



**Belgian Society of Atherosclerosis /
Belgian Lipid Club**

**(National Representative of the
European Atherosclerosis Society
(EAS))**

www.lipidclub.be

Président

Prof. Dr Michel Langlois
(Ugent, AZ Sint-Jan Brugge)

Vice President

Prof. Dr Olivier Descamps
(UCL, Hopital de Jolimont)

Treasurer

Prof. Dr Regis Radermecker
(ULG, CHU Sart Tilman)

Secretary

Prof. Dr Ernst Rietschel
(UGent, UZ Gent)

Vendredi 28 octobre 2016

**Madame Anne Georget
Responsable de l'émission
« Cholestérol : le grand bluff »
Madame Véronique Cayla
Présidente de ARTE
Madame Anne Durupt
Directrice générale de ARTE**

Mesdames,

La Société Belge d'Athérosclérose et l'Association Belge des Patients souffrant d'Hypercholestérolémie Familiale (Belchol, ASBL) que nous représentons, s'associent pour s'insurger contre votre émission intitulée « Cholestérol : le grand bluff » du 18 octobre 2016.

Dans cette émission, vous déclarez en substance que les scientifiques et le corps médical sont influencés par des lobbies dont le seul but est le profit. Par ce jugement, le monde médical se sent attaqué dans sa rigueur scientifique et surtout de nombreux patients en perdant leur confiance envers leurs médecins risquent d'arrêter des traitements dont ils ont besoin, s'exposant ainsi à un risque accru de maladies cardiovasculaires.

Tant les patients que les scientifiques et médecins que nous représentons au sein de nos deux associations sont évidemment choqués par un tel reportage irresponsable. Nous souhaiterions que le public belge soit éclairé de manière objective sur les 7 points suivants :



BELCHOL ASBL

Rue des Champs Elysées 63,
1050 Bruxelles
www.belchol.be

Président

Prof. Dr Olivier Descamps

Vice President

Prof. Dr Ernst Rietschel

Treasurer

Mr Antonio D'agostino

Secretary

Mrs Marie Delcol

Other members of the executive
committee

Mrs Emmanuelle Geubel
Dr Freddy Van de Casseye
(president of the Cardiologic
League)

1. S'il est vrai que le cholestérol est important pour les fonctions vitales, il faut comprendre que le taux moyen de cholestérol en Belgique comme dans les autres pays européens est très largement au-dessus de ce qui est "nécessaire" à la vie et que les réductions produites même par les médicaments les plus puissants ne compromettent en rien ces fonctions vitales. Une analogie très simple est le taux de sucre, un autre élément indispensable, mais qui, lorsqu'il est trop élevé, cause aussi une maladie, le diabète dont personne ne niera la gravité. Chez un nouveau-né qui respire la vie, le taux de cholestérol est de 60-70 mg/dL soit 4 fois plus bas que chez l'adulte. De nombreuses personnes présentent toute leur vie des taux très bas de cholestérol et sont en très bonne santé (entre autres, ils n'ont pas de maladies cardiovasculaires)

2. L'importance de prendre en charge les patients qui ont trop de cholestérol dans le sang est clairement établie par des données scientifiques nombreuses et cohérentes : une élévation du LDL-cholestérol sanguin (le "mauvais cholestérol") est associée à une augmentation du risque cardiovasculaire ; de surcroît, une diminution de la cholestérolémie par le traitement diététique puis par des médicaments est associée à une diminution du risque cardiovasculaire. La nocivité du cholestérol pour les artères est clairement illustré dans la maladie appelée « hypercholestérolémie familiale » dont la compréhension a été couronnée par un prix Nobel de médecine en 1987 (Michael Brown et Joseph Goldstein). Cette maladie très fréquente (un belge sur 250, soit 25000 citoyens belges) est responsable de taux anormalement élevé (2 fois supérieur à la norme) de cholestérol dès le plus jeune âge. Sans traitement, des accidents cardiaques parfois mortels surviennent très précocement dès

la trentaine même en l'absence d'autres facteurs de risque (tel que tabac, hypertension artérielle, obésité, diabète, ...).

3. Les multiples recommandations rédigées dans divers pays et par des instances aussi bien médicales que publiques (INAMI et KCE en Belgique), en toute indépendance des sociétés pharmaceutiques et agroalimentaires, sont concordantes et préconisent que les patients à haut risque cardiovasculaire (antécédent de maladie cardiovasculaire, diabète, insuffisance rénale, hypercholestérolémie familiale ou accumulation de plusieurs facteurs de risque) doivent bénéficier d'un traitement par statine quand ils ont un taux de cholestérol trop élevé.

4. Les statines sont parmi les médicaments les mieux étudiés. Elles font l'objet de très nombreuses publications, par de multiples équipes scientifiques différentes, avec des méthodologies de grande qualité et sur de très importantes cohortes de patients. On peut conclure sans appel que les statines entraînent une augmentation de l'espérance et de la qualité de vie grâce à une réduction estimée à 20 % des accidents vasculaires chaque fois qu'elles réduisent le taux LDL (le mauvais) cholestérol de 40 mg/dl (selon des méta-analyses sur plus de 170,000 patients).

5. Soutenir les propos des personnes qui s'élèvent à l'encontre d'une théorie bien fondée sur la relation entre cholestérol et maladie cardiovasculaire risque de décourager les personnes qui ont un risque cardiovasculaire élevé à poursuivre un traitement susceptible d'améliorer leur qualité de vie. Au final, ceci risque d'hypothéquer leur espérance de vie. Prendre des médicaments au long cours est contraignant, et tous les efforts doivent être faits pour encourager les patients à poursuivre leur traitement, quand celui-ci est utile. Tout arrêt du traitement chez des patients qui ont déjà eu un accident cardiovasculaire peut s'accompagner d'une augmentation significative du risque de récurrence de l'accident cardiovasculaire comme l'a montré encore la récente analyse par l'équipe de Bordeaux.

6. Enfin, le cholestérol n'est pas le seul facteur de risque de maladie cardiovasculaire. Lutter contre les maladies cardiovasculaires nécessite une approche dite multifactorielle dirigée contre la sédentarité, le déséquilibre alimentaire, l'excès de poids, le tabagisme l'hypertension artérielle et le diabète. D'autres facteurs de risque tels que la précarité nécessiteront plus d'efforts encore. Si l'on pouvait seulement corriger les facteurs de risque facilement modifiables (parmi lesquels le taux de cholestérol sanguin), l'incidence des maladies cardiovasculaires diminuerait considérablement.

7. Nous avons trouvé malheureux de construire votre émission sur l'exemple d'Ansel Keys qui réalisa son étude en 1950, à une époque où les méthodologies d'études épidémiologiques n'étaient encore qu'à leurs balbutiements et donc sujettes à beaucoup de critiques (plus aucun scientifique ne mentionne cette étude actuellement comme argument pour soutenir la théorie du cholestérol). Les analogies présentées par les polémistes à qui vous donnez la parole sont totalement insensées et sans fondement scientifiques. Nous regrettons également que vous présentiez

l'évolution des connaissances dans ce domaine comme une opération maffieuse truffée de non-dits, de truquages, de pression et de falsifications. De nombreux chercheurs dont certains récompensés de prix Nobel (Michael Brown, Joseph Goldstein) méritent plus de respect que cela. La société française de cardiologie qui vous a également adressé sa consternation a très bien résumé l'histoire des connaissances en matière de relation entre le cholestérol et les maladies cardiovasculaires.

Nous aimerions connaître la suite que vous comptez apporter à notre courrier

En attendant de vous lire, nous vous prions, Mesdames, de recevoir nos salutations distinguées.



Olivier Descamps, MD, PhD.
Président de l'Association Belge de
l'Hypercholestérolémie Familiale
(Belchol, ASBL)
Vice-Président de la Société Belge
d'Athérosclérose



Michel Langlois, MD, PhD.
Président de la Société Belge
d'athérosclérose