

ETUDE JUPITER, une arnaque à 10 dollars !

DE L'ESPRIT DES LOIS

Sur le principe, tout le monde s'accorde à reconnaître que le but d'une publicité n'est pas d'informer mais de vendre. Il y a bien des lois sur les publicités mensongères, mais elles ne protègent que les gens simples des charlatans de bas étage. Les autres ne mentent pas, ils suggèrent, raisonnent et vous laissent conclure...en hommes (ou femmes) intelligents, bien entendu. Ils n'auraient jamais pensé qu'on puisse mal interpréter leurs informations si soucieuses de rigueur...

Il y a longtemps que l'on sait tout ce qu'on peut faire dire aux statistiques. Comme disait Churchill (je crois), du plus simple au plus subtil, il y a le mensonge, le mensonge par omission et les statistiques. L'avantage avec les statistiques, c'est qu'il est pratiquement impossible d'en faire une critique objective à moins d'y passer un temps dissuasif. Comment y voir clair ?

Quand un magicien fait disparaître sa compagne devant vous ou la fait s'élever au-dessus du sol par des paroles incantatoires, vous savez bien qu'il y a un truc que vous n'arriverez probablement pas à découvrir, mais vous ne croyez pas pour autant à la magie (du moins je l'espère !)

Les médecins sont des gens intelligents (en général), et de plus en plus, ils ont besoin de preuves. L'autorité du grand patron a fait long feu car la médecine se renouvelle sans cesse après la sortie de la fac.

L'argument d'autorité moderne, c'est la dernière étude présentée par un petit patron à la solde des laboratoires, parce que lui, contrairement à vous, est payé pour ça et que les laboratoires sont passés maîtres dans l'art de l'illusion scientifique.

La solution passe bien entendu par une réforme des structures, pas par un changement des hommes !

Nous savons depuis le XVIII^e siècle (Montesquieu : De l'esprit des lois (1748)) que la séparation des pouvoirs (législatif, exécutif et judiciaire), constitue le fondement de toute démocratie. L'homme étant ce qu'il est, tout cumul aboutit obligatoirement à une perversion de la gouvernance.

En médecine, ce sont les mêmes universitaires, (fonctionnaires ?), par ailleurs promus par cooptation collégiale, (l'instinct grégaire favorise le copinage, ce qui évite les brebis galeuses et facilite les successions familiales) qui énoncent les recommandations de bonne pratique et qui sont payés par les laboratoires pour faire la promotion de leurs produits !

Où est l'erreur ?

En attendant que les temps changent (on peut rêver), le moins qu'on puisse faire est de rester critique envers tous ces magiciens de talents qui suscitent trop souvent notre respect et notre admiration.

Le magicien de l'année

Le magicien de l'année a été sans nul doute, le Docteur **Paul RIDKER**. (Je parle seulement de médecine, parce que côté finance, **Bernard MADOFF** n'était pas mal non plus !)

Ce prestigieux cardiologue américain a mis au point une méthode brevetée pour doser la CRP « ultra sensible ». Il touche donc des royalties à chaque fois que vous faites doser la « CRP US », la seule qui soit valable, croyez le, c'est un spécialiste qui vous le dit !

Par ailleurs, il a convaincu le laboratoire ASTRA, (qui comme chacun sait a fait fortune dans la margarine, mais qui, pour se racheter, peut faire baisser votre cholestérol), qu'il pouvait prouver que son produit, le CRESTOR, aurait un effet miraculeux, quelque soit le niveau de cholestérol, bas de préférence, pourvu que la CRP soit élevée quand dosée par la méthode RIDKER !

Vous imaginez qu'après deux études négatives sur le CRESTOR (CORONA et GISSI) l'occasion était inespérée pour le laboratoire ASTRA d'être secouru par ce grand spécialiste. Ce labo avait grand besoin de beurre dans ses épinards, et non plus de margarine.

Il s'est donc donné les moyens – considérables – pour sponsoriser dans ses moindres détails cette **étude gigantesque**.

☑ Quand on veut mettre en évidence l'effet d'un médicament vraiment efficace, il suffit de quelques centaines de malades pour le démontrer. La différence avec le placebo se voit vite.

☑ Quand l'effet est plus marginal, moins évident, il faut y mettre le prix et trouver des effets multiples et divers, mais jugés comme bénéfiques pour fabriquer un critère composite qui atteindra la significativité si la population étudiée est suffisamment grande (on augmente ainsi la puissance de l'étude tout en élargissant le champ).

❖ Ainsi, les études sur les statines rassemblaient souvent plus de 4 000 patients dans des régions particulièrement exposées pour arriver à démontrer quelque chose. Et quand les bénéfices n'étaient plus que des queues de cerises, il en fallait même le double !

❖ Pour montrer que le Plavix faisait mieux que l'aspirine, il a fallu réunir 19 000 patients dans l'étude CAPRI pour atteindre juste le seuil de significativité dans un facteur composite. C'est dire que ce n'était pas évident.

Il faut se méfier des argumentaires fallacieux : Quand un labo vous vante une étude parce que la population étudiée a été très importante, il vous la fait passer comme une étude très convaincante, assimilable à une certitude scientifique. La réalité est que s'il a dû réunir tant de monde pour montrer un résultat, c'est que ce résultat est marginal et donc de médiocre intérêt. La probabilité pour que le bénéfice constaté soit dû au hasard est simplement mesuré par le fameux « petit p » quelque soit la taille de la population.

Par contre, avec une étude puissante, vous arrivez à démontrer des choses absolument sans intérêt: Si vous enleviez les ailes à une mouche, elle serait certainement moins lourde que sa congénère, mais ce serait quasiment indiscernable. Par contre, si vous en preniez 17 802 et que vous compariez deux groupes avec et sans les ailes, vous trouveriez peut-être une différence significative (je n'ai pas fait l'expérience), sans pour autant que ce soit ça qui charge la barque!

Dans l'étude JUPITER, on n'a pas lésiné : 80 000 patients ont été contactés et 18 000 retenus parce que leur taux de CRP était jugé pathologique. La moitié a reçu 20 mg de CRESTOR, ce qui fait baisser le cholestérol de façon considérable compte tenu de la dose, mais ne nous affolons pas, ça n'a pas duré longtemps : L'étude qui devait durer 5 ans a été arrêtée après 1,9 année **«en raison d'une amélioration significative des bénéfices sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaire »**

(C'est le comité d'éthique « indépendant » qui le dit !)

Regardons ça de plus près :

Comme je l'ai déjà dit dans d'autres analyses, l'arrêt des études pour des prétextes « d'éthique » a été mis à la mode avec un grand succès par le laboratoire PFIZER. Ça évite de mettre en évidence trop d'effets indésirables et un comité d'éthique coûte moins cher que de mener une étude à sa fin.

☞ En l'occurrence, dans JUPITER, le protocole initial de l'étude qui avait été acceptée, était rigoureux (Protocole conçu pour démontrer une hypothèse : (hypothesis-driven trial)) et devait durer 5 ans.

☞ Mais elle a été modifiée secondairement pour devenir une étude « event-driven trial » qui consiste à adapter le protocole en fonction des événements. Elle devait s'arrêter après 520 événements réputé majeurs.

☞ Mais cela non plus n'a pas été respecté :

Dans les faits, non seulement ce nombre n'a pas été atteint et de loin (selon ce qu'on appelle majeur, on peut en décompter 240 ou 393 !) mais la présentation des résultats montre qu'on est bien en pleine supercherie.

Critères de jugement	Patients avec événements, rosuvastatine (n=8901)	Patients avec événements, placebo (n=8901)	Risque relatif (95% CI)	p
Critère de jugement primaire*	142	251	0.56 (0.46-0.69)	< 0,00001
IDM non mortels	22	62	0.35 (0.22-0.58)	< 0,00001
IDM mortels et non mortels	31	68	0.46 (0.30-0.70)	0,0002
AVC non mortels	30	58	0.52 (0.33-0.80)	0,003
AVC mortels et non mortels	33	64	0.52 (0.34-0.79)	0,002
Revascularisation	71	131	0.54 (0.41-0.72)	< 0,0001
Hospitalisation pour angor instable	16	27	0.59 (0.32-1.10)	0,09
IDM, AVC, ou mortalité de cause cardio-vasculaire	83	157	0.53 (0.40-0.69)	< 0,00001
Mortalité toutes causes	198	247	0.80 (0.67-0.97)	0,02

Cherchez dans ce tableau où sont les bénéfices sur la mortalité cardio-vasculaire qui a justifié à grand tapage l'arrêt prématuré de l'étude en mars 2008 :

Vous ne les voyez pas, parce qu'ils n'y figurent pas. Mais vous pouvez les calculer :

🍏 Les infarctus mortels, c'est la différence entre tous les infarctus et ceux qui ne sont pas mortel ! (Fallait y penser) Il y en a eu 9 sous Rosa et 6 sous placebo.

🍏 Pour les AVC, c'est pareil pour le calcul. 3 sous Rosa, 6 sous placebo.

Au total, la mortalité cardio-vasculaire s'élève à 12 de chaque côté, strictement identique.

Où est donc le **bénéfice sur la mortalité cardio-vasculaire** qui a fait arrêter l'étude ?

Il n'y en a aucun.

Pour bien comprendre, mettons-nous à la place du Dr Ridker :

Comme on vous l'a dit plus haut, il suit les événements avec attention puisque l'étude est devenue « event-driven trial » après que les soucis de rigueur se soient progressivement effacés devant des impératifs de pragmatisme économique qui auront fort besoin de l'alibi de l'éthique et d'un jargon scientifique incompréhensible au commun des cardiologues de préférence.

Il n'a pas manqué de remarquer qu'il y avait autant de morts cardio-vasculaires des deux côtés, et **il a de bonnes raisons d'être inquiet :**

Qu'il y ait moins d'AVC sous forte dose de statine, ce n'est pas un scoop puisque l'étude SPARCL avait déjà montré qu'avec 80 mg de Tahor, on avait un peu moins d'AVC, moyennant il est vrai une mortalité totale supérieure dans le groupe traité en prévention secondaire ! (mais ça, on peut oublier de le dire, comme l'a fait le Pr ARAMENCO, neurologue qui a fait la promotion de l'étude en France, pour le compte de Pfizer!)

Ce qui l'inquiète, c'est que **le marché des statines, c'est essentiellement les infarctus**. C'est le fond de commerce et la vitrine du cardiologue. Or en y regardant de près, on voit que bien que si notre statine diminue considérablement le nombre des infarctus (pris au sens large du terme), elle n'empêche que la mortalité (par infarctus) augmente de 50%. Pour l'instant, ce n'est pas significatif, ce n'est qu'une « tendance », mais cela peut-il se confirmer ?

Pour tous les cardiologues qui ont été correctement conditionnés par le miracle des statines, c'est absolument impossible, c'est un pur effet du hasard qui ne se serait pas confirmé pas si on avait continué l'étude.

Mais le cardiologue Paul RIDKER, lui, n'est ni un âne ni un mouton. Il sait bien que l'effet des statines se limite aux coronaires et que dans l'insuffisance cardiaque, l'action toxique sur le muscle prédomine sur l'action protectrice sur les artères. C'est ce qu'a démontré l'étude CORONA, avec le CRESTOR justement. Or de quoi meurent les infarctus sinon d'une défaillance cardiaque ?

Le Docteur Paul RIDKER sait bien que la « tendance » a toutes les chances de se confirmer car sa logique saute aux yeux d'un expert comme lui !

On en est à peu près à la moitié des événements prévus: 9 et 6 infarctus sur une telle population ce n'est pas significatif, heureusement. Mais extrapolons pour faire une simulation. Supposons qu'on continue d'autant et que l'incidence

des événements se maintienne à l'identique : Nous aurons respectivement 18 et 12 infarctus mortels.

J'ai fait le calcul :

La différence est significative : ($p < 0,03$) en doublant seulement le temps et les événements obtenus en 1,9 année sur une étude qui aurait dû durer 5 ans!

La conclusion qui s'imposera alors serait la suivante :

Prenez de fortes doses de statine comme du Crestor, (quelque soit votre profil) : Vous aurez moins de chance de faire un infarctus, mais 50% de chance de plus d'en mourir !

Vous comprenez maintenant pourquoi il y avait le feu à la maison ?

Examinons maintenant les moyens de se tirer de ce mauvais pas :

Il est clair qu'on ne peut pas prendre le risque de continuer l'étude et de démontrer que notre produit augmente la mortalité par infarctus ! Néanmoins, il faut de bonnes raisons pour arrêter une étude. « Mortalité » est un terme indispensable, tant pis s'il s'applique au groupe placebo, réputé en bonne santé ! Mais c'est du marketing, pas de la science.

Quand on a compris ça, tout s'éclaire. Dans une étude d'une telle ampleur contrôlée à 100% par le sponsor, il est certain que tous les moyens ont été employés pour obtenir des résultats. Je vous renvoie à la critique qu'en a faite Michel de LORGERIL⁽³⁾ sur son blog pour mettre en évidence les incohérences épidémiologiques. Pas beaucoup de morts finalement, mais que d'accidents « graves » non mortels dans le groupe placebo ! Il y a là de quoi impressionner les journalistes et les chalands, mais nous savons bien entre cardiologues, combien sont suggestifs et cardiologue-dépendants les appellations mal contrôlées que sont AVC, infarctus non mortels ou angor instable, sans compter les décisions de revasculariser ou pas.

Déjà, dans la vraie vie, nous avons parfois des divergences d'appréciation et je tempête souvent en voyant revasculariser des patients qui n'ont jamais eu d'angor ou pire, voir mettre un stent à des patients qui avaient une coronaire droite bouchée, au risque de détruire la circulation de suppléance qui avait commencé à s'élaborer.

Imaginez un peu si les intervenants sont intéressés aux résultats d'une étude et sont des salariés du sponsor ! Il n'y a même pas besoin qu'ils soient malhonnêtes, il est même nécessaire qu'ils soient de bonne foi pour qu'on ne tombe pas dans la caricature (Mais en réfléchissant au risque de caricature, c'est peut-être ce qui est arrivé avec ces malades du groupe placebo qui se sont mis à mourir du cancer en moins de 2 ans...): Avec une population de cette ampleur, un tout petit glissement suffit pour obtenir un résultat significatif.

Mais vous me direz : « C'était une étude en double aveugle ! » Oui, sauf qu'on savait que ceux qui avaient pris la statine à une dose pareille devaient avoir le

cholestérol plus bas. Et quand ils n'ont pas le cholestérol assez bas, il vaut mieux être prudent pas vrai ? Tiens on va regarder les coronaires pour voir si il ne vaut pas mieux les ramoner et leur mettre un petit ressort ! C'est pas de la bonne médecine ça ? Puisqu'on vous dit que c'est en double aveugle !

Après l'exposé de cette année sur les études 2008, Atul PATACK (professeur agrégé maintenant, félicitations Atul !) qui avait visiblement été impressionné par cette étude, me disait dans l'escalier : « Et comment tu expliques qu'il y ait une diminution de la mortalité toutes causes confondues ? »

Je ne l'explique pas, mais je la suspecte lourdement! Nous n'avons évidemment pas toutes les données en main. On ne nous dit que ce qu'on veut bien nous dire. On sait simplement qu'un cardiologue plus intelligent que la moyenne a flairé l'opportunité de devenir milliardaire. On ne peut pas douter un instant qu'il ait mis le business avant la rigueur scientifique et qu'il ait utilisé tous les moyens possibles pour faire aboutir son projet.

(Si quelqu'un en doute, je lui paye une consultation de psychiatrie sur mes honoraires !)

Cette étude est une imposture de A jusqu'à Z mais il faudra certainement longtemps pour qu'on en démonte les mécanismes, les artifices et les supercheries (à supposer qu'on y arrive). Probablement plus de temps qu'il n'en faudra pour que le CRESTOR (qui est candidat à la succession du TAHOR), en arrive à son tour à être génériqué. Il y aura belle lurette alors, que le laboratoire ASTRA aura accompli son retour sur investissement... Et que Paul RIDKER sera milliardaire ! En attendant, l'illusion est menée de main de maître et tous les marchands de statines ont déjà pris leur bâton de pèlerin pour prêcher qu'il fallait continuer de donner des statines à tous le monde au long cours : ça empêche de mourir, toutes causes confondues !

On ne sait pas de quoi sont morts ceux qui prenaient le placebo, on ne sait pas comment on les a recruté et encore une fois, avec une population aussi nombreuse, un tout petit biais peut faire pencher la balance.

Le professeur Nicolas DANCHIN, sponsorisé par ASTRA, est venu à la Réunion pour nous présenter cette étude JUPITER. J'en ai profité pour lui demander de quoi étaient morts les patients du groupe placebo puisqu'ils nous avait déclaré d'un air enthousiaste, qu'enfin, voilà une étude qui montre une « diminution significative de la mortalité totale » !

J'avais pris soin auparavant de rappeler que la mortalité cardiovasculaire était strictement la même dans les deux bras, ce qu'il avait oublié de dire...

- « *Il y aurait eu plus de cancers* » a t-il répondu, gêné, puis : « *Mais je pense que c'est dû au hasard !* »

Ainsi, suivez bien le raisonnement :

Le laboratoire annonce que l'essai est arrêté en raison d'un effet suffisamment concluant sur la morbidité et la mortalité cardio-vasculaire :

(Ci-dessous copier-coller de l'annonce)

« JUPITER halted: Rosuvastatin significantly reduces cardiovascular morbidity and mortality »

- En réalité, la mortalité cardio-vasculaire est strictement identique dans les deux bras!
- Par contre, dans le groupe placebo on découvre un nombre anormalement élevé de cancers qui sont manifestement dû au hasard (ou à un recrutement un peu biaisé, allez savoir), à moins qu'on admette que de ne pas recevoir de statine pendant 1,9 an fait mourir du cancer !

C'est sans doute ce qu'a pensé le comité d'experts « indépendants », puisqu'il a fait arrêter l'étude.

Question : Après cet arrêt soi-disant motivé par des raisons éthiques, est-ce qu'on est allé mettre sous CRESTOR tous les malades du bras placebos pour ne pas qu'ils « meurent brutalement du cancer ? »

On se moque manifestement de nous !

Qu'on arrête une étude comme ILLUMINATE où le produit testé faisait des morts à la pelle en augmentant le « bon cholestérol » (avec le Torcetrapid), c'était évidemment indispensable, mais qu'on arrête une étude parce qu'on trouve plus de cancers dans le groupe placebo en moins de 2 ans, il faut surtout s'interroger sur la façon dont on a recruté ces malades dont on voulait montrer qu'ils mourraient plus que ceux du groupe traité ! Est-ce par exemple que quelques recruteurs n'auraient pas fait trop de zèle, quand on sait que les facteurs de risque CV et ceux du cancer sont souvent les mêmes ? Et quand on sait aussi qu'ils pouvaient perdre leur job si cette étude était un fiasco ...

Bien entendu on ne le saura jamais.

« Il n'est de pires sourds que ceux qui ne veulent pas entendre, ni de pire aveugles que ceux qui ne veulent pas voir. » (Parole d'évangile !)

Il est clair que les marchands de statines et leurs comparses ne veulent ni voir ni comprendre et préfèrent trouver cette étude « très intéressante ». Mais ils comprennent bien, par contre, pour qui elle est intéressante.

Encore le French paradox

Encore un petit détail : 1315 centres médicaux de 26 pays.

Mais pas un français ! Pourquoi à votre avis cet ostracisme à l'égard de la France qu'adoptent toutes les études qui étudient les statines alors que notre pays est le bon élève par excellence des marchands de statines dont les prix n'effraye pas les bénéficiaires de la sécurité sociale?

Je vous donne mon avis:

«Les études sur les statines ne peuvent certainement pas s'extrapoler à la France!»

Mais surtout ne le répéter pas car les marchand de Statines sont parmi les plus généreux pourvoyeur de congrès et de voyage pour le corps médical enseignant ainsi que pour leurs auditeurs les plus fidèles! Manquerait plus qu'eux aussi renoncent à inonder la France. Qui payerait les indispensables congrès grâce auxquels notre formation médicale peut-être continue?

Faites l'effort de me suivre encore quelques lignes.

Regardez ce tableau :

Taux de décès avant 75 ans pour 100 000 habitants standardisé par âge et par sexe dans deux pathologies curables			
		USA	FRANCE
Hommes	Cancers	16	16
	Cardiopathies Ischémiques	48	17
Femmes	Cancers	32	32
	Cardiopathies Ischémiques	20	4

La mortalité par cardiopathies ischémiques avant 75 ans pour 100 000 habitants est de 48 pour un homme américain (ou irlandais, scandinave, britannique), et de 4 pour une française !

Le rapport est de 1 à 12 !

Ça veut dire que quand vous incluez dans une étude un américain au lieu d'une française, vous augmentez la probabilité d'obtenir une cardiopathie ischémique mortelle, non pas de 100%, ni de 200%, mais de 1 100%

(oui, **plus de mille pour cent !**) Pour les statistiques, ça change tout !

Il est absolument certain qu'aucune statine ne pourrait montrer de bénéfice significatif chez les françaises compte tenu de la raréfaction des événements qui se produiraient spontanément ! C'est pas demain qu'un labo se risquera à essayer...

Par contre, les cancers y sont plus fréquents (16 pour les américains, 32 pour les françaises), et l'augmentation (significative) des cancers « dus au hasard » dans plusieurs études pourraient y être plus importante.

Pour ce qui est de la protection cardio-vasculaire, vous n'obtiendrez rien de mieux qu'avec un placebo pour vos patientes. Mais pour autant, les effets secondaires ne leur seront pas épargnés... Ne vous trompez pas d'objectif !

Je n'ai pas manqué de poser également cette question au professeur DANCHIN à la fin de son exposé sur l'étude JUPITER :

- « *Pourquoi pas de Français à votre avis ?* »

Bien entendu, il n'avait pas envie de nous dire que les études sur les statines n'étaient pas extrapolables à la population française et il est parti sur des explications délirantes sur le profil des français et les difficultés administratives propres à notre pays. Je lui ai indiqué mon opinion :

- « *J'ai une autre explication : The french paradox* ».

- « *Non, ça je n'y crois pas : je vous ai montré sur mes diapositives que quelque soit le risque, l'amélioration était toujours la même en valeur relative et c'est ça qui compte !* »

Chaque fois qu'un conférencier se croit obligé de se réfugier dans le mensonge, il entame un discours qui n'en finit plus, pour noyer le poisson et sortir du sujet embarrassant en faisant bien comprendre qu'il serait désobligeant d'y revenir.

Je me suis pourtant senti obligé de l'interrompre :

-« *Non monsieur, je m'excuse, mais je ne suis absolument pas d'accord : Pour un patient, ce n'est pas le risque relatif aux autres qui importe, c'est bien le risque absolu !* »

On ne peut dire qu'une phrase dans ces cas là, et encore la dire vite . J'aurais pu ajouter pour l'auditoire :

-« *Quelle est l'intérêt d'avoir un risque moins élevé de 50%, si de toutes façons ce risque est négligeable ?* »

Mais monsieur DANCHIN m'a vite interrompu par une pirouette :

« *Et bien si j'étais malade, je n'irais pas chez vous, parce que vous refuseriez de me prescrire une statine ! Et sur les un pour dix mille qui pourraient en bénéficier, si c'était moi, vous me feriez perdre mes chances !* »

Sur ces mots, les organisateurs se lèvent avec grand bruit de chaises et applaudissements chaleureux, rires francs et invitation à aller manger. Tout a été dit !

Pitoyable ! Ce type d'argument est celui par lequel on cherche à encourager les gogos qui jouent au loto :

« *Vous avez une chance sur un milliard de gagner le gros lot, mais si vous le gagnez, vous serez millionnaire !* »

Une question me vient alors à l'esprit :

Personne n'ignore que la propagation des idées fausses nécessite qu'elles transitent et soient propagées par des « **idiots utiles** ⁽²⁾ ». Il est clair que cette condition n'affecte pas les brillants universitaires que sollicitent les labos. Ils sont rodés par une analyse clinique et critique quotidienne devant des étudiants qui exigent d'eux qu'ils soient exemplaires.

L'étape suivante est donc celle du praticien: vous et moi.

Chaque médecin devrait prendre conscience du mépris dont il fait l'objet, quant on tente de lui faire avaler de pareilles couleuvres!



SALUEZ L'ARTISTE.

Si vous avez apprécié le tour de prestidigitation de Paul RIDKER, si cela vous a donné des idées pour faire fortune, n'oubliez pas l'artiste.

Il vous suffit de demander un dosage de la CRT ultra sensible, ça ne vous coûte rien, c'est le malade qui paye, mais Paul RIDKER recevra quelques dollars à chaque fois, la juste rémunération de ses efforts et de son talent.

Merci pour lui !
Et Bravo l'artiste !

OU FAITES VOTRE METIER :

Par contre, si vous n'aimez pas qu'on vous mystifie, si, tout en connaissant vos limites vous n'aimez pas qu'on vous prenne pour plus idiot que vous ne l'êtes, si vous faites de la médecine pour rendre service à vos malades et non pour défendre une profession que pourrait la corruption, si vous cherchez à être rationnel dans votre pratique, rappelez-vous ceci :

L'étude JUPITER est truffée de conflits d'intérêt et de tricherie. Elle ne mérite pas d'être prise en compte, d'autant qu'elle n'a montré aucun bénéfice vital sur le pronostic cardio-vasculaire.

Par ailleurs, nous n'avons aucune preuve d'innocuité à long terme avec cette molécule. À cet égard, l'arrêt prématuré de l'étude n'est pas rassurant d'autant qu'il repose sur des prétextes totalement artificiels. Rappelez-vous de la cérivastatine qui a été retirée du commerce : c'est la même famille et cela concernait un effet de classe: L'atteinte musculaire. Or le coeur est un muscle! Soyez au moins prudent !

Rappelez-vous aussi le petit tableau plus haut : Toutes les études sur les statines qui ont démontré un petit quelque chose excluaient la France : Vous comprenez pourquoi ?

Il y a sans doute de bonnes raisons de donner des statines quand il y a un risque élevé de cardiopathie ischémique, mais seulement en l'absence de contre indication (insuffisance cardiaque) ou d'effets secondaires (Le bénéfice n'est pas si grand qu'il justifie de prolonger la vie de vos malades qui ressentent des douleurs musculaires). Et de plus, le rapport bénéfice/risque est sans doute rarement favorable chez les femmes de nos régions car aucune étude ne l'a prouvé et tout porte à croire qu'il n'y en aura jamais!

Le produit le mieux documenté dans ces cas, est le plus ancien : La simvastatine.

Peut-on retenir quelque chose de l'étude Jupiter ?

🍏 Si vous faites confiance aux chiffres publiés et que **vous craignez que votre malade meure d'un cancer** dans moins de 2 ans, vous pouvez peut-être suggérer à son médecin de lui **prescrire du Crestor...**
... mais moi j'éviterais, dans l'attente d'une étude plus convaincante!

🍏 Mais **si vous craignez qu'il fasse un infarctus** compte tenu de ses facteurs de risque, ne lui en donnez surtout pas car jusqu'à preuve du contraire, vous êtes obligé de penser que **vous augmenter la probabilité qu'il en meure, de 50% !**

Notes et références:

1- Ridker PM et al. **Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein.** N Engl J Med 2008 ; 359 : 2195-207. ([Abstract ici](#))

2- [Le blog de Jean-Daniel FLAYSAKIER](#)

Ce confrère, médecin et journaliste, faisait un compte rendu de l'étude JUPITER après l'AHA, sur son blog santé qui prolonge les informations du JT de France2, en novembre 2008. Il est apparemment libre de toute contrainte publicitaire et pourtant il a écrit ceci:

«Les chiffres sont, en effet, impressionnants puisque les infarctus, les AVC et la mortalité cardiovasculaire étaient diminués de 47 % dans le groupe recevant le médicament par rapport au groupe placebo.»

Evidemment, tout le monde croit en lisant ce texte, que le CRESTOR diminue la mortalité cardiovasculaire de 47%, c'est la signification en français de cette phrase. On voit dans les commentaires que les lecteurs n'ont retenu que ça alors que c'est totalement faux. Mettre "et" au lieu de "ou" est anodin pour un journaliste, pas pour un scientifique. Ce confrère, qui est certainement de bonne foi, joue cependant ici typiquement le rôle de l'idiot utile en faisant passer le message que voulait les gens du laboratoire, sans qu'ils puissent être eux-mêmes accusés de cette tromperie.

J'ai réagi sur son blog, mais il a trouvé ma critique injustifiée...

3- [Le blog de Michel de Lorgeril, cardiologue et chercheur au CNRS](#)

Ce chercheur connu pour ses recherches sur le régime méditerranéen et l'étude de Lyon, a réagi contre l'imposture de cette étude en décembre. Ses compétences lui ont permis une analyse des incohérences épidémiologiques de l'étude qui alimentent bien des soupçons.

CONFLITS D'INTÉRÊT

Le **Pr Danchin** a indiqué qu'il a été conférencier ou consultant pour AstraZeneca, Bayer, Bristol Myers Squibb, MSD-Schering Plough, Pfizer sanofi-aventis et Servier.