



Les statistiques médicales sont sujettes à diverses interprétations. Bien les comprendre éviterait des frayeurs inutiles.

pour des raisons politiques et commerciales. Avec des conséquences médicales et psychiques parfois redoutables.

Bonne nouvelle, on peut éviter certaines manipulations statistiques en médecine, donner du sens à des données chiffrées parfois peu claires, et utiliser cette information pour prendre les bonnes décisions. Et surtout, on peut tous sensibiliser les enfants aux statistiques de façon à les aider à résoudre des problèmes concrets.

Cela fait longtemps que la médecine se méfie des statistiques. Pendant des siècles, les thérapies se fondaient sur une confiance mutuelle plutôt que sur des données chiffrées, auxquelles on reprochait d'être impersonnelles ou peu pertinentes. Aujourd'hui encore, certains

médecins se fient davantage à leur intuition et à leur propre jugement qu'aux statistiques. De leur côté, nombre de patients préfèrent faire confiance à leur médecin plutôt que d'analyser eux-mêmes les résultats qui les concernent.

Les gens n'aiment pas les statistiques parce qu'ils ont besoin de certitude face à la maladie, tandis que les statistiques obligent à prendre des décisions sans certitude. Ainsi, une étude menée auprès de 1000 Allemands majeurs, en 2006, suggère que la plupart des gens considèrent que les tests de dépistage du VIH et les tests génétiques sont fiables à 100%, ce qui est faux.

De même, alors que la mammographie a réduit le risque de décès par cancer du sein des

► femmes cinquantenaires d'environ 5 à 4 pour 1000 en treize ans, 60% d'un échantillon aléatoire de femmes américaines pensaient que le bénéfice était 80 fois plus élevé.

Les citoyens des sociétés où la technologie est omniprésente sont confrontés à de nombreux dilemmes médicaux. Une femme enceinte âgée de 35 ans doit-elle subir une amniocentèse pour dépister une éventuelle anomalie chromosomique du fœtus, alors que cette procédure présente un risque (de l'ordre de 1%) d'entraîner une fausse couche? Doit-on vacciner les filles contre les papillomavirus humains afin de les protéger contre le cancer du col de l'utérus, alors que quelques complications ont été signalées, notamment un risque potentiel de paralysie?

Pour prendre des décisions éclairées, nous devons comprendre les statistiques médicales. En particulier, nous devons distinguer un risque absolu d'un risque relatif, et interpréter correctement la fréquence naturelle d'une maladie pour en déduire la probabilité d'en être atteints en cas de test positif. Nous devons aussi davantage nous fier aux taux de mortalité plutôt qu'aux statistiques, trompeuses, de survie à cinq ans.

RISQUES ABSOLU ET RELATIF

En octobre 1995, l'Agence de sécurité sanitaire du Royaume-Uni émit un avis selon lequel les pilules contraceptives de troisième génération doubleraient le risque de phlébite potentiellement mortelle dans les jambes ou les poumons (un caillot sanguin obstrue une veine); ce risque augmentait donc de 100%. Cette information fut transmise par courrier à 190 000 médecins généralistes, pharmaciens et directeurs de services médicaux, et sous forme de messages d'alerte dans les médias. La nouvelle émut tout le pays, et beaucoup de femmes cessèrent de prendre la pilule; l'année suivante, on compta 13 000 avortements supplémentaires en Angleterre et au pays de Galles; quelque 800 jeunes filles de moins de 16 ans eurent un enfant. Pourtant, les avortements et les grossesses augmentent le risque de thrombose dans des proportions bien supérieures à celle possiblement liée à la pilule de troisième génération.

Une telle panique aurait pu être évitée avec une meilleure information. En réalité, les données montraient qu'environ 1 femme sur 7 000 prenant une pilule de deuxième génération avait une thrombose; ce chiffre passait à 2 pour 7000 avec la pilule de troisième génération. Ainsi, l'augmentation du risque absolu (voir les Repères, page 6) n'était que de 1 pour 7000, alors que celle du risque relatif était, effectivement, de 100%.

Annoncer des risques relatifs peut provoquer des espoirs infondés, aussi bien que des inquiétudes inutiles. Nombre de patients et de médecins évaluent plus favorablement un traitement ou un test si les bénéfices correspondent à une diminution du risque relatif. En 2007, les travaux

de Judith Covey, de l'université de Durham, en Angleterre, le montraient: lorsque le bénéfice d'un médicament était présenté sous forme d'une réduction du risque relatif, 91% des généralistes danois le recommandaient à leurs patients. Mais lorsque l'information était présentée sous forme de réduction du risque absolu, seuls 63% recommandaient ce même médicament.

Les brochures d'information, les médecins, les revues médicales et les médias continuent à informer le public en termes de changements relatifs, en partie parce que les chiffres élevés attirent davantage l'attention. La confusion est encore plus grande quand on conjugue bénéfices et risques. Ainsi une publicité a affirmé que le traitement hormonal substitutif recommandé pour compenser le déficit en œstrogènes chez les femmes ménopausées «protège les femmes contre le cancer colorectal (jusqu'à plus de 50%)», tandis que le risque de cancer du sein «pourrait augmenter de 0,6%». En fait, le bénéfice relatif de 50% correspond à un nombre absolu inférieur à 6 pour 1000. En d'autres termes, moins de 6 femmes sur 1000 sont protégées du cancer colorectal par le traitement. Cela signifie que cette thérapie engendre au total plus de cancers qu'elle n'en prévient. Néanmoins, selon une étude de 2003 dans laquelle on distribuait cette brochure à 80 femmes âgées de 41 à 69 ans, 60 en avaient conclu le contraire.

Le risque absolu est plus informatif parce qu'il intègre l'information sur les proportions réelles à partir desquelles sont effectués les

LA CERTITUDE N'EXISTE PAS

Les questions à se poser quand on parle d'un risque:

De quel risque s'agit-il?

À quoi se réfère le risque: est-ce le risque de mourir d'une maladie, d'attraper une maladie ou d'en présenter les symptômes? Parle-t-on de risque absolu (la probabilité de développer une maladie durant une période de temps donnée) ou de risque relatif (le rapport entre le risque dans le groupe concerné et le risque dans un groupe témoin).

Quelle est l'échelle de temps?

On se représente plus concrètement les risques à l'horizon d'une dizaine d'années plutôt que de la vie entière.

Quelle est l'importance du risque?

Les nombres devraient être exprimés en termes absolus, ou bien sous une forme comparative, liant le risque à d'autres.

Ce risque

me concerne-t-il? Le calcul du risque repose-t-il sur l'étude d'individus au profil similaire (âge, sexe, santé...)?

L'annonce de risques relatifs peut susciter des espoirs infondés ou des inquiétudes inutiles

calculs. Du risque absolu on peut déduire le risque relatif, mais l'inverse n'est pas vrai. Une réduction de 50% du risque relatif peut décrire une diminution importante de 200 à 100 pour 10 000, ou bien minime, de 2 à 1 pour 100 000. En médecine, les résultats apportés