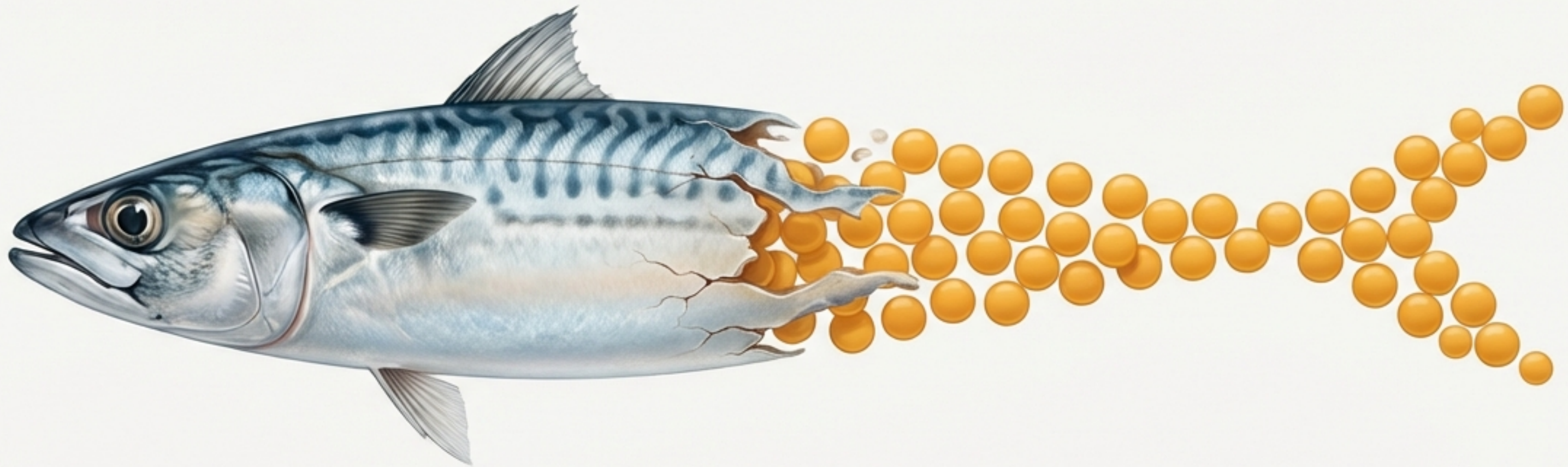


# Oméga-3, ou l'écart entre science et croyances

Une enquête sur la fascinante divergence entre les preuves scientifiques, les convictions populaires et le marché des suppléments.



Basé sur la thèse de doctorat de Pierre Fraser (PhD, linguiste et sociologue).

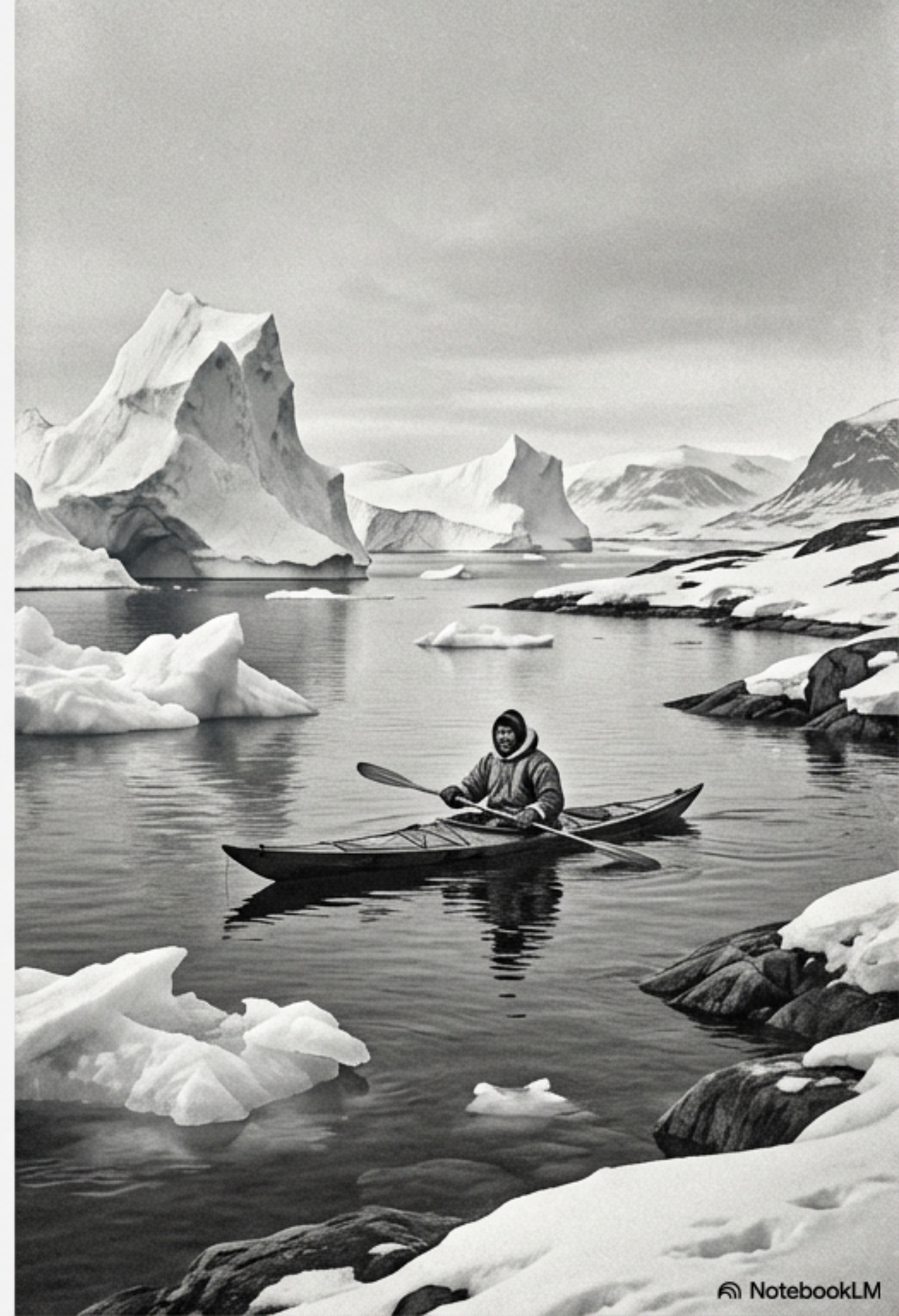


# La promesse initiale des années 70

L'aventure des oméga-3 commence en 1971 avec une observation intrigante : le profil de cholestérol des populations inuites du Groenland. Cette première étude a posé les fondations d'une hypothèse qui allait captiver le monde de la santé.

**1971** : Publication de la première étude sur les Esquimaux du Groenland [1].

**Le paradoxe** : Cette population, malgré une alimentation riche en graisses, présentait des caractéristiques sanguines uniques qui semblaient protectrices.





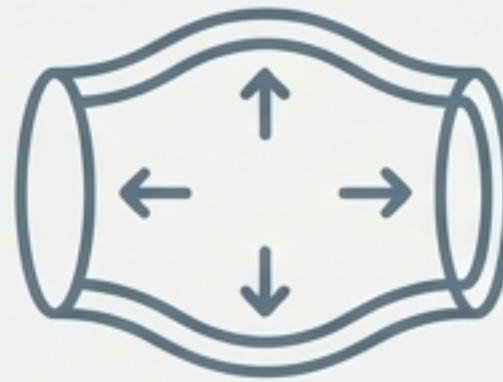
# L'hypothèse se renforce dans les années 80

Dix ans plus tard, de nouvelles études renforcent le lien entre une alimentation riche en poisson et une faible mortalité coronarienne, en observant non seulement les Inuits [2,3] mais aussi les populations japonaises [4].



## **Cholestérol :**

Contribuerait à abaisser de façon significative les niveaux de mauvais cholestérol.



## **Vaisseaux sanguins :**

Augmenterait la vasodilatation.



## **Sang :**

Réduirait l'agrégation plaquettaire.

Source scientifique : Les études de Leaf & Weber (1988) [5] et Schmidt & Dyerberg (1994) [6] ont été fondamentales pour théoriser ces effets cardiovasculaires.



# L'heure du test : une étude d'une ampleur sans précédent

Pour vérifier l'hypothèse, une vaste étude est lancée en 1986. Son objectif : déterminer si la consommation de poisson (et donc d'oméga-3) a un réel effet protecteur sur la santé cardiovasculaire.

**44 895**

PARTICIPANTS HOMMES

[7,8]

**6 ANS**

DURÉE DE L'ÉTUDE

**40-75 ANS**

TRANCHE D'ÂGE

[7,8]

**SANS ANTÉCÉDENTS**

CONDITION CARDIOVASCULAIRE

[7,8]



# 1995 : les premiers résultats remettent la théorie en question

Après près d'une décennie de suivi, les résultats sont publiés dans le *New England Journal of Medicine*. Sur les 44 895 participants, les événements coronariens **n'ont pas été prévenus** par la consommation de poisson.



« [...] que consommer un ou cinq repas de poisson par semaine est peu susceptible de réduire le risque coronarien chez des hommes ne présentant aucun problème cardiovasculaire préalablement connu [9]. »



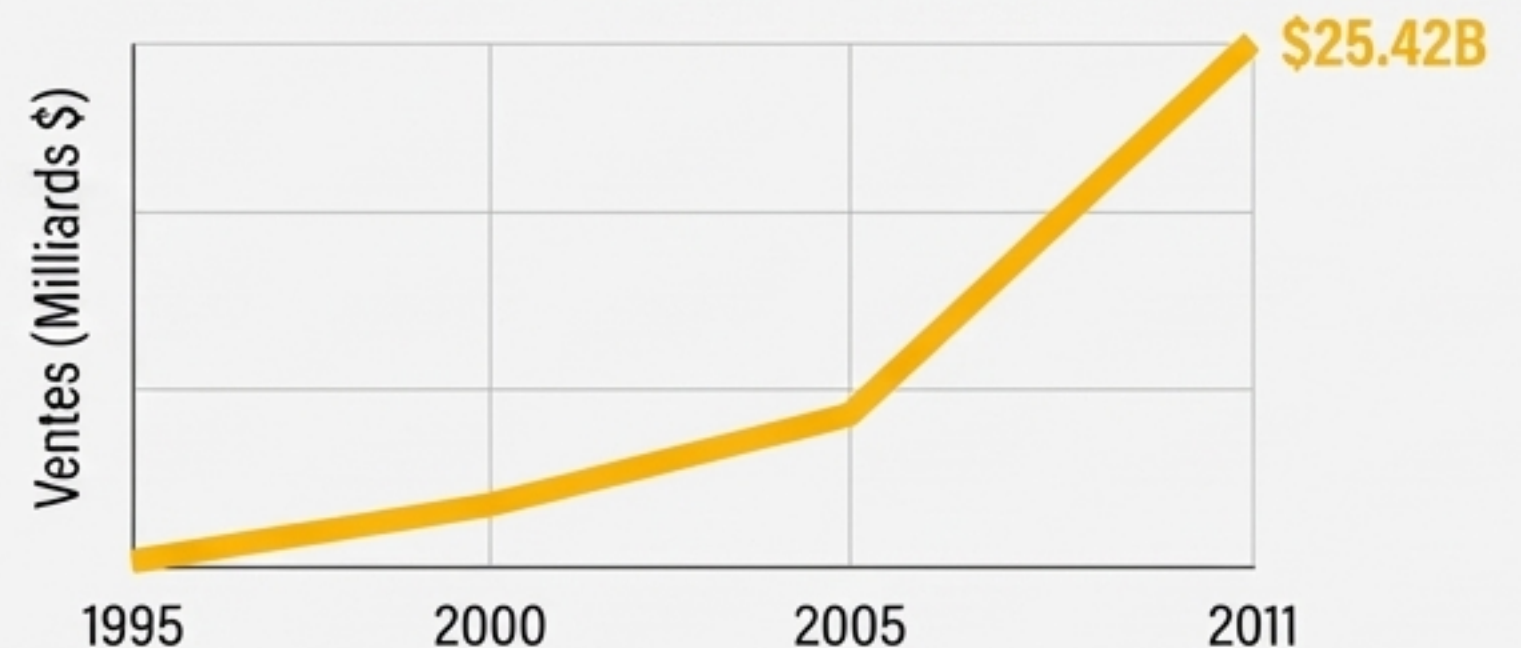
# La grande déconnexion : la science doute, le marché s'envole

## Le scepticisme scientifique grandit

- **1995** : Une étude majeure sur 44 895 hommes ne montre que peu ou pas de bénéfice.
- **2006** : Une méta-analyse de 41 études conclut que les oméga-3 « n'ont pas d'effet clairement établi sur la mortalité totale — événements coronariens ou cancer [10]. »

## L'explosion commerciale

- **Milieu des années 1990** : Le marché des suppléments d'oméga-3 prend littéralement son envol [11].
- **2011** : Les ventes annuelles atteignent **25,42 milliards de dollars** [12].





# Les méta-analyses confirment l'absence de bénéfice majeur

Le consensus scientifique continue de s'affiner au cours des années 2000 et 2010. Des analyses compilant de multiples études arrivent à des conclusions de plus en plus prudentes.



## Méta-analyse de 2012 (JAMA) [13]

Conclut que la prise de suppléments d'oméga-3 « ne peut en aucune façon être associée à une diminution du risque de mortalité », que ce soit pour :

- ∅ La mortalité en général
- ∅ La crise cardiaque
- ∅ La mort subite
- ∅ L'infarctus du myocarde



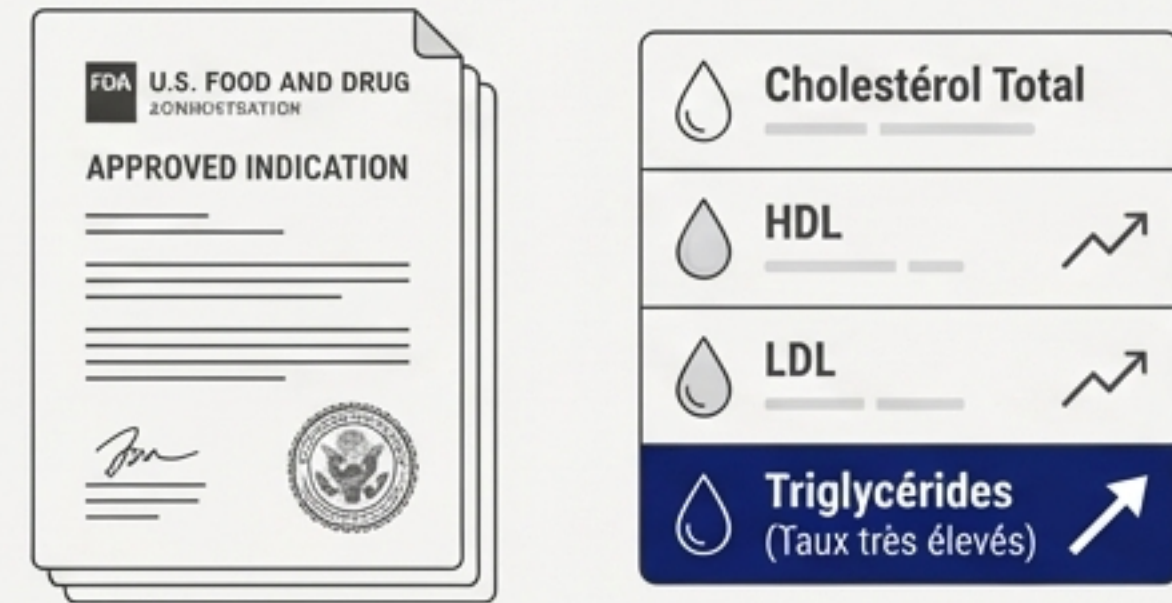
# Quelle est alors l'utilisation médicale approuvée ?

Loin des promesses de prévention des crises cardiaques pour tous, l'approbation réglementaire est très ciblée.

## Promesses Marketing Largees



## Approbation Spécifique de la FDA [14]



- Approuve l'administration de suppléments d'oméga-3 **uniquement** pour un usage précis.
- Indication : Agent permettant d'abaisser le taux de triglycérides.
- Population cible : Uniquement chez les patients hypercholestérolémiques (avec des taux de triglycérides très élevés).



# Le consensus scientifique le plus récent : la méta-analyse Cochrane 2020

En 2020, la Cochrane Collaboration, une organisation reconnue pour sa rigueur, publie une revue systématique de 86 essais randomisés pour faire le point [15].

Mortalité (toutes causes)



Effet faible ou nul

Événements coronariens



Légère réduction *possible*

Triglycérides

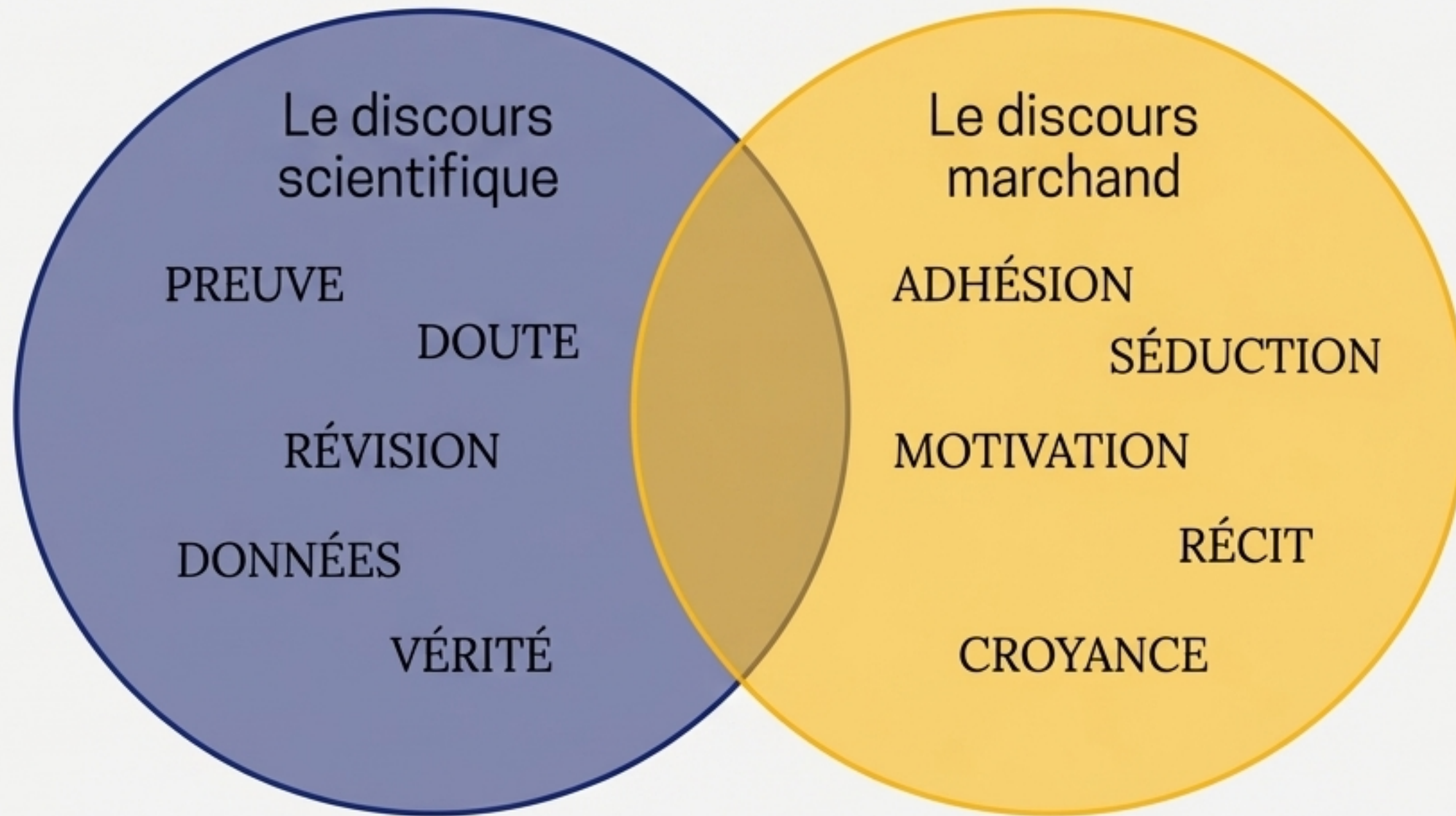


Bénéfice *significatif*



# Du régime de la preuve au régime de l'adhésion

Si la science a évolué, comment expliquer le succès commercial durable des oméga-3 ?  
Le sociologue Pierre Fraser propose une distinction fondamentale entre deux logiques.



Logique : Un **régime de preuve**.

Logique : Un **régime d'adhésion**.



# L'important n'est pas la solidité scientifique, mais la cohérence narrative

Dans le régime d'adhésion, la validation ne vient pas des données, mais de la force du récit et de sa capacité à s'aligner sur des croyances préexistantes.



« Naturel = bon »



« Ancestral = efficace »



« Technique = fiable »

**Conclusion : L'histoire des oméga-3 est moins celle d'une molécule que celle d'un récit puissant qui a prospéré indépendamment des preuves qui étaient censées le soutenir.**



# Source et références principales

Ce document est basé sur des extraits de la thèse de doctorat de Pierre Fraser, ‘Oméga-3 : Science, Croyances et Commerce des Suppléments’. Les références scientifiques numérotées dans la présentation sont listées ci-dessous.

- |   |   |
|---|---|
| [1] Bang, H. O. et al. (1971), The Lancet                             | [10] Hooper, L. et al. (2006), British Medical Journal                        |
| [2] Bang, H. O. et al. (1980), American Journal of Clinical Nutrition | [12] Sprinkle, D. et al. (2012), Global Market for EPA/DHA Omega-3 Products   |
| [3] Kromann, N., Green, A. (1980), Acta Medica Scandinavia            | [13] Rizos, E. C. et al. (2012), Journal of American Medical Association      |
| [4] Hirai, A. et al. (1980), The Lancet                               | [14] USFDA (2012)   |
| [5] Leaf, A., Weber, P. C. (1988), New England Journal of Medicine    | [15] Abdelhamid, A. S. et al. (2020), Cochrane Database of Systematic Reviews |
| [6] Schmidt, E. B., Dyerberg, J. (1994), Drugs                        |   |
| [8] Ascherio, A. et al. (1995), New England Journal of Medicine       |   |