

Réponse des auteurs

Le courrier du Dr Arnaud Janin au sujet de l'article de Carling CL et coll. a retenu toute notre attention. Nous avons longuement débattu les conclusions de cet article, notamment à l'occasion de deux colloques de formation postgraduée, lors du Symposium de Beausobre le 14 janvier et lors des Jeudis de la Vaudoise le 21 janvier 2010. Il est en effet difficile de discuter de toutes les implications pratiques de cette étude en quelques lignes et nous avons dû faire un choix dans notre conclusion. Nous voulions surtout susciter le questionnement sur la thématique de la prise de décision et de la communication du risque en médecine de premier recours, mais il est vrai que notre conclusion aurait pu être plus nuancée. Comme mentionné par le Dr Janin, il est bien connu que la manière de présenter l'information au patient va influencer son choix de débiter

ou pas une thérapie. Nous l'avons d'ailleurs relevé voici dix ans dans cette revue (Favrat B, Cornuz J. Présentation des résultats d'études: quels sont les pièges à éviter? *Med Hyg* 2000;58:2159-62). Si l'on dit à un patient qu'un médicament va réduire ses chances de développer une maladie de moitié (50% de diminution du risque relatif), celui-ci sera plus à même de débiter la thérapie que celui à qui l'on dit que son risque absolu (actuel) de développer la maladie va baisser de 4% à 2%. Nous pensons en fait que dans l'explication de l'efficacité d'un traitement ou d'une thérapie préventive à nos patients, l'expression des deux types de risque devrait être prise en compte. Dans l'article publié il y a dix ans, notre conclusion était d'ailleurs la suivante: «Se contenter de la réduction du risque relatif n'est donc pas suffisant et il faut connaître les risques absolus dans les deux groupes et calculer le NNT. Ces deux paramètres sont

complémentaires». L'étude de Carling et coll. s'interroge sur le type de présentation de l'effet du traitement qui va le mieux aider les patients à prendre une décision consistante avec ses propres valeurs. L'originalité de l'étude consiste donc à intégrer dans la prise de décision, le coût du traitement, la difficulté à prendre un traitement au quotidien au vu des effets secondaires potentiels, ainsi que l'importance pour le patient d'éviter un infarctus myocardique. L'étude montre effectivement que la présentation de l'effet de la statine en diminution du risque relatif résulte en une augmentation du nombre de personnes qui décident de prendre la statine et cela indépendamment des valeurs personnelles mesurées. De plus, nous n'avons pas mentionné dans l'article de la *RMS* que les auteurs ont demandé à la fin de l'étude à tous les participants de comparer les six manières de présenter l'information statistique. La majorité

des personnes préféraient et comprenaient mieux les fréquences naturelles, dont un exemple est mentionné dans la dernière partie du tableau 1 de l'article de la *RMS* qui regroupe les différentes formes statistiques de présentation du risque. Les conclusions de l'article rejoignent ainsi tout à fait l'observation du Dr Janin par rapport à la présentation du nombre de personnes à traiter ou des fréquences naturelles. Le Dr Janin émet finalement des doutes quant à l'efficacité des statines en prévention primaire, notamment chez les personnes à risque cardiovasculaire bas, selon l'étude Jupiter. Nous rejoignons également cette appréciation. Nous avons récemment modélisé l'impact de la prescription de statines selon la stratégie Jupiter (c'est-à-dire les personnes avec cholestérol bas, mais avec un marqueur inflammatoire élevé) dans un échantillon de la population suisse. Cette étude, qui va être présentée

au congrès de la Société suisse de médecine interne à Bâle, en communication libre, le 20 mai 2010, montre que la prescription de statines en prévention primaire chez les patients à risque cardiovasculaire bas, mais avec une CRP hypersensible élevée augmente nettement le nombre de gens à traiter et est potentiellement moins efficace que de suivre les recommandations de prescriptions de statines actuelles éditées par le GSLA (www.gsla.ch).

Dr David Nanchen
Chef de clinique

Dr Patrick Bodenmann
Médecin associé

Dr Jacques Cornuz
Prof. associé
Médecin-chef

Policlinique médicale universitaire
(PMU)
Rue du Bugnon 44
1011 Lausanne
david.nanchen@chuv.ch