

# CHOLESTEROL

## N'y pensez plus !

*Pendant quarante ans, il fut l'ennemi public n° 1... Jugé responsable des maladies cardio-vasculaires, le cholestérol a été condamné à tort : sa réhabilitation est en cours.*

**D**écrié, honni, diabolisé : depuis quarante ans, le gras — et plus particulièrement le cholestérol et les graisses d'origine animale — fait l'objet de campagnes de dénigrement généralisé. On lui reproche, ni plus ni moins, de tuer : l'infarctus, tel une épée de Damoclès, plane sur la tête des amateurs de saucisson, de confit d'oie ou de religieuses au chocolat. Mais l'analyse des études scientifiques qui fondent une telle mise au ban du gras réserve quelques surprises : on pense aujourd'hui que manger maigre n'est pas forcément un gage de longue vie ! Les attaques contre le cholestérol commencent avec la publication, dans les années 50, d'une étude comparant la fréquence des maladies cardio-vasculaires chez les Bantous du Cap en Afrique du Sud, et les pompiers de Minneapolis aux États-Unis.

### Les nutritionnistes partent en croisade

Les uns mangent maigre, ont un taux de cholestérol sanguin bas, et sont peu victimes d'infarctus. Les autres mangent gras, ont un cholestérol élevé et meurent fréquemment d'infarctus. Par la suite, la relation entre le taux de cholestérol et la fréquence des maladies cardio-vasculaires (et parmi elles, l'infarctus) est confirmée par d'autres études portant sur des populations européennes, américaines et japonaises. D'autres éléments sont venus confirmer la responsabilité au moins partielle du cholestérol dans la constitution de dépôts

de graisses (plaques d'athérome) qui obstruent les artères et provoquent ce que l'on appelle l'artériosclérose. Certains nutritionnistes décident de partir en croisade contre les graisses alimentaires, animales en particulier, dont le rôle générateur de cholestérol ne fait aucun doute à l'époque.

### Des contradictions pourtant troublantes

Mais quelques anomalies apparaissent déjà :

— si le taux de décès par infarctus varie beaucoup d'un pays à l'autre (dix fois plus en Finlande qu'au Japon), l'espérance de vie moyenne est peu modifiée. Les Japonais, par exemple, meurent peu d'infarctus, mais ont beaucoup de cancers de l'estomac ;

— il semble que la diminution de la mortalité par maladies cardio-vasculaires s'accompagne systématiquement d'une résurgence d'autres maladies mortelles (et notamment des cancers). Un taux de cholestérol très bas favoriserait ainsi l'accroissement de ces mortalités non cardio-vasculaires ;

— la situation de certains pays est troublante, surtout celle de la France : nous mangeons gras, notre taux de cholestérol moyen est élevé, et notre mortalité cardio-vasculaire est au contraire une des plus basses qui soient au monde (notre pays arrive avant-dernier, juste avant le Japon). Aucune explication satisfaisante n'a pu être apportée à ce paradoxe ;

— la moitié des sujets victimes d'infarctus ont un taux de cho-

lestérol tout à fait normal ! Des questions troublantes... qui n'ont guère ému les détracteurs du gras. Pour eux, qu'importe ces « détails » : puisqu'un excès de cholestérol peut favoriser l'infarctus, faisons baisser le taux de cholestérol sanguin, et les infarctus diminueront. Il a donc été recommandé, dans les années 70, à tous et à toutes de manger moins gras et de privilégier les graisses d'origine végétale (huile de pépins de raisin ou de tournesol...).

Dans le même temps, des études scientifiques sont lancées pour prouver le bien-fondé de cette attitude. Le principe est simple : suivre pendant une longue période (cinq à dix ans) des hommes présentant un excès de cholestérol. Ces sujets sont répartis en deux groupes : les membres du groupe témoin continueront à manger comme avant. Ceux du groupe « d'intervention » sont invités à suivre des recommandations diététiques strictes (peu de graisses, privilégier les graisses végétales au détriment des graisses animales). Il suffit de comparer le nombre d'infarctus et de décès dans ces deux groupes pour mettre en évidence l'effet de ce régime.

### Groupe au régime contre groupe témoin

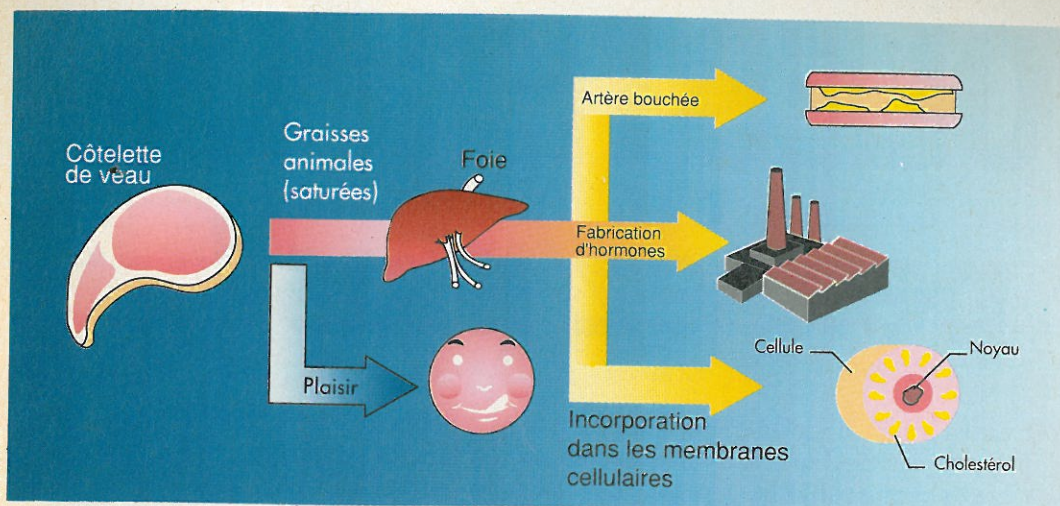
Hélas, les résultats de ces études sont loin d'être concluants : le nombre d'infarctus (mortels ou non) est parfois légèrement plus faible dans les groupes soumis au régime, mais les causes de décès non cardiaques augmentent,

**Les graisses d'origine animale, à l'origine de la fabrication du cholestérol, sont mises à l'index. Injustement.**



# Manger maigre n'influe pas sur l'espérance de vie

J.P. MOREL



**Les graisses sont synthétisées par le foie en cholestérol. Celui-ci est transporté vers les cellules qui l'incorporent dans leur paroi ou l'utilisent pour fabriquer des hormones. Le cholestérol non utilisé peut se déposer dans la paroi des artères et participer à la formation des plaques d'athérome, ou encore être ramené au foie où il sera recyclé.**

et le nombre de morts, au même âge, est finalement identique dans les deux groupes. L'augmentation des effectifs étudiés ne change rien : les sujets du groupe témoin s'obstinent à ne pas mourir plus que les sujets astreints à un régime !

Devant ce fiasco, ceux que l'on commence à appeler les « évangélistes anti-cholestérol » ne désarment pas. Loin d'abandonner l'argent et la célébrité que leur apporte la croisade et de retourner à leurs recherches, ils choisissent la fuite en avant : puisque le régime pauvre en graisses a échoué, on va utiliser des médicaments susceptibles,

eux, de faire baisser le taux de cholestérol.

Dès le début de cette campagne, les médias se sont largement fait l'écho d'un message simpliste : « cholestérol = infarctus », « manger moins de graisses animales = moins d'infarctus ».

## Le bon et le mauvais cholestérol

Dépasant le cadre des sujets présentant un taux de cholestérol élevé, ce message s'adresse à tous : hommes, femmes, enfants, vieillards. Certains spécialistes des graisses (dits lipidologues) affirment même que le lait maternel, riche en graisses saturées, est un mauvais ali-

ment pour les nourrissons ! L'Organisation mondiale de la santé (OMS) décide alors de parrainer une étude portant sur l'efficacité d'un médicament, le clofibrate (commercialisé en France sous le nom de Lipavlon), suivant la même technique comparative qui a été appliquée aux régimes : 10 000 hommes, entre 40 et 60 ans, sont répartis en deux groupes égaux et suivis pendant cinq ans. Le résultat est catastrophique : on constate 25 % de décès supplémentaires dans le groupe qui prend le médicament, par rapport au groupe qui n'en prend pas !

D'autres études concernant des médicaments donnent des résultats tout aussi décevants : diminution modérée des accidents cardio-vasculaires, augmentation des causes de décès non cardio-vasculaires, pas d'influence sur l'espérance de vie. Les évangélistes anti-cholestérol montent en épingle la faible diminution des accidents cardio-vasculaires observée, pour justifier la poursuite de leur campagne.

Dans les années 80, la découverte de sous-fractions du cholestérol — le HDL (le « bon ») et le LDL (le « mauvais ») — ne fait rien pour clarifier les choses : il

## Les mots clés pour comprendre

**Artériosclérose** : maladie des artères. Sur leur paroi se déposent des plaques d'athérome (dépôts graisseux et calcaires) qui entravent peu à peu la circulation du sang.

**Cholestérol** : corps gras essentiellement synthétisé par le foie à partir des éléments apportés par l'alimentation.

**Cholestérolémie** : taux de cholestérol sanguin.

**Graisses animales / graisses végétales** : on trouve les premières dans le beurre, les produits laitiers, la viande, les œufs, le poisson..., les

secondes dans l'avocat, les cacahuètes, les noix, les noisettes, l'olive, et tous les autres oléagineux (tournesol, pépins de raisin...).

**Graisses insaturées** : graisses présentes en majorité dans les produits d'origine végétale. Elles ont tendance à faire diminuer le cholestérol sanguin.

**Graisses saturées** : graisses présentes en majorité dans les produits d'origine animale. Elles sont à l'origine de la fabrication du cholestérol par le foie.

**Infarctus** : lorsque le sang

n'arrive plus régulièrement aux tissus, ceux-ci ne sont plus suffisamment nourris et meurent (nécrose). Le cholestérol est l'un des responsables d'infarctus, parmi d'autres facteurs qui lui sont souvent associés (hypertension artérielle, tabac...).

**Lipides** : corps gras.

**Triglycérides** : corps gras habituellement dosés dans le sang avec le cholestérol. Leur intérêt pour prédire le risque cardio-vasculaire est très controversé. Ils reflètent surtout la consommation de sucres et d'alcool.



# En France, le seul marché du dépistage et du traitement



NOM Laboratoire	LIPAVLON ICI Pharma	LIPÉNAN Bouchara	LIPANTHYL Fournier	LIPANOR Sterling-Winthrop	LIPUR Parke-Davis	BEFIZAL Oberval
COPIE ou co-commercialisation Laboratoire	CLOFIBRAL Pharma 2000		SECALIP Biothérapie			
Molécule (Classe thérapeutique)	Clofibrate (Fibrates)	Clofibrine (Fibrates)	Fenofibrate (Fibrates)	Ciprofibrate (Fibrates)	Gemfibrozil (Fibrates)	Bezafibrate (Fibrates)
Effet sur le cholestérol	■	■	★★	★★	★	★★
Effet sur la probabilité d'infarctus	■	?	?	?	■	?
Effet sur l'espérance de vie	■	?	?	?	0	?
Prix	Lipavlon : 12,80 F Clofibril : 28,80 F	21,80 F	Lipanthyl : 34,40 F à 84 F selon dosage Secalip : 30,95 F à 50,80 F	49,30 F	51 F	43,40 F à 50,70 F selon le dosage
Coût du traitement journalier	1 F à 1,50 F	2 F à 3 F	1 F à 3 F	1 F à 3 F	1 F à 3 F	2 F

coût du traitement  
journalier :  
selon la posologie,  
coût des comprimés  
pris par jour.

## Médicaments anti-cholestérol

Les médicaments utilisés pour faire baisser le taux de cholestérol dans le sang sont appelés hypolémants ou hypocholestérolémiants. Ils font partie des médicaments les plus prescrits en France chaque année. D'après le *Quotidien des pharmaciens coopérateurs* (mars 1991), le Lipanthyl arrive en 34<sup>e</sup> position parmi les médicaments les plus vendus (en nombre de boîtes) en 1990, juste devant l'Effergal et l'Aspégic 1000 ! Les anti-cholestérol appartiennent à trois classes principales : les fibrates, les inhibiteurs de l'HMG CoA réductase, les résines échangeuses.

### Les principaux types d'anti-cholestérol :

- **Les fibrates** sont parmi les premiers à avoir été utilisés, et notamment leur chef de file, le clofibrate (Lipavlon). Leur aptitude à faire baisser le cholestérol est variable. Leurs effets secondaires consistent essentiellement en des troubles digestifs. Seuls le clofibrate et le gemfibrozil (Lipur) ont fait l'objet d'études sérieuses permettant d'évaluer leurs avantages et inconvénients lors d'une prise prolongée. Ils sont contre-

indiqués en cas de problèmes de fonctionnement du foie ou des reins (déficience rénale ou hépatique).

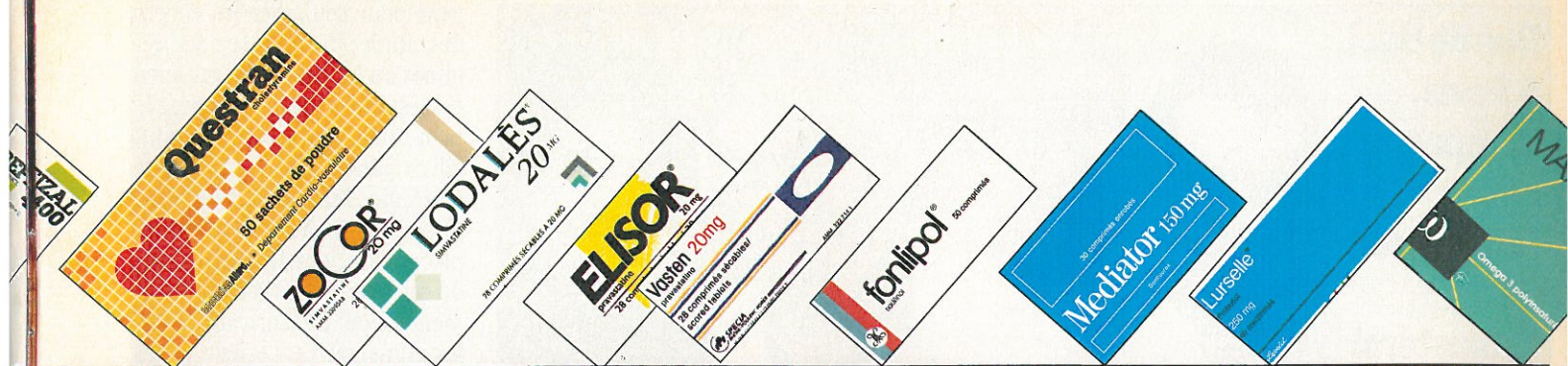
- **Les résines échangeuses** ne sont représentées que par un seul produit : le Questran. Cette « pâte » indigeste provoque constipation et troubles digestifs. Elle est donc peu utilisée, malgré un dossier scientifique étoffé. Elle est contre-indiquée en cas de constipation préalable ou de déficience hépatique.

- **Les inhibiteurs de l'HMG CoA réductase** sont les derniers arrivés sur le marché. Ils sont très puissants et permettent d'obtenir une baisse marquée du cholestérol sanguin. Mais ils sont très chers et on ne connaît pas leur effet sur la prévention des accidents cardio-vasculaires. Leurs effets secondaires consistent essentiellement en des troubles digestifs, maux de tête, insomnies. Ils sont contre-indiqués en cas de déficience hépatique ou de grossesse.

- Une quatrième classe regroupe des produits dont l'activité est modeste et le mécanisme mal connu : Fonlipol, Lurselle, Mediator et Mapexa.



# ent anti-cholestérol représente trois milliards de francs



QUESTRAN Allard	ZOCOR MSD-Chibret	ELISOR Squibb	FONLIPOL Lafon	MEDIATOR Servier	LURSELLE Merrel Dow	MAXEPA Lincoln
	LODALES MSD-Chibret	VASTEN Rhône-Poulenc				
Cholestyramine (Résines)	Simvastatine (Inhibiteur de l'HMG CoA réductase)	Pravastatine (Inhibiteur de l'HMG CoA réductase)	Tiadenol	Benfluorex	Probucol	Huile de chair de poisson
★	★★★	★★★	■	0	■	0
■	?	?	?	?	?	?
0	?	?	?	?	?	?
95,90 F	208,90 F	199 F	39,85 F	42,90 F	24,45 F	74,20 F
6 F	3,50 F à 15 F	3,50 F à 15 F	3,50 F	1,50 F à 4,50 F	3 F	8 F

\*\*\* = important \*\* = moyen, acceptable \* = faible ■ = très faible 0 = nul ? = inconnu

## : un intérêt très hypothétique

### Plusieurs copies conformes

Parmi cette liste, plusieurs médicaments sont exactement identiques : Clofibril est la copie de Lipavlon, Secalip celle de Lipanthyl. Souvent, la copie est commercialisée à bas prix plusieurs années après la sortie du médicament original. Quand un laboratoire étranger veut sortir conjointement son produit en France, il cède à un laboratoire hexagonal la licence de ce produit. Lodalès est la co-commercialisation de Zocor et Vasten celle de Elisor.

### Bilan

Le Lipur est le produit qui présente le profil le plus intéressant : dans une étude de grande envergure, il a démontré son aptitude à diminuer de 36 % la fréquence des accidents cardio-vasculaires (sans modifier pour autant l'espérance de vie pendant la période d'étude).

Le Questran a lui aussi été bien étudié et a permis une diminution de 19 % des infarctus. Mais il est mal toléré. Les inhibiteurs de l'HMG CoA Réductase ont en commun une forte activité sur le

cholestérol et une absence de données sur leur aptitude à prévenir les accidents cardio-vasculaires. Leur coût élevé les fait réserver aux hypercholestérolémies sévères ou rebelles aux fibrates.

En dehors de ces médicaments destinés à faire diminuer le cholestérol sanguin, et dont le bilan n'est pas concluant, il existe deux produits intéressants :

— **Le poisson** : consommer du poisson au moins deux fois par semaine est une habitude qui a démontré sa capacité à prévenir les accidents cardio-vasculaires. Les effets secondaires ne sont pas connus... Les poissons gras sont les plus efficaces (parce qu'ils sont riches en « bon » gras) : les sardines à l'huile font parfaitement l'affaire.

— **L'aspirine** : un demi-comprimé d'aspirine pris tous les deux jours a permis de diviser par deux la fréquence des infarctus (que l'on ait un cholestérol élevé ou non). Malheureusement, l'espérance de vie n'est pas augmentée. Le coût en est dérisoire (ce qui explique sans doute l'absence de publicité faite autour de cette efficacité préventive) et les effets secondaires consistent en des troubles digestifs.

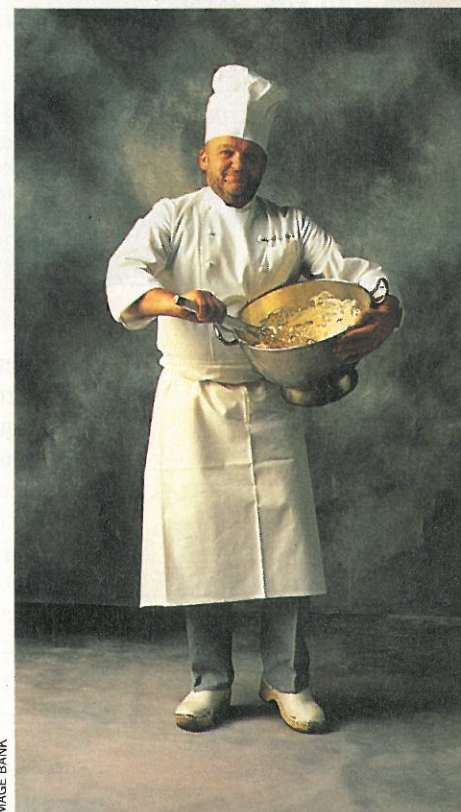


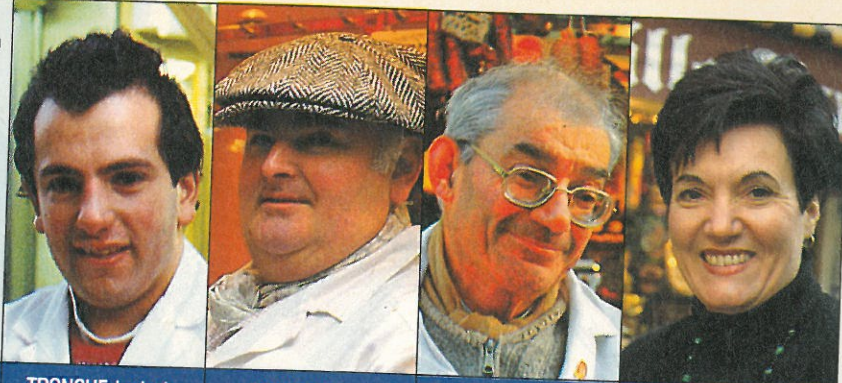
IMAGE BANK

Notre alimentation traditionnelle est associée à un taux d'infarctus parmi les plus bas du monde.



# Gagnant de la campagne anti-gras : l'aliment allégé

Rue de Buci, à Paris, la réponse des marchands de cholestérol



TRONCHE Ludovic  
crémier

SOUMY Pierre  
boucher

DIEN Paul  
charcutier

HERMAESSIERE Nicole  
pâtissière

<b>La vente de vos produits a-t-elle été affectée par les campagnes anticholestérol ? Avez-vous renoncé à en vendre certains ?</b>	Ça n'a pas ralenti la vente des fromages gras, mais il y a une forte demande pour les fromages maigres. Nous n'avons renoncé à aucun produit.	Oui, à chaque fois que les médias parlent du cholestérol, ça marque les gens qui font plus attention ! Nous n'avons pas renoncé à vendre certains produits. De toute façon, on évite de faire gras.	Les ventes sont normales. Dans les foies, les cervelles, il y a un apport de cholestérol, mais pour l'instant, on n'a pas renoncé à les vendre.	Non : les petits grands-pères viennent un peu moins. Un client qui a du cholestérol ne prend plus qu'un gâteau au lieu de deux. Or, il prend un financier (pur beurre et amandes), qui est petit, mais très riche !
<b>Vendez-vous des produits allégés ? Lesquels ?</b>	Tome de Savoie allégée, Gouda allégé.	Non, on n'est pas traiteur !	Non. On en a vendu : des saucisses allégées, avec des plantes. Ça n'a pas pris.	Non, on a toujours continué à faire « au beurre ». On nous a demandé des croissants avec « Fruit d'or » (margarine), mais on n'en a pas fait.
<b>Quels sont vos produits leader ?</b>	Gruyère, camembert, roquefort.	Les grillades, les rôtis, les plats à mijoter.	Le jambon, les produits artisanaux.	Gâteaux secs, macarons, spécialités.
<b>Mangez-vous gras ? Connaissez-vous votre taux de cholestérol ?</b>	Oui, normalement, sans produit allégé. Je ne connais pas mon taux de cholestérol.	Je mange le maigre des bêtes grasses. Le cholestérol, ça va, mais il y a autre chose qui ne va pas : le diabète.	Oui, je ne fais pas un drame du cholestérol. On m'a fait une prise de sang : je n'en ai pas un gramme.	Je mange surtout des produits frais. Mon taux de cholestérol, je ne le connais pas. J'ai une analyse à faire, mais je ne l'ai pas faite !

vent pour souligner les échecs des études menées sur les régimes ou les médicaments anti-cholestérol et mettre en doute le bien-fondé d'une levée de boucliers généralisée contre cette molécule. Mais il est trop tard. Un puissant lobby s'est mis en place, associant les industriels du médicament et ceux de l'aliment allégé. Le fabricant d'huiles alimentaires Lesieur et les laboratoires Fournier, notamment, s'associent dans une structure destinée à « informer le corps médical de l'évolution des connaissances sur les corps gras et le cholestérol ».

## Le Dr Knock est de retour

Le public a pour sa part totalement assimilé le message « anti-gras » véhiculé par les médias. Ce cliché va dans le sens du culte du corps (mince et ferme) et des nouvelles modes culinaires (« nouvelle cuisine »), mais surtout il répond à la peur d'une certaine mort : brutale, donc injuste, frappant des personnes dans la force de l'âge et contre laquelle on peut lutter (contrairement au cancer). Quant aux médecins, ils ont trouvé là une clientèle abondante, pour laquelle le temps passé à établir un diagnostic et à délivrer une ordonnance est réduit. Seuls les plus masochistes s'interrogent sur le bien-fondé de la campagne anti-cholestérol... mais il est bien difficile de lutter contre ce qui ressemble à un consensus national (même le Conseil national de l'alimentation s'est associé à cette croisade). La campagne prend une ampleur sans précédent : un quarteron de lipidologues, soutenu par les lobbies pharmaceutique et agro-alimentaire, court de conférence de presse en symposium (pseudo-congrès sponsorisé par un laboratoire pharmaceutique) pour prêcher la bonne parole. Des groupements de cardiologues et de lipidologues émettent des recommandations draconiennes qui transforment

•••  
vaut mieux avoir beaucoup de cholestérol avec beaucoup de HDL, que peu de cholestérol avec peu de HDL. Le pire étant, bien sûr, d'avoir peu de cholestérol avec beaucoup de LDL... Les chercheurs en sont actuellement à identifier des sous-fractions des HDL : il y aurait du « bon-bon » cholestérol et du « mauvais-bon » cholestérol ! Ces découvertes illustrent à quel point nous connaissons peu (et mal) les graisses sanguines. Pendant ce temps, les Français sont progressivement devenus les plus grands consommateurs

mondiaux de médicaments hypocholestérolémiant (anti-cholestérol), alors qu'ils présentent toujours un taux d'infarctus parmi les plus bas au monde. Il faut dire qu'un laboratoire français a mis sur le marché le fénofibrate (sous le nom de Lipanthyl) sans juger utile de prouver que son produit diminuait le risque cardio-vasculaire chez les patients qui l'utilisent. Il est permis de penser que la mésaventure du Lipavlon, dont la carrière a pâti des mauvais résultats de l'étude de l'OMS, n'est pas étrangère à cette stratégie commerciale. Pourtant, quelques voix s'élè-





# L'équation cholestérol élevé = infarctus est à prouver

## Que faire en pratique

● Vous êtes une femme : ne faites pas doser votre cholestérol et mangez ce qui vous plaît. Il semble en effet que les femmes soient naturellement protégées contre l'infarctus, car elles auraient un taux de « bon » cholestérol plus élevé.

● Vous avez plus de 65 ans et n'avez jamais souffert d'infarctus ou d'angine de poitrine : même attitude que pour les femmes.

● Vous êtes un homme entre 40 et 60 ans et souhaitez mourir d'autre chose que d'un infarctus : dosez votre cholestérol et faites le baisser s'il dépasse 2,60 g/l, par un régime adapté et des médicaments si nécessaire. Vous ne vivrez pas plus vieux pour autant. Si la cause de votre décès vous indiffère, mangez ce que vous voulez.

● Vous vous souciez de la santé de vos enfants : les bonnes habitudes alimentaires ne passent pas forcément par l'exclusion des rillettes ou des côtelettes d'agneau.



COMSTOCK

**Les femmes auraient un taux de « bon » cholestérol plus élevé.**

● N'oubliez pas que l'alimentation traditionnelle française est associée à un taux d'infarctus parmi les plus bas au monde. Il n'est donc pas urgent de modifier nos habitudes culinaires qui devraient plutôt servir de modèle aux autres pays.

● Il est trop tard, votre cholestérol est trop élevé : sachez tout de même que :  
— votre espérance de vie reste supérieure à celle d'un

sujet dont le cholestérol est bas, et est très légèrement inférieure à celle d'une personne dont le cholestérol est normal (2,30 g/l). Aucun régime ou médicament n'est susceptible d'augmenter votre espérance de vie ;  
— vous mourrez probablement d'autre chose que d'un infarctus.

● Vous avez déjà été victime d'un infarctus ou d'une angine de poitrine et votre taux de cholestérol est élevé : les données disponibles suggèrent un discret effet positif d'un régime ou de médicaments sur votre survie.

● Vous souffrez d'hypercholestérolémie familiale (un Français sur 500) : comme précédemment, un régime ou des médicaments peuvent vous aider. Mais l'intervention paraissant actuellement la plus performante consiste à manger du poisson deux fois par semaine au minimum, de préférence gras (sardine, maquereau, saumon).  
D. D.

● ● ●  
la moitié des Français en sujets à risque dont l'état justifie un régime ou un traitement médicamenteux. Le Dr Knock est de retour...

Au début des années 90, les « marchands de mauvais gras » décident de réagir. Les ventes de beurre, de crème, de fromage se ressentent durement de la campagne anti-graisse. Le Centre interprofessionnel de documentation et d'information laitière (Cidil) commence par s'associer avec l'Institut national pour la santé et la recherche médicale (Inserm) et l'Union nationale des associations de formation médicale continue (Unaformec). Fort de cette solide caution scientifique, des actions de contre-in-

formation sont menées : édition d'une brochure destinée aux médecins, reprenant les doutes et les interrogations qui circulent depuis quarante ans.

### Le gras enfin réhabilité

Le Cidil s'associe ensuite à la Mutualité française pour mettre en œuvre une « conférence de consensus » à l'américaine. Il s'agit d'un véritable jury formé de médecins, de sociologues, de journalistes, qui doit répondre à des questions précises, comme un jury de cour d'assises. Ce jury auditionne des experts qui précisent les données scientifiques disponibles, mais il rend son verdict en toute souveraineté. La qualité de ce jury le rend peu suspect de compro-

mission avec les sponsors de la conférence.

Comme l'on pouvait s'y attendre, les conclusions de ce jury sont extrêmement nuancées. Elles comportent d'ailleurs autant de questions et de propositions d'axes de recherche que de réponses.

Malgré la prudence adoptée par le jury, les conclusions de la conférence sont vivement attaquées par les évangélistes, qui acceptent mal de voir le dogme remis en cause.

### La paix pour les bien-portants

Devant le peu de résultat de sa contre-campagne, le lobby laitier intensifie aujourd'hui son effort d'information auprès du corps médical. Il soutient notamment le Centre de recherches et d'informations nutritionnelles (Cerin) dont les délégués rencontrent individuellement les médecins, pour tenter de contrer l'argumentation alarmiste distillée par les représentants de l'industrie pharmaceutique.

Les enjeux de cette bataille rangée sont de taille : le seul marché du dépistage et du traitement médicamenteux de l'hypercholestérolémie représente actuellement en France trois milliards de francs. Celui de l'aliment allégé croît rapidement et est difficilement chiffrable. Il est peu probable que l'état d'esprit des médecins et du public change radicalement dans un avenir proche.

Mais comme toute hypothèse érigée en dogme, la diabolisation des graisses animales finira probablement dans les oubliettes de l'histoire médicale. Il faudra attendre pour cela que notre compréhension des mécanismes intimes de l'artériosclérose progresse, et que les sujets présentant un réel risque d'infarctus puissent être identifiés avec précision. Ce qui permettra, enfin, aux autres de manger ce qu'ils voudront sans arrière-pensée.

Dominique DUPAGNE