

JÉRÉMY ANSO

Préface de Thierry Souccar et Isabelle Robard

# SANTÉ, MENSONGES et (toujours) PROPAGANDE

**Ces fausses vérités  
qui nuisent gravement  
à votre santé**

THIERRY  
SOUCCAR



ÉDITIONS

# Sommaire

<b>Préface</b>	5
<b>Par Thierry Souccar et Isabelle Robard</b>	

## PREMIÈRE PARTIE

### **Cinquante ans de conseils nutritionnels erronés**

1• Surpoids, obésité, diabète : le fiasco des conseils nutritionnels officiels	23
2• Des patients diabétiques... et qui le restent	57
3• Graisses saturées : histoire d'une cabale	71

## DEUXIÈME PARTIE

### **Comment l'industrie agroalimentaire nous roule dans la farine**

4• Comment <i>Big Food</i> tisse sa toile	93
5• Comment les chocolatiers nous ont fait chocolat	129
6• Les produits laitiers ne protègent (toujours) pas des fractures	145

## TROISIÈME PARTIE

### **Comment l'industrie pharmaceutique nous fait avaler la pilule**

7• Nouveaux traitements du cancer : la grande supercherie	161
8• Cancer de la prostate : à qui profite le dépistage ?	181
9• Médicaments contre Alzheimer : une addition à 1 milliard d'euros	213
10• Le scandale des stents de l'angine de poitrine stable	231

<b>Épilogue</b>	
<b>L'expertise sous influence</b>	245

# Préface

Par Thierry Souccar et Isabelle Robard

En avril 2004, au terme d'une enquête de trois ans, paraissait aux Éditions du Seuil notre livre *Santé, mensonges et propagande*, attendu à la fois par la presse, les agences de santé publique, le ministère de la Santé et même les Renseignements généraux, inquiets des révélations qui auraient pu toucher le pouvoir et qui tentèrent (en vain) jusqu'à sa parution d'obtenir de l'éditeur des épreuves de lecture !

Le livre n'éclaboussait aucun des personnages politiques de l'époque (d'où l'inquiétude infondée des Renseignements généraux), mais ces révélations n'en étaient pas moins gênantes pour la manière dont notre pays traitait la santé publique. Pour la première fois étaient détaillées les pratiques des industries agroalimentaire et pharmaceutique pour façonner les conseils sanitaires et maximiser les ventes : études biaisées, dévoyées ou passées sous silence, médecins et scientifiques « sponsorisés », agences sanitaires sous influence, conseils officiels plus proches des slogans des industriels que des données de la science.

Quatorze ans après, qu'est-ce qui a changé ? C'est ce qu'a cherché à savoir Jérémy Anso avec ce nouveau volet qui s'est attaché à décrire plusieurs situations emblématiques de l'état de la santé publique.

Nous avons prédit lors d'une conférence-débat qui s'est tenue à l'Assemblée nationale peu après la sortie de notre livre, qu'aucun

des objectifs de réduction de l'obésité et du diabète fixés trois ans plus tôt par le Programme national nutrition santé (PNNS) ne serait tenu.

La faute à des recommandations désuètes, largement inspirées par des considérations culturelles et économiques, et formulées par des experts dont la carrière devait parfois aux liens tissés avec les industriels.

Le bilan dressé par Jérémy Anso sur les évolutions du surpoids, de l'obésité et du diabète en France est sans appel et confirme malheureusement nos tristes prédictions : alors que les autorités sanitaires pensaient que le PNNS permettrait d'en enrayer la progression, c'est le contraire qui s'est produit et Jérémy Anso en expose les raisons probables.

Pourtant, malgré leur échec flagrant, ces politiques nutritionnelles sont reconduites depuis 2001 sans la moindre remise en cause, et avec elles, leurs principaux acteurs.

## **DES PRATIQUES MÉDICALES POLLUÉES**

Chacun va aussi pouvoir constater avec ce livre, à quel point la santé publique reste l'otage d'intérêts qui lui sont étrangers, malgré de nets progrès de transparence.

Car certes des progrès ont été réalisés depuis 2004, qui sont la conséquence des scandales sanitaires que nous pressentions (ils se sont vérifiés avec les affaires du Vioxx et du Mediator).

Ainsi, lorsqu'en 2003 nous avons demandé à l'agence sanitaire des aliments (Afssa, aujourd'hui Anses) de nous fournir les déclarations d'intérêt des experts qu'elle employait, un service de presse abasourdi nous avait répondu qu'une telle demande n'avait jamais été faite ; et il avait fallu à Isabelle près de six mois et plusieurs relances pour les obtenir. Aujourd'hui, les déclarations d'intérêt sont

disponibles sur Internet. Mais elles ne sont pas toujours à jour ni toujours correctement remplies.

L'enquête de Jérémy Anso montre que, malgré les mesures prises pour en limiter l'influence, les liens étroits entre experts et laboratoires pharmaceutiques ou firmes de l'agroalimentaire continuent de polluer les pratiques médicales.

L'exemple du dépistage du cancer de la prostate, dont l'histoire est racontée pour la première fois ici, est révélatrice de ces dérives : un test imparfait – le dosage du PSA – imaginé à l'origine pour suivre l'évolution des tumeurs chez des patients, est devenu en quelques années, sous la pression des sociétés d'urologie et des laboratoires pharmaceutiques, un test de routine censé identifier les cancers à traiter avant qu'ils ne mettent la vie du patient en danger. Sauf que, comme on va le lire, rien n'a marché comme prévu.

L'histoire du dépistage du cancer de la prostate est emblématique d'une forme de dérive médicale, qui consiste à vouloir multiplier des examens ou des procédures auprès d'une population en bonne santé, hors critères cliniques. Comme l'écrit le Pr Claude Béraud dans *Trop de médecine, trop peu de soins*, lorsqu'une personne de 50 ans en parfaite santé apparente, qui se nourrit bien, ne fume pas, boit modérément de l'alcool et exerce régulièrement une activité physique – entre dans le système de soins, « *le risque d'en sortir malade est probablement supérieur aux bénéfices qu'elle escompte de sa démarche.* »

En d'autres termes, et contrairement à ce que dicterait la logique et ce que croient dur comme fer soignants et patients, la multiplication des check-up, dépistages, imageries en tous genres chez des personnes sans symptôme, n'améliore probablement ni l'espérance ni la qualité de vie. Et elle pourrait même bien les dégrader !

## **DES CHECK-UP MAJORITAIREMENT INUTILES ET POTENTIELLEMENT RISQUÉS**

Selon le Pr Claude Béraud, qui en a dressé l'inventaire, l'État propose actuellement 53 examens tout au long de la vie : depuis les examens prénatals, postnatals, en passant par les bilans de santé pour les enfants, adolescents et étudiants, les examens bucco-dentaires de prévention, les consultations prénuptiales, les consultations pour les personnes de plus de 70 ans, etc. « *Ces bilans, trop nombreux pour être tous réalisés, écrit-il, ne sont jamais évalués. À l'évidence, leur utilité est aléatoire, comme le signale le Haut Conseil de la santé publique.* »

De fait, des études internationales ont voulu savoir si les check-up, lorsqu'ils concernent une population réputée en bonne santé sauvent des vies. L'une des plus rigoureuses a été conduite en 2014 par le groupe Cochrane ; elle incluait les résultats de 14 essais portant sur 182 880 personnes et s'intéressait à la mortalité totale, la mortalité cardio-vasculaire et la mortalité par cancers. Résultats : pas de différence de mortalité selon qu'on se soumet ou pas à un check-up régulier, et des effets indésirables potentiels (surtraitements) dont les auteurs n'ont pu évaluer l'ampleur<sup>1</sup>. Il est cependant possible que des actions plus ciblées, par exemple la recherche d'hypertension chez des personnes obèses ou qui souffrent d'apnée du sommeil donne de bons résultats.

## **LE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DES CANCERS SAUVE-T-IL DES VIES ?**

Le cancer de la prostate, évoqué plus haut, n'est pas le seul que les sociétés savantes ou l'État (dans le cas du cancer du sein), veulent identifier le plus tôt possible pour le traiter le cas échéant.

Malheureusement, si, dans les faits, certains de ces dépistages conduisent à une diminution de la mortalité spécifique – celle due au cancer que l'on cherche à identifier –, il n'y a pas de preuves, comme le montre de manière éclatante un article remarquable publié en 2016 dans le *British Medical Journal* par Vinay Prasad, Jeanne Lenzer et David Newman, que le dépistage systématique des cancers réduit la mortalité totale<sup>2</sup>.

Par exemple, la recherche de saignement occulte dans les selles conduit à une baisse des décès par cancer du côlon dans le groupe des personnes dépistées, par rapport à celles qui ne le sont pas. Mais on constate en même temps plus de décès liés à d'autres causes, probablement parce que le dépistage entraîne des actes et des traitements qui font peser d'autres risques sur la santé. Au final, on ne voit donc pas de différence de mortalité entre les personnes dépistées et les autres.

Le dépistage systématique du cancer du sein par mammographie est lui aussi controversé. Pourtant, l'objectif de la mammographie obéit à une logique qu'il paraît difficile de prendre en défaut : identifier les cancers localisés avant qu'ils ne métastasent à des sites distants. En effet, alors que les tumeurs localisées peuvent être guéries en associant chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie, les cancers avancés dont les cellules cancéreuses se sont propagées à d'autres parties du corps, sont souvent fatals ; plus de 11 000 femmes décèdent chaque année en France de ce cancer.

En 2016, les experts américains indépendants de l'US Preventive Services Task Force (USPSTF) ont publié leurs propres conclusions. Selon eux, le dépistage systématique conduit à une diminution de la mortalité spécifique due au cancer du sein mais ils relèvent aussi que le dépistage conduit à des conséquences graves pour les femmes, sous la forme de faux positifs et de surdiagnostic, c'est-à-dire des cancers indolents détectés et traités, mais qui n'auraient pas mis la santé de la patiente en péril. De plus, l'USPSTF n'a pu trouver de bénéfice du dépistage sur la survie globale<sup>3</sup>. Un an plus tôt, le Swiss Medical Board, un organisme

suisse indépendant, avait de son côté jugé que les effets indésirables du dépistage systématique (surdiagnostic et surtraitement) l'emportent sur ses bénéfices, et qu'il ne devrait donc pas être conseillé<sup>4</sup>.

Pour Cancer Rose, le groupe français de médecins indépendants qui ne ménage pas ses efforts pour que les femmes bénéficient d'une information réellement objective, « *le dépistage révèle de nombreuses tumeurs du sein qui n'auraient jamais rendu les femmes malades. Mais une fois détectées, impossible de les distinguer des "vrais" cancers évolutifs ; alors on traite toutes les femmes. Il ne sert à rien de découvrir des tumeurs qui sont sans danger pour la vie de la femme. Les tumeurs agressives sont mal détectées par le dépistage et restent dangereuses.* » Conclusion : « *Sans symptôme, il n'est pas certain que la mammographie vous rende service.* »

Ces incertitudes s'étendent aux initiatives qui émanent de syndicats de médecins ou de sociétés savantes. Chaque année au printemps, le Syndicat national des dermato-vénérologues français organise un dépistage gratuit des cancers de la peau, en particulier le plus dangereux, le mélanome.

L'US Preventive Services Task Force s'est demandée si ces opérations de dépistage de masse sont utiles. Elle conclut que les données scientifiques disponibles « *ne permettent pas de conclure de manière fiable que la détection précoce du cancer de la peau grâce à un examen visuel par un clinicien réduit la morbidité ou la mortalité* ». L'USPSTF ajoute qu'il existe des preuves adéquates que l'examen de la peau par un clinicien a des conséquences néfastes qui sont a minima mineures, les données disponibles ne permettant pas de dire le niveau de gravité qu'elles peuvent atteindre. Parmi les conséquences délétères possibles : erreur de diagnostic, surdiagnostic et effets indésirables qui résultent des biopsies et du surtraitement. Conclusion : si vous n'avez ni symptômes, ni antécédents de lésions précancéreuses ou malignes de la peau, ni antécédent héréditaire particulier, il n'est pas certain qu'une visite préventive chez le dermatologue vous soit bénéfique.



## COMMENT ON FABRIQUE DE NOUVELLES MALADIES

Le cancer est hélas une maladie réelle, mais au cours de ces dernières années, on a vu les définitions de plusieurs maladies devenir très élastiques. Ce fut le cas de l'hypertension en 2017, avec les nouvelles directives de l'American Heart Association. On considérait jusqu'alors qu'une personne souffrait d'hypertension (stade 1) lorsque sa pression artérielle systolique dépassait 140 mm, et sa pression diastolique 90 mm (« 14/9 »). Depuis novembre 2017, le corps médical est invité à traiter (par des mesures diététiques ou des médicaments) les personnes dont la pression artérielle est supérieure à 130/80.

Des changements similaires ont affecté les critères de cholestérol élevé et de diabète. Dans la foulée, on a même vu apparaître un "prédiabète" dont on commence à entendre dire dans les congrès médicaux qu'il faudrait le traiter, y compris de manière agressive.

Ces évolutions sont le résultat de logiques suivies par des laboratoires pharmaceutiques, sociétés savantes et associations de patients qui, pour des raisons variées mais convergentes, travaillent à repousser les limites fixant les états pathologiques. Le résultat, c'est que des médicaments sont de plus en plus souvent proposés à des bien-portants. « *Les réunions au cours desquelles ces troubles sont définis et étendus sont toutes financées par des laboratoires* », explique le journaliste scientifique australien Ray Moynihan, auteur de *Selling Disease: How Drug Companies are Turning Us All into Patients*.

Exemple avec l'ostéoporose. Chaque année en France, on compte environ 40 000 fractures du poignet, 60 à 70 000 fractures des vertèbres et 50 000 fractures du col du fémur chez les plus de 50 ans. La fracture du col du fémur n'est pas un mince événement : 20 % des victimes décèdent de ses complications au cours de l'année suivante et 50 % en gardent un handicap définitif. Finalement, seules 30 % des personnes touchées retrouvent leur autonomie.

Dans son livre *Le mythe de l'ostéoporose* (qui a inspiré en 2017 un documentaire d'Enquête de santé sur France 5), Thierry Souccar a raconté comment les critères diagnostiques de cette fragilisation du squelette (le plus souvent liée à l'âge), qui allaient aboutir au dépistage et au traitement de millions de femmes, ont été définis en 1992 lors d'une réunion d'experts à Rome, présentés comme « *un groupe de travail de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)* » (en réalité, parmi les seize chercheurs et médecins participant à cette rencontre, un seul appartenait à l'OMS).

Sur les quinze chercheurs et médecins qui participaient activement à la réunion de juin 1992 et ont formulé les recommandations, treize étaient membres de sociétés savantes financées par l'industrie pharmaceutique. Tous sauf un étaient, à titre personnel, liés à l'industrie pharmaceutique, et certains avaient de surcroît des liens avec l'industrie laitière.

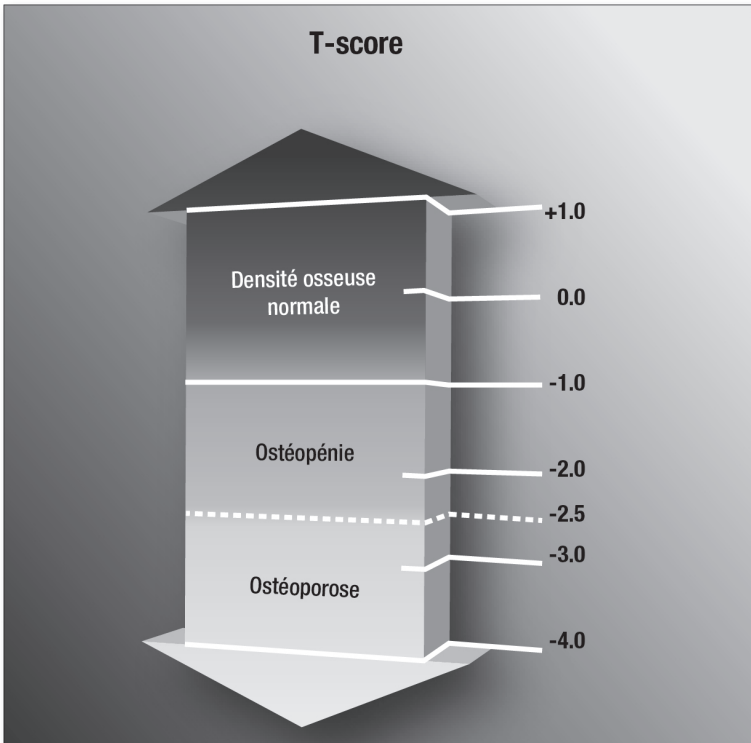
Enfin, la réunion de Rome était financée par les laboratoires Rorer, Sandoz et Smith-Kline Beecham.

Les experts de Rome s'accordaient pour placer la mesure de la densité osseuse au centre du diagnostic. Mais à quel niveau ?

Comme la densité osseuse diminue chez la plupart des hommes et des femmes au fur et à mesure qu'ils vieillissent, comment distinguer une perte osseuse normale sans conséquence d'une perte pathologique, qui peut conduire à une fracture ?

Anna Tosteson, qui assistait à cette réunion et qui est aujourd'hui professeur de médecine à l'École de médecine de Dartmouth raconte que pendant deux jours les experts ont retourné le problème dans tous les sens en se demandant où il fallait tracer la ligne entre le normal et le pathologique. « *Finally*, dit-elle, *on en est arrivé à la conclusion qu'il fallait bien mettre cette ligne quelque part. On était en juin, il faisait très chaud dans cette salle, tout le monde était en bras de chemise et il fallait avancer. Franchement je ne sais plus qui s'est levé, a dessiné un schéma et a dit "Bon, on n'a qu'à faire ça".* »

## LE SCHÉMA DESSINÉ PENDANT LE CONGRÈS DE ROME



C'est ainsi qu'il a été décidé que toutes les femmes dont le T-score est inférieur à 2,5 seraient ostéoporotiques.

Une question s'est aussitôt posée : comment caractériser les femmes qui sont juste en-dessous de la ligne ? Le Pr Tosteson raconte qu'il a été aussitôt décidé d'introduire le concept d'ostéopénie. Pas vraiment malade, pas vraiment en bonne santé. Anna Tosteson : « Cette nouvelle catégorie a été créée parce qu'on pensait qu'elle serait utile aux épidémiologistes, qui aiment bien classer les patients. Personne n'imaginait à ce moment, dit Tosteson, que l'ostéopénie était une maladie qui devait être traitée ! »

C'est pourtant bien ce qui s'est passé.

Voilà pourquoi l'ostéoporose est aujourd'hui définie en comparant la densité osseuse d'un patient à la moyenne de la valeur observée chez un adulte jeune du même sexe. Si votre densité osseuse mesurée s'écarte fortement de la densité moyenne d'un adulte jeune, le médecin vous annonce que vous avez de l'ostéoporose.

Mais si votre densité osseuse s'écarte modérément de celle d'un adulte jeune, autrement dit si votre densité osseuse est un peu plus basse que celle d'une personne plus jeune, vous avez de l'ostéopénie. L'ostéopénie, une maladie totalement créée lors de la réunion de Rome.

Si l'ostéoporose est une réalité, l'industrie pharmaceutique et l'industrie agro-alimentaire (et les médecins qui travaillent pour l'une ou l'autre) ont tiré profit de la réunion de Rome pour en faire un épouvantail à bon compte. Cette campagne de promotion basée sur la peur assure à tout le monde des revenus confortables :

- Les cabinets de radiodiagnostic ont multiplié les examens de densitométrie osseuse, dont le caractère prédictif est pourtant douteux.
- Quant aux laboratoires pharmaceutiques, ils vendent des médicaments contre l'ostéoporose aux effets limités et controversés.
- D'autres laboratoires écoulent des millions de comprimés de calcium. La plupart ne servent à rien, et leur usage a été associé à des risques pour la santé dans certaines études.

Et bien sûr, les sociétés de l'agrobusiness ont écoulé leurs laitages et leurs eaux minérales riches en calcium, censés être l'arme absolue contre les fractures.

Dans le chapitre qu'il consacre aux laitages censés prévenir l'ostéoporose, Jérémy Anso montre comment l'industrie laitière, avec la bénédiction des pouvoirs publics, a (presque) réussi à imposer la fable selon laquelle il faudrait consommer 3 à 4 portions de produits laitiers du berceau au cercueil pour se prémunir contre les fractures.

## NE PLUS AVALER N'IMPORTE QUOI

Après la parution de *Santé mensonges et propagande* en 2004, nous avons été contactés par les services du président Jacques Chirac qui avait lu avec intérêt notre ouvrage et pensait qu'une réflexion consensuelle sur la place et le rôle de l'expertise s'imposait. Il appelait aussi de ses vœux un consensus sur les recommandations nutritionnelles officielles, dont nous avons montré dans notre livre qu'elles s'écartaient trop souvent des constats dressés par des scientifiques indépendants.

C'est ce consensus que nous avons, à la demande officieuse de Jacques Chirac, recherché à la fois auprès de chercheurs indépendants de premier plan, comme le Pr Walter Willett de l'École de santé publique de Harvard, et de ceux qui étaient en charge des politiques de santé publique en France, tels le directeur de l'Agence sanitaire des aliments (Afssa). Le Pr Willett, qui avait soutenu la publication de *Santé, Mensonges et Propagande*, dont il trouvait le sujet « extrêmement important », accepta le principe d'une grande table ronde internationale sur les recommandations nutritionnelles qui se serait tenue à Paris. Mais le peu d'enthousiasme des acteurs français fit capoter le projet, qui aurait peut-être changé en bien l'évolution de la santé publique non seulement en France mais dans d'autres pays.

Les questions soulevées par Isabelle Robard sur l'indépendance des experts nous ont conduits à adresser un courrier à la ministre de la Santé dans une lettre datée de septembre 2008. Nous sollicitons un rendez-vous en vue d'exposer l'« impossibilité concrète d'applicabilité » de la loi sur la transparence de l'information médicale. Notre demande ne recevra aucune réponse.

Quoiqu'il en soit, aujourd'hui, quatorze ans après, il faut reconnaître que la loi n'a cessé d'évoluer dans le bon sens, tenant compte de plus en plus de la problématique des conflits d'intérêts,

de la transparence due aux Français en matière de santé et de l'indépendance des professions médicales et paramédicales.

En effet, au-delà de la loi *stricto sensu*, les professions de santé sont dotées d'un code de déontologie. Tous les codes de déontologie, que ce soit pour les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes ou les professions paramédicales comme les kinésithérapeutes, exposent le même principe de base :

« Le médecin », « le chirurgien-dentiste », « le masseur-kinésithérapeute » : « *ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* ».

C'est ainsi qu'à l'appui de cette règle déontologique, on lit dans les commentaires produits par le Conseil national de l'Ordre des kinésithérapeutes à propos des liens d'intérêts :

« *Le principe d'indépendance professionnelle s'applique au masseur-kinésithérapeute, quel que soit son statut et son mode d'exercice.* »

Afin de garantir l'indépendance professionnelle qui est un des pivots de l'art médical en France, mais également afin d'assurer une transparence et loyauté de l'information vis-à-vis des patients et des consommateurs et, ainsi, permettre une meilleure prévention des conflits d'intérêts, trois dispositifs juridiques ont été mis en place en France.

**En premier lieu**, la gestion des déclarations publiques d'intérêts obligatoires pour tout expert, scientifique ou professionnel de santé qui siège dans les agences gouvernementales liées à la santé, dans des commissions, auprès des ministères etc... et qui est chargé d'émettre un avis. Cette obligation mise en place de façon novatrice par Didier Tabuteau premier président de l'Agence du médicament, sera rendue obligatoire en 1998, puis généralisée à d'autres contextes. Elle s'applique aussi bien pour les médicaments que pour les secteurs de la nutrition. Depuis, une loi de décembre 2011 a complété ce

processus par des règles visant à renforcer la transparence comme la mise en place d'une charte de l'expertise sanitaire ou la publicité des séances des commissions, conseils et instances collégiales d'expertise mentionnée avec un enregistrement.

Sur ce dernier point, parmi l'ensemble des réformes que nous proposons en 2004, nous écrivions :

*« Pour garantir une totale transparence et une parfaite objectivité, et ainsi permettre un **“droit de savoir” des consommateurs**, les réunions pourraient être totalement enregistrées... »* Dont acte, c'est désormais chose faite !

Nous ajoutions : *« Cela permettrait de tenir compte de toutes les subtilités des débats et des avis minoritaires que les consommateurs et les ministères ont le droit de connaître »*. C'est désormais également fait puisque la loi de 2011 prévoit en plus des enregistrements et de leur archivage, l'accès aux comptes rendus devant faire apparaître les opinions minoritaires<sup>5</sup>.

**En second lieu**, le dispositif « anticadeaux » déjà âgé de 25 ans qui a pour but de contrôler les pratiques consistant à octroyer des avantages aux professionnels de santé. Il a été récemment modernisé en élargissant ses objectifs à presque tous les médicaments et produits de santé sous contrôle de l'Ansm (Agence nationale de sécurité du médicament), remboursés ou non, ainsi qu'aux plantes et huiles essentielles. Chose nouvelle, il a été élargi à de nouvelles professions comme les ostéopathes, chiropracteurs et psychothérapeutes.

Les sanctions sont dissuasives : 75 000 euros d'amende, un an d'emprisonnement et cinq ans d'interdiction d'exercer.

**En troisième lieu**, depuis 2002, la loi prévoit que tous les professionnels de santé qui entretiennent des liens avec des entreprises exploitant des produits de santé doivent déclarer ces liens au public lorsqu'ils s'expriment verbalement ou par écrit sur lesdits produits

lors d'une manifestation publique, d'un enseignement universitaire ou lors d'une action de formation continue ou d'éducation thérapeutique. Des sanctions disciplinaires sont encourues en cas de violation.

Pour autant, **ces deux dernières règles ne s'appliquent qu'à l'industrie pharmaceutique.** Y échappent donc toutes les relations avec des entreprises exploitant des produits alimentaires qu'il s'agisse d'aliments bruts ou transformés, d'aliments enrichis, mais aussi de produits diététiques, de compléments alimentaires, ou encore de nouveaux ingrédients alimentaires etc. Ce qui veut dire concrètement, que le professionnel de santé peut ne pas les évoquer. La communication pourra donc se trouver biaisée car le public pourra être tenu dans l'ignorance totale de liens éventuels.

Pourtant la France reconnaît aux produits alimentaires un rôle en termes de santé.

En 2010, une nutrivigilance a été créée dans le code de la santé publique (expérience unique en Europe) concernant les produits nutritionnels en permettant de déclarer leurs effets indésirables par l'intermédiaire des professionnels de santé. La responsabilité de son suivi a été confiée à l'Anses (l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation).

Après avoir été condamnée par la Cour de Justice de l'Union européenne en 2005, la France a adopté son décret de 2006 pour légaliser les compléments alimentaires qui autrefois donnaient lieu à de nombreuses poursuites pénales pour exercice illégal de la médecine.

## **NOUS DEMANDONS UNE EXTENSION DES RÈGLES AU SECTEUR AGROALIMENTAIRE.**

L'heure est venue de rendre obligatoire pour les professions de santé, la loi anticadeaux et la transparence de la communication dans le secteur agroalimentaire. Il suffit d'insérer les aliments et produits



nutritionnels au Code de la santé publique puisque ceux-ci ont déjà été intégrés avec le système de nutrivigilance. Une telle réforme pourrait également être intégrée au code de la consommation puisque ce sont les services des Fraudes qui ont la responsabilité des produits nutritionnels (enregistrements et contrôles).

En bref, une telle réforme est techniquement faisable et sans grands bouleversements.

La France devra là encore se remettre en question et faire évoluer le droit pour que tout le secteur de l'alimentation et la nutrition soit également soumis à une déontologie au nom de la transparence due aux Français car la santé reste le bien le plus précieux de l'Homme que nul intérêt économique ne saurait asservir.

THIERRY SOUCCAR ET ISABELLE ROBARD, OCTOBRE 2018.

# Notes

- 1 Krogsboll L.T., et al. (2012). General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10. Art. No.: CD009009.
- 2 Prasad V., et al. (2016). Why cancer screening has never been shown to “save lives”--and what we can do about it. *BMJ*. Jan 6;352:h6080.
- 3 Nelson, H.D., et al. (2016). Screening for Breast Cancer: A Systematic Review to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Evidence Synthesis* No. 124. (AHRQ Publication No. 14-05201-EF-1) Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
- 4 Biller-Andorno, N. et al. (2014). Abolishing mammography screening programs? A view from the Swiss Medical Board. *N Engl J Med.* ; 370: 1965–1967.
- 5 Article L 1451-1-1 Code de la santé publique « l'établissement de procès-verbaux comportant l'ordre du jour, le compte rendu des débats, le détail et les explications des votes, y compris les opinions minoritaires, et la diffusion gratuite en ligne de ces procès-verbaux sur les sites internet du ministère de la santé ou des autorités, établissements ou organismes mentionnés au premier alinéa. »

# Arrêtons d'avaler n'importe quoi !

Les recommandations nutritionnelles et médicales sont-elles toutes en accord avec la science ? Non, montre de manière éclatante Jérémy Anso : bon nombre d'entre elles, devenues vérités premières, peuvent même nuire à votre santé. Surtout quand elles sont dictées par les lobbies pharmaceutique et agroalimentaire.

## Parmi les révélations de ce livre :

- Obésité : 50 ans de conseils nutritionnels erronés.
- Les produits laitiers ne protègent (toujours) pas des fractures.
- L'industrie agroalimentaire utilise les mêmes pratiques que l'industrie du tabac...
- Le dépistage du cancer de la prostate ne réduit pas la mortalité totale.
- Les nouveaux médicaments contre le cancer sont hors de prix mais n'ont pas d'efficacité prouvée.
- De nombreux diabétiques de type 2 pourraient guérir... si on leur donnait les bons conseils.

Plus de dix ans après *Santé, mensonges et propagande* de Thierry Souccar et Isabelle Robard, la nouvelle enquête de Jérémy Anso montre que même si les liens entre experts et industriels sont plus transparents, on continue de nous faire avaler n'importe quoi.

**« La santé reste le bien le plus précieux de l'Homme  
que nul intérêt économique ne saurait asservir. »**

**Isabelle Robard**

**Jérémy Anso** est docteur ès sciences. Il anime le célèbre site « Dur-à-avaler » qui confronte les pratiques médicales et nutritionnelles aux preuves scientifiques.

La préface est signée de **Thierry Souccar**, journaliste scientifique et membre de l'American College of Nutrition, et **Maître Isabelle Robard**, avocate et docteur en droit spécialisée en droit de la santé.

**Santé, mensonges et  
(toujours) propagande**

[www.thierrysouccar.com](http://www.thierrysouccar.com) 256 pages - Format 14 x 21 cm - 19,90 €

Prix : 19,90 € ttc France

ISBN 978-2-36549-322-2



9 782365 493222