

Réponse du Pr F. Mach

Je suis intéressé de constater que, pour un ancien psychiatre de l'Hôpital de Monthey, le sujet cardiologique du traitement des dyslipidémies par les statines vous passionne. Au point que vous preniez de votre temps précieux pour écrire aux lecteurs de la *Revue Médicale Suisse*. Il est vrai que vous n'en êtes pas à votre premier essai à ce sujet.¹

Pour en venir aux faits

Concernant la thématique des conflits d'intérêts: notez le «cet» dans la phrase «aucun conflit d'intérêts avec cet article». Il me semble important que les conflits d'intérêts soient déclarés à bon escient et non comme formule magique à but prophylactique. Comme les trois autres coauteurs de cet article, je déclare toujours mes conflits d'intérêts. Dans ce cas précis, écrire un éditorial sur des études auxquelles on n'a aucunement contribué n'implique pas de conflits d'intérêts. Pensez plutôt à remercier toutes les personnes que vous diffamez d'avoir si diligemment publié leurs conflits d'intérêts lorsqu'il y a eu lieu de le faire, sans quoi vous n'auriez pas pu remplir tant de lignes de noms de firmes qui, soit dit en passant, vous remercient certainement pour la publicité gratuite. Par ailleurs, je constate que vous avez choisi de publier vos textes accusateurs sur la relation médecine-industrie pharmaceutique dans la *Revue Médicale Suisse*, journal largement sponsorisé par la publicité de ces mêmes firmes pharmaceutiques.

Deuxièmement, le prix Pfizer: sachez que le Prix Pfizer m'a été attribué en 2007 pour des travaux de recherche fondamentale publiés dans le journal *Nature*. Ces travaux n'ont été financés par aucune firme pharmaceutique ni institution à but lucratif, à moins que vous ne considériez aussi le FNS ou la Communauté européenne comme des institutions achetées. D'après votre raisonnement, Mère Teresa aurait cautionné les atrocités causées par la TNT en acceptant le prix Nobel de la paix en 1979. Cher Docteur, lorsque vous prenez le bus dans la Riviera vaudoise, pensez-vous cautionner les différentes publicités qui colorient celui-ci? publicités qui, parfois, proviennent de ces

mêmes firmes pharmaceutiques...

Troisièmement, le cholestérol: «En vérité, les convictions sont plus dangereuses que les mensonges» (Friedrich Nietzsche). Prenez la peine de venir assister à l'une de mes conférences sur les dyslipidémies; vous y apprendrez que notre corps est fait en grande partie de cholestérol, que cette substance est vitale pour notre organisme et que ce n'est pas un poison. Cependant, lorsque ce cholestérol circule en trop grande quantité dans nos artères, il est responsable, en partie, de la genèse des plaques d'athérosclérose et de leurs conséquences, infarctus et/ou AVC. On ne peut, sur la base de nos connaissances actuelles, nier cette évidence. Les études épidémiologiques (non sponsorisées par l'industrie pharmaceutique) ont très bien démontré que le cholestérol est l'un des facteurs de risque cardiovasculaires (voir par exemple l'étude Interheart).² De plus, des études génétiques (non sponsorisées par l'industrie pharmaceutique) ont démontré récemment de manière très élégante que la diminution du taux sanguin de cholestérol (secondaire à une mutation naturelle sur le gène *PCSK9* ou *NPC1L1*) était corrélée à une diminution des événements cardiovasculaires.^{3,4} Concernant le traitement de l'hypercholestérolémie par statine, les registres nationaux (non financés par l'industrie) démontrent que ces molécules diminuent de manière très significative le risque d'événements CV, y compris la mortalité chez les patients à haut risque.⁵ De plus, d'autres registres plus récents (toujours non sponsorisés par l'industrie) ont très clairement démontré que l'arrêt d'un traitement de statines, par conviction personnelle ou désinformation, induit un risque de récurrence d'événement CV très élevé.⁶

Concernant vos affirmations au sujet des Drs Evin et De Lorgeril: dans le livre du Dr Evin, contrairement à bon nombre de médicaments, les statines ne sont pas mentionnées comme inutiles ou à proscrire. Quant au Dr De Lorgeril, il écrivait en 1999 «les études épidémiologiques ont démontré de manière consistante une corrélation positive entre le taux de cholestérol plasmatique et l'incidence de morbidité et mortalité cardiovasculaires, et ceci dans plusieurs

populations». Je vous fais également remarquer que la fameuse étude du Dr De Lorgeril «Effect of a Mediterranean type diet on rate of CV complications...»⁷ était sponsorisée par plusieurs géants pharmaceutiques.

Pour terminer, la forme de votre courrier se caractérise par un ton agressif et polémique, et d'un vocabulaire digne des journaux de boulevard («relations incestueuses avec l'industrie» (!); «experts biberonnés au sein des firmes» (!!!)). Je ne peux attribuer ceci qu'à une missive rédigée dans l'émotion et la hâte. Quant au fond, il démontre un navrant manque de connaissances en la matière.

Je vous recommande dorénavant d'éviter des réactions exacerbées et émotionnelles que semble susciter en vous la thématique des statines. La sérénité et une démarche respectueuse sont indispensables pour juger des faits avec impartialité et peser les divers intérêts en jeu.

«Quand on s'indigne, il convient de se demander si l'on est digne».

L'Abbé Pierre

Pr François Mach

Chef de Service de cardiologie
HUG, 1211 Genève 14
francois.mach@hcuge.ch

- 1 Janin A. Comment présenter à un patient l'efficacité d'un traitement? *Rev Med Suisse* 2010;6:474.
- 2 Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364:937-52.
- 3 Cohen JC, Boerwinkle E, Mosley TH, Hobbs HH. Sequence variations in PCSK9, low LDL, and protection against coronary heart disease. *New Engl J Med* 2006;354:1264-72.
- 4 Myocardial Infarction Genetics Consortium Investigators, Stitzel NO, Won HH, Morrison AC, et al. Inactivating mutations in NPC1L1 and protection from coronary heart disease. *New Engl J Med* 2014;371:2072-82.
- 5 Stenestrand U, Wallentin L, Swedish Register of Cardiac Intensive Care (RIKS-HIA). Early statin treatment following acute myocardial infarction and 1-year survival. *JAMA* 2001;285:430-6.
- 6 Rasmussen JN1, Chong A, Alter DA. Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. *JAMA* 2007;297:177-86.
- 7 De Lorgeril M, Salen P, Martin JL, et al. Effect of a mediterranean type of diet on the rate of cardiovascular complications in patients with coronary artery disease. Insights into the cardioprotective effect of certain nutrients. *JACC* 1996;28:1103-8.