

Conseils pour analyser les études, les preuves et les affirmations médicales.  
Résumé : Yves Sciama

La HealthNewsReview a mis en ligne une série de conseils pour les journalistes médicaux visant à améliorer la qualité de leur couverture. En voici un rapide survol.

Risque absolu versus risque relatif.

Le risque absolu se comprend mieux que le risque relatif. Il vaut mieux dire “tel médicament fait passer le risque de crise cardiaque de 2% à 1%” que “tel médicament réduit le risque de crise cardiaque de 50%”, même si c’est la même information. Une amélioration spectaculaire du risque relatif n’a qu’un modeste intérêt, si le risque absolu est infime...

Résultats sur des animaux, ou en éprouvette.

Beaucoup de résultats obtenus sur des souris, ou pire encore en culture cellulaire, ne se retrouvent pas sur de vrais patients. Il est donc très important de dire “chez la souris” ou “dans des cellules” lorsqu’une telle étude est mentionnée. Les souris ne développent pas la maladie d’Alzheimer, par exemple. Il faut aussi éviter les mots trop flatteurs tels que “percée”, “prometteur” ou “traitement”.

Attention au “biohype” ou “biobaratin”

Il y a désormais une tradition d’exagération dans la communication de la recherche biomédicale, avec beaucoup d’affirmations irréalistes, exagérées ou prématurées. Les journalistes doivent en conséquence être très vigilants.

Attention aux études à critères multiples

On voit fréquemment des essais cliniques qui examinent des critères multiples, par exemple “décès” et “douleurs thoraciques”. Ceci gagne du temps et de l’énergie, mais ouvre la porte à des formulations ambiguës, car s’il est fait état de “progrès” ou d’améliorations, selon le critère qui s’améliore l’importance de la découverte varie...

Conflits d’intérêt.

Il est indispensable d’informer le lecteur d’éventuels conflits d’intérêt de tout expert cité. Et il faut toujours citer des experts indépendants de la recherche sur laquelle porte votre sujet. De plus, le journaliste ne doit jamais accepter de financement de l’institution sur laquelle il écrit. Attention aux associations et autres structures non commerciales qui peuvent avoir des conflits d’intérêt aussi : les associations de patients sont par exemple souvent financées par des entreprises pharmaceutiques.

Phases d’essais cliniques

Il faut comprendre la différence entre les essais de phase 1, 2 et 3 pour ne pas se méprendre sur l'importance du succès d'un essai. S'il est de phase 1 (donc dédié à la sécurité du médicament), cela ne dit absolument rien de la valeur du traitement contre la maladie !

Attention à l'approbation par les autorités sanitaires

Les fabricants de traitements emploient souvent des affirmations vagues telles que "en cours d'approbation" ou "bientôt approuvée" pour désigner leurs traitements. Mais ces affirmations sont souvent spéculatives, voire trompeuses. Tant que l'approbation n'est pas accordée par le régulateur (FDA aux Etats-Unis, ANSM en France etc.), le traitement reste putatif.

Exploitation de la peur de la maladie.

Les fabricants de traitements présentent souvent les maladies qu'ils traitent sous un jour particulièrement sombre, pour valoriser et légitimer leur médicament. Il importe de vérifier leurs affirmations sur ce point.

Combien ça coûte ?

Les conséquences du coût d'un traitement sont très importantes à la fois pour le système de santé et pour les intérêts de chaque particulier (selon le comportement des mutuelles, par exemple). Il est important d'obtenir des informations sur ce coût lorsqu'on parle d'un traitement, et pas seulement sur son efficacité, car le coût peut changer la donne.

Attention aux essais de "non-infériorité"

On a vu ces dernières années se multiplier les essais de non-infériorité, qui ont un sens lorsqu'un traitement est bien moins cher, invasif etc. que le traitement comparé, mais qui peuvent aussi servir à faire accepter un traitement qui n'apporte aucun bénéfice, et sur lequel il y a moins de recul que sur le traitement standard.

Etudes observationnelles versus études interventionnelles (essai randomisé)

Les études observationnelles, comme leur nom l'indique, consistent à observer un groupe de patients traités. Elles ne peuvent servir de preuve et fournissent une information limitée. Les essais fournissant des preuves véritables sont dits interventionnels, car l'expérimentateur intervient en créant un groupe traité et un groupe témoin (qui reçoit un placebo ou le traitement standard). Idéalement, ces deux groupes doivent être randomisés, c'est à dire constitués au hasard, pour éviter les biais.

Usage hors AMM ("off label use")

Certains médicaments sont utilisés hors AMM, c'est à dire pour un usage qui n'est pas celui pour lequel ils ont été conçus... et surtout testés. Ainsi les bêta-bloquants sont parfois prescrits pour éviter les tremblements liés au trac. Mais de tels usages devraient rester exceptionnels, et il est illégal pour un fabricant de marketer un tel usage.

Trop petites études.

Une étude portant sur une poignée de patients peut donner une indication, au mieux, mais n'apporte pas de preuves. Il est très important que les journalistes ne se contentent pas d'un pourcentage de patients guéris, par exemple, et se penchent sur le nombre total de participants à l'étude. Faute de quoi, des résultats dus au hasard pourraient être présentés comme une preuve d'un effet. Généralement, quelques dizaines ou centaines de sujets peuvent prouver la sécurité d'un médicament, mais pour prouver un effet il faut des milliers de participants.

Attention au mot "significatif"

Un résultat d'étude peut être "statistiquement significatif", c'est à dire ne pas être dû au hasard, tout en étant cliniquement insignifiant, car l'amélioration apportée n'a presque pas d'importance. Une étude sur des milliers de patients montrant une réduction d'une fraction de pourcent de la morbidité peut être "statistiquement significative", mais n'avoir aucun intérêt de santé publique, surtout si des effets secondaires existent.

Attentions aux indicateurs (ou marqueurs de substitution)

Il arrive qu'une grandeur facile à suivre soit utilisée pour donner la mesure d'une pathologie. Ainsi l'on utilise parfois le cholestérol pour mesurer le risque cardio-vasculaire, ou la densité osseuse pour le risque de fracture, ou le taux de PSA pour le cancer de la prostate. Or ces indicateurs ne sont pas assimilables à la pathologie, et un traitement qui améliore un marqueur (abaisse le cholestérol ou le PSA) peut être sans effet sur la maladie, qui est le véritable enjeu.

Beaucoup d'autres excellents conseils sont disponibles sur [HealthNewsReview.org](http://HealthNewsReview.org)!