégrée à un repas, et s'inscrire dans un mode de vie globalement sain.



### **Enrichissement éditorial — Le resvératrol**

Le resvératrol est un polyphénol présent dans la peau du raisin rouge, et donc dans le vin rouge. Des études in vitro et animales ont montré qu'il possède des propriétés antioxydantes, anti-inflammatoires et antithrombotiques. Cependant, les concentrations de resvératrol dans le vin sont relativement faibles, et il est peu probable que le resvératrol seul explique les bénéfices cardiovasculaires observés. D'autres composants du vin (tanins, anthocyanes) et surtout le contexte alimentaire global jouent probablement un rôle plus important.

### **⚠ Avertissement**

L'alcool est une substance addictive. Sa consommation comporte des risques pour la santé, notamment un risque accru de certains cancers. Si vous ne consommez pas d'alcool, il n'est pas recommandé de commencer. Si vous consommez de l'alcool, discutez avec votre médecin du niveau de consommation adapté à votre situation personnelle.

### **🔑 Ce qu'il faut retenir**

- **Le paradoxe français est réel** — Mortalité CV basse malgré une consommation de graisses comparable aux pays du Nord
- **L'explication est globale** — Ce n'est pas le vin seul, mais un mode de vie d'ensemble aux influences méditerranéennes

- **La courbe en J existe** — Consommation modérée associée au risque minimal, mais l'excès est très dangereux
- **Ce n'est pas une recommandation de boire** — Les abstinents n'ont aucune raison de commencer
- **L'approche individualisée prime** — Comme pour tout, la bonne décision dépend de la situation de chacun





# Vers une médecine de précision

*Sortir de la médecine systématique, entrer dans le dialogue*

Durée de lecture : 5 min · 2 illustrations



## **Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« L'avenir de la médecine, c'est des échanges entre les soignants et les soignés, de telle manière que l'on pratique ce que je préconise, c'est-à-dire la médecine de précision. »*

Tout au long de cette conférence et de ses décennies de recherche, le Dr de Lorgeril ne s'est pas contenté de critiquer. Il a construit, essai clinique après essai clinique, une vision cohérente et opérationnelle de la prévention cardiovasculaire. Ce dernier chapitre de fond rassemble les fils de cette vision et ouvre la voie vers ce que le Dr de Lorgeril considère comme l'avenir de la cardiologie : une médecine de précision, individualisée, fondée sur le dialogue.

## **La faillite de la médecine systématique**

Le Dr de Lorgeril pose un constat sans appel : la médecine cardiovasculaire conventionnelle est devenue systématique — c'est-à-dire automatique, standardisée, déshumanisée. Un patient entre dans le cabinet du cardiologue. On lui fait une prise de sang. Le cholestérol est « trop haut ». On prescrit une statine. Le protocole est le même pour tout le monde, indépendamment de l'histoire personnelle, des antécédents familiaux, du mode de vie, de la constitution génétique, du contexte psychologique et social.

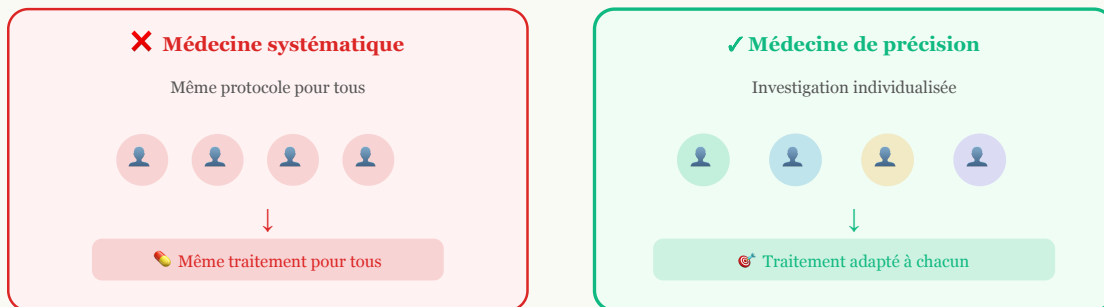


### Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence

« Il faut arrêter avec cette médecine systématique où on donne systématiquement tel, tel, tel médicament. Non, chaque cas est un cas particulier qu'il faut investiguer précisément. »

Cette approche standardisée est le produit direct du dogme du cholestérol : si le problème est un chiffre (le taux de cholestérol), la solution est un médicament (la statine). Le raisonnement est mécanique, reproductible et rapide — ce qui convient à un système de soins sous pression, où les médecins n'ont pas le temps d'investiguer chaque cas en profondeur. Mais cette commodité se paie cher en termes de qualité de soins et de résultats pour les patients.

#### Médecine systématique vs Médecine de précision



« Chaque cas est un cas particulier qu'il faut investiguer précisément » — Dr de Lorgeril

Deux philosophies médicales — le même traitement pour tous vs une investigation individualisée

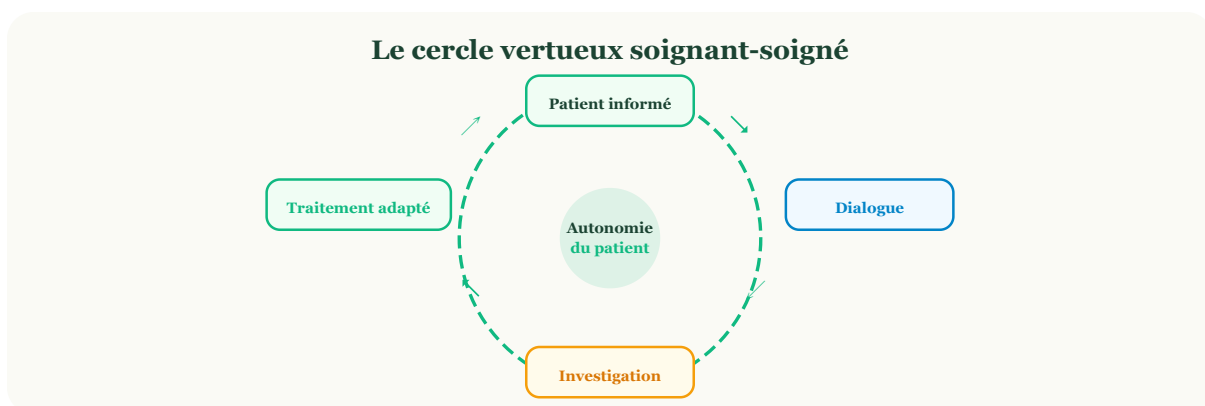
## L'investigation individualisée

Ce que préconise le Dr de Lorgeril est radicalement différent. Chaque patient est un cas unique qui mérite une investigation précise. Cette investigation commence par l'arbre généalogique — non pas pour chercher le cholestérol, mais pour identifier la vraie prédisposition familiale : y a-t-il des maladies cardiovasculaires dans la famille ? Y a-t-il des signes d'hypercoagulation ? Y a-t-il des cancers qui contre-indiqueraient un abaissement du cholestérol ?

L'investigation se poursuit par une évaluation globale du mode de vie : tabagisme, activité physique, habitudes alimentaires, stress, qualité du sommeil, environnement social. Elle inclut un bilan biologique complet interprété en contexte — pas réduit à la seule ligne du cholestérol. Et elle débouche sur un plan de prévention personnalisé qui peut inclure, selon les cas, des modifications alimentaires (vers le modèle méditerranéen), une reprise de l'activité physique, un arrêt du tabac, et éventuellement des traitements médicamenteux ciblés — notamment anticoagulants ou antiplaquettaires si une prédisposition à l'hypercoagulation a été identifiée.

## Le patient autonome et informé

Mais le cœur de la vision du Dr de Lorgeril n'est pas seulement médical — il est philosophique. Il croit profondément à l'autonomie du patient. Un patient informé, qui comprend les mécanismes de sa maladie, qui sait ce que signifient réellement ses résultats sanguins, qui connaît les options thérapeutiques et leurs limites, est un patient qui peut dialoguer avec son médecin d'égal à égal. Ce dialogue est la condition d'une médecine de qualité.



*Le cercle vertueux — du patient informé au traitement adapté, en passant par le dialogue*



### **Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« On devient autonome, on comprend mieux ce qui se passe et on peut mieux échanger avec les soignants, avec son médecin, son cardiologue, son diabétologue, ou le nutritionniste qui vous donne des conseils. Et c'est ça qui est important. »*

C'est cette conviction qui sous-tend l'ensemble de l'œuvre du Dr de Lorgeril, y compris la formation de 34 vidéos qu'il a créée pour Vivovojo. L'objectif n'est pas de remplacer le médecin — c'est de donner au patient les outils intellectuels pour être un interlocuteur actif dans sa propre prise en charge. C'est de lui permettre de poser les bonnes questions, de comprendre les réponses, et de participer aux décisions qui concernent sa santé.

## Des solutions pour tous

Le Dr de Lorgeril termine sa conférence sur une note d'optimisme résolu. La prévention des maladies cardiovasculaires est aujourd'hui un domaine scientifiquement mature. On sait ce qui cause ces maladies (la dysfonction endothéliale et l'hypercoagulation, favorisées par le mode de vie). On sait ce qui protège (le régime méditerranéen, l'activité physique, l'arrêt du tabac). On sait comment identifier les patients à risque (arbre généalogique, bilan de coagulation). Et on dispose de traitements ciblés pour neutraliser les prédispositions génétiques identifiées.



### **Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« On a des solutions pour tous. On connaît les solutions désormais. »*

La seule chose qui manque, c'est la volonté de les appliquer. La volonté des médecins de sortir du dogme du cholestérol. La volonté des autorités sanitaires de résister aux pressions de l'industrie pharmaceutique. La volonté des patients de se prendre en main, de s'informer, de devenir acteurs de leur propre santé. Ce livre, fidèle à la pensée du Dr de Lorgeril, a été conçu pour contribuer à cette prise de conscience.

**Le message final du Dr de Lorgeril :** La prévention cardiovasculaire efficace existe. Elle repose sur la compréhension des vrais mécanismes de la maladie, sur un mode de vie méditerranéen, sur l'identification des prédispositions génétiques réelles, et sur un dialogue éclairé entre soignants et soignés. Les solutions sont là — il faut les mettre en œuvre.

## ⚠ **Avertissement**

La médecine de précision ne signifie pas l'automédication. Toute stratégie de prévention cardiovasculaire doit être élaborée en concertation avec votre médecin, en tenant compte de votre situation personnelle complète.

## 🔑 **Ce qu'il faut retenir**

- **La médecine systématique est en échec** — Le même traitement pour tous ne fonctionne pas
- **Chaque cas est un cas particulier** — Il faut investiguer l'arbre familial, le mode de vie, la coagulation
- **Le patient informé est un patient protégé** — L'autonomie et le dialogue sont au cœur de la bonne médecine
- **Les solutions existent pour tous** — La prévention CV est un domaine scientifiquement mature
- **Il faut la volonté de les appliquer** — Médecins, autorités et patients doivent sortir du dogme





# Fiches pratiques

*Vos outils au quotidien*

Durée de lecture : 5 min · 2 illustrations

---

Ce chapitre rassemble des outils pratiques inspirés des enseignements du Dr de Lorgeril. Ces fiches sont des enrichissements éditoriaux destinés à vous aider à mettre en œuvre concrètement les principes de prévention cardiovasculaire décrits dans ce livre. Elles ne remplacent pas les conseils personnalisés de votre médecin.

## Fiche 1 — Adopter le régime méditerranéen

Le régime méditerranéen n'est pas un « régime » au sens restrictif du terme — c'est un mode alimentaire fondé sur le plaisir, la variété et la convivialité. Voici les principes essentiels à intégrer progressivement dans votre quotidien.



### Chaque jour

Huile d'olive comme matière grasse principale. Légumes à chaque repas. Fruits frais en dessert ou en collation. Céréales complètes (pain, pâtes, riz). Ail, oignon, herbes aromatiques. Noix et amandes en collation.



### Plusieurs fois par semaine

Poisson gras 2-3 fois (sardines, maquereau, anchois, thon, dorade). Légumineuses 2-3 fois (lentilles, pois chiches, haricots). Œufs 3-4 fois. Volaille 1-2 fois. Fromage

artisanal en petite quantité.



## Rarement

Viande rouge (1-2 fois par mois maximum). Charcuterie industrielle. Sucreries et pâtisseries industrielles. Plats ultra-transformés. Boissons sucrées.

Exemple d'une semaine méditerranéenne						
Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Salade tomates huile d'olive Légumineuses	Sardines grillées Légumes rôtis Ail, citron	Œufs brouillés Épinards, feta Pain complet	Maquereau Couscous Légumes	Poulet rôti Ratatouille Herbes fraîches	Salade niçoise Anchois, olives Œufs durs	Dorade Fenouil, citron Riz complet
Soupe légumes Fromage chèvre Noix	Pâtes complètes Sauce tomate Basilic, ail	Taboulé libanais Houmous Crudités	Omelette herbes fraîches Salade verte	Soupe lentilles Pain aux noix Fruit de saison	Gaspacho Bruschetta Mozzarella	Gratin légumes Huile d'olive Salade fruits

**Principes quotidiens : huile d'olive à chaque repas · 5 portions fruits/légumes**  
Poisson gras 2-3×/semaine · Légumineuses 2-3×/semaine · Noix en collation

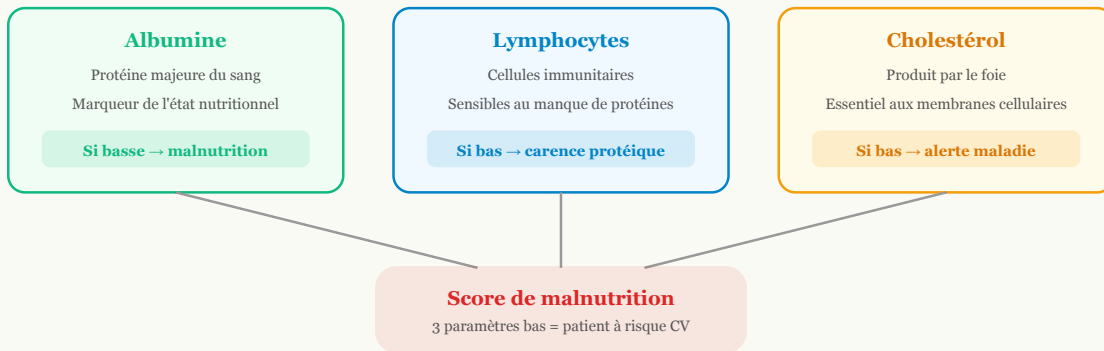
*Ce planning est un exemple indicatif – adaptez-le à vos goûts et à votre culture culinaire*

*Exemple d'une semaine méditerranéenne – à adapter à vos goûts et à votre culture culinaire*

## Fiche 2 – Comprendre votre bilan sanguin

Le Dr de Lorgeril insiste sur l'importance de savoir lire son bilan sanguin en contexte, plutôt que de se focaliser sur le seul cholestérol. Voici les trois paramètres clés à surveiller dans une perspective de nutrition et de risque cardiovasculaire.

## Comprendre votre bilan sanguin — Guide de lecture



⚠ Ce guide est informatif — seul votre médecin peut interpréter vos résultats

Guide de lecture du bilan sanguin — les trois paramètres à mettre en perspective



### Les trois paramètres du score de malnutrition

**Albumine** — Valeur normale : 35-50 g/L. En dessous de 35, suspicion de malnutrition protéique.

**Lymphocytes** — Valeur normale : 1 500-4 000/mm<sup>3</sup>. En dessous de 1 500, suspicion de carence protéique.

**Cholestérol total** — Un cholestérol anormalement bas (< 1,50 g/L) peut signaler une atteinte hépatique ou une malnutrition.

*Seul votre médecin peut interpréter vos résultats dans le contexte de votre situation personnelle.*

## Fiche 3 — L'activité physique au quotidien

Le Dr de Lorgeril rappelle que l'activité physique de loisirs est née comme réponse directe à l'épidémie cardiovasculaire. Pas besoin d'être un athlète — l'essentiel est de sortir de la sédentarité.



### Le minimum vital

30 minutes de marche rapide par jour, 5 jours par semaine. C'est le « jogging » originel — marcher vite. Accessible à tous, gratuit, sans matériel.



## L'idéal

Varié les activités : marche, natation, vélo, jardinage, danse. L'important est la régularité, pas l'intensité. Le plaisir est la meilleure garantie de persévérance.



## Précautions

Si vous êtes sédentaire depuis longtemps ou si vous avez une pathologie cardiaque, consultez votre médecin avant de reprendre une activité physique. Commencez progressivement.

## Fiche 4 — Questions à poser à votre médecin

Le Dr de Lorgeril prône le dialogue éclairé entre soignant et soigné. Voici des questions concrètes que vous pouvez poser lors de votre prochaine consultation cardiologique pour devenir un interlocuteur actif.

**Sur votre arbre généalogique :** « Y a-t-il des maladies cardiovasculaires dans ma famille — pas seulement du cholestérol élevé ? Avez-vous exploré une éventuelle prédisposition à l'hypercoagulation ? »

**Sur votre bilan sanguin :** « Pouvez-vous me donner une lecture globale de mon bilan, en incluant l'albumine et les lymphocytes, pas seulement le cholestérol ? »

**Sur votre traitement :** « Ce médicament est-il vraiment nécessaire dans ma situation personnelle ? Quels sont ses effets indésirables documentés ? Existe-t-il des alternatives non médicamenteuses ? »

**Sur votre mode de vie :** « Comment adapter mon alimentation vers un modèle méditerranéen ? Quel type d'activité physique me recommandez-vous compte tenu de mon état de santé ? »

## **Avertissement**

Ces fiches pratiques sont des outils d'information générale. Elles ne remplacent pas une consultation médicale personnalisée. Avant toute modification de votre alimentation, de votre activité physique ou de votre traitement, consultez votre médecin.

## **Ce qu'il faut retenir**

- **Le régime méditerranéen est un plaisir, pas une contrainte** — Huile d'olive, poisson, légumes, fruits, ail, œufs
- **Votre bilan sanguin se lit en contexte** — Pas seulement le cholestérol : albumine, lymphocytes aussi
- **30 minutes de marche par jour suffisent** — La régularité compte plus que l'intensité
- **Posez des questions à votre médecin** — Le dialogue est la clé de la médecine de précision





# Glossaire

*Les termes techniques expliqués*

Durée de lecture : 3 min

---

Ce glossaire regroupe les principaux termes médicaux et scientifiques utilisés dans cet ouvrage. Les définitions sont volontairement simplifiées pour être accessibles au grand public.

## **Albumine**

Protéine la plus abondante du sang, produite par le foie. Son taux sanguin est un marqueur de l'état nutritionnel. Un taux bas peut indiquer une malnutrition ou une maladie hépatique.

## **Antiplaquettaire**

Substance qui empêche les plaquettes sanguines de s'agréger (se coller entre elles), réduisant ainsi le risque de formation de caillots. L'endothélium sain produit naturellement des substances antiplaquettaires.

## **Athérosclérose**

Maladie des artères caractérisée par la formation de plaques dures et calcifiées dans la paroi artérielle, rétrécissant progressivement la lumière du vaisseau. À ne pas confondre avec « athérome » (étymologiquement « bouillie »), terme que le Dr de Lorgeril considère comme trompeur.

## **AVC (Accident vasculaire cérébral)**

Interruption brutale de la circulation sanguine dans une partie du cerveau. L'AVC ischémique (le plus fréquent) est causé par un caillot qui bouche une artère cérébrale. L'AVC hémorragique est causé par une rupture de vaisseau.

## **Cholestérol**

Molécule lipidique essentielle au fonctionnement de l'organisme. Elle entre dans la composition de toutes les membranes cellulaires et est le précurseur de nombreuses hormones. Principalement produite par le foie.

## **Coagulation**

Processus physiologique qui permet au sang de former un caillot pour arrêter un saignement. Ce processus, normalement bénéfique, peut devenir pathologique lorsqu'un caillot se forme à l'intérieur d'un vaisseau intact (thrombose).

## **Corroboration (au sens de Popper)**

Confirmation répétée d'une théorie scientifique par des expériences qui auraient pu la réfuter mais ne l'ont pas fait. Le régime méditerranéen est une théorie « corroboree » : aucune étude n'a pu la mettre en défaut.

## **Coxibs**

Classe de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dont certains (rofécoxib/Vioxx) ont été retirés du marché en raison d'un risque cardiovasculaire accru. Le scandale des coxibs a conduit à renforcer les exigences méthodologiques des essais cliniques.

## **Diète méditerranéenne**

Ensemble des habitudes alimentaires traditionnelles des populations du pourtour méditerranéen (Grèce, Italie du Sud, Espagne, Maghreb). Caractérisée par une consommation abondante d'huile d'olive, de légumes, de fruits, de poisson, de céréales complètes et de légumineuses.

## **Double aveugle**

Méthode d'essai clinique où ni le patient ni le médecin ne savent si le traitement administré est le médicament testé ou un placebo. Cette technique réduit les biais d'évaluation.

## **Dysfonction endothéliale**

Altération du fonctionnement de l'endothélium vasculaire, qui perd ses propriétés protectrices (anticoagulantes, antiplaquettaires, vasodilatatrices). Considérée par le Dr de Lorgeril comme le véritable point de départ de la maladie artérielle.

### **Endothélium**

Monocouche de cellules spécialisées qui tapisse la surface interne de tous les vaisseaux sanguins (artères et veines). L'endothélium est un véritable organe qui sécrète des substances anticoagulantes, antiplaquettaires et vasodilatatrices.

### **Épidémiologie**

Science qui étudie la fréquence, la distribution et les déterminants des maladies dans les populations humaines. L'approche épidémiologique est fondamentale pour identifier les facteurs de risque cardiovasculaire.

### **Essai clinique randomisé**

Expérimentation médicale dans laquelle les participants sont répartis par tirage au sort (randomisation) entre un groupe recevant le traitement testé et un groupe témoin. C'est l'outil le plus rigoureux de la médecine fondée sur les preuves.

### **French paradox (paradoxe français)**

Observation épidémiologique selon laquelle la France présente une mortalité cardiovasculaire relativement basse malgré une consommation de graisses saturées comparable à celle de pays à forte mortalité CV. Plusieurs hypothèses explicatives existent, incluant le rôle du vin rouge et du mode de vie global.

### **HDL (High Density Lipoprotein)**

Lipoprotéine de haute densité. Véhicule de transport du cholestérol dans le sang, souvent qualifié de « bon cholestérol » — une distinction que le Dr de Lorgeril considère comme scientifiquement infondée.

### **Hypercoagulation (thrombophilie)**

Tendance anormale du sang à former des caillots, souvent d'origine génétique. Selon le Dr de Lorgeril, c'est la véritable prédisposition héréditaire dangereuse à rechercher

en cardiologie, bien plus que le cholestérol élevé.

### **Infarctus du myocarde**

Destruction d'une partie du muscle cardiaque (myocarde) consécutive à l'obstruction complète d'une artère coronaire, généralement par un thrombus (caillot). Communément appelé « crise cardiaque ».

### **Ischémie**

Diminution ou arrêt de l'apport sanguin à un organe ou un tissu. L'ischémie myocardique (du cœur) provoque l'angine de poitrine et, si elle est complète et prolongée, l'infarctus.

### **LDL (Low Density Lipoprotein)**

Lipoprotéine de basse densité. Véhicule de transport du cholestérol dans le sang, souvent qualifié de « mauvais cholestérol ». Le Dr de Lorgeril considère cette qualification comme une simplification abusive.

### **Lymphocytes**

Globules blancs jouant un rôle central dans le système immunitaire. Un taux bas peut indiquer une malnutrition protéique. Avec l'albumine et le cholestérol, ils entrent dans le calcul du score de malnutrition.

### **Mediator (benfluorex)**

Médicament des laboratoires Servier commercialisé pendant 35 ans en France, retiré du marché en 2009 après la découverte de sa toxicité cardiaque (valvulopathies, insuffisance cardiaque, décès). Symbole de la défaillance du système de pharmacovigilance français.

### **Médecine de précision**

Approche médicale qui adapte la prévention et le traitement à chaque individu, en tenant compte de ses caractéristiques génétiques, biologiques, environnementales et comportementales — par opposition à la médecine « systématique » qui applique les mêmes protocoles à tous.

## **Oméga-3**

Acides gras polyinsaturés essentiels, abondants dans les poissons gras, les noix et certaines huiles végétales (lin, colza). Ils possèdent des propriétés anti-inflammatoires et antithrombotiques reconnues.

## **Pharmacovigilance**

Surveillance des effets indésirables des médicaments après leur mise sur le marché. En France, elle repose principalement sur les déclarations spontanées des médecins – un système que le Dr de Lorgeril considère comme structurellement défaillant.

## **Placebo**

Substance inactive (sans effet pharmacologique) utilisée comme référence dans les essais cliniques pour évaluer l'efficacité réelle d'un médicament par comparaison.

## **Plaquettes sanguines**

Fragments cellulaires circulant dans le sang, essentiels à la coagulation. Leur agrégation excessive peut conduire à la formation de caillots pathologiques (thrombose).

## **Polyphénols**

Famille de molécules d'origine végétale aux propriétés antioxydantes. On les trouve notamment dans l'huile d'olive, le vin rouge, les fruits, les légumes et le thé. Ils contribuent à la protection de l'endothélium vasculaire.

## **Réfutabilité (falsifiabilité)**

Critère de scientificité défini par Karl Popper : une théorie est scientifique si elle peut, en principe, être contredite par des observations. Si elle résiste à des tentatives répétées de réfutation, elle est « corroborée ».

## **Resvératrol**

Polyphénol présent dans la peau du raisin rouge et dans le vin rouge. Des études in vitro ont montré des propriétés antioxydantes et anti-inflammatoires, mais son rôle dans la protection cardiovasculaire chez l'humain reste débattu.

## **Seven Countries Study**

Étude épidémiologique majeure lancée dans les années 1950, comparant la mortalité cardiovasculaire entre sept pays sur 30 ans. Elle a révélé les écarts spectaculaires de mortalité entre les populations méditerranéennes (quasi aucun décès CV) et les populations d'Amérique du Nord et d'Europe du Nord.

## **Statines**

Classe de médicaments inhibant la synthèse hépatique du cholestérol. Parmi les médicaments les plus prescrits au monde. Le Dr de Lorgeril considère qu'ils sont inutiles (car le cholestérol n'est pas la cause de l'athérosclérose) et toxiques (effets indésirables musculaires, rénaux, cognitifs et autres).

## **Thrombus (caillot)**

Masse de sang coagulé formée à l'intérieur d'un vaisseau sanguin. Lorsqu'un thrombus obstrue complètement une artère coronaire, il provoque un infarctus du myocarde. Dans une artère cérébrale, il provoque un AVC ischémique.

## **Thrombose**

Formation d'un thrombus (caillot) à l'intérieur d'un vaisseau sanguin. La thrombose artérielle est la cause directe de l'infarctus et de l'AVC ischémique.

## **Vasodilatateur**

Substance qui provoque le relâchement des muscles de la paroi artérielle, augmentant le diamètre du vaisseau et facilitant le flux sanguin. L'endothélium sain produit naturellement des vasodilatateurs, notamment le monoxyde d'azote (NO).





# Bibliographie commentée

*Sources, références et lectures recommandées*

Durée de lecture : 3 min

---

Cette bibliographie rassemble les principales études, ouvrages et sources citées ou évoquées par le Dr de Lorgeril dans sa conférence, ainsi que des références complémentaires pour approfondir les sujets abordés dans ce livre. Les commentaires éditoriaux sont entre crochets.

## Études citées par le Dr de Lorgeril

### **Seven Countries Study**

Keys A. et al. — Démarrée dans les années 1950, résultats majeurs publiés dans les années 1980. Cohortes suivies 30 ans aux USA, Finlande, Pays-Bas, Italie, Grèce (Crète, Corfou), Japon. [L'étude fondatrice qui a révélé les écarts spectaculaires de mortalité cardiovasculaire entre populations méditerranéennes et nord-européennes/américaines. Citée par le Dr de Lorgeril comme preuve de l'extraordinaire protection des populations méditerranéennes.]

### **L'étude de Lyon (Lyon Diet Heart Study)**

de Lorgeril M., Renaud S., Mamelle N. et al. — « Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. » *The Lancet*, 1994 ; 343 : 1454-1459. Suivi prolongé : de Lorgeril M. et al. — « Mediterranean dietary pattern in a randomized trial: prolonged survival and possible reduced cancer rate. » *Archives of Internal Medicine*, 1998 ; 158 : 1181-1187. [L'essai clinique randomisé conduit par le Dr de Lorgeril qui a démontré les effets protecteurs du régime

méditerranéen chez des patients ayant survécu à un infarctus. Résultats qualifiés de « too beautiful to be true » puis confirmés internationalement.]

### **Essai sur le glucagon dans la pancréatite aiguë**

Publié dans le *New England Journal of Medicine*, fin des années 1970, Toulouse. [Thèse de médecine du Dr de Lorgeril — un essai randomisé en double aveugle, méthodologie alors novatrice. Le Dr de Lorgeril y a participé comme jeune investigateur.]

## **Ouvrages du Dr Michel de Lorgeril**

### **Cholestérol, mensonges et propagande**

de Lorgeril M. — Éditions Thierry Souccar. [Ouvrage de référence du Dr de Lorgeril sur la controverse du cholestérol, les statines et la désinformation médicale. Destiné au grand public.]

### **L'horrible vérité sur les médicaments anticholestérol**

de Lorgeril M. — Éditions Thierry Souccar. [Analyse détaillée de la toxicité des statines et de la défaillance de la pharmacovigilance.]

### **Prévenir l'infarctus et l'accident vasculaire cérébral**

de Lorgeril M. — Éditions Thierry Souccar. [Guide de prévention cardiovasculaire fondé sur les résultats de l'étude de Lyon et les recherches ultérieures de l'auteur.]

### **Le nouveau régime méditerranéen**

de Lorgeril M. et Salen P. — Éditions Terre vivante. [Guide pratique d'alimentation méditerranéenne, avec recettes et conseils nutritionnels.]

## **Références complémentaires**

### **La logique de la découverte scientifique**

Popper K. — 1934, traduit en français 1973. [Ouvrage fondateur de l'épistémologie moderne. Le Dr de Lorgeril s'appuie sur le critère de réfutabilité de Popper pour évaluer la solidité des théories médicales — notamment pour opposer la théorie du cholestérol (réfutée) au régime méditerranéen (corroboré).]

### **Le régime crétois**

Renaud S. — [Serge Renaud, chercheur français, a contribué à définir et populariser le concept de régime crétois en France. Il est également à l'origine du concept de « French paradox ». Cité par le Dr de Lorgeril comme un pionnier.]

### **Sur la pharmacovigilance et le Mediator**

IGAS — Rapport sur le benfluorex (Mediator), 2011. [Rapport officiel de l'Inspection générale des affaires sociales documentant les défaillances de la pharmacovigilance française dans l'affaire du Mediator. Le Dr de Lorgeril établit un parallèle avec la situation des statines.]

### **Études sur le cholestérol et la longévité chez les seniors**

Plusieurs études publiées dans de grandes revues médicales internationales (citées par le Dr de Lorgeril sans référence précise dans la conférence) montrent une association entre cholestérol élevé et meilleure espérance de vie dans les populations de plus de 50 ans. [Le lecteur intéressé pourra consulter les travaux de Ravnskov U. et al. pour une revue systématique de ces données.]

## **Formation du Dr de Lorgeril sur Vivovojo**

### **Prévenir les risques de maladies cardiovasculaires — Formation complète**

Dr Michel de Lorgeril — Vivovojo. Plus de 34 vidéos, plus de 10 heures de contenu. [Formation approfondie couvrant l'ensemble des thèmes abordés dans ce livre : histoire de la cardiologie, méthodologie scientifique, controverses sur le cholestérol, régime méditerranéen, prévention individualisée. Articles scientifiques à l'appui.]



### **Note sur les références**

Le format du webinaire — une conférence orale avec échanges — ne permettait pas au Dr de Lorgeril de citer toutes ses références avec la précision d'un article scientifique. Certaines études sont donc mentionnées de façon générique (« des grandes revues médicales », « des équipes internationales »). Le lecteur souhaitant accéder aux sources primaires est invité à consulter les ouvrages du Dr de Lorgeril et sa formation sur Vivovojo, où les références bibliographiques sont fournies en détail.



Collection Vivovojo Santé

# **Cœur, cholestérol et vérité scientifique**

Prévenir les maladies cardiovasculaires par la diète méditerranéenne

Dr Michel de Lorgeril

Médecin, cardiologue, chercheur au CNRS, expert en nutrition et méthodologie des sciences

50 ans de recherche en cardiologie pour une prévention fondée sur les preuves

Ce livre est un ouvrage d'information basé sur une conférence du Dr Michel de Lorgeril. Il ne remplace en aucun cas une consultation médicale personnalisée. Consultez votre médecin avant de modifier un traitement ou votre alimentation.



# Avant-propos

*D'une conférence à un livre*

Durée de lecture : 5 min

---

Ce livre est né d'un webinaire exceptionnel. Celui d'un médecin qui, après cinquante ans de recherche, de controverses et de découvertes, partage avec le public les clés d'une prévention cardiovasculaire fondée sur la science — et non sur les intérêts commerciaux.

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de décès dans le monde. En France, elles emportent chaque année environ cent cinquante mille personnes. Des millions d'autres vivent avec leurs séquelles : infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque. Ces chiffres, aussi vertigineux soient-ils, masquent une réalité plus troublante encore : nous disposons aujourd'hui de connaissances scientifiques solides pour prévenir la grande majorité de ces drames. Mais ces connaissances sont souvent ignorées, déformées ou contredites par des intérêts qui n'ont rien à voir avec la santé des patients.

C'est précisément ce paradoxe que le Dr Michel de Lorgeril explore dans la conférence dont ce livre est issu. Cardiologue, ancien chercheur au CNRS, expert reconnu en nutrition et en méthodologie des sciences médicales, il porte un regard à la fois rigoureux et critique sur les dogmes qui gouvernent la cardiologie conventionnelle. Son message est simple, mais ses implications sont considérables : le cholestérol n'est pas l'ennemi que l'on nous a décrit, la diète méditerranéenne offre une protection remarquable, et chaque patient peut devenir acteur de sa propre santé.

**Ce que vous trouverez dans ce livre**

Cet ouvrage reprend fidèlement l'intégralité des propos tenus par le Dr de Lorgeril lors de son webinaire pour Vivovojo. Chaque affirmation, chaque prise de position, chaque analyse est la sienne. Nous n'avons ni corrigé ses opinions, ni nuancé ses conclusions, ni censuré ses critiques — fussent-elles vives — à l'encontre de l'industrie pharmaceutique ou des autorités sanitaires.

Le lecteur trouvera dans ces pages les citations directes de l'auteur, clairement identifiées dans des encadrés verts, afin de pouvoir distinguer sans ambiguïté la parole du Dr de Lorgeril des enrichissements éditoriaux que nous y avons ajoutés. Car nous avons enrichi cette matière première : contexte historique pour situer les événements dans leur époque, références bibliographiques précises pour permettre au lecteur curieux d'aller plus loin, schémas et illustrations pour rendre accessibles des mécanismes complexes, et guide pratique pour transformer la connaissance en action quotidienne.

## **Méthodologie éditoriale**

La transformation d'une conférence orale en livre écrit est un exercice délicat. La parole est vivante, spontanée, elle rebondit au gré des questions de l'intervieweuse — en l'occurrence Karine Ciot. Le livre, lui, exige une structure, une progression, une cohérence narrative que l'oral ne suit pas toujours. Nous avons donc réorganisé la matière en dix chapitres thématiques, regroupés en quatre parties qui emmènent le lecteur de la compréhension du problème vers les solutions concrètes.

Chaque chapitre peut se lire de façon autonome, comme un essai indépendant. Mais nous recommandons une lecture séquentielle, car le raisonnement du Dr de Lorgeril se construit pas à pas, chaque argument s'appuyant sur les précédents pour aboutir à une vision cohérente et documentée de la prévention cardiovasculaire.



### **Avertissement médical important**

Ce livre est un ouvrage d'information et de vulgarisation scientifique. Il ne remplace en aucun cas une consultation médicale personnalisée. Les propos du Dr de Lorgeril reflètent ses analyses et ses convictions, fondées sur des décennies de recherche. Cependant, chaque situation médicale est unique. **Ne modifiez jamais un traitement en cours sans en avoir discuté au préalable avec votre médecin.** L'objectif de ce livre est de vous donner les clés pour comprendre, questionner et dialoguer de façon éclairée avec vos soignants — pas de vous substituer à eux.

## **À qui s'adresse ce livre**

À tout le monde. Comme le souligne le Dr de Lorgeril lui-même, que vous soyez soignant ou non soignant, cette matière est accessible à tous. Le patient qui veut comprendre ce qui se passe dans ses artères y trouvera des explications claires. Le médecin qui s'interroge sur les controverses du cholestérol y trouvera des arguments scientifiques documentés. Le citoyen qui veut prendre sa santé en main y trouvera un guide pratique fondé sur les preuves. Et chacun, quel que soit son point de départ, y trouvera l'énergie de poser les bonnes questions — à son médecin, à son pharmacien, et à lui-même.

Bonne lecture.

### **Ce qu'il faut retenir de cet avant-propos**

- **Fidélité totale** — Les propos du Dr de Lorgeril sont restitués sans modification ni censure
- **Enrichissement éditorial** — Contexte historique, références et illustrations ont été ajoutés pour approfondir le propos
- **Citations identifiées** — Les paroles exactes de l'auteur sont dans des encadrés dédiés, distinctes des ajouts éditoriaux

- **Avertissement médical** — Ce livre informe, il ne prescrit pas. Consultez votre médecin avant toute décision





# Le Dr Michel de Lorgeril

50 ans au service de la cardiologie

Durée de lecture : 5 min



## Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence

*« C'est une technique, l'essai clinique, c'est pas la science médicale, c'est un outil utilisé par la science médicale pour développer les connaissances scientifiques. »*

Derrière les controverses sur le cholestérol et la diète méditerranéenne, il y a un homme. Un médecin qui a traversé un demi-siècle de cardiologie, des salles de garde parisiennes aux laboratoires de recherche lyonnais, en passant par les plus grands centres de cardiologie du monde — et deux ans de navigation solitaire en Méditerranée.

## Dr Michel de Lorgeril

**Médecin, cardiologue, chercheur au CNRS, expert en nutrition et méthodologie des sciences**

Né en Algérie, formé à Paris et Toulouse, chercheur à Genève, Montréal et Lyon. Auteur de la Lyon Diet Heart Study, l'une des études les plus influentes de l'histoire de la cardiologie préventive. Près de 50 ans d'expérience en méthodologie de l'essai clinique.

## Un enfant de la Méditerranée

Michel de Lorgeril est né en Algérie, au bord de cette Méditerranée qui allait devenir le fil conducteur de toute sa carrière scientifique. Il y passe sa jeunesse, baigné par les paysages, les saveurs et les modes de vie d'un monde qui, il ne le sait pas encore, détient les clés de la prévention cardiovasculaire. Cette enfance méditerranéenne va le marquer durablement et orienter ses choix de recherche des décennies plus tard.

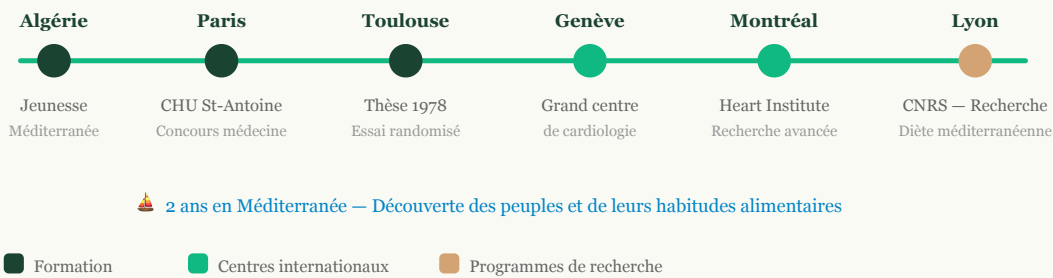
Arrivé en France métropolitaine, il intègre la faculté de médecine et passe le concours au CHU Saint-Antoine, à Paris. C'est le début d'un parcours académique exigeant, mais c'est à Toulouse que se produit l'événement fondateur de sa carrière : sa thèse de médecine, soutenue en 1978, porte sur un essai clinique randomisé en double aveugle testant le glucagon contre un placebo chez des patients atteints de pancréatite aiguë. Ce travail, publié dans le prestigieux *New England Journal of Medicine*, lui donne une avance considérable sur sa génération en matière de méthodologie scientifique.

## **Les grands centres du monde**

Après Toulouse, le parcours de Michel de Lorgeril le mène dans deux des plus grands centres de cardiologie au monde. D'abord Genève, en Suisse, où il intègre un département de cardiologie de renommée européenne. C'est là qu'il découvre, non sans ironie, le mépris des Suisses pour les habitudes alimentaires méditerranéennes – l'ail et le poisson, moqués comme des marqueurs d'une culture jugée inférieure. Puis il traverse l'Atlantique pour rejoindre le Montreal Heart Institute, au Canada, l'un des centres de recherche cardiologique les plus prestigieux de la planète.

Entre ces postes académiques, il s'accorde une parenthèse inattendue pour un chercheur : deux ans de navigation en Méditerranée, sur son propre bateau. Ce voyage lui permet de découvrir de l'intérieur les peuples méditerranéens, leur façon de vivre, leur façon de se nourrir. C'est une expérience qui le « programme », selon ses propres mots, pour le travail de sa vie : comprendre pourquoi les Méditerranéens sont protégés des maladies cardiovasculaires.

## Parcours du Dr Michel de Lorgeril



*Le parcours géographique et professionnel du Dr de Lorgeril — d'Algérie à Lyon, en passant par les plus grands centres de cardiologie du monde.*

## Lyon : le temps de la maturité scientifique

C'est finalement à Lyon que Michel de Lorgeril pose ses valises de chercheur. Au CNRS, il développe ses propres programmes de recherche, avec une double ambition : comprendre les mécanismes de la prévention cardiovasculaire et démontrer, par des essais cliniques rigoureux, l'efficacité de la diète méditerranéenne. C'est là qu'il conduit la célèbre Lyon Diet Heart Study, un essai randomisé chez des patients ayant survécu à un infarctus, dont les résultats spectaculaires — une réduction d'environ 70 % des récurrences cardiaques dans le groupe méditerranéen — seront publiés dans *The Lancet* en 1994 et 1999.

Ces résultats, d'abord accueillis avec scepticisme — « too beautiful to be true », disaient les critiques —, seront ensuite confirmés par des équipes indépendantes aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et en Finlande. À ce jour, aucune étude négative n'a été publiée sur la diète méditerranéenne.

## Un méthodologiste dans l'âme

Ce qui distingue le Dr de Lorgeril dans le paysage médical français, c'est son expertise en méthodologie de l'essai clinique. Depuis sa thèse de 1978, il n'a cessé de pratiquer, d'affiner et d'enseigner les techniques de l'essai randomisé — le standard d'or de la médecine fondée sur les preuves. Cette compétence lui confère une légitimité particulière lorsqu'il critique les essais cliniques des médicaments anti-cholestérol : il

ne parle pas en idéologue, mais en technicien qui sait lire les protocoles, repérer les biais et distinguer un résultat solide d'un artefact statistique.

Comme il le rappelle lui-même, ses propres études à Lyon n'ont jamais reçu de critique méthodologique. C'est cette rigueur qui donne à ses prises de position leur force — et qui rend d'autant plus inconfortable le contraste avec certaines études industrielles dont il pointe les faiblesses.



### **Publications et formation**

Le Dr de Lorgeril est l'auteur de nombreux ouvrages de vulgarisation scientifique sur les maladies cardiovasculaires, le cholestérol et la nutrition. Il a également conçu une formation vidéo de plus de 34 modules et 10 heures de contenu, dans laquelle il détaille l'intégralité de ses recherches, les controverses historiques et les solutions de prévention. Cette formation, accessible aux soignants comme aux non-soignants, constitue une ressource documentée et rigoureuse pour quiconque souhaite approfondir ces questions.

### **Ce qu'il faut retenir**

- **50 ans d'expérience** — En cardiologie, nutrition et méthodologie de l'essai clinique
- **Parcours international** — Paris, Toulouse, Genève, Montréal, Lyon — et deux ans en Méditerranée
- **Lyon Diet Heart Study** — L'étude qui a démontré scientifiquement l'efficacité de la diète méditerranéenne
- **Expert en méthodologie** — Formé à l'essai randomisé dès 1976, publié dans le New England Journal of Medicine
- **Indépendance scientifique** — Une carrière de recherche publique, sans conflit d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique





# L'épidémie silencieuse du XXe siècle

*Quand les maladies du cœur ont frappé le monde occidental*

Durée de lecture : 8 min · 3 illustrations



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

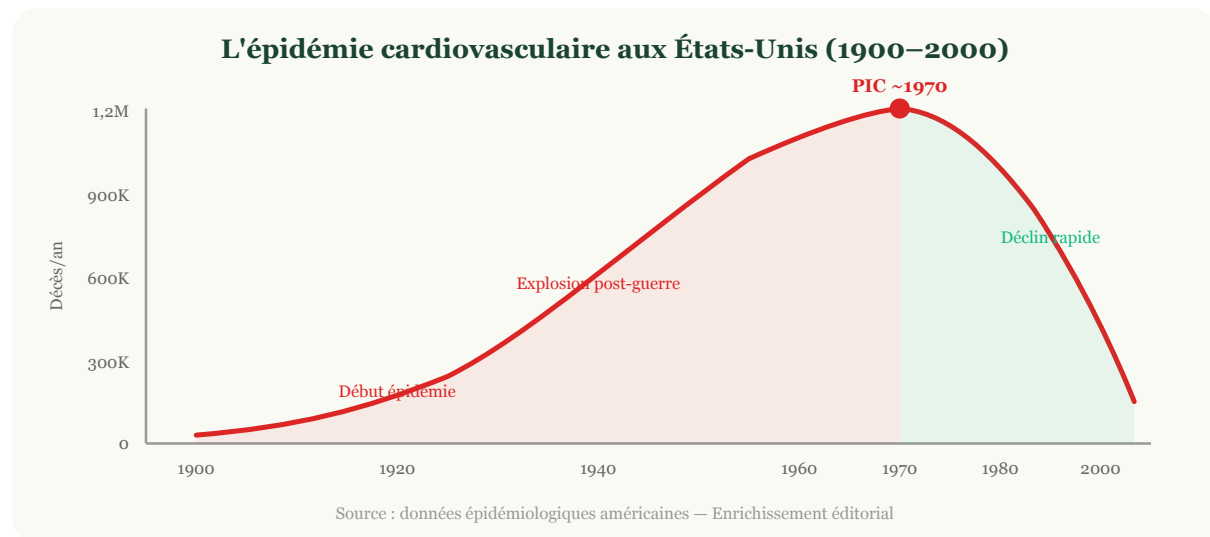
*« Ça démarre à peu près en 1920. Tout d'un coup, les maladies cardiovasculaires explosent dans le monde occidental. »*

Le mot « épidémie » évoque spontanément la peste, le choléra, la grippe espagnole — des fléaux infectieux qui déciment les populations en quelques mois. Pourtant, au XXe siècle, une autre épidémie a frappé le monde occidental avec une violence comparable, mais dans un silence presque total. Elle n'était pas causée par un virus ni par une bactérie. Elle touchait le cœur et les vaisseaux, et elle allait devenir la première cause de mort sur la planète.

## **Le mot juste : une épidémie, voire une pandémie**

Le Dr de Lorgeril insiste sur le choix du vocabulaire. Étymologiquement, le terme « épidémie » était réservé aux maladies infectieuses. Mais ce qui s'est produit avec les maladies cardiovasculaires au XXe siècle correspond exactement à la définition : une augmentation brutale, massive et géographiquement étendue d'une pathologie, suivie d'un déclin. On pourrait même parler de pandémie, souligne-t-il, car le phénomène ne se limitait pas à un seul pays. Pratiquement tous les pays occidentaux ont été frappés : les États-Unis, le Royaume-Uni, les pays scandinaves, l'Europe du Nord en général, l'Australie.

Ce qui frappe, c'est la vitesse du phénomène. Les maladies cardiovasculaires commencent à exploser vers 1920, connaissent une accélération spectaculaire après la Seconde Guerre mondiale, et atteignent leur pic aux États-Unis aux alentours de 1970. Ensuite, le déclin est tout aussi rapide — mais il a fallu des décennies pour comprendre ce qui se passait, tant à la montée qu'à la descente.



*L'évolution de la mortalité cardiovasculaire aux États-Unis au cours du XXe siècle : une montée brutale à partir de 1920, un pic vers 1970, puis un déclin rapide.*

## Des chiffres épouvantables

Les chiffres donnés par le Dr de Lorgeril sont éloquentes. Aux États-Unis, au sommet de l'épidémie, on comptait jusqu'à 1 200 000 décès par an liés aux maladies cardiovasculaires, pour une population de 250 millions d'habitants. Cela signifie que près d'un décès sur deux était d'origine cardiovasculaire. Ce n'était pas une statistique abstraite : c'étaient des pères de famille qui s'effondraient à cinquante ans, des hommes jeunes fauchés par un infarctus en pleine force de l'âge.

Car l'épidémie avait un visage : celui des hommes, et plus précisément des hommes jeunes. Les femmes semblaient bénéficier d'une protection relative — un phénomène que la recherche attribuera plus tard en partie aux hormones œstrogènes, mais dont les mécanismes exacts font encore l'objet de travaux. Cette asymétrie entre les sexes rendait le drame d'autant plus visible : c'étaient les maris, les fils, les frères qui tombaient.

## Maladies cardiovasculaires : les chiffres clés

**N°1**

Cause de décès  
dans le monde

**1,2 M**

Décès/an aux USA  
au pic de l'épidémie

**150 000**

Décès/an en France  
aujourd'hui

Sources : estimations mondiales et données françaises citées dans la conférence

*Les chiffres clés de l'épidémie cardiovasculaire : première cause de décès mondiale, 1,2 million de morts par an aux États-Unis au pic, 150 000 décès annuels en France aujourd'hui.*

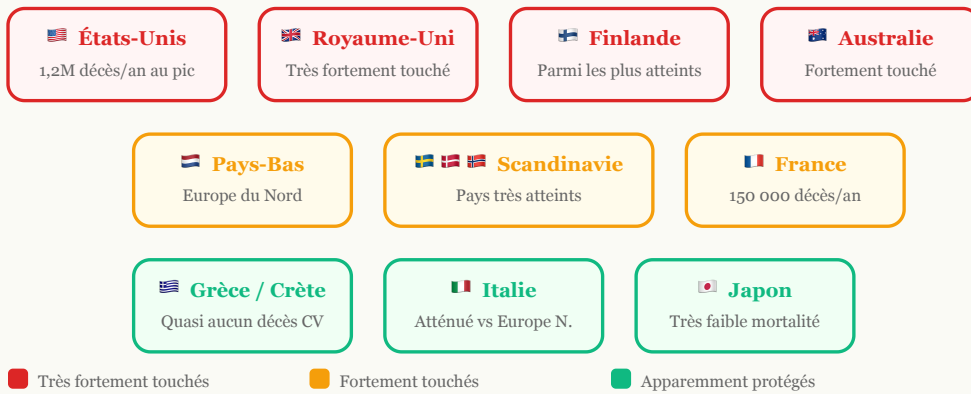
## Une géographie révélatrice

L'un des aspects les plus instructifs de cette épidémie est sa géographie. Tous les pays n'ont pas été touchés de la même manière, et cette inégalité géographique allait devenir l'un des indices les plus précieux pour comprendre les causes de la maladie.

Les pays les plus durement frappés étaient les États-Unis, le Royaume-Uni, les pays scandinaves — la Finlande en tête —, les Pays-Bas et l'Australie. L'Europe du Nord, en général, payait un tribut considérable. La France, bien que touchée, l'était dans une moindre mesure — un phénomène qui sera plus tard baptisé le « French Paradox ».

Mais surtout, certaines populations semblaient mystérieusement épargnées. Les Grecs, en particulier les Crétois et les habitants de Corfou, présentaient des taux de mortalité cardiovasculaire dérisoires. Les Italiens, dans une moindre mesure, étaient également protégés. Et de l'autre côté du monde, les Japonais affichaient des chiffres tout aussi remarquables. Ces différences spectaculaires allaient constituer le point de départ d'une des plus grandes aventures de la recherche médicale du XXe siècle : la compréhension du rôle de l'alimentation dans les maladies du cœur.

## Les pays touchés par l'épidémie cardiovasculaire



*La géographie de l'épidémie cardiovasculaire : les pays occidentaux (en rouge) massivement touchés, tandis que les populations méditerranéennes et japonaises (en vert) semblaient protégées.*

## La mobilisation des États

L'ampleur de la catastrophe sanitaire a nécessité une réponse à la hauteur. Les gouvernements des pays les plus touchés ont lancé des programmes de recherche intenses, mobilisant des moyens financiers considérables. Aux États-Unis, le National Institutes of Health (NIH) a financé des études de cohorte monumentales — dont la célèbre étude de Framingham, démarrée en 1948, qui suit encore aujourd'hui les habitants de cette petite ville du Massachusetts. En Europe, les pays scandinaves et le Royaume-Uni ont déployé des programmes similaires.

Comme le souligne le Dr de Lorgeril, quand on refait l'histoire de la médecine au XXe siècle, l'épidémie de maladies cardiovasculaires apparaîtra comme un « moment absolument critique de la santé des populations ». C'est cette épidémie qui a donné naissance à la cardiologie préventive moderne, à l'épidémiologie nutritionnelle, et aux grands essais cliniques qui structurent aujourd'hui la médecine fondée sur les preuves.



## L'étude de Framingham — Enrichissement éditorial

Démarrée en 1948 dans la ville de Framingham, Massachusetts, cette étude de cohorte est l'une des plus longues de l'histoire médicale. Elle a permis d'identifier les principaux facteurs de risque cardiovasculaire : hypertension, tabagisme, diabète, sédentarité, obésité. Aujourd'hui, elle en est à sa troisième génération de participants. C'est un pilier de l'épidémiologie moderne.



## Avertissement

Ce chapitre présente des données historiques sur l'épidémie cardiovasculaire. Les chiffres cités sont des ordres de grandeur issus de la conférence du Dr de Lorgeril et de sources épidémiologiques publiques. Pour des données actualisées, consultez les publications de l'Organisation Mondiale de la Santé et de Santé Publique France.



## Ce qu'il faut retenir

- **Une vraie épidémie** — Les maladies cardiovasculaires ont explosé dans tout le monde occidental à partir de 1920, avec un pic vers 1970
- **Des chiffres massifs** — Jusqu'à 1,2 million de décès/an aux USA ; encore 150 000/an en France aujourd'hui
- **Une géographie instructive** — Les pays du Nord massivement touchés, les populations méditerranéennes et japonaises mystérieusement épargnées
- **Les hommes jeunes en première ligne** — L'épidémie a principalement frappé les hommes, les femmes bénéficiant d'une protection relative
- **Un tournant historique** — Cette catastrophe sanitaire a lancé la cardiologie préventive moderne et les grands programmes de recherche





# Ce qui se passe vraiment dans vos artères

*Athérosclérose, endothélium et thrombose*

Durée de lecture : 8 min · 3 illustrations

---



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Le cholestérol est innocent. Définitivement, le cholestérol est innocent. Il ne joue pas de rôle important dans le développement de la plaque d'athérosclérose. »*

Pour comprendre pourquoi le cholestérol n'est pas le coupable que l'on nous désigne depuis des décennies, il faut d'abord comprendre ce qui se passe réellement à l'intérieur de nos artères. Et la première surprise, c'est que le vocabulaire même utilisé par la médecine conventionnelle trahit une incompréhension fondamentale du phénomène.

## **Le piège des mots : athérome n'est pas athérosclérose**

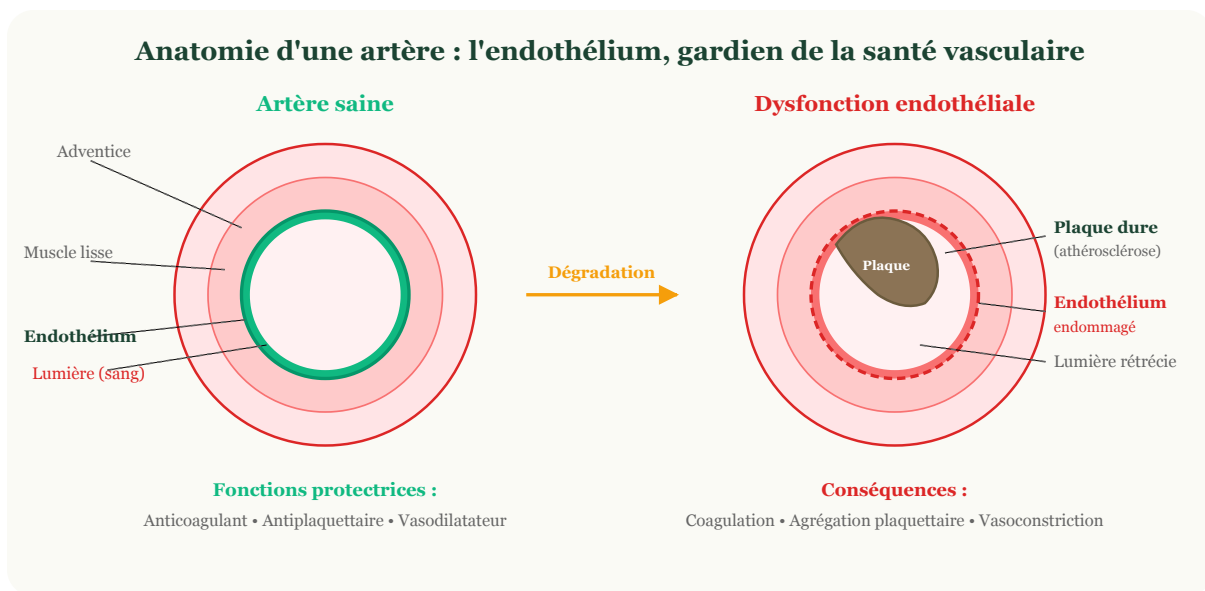
Le Dr de Lorgeril commence par une mise au point linguistique qui en dit long. Beaucoup de médecins conventionnels parlent d'« athérome », d'« athéromatose » ou de « plaque d'athérome ». Or, souligne-t-il avec une certaine véhémence, « l'athérome ou l'athéromatose, ça n'existe pas ». Du moins, pas au sens où ces mots sont couramment employés.

Le terme « athérome » vient du grec et signifie littéralement « bouillie ». C'est un « concentré d'erreurs », selon l'expression du Dr de Lorgeril, car la plaque d'athérosclérose n'est pas une bouillie. Elle est dure — « dure comme du bois », précise-t-il. Et cette distinction n'est pas qu'une querelle sémantique : si la plaque était molle comme une bouillie, la forte pression qui règne dans les artères l'empêcherait de boucher quoi que ce soit. C'est précisément parce que la plaque est dure et rigide qu'elle peut progressivement rétrécir la lumière artérielle et constituer un obstacle à la circulation du sang.

## **L'endothélium : le gardien invisible**

Pour comprendre comment naît la maladie artérielle, il faut s'intéresser à une structure que la plupart des patients ne connaissent pas : l'endothélium. Il s'agit d'une monocouche de cellules qui tapisse l'intérieur de toutes nos artères et de toutes nos veines. C'est une membrane d'une finesse extrême, mais dont le rôle est absolument capital.

En temps normal, l'endothélium sécrète en permanence des substances qui remplissent trois fonctions vitales : il produit des anticoagulants, qui empêchent le sang de former des caillots spontanés à l'intérieur des vaisseaux ; il libère des agents antiplaquettaires, qui empêchent les plaquettes sanguines de s'agréger entre elles ; et il génère des vasodilatateurs, qui maintiennent les artères ouvertes et souples. Grâce à cet endothélium fonctionnel, le sang circule librement, sans coaguler, dans un réseau vasculaire détendu et ouvert.



*Coupe d'une artère saine (à gauche) avec un endothélium fonctionnel qui protège la paroi, et d'une artère en dysfonction endothéliale (à droite) avec formation d'une plaque dure d'athérosclérose.*

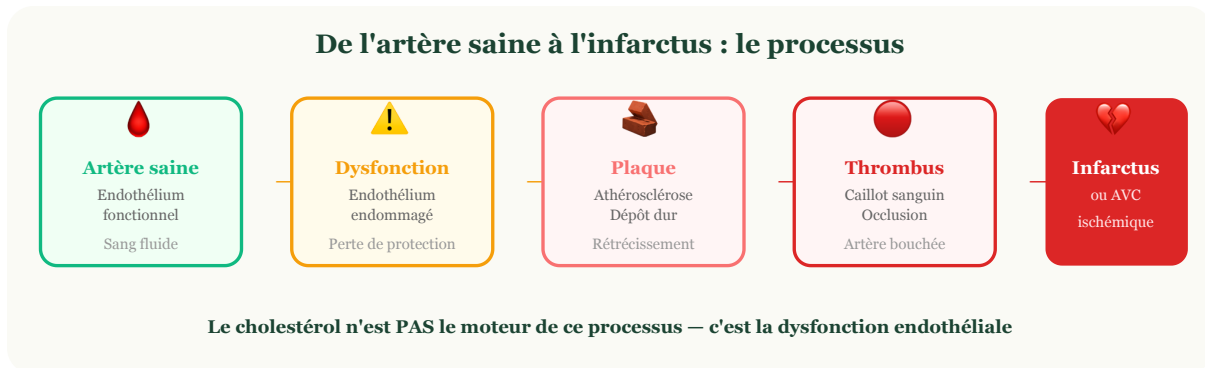
## Quand l'endothélium dysfonctionne

Le Dr de Lorgeril est catégorique : c'est la dysfonction de l'endothélium qui constitue le point de départ de la maladie artérielle. Lorsque cette monocouche cellulaire cesse de fonctionner correctement — sous l'effet du tabac, de la sédentarité, d'une alimentation inadaptée, du stress chronique ou d'une prédisposition génétique —, tout bascule. Les substances protectrices ne sont plus sécrétées en quantité suffisante. Le sang commence à interagir anormalement avec la paroi artérielle. Les plaquettes s'activent, les facteurs de coagulation se mobilisent, et les conditions sont réunies pour la formation de dépôts qui, avec le temps, deviennent la plaque d'athérosclérose.

C'est un processus lent, insidieux, qui se développe sur des années, voire des décennies. La plaque rétrécit progressivement l'artère, réduisant le débit sanguin. Mais le vrai danger n'est pas là. La catastrophe survient lorsqu'un caillot — ce que les médecins appellent un thrombus — se forme brutalement sur cette plaque et bouche complètement l'artère.

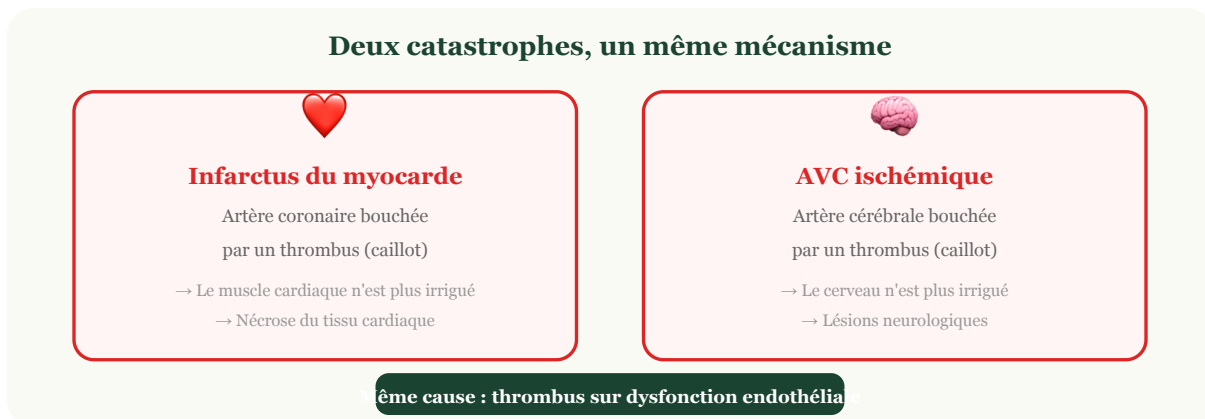
## Le thrombus : la catastrophe finale

Le Dr de Lorgeril distingue clairement deux phénomènes. D'un côté, la plaque d'athérosclérose, qui est le processus chronique de dégradation de la paroi artérielle. De l'autre, le thrombus, qui est l'événement aigu, brutal, potentiellement mortel. C'est le thrombus — le caillot — qui bouche complètement l'artère et provoque l'infarctus du myocarde lorsqu'il obstrue une artère coronaire, ou l'accident vasculaire cérébral ischémique lorsqu'il bloque une artère du cerveau.



*Le processus en cinq étapes : de l'artère saine à la dysfonction endothéliale, puis de la formation de la plaque au thrombus et, finalement, à l'infarctus ou à l'AVC ischémique.*

Ce qui est fondamental dans l'explication du Dr de Lorgeril, c'est que le cholestérol n'est le moteur d'aucune de ces étapes. Le vrai problème, c'est la santé de l'endothélium. C'est la dysfonction de cette membrane protectrice qui initie le processus pathologique, et c'est la thrombose — un phénomène de coagulation — qui déclenche la catastrophe. Le cholestérol, lui, n'est qu'un passager innocent dans ce drame vasculaire.



*Deux organes vitaux, un même mécanisme destructeur : le thrombus qui bouche l'artère coronaire (infarctus) ou l'artère cérébrale (AVC ischémique).*



## L'endothélium en chiffres — Enrichissement éditorial

L'endothélium vasculaire humain, si on le dépliait, couvrirait une surface d'environ 4 000 à 7 000 mètres carrés — soit la taille d'un terrain de football. Malgré son épaisseur d'une seule cellule, il pèse au total environ un kilogramme. Certains chercheurs le considèrent comme un organe à part entière, tant ses fonctions sont variées et essentielles : régulation de la coagulation, du tonus vasculaire, de l'inflammation et de la perméabilité des vaisseaux.



## Avertissement médical

Ce chapitre présente la vision du Dr de Lorgeril sur les mécanismes de l'athérosclérose. Si vous présentez des symptômes cardiovasculaires (douleur thoracique, essoufflement, malaise), consultez immédiatement un médecin ou appelez le 15 (SAMU). Ne modifiez jamais un traitement en cours sans avis médical.

## Ce qu'il faut retenir

- **L'athérosclérose n'est pas une « bouillie »** — La plaque est dure comme du bois, c'est pour cela qu'elle peut obstruer les artères
- **L'endothélium est le gardien** — Cette monocouche cellulaire sécrète des anticoagulants, des antiplaquettaires et des vasodilatateurs
- **La dysfonction endothéliale est le point de départ** — Quand l'endothélium ne fonctionne plus, la plaque se forme progressivement
- **Le thrombus est la catastrophe** — C'est le caillot qui bouche l'artère et provoque l'infarctus ou l'AVC
- **Le cholestérol est innocent** — Il n'est le moteur d'aucune de ces étapes selon le Dr de Lorgeril





# Le cholestérol est innocent

*Anatomie d'une théorie erronée*

Durée de lecture : 9 min · 3 illustrations



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« C'est du Walt Disney, c'est du Blanche-Neige. Un scientifique sérieux, il ne peut pas adhérer à ce genre de théorie. »*

Il existe peu de sujets en médecine où l'écart entre le discours officiel et les données scientifiques est aussi vertigineux. Depuis des décennies, on répète aux patients qu'il y a du « bon » et du « mauvais » cholestérol, que le mauvais bouche les artères, et qu'il faut le baisser coûte que coûte — de préférence avec un médicament. Le Dr de Lorgeril démontre pourquoi cette construction intellectuelle ne résiste pas à l'examen scientifique.

## Le bon, le mauvais et le truand

La métaphore du Dr de Lorgeril est savoureuse : parler de « bon » et de « mauvais » cholestérol, c'est du Walt Disney. C'est du Blanche-Neige. Et il pousse l'ironie plus loin : « Le bon et le méchant, pourquoi pas le truand, c'est absurde. » Car comment une seule et même molécule pourrait-elle être tantôt bénéfique, tantôt maléfique ? C'est une vision simpliste, presque enfantine, qui ne correspond à aucune réalité biochimique.

En réalité, ce que l'on appelle couramment « bon cholestérol » (HDL) et « mauvais cholestérol » (LDL) ne sont pas deux formes de cholestérol, mais deux types de lipoprotéines — des transporteurs — qui véhiculent la même molécule de cholestérol dans le sang. Le cholestérol lui-même est une molécule unique, indispensable à la vie : il entre dans la composition de toutes les membranes cellulaires, il est le précurseur de la vitamine D, des hormones stéroïdiennes et des acides biliaires. Sans cholestérol, nous mourrions.

Pourtant, des millions de patients vivent dans l'angoisse de leur bilan lipidique. Le Dr de Lorgeril décrit la scène avec une empathie teintée de colère : « Le bon, il est bas, et le méchant, il est haut. Oh là là, je vais mourir. Ça n'a pas de sens. » Cette anxiété, entretenue par un système médical qui confond marqueur biologique et facteur causal, est non seulement infondée scientifiquement mais potentiellement nocive pour les patients.

### Cholestérol : idées reçues vs réalité scientifique

#### ✗ Idées reçues

- Le cholestérol bouche les artères
- Il y a du « bon » et du « mauvais » cholestérol
- Un cholestérol élevé = danger
- Il faut toujours le baisser avec des médicaments
- Le cholestérol de l'œuf est dangereux
- Un cholestérol bas = bonne santé

#### ✓ Réalité scientifique

- C'est la dysfonction endothéliale et la thrombose qui bouchent
- « Du Walt Disney » — une molécule n'est pas bonne ou mauvaise
- Chez les seniors, cholestérol élevé = meilleure espérance de vie
- L'œuf est un « magnifique aliment » conçu pour nourrir la vie
- Un cholestérol bas est souvent signe de maladie grave

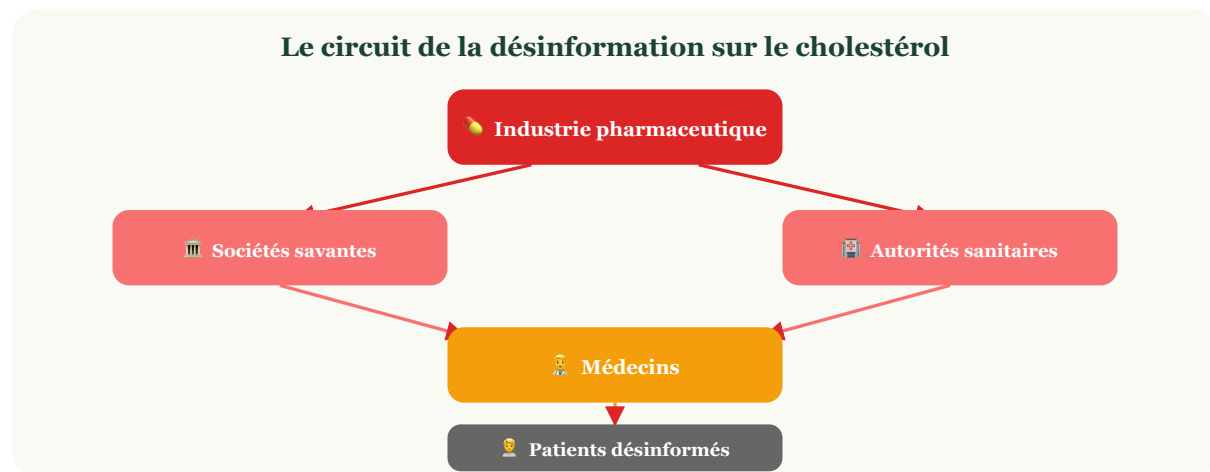
*Face-à-face entre les idées reçues sur le cholestérol, omniprésentes dans le discours médical conventionnel, et la réalité scientifique défendue par le Dr de Lorgeril.*

## La controverse : des intérêts, pas de la science

Si la théorie du cholestérol pathogène est scientifiquement fragile, pourquoi domine-t-elle encore le discours médical ? La réponse du Dr de Lorgeril est sans ambiguïté : il s'agit de désinformation, et cette désinformation a des racines économiques profondes. Les médicaments anti-cholestérol — les statines en tête — représentent un

marché de plusieurs dizaines de milliards de dollars par an à l'échelle mondiale. Tant que la théorie du cholestérol dangereux tient, ce marché est assuré.

Mais ce qui rend la situation particulièrement préoccupante, selon le Dr de Lorgeril, c'est que la désinformation n'est pas seulement le fait de l'industrie pharmaceutique. Elle est relayée et légitimée par les sociétés savantes — ces organisations de médecins spécialistes qui émettent les recommandations officielles —, par les autorités sanitaires, et par les gouvernants eux-mêmes. Il existe, dit-il, une sorte de « consensus chez les conventionnels » pour affirmer qu'il faut absolument baisser le cholestérol. Mais ce consensus, ajoute-t-il, ne repose pas sur les données scientifiques. « Les données scientifiques ne disent pas ça du tout. »



*Le circuit de la désinformation sur le cholestérol : de l'industrie pharmaceutique aux patients, en passant par les sociétés savantes, les autorités sanitaires et les médecins prescripteurs.*

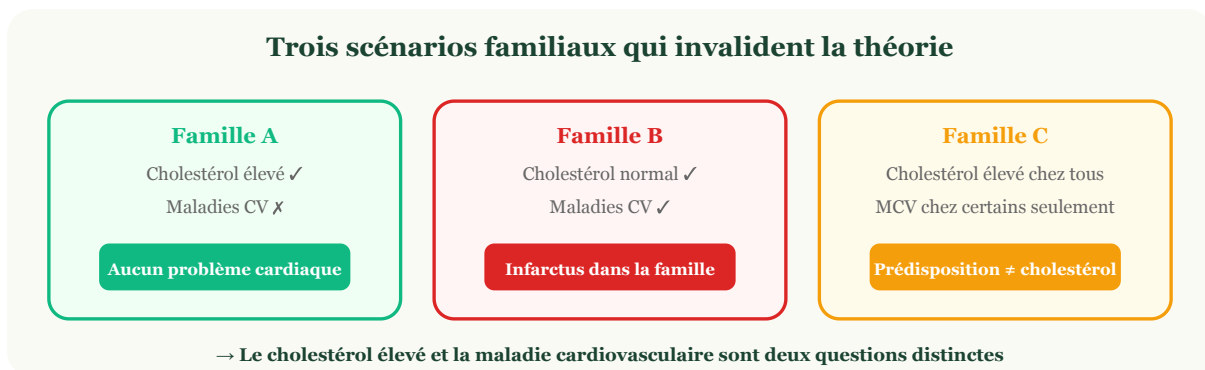
## Trois familles, trois vérités

Pour illustrer l'absurdité de la théorie, le Dr de Lorgeril s'appuie sur son expérience clinique et sur les données familiales de ses patients. Il décrit trois scénarios que tout médecin attentif peut observer dans sa pratique quotidienne.

Premier scénario : des familles où le cholestérol est élevé chez tous les membres, de génération en génération, mais où personne ne développe de maladie cardiovasculaire. Le grand-père a vécu jusqu'à quatre-vingt-dix ans, le père va bien, les enfants vont bien — et pourtant, tous ont un cholestérol considéré comme « trop haut » par les normes conventionnelles.

Deuxième scénario : des familles où les maladies cardiovasculaires sont fréquentes — des infarctus, des AVC — mais où le cholestérol est parfaitement normal. Le père a fait un infarctus à cinquante-cinq ans, l'oncle aussi, et pourtant leurs bilans lipidiques n'avaient rien d'alarmant.

Troisième scénario, le plus instructif : au sein d'une même famille où tout le monde a un cholestérol élevé, certains développent une maladie cardiovasculaire et d'autres non. Si le cholestérol était vraiment la cause, comment expliquer cette disparité au sein d'un même patrimoine génétique ?



*Trois scénarios familiaux observés en clinique qui invalident la théorie du cholestérol comme cause des maladies cardiovasculaires : le cholestérol élevé et la maladie cardiovasculaire sont deux questions distinctes.*

## Ce que dit la science indépendante

Le Dr de Lorgeril ne se contente pas de critiquer : il oppose à la théorie conventionnelle les données de la science indépendante. Et il insiste sur un point crucial : il ne s'agit pas d'opinions, mais de résultats publiés dans de grandes revues médicales, vérifiables par quiconque prend la peine de les chercher.

Ces données montrent, entre autres, que chez les personnes de plus de cinquante ans, un cholestérol élevé est associé à une meilleure espérance de vie — exactement l'inverse de ce que prédit la théorie conventionnelle. Elles montrent également que le cholestérol élevé est associé à une diminution du risque de cancer. Et elles montrent qu'un cholestérol abaissé est souvent un signe de maladie grave, et non de bonne santé.

Ce qui manque, conclut le Dr de Lorgeril, ce n'est pas la science : c'est la volonté de la regarder en face. « Il faut être très méticuleux », dit-il. « C'est là que la science est importante, une science qui est indépendante de tout intérêt commercial. »



### **HDL et LDL : de quoi parle-t-on ? — Enrichissement éditorial**

Le HDL (High Density Lipoprotein) et le LDL (Low Density Lipoprotein) sont des lipoprotéines — des complexes de protéines et de lipides — qui transportent le cholestérol dans le sang. Le LDL transporte le cholestérol du foie vers les tissus, tandis que le HDL le ramène des tissus vers le foie. La théorie conventionnelle considère le LDL comme « mauvais » car il dépose le cholestérol dans les parois artérielles, et le HDL comme « bon » car il l'en retire. Le Dr de Lorgeril conteste cette simplification, arguant que le cholestérol transporté n'est pas la cause du problème artériel.



### **Avertissement médical**

Ce chapitre présente la position du Dr de Lorgeril sur le cholestérol, qui diffère du consensus médical conventionnel. Si vous prenez actuellement un traitement anti-cholestérol, ne l'arrêtez pas sans en avoir discuté avec votre médecin. Toute modification thérapeutique doit être accompagnée par un professionnel de santé.



### **Ce qu'il faut retenir**

- « **Bon** » et « **mauvais** » cholestérol = **simplification abusive** — Le cholestérol est une molécule unique et indispensable à la vie
- **La désinformation a des racines économiques** — Le marché des statines se chiffre en dizaines de milliards de dollars
- **Le circuit est verrouillé** — Industrie, sociétés savantes, autorités sanitaires et médecins relaient le même message

- **L'observation clinique contredit la théorie** — Des familles avec cholestérol élevé sans MCV, et inversement
- **La science indépendante dit autre chose** — Cholestérol élevé chez les seniors = meilleure espérance de vie





# Quand le cholestérol est trop bas

*Malnutrition, maladies graves et paradoxes méconnus*

Durée de lecture : 8 min · 2 illustrations



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Les gens sont en surpoids, et pourtant ils sont mal nourris. »*

On nous répète qu'un cholestérol élevé est dangereux et qu'il faut le baisser. Mais que se passe-t-il quand le cholestérol est bas ? La réponse du Dr de Lorgeril est aussi claire qu'inattendue : un cholestérol bas n'est pas un signe de bonne santé. C'est souvent, au contraire, le signal d'alarme d'une maladie grave ou d'une malnutrition insoupçonnée.

## Le paradoxe de la malnutrition moderne

Le Dr de Lorgeril ouvre ce chapitre par une observation qui défie le sens commun : dans le domaine des maladies cardiovasculaires, le problème n'est pas toujours l'excès. Trop souvent, dit-il, on pense que les gens se nourrissent trop et sont surnourris. La réalité est bien plus complexe. De nombreuses équipes de recherche travaillent désormais sur la malnutrition comme facteur de risque cardiovasculaire — non pas la malnutrition des pays en développement, mais celle, insidieuse, des sociétés d'abondance.

C'est le paradoxe que le Dr de Lorgeril résume en une phrase saisissante : « Les gens sont en surpoids, et pourtant ils sont mal nourris. » Un individu peut consommer

trois mille calories par jour et être néanmoins carencé en nutriments essentiels — protéines de qualité, vitamines, minéraux, acides gras indispensables. L'excès calorique masque un déficit nutritionnel réel, et c'est ce déficit qui, selon le Dr de Lorgeril, contribue au risque cardiovasculaire.

## Le score de malnutrition : trois marqueurs

Pour identifier les patients mal nourris susceptibles de développer un problème cardiovasculaire, les équipes de recherche ont développé des scores nutritionnels basés sur trois paramètres biologiques simples, accessibles dans n'importe quelle prise de sang de routine.

Le premier marqueur est l'albumine. C'est la principale protéine du sang, produite par le foie. Lorsque l'albumine est basse, cela indique que le patient ne reçoit pas sa dose habituelle de protéines — il est en déficit protéique, même s'il mange en quantité suffisante sur le plan calorique.

Le deuxième marqueur est le taux de lymphocytes. Ces cellules du système immunitaire sont sensibles à l'état nutritionnel. Un taux de lymphocytes bas traduit, là encore, un manque de protéines dans l'alimentation et une fragilisation de l'immunité.

Le troisième marqueur est un cholestérol abaissé. Et c'est là que la perspective s'inverse complètement par rapport au discours conventionnel : dans ce score, un cholestérol bas n'est pas une bonne nouvelle. C'est un signal de souffrance, qui complète le tableau de la malnutrition.

### Le score de malnutrition : trois marqueurs clés



#### Albumine basse

Protéine du sang  
Carence protéique



#### Lymphocytes bas

Cellules immunitaires  
Déficit nutritionnel



#### Cholestérol abaissé

Signe de souffrance  
hépatique ou grave

= Score de malnutrition → Risque cardiovasculaire

*Les trois marqueurs du score de malnutrition : albumine basse, lymphocytes bas et cholestérol abaissé. Combinés, ils identifient les patients à risque cardiovasculaire par déficit nutritionnel.*

## **Cholestérol bas : un signal d'alarme**

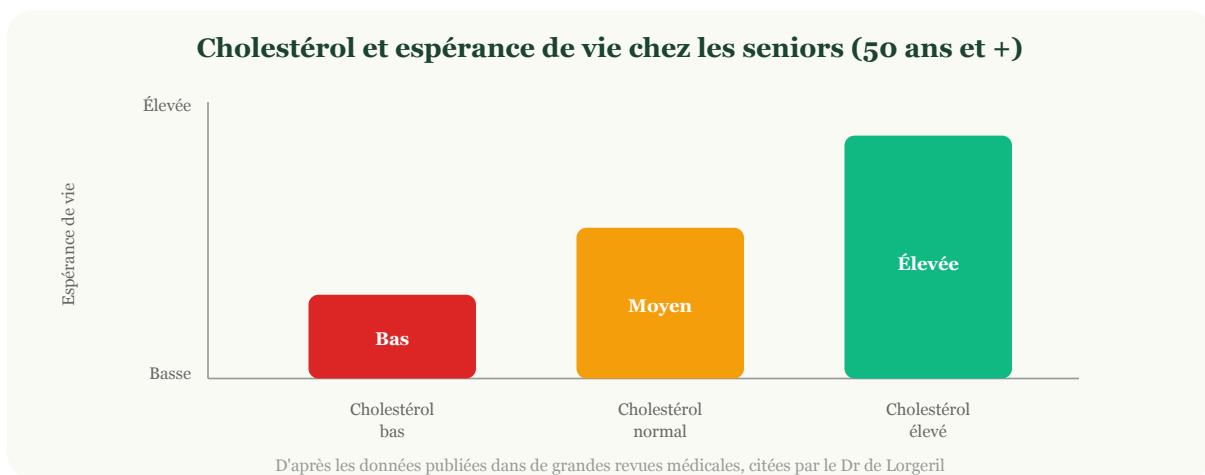
Le Dr de Lorgeril enfonce le clou : pour les médecins en médecine interne, un cholestérol abaissé dans une prise de sang est depuis longtemps reconnu comme un signe de maladie. « Le patient est malade. Il est même gravement malade », insiste-t-il. C'est probablement le signe que son foie dysfonctionne — puisque c'est le foie qui produit le cholestérol. Une hépatite, une cirrhose, une insuffisance hépatique se traduisent toutes par une chute du cholestérol sanguin.

Plus frappant encore : il existe des maladies génétiques rares caractérisées par un cholestérol constitutionnellement bas. Et dans ces maladies, les enfants sont en très mauvaise santé. Le cholestérol, rappelons-le, est un constituant essentiel des membranes cellulaires et le précurseur de nombreuses hormones. Sans un taux suffisant, l'organisme ne peut pas fonctionner normalement.

## **Cholestérol élevé chez les seniors : une protection ?**

L'un des arguments les plus percutants du Dr de Lorgeril concerne les personnes âgées. Il rapporte des données publiées dans de grandes revues médicales montrant que, chez les personnes de plus de cinquante ans, la meilleure espérance de vie est observée chez celles qui ont un cholestérol élevé. C'est exactement l'inverse de ce que prône la médecine conventionnelle, qui recommande de baisser le cholestérol à tout âge.

Et pourtant, c'est précisément chez les seniors que les statines sont le plus massivement prescrites. Le Dr de Lorgeril y voit une absurdité médicale doublée d'un risque réel pour les patients.



*Chez les seniors de plus de 50 ans, les données publiées montrent une association entre cholestérol élevé et meilleure espérance de vie — l'inverse du message conventionnel.*

## **Cholestérol et cancer : une association méconnue**

Le Dr de Lorgeril va plus loin encore. Il affirme que le cholestérol élevé est associé à une diminution du risque de cancer. Et il en tire une conclusion pratique d'une importance considérable : dans une famille où il existe une prédisposition au cancer — si le père, la mère ou la grande sœur a eu un cancer —, il ne faut surtout pas diminuer le cholestérol avec un médicament, car on risquerait de « favoriser l'apparition des cancers ».

Cette affirmation, qui peut sembler provocatrice, repose selon le Dr de Lorgeril sur des données scientifiques publiées. Elle illustre à quel point la prescription systématique de médicaments anti-cholestérol, sans prise en compte du contexte familial et individuel du patient, peut être non seulement inutile mais potentiellement dangereuse.



## Les scores nutritionnels en cardiologie — Enrichissement éditorial

Plusieurs scores de malnutrition sont utilisés en cardiologie, notamment le CONUT (Controlling Nutritional Status), qui combine précisément les trois paramètres cités par le Dr de Lorgeril : albumine sérique, numération lymphocytaire et cholestérol total. Développé au début des années 2000, le score CONUT a été validé comme prédicteur indépendant de mortalité chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque et de syndrome coronarien aigu. Des études publiées dans des revues comme le *Journal of the American College of Cardiology* ont confirmé sa valeur pronostique.



## Avertissement médical

Les informations de ce chapitre sur le cholestérol bas et le cancer reflètent les analyses du Dr de Lorgeril. La relation entre cholestérol et cancer est un sujet de recherche actif et les données sont complexes. Ne modifiez jamais un traitement anti-cholestérol sans en discuter avec votre médecin, même si vous avez des antécédents familiaux de cancer.



## Ce qu'il faut retenir

- **Surpoids ≠ bien nourri** — La malnutrition existe dans les sociétés d'abondance et contribue au risque cardiovasculaire
- **Trois marqueurs simples** — Albumine, lymphocytes et cholestérol bas forment un score de malnutrition prédictif
- **Cholestérol bas = signal d'alarme** — C'est souvent le signe d'une maladie grave, notamment hépatique
- **Chez les seniors, cholestérol élevé = meilleure espérance de vie** — L'inverse du message conventionnel
- **Cholestérol et cancer** — Un cholestérol élevé serait associé à un moindre risque de cancer, selon le Dr de Lorgeril





# Hérédité et maladies du cœur

*Distinguer la génétique du cholestérol de la génétique cardiovasculaire*

Durée de lecture : 7 min · 2 illustrations



## **Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Il est fondamental de faire la différence, quand on fait l'arbre généalogique, entre la prédisposition aux maladies cardiovasculaires et la prédisposition à avoir un cholestérol élevé. Ce sont deux questions différentes. »*

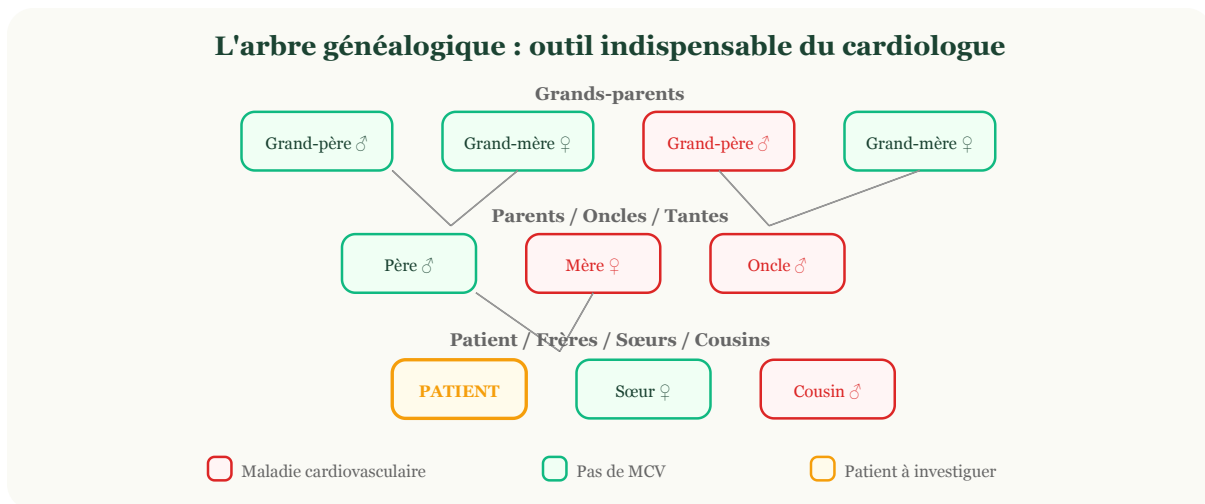
La question de l'hérédité est au cœur de la pratique cardiologique. Et c'est aussi le terrain d'une confusion majeure, dénoncée par le Dr de Lorgeril : lorsqu'un médecin repère une prédisposition familiale, son réflexe est trop souvent de penser immédiatement au cholestérol. Or, la prédisposition au cholestérol élevé et la prédisposition aux maladies cardiovasculaires sont deux réalités biologiques distinctes — et les confondre peut mener à des décisions thérapeutiques inappropriées.

## **L'arbre généalogique : un outil fondamental**

Le Dr de Lorgeril considère l'arbre généalogique comme un outil absolument fondamental de la pratique médicale. Dans toute consultation cardiologique, le médecin devrait systématiquement reconstituer l'histoire familiale du patient sur au moins trois générations : les parents, bien sûr, mais aussi les grands-parents, les oncles, les tantes, les cousins. Car la prédisposition familiale peut sauter des

générations : un grand-père touché, des parents épargnés, puis un petit-fils qui développe la maladie.

L'enjeu de cet arbre généalogique est double. Il s'agit d'abord d'identifier s'il existe une prédisposition familiale aux maladies cardiovasculaires elles-mêmes — des infarctus, des AVC, des morts subites dans la famille. Ensuite, il s'agit de déterminer si la famille présente une tendance au cholestérol élevé. Mais — et c'est le point crucial — ces deux prédispositions ne vont pas nécessairement ensemble.



*L'arbre généalogique sur trois générations : un outil indispensable pour distinguer les prédispositions cardiovasculaires (en rouge) des caractéristiques sans conséquence pathologique (en vert).*

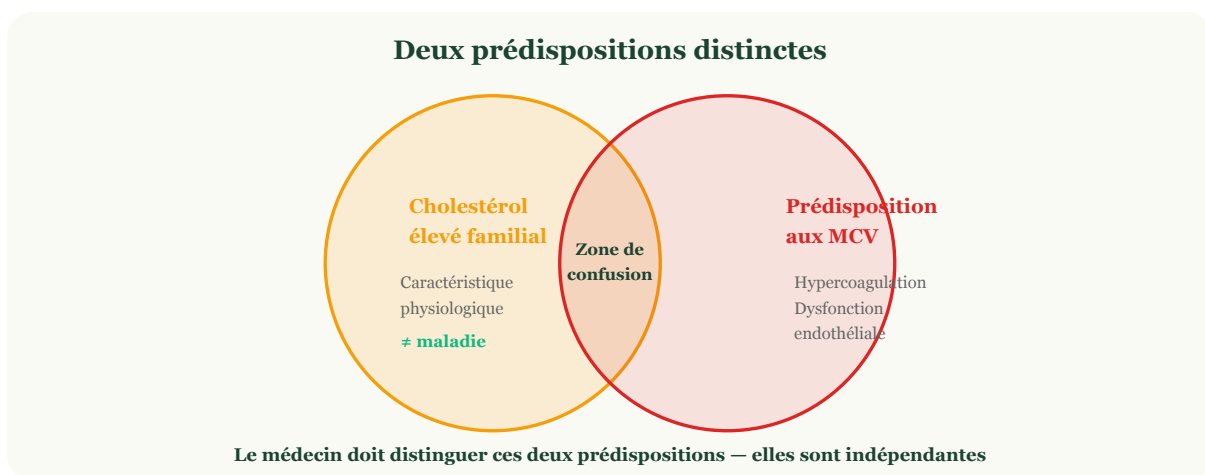
## Deux prédispositions indépendantes

Le Dr de Lorgeril décrit un scénario clinique classique. Un patient vient le consulter en disant : « Docteur, je fais du cholestérol, mais c'est dans la famille, c'est comme ça. » Le médecin conventionnel, face à ce cholestérol familial, va prescrire une statine. Mais le Dr de Lorgeril pose une autre question : y a-t-il des maladies cardiovasculaires dans la famille ? Et souvent, la réponse est non. Le père va bien, la mère va bien, le grand-père est décédé à un âge avancé d'autre chose qu'un problème cardiaque.

Ce patient a un cholestérol élevé transmis de génération en génération, certes. Mais il n'a pas de prédisposition aux maladies cardiovasculaires. Et dans ce cas, explique le Dr de Lorgeril, le cholestérol élevé n'est pas une maladie. C'est « simplement une

caractéristique physiologique » — au même titre que la couleur des yeux ou la taille. Il n'y a aucune raison médicale de le traiter.

Inversement, il existe des familles ravagées par les maladies cardiovasculaires — des infarctus à cinquante ans, des AVC à quarante-cinq ans — et pourtant, leur cholestérol est parfaitement normal. Chez ces patients, le problème n'est pas le cholestérol : c'est vraisemblablement une prédisposition à l'hypercoagulation, à la dysfonction endothéliale, ou à d'autres mécanismes que le bilan lipidique standard ne mesure pas.



*Deux prédispositions génétiques distinctes : le cholestérol élevé familial (caractéristique physiologique) et la prédisposition aux maladies cardiovasculaires (hypercoagulation, dysfonction endothéliale). Elles peuvent se chevaucher mais sont fondamentalement indépendantes.*

## Le piège de la confusion

Le scénario le plus trompeur — et le plus fréquent dans la pratique — est celui de familles où certains membres cumulent cholestérol élevé et maladie cardiovasculaire, tandis que d'autres ont un cholestérol tout aussi élevé mais aucun problème cardiaque. Le Dr de Lorgeril souligne que cette observation, à elle seule, devrait suffire à invalider la théorie du cholestérol comme cause des maladies cardiovasculaires. Si le cholestérol était vraiment le coupable, comment expliquer que, dans la même famille, avec le même patrimoine génétique et le même niveau de cholestérol, les destins cardiovasculaires divergent aussi radicalement ?

La réponse, selon le Dr de Lorgeril, est que le cholestérol n'est qu'un marqueur, pas un acteur. Ce qui distingue les membres de la famille qui développent une maladie

cardiovasculaire, c'est autre chose : une prédisposition à l'hypercoagulation, un mode de vie délétère, un tabagisme, une sédentarité, une alimentation inadaptée — ou une combinaison de ces facteurs.

## **L'hypercoagulation : la vraie prédisposition à investiguer**

Le Dr de Lorgeril mentionne à plusieurs reprises dans la conférence la prédisposition à l'hypercoagulation comme un facteur « absolument fondamental » des maladies cardiovasculaires. C'est, selon lui, la prédisposition familiale qu'il faut rechercher en priorité — bien avant le cholestérol. L'hypercoagulation désigne une tendance du sang à coaguler plus facilement que la normale, ce qui augmente le risque de formation de thrombus dans les artères.

Cette prédisposition peut être génétique — il existe de nombreuses mutations connues qui affectent les facteurs de coagulation — ou acquise (par le tabac, la sédentarité, certains médicaments). Son dépistage repose sur des bilans spécifiques que tout cardiologue peut prescrire, mais que la focalisation sur le cholestérol a largement relégués au second plan.



### **Les thrombophilies génétiques — Enrichissement éditorial**

Parmi les prédispositions génétiques à l'hypercoagulation les plus connues, on peut citer la mutation du facteur V de Leiden (présente chez environ 5 % de la population européenne), la mutation du gène de la prothrombine (facteur II), et les déficits en protéine C, protéine S ou antithrombine. Ces anomalies augmentent significativement le risque de thrombose veineuse et, dans certains cas, artérielle. Leur dépistage est simple — une prise de sang suffit — mais il n'est pas systématiquement réalisé en pratique courante.



### Avertissement médical

Si vous avez des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires précoces (infarctus ou AVC avant 55 ans chez un homme ou 65 ans chez une femme dans votre famille), parlez-en à votre médecin. Un bilan de coagulation et un arbre généalogique détaillé peuvent aider à identifier votre risque réel et à personnaliser votre prévention.



### Ce qu'il faut retenir

- **L'arbre généalogique est indispensable** — Trois générations minimum, en cherchant les MCV ET le cholestérol séparément
- **Deux prédispositions distinctes** — Le cholestérol familial élevé et la prédisposition aux MCV sont indépendants
- **Le cholestérol familial n'est pas une maladie** — C'est une caractéristique physiologique, comme la taille ou la couleur des yeux
- **L'hypercoagulation est la vraie menace** — C'est elle qu'il faut rechercher et, le cas échéant, neutraliser
- **La confusion mène à des erreurs thérapeutiques** — Prescrire une statine à un patient sans risque CV réel est inutile et potentiellement nocif





# Statines : le dossier noir

*Toxicité, pharmacovigilance défailante et scandales sanitaires*

Durée de lecture : 9 min · 3 illustrations



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Voilà des médicaments qui sont toxiques. C'est les expérimentations animales qui l'ont montré. »*

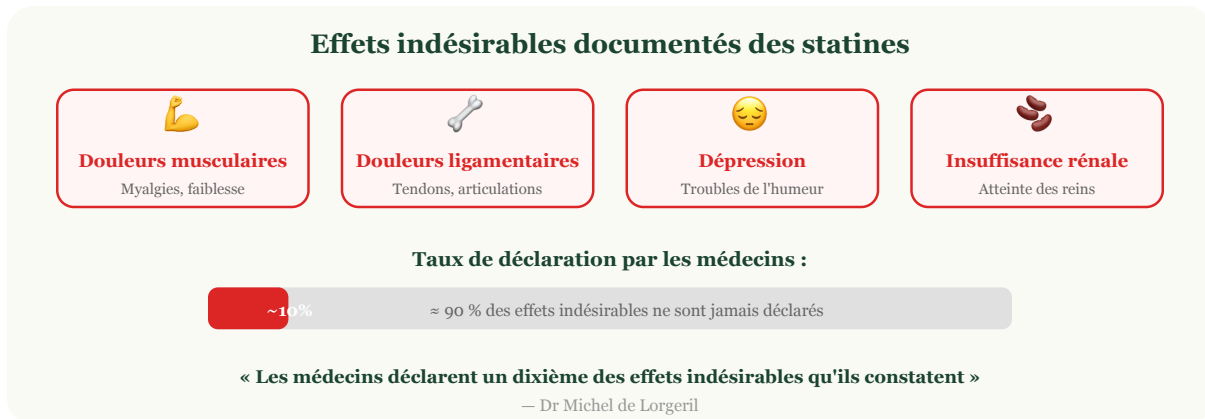
Si le cholestérol est innocent, alors les médicaments destinés à le faire baisser perdent toute justification. Mais le réquisitoire du Dr de Lorgeril contre les statines ne s'arrête pas là : au-delà de leur inutilité présumée, il dénonce leur toxicité documentée et, surtout, l'incapacité du système de pharmacovigilance à la détecter — un aveuglement institutionnel qu'il compare aux plus grands scandales sanitaires français.

## Une toxicité documentée mais invisible

Le Dr de Lorgeril qualifie la question de la toxicité des statines d'« extraordinaire » — au sens propre du terme, c'est-à-dire sortant de l'ordinaire. Car le paradoxe est saisissant : d'un côté, la toxicité de ces médicaments est démontrée par les expérimentations animales et documentée par des articles publiés dans de grandes revues médicales. De l'autre, le système de pharmacovigilance français semble ne rien voir.

Les effets indésirables rapportés par les patients sont pourtant nombreux et variés. Les douleurs musculaires — myalgies, faiblesses, crampes — sont les plus fréquentes et les plus caractéristiques. Les douleurs ligamentaires et articulaires viennent ensuite. La dépression et les troubles de l'humeur sont également documentés. Et des experts ont publié des articles montrant un risque accru d'insuffisance rénale chez les patients sous statines.

Cette liste n'est pas exhaustive, souligne le Dr de Lorgeril. La toxicité est « tellement » variée « que ça ne devrait pas échapper aux médecins ». Et pourtant, elle leur échappe — ou du moins, elle échappe au système censé la détecter.



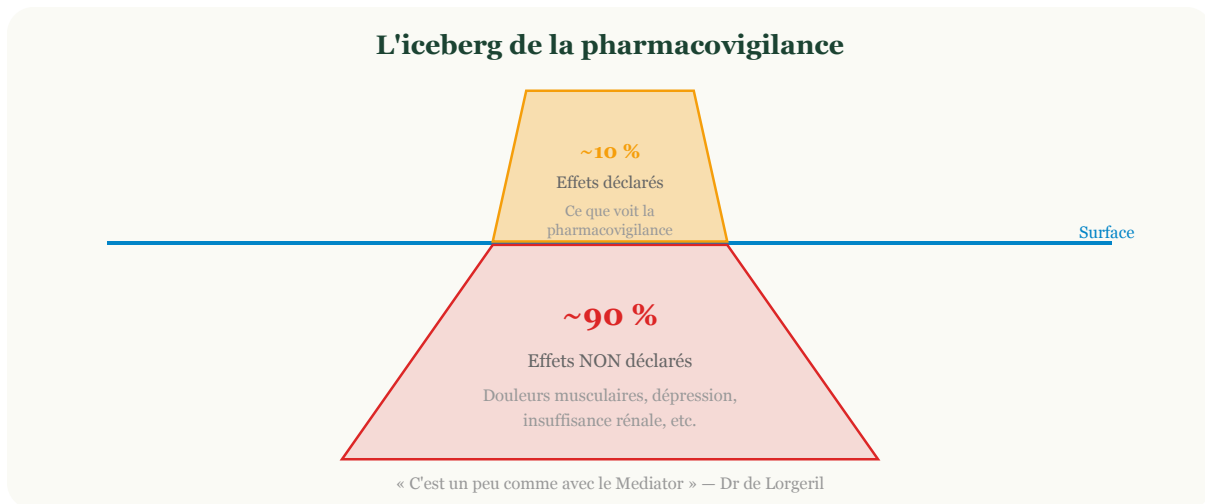
*Les principaux effets indésirables documentés des statines — et la réalité de la sous-déclaration : les médecins ne rapportent qu'environ un dixième des effets qu'ils constatent.*

## La pharmacovigilance : un système défailant

Pour comprendre cette invisibilité, il faut comprendre comment fonctionne — ou plutôt dysfonctionne — la pharmacovigilance institutionnelle. Ce système repose presque entièrement sur les déclarations spontanées des médecins. Lorsqu'un médecin constate un effet indésirable chez un patient, il est censé le déclarer aux autorités sanitaires. En théorie, ces déclarations permettent de construire un signal d'alerte qui, lorsqu'il atteint un certain seuil, déclenche une investigation.

Le problème, explique le Dr de Lorgeril, c'est que les médecins ne déclarent pas. Ou si peu. Plusieurs études ont quantifié le phénomène : les médecins déclarent environ un dixième des effets indésirables qu'ils constatent. Un sur dix. Avec un taux de déclaration aussi bas, le signal d'alerte n'apparaît jamais, et le dossier de

pharmacovigilance reste vide — donnant l'illusion que le médicament est parfaitement toléré.



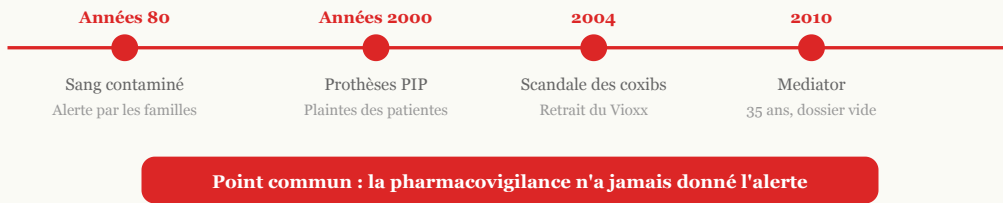
*L'iceberg de la pharmacovigilance : seuls environ 10 % des effets indésirables sont déclarés par les médecins. Les 90 % restants constituent une masse invisible qui ne déclenche jamais d'alerte.*

## Le précédent du Mediator

Le Dr de Lorgeril dresse un parallèle saisissant avec le scandale du Mediator. Le benfluorex, commercialisé sous le nom de Mediator par les laboratoires Servier, a été prescrit pendant trente-cinq ans avant que le scandale n'éclate. Trente-cinq ans pendant lesquels le dossier de pharmacovigilance était vide. Pas une plainte, pas une seule alerte de la part du corps médical. Et pourtant, quand on a fait une enquête rétrospective, on a découvert des morts, des insuffisances cardiaques, des pathologies des valves cardiaques. Les dégâts étaient considérables — et ils étaient passés complètement inaperçus du système officiel.

Ce n'est pas un cas isolé. Le Dr de Lorgeril cite d'autres exemples de défaillance systémique de la pharmacovigilance française. Le sang contaminé par le virus du sida dans les années 1980 : ce ne sont pas les médecins qui ont donné l'alerte, ce sont les familles des victimes. Les prothèses mammaires PIP : il a fallu que les patientes aillent porter plainte pour que le scandale éclate. À chaque fois, le même schéma se répète : le système de surveillance officiel ne voit rien, et ce sont les victimes elles-mêmes qui finissent par alerter l'opinion publique.

## Chronologie des scandales sanitaires en France



*La chronologie des grands scandales sanitaires français : à chaque fois, la pharmacovigilance institutionnelle n'a pas donné l'alerte. Ce sont les familles, les patients ou les lanceurs d'alerte qui ont révélé les problèmes.*

## Pourquoi les médecins ne déclarent-ils pas ?

Le Dr de Lorgeril identifie plusieurs raisons à cette sous-déclaration massive, sans les détailler exhaustivement dans la conférence. Il note simplement que c'est un « phénomène qui a été décrit » et quantifié par la recherche. Les raisons sont multiples et bien connues des spécialistes de la pharmacovigilance : le manque de temps des médecins, la complexité des formulaires de déclaration, la méconnaissance du système, le doute sur la causalité (le médecin n'est pas sûr que l'effet soit lié au médicament), et parfois une forme de déni — admettre la toxicité d'un médicament que l'on prescrit depuis des années n'est psychologiquement pas anodin.

À cela s'ajoutent, dans le cas spécifique des statines, des facteurs aggravants : l'omniprésence du discours favorable au traitement anti-cholestérol, le poids des recommandations officielles qui encouragent la prescription, et la pression commerciale directe ou indirecte de l'industrie pharmaceutique. Dans un tel contexte, le médecin qui s'interrogerait sur les effets indésirables des statines doit ramer à contre-courant de tout son environnement professionnel.



### **Le scandale des coxibs — Enrichissement éditorial**

Le Dr de Lorgeril mentionne brièvement le scandale des coxibs. En 2004, le Vioxx (rofécoxib), un anti-inflammatoire de la famille des coxibs fabriqué par Merck, a été retiré du marché mondial après qu'on a découvert qu'il doublait le risque d'infarctus du myocarde. Des documents internes ont révélé que le fabricant connaissait ce risque depuis des années. Ce scandale a entraîné une profonde remise en question de la méthodologie des essais cliniques et des pratiques de publication des résultats, et a contribué à renforcer les exigences réglementaires en matière de transparence des données.



### **Avertissement médical important**

Ce chapitre présente la position critique du Dr de Lorgeril sur les statines. **Si vous prenez actuellement des statines ou tout autre médicament anti-cholestérol, ne les arrêtez jamais brutalement et sans avis médical.** Parlez de vos éventuels effets indésirables à votre médecin et demandez-lui d'évaluer le rapport bénéfice/risque de votre traitement en fonction de votre situation personnelle.

### **Ce qu'il faut retenir**

- **La toxicité des statines est documentée** — Par les expérimentations animales et par des publications dans de grandes revues médicales
- **Effets indésirables variés** — Douleurs musculaires, douleurs ligamentaires, dépression, insuffisance rénale, entre autres
- **La pharmacovigilance ne voit rien** — Les médecins ne déclarent qu'un dixième environ des effets qu'ils constatent
- **Le précédent du Mediator** — 35 ans de commercialisation, dossier de pharmacovigilance vide, dégâts considérables découverts a posteriori
- **Un schéma récurrent** — Sang contaminé, prothèses PIP, Mediator, coxibs : à chaque fois, le système officiel n'a pas alerté





# Tabac, sédentarité et malbouffe

*Les trois fléaux du mode de vie moderne*

Durée de lecture : 8 min · 3 illustrations



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Quand quelqu'un disait "je ne veux pas que vous fumiez et que vous m'envoyiez votre fumée", il était considéré comme un méchant, un vilain, un emmerdeur. »*

Avant les médicaments anti-cholestérol, avant les débats sur les statines, il y avait une évidence que tout le monde pouvait observer : le mode de vie des sociétés occidentales était en train de tuer leurs habitants. Le tabac, la sédentarité et les habitudes alimentaires catastrophiques formaient un trio meurtrier que le Dr de Lorgeril décrit avec la précision de celui qui a vécu cette époque — et la mémoire de celui qui n'a rien oublié.

## **Le tabac : des décennies de déni**

Le Dr de Lorgeril rappelle ce que les plus jeunes ont du mal à imaginer : il y a encore quelques décennies, le tabac était omniprésent et son danger cardiovasculaire nié ou minimisé. On fumait dans les avions, on fumait dans les restaurants, on fumait dans les bureaux, on fumait partout. Les avions avaient des cendriers encastrés dans les accoudoirs — des vestiges qu'on peut encore voir sur certains appareils anciens.

L'industrie du tabac a longtemps nié que la cigarette était un facteur de risque d'infarctus et d'accident vasculaire cérébral. Cette négation a duré des décennies, pendant lesquelles les maladies cardiovasculaires faisaient des ravages. Et lorsque quelqu'un osait protester contre la fumée qu'on lui imposait, il était mal vu — « considéré comme un méchant, un vilain, un emmerdeur », se souvient le Dr de Lorgeril.

Le premier geste des autorités pour lutter contre le tabagisme passif est resté gravé dans la mémoire du Dr de Lorgeril tant il était dérisoire : accorder aux non-fumeurs les derniers sièges au fond de la cabine de l'avion. Un rang de sièges, tout au fond, pour les non-fumeurs. Et devant, tout le monde fumait. L'air était aspiré de l'avant vers l'arrière, rendant la mesure presque symbolique.



*De la tolérance totale au tabac (cendriers dans les avions) aux premières restrictions (loi Évin, 1991), puis à l'interdiction complète dans les lieux publics — une évolution qui a pris plus de trente ans.*

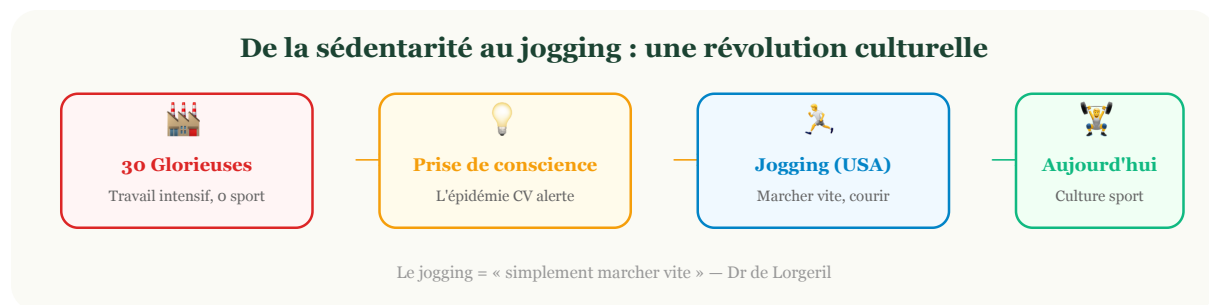
## La sédentarité : le mal des Trente Glorieuses

Le deuxième fléau identifié par le Dr de Lorgeril est la sédentarité, et il l'inscrit dans un contexte socio-historique précis : celui des Trente Glorieuses. En France, cette période de croissance économique intense (1945-1975) se caractérisait par un travail acharné. Le Dr de Lorgeril se souvient de son propre père, « travaillant le samedi, travaillant le dimanche pour finir ses dossiers ». Les gens travaillaient beaucoup, et la dernière idée qui leur venait était de consacrer du temps à une activité physique de loisirs ou sportive.

La France, note le Dr de Lorgeril, n'était pas un pays de sportifs. La culture sportive y était faible, bien plus que dans les pays anglo-saxons. Et l'activité physique de loisirs

— distincte du sport de compétition — n'existait tout simplement pas comme concept dans la vie quotidienne des Français des années 1950 et 1960.

C'est probablement aux États-Unis, par réaction à l'épidémie de maladies cardiovasculaires, qu'est née la première forme d'activité physique de santé publique : le jogging. Le mot anglais signifie tout simplement « marcher vite », rappelle le Dr de Lorgeril. C'était un geste modeste mais révolutionnaire : des citoyens qui, après une journée de travail passée assis, sortaient dans la rue pour marcher vigoureusement ou courir légèrement. Le Dr de Lorgeril a vécu cette apparition : « Tout d'un coup, on a vu les gens avoir compris que leur espèce de paralysie musculaire pendant toute la journée de travail devait être compensée par un petit exercice physique. »



*De la sédentarité des Trente Glorieuses à la culture sportive contemporaine : la naissance du jogging aux États-Unis comme réponse à l'épidémie cardiovasculaire.*

## La malbouffe : un demi-pain de beurre dans la poêle

Le troisième fléau est celui des habitudes alimentaires. Et c'est là que le récit du Dr de Lorgeril prend sa dimension la plus vivante, grâce aux enquêtes de terrain qu'il a menées avec ses équipes. Il décrit un film extraordinaire, tourné au Pays de Galles dans le cadre de ces enquêtes. On y voit une mère de famille à qui l'on a demandé de préparer devant la caméra le dîner du soir. Elle a décidé de faire des côtes de porc à la poêle. Et le Dr de Lorgeril de raconter la scène avec une stupéfaction intacte : « Elle a mis la moitié d'un pain de beurre à fondre dans la poêle et elle a mis des côtes de porc bien grasses, probablement délicieuses, dans la poêle. » Et il n'y avait pas de légumes.

Cette scène, aussi anecdotique qu'elle puisse paraître, est emblématique des habitudes alimentaires qui prévalaient dans tout le monde occidental, et

particulièrement dans les pays du Nord — ceux-là mêmes qui étaient les plus durement frappés par l'épidémie cardiovasculaire. Aux États-Unis, dans toute l'Europe du Nord, les régimes étaient riches en graisses saturées, en produits transformés, et pauvres en légumes, en fruits frais, en poisson et en huile d'olive.



*Les trois fléaux du mode de vie occidental au XXe siècle : le tabac omniprésent et toléré, la sédentarité imposée par le rythme de travail, et une alimentation riche en graisses saturées et pauvre en légumes.*

## L'ail et le poisson : quand la Méditerranée était moquée

Le Dr de Lorgeril garde un souvenir amer du mépris dont faisaient l'objet les habitudes alimentaires méditerranéennes dans les milieux médicaux et académiques. Lorsqu'il était en poste à Genève, les migrants méditerranéens — Portugais, Italiens, Espagnols — étaient stigmatisés pour leur alimentation. Au lieu de dire « c'est l'Italien » ou « c'est l'Espagnol », on disait : « Il pue l'ail. »

L'ail, cet aliment emblématique de la cuisine méditerranéenne dont les propriétés cardiovasculaires allaient être scientifiquement documentées, était un objet de moquerie. Et le poisson, l'autre pilier de l'alimentation méditerranéenne, ne valait guère mieux. Le Dr de Lorgeril se souvient de la cantine du CHU de Genève : « Dans l'ascenseur, déjà, les gens disaient "oh là là, ça pue le pescaï". » On donnait du poisson une fois par semaine à la cantine, et c'était considéré comme une épreuve olfactive par les Genevois.

L'ironie de l'histoire est cruelle : ces aliments méprisés — l'ail, le poisson, l'huile d'olive — se révéleront être les composants clés d'un régime qui protège

spectaculièrement des maladies cardiovasculaires. Ce que les Genevois trouvaient dégoûtant était, littéralement, en train de sauver la vie des peuples méditerranéens.



### **Les Trente Glorieuses en chiffres — Enrichissement éditorial**

Les Trente Glorieuses (1945-1975) désignent la période de forte croissance économique qu'ont connue les pays développés après la Seconde Guerre mondiale. En France, le PIB a été multiplié par cinq, le niveau de vie a doublé, et la durée légale du travail dépassait largement les 40 heures hebdomadaires. C'est aussi la période où la consommation alimentaire s'est massivement transformée : apparition des supermarchés, des produits industriels, de la restauration rapide — et recul des pratiques alimentaires traditionnelles.

### **Ce qu'il faut retenir**

- **Le tabac a été toléré pendant des décennies** — Son rôle dans les maladies cardiovasculaires a été nié par l'industrie et ignoré par les autorités
- **La sédentarité était la norme** — Les Trente Glorieuses ont produit une société de travail sans activité physique
- **Le jogging est né comme réponse à l'épidémie** — L'activité physique de santé publique est une invention récente
- **L'alimentation occidentale était catastrophique** — Graisses saturées en excès, absence de légumes, pas de poisson
- **Les aliments méditerranéens étaient méprisés** — L'ail et le poisson, piliers de la diète protectrice, étaient moqués dans les milieux médicaux





# La leçon des Crétois et des Japonais

*Ce que nous apprend la Seven Countries Study*

Durée de lecture : 8 min · 3 illustrations



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

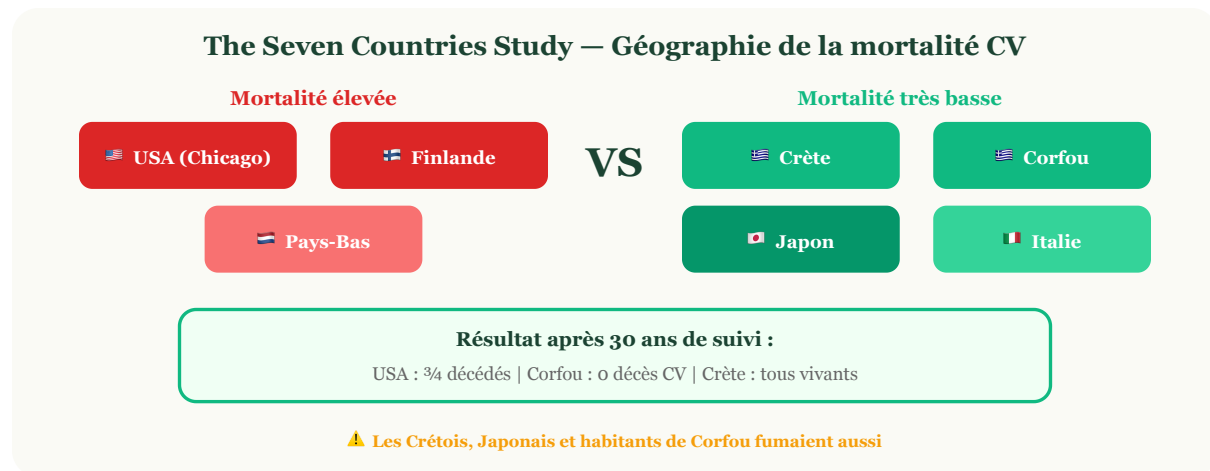
*« Pratiquement, les trois quarts sont morts en 30 ans. Il n'y a aucun décès cardiovasculaire à Corfou, et tous les Crétois sont vivants. »*

Si l'épidémie cardiovasculaire frappait le monde occidental avec une violence inouïe, certaines populations semblaient miraculeusement épargnées. Ce contraste spectaculaire entre les sociétés du Nord et les peuples méditerranéens n'est pas resté inexplicé : une étude monumentale, lancée dans les années 1950, allait fournir les premiers indices décisifs. La Seven Countries Study est l'une des aventures scientifiques les plus fascinantes du XXe siècle — et ses résultats restent aussi percutants aujourd'hui qu'au jour de leur publication.

## Une étude sans précédent

La Seven Countries Study — l'Étude des Sept Pays — a été initiée par des investigateurs américains dans les années 1950. Son principe était d'une ambition colossale : suivre pendant des décennies des cohortes d'hommes comparables dans sept pays différents, en mesurant leurs habitudes de vie, leur alimentation, leurs paramètres biologiques, et en enregistrant leur mortalité. Les pays retenus étaient les États-Unis, la Finlande, les Pays-Bas, l'Italie, la Grèce (avec des cohortes spécifiques en Crète et à Corfou), le Japon et la Yougoslavie.

Le Dr de Lorgeril insiste sur l'ampleur de l'entreprise : à Chicago, par exemple, des centaines d'hommes jeunes ont été recrutés et suivis pendant trente ans. L'étude avait démarré dans les années 1950, et les résultats définitifs n'ont été disponibles que dans les années 1980. C'est le temps long de la recherche épidémiologique – un temps que l'on ne prend plus guère aujourd'hui, mais qui seul permet d'observer les effets à long terme du mode de vie sur la santé.



*La géographie de la Seven Countries Study : les sept pays étudiés, avec un code couleur de mortalité cardiovasculaire. En vert, les populations quasi épargnées (Crète, Corfou, Japon). En rouge, celles massivement touchées (USA, Finlande).*

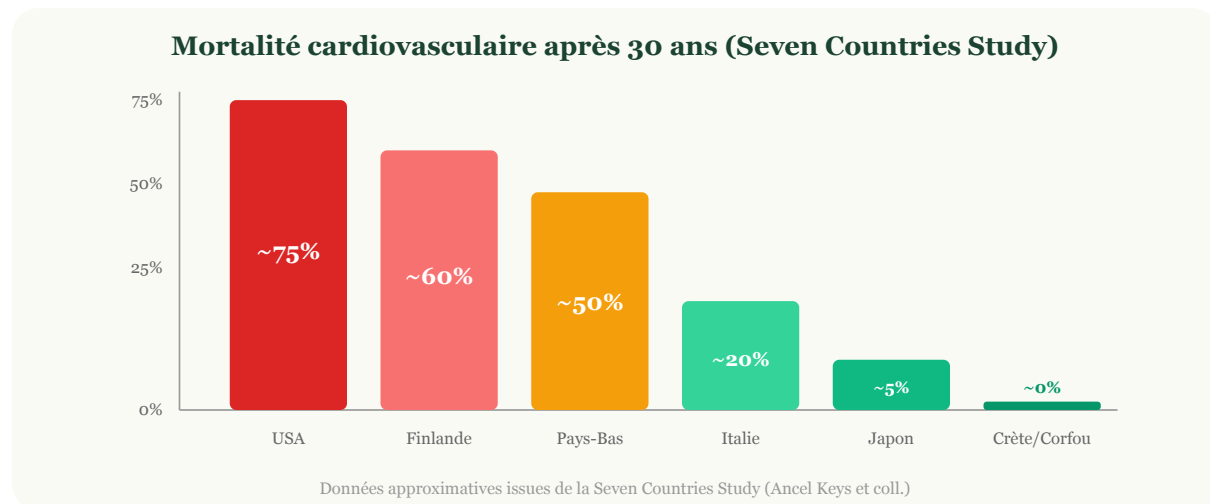
## Des résultats qui explosent

Les résultats, lorsqu'ils ont été publiés, ont provoqué une stupéfaction dans la communauté scientifique. Le Dr de Lorgeril les résume avec la précision du chercheur qui les connaît par cœur : après trente ans de suivi, la cohorte américaine de Chicago avait pratiquement disparu. Les trois quarts des hommes étaient morts. À Corfou, pas un seul décès cardiovasculaire. Et en Crète, tous les participants étaient encore vivants.

Le contraste est si violent qu'il en devient presque irréel. D'un côté de l'Atlantique, des hommes jeunes fauchés par l'infarctus. De l'autre côté de la Méditerranée, des hommes du même âge, vivant sous le même ciel, qui ne meurent tout simplement pas de maladies du cœur.

Le Dr de Lorgeril concède volontiers que les comparaisons ne sont pas parfaites : « Le paysan crétois ou le pêcheur sicilien, ce n'est pas un ouvrier ou un conducteur de

bus à Chicago. » Il y a des différences considérables dans le mode de vie, la sociologie, l'environnement de ces populations. En Crète, il n'y avait pas de métro, pas de gratte-ciels, pas de restauration rapide. Mais ces différences, précisément, sont une partie de l'explication : c'est le mode de vie tout entier qui est en cause, et l'alimentation en est la composante centrale.



*Mortalité cardiovasculaire après 30 ans de suivi dans la Seven Countries Study : un gradient spectaculaire entre les populations du Nord (USA, Finlande) et les populations méditerranéennes et japonaises.*

## Le paradoxe du tabac

L'un des arguments les plus percutants du Dr de Lorgeril concerne le tabac. Car si le tabac était le principal responsable de l'épidémie cardiovasculaire, les résultats de la Seven Countries Study seraient inexplicables. Les Crétois fumaient. Les habitants de Corfou fumaient. Les Japonais étaient de grands fumeurs. Et pourtant, leur mortalité cardiovasculaire était dérisoire comparée à celle des Américains ou des Finlandais.

Cela ne signifie pas que le tabac est inoffensif — personne ne le prétend. Mais cela démontre qu'il ne suffit pas, à lui seul, à provoquer l'épidémie. Il y avait manifestement un facteur protecteur puissant chez les populations méditerranéennes et japonaises, capable de compenser en grande partie les effets délétères du tabac. Et ce facteur, c'est l'alimentation.

## Le paradoxe du tabac : fumer ne suffit pas à expliquer l'épidémie



*Le paradoxe du tabac : des populations qui fumaient autant que les Américains (Crète, Japon) mais qui ne mouraient pas de maladies cardiovasculaires. L'alimentation est le facteur déterminant.*

## Du régime « crétin » au régime crétois

C'est dans ce contexte que le concept de « régime crétois » a émergé. Le Dr de Lorgeril mentionne un de ses confrères, qu'il appelle « Aline Serme » dans le transcript — il s'agit vraisemblablement de Serge Renaud, le chercheur français qui s'est rendu célèbre en définissant les caractéristiques protectrices de l'alimentation crétoise et en popularisant le concept de « French Paradox ».

Mais à l'époque, rappelle le Dr de Lorgeril, personne dans le monde de la médecine n'adhérait à cette idée. Les journalistes qui l'interviewaient ne cachaient pas leur mépris : « Oui, mais attendez, vous n'allez pas encore nous emmerder avec le régime crétin. » Le jeu de mots entre « crétois » et « crétin » résume à lui seul l'hostilité du milieu médical et médiatique envers une approche qui remettait en cause les dogmes établis — et, accessoirement, les profits de l'industrie pharmaceutique.

Le Dr de Lorgeril le reconnaît avec une pointe d'amertume : « C'était ça, le niveau. C'est dur, dur à vivre. » Mais l'histoire lui a donné raison, et c'est précisément cette histoire que nous allons explorer dans le chapitre suivant.



### **La Seven Countries Study — Enrichissement éditorial**

Initiée par le physiologiste américain Ancel Keys (1904-2004), la Seven Countries Study est l'une des études épidémiologiques les plus influentes de l'histoire de la médecine. Elle a recruté plus de 12 000 hommes âgés de 40 à 59 ans dans 16 cohortes réparties dans sept pays. Les premiers résultats, publiés dans les années 1970-1980, ont mis en évidence une corrélation forte entre les habitudes alimentaires — notamment la consommation de graisses saturées — et la mortalité cardiovasculaire. C'est cette étude qui a orienté la recherche vers le rôle de l'alimentation dans les maladies du cœur.



### **Serge Renaud et le French Paradox — Enrichissement éditorial**

Serge Renaud (1927-2012) est le chercheur français qui a popularisé le concept de « French Paradox » — l'observation que les Français, malgré une alimentation relativement riche en graisses, présentaient un taux de mortalité cardiovasculaire inférieur à celui des Américains. Il a attribué cette protection en partie à la consommation modérée de vin rouge et aux habitudes alimentaires méditerranéennes. Ses travaux, bien que controversés, ont ouvert la voie à la recherche sur les effets cardioprotecteurs de l'alimentation.



### **Ce qu'il faut retenir**

- **La Seven Countries Study** — Une étude monumentale sur 30 ans, 7 pays, des milliers d'hommes suivis de bout en bout
- **Des résultats spectaculaires** — Trois quarts de décès à Chicago, zéro décès CV à Corfou, tous les Crétois vivants
- **Le tabac ne suffit pas à expliquer** — Les Crétois et les Japonais fumaient aussi, mais ne mouraient pas du cœur
- **L'alimentation est le facteur déterminant** — La diète méditerranéenne et japonaise protégeait malgré les autres facteurs de risque

- **Le mépris initial** — Le « régime crétois » a été moqué par le milieu médical et médiatique pendant des années





# L'étude de Lyon

*La preuve scientifique de la diète méditerranéenne*

Durée de lecture : 9 min · 3 illustrations



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Je ne connais pas une seule étude négative. Autant si on parle des médicaments anti-cholestérol, je peux vous énumérer des dizaines d'études négatives. »*

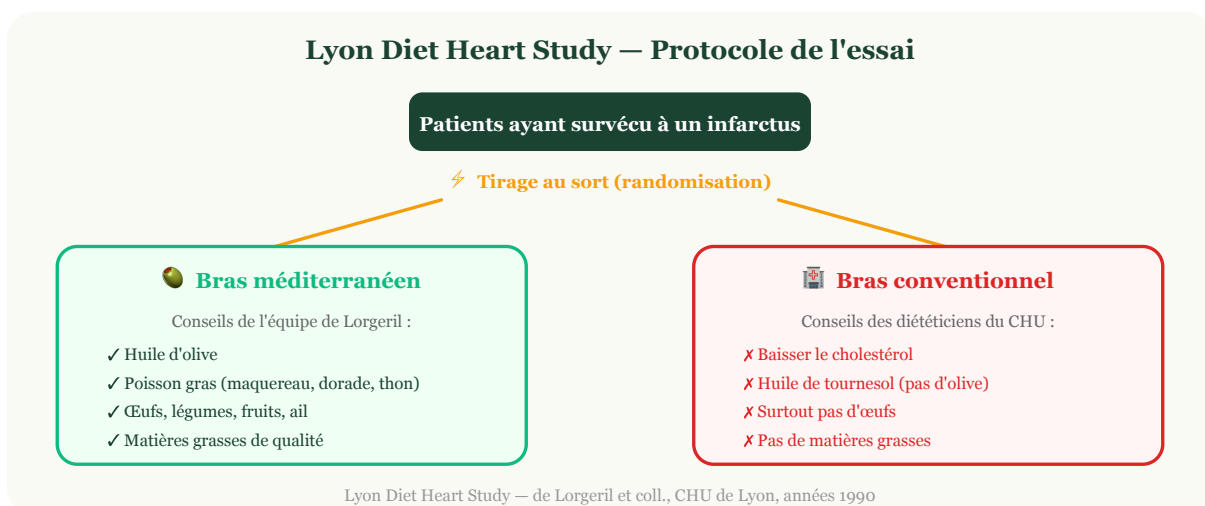
La Seven Countries Study avait montré que les Méditerranéens mouraient beaucoup moins de maladies cardiovasculaires que les Américains ou les Européens du Nord. Mais une étude d'observation, aussi spectaculaire soit-elle, ne prouve pas un lien de causalité. Pour franchir ce pas décisif, il fallait un essai clinique randomisé — le standard d'or de la médecine fondée sur les preuves. C'est exactement ce que le Dr de Lorgeril et ses équipes ont réalisé à Lyon dans les années 1990, avec des résultats qui allaient marquer l'histoire de la cardiologie préventive.

## **Le protocole : deux visions de la nutrition**

L'étude de Lyon — la Lyon Diet Heart Study — est un essai clinique randomisé mené au CHU de Lyon. Les participants étaient tous des patients ayant survécu à un premier infarctus du myocarde. L'enjeu était de tester si un changement d'alimentation pouvait réduire le risque de récurrence — un deuxième infarctus, potentiellement fatal.

Par tirage au sort, les patients ont été répartis en deux groupes. Le premier groupe recevait les conseils nutritionnels de l'équipe du Dr de Lorgeril, fondés sur les principes de la diète méditerranéenne : huile d'olive comme matière grasse principale, poisson gras (maquereau, anchois, dorade, thon), œufs, légumes, fruits, ail, herbes aromatiques. De l'autre côté, le groupe témoin recevait les conseils des diététiciens du CHU de Lyon — des conseils conventionnels, basés sur l'idée qu'il fallait avant tout baisser le cholestérol.

Les deux approches étaient diamétralement opposées sur des points concrets. L'équipe de Lorgeril disait « huile d'olive » ; les diététiciens du CHU disaient « huile de tournesol ». L'équipe de Lorgeril disait « mangez du poisson gras » ; les diététiciens disaient « le poisson, c'est dangereux, c'est gras ». L'équipe de Lorgeril disait « bien sûr, mangez des œufs » ; les diététiciens répondaient « surtout pas d'œufs, ça va vous empoisonner » — puisque l'œuf est riche en cholestérol.



*Le protocole de la Lyon Diet Heart Study : randomisation des patients post-infarctus en deux groupes aux recommandations nutritionnelles radicalement opposées.*

## L'œuf réhabilité

Le Dr de Lorgeril s'attarde sur le cas de l'œuf, car il illustre parfaitement l'absurdité de la théorie du cholestérol alimentaire. L'œuf est un aliment extraordinairement complet : des protéines de haute qualité, des lipides essentiels, des vitamines, des minéraux. Comme il le dit avec une logique imparable : « L'œuf est un magnifique aliment. C'est des protéines, des lipides, il y a tout ce qu'il faut dans l'œuf.

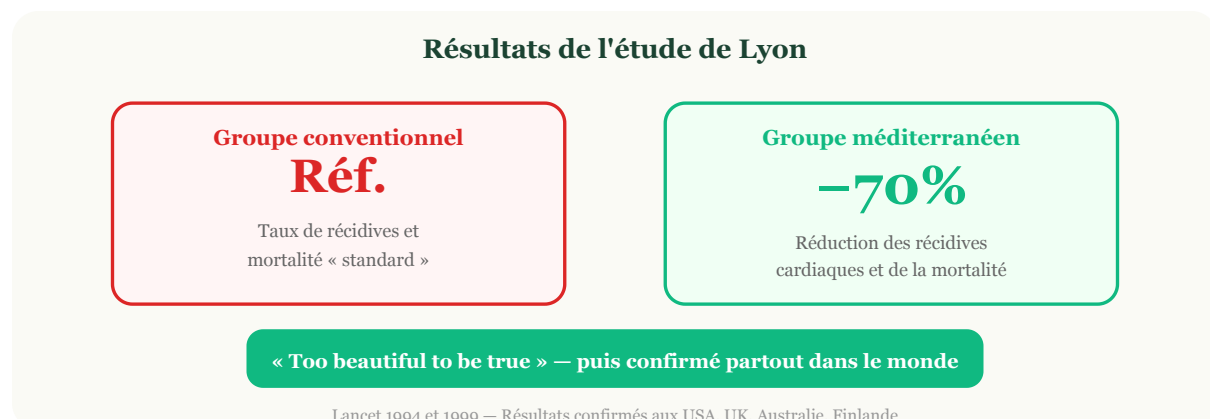
Évidemment, puisque l'œuf est conçu par la poule pour nourrir son fœtus, pour qu'il soit en bonne santé. »

La phobie de l'œuf, née de sa teneur en cholestérol, a privé des millions de patients d'un aliment nutritif et bon marché pendant des décennies. Le Dr de Lorgeril note avec satisfaction que, aujourd'hui, plus aucun diététicien n'ose dire à quelqu'un de ne pas manger d'œufs. Mais il ajoute aussitôt que l'idée que le cholestérol alimentaire est dangereux « persiste. Pourtant, c'est bizarre. Mais c'est comme ça. »

## Des résultats « too beautiful to be true »

Les résultats de l'étude de Lyon ont été publiés en deux temps : une première publication dans *The Lancet* en 1994, portant sur les résultats intermédiaires, puis une publication définitive en 1999. Et ces résultats étaient spectaculaires : le groupe méditerranéen présentait une réduction d'environ 70 % des récurrences cardiaques et de la mortalité par rapport au groupe conventionnel.

La réaction de la communauté scientifique a été, dans un premier temps, le scepticisme. « Too beautiful to be true » — trop beau pour être vrai — tel était le verdict. Un simple changement d'alimentation pouvait-il vraiment produire des résultats aussi massifs ? Plus massifs, en fait, que n'importe quel médicament jamais testé dans la prévention secondaire de l'infarctus ?



*Les résultats de l'étude de Lyon : une réduction d'environ 70 % des récurrences et de la mortalité dans le groupe méditerranéen. Des résultats d'abord jugés « too beautiful to be true », puis confirmés partout dans le monde.*

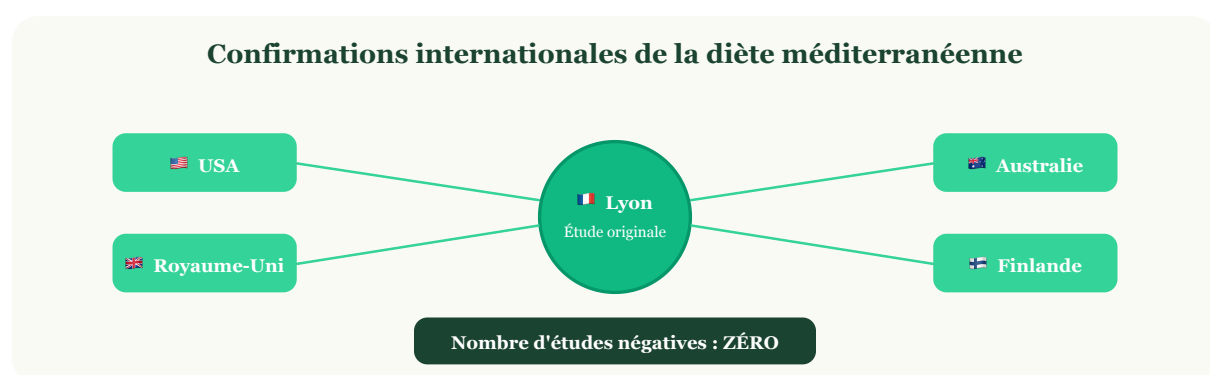
## La confirmation mondiale

Le Dr de Lorgeril raconte que le scepticisme initial a paradoxalement joué en faveur de sa démonstration. Un certain nombre d'investigateurs, aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie, en Finlande, ont raisonné de la manière suivante : « Si c'est vrai, c'est vraiment formidable. Eh bien, on va vérifier ce que racontent les chercheurs français. »

Et ils ont vérifié. Étude après étude, pays après pays, les résultats ont été confirmés. Le Dr de Lorgeril le dit avec la fierté contenue du scientifique dont les travaux résistent à l'épreuve du temps : « Ça a toujours été confirmé. Je ne connais pas une seule étude négative. »

Et il ajoute un argument épistémologique décisif, en invoquant Karl Popper, le fondateur de l'épistémologie moderne. Pour Popper, une théorie scientifique n'est valide que si elle peut être réfutée — c'est-à-dire si une expérience peut la contredire. Si aucune expérience ne la contredit, la théorie est « corroborée ». Or, pour la diète méditerranéenne, il n'y a « zéro étude négative ». La théorie ne peut pas être réfutée. Elle est corroborée, dit le Dr de Lorgeril, « presque toutes les semaines par de nouvelles études ».

Par contraste, pour les médicaments anti-cholestérol, le Dr de Lorgeril peut « énumérer des dizaines d'études négatives ». Selon les critères de Popper, la théorie du cholestérol est donc réfutée — tandis que la théorie de la diète méditerranéenne ne l'est pas.



*Les confirmations internationales de la Lyon Diet Heart Study : des équipes indépendantes aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et en Finlande ont reproduit et confirmé les résultats. Zéro étude négative à ce jour.*



## Publications clés de la Lyon Diet Heart Study — Enrichissement éditorial

Les résultats de l'étude de Lyon ont été publiés dans deux articles majeurs : de Lorgeril M. et al., « Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease », *The Lancet*, 1994, vol. 343, p. 1454-1459 (résultats intermédiaires) ; et 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, vol. 99, p. 779-785 (résultats définitifs). Ces publications restent parmi les articles les plus cités de l'histoire de la cardiologie préventive.



## Avertissement médical

Les résultats de l'étude de Lyon sont spectaculaires, mais ils ne doivent pas être interprétés comme une invitation à arrêter tout traitement médical au profit d'un simple changement alimentaire. La diète méditerranéenne est un complément puissant à la prise en charge médicale, pas un substitut. Discutez de votre alimentation avec votre médecin.

## Ce qu'il faut retenir

- **Un essai clinique randomisé** — Le plus haut niveau de preuve scientifique, pas une simple observation
- **Deux approches opposées** — Diète méditerranéenne (huile d'olive, poisson, œufs) vs conventionnel (baisser le cholestérol)
- **Résultats spectaculaires** — Environ 70 % de réduction des récurrences et de la mortalité dans le groupe méditerranéen
- **Confirmé partout dans le monde** — USA, UK, Australie, Finlande — zéro étude négative
- **Épistémologiquement solide** — La théorie est corroborée selon les critères de Popper ; celle du cholestérol est réfutée





# Devenir acteur de sa santé

*Vers une médecine de précision et d'échange*

Durée de lecture : 7 min · 2 illustrations



## **Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« L'avenir de la médecine, c'est des échanges entre les soignants et les soignés, de telle manière que l'on pratique ce que je préconise, c'est-à-dire la médecine de précision. »*

Au terme de ce voyage à travers l'histoire de la cardiologie, les controverses du cholestérol et les preuves de la diète méditerranéenne, le Dr de Lorgeril délivre un message résolument optimiste. Nous sommes, dit-il, à un « stade très mature de la prévention des maladies cardiovasculaires ». Les solutions existent. Elles sont scientifiquement validées. Il reste à les mettre en œuvre — et cela suppose une transformation profonde de la relation entre soignants et soignés.

## **On sait comment faire**

Le Dr de Lorgeril l'affirme avec la conviction de celui qui a passé cinquante ans à chercher des réponses et qui estime les avoir trouvées : « On a des solutions pour tous. On connaît les solutions désormais. » Ce n'est plus le temps de la recherche exploratoire, du tâtonnement scientifique. Les grandes questions ont été tranchées — par les études épidémiologiques, par les essais cliniques, par des décennies de données accumulées.

Ces solutions reposent sur deux piliers complémentaires. Le premier est le mode de vie — et en premier lieu l'adoption des habitudes alimentaires méditerranéennes, dont l'efficacité a été démontrée sans qu'aucune étude ne la contredise. Le second est la prise en charge médicale personnalisée des facteurs de risque individuels, et notamment de la prédisposition à l'hypercoagulation.

Car le Dr de Lorgeril ne rejette pas les médicaments en bloc. Ce qu'il rejette, c'est leur prescription systématique, aveugle, déconnectée de la réalité individuelle du patient. Une fois que l'on a compris ce qu'est la prédisposition à l'hypercoagulation, dit-il, « il faut neutraliser ce problème ». Et pour cela, des médicaments peuvent être nécessaires — mais des médicaments ciblés, prescrits à bon escient, dans le cadre d'une stratégie de prévention personnalisée.



*Les quatre piliers de la prévention cardiovasculaire selon le Dr de Lorgeril : diète méditerranéenne, activité physique, gestion de l'hypercoagulation, et autonomie du patient.*

## Contre la médecine systématique

Le Dr de Lorgeril formule une critique frontale de ce qu'il appelle la « médecine systématique » : cette pratique qui consiste à donner systématiquement les mêmes médicaments à tous les patients présentant le même bilan biologique, sans investigation approfondie de leur situation individuelle. « Il faut arrêter avec cette médecine systématique où on donne systématiquement tel, tel, tel médicament », lance-t-il. « Non, chaque cas est un cas particulier qu'il faut investiguer précisément. »

C'est ce qu'il appelle la médecine de précision — un concept qui, dans l'acception du Dr de Lorgeril, va au-delà de la médecine génomique à laquelle on l'associe souvent. Pour lui, la précision commence par l'écoute du patient, par la reconstitution de son arbre généalogique, par l'évaluation de son mode de vie, de son alimentation, de ses facteurs de risque réels — pas ceux que les normes de laboratoire lui attribuent mécaniquement.

Il reconnaît que cette approche est exigeante : « C'est difficile parce que ça prend du temps, et le temps, les soignants, ils n'en ont pas beaucoup. » C'est l'un des paradoxes du système de santé moderne : les médecins savent qu'ils devraient individualiser leurs prescriptions, mais les contraintes de temps, la pression des protocoles et le poids des recommandations standardisées les poussent vers la prescription automatique.

### Médecine systématique vs Médecine de précision

#### ✗ Médecine systématique

- Même traitement pour tous
- Statines automatiques si cholestérol élevé
- Pas d'investigation personnalisée
- Patient passif
- Protocoles rigides

#### ✓ Médecine de précision

- Chaque cas investigué précisément
- Arbre généalogique, bilan coagulation
- Évaluation nutritionnelle
- Échange soignant ↔ soigné
- Patient autonome et informé

« L'avenir de la médecine, c'est des échanges entre les soignants et les soignés »

*Médecine systématique vs médecine de précision : deux approches radicalement différentes de la prévention cardiovasculaire. Le Dr de Lorgeril plaide pour une investigation personnalisée et un véritable échange entre soignant et soigné.*

## L'autonomie du patient : la clé de vôte

Pour le Dr de Lorgeril, la transformation de la médecine passe par un changement de posture du patient. « On devient autonome, on comprend mieux ce qui se passe et on peut mieux échanger avec les soignants », explique-t-il. L'objectif n'est pas de se substituer au médecin, mais de devenir un interlocuteur informé, capable de poser les bonnes questions, de comprendre les réponses, et de participer activement aux décisions qui concernent sa propre santé.

Cette autonomie repose sur la connaissance. Comprendre ce qu'est l'endothélium, savoir pourquoi le cholestérol n'est pas l'ennemi qu'on nous a décrit, connaître les principes de la diète méditerranéenne, être capable de reconstituer son arbre généalogique et d'en discuter avec son cardiologue — tout cela transforme le patient passif, qui subit ses ordonnances sans les comprendre, en un partenaire actif de sa prise en charge.

Le Dr de Lorgeril insiste : l'avenir de la médecine, c'est l'échange. Un échange entre des soignants compétents et des soignés informés. C'est dans cette rencontre entre l'expertise médicale et la connaissance du patient sur lui-même que se construit la meilleure prévention possible.



**Dr Michel de Lorgeril — extrait de la conférence**

*« Il faut arrêter avec cette médecine systématique où on donne systématiquement tel, tel, tel médicament. Non, chaque cas est un cas particulier qu'il faut investiguer précisément. »*

## **Un message d'espoir**

Le dernier message du Dr de Lorgeril est un message d'espoir. Après cinquante ans de recherche, de controverses et de combats contre les idées reçues, il affirme avec sérénité que les solutions existent pour prévenir les maladies cardiovasculaires. Il répète — une dernière fois, avec l'insistance de celui qui veut être entendu — : « On a des solutions pour tout le monde, pour tous les problèmes. On connaît les solutions désormais. »

Ces solutions ne sont pas compliquées. Elles ne sont pas réservées à une élite. Elles sont accessibles à tous — que l'on soit soignant ou non soignant, comme le souligne l'animatrice de la conférence. Elles demandent de la connaissance, de la volonté, et un médecin disposé à écouter et à personnaliser. Mais elles sont là, disponibles, scientifiquement validées, en attente d'être mises en œuvre.

C'est peut-être la leçon la plus importante de ce livre : la prévention cardiovasculaire n'est pas une question de chance, ni de génétique fatale, ni de médicaments miracles. C'est une question de mode de vie éclairé, de relation de confiance avec ses soignants, et de courage — le courage de questionner les dogmes et de prendre sa santé en main.



### **Avertissement médical**

L'autonomie du patient ne signifie pas l'automédication. Devenir acteur de sa santé, c'est acquérir les connaissances nécessaires pour dialoguer efficacement avec ses soignants — pas pour se passer d'eux. Toute décision concernant un traitement doit être prise en concertation avec votre médecin.

### **Ce qu'il faut retenir**

- **Les solutions existent** — Nous sommes à un stade mature de la prévention cardiovasculaire
- **Diète méditerranéenne + gestion de l'hypercoagulation** — Les deux piliers complémentaires de la prévention
- **Stop à la médecine systématique** — Chaque cas est particulier et mérite une investigation personnalisée
- **L'autonomie du patient est la clé** — Comprendre pour mieux dialoguer avec ses soignants
- **L'avenir est dans l'échange** — Soignants compétents + patients informés = meilleure prévention





# Guide pratique de la diète méditerranéenne

*Les piliers alimentaires et les gestes du quotidien*

Durée de lecture : 6 min · 2 illustrations

---

Ce guide pratique rassemble les principes concrets de la diète méditerranéenne tels qu'ils ressortent de la conférence du Dr de Lorgeril et de ses travaux de recherche. Il ne s'agit pas d'un régime au sens restrictif du terme, mais d'un ensemble d'habitudes alimentaires plaisantes, variées et scientifiquement validées. Les enrichissements éditoriaux sont signalés.



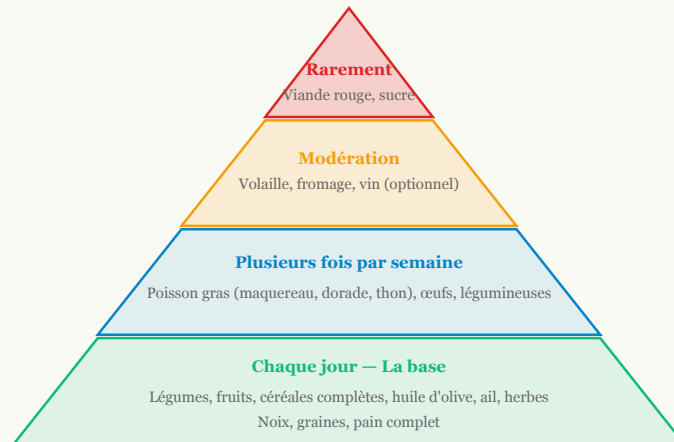
## **Avertissement médical**

Ce guide est informatif. Il ne constitue pas une prescription médicale. Avant de modifier votre alimentation — en particulier si vous êtes sous traitement médical, si vous souffrez d'allergies alimentaires, ou si vous êtes enceinte —, consultez votre médecin ou un nutritionniste qualifié.

## **La pyramide méditerranéenne**

La diète méditerranéenne n'est pas un régime d'exclusion. C'est un mode alimentaire fondé sur l'abondance : abondance de légumes, de fruits, d'huile d'olive, de poisson, d'herbes aromatiques. La pyramide ci-dessous synthétise les grands principes évoqués par le Dr de Lorgeril, complétés par les données de la recherche nutritionnelle.

## La pyramide de la diète méditerranéenne



Enrichissement éditorial d'après les principes décrits par le Dr de Lorgeril

*La pyramide de la diète méditerranéenne : une alimentation fondée sur les végétaux, les bonnes graisses et le poisson, avec une consommation modérée de produits animaux terrestres.*

## Les aliments clés cités par le Dr de Lorgeril



### Huile d'olive

La matière grasse principale de la diète méditerranéenne. Riche en acide oléique et en polyphénols. C'est elle que l'équipe de Lyon recommandait, face à l'huile de tournesol du groupe conventionnel.



### Poisson gras

Maquereau, anchois, dorade, thon — cités explicitement par le Dr de Lorgeril. Riches en oméga-3 à longue chaîne (EPA et DHA), protecteurs cardiovasculaires reconnus.



### Œufs

« Un magnifique aliment » selon le Dr de Lorgeril. Protéines complètes, lipides essentiels, vitamines. Longtemps diabolisé à cause de son cholestérol, aujourd'hui réhabilité.



## Ail

Aliment emblématique de la cuisine méditerranéenne, moqué à Genève (« il pue l'ail »). Propriétés antiplaquettaires, antihypertensives et anti-inflammatoires documentées.

## Les principes au quotidien — Enrichissement éditorial

### Légumes à chaque repas

Crus ou cuits, en salade, en accompagnement, en soupe. La diversité est la clé : tomates, poivrons, courgettes, aubergines, épinards, choux, carottes. Visez cinq portions par jour minimum.

### Fruits frais chaque jour

En dessert, en collation. Privilégiez les fruits de saison et les fruits locaux. Le Dr de Lorgeril note que les Américains mangeaient des fruits, mais pas toujours les plus adaptés.

### Légumineuses plusieurs fois par semaine

Lentilles, pois chiches, haricots secs, fèves. Sources de protéines végétales, de fibres et de minéraux. Pilier méconnu mais essentiel de l'alimentation méditerranéenne traditionnelle.

### Céréales complètes

Pain complet, riz complet, pâtes complètes, boulgour, quinoa. Préférez les produits non raffinés, qui conservent leurs fibres et leurs micronutriments.

## Herbes et épices

Basilic, thym, romarin, origan, curcuma, cumin. Au-delà de la saveur, ces aromates apportent des antioxydants et des composés anti-inflammatoires. Ils permettent aussi de réduire le sel.

## L'activité physique

Le Dr de Lorgeril rappelle que la sédentarité est l'un des trois fléaux responsables de l'épidémie cardiovasculaire. L'activité physique n'a pas besoin d'être intense pour être bénéfique. Le jogging — « simplement marcher vite » — est né comme réponse à cette sédentarité. Les recommandations actuelles suggèrent au minimum 150 minutes d'activité modérée par semaine (marche rapide, vélo, natation) ou 75 minutes d'activité intense, réparties sur la semaine.

## Les questions à poser à votre médecin

### Les questions à poser à votre médecin

 <b>Mon arbre généalogique</b> Y a-t-il des MCV dans ma famille ?	 <b>Mon bilan de coagulation</b> Ai-je une prédisposition à l'hypercoagulation ?
 <b>Mon évaluation nutritionnelle</b> Mon score albumine/lymphocytes/cholestérol ?	 <b>Mes traitements</b> Sont-ils vraiment nécessaires pour MON cas ?
 <b>Mon endothélium</b> Quels examens pour évaluer ma santé vasculaire ?	 <b>Mon activité physique</b> Quel type et quelle fréquence pour mon profil ?

Enrichissement éditorial — questions inspirées des recommandations du Dr de Lorgeril

*Six questions clés à aborder avec votre médecin pour une prévention cardiovasculaire personnalisée, inspirées des recommandations du Dr de Lorgeril.*



### **Votre arbre généalogique : comment le faire**

Prenez une feuille et dessinez trois générations de votre famille : grands-parents, parents (+ oncles et tantes), et votre génération (+ frères, sœurs, cousins). Pour chaque personne, notez : âge actuel ou âge au décès, cause du décès si connue, antécédents cardiovasculaires (infarctus, AVC, mort subite) avec l'âge de survenue, et cholestérol élevé connu ou non. Apportez ce document à votre prochaine consultation. Votre médecin pourra distinguer la prédisposition au cholestérol familial (bénigne) de la prédisposition aux maladies cardiovasculaires (à investiguer et à traiter).

### **Ce qu'il faut retenir**

- **Huile d'olive, poisson gras, œufs, ail** — Les quatre aliments clés cités par le Dr de Lorgeril
- **Légumes à chaque repas, fruits chaque jour** — L'abondance végétale est la base de la pyramide
- **Activité physique régulière** — 150 minutes par semaine de marche rapide suffisent
- **Faites votre arbre généalogique** — C'est un outil simple et puissant pour connaître vos vrais risques
- **Posez les bonnes questions à votre médecin** — Arbre familial, coagulation, nutrition, personnalisation du traitement





# Glossaire

*Les mots de la cardiologie expliqués*

Durée de lecture : 4 min

---

Ce glossaire rassemble les termes techniques utilisés dans ce livre. Les définitions sont volontairement simples et orientées vers la compréhension du lecteur non spécialiste. Elles s'inscrivent dans la perspective développée par le Dr de Lorgeril dans sa conférence.

## **Accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique**

Interruption brutale de la circulation sanguine dans une artère du cerveau, provoquée par un thrombus (caillot). Le tissu cérébral privé d'oxygène est endommagé, entraînant des déficits neurologiques (paralysie, troubles de la parole, etc.).

## **Albumine**

Principale protéine du sang, produite par le foie. Un taux bas d'albumine indique un déficit protéique ou une atteinte hépatique. C'est l'un des trois marqueurs du score de malnutrition évoqué par le Dr de Lorgeril.

## **Athérosclérose**

Maladie chronique des artères caractérisée par la formation de plaques dures (et non de « bouillie », contrairement à ce que suggère l'étymologie du mot « athérome ») sur la paroi interne des artères. Ces plaques rétrécissent progressivement la lumière artérielle.

## **Cohorte**

En épidémiologie, groupe de personnes suivies dans le temps pour étudier l'apparition de maladies ou d'événements de santé. La Seven Countries Study comprenait plusieurs cohortes dans sept pays différents.

## **Coxibs**

Famille de médicaments anti-inflammatoires (inhibiteurs sélectifs de la COX-2). Le Vioxx (rofécoxib), le plus célèbre, a été retiré du marché en 2004 après la découverte de son risque cardiovasculaire. Ce scandale a contribué à renforcer les exigences méthodologiques des essais cliniques.

## **Diète méditerranéenne**

Ensemble d'habitudes alimentaires traditionnelles des populations du pourtour méditerranéen, caractérisé par une abondance de légumes, fruits, céréales complètes, huile d'olive, poisson, légumineuses, et une consommation modérée de produits animaux terrestres. Son efficacité dans la prévention cardiovasculaire a été démontrée par la Lyon Diet Heart Study.

## **Double aveugle (essai en)**

Type d'essai clinique dans lequel ni le patient ni le médecin ne savent quel traitement est administré (médicament actif ou placebo). Cette technique minimise les biais liés aux attentes des participants et des investigateurs.

## **Endothélium**

Monocouche de cellules qui tapisse l'intérieur de toutes les artères et veines. L'endothélium sécrète des substances anticoagulantes, antiplaquettaires et vasodilatatrices. Sa dysfonction est, selon le Dr de Lorgeril, le point de départ de la maladie artérielle.

## **Épidémiologie**

Discipline scientifique qui étudie la distribution et les déterminants des maladies dans les populations. L'épidémiologie nutritionnelle étudie spécifiquement les liens entre alimentation et maladies.

## **Essai clinique randomisé**

Type d'étude scientifique dans lequel les participants sont répartis par tirage au sort (randomisation) entre un groupe recevant le traitement testé et un groupe témoin. C'est le standard d'or de la médecine fondée sur les preuves. La Lyon Diet Heart Study est un essai clinique randomisé.

## **HDL (High Density Lipoprotein)**

Lipoprotéine de haute densité qui transporte le cholestérol des tissus vers le foie. Communément appelée « bon cholestérol » — une qualification que le Dr de Lorgeril juge scientifiquement infondée.

## **Hypercoagulation**

Tendance du sang à coaguler plus facilement que la normale, augmentant le risque de formation de thrombus. Peut être d'origine génétique (thrombophilies) ou acquise (tabac, sédentarité, certains médicaments). Selon le Dr de Lorgeril, c'est la prédisposition familiale la plus importante à rechercher en cardiologie.

## **Infarctus du myocarde**

Nécrose (mort) d'une partie du muscle cardiaque causée par l'obstruction complète d'une artère coronaire par un thrombus. C'est la manifestation aiguë la plus grave de la maladie coronarienne.

## **LDL (Low Density Lipoprotein)**

Lipoprotéine de basse densité qui transporte le cholestérol du foie vers les tissus. Communément appelée « mauvais cholestérol » — une qualification que le Dr de Lorgeril considère comme « du Walt Disney ».

## **Lymphocytes**

Cellules du système immunitaire présentes dans le sang. Un taux bas peut indiquer un déficit nutritionnel, en particulier un manque de protéines. C'est l'un des trois marqueurs du score de malnutrition.

## **Mediator (benfluorex)**

Médicament commercialisé pendant 35 ans par les laboratoires Servier, initialement comme antidiabétique, largement détourné comme coupe-faim. Responsable de valvulopathies et de décès, son scandale a révélé les défaillances du système de pharmacovigilance français.

## **Médecine de précision**

Approche médicale qui adapte la prévention et le traitement à chaque patient individuellement, en tenant compte de son patrimoine génétique, de son mode de vie, de son histoire familiale et de ses facteurs de risque propres. S'oppose à la « médecine systématique » critiquée par le Dr de Lorgeril.

## **Pharmacovigilance**

Surveillance des effets indésirables des médicaments après leur mise sur le marché. Repose principalement sur les déclarations spontanées des médecins — un système que le Dr de Lorgeril qualifie de « complètement défaillant » en France.

## **Placebo**

Substance inactive (pilule de sucre, injection de sérum physiologique) administrée

dans un essai clinique au groupe témoin pour mesurer l'effet spécifique du traitement testé, par comparaison.

### **Plaquettes**

Fragments cellulaires circulant dans le sang, essentiels à la coagulation. Leur agrégation excessive peut contribuer à la formation de thrombus. L'endothélium sain sécrète des substances antiplaquettaires pour prévenir ce phénomène.

### **Réfutabilité (critère de Popper)**

Principe épistémologique formulé par Karl Popper selon lequel une théorie scientifique n'est valide que si elle peut être réfutée par l'expérience. Si aucune expérience ne la contredit, elle est dite « corroborée ». Le Dr de Lorgeril l'invoque pour distinguer la diète méditerranéenne (zéro étude négative = non réfutée) des statines (dizaines d'études négatives = réfutées).

### **Seven Countries Study**

Étude épidémiologique monumentale initiée par Ancel Keys dans les années 1950, suivant des cohortes d'hommes dans sept pays pendant 30 ans. Ses résultats ont mis en évidence les différences spectaculaires de mortalité cardiovasculaire entre les populations du Nord et les populations méditerranéennes et japonaises.

### **Statines**

Classe de médicaments qui inhibent la production de cholestérol par le foie. Les plus prescrites au monde pour réduire le cholestérol sanguin. Le Dr de Lorgeril conteste leur efficacité et dénonce leur toxicité (douleurs musculaires, dépression, insuffisance rénale, entre autres).

### **Thrombus**

Caillot sanguin formé à l'intérieur d'un vaisseau, qui peut obstruer partiellement ou totalement la circulation. Quand un thrombus bouche une artère coronaire, c'est l'infarctus. Quand il bouche une artère cérébrale, c'est l'AVC ischémique.

### **Vasodilatation**

Augmentation du diamètre des vaisseaux sanguins, qui facilite la circulation du sang et diminue la pression artérielle. L'endothélium sain produit des substances vasodilatatrices (notamment le monoxyde d'azote).



# Bibliographie

*Sources et lectures recommandées*

Durée de lecture : 3 min

---

Cette bibliographie rassemble les études, ouvrages et références cités ou évoqués par le Dr de Lorgeril dans sa conférence, complétés par des sources complémentaires permettant au lecteur curieux d'approfondir chaque thème abordé dans ce livre. Les enrichissements éditoriaux sont signalés.

## Publications du Dr de Lorgeril

### **Lyon Diet Heart Study — Résultats intermédiaires (1994)**

de Lorgeril M., Renaud S., Mamelle N. et al. « Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. » *The Lancet*, 1994, vol. 343, p. 1454-1459.

→ *Première publication des résultats de l'étude de Lyon montrant une réduction spectaculaire des récidives cardiaques dans le groupe méditerranéen. Cité dans les chapitres 9 et 10.*

### **Lyon Diet Heart Study — Résultats définitifs (1999)**

de Lorgeril M., Salen P., Martin J.-L. 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, vol. 99, p. 779-785.

→ *Publication définitive confirmant une réduction d'environ 70 % des récidives et de la mortalité dans le groupe méditerranéen. L'une des publications les plus citées en cardiologie préventive. Cité dans le chapitre 9.*

### **Ouvrages du Dr de Lorgeril**

Le Dr de Lorgeril est l'auteur de nombreux ouvrages de vulgarisation scientifique sur les maladies cardiovasculaires, le cholestérol et la nutrition, dans lesquels il

développe en détail les arguments présentés dans cette conférence. Il mentionne notamment ses livres sur la prédisposition à l'hypercoagulation.

→ *Cités dans les chapitres 5 et 10.*

## Études épidémiologiques majeures

### Seven Countries Study

Keys A. et al. « Seven Countries: A Multivariate Analysis of Death and Coronary Heart Disease. » Harvard University Press, 1980.

→ *Étude fondatrice de l'épidémiologie nutritionnelle. Suivi de cohortes dans 7 pays pendant 30 ans, montrant les différences spectaculaires de mortalité cardiovasculaire entre populations. Cité dans le chapitre 8. — Enrichissement éditorial.*

### Étude de Framingham

Dawber T.R., Meadors G.F., Moore F.E. « Epidemiological approaches to heart disease: the Framingham Study. » *American Journal of Public Health*, 1951, vol. 41, p. 279-286.

→ *L'une des études de cohorte les plus longues de l'histoire médicale, démarrée en 1948. A permis d'identifier les principaux facteurs de risque cardiovasculaire. Cité dans le chapitre 1. — Enrichissement éditorial.*

## Thèse et travaux de méthodologie

### Essai glucagon vs placebo dans la pancréatite aiguë

Publié dans le *New England Journal of Medicine*, ~1978-1980. Toulouse.

→ *Thèse de médecine du Dr de Lorgeril (1978). Essai clinique randomisé en double aveugle, l'un des premiers du genre en France. Cité dans le chapitre consacré à l'auteur.*

## Références sur le cholestérol et les statines

### Cholestérol élevé et espérance de vie chez les seniors

Le Dr de Lorgeril fait référence à des études publiées dans de « grandes revues

médicales » montrant que, chez les personnes de plus de 50 ans, un cholestérol élevé est associé à une meilleure espérance de vie. Références précises non détaillées dans le transcript.

→ *Cité dans le chapitre 4.*

### **Cholestérol et risque de cancer**

Le Dr de Lorgeril mentionne une association entre cholestérol élevé et diminution du risque de cancer. Références précises non détaillées dans le transcript.

→ *Cité dans les chapitres 4 et 5.*

### **Sous-déclaration des effets indésirables**

Plusieurs études ont quantifié le taux de déclaration spontanée des effets indésirables par les médecins, estimé à environ 10 % des effets constatés. Le Dr de Lorgeril ne cite pas de référence précise dans le transcript.

→ *Cité dans le chapitre 6.*

## **Références complémentaires — Enrichissement éditorial**

### **Score CONUT (Controlling Nutritional Status)**

Ignacio de Ulibarri J. et al. « CONUT: a tool for controlling nutritional status. » *Clinical Nutrition*, 2005, vol. 24, p. 848-857.

→ *Score de malnutrition combinant albumine, lymphocytes et cholestérol, correspondant aux trois marqueurs cités par le Dr de Lorgeril. Validé comme prédicteur de mortalité en cardiologie.*

### **Scandale du Vioxx / Coxibs**

Bombardier C. et al. « Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. » *New England Journal of Medicine*, 2000, vol. 343, p. 1520-1528.

→ *L'étude VIGOR, dont la réanalyse a révélé le surrisque cardiovasculaire du Vioxx, menant à son retrait en 2004. Cité dans le chapitre 6.*

### **Karl Popper — La logique de la découverte scientifique**

Popper K. *The Logic of Scientific Discovery*. Routledge, 1959 (édition originale en allemand, 1934).

→ *Ouvrage fondateur de l'épistémologie moderne. Le critère de réfutabilité de*

*Popper est invoqué par le Dr de Lorgeril pour distinguer les théories corroborées (diète méditerranéenne) des théories réfutées (cholestérol). Cité dans le chapitre 9.*

### **Serge Renaud et le French Paradox**

Renaud S., de Lorgeril M. « Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. » *The Lancet*, 1992, vol. 339, p. 1523-1526.

→ *Article fondateur du concept de « French Paradox ». Publié conjointement par Serge Renaud et Michel de Lorgeril. Cité dans le chapitre 8.*



### **Note sur les références**

Certaines études citées par le Dr de Lorgeril dans sa conférence ne sont pas identifiées avec précision (titre, revue, année exacts). C'est la nature de l'exercice oral : un conférencier ne cite pas ses sources avec la même rigueur qu'un article scientifique. Pour les références précises des études sur le cholestérol, les statines et l'espérance de vie, nous renvoyons le lecteur aux ouvrages et à la formation vidéo du Dr de Lorgeril, où ces sources sont documentées de façon exhaustive.

