

## Les statines : un cas d'école de « surprescription » ?

Dr Gilles Henrard, Département de Médecine générale

*"Like the evidence based medicine and quality and safety movements of previous decades, combating excess is a contemporary manifestation of a much older desire to avoid doing harm when we try to help or heal.*

Fiona Godlee, éditrice en chef du BMJ

La question de savoir si, au-delà d'un certain point, les interventions médicales ne deviennent pas contre-productives, ce que d'aucuns appellent globalement la « surmédicalisation », ne date pas d'hier (1). Mais alors qu'historiquement ces réflexions émanaient plutôt de la critique radicale en dehors du monde médical (2), un courant émerge depuis une dizaine d'année au sein de ce dernier pour en souligner certains excès. En témoigne la campagne « *Too much medicine* » du très respectable BMJ<sup>1</sup>. Le cas des statines, de par l'ampleur de leur volume de prescription et la polémique dont fait l'objet leur seuil de prescription en prévention primaire, est à cet égard un véritable cas d'école.

En 2012, plus d'1.400.000 belges se sont vus prescrire une statine (3). Cette prescription massive souffre probablement d'un paradoxe. Alors que théoriquement le bénéfice attendu est proportionnel au risque cardio-vasculaire de base, en pratique, les prescriptions seraient souvent inversement proportionnelles à ce risque (4). Fin 2013, lorsque l'ACC/AHA publie ses recommandations sur base d'un nouveau score de risque (5), la polémique enfle. Des commentateurs avisés de l'Evidence Based Medicine comme Ioannidis en arrive à parler « statinisation » de la population (6). Par ailleurs, si les nombreux scores de risque existant varient en terme de qualité méthodologique et de niveau de risque de la population dont ils sont dérivés, l'impact clinique de leur application sur le terrain, quel que soit le seuil de prescription préconisé, reste incertain... sauf en terme d'augmentation de la prescription (7) !

### Surprescription

Toute prescription « injustifiée » d'un médicament, c'est-à-dire dont la balance risques - bénéfices est défavorable.

Tel que définie assez simplement par Ferner et al (8) (voir encadré), la surprescription est une notion relative. Il s'agit bien de discuter la balance risque - bénéfice d'une intervention. Pour les statines : réduction du risque cardio-vasculaire contre effets indésirables, coût et qualité de vie.

La compréhension réelle du risque associé à la décision de prendre ou pas une statine en prévention primaire, par le patient mais aussi son médecin, est parfois imparfaite. Le « nombre de sujets à traiter » (« *Number Needed to Treat* », *NNT*) peut ici être d'une grande utilité pédagogique pour juger de la pertinence clinique de l'intervention (voir figure 1).

<sup>1</sup> <http://www.bmj.com/too-much-medicine>

Population	Comparaison	Critère d'évaluation	Risque de base (SCORE)	Nombre de sujet à traiter (NNT)
Patients <u>sans</u> maladies cardio-vasculaire diagnostiquées = <b>prévention primaire</b>	<b>Statine vs placebo</b>	Evènement cardio-vasculaire majeur à 1 ans	Faible = 4%	500
			Modéré = 6,5%	154
			Elevé = 12,5%	80
			Très élevé = 20 %	50

Figure 1 : Tableau illustrant, ici dans le cas des statines, l'importance du risque de base, et l'utilité du NNT, pour juger de la pertinence clinique d'une intervention, adapté de Guyatt et al 2015 (9)

En intégrant le concept de manière graphique dans un intéressant outil de support à la décision conjointe, disponible sur internet<sup>2</sup>, une étude a d'ailleurs montré une diminution importante de la prescription de statines pour les patients à faible risque cardio-vasculaire (10). Il est dès lors tentant de redéfinir la surprescription comme "toute prescription qui n'aurait pas été proposée si la décision avait été suffisamment informée"...

Comme le laisse sous-entendre Fiona Godlee en exerçue, en intégrant le fait qu'en médecine aussi « le mieux est parfois l'ennemi du bien », la déprescription (et la démedicalisation) pourraient être notre prochain grand chantier.

#### Références

1. Moynihan R, Smith R. Too much medicine? Almost certainly. *BMJ*. 13 avr 2002;324(7342):859-60.
2. Illich Y. Némésis médicale. L'expropriation de la santé -. Seuil. 1981.
3. L'usage rationnel des hypolipidémiants, conférence de consensus [Internet]. Inami; 2014. [http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus\\_texte\\_long\\_20140522.pdf](http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_texte_long_20140522.pdf)
4. Ko DT, Mamdani M, Alter DA. Lipid-Lowering Therapy With Statins in High-Risk Elderly Patients: The Treatment-Risk Paradox. *JAMA*. 21 avr 2004;291(15):1864-70.
5. Goff DC et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk. *Circulation*. 1 janv 2013;01.cir.0000437741.48606.98.
6. Ioannidis JPA. More than a billion people taking statins?: Potential implications of the new cardiovascular guidelines. *JAMA*. 5 févr 2014;311(5):463-4.
7. Karmali KN et al. Risk scoring for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 14 mars 2017;3:CD006887.
8. Ferner RE, Routledge PA, Chew M. The new BMJ series on therapeutics. *BMJ*. 18 janv 2011;342:d37.
9. Guyatt G. Users' Guides to the Medical Literature: A manual for Evidence-Based Clinical Practice, Third Edition. 3 edition. New York: McGraw-Hill Education / Medical; 2015. 544 p.
10. Weymiller AJ et al. Helping patients with type 2 diabetes mellitus make treatment decisions: statin choice randomized trial. *Arch Intern Med*. 28 mai 2007;167(10):1076-82.

<sup>2</sup> <http://shareddecisions.mayoclinic.org>