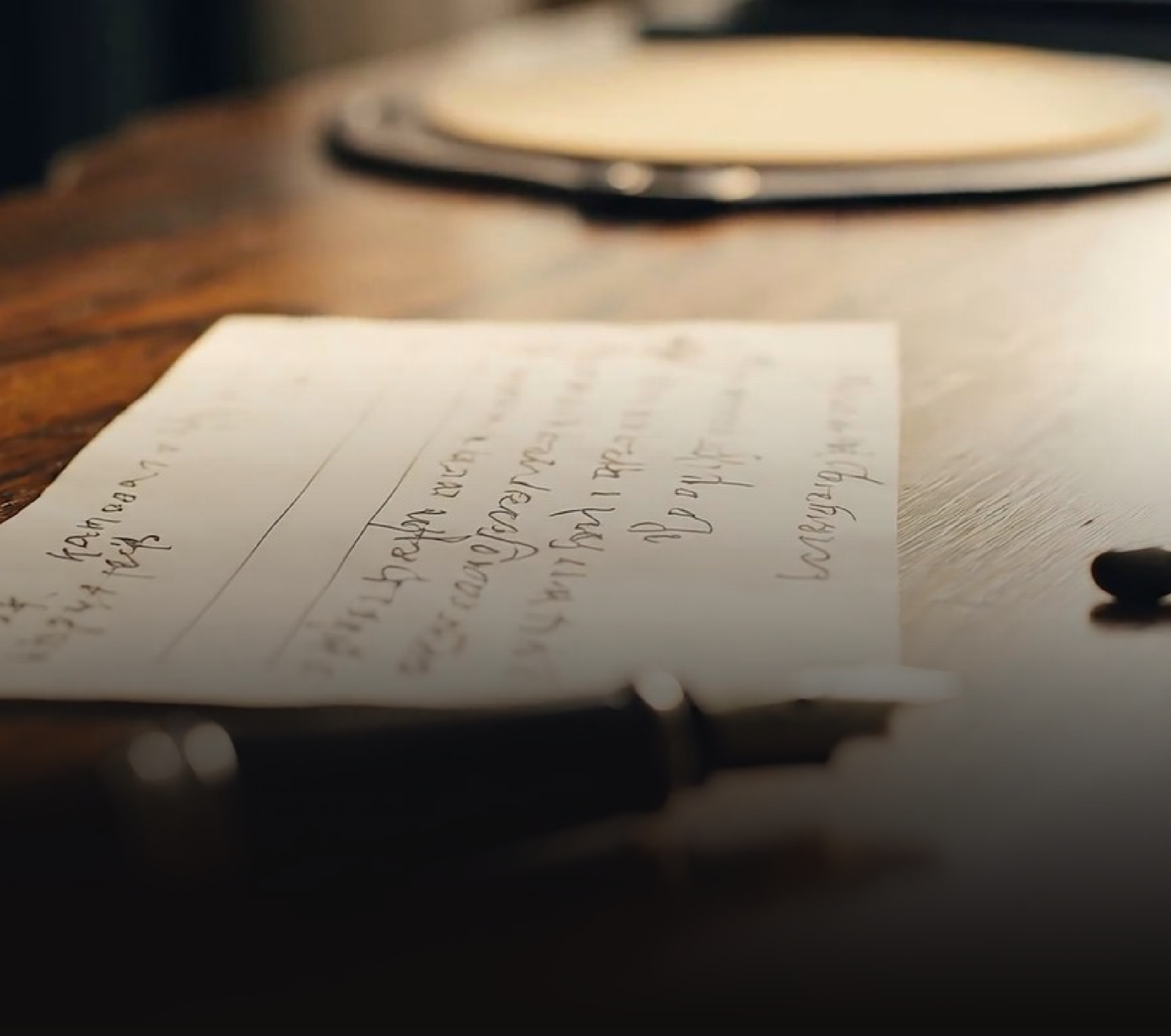




LE LIVRET DU FILM

Statines : ce qu'elles font, ce qu'elles coûtent

Ce que fait le comprimé, ce qu'il vaut ramené à des personnes, ce qu'il coûte, et la question : de combien, pour moi ?

COEUR & CIRCULATION • LE COEUR, AUTREMENT • FILM DE 10 MIN

Ce que ce film vous fait comprendre

Une ordonnance sur le bureau, et un mot qui reste : toujours. Le film part de cette scène que le Dr Éric Ménat, médecin généraliste, entend en consultation, le cardiologue catégorique et la peur d'un comprimé à vie, et il ouvre la statine de l'intérieur plutôt que de la vendre ou de la rejeter : ce qu'elle fait dans le foie, ce que les essais ont mesuré, en relatif puis ramené à des personnes, ce qu'elle coûte, et ce qu'elle ne fait pas. Ce livret cite chaque chiffre avec sa source, fixe les mots, relatif, absolu, nocebo, et vous propose un carnet : les chiffres du film ligne par ligne, un calcul guidé sur votre propre risque, et les questions du prochain rendez-vous.

- 01 La statine freine une enzyme du foie, la HMG-CoA réductase ; le foie capte alors plus de LDL dans le sang, et la ligne descend d'environ 30 % (Inserm).
- 02 Par millimole de LDL en moins, infarctus, gestes coronaires et AVC baissent d'un cinquième, la mortalité de 10 % : 26 essais, 170 000 participants (CTT, 2010).
- 03 Ces chiffres sont relatifs. En absolu, sur 21 essais, -29 % d'infarctus devient -1,3 %, soit 13 infarctus évités pour 1 000 personnes traitées (Byrne et al., 2022).
- 04 Dans l'essai SAMSON, les symptômes étaient de 8 sans comprimé, 16 sous statine, 15 sous placebo : la douleur est réelle, sa cause n'est pas toujours le comprimé.
- 05 Une statine baisse un marqueur sans traiter la cause (Dr Éric Ménat) : une place possible, surtout après un accident, jamais toute seule.

SOMMAIRE

- | | |
|---|---|
| 01 « Le cardiologue est catégorique » | 09 Le diabète, un risque réel et petit |
| 02 Une usine dans le foie, et un frein sur la chaîne | 10 Baisser un marqueur, ce n'est pas traiter la cause |
| 03 Ce que les grands essais ont mesuré | 11 Pour qui, alors ? Le risque de départ décide |
| 04 Relatif et absolu, deux façons de dire la même chose | 12 Une ordonnance, et une question qui reste la vôtre |
| 05 Avant un accident, après un accident : deux calculs | — Lexique |
| 06 Les douleurs musculaires, et l'essai SAMSON | — Le carnet des chiffres |
| 07 Ce que le placebo a appris aux médecins | — Sources |
| 08 La piste de la coenzyme Q10, une hypothèse | |

« Le cardiologue est catégorique »

L'ordonnance est sur le bureau, et le mot qui reste n'est pas le nom du médicament, c'est le mot « toujours ».

L'ordonnance est posée sur le bureau, et ce qui reste dans la tête n'est pas le nom du médicament, c'est le mot toujours. Le Dr Éric Ménat, médecin généraliste, reçoit cette question telle qu'elle se vit : quand il y a eu un accident, le cardiologue est catégorique, et il est compliqué d'éviter le traitement. La même crainte revient sans cesse en consultation, celle d'un médicament prescrit pour une prise à long terme, voire pour toute la vie, avec ses effets indésirables.



Image du film · chapitre 1

Ce livret ne va ni vous vendre ce comprimé ni vous en détourner. Il l'ouvre, comme le film : ce qu'il fait dans le foie; ce que les grands essais ont mesuré, en chiffres relatifs puis en chiffres absolus, avant et après un accident; ce qu'il coûte, les douleurs musculaires à la lumière d'un essai où le placebo en produisait presque autant, et un risque de diabète avec son ordre de grandeur; et ce qu'il ne fait pas.

Prenez la situation la plus fréquente : une personne à qui l'on a dit « vous le prendrez toujours », et qui n'a en main qu'un pourcentage entendu au passage, un cinquième d'accidents en moins. Ce pourcentage est vrai, et il ne dit pas combien de personnes comme elle, sur mille, éviteront quelque chose. C'est exactement l'écart que les chapitres qui suivent comblent, pour que la décision, à la fin, redevienne la vôtre, avec des chiffres sur la table.

CE QUE CE LIVRET OUVRE

Ce que la statine fait : dans le foie. Ce qu'elle vaut : en relatif et en absolu, avant et après un accident. Ce qu'elle coûte : douleurs, diabète. Ce qu'elle ne fait pas : changer l'assiette, faire marcher, éteindre la cigarette.

Une usine dans le foie, et un frein sur la chaîne

La statine freine une enzyme de la chaîne qui fabrique le cholestérol dans le foie; le foie compense en captant plus de LDL dans le sang, et la ligne descend d'environ 30 %.

Pour comprendre une statine, il faut d'abord savoir que le corps fabrique lui-même son cholestérol, surtout dans le foie, le long d'une chaîne d'étapes. Sur cette chaîne se trouve une enzyme clé, la HMG-CoA réductase, et c'est elle que la statine freine. Léa Wauquier, pharmacienne, le décrit simplement : les statines inhibent la production de cholestérol en bloquant une enzyme indispensable à sa fabrication.



Image du film · chapitre 2

Quand le foie en fabrique moins, il va en chercher davantage dans le sang : il capte plus de particules de LDL pour les recycler, et c'est ainsi que la ligne LDL descend sur le bilan. L'Inserm, dans son dossier sur l'athérosclérose, chiffre cette baisse à environ 30 %. Le comprimé n'enlève donc pas le cholestérol; il ralentit l'usine, et l'usine, c'est le foie.

L'image aide à lire un bilan sous traitement. Une personne dont le LDL était à un niveau donné retrouve, au bilan suivant, une ligne abaissée d'environ 30 %. Ce qui a changé n'est pas ce que l'assiette apporte, mais la vitesse de fabrication dans le foie et la quantité de LDL que celui-ci retire du sang. C'est aussi pour cette raison que la même chaîne, freinée, a des conséquences ailleurs, au chapitre de la coenzyme Q10.

LE CHIFFRE À GARDER

Environ 30 % de baisse de la ligne LDL sous statine (Inserm, dossier Athérosclérose) : l'enzyme HMG-CoA réductase est freinée, le foie fabrique moins et capte davantage de LDL dans le sang pour le recycler.

03 CHAPITRE 3

Ce que les grands essais ont mesuré

Sur 26 essais et 170 000 participants, chaque millimole de LDL en moins par litre réduit d'environ un cinquième les infarctus, gestes coronaires et AVC, et de 10 % la mortalité : des chiffres solides, et relatifs.

Baisser cette ligne change-t-il quelque chose à ce qui vous arrive ? C'est la question des essais, et ils sont nombreux. Le groupe des Cholesterol Treatment Trialists a rassemblé en 2010 vingt-six essais randomisés et 170 000 participants, comparant une statine à un placebo, ou une dose forte à une dose faible.

Le résultat s'exprime dans l'unité des études, la millimole de LDL par litre. Pour chaque millimole par litre de LDL en moins, le risque d'infarctus, de geste sur les coronaires ou d'AVC baisse d'un peu plus d'un cinquième, 22 %, et la mortalité toutes causes baisse de 10 %. Une millimole, c'est à peu près ce qu'une statine ordinaire obtient dans ces essais : la différence moyenne de LDL entre statine et contrôle y est de 1,08 mmol/L, d'après le même groupe en 2012.

Ces chiffres sont solides, et ils sont relatifs. Ils comparent le groupe traité au groupe non traité, et disent de combien, en proportion, le premier a fait moins d'accidents que le second. Ils ne disent pas combien de personnes, sur mille, ont évité un accident. Un exemple pour le voir venir : « 22 % de moins » vaut pour un groupe qui faisait beaucoup d'accidents comme pour un groupe qui en faisait très peu, et ne représente pas le même nombre de personnes épargnées dans les deux cas. C'est là qu'il faut ralentir, et c'est l'objet du chapitre suivant.

PAR MILLIMOLE DE LDL EN MOINS

- Infarctus, gestes coronaires, AVC
-22 % (un peu plus d'un cinquième)
- Mortalité toutes causes
-10 %

Schéma de principe

Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration, The Lancet 2010

Image du film · chapitre 3

PAR MILLIMOLE DE LDL EN MOINS

Infarctus, gestes coronaires, AVC : -22 %, un peu plus d'un cinquième. Mortalité toutes causes : -10 %. 26 essais, 170 000 participants (Cholesterol Treatment Trialists, 2010). Une statine ordinaire obtient environ une millimole dans ces essais.

04 CHAPITRE 4

Relatif et absolu, deux façons de dire la même chose

En relatif, la statine réduisait les infarctus de 29 %; en absolu, de 1,3 %, soit treize infarctus évités pour mille personnes traitées sur la durée des essais.

Moins 22 %, cela sonne comme un cinquième de vous. Un chiffre relatif compare deux groupes entre eux; un chiffre absolu dit combien de personnes, sur mille, ont évité l'accident. Une méta-analyse publiée en 2022 par Byrne et ses collègues a refait le calcul dans les deux sens sur vingt et un essais.

13 infarctus évités pour 1 000

1,3 % d'infarctus en moins, sur la durée des essais
personnes traitées

Schéma de principe

Byrne et al., JAMA Internal Medicine 2022

Image du film · chapitre 4

En relatif, la statine réduisait les infarctus de 29 %, les AVC de 14 % et la mortalité de 9 %. En absolu, sur la durée des essais, cela fait 1,3 % d'infarctus en moins, 0,4 % d'AVC en moins et 0,8 % de décès en moins. Autrement dit, sur mille personnes traitées, treize ont évité un infarctus, quatre un AVC, huit un décès. Les auteurs recommandent d'ailleurs de discuter les réductions absolues avec les patients, parce que ce sont elles qui parlent de personnes.

Voici comment passer de l'un à l'autre, et le carnet vous le fait refaire. On part d'un risque de départ, la part du groupe non traité qui a fait un infarctus; on lui applique la baisse relative; ce que l'on retire est la baisse absolue; multipliée par mille, elle donne le nombre de personnes épargnées. Avec un risque de départ bas, une grande baisse relative donne une petite baisse absolue. Beaucoup de praticiens racontent cette étude avec les mêmes chiffres : un bénéfice réel, et modeste une fois ramené à la personne.

RELATIF, ABSOLU

Relatif : -29 % d'infarctus, -14 % d'AVC, -9 % de mortalité. Absolu, sur la durée des essais : -1,3 %, -0,4 %, -0,8 %, soit 13, 4 et 8 personnes épargnées pour 1 000 traitées (Byrne et al., 2022, 21 essais).

Avant un accident, après un accident : deux calculs

Après un infarctus ou un AVC, le risque de départ est élevé et la même baisse relative retire beaucoup d'accidents; avant tout accident, il est plus bas, et le calcul change.

Tout dépend de qui prend le comprimé, avant ou après un accident. Après un infarctus ou un AVC, le risque de départ est élevé; la même baisse relative retire alors beaucoup d'accidents, et l'Inserm rappelle qu'après un premier accident ischémique, la statine est prescrite systématiquement contre la récurrence.

11 pour 1 000, sur 5 ans

Accidents vasculaires majeurs évités par millimole de LDL en moins, risque à 5 ans sous 10 %

Schéma de principe

Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration, The Lancet 2012

Avant tout accident, le risque de départ est plus bas et le calcul change. Le groupe des Cholesterol Treatment Trialists a regardé, en 2012, les personnes dont le risque d'accident vasculaire majeur à cinq ans était inférieur à 10 % : chez elles, chaque millimole de LDL en moins évitait environ onze accidents pour mille personnes sur cinq ans. La baisse relative, elle, était à peu près la même, environ un cinquième, quels que soient l'âge, le sexe ou le LDL de départ.

Image du film · chapitre 5

D'après les travaux du Dr Éric Ménat, médecin généraliste, le bénéfice avant un accident est jugé peu significatif, et son avis est moins tranché après, quand certaines études laissent penser que les statines pourraient réduire le risque de récurrence. Vous voyez d'où vient cette différence : ce n'est pas le comprimé qui change, c'est le risque de départ. Deux voisins prennent la même statine, l'un après un infarctus, l'autre parce qu'une ligne était en gras; la même baisse relative ne représente pas, pour eux, le même nombre de vies.

MÊME BAISSE RELATIVE, PAS LE MÊME NOMBRE

Risque à cinq ans sous 10 % : environ 11 accidents vasculaires majeurs évités pour 1 000 personnes sur cinq ans, par millimole de LDL en moins (Cholesterol Treatment Trialists, 2012).
Après un accident : le risque de départ est élevé, et la statine est prescrite systématiquement contre la récurrence (Inserm).

Les douleurs musculaires, et l'essai SAMSON

Soixante personnes qui avaient abandonné leur statine ont pris, un an durant, tantôt la statine, tantôt un placebo, tantôt rien : leurs symptômes étaient de 8 sans comprimé, 16 sous statine, 15 sous placebo.

Venons-en à ce qui fait arrêter le comprimé : les douleurs musculaires. Le Dr Éric Ménat, médecin généraliste, raconte ce que la consultation entend, des douleurs qui font arrêter le médicament et qui poussent à faire moins de sport, alors que la sédentarité est elle-même un facteur de risque. Un essai anglais, SAMSON, publié par Howard et ses collègues en 2021, a cherché d'où venaient ces douleurs.



Image du film · chapitre 6

Il a pris soixante personnes qui avaient abandonné leur statine à cause de ses effets secondaires. Pendant douze mois, chacune a reçu douze flacons d'un mois, quatre contenant la statine, quatre un placebo, quatre vides, dans un ordre qu'elle ne connaissait pas. Chaque jour, elle notait l'intensité de ses symptômes sur une échelle de 1 à 100. Les mois sans comprimé, le score moyen était de 8 ; les mois sous statine, de 16 ; les mois sous placebo, de 15, sans différence entre les deux.

Lisez ces trois nombres comme une personne de l'essai les a vécus. Le mois où le flacon était vide, presque rien. Le mois où il contenait un comprimé, la douleur dans les cuisses en montant l'escalier, réelle, notée chaque soir ; et ce comprimé, une fois sur deux, ne contenait aucune molécule. Le chapitre suivant tire la conclusion que les médecins en ont tirée ; celui-ci se contente de poser les chiffres.

LES TROIS SCORES DE SAMSON

Score moyen de symptômes, échelle de 1 à 100 : 8 les mois sans comprimé, 16 sous statine, 15 sous placebo. 60 participants, 12 mois, flacons d'un mois : 4 statine, 4 placebo, 4 vides (Howard et al., 2021).

Ce que le placebo a appris aux médecins

Neuf dixièmes des symptômes ressentis sous statine l'étaient aussi sous placebo : la douleur est réelle, sa cause n'est pas toujours le comprimé, et la moitié des participants ont repris leur traitement.

Ce que cet essai montre, c'est que la plus grande part de ce que les participants ressentaient sous statine, ils le ressentaient aussi sous placebo : environ neuf dixièmes, un rapport que les auteurs appellent le ratio nocebo, mesuré à 0,90. La majorité des symptômes causés par les comprimés de statine étaient, écrivent-ils, un effet nocebo.

90 %

Part des symptômes sous statine ressentie aussi sous placebo (ratio nocebo 0,90)

Schéma de principe

Howard et al., JACC 2021 (essai SAMSON)

Image du film · chapitre 7

Cela ne veut pas dire que la douleur est imaginaire. Elle est bien là ; on la sent dans les jambes en montant l'escalier. Cela veut dire que l'attente, la peur du médicament et l'attention portée au corps produisent une douleur réelle, et qu'un comprimé sans molécule suffit à la déclencher. Six mois après l'essai, trente des soixante participants, la moitié, avaient repris leur statine.

Léa Wauquier, pharmacienne, a raison de dire que ces arrêts prématurés sont une perte de chance dans la prévention cardiovasculaire ; l'essai dit pourquoi ils ne sont pas une fatalité. Une personne qui a arrêté son comprimé à cause de ses cuisses douloureuses n'a pas été trompée par son corps : elle a ressenti ce que l'attente produit. Savoir cela ne retire pas la douleur, mais cela change ce que l'on peut en faire, et c'est une information à apporter, telle quelle, à la conversation avec le prescripteur.

L'IDÉE REÇUE CORRIGÉE

« Si j'ai mal, c'est la molécule. » Dans SAMSON, 90 % des symptômes ressentis sous statine l'étaient aussi sous placebo (ratio nocebo 0,90). La douleur est réelle ; sa cause n'est pas toujours le comprimé. Six mois plus tard, 30 participants sur 60 avaient repris leur statine (Howard et al., 2021).

La piste de la coenzyme Q10, une hypothèse

La chaîne que la statine freine fabrique aussi la coenzyme Q10 ; pour la pharmacienne, c'est une origine possible des crampes ; pour le praticien, le lien n'est pas direct et le dosage sanguin peu fiable.

Il reste une piste que la pratique intégrative connaît bien, et c'est une hypothèse. La chaîne que la statine freine ne fabrique pas seulement du cholestérol : elle fabrique aussi la coenzyme Q10, dont les muscles se servent pour produire leur énergie. Léa Wauquier, pharmacienne, le rappelle : en bloquant cette enzyme, on bloque également la formation de la coenzyme Q10, ce qui pourrait être à l'origine des crampes ou douleurs musculaires ressenties sous statines.

Bloquer l'enzyme, c'est aussi bloquer la coenzyme Q10.

A retenir

Image du film · chapitre 8

Le Dr Éric Ménat, médecin généraliste, est plus prudent. Les douleurs, dit-il, ne sont pas liées directement à la coenzyme Q10, mais les statines peuvent la faire baisser, ce qui peut potentiellement augmenter certaines douleurs ; et le dosage sanguin de cette coenzyme n'est pas très fiable. Il n'a pas d'avis tranché, ne la recommande pas systématiquement, et ne trouve pas choquant qu'un médecin en prescrive à une personne sous statine.

Face à l'essai SAMSON, où neuf dixièmes des symptômes relevaient de l'effet placebo, cette piste garde une place, et une seule : une hypothèse pour une part de ce qui reste, une fois l'effet placebo retiré, et non une explication de tout. C'est ainsi que le film la présente, et c'est ainsi qu'elle peut figurer dans vos questions : non pas « la Q10 va-t-elle enlever mes douleurs ? », mais « qu'est-ce qui, dans mes douleurs, ne s'explique pas par l'attente ? ».

HYPOTHÈSE ET PRUDENCE

L'hypothèse (Léa Wauquier) : même enzyme, coenzyme Q10 en baisse, une origine possible des crampes. La prudence (Dr Éric Ménat) : douleurs pas liées directement à la Q10, dosage sanguin peu fiable, pas de recommandation systématique.

Le diabète, un risque réel et petit

Sur treize essais et 91 000 participants suivis quatre ans, le risque de diabète augmente de 9 % en relatif; en absolu, un cas en plus pour 255 personnes traitées pendant quatre ans.

Il y a un autre coût, moins connu, et il a ses chiffres. Une méta-analyse publiée en 2010 par Sattar et ses collègues a rassemblé treize essais et 91 140 participants, suivis quatre ans en moyenne, pour compter les diabètes apparus sous statine et sous placebo. Le risque de diabète était augmenté de 9 % en relatif. En absolu, il fallait traiter 255 personnes pendant quatre ans pour observer un cas de diabète en plus.

Faible, en valeur absolue, comparé aux accidents évités.

À retenir

Image du film · chapitre 9

Les auteurs jugent ce risque faible, en valeur absolue et comparé à la réduction des accidents coronaires. Léa Wauquier, pharmacienne, le relie à la même enzyme et à une insulino-résistance qui s'installerait à long terme; c'est plausible. Mais ce qui compte pour vous, c'est l'ordre de grandeur : un cas pour 255 personnes, à mettre en face des accidents évités.

Reprenez la méthode du chapitre sur l'absolu. Pour mille personnes traitées pendant quatre ans, un cas pour 255 personnes fait environ quatre diabètes en plus. Pour mille personnes à bas risque traitées cinq ans, chaque millimole de LDL en moins en épargne environ onze d'un accident vasculaire majeur, d'après le groupe des Cholesterol Treatment Trialists. Ce ne sont pas deux événements de même poids ni de même durée, et le livret ne les additionne pas; il les pose côte à côte, comme on le fait en consultation, pour que la balance se lise en personnes et non en pourcentages.

RELATIF, ABSOLU, ENCORE

+9 % de diabète en relatif ; 1 cas en plus pour 255 personnes traitées pendant 4 ans en absolu ; 13 essais, 91 140 participants (Sattar et al., 2010). Faible, en valeur absolue et comparé aux accidents coronaires évités, écrivent les auteurs.

Baisser un marqueur, ce n'est pas traiter la cause

« Je ne suis pas anti-statine », écrit le Dr Éric Ménat, mais prendre une statine, ce n'est pas faire le travail : elle baisse un marqueur sans baisser la vraie cause.

Faut-il la prendre, alors ? Le film fait sienne la position que le Dr Éric Ménat, médecin généraliste, écrit depuis des années : je ne suis pas anti-statine. Il ajoute aussitôt que prendre des statines, ce n'est pas faire le travail. Le vrai problème des statines, selon lui, est qu'elles font baisser un marqueur sans faire baisser la vraie cause, et qu'en plus, elles vous laissent le droit de mal manger.



Image du film · chapitre 10

C'est là que le regard intégratif se sépare de l'ordonnance seule. Les essais mesurent ce que fait le comprimé, une ligne qui descend d'environ 30 % d'après l'Inserm et des accidents en moins selon le risque de départ. Ils ne mesurent pas ce que font une assiette qui change, une marche tenue ou un tabac que l'on arrête ; or ces gestes-là agissent sur la paroi des artères, pas seulement sur une ligne, et le film qui leur est consacré, dans la même collection, en donne l'ampleur.

Prenez une personne qui, l'ordonnance en poche, continue le plateau de fast-food, ne marche pas et fume. Sa ligne LDL descendra ; sa paroi d'artère, elle, continuera de recevoir la fumée et le reste. Une autre, sans changer d'ordonnance, transforme son assiette et ses trajets : la ligne descend moins, et la cause bouge. Le comprimé peut avoir sa place, surtout après un accident ; il ne remplace aucun des trois gestes, et c'est en cela qu'il n'est jamais, à lui seul, la réponse.

CE QU'IL FAIT, CE QU'IL NE FAIT PAS

Le comprimé : baisse la ligne LDL, réduit les accidents selon le risque de départ. Ce qu'il ne fait pas : changer l'assiette, faire marcher, éteindre la cigarette (Dr Éric Ménat). Une place possible, jamais toute seule.

Pour qui, alors ? Le risque de départ décide

Avant tout accident, les recommandations françaises réservent la statine aux personnes à haut risque, après l'hygiène de vie; la baisse relative étant la même pour tous, le nombre épargné dépend du risque de départ.

Reste à savoir pour qui. Léa Wauquier, pharmacienne, renvoie aux recommandations françaises, qui réservent la statine, avant tout accident, aux personnes à haut risque cardiovasculaire, et après les mesures d'hygiène de vie. La revue Cochrane sur la prévention primaire, publiée en 2013 par Taylor et ses collègues, rassemble dix-huit essais et 56 934 participants sans maladie cardiaque connue : elle trouve 14 % de décès en moins en relatif, et un quart d'accidents cardiovasculaires en moins.

Même baisse relative pour tous. Le nombre dépend du risque de départ.

A retenir

Image du film · chapitre 11

Mais la baisse relative est à peu près la même pour tous, environ un cinquième par millimole de LDL en moins d'après le groupe des Cholesterol Treatment Trialists, quels que soient l'âge, le sexe, le LDL de départ ou un accident antérieur. Le nombre de personnes épargnées dépend donc de votre risque de départ : environ onze pour mille sur cinq ans quand il est bas, beaucoup plus quand il est haut ou après un accident.

Votre question au médecin n'est donc pas de savoir si la statine marche : elle marche. La question est de combien, pour vous, et avec quoi à côté. Le carnet vous fait poser votre risque de départ, tel qu'un score le donne, le convertir avec la baisse relative des essais en un nombre de personnes sur mille, et écrire ce que vous mettez à côté. Une personne à bas risque et une personne qui sort d'un infarctus arrivent en consultation avec la même méthode et n'en tirent pas la même réponse; c'est ce que le film voulait rendre lisible.

POUR QUI, SELON LES SOURCES

Avant tout accident : aux personnes à haut risque cardiovasculaire, après les mesures d'hygiène de vie (recommandations françaises citées par Léa Wauquier). Prévention primaire : -14 % de décès, -25 % d'accidents cardiovasculaires en relatif, 18 essais, 56 934 participants (Cochrane, 2013).

Une ordonnance, et une question qui reste la vôtre

Vous savez ce que fait le comprimé, ce qu'il vaut, ce qu'il coûte et ce qu'il ne fait pas : la conversation peut reprendre, ces chiffres sur la table, avec une question qui vous appartient.

Revenez à l'ordonnance, et au mot toujours. Vous savez ce que fait ce comprimé : il freine une enzyme du foie, la ligne LDL descend d'environ 30 % d'après l'Inserm, et les accidents baissent d'environ un cinquième par millimole de LDL en moins, en relatif, d'après les Cholesterol Treatment Trialists. Ramené à des personnes, cela fait quelques cas évités pour mille traités quand le risque est bas, onze sur cinq ans dans les essais, et beaucoup plus après un accident.



Image du film · chapitre 12

Vous savez ce qu'il coûte : des douleurs réelles dont neuf dixièmes, dans l'essai SAMSON, se retrouvaient sous placebo, et un diabète en plus pour 255 personnes traitées pendant quatre ans. Vous savez ce qu'il ne fait pas : changer l'assiette, faire marcher, éteindre la cigarette. Et vous savez que la même baisse relative n'épargne pas le même nombre de personnes selon le risque de départ.

La conversation avec votre cardiologue ou votre médecin peut reprendre, ces chiffres sur la table. Le carnet qui suit les rassemble ligne par ligne, vous fait refaire le passage du relatif à l'absolu sur votre propre risque, et prépare les questions à poser. La question de départ était « faut-il la prendre toujours ? ». Celle que vous emportez est plus précise, et elle est la vôtre : de combien, pour moi, et avec quoi à côté ?

Les mots du film

HMG-CoA réductase

L'enzyme clé de la chaîne qui fabrique le cholestérol dans le foie. C'est elle que la statine freine ; la même chaîne produit aussi la coenzyme Q10.

Risque relatif

La comparaison de deux groupes : de combien, en proportion, le groupe traité a fait moins d'accidents que l'autre. -22 % par millimole de LDL en moins (CTT, 2010). Il ne dit pas combien de personnes sont concernées.

Effet nocebo

Des symptômes réels produits par l'attente, la peur d'un médicament et l'attention portée au corps, déclenchés par un comprimé sans molécule. Ratio de 0,90 dans SAMSON : neuf dixièmes des symptômes sous statine l'étaient aussi sous placebo.

Coenzyme Q10

Une molécule fabriquée par la même chaîne que le cholestérol, dont les muscles se servent pour produire leur énergie. Sa baisse sous statine est une hypothèse pour une part des douleurs, pas une explication de tout.

Millimole par litre

L'unité des essais pour le LDL. Une millimole de LDL en moins par litre est à peu près ce qu'une statine ordinaire obtient (différence moyenne de 1,08 mmol/L dans les essais du CTT, 2012).

Risque absolu

La différence, en points ou en personnes sur mille, entre le groupe traité et le groupe non traité sur la durée d'un essai. -1,3 % d'infarctus, soit 13 pour 1 000 (Byrne et al., 2022).

Prévention primaire, secondaire

Primaire : avant tout accident cardiovasculaire, quand le risque de départ est plus bas. Secondaire : après un infarctus ou un AVC, quand il est élevé et que la statine est prescrite systématiquement contre la récurrence (Inserm).

Méta-analyse

Une étude qui rassemble plusieurs essais pour en tirer un résultat d'ensemble : 26 essais pour le CTT de 2010, 21 pour Byrne et al., 13 pour Sattar et al., 18 pour la revue Cochrane.

À vous

Un stylo, votre dernier bilan, et, si vous l'avez, le risque que le médecin ou le cardiologue a lu sur une grille. La première grille pose les chiffres du film ligne par ligne, avec une colonne pour ce qu'ils disent dans votre situation. Le calcul guidé refait le passage du relatif à l'absolu, d'abord sur l'exemple des essais, puis sur votre propre risque. La liste rassemble ce que vous mettez à côté du comprimé et ce que vous apportez, et la dernière page prépare les questions du rendez-vous.

Les chiffres du film, ligne par ligne

Relatif : le groupe traité comparé au groupe non traité. Absolu : combien de personnes, sur mille, ont évité l'évènement sur la durée des essais. La dernière colonne est à vous.

CE QUE L'ON MESURE	RELATIF	ABSOLU	SOURCE	CE QUE ÇA DIT POUR MOI
Baisse de la ligne LDL	-30 % environ		Inserm	
Infarctus, gestes coronaires, AVC	-22 % par mmol/L		CTT 2010, 26 essais	
Mortalité toutes causes	-10 % par mmol/L		CTT 2010	
Infarctus	-29 %	-1,3 % : 13 pour 1 000	Byrne 2022, 21 essais	
AVC	-14 %	-0,4 % : 4 pour 1 000	Byrne 2022	
Décès	-9 %	-0,8 % : 8 pour 1 000	Byrne 2022	
Risque bas (à 5 ans sous 10 %)	un cinquième par mmol/L	11 pour 1 000 sur 5 ans	CTT 2012	
Symptômes musculaires	8 / 16 / 15 sur 100	9/10 aussi sous placebo	SAMSON, Howard 2021	
Diabète	+9 %	1 cas pour 255 sur 4 ans	Sattar 2010	
Décès, prévention primaire	-14 %		Cochrane 2013, 18 essais	

Les cases vides sont celles que les sources ne donnent pas en absolu. Une millimole par litre de LDL en moins est à peu près ce qu'une statine ordinaire obtient dans les essais (CTT 2012).

Du relatif à l'absolu, sur mon risque

Le calcul tient en quatre lignes. Faites-le d'abord avec les chiffres des essais, puis avec les vôtres : votre risque de départ est celui qu'un score ou votre médecin vous a donné, sur la durée qu'il indique.

1 Le risque de départ

La part des personnes comme vous qui feraient un accident sans traitement, sur une durée donnée. Dans le groupe à bas risque des Cholesterol Treatment Trialists, il était inférieur à 10 % sur cinq ans. Écrivez le vôtre : _____ % sur _____ ans.

2 La baisse relative

Celle des essais : un peu plus d'un cinquième d'accidents en moins par millimole de LDL en moins (CTT, 2010), à peu près la même pour tous. Exemple de Byrne et al. : -29 % d'infarctus.

3 La baisse absolue

Risque de départ × baisse relative. Dans Byrne et al., cela donne 1,3 % d'infarctus en moins sur la durée des essais. Pour vous : _____ % × un cinquième ≈ _____ points de risque en moins.

4 Pour mille personnes

Multipliez la baisse absolue par dix : 1,3 % font 13 personnes sur 1 000 (Byrne et al.) ; 11 pour 1 000 sur cinq ans dans le groupe à bas risque (CTT, 2012). Pour vous : _____ personnes sur 1 000, sur _____ ans.

5 En face, le coût

Un cas de diabète en plus pour 255 personnes traitées pendant quatre ans (Sattar et al., 2010), soit environ 4 pour 1 000. Des symptômes musculaires dont neuf dixièmes se retrouvaient sous placebo (SAMSON). Posez les deux colonnes côte à côte, sans les additionner.

6 À côté du comprimé

Ce que les essais ne mesurent pas : l'assiette, la marche, le tabac, qui agissent sur la paroi des artères. Écrivez ce que vous mettez à côté, quoi que vous décidiez pour le comprimé.

Ce que je mets à côté, et ce que j'apporte

Cochez ce qui est prêt pour le rendez-vous, et entourez ce que vous mettez en place quoi qu'il arrive.

- ☐ Mon risque de départ, tel qu'un score ou mon médecin l'a donné, avec sa durée : cinq ans, dix ans
 - ☐ Ma situation : avant tout accident, ou après un infarctus ou un AVC ; le calcul n'est pas le même
 - ☐ Ma ligne LDL avant traitement, et celle d'après si je le prends déjà : environ -30 % attendus (Inserm)
 - ☐ Le calcul de la page précédente, rempli : personnes épargnées sur 1 000, sur la durée
 - ☐ En face : 1 cas de diabète pour 255 personnes en quatre ans (Sattar et al., 2010)
 - ☐ Si j'ai des douleurs : depuis quand, où, et ce que je sais de l'effet nocebo mesuré par SAMSON
 - ☐ La coenzyme Q10 telle que le film la pose : une hypothèse pour ce qui reste, pas une explication de tout
 - ☐ Ce que je change dans l'assiette, quoi que je décide pour le comprimé
 - ☐ Mon trajet quotidien à pied, et sa durée
 - ☐ Ma situation tabac, dite sans arrondir
 - ☐ La position du film, en une ligne : une place possible, surtout après un accident, jamais toute seule
 - ☐ La question à poser en premier : de combien, pour moi, et avec quoi à côté ?
-

Les questions du rendez-vous

Écrivez chaque question avec vos mots, puis, après le rendez-vous, la réponse que vous avez comprise, en personnes sur mille plutôt qu'en pourcentages.

De combien, pour moi ? Sur mille personnes dans ma situation, combien évitent un accident grâce au comprimé, et sur combien d'années ?

Sommes-nous avant ou après un accident, et qu'est-ce que cela change au nombre de personnes épargnées ?

Si j'ai des douleurs musculaires : qu'est-ce qui, dans mes douleurs, ne s'explique pas par l'attente, et comment le savoir ?

Quel est mon risque de diabète avec et sans le comprimé, en personnes sur mille plutôt qu'en pourcentage ?

Qu'est-ce que je mets à côté du comprimé, et qu'est-ce que l'on remesure, dans combien de temps ?

Ce que le film cite

1. CTT Collaboration, Lancet 2010 — Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol (meta-analysis of 26 randomised trials)
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21067804/
2. CTT Collaboration, Lancet 2012 — The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease (27 randomised trials)
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22607822/
3. Taylor et al., Cochrane Database Syst Rev 2013 — Statins for the primary prevention of cardiovascular disease
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23440795/
4. Byrne et al., JAMA Intern Med 2022 — Evaluating the Association Between LDL-C Reduction and Relative and Absolute Effects of Statin Treatment (meta-analysis)
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35285850/
5. Wood et al., N Engl J Med 2020 — N-of-1 Trial of a Statin, Placebo, or No Treatment to Assess Side Effects (essai SAMSON)
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33196154/
6. Howard et al., J Am Coll Cardiol 2021 — Side Effect Patterns in a Crossover Trial of Statin, Placebo, and No Treatment (essai SAMSON)
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34531021/
7. Sattar et al., Lancet 2010 — Statins and risk of incident diabetes: a collaborative meta-analysis of randomised statin trials
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20167359/
8. Inserm — Dossier Athérosclérose
www.inserm.fr/dossier/atherosclerose/

Les chiffres viennent des études citées ci-dessus, dans leur unité, la mmol/L ; les positions citées sont celles des praticiens nommés dans le texte.

D'APRÈS LES TRAVAUX DE

1. Dr Éric Ménat
médecin généraliste
2. Léa Wauquier
pharmacienne



Ce livret accompagne le film « Statines : ce qu'elles font, ce qu'elles coûtent », collection Le cœur, autrement. Le film, ses chapitres, sa transcription et ses sources sont sur www.prana-sante.tv/episode/statines-ce-quelles-font.

Édition du 19 septembre 2026 · livret v1