

164

OCTOBRE 2021

UNE PUBLICATION DE L'UNION
FÉDÉRALE DES CONSOMMATEURS
— QUE CHOISIR

2 ACTUALITÉS

Un guide sur
les antibiotiques8 SANS
ORDONNANCE

La méditation

9 TÉMOIGNAGE

"Aider quand
on a vécu la
même addiction "

10 MAL DE GORGE

Du faux miel
mis en avant

11 MISE AU POINT

Trop peu de
réadaptations
après un infarctus

12 SE SOIGNER

Entorse : éviter
les récidives

14 VOS COURRIERS

Plantes toxiques
ou comestibles ?CHIRURGIE
AMBULATOIRE
S'y préparer
au mieux

Avant
Peser
le pour et
le contre

Pendant
Éviter les
erreurs

Après
Rester
vigilant

DOSSIER
page 4

Perrine Vennetier, rédactrice en chef



Santé du monde, santé des hommes

PÉDALER CONTRE LE DIABÈTE

La pratique du vélo est associée à une diminution de la mortalité de 24 % selon une étude menée pendant 15 ans en Europe sur des diabétiques. Fait intéressant, le bénéfice était similaire pour ceux qui s'y étaient mis... en cours de route !

✉ *Jama Intern. Med.*, 19/07/21.

20 000

C'est le nombre de cas de cancers qui surviennent chaque année en France en lien avec l'alcool. Une consommation de plus de 2 verres par jour représente 6 sur 7 de ces cas.

✉ *CIRC*, 14/07/21.

Urgence ! C'est de cette manière que plus de 200 revues internationales de médecine et de santé ont appelé, dans un éditorial commun, les dirigeants mondiaux à l'action contre le réchauffement climatique. Une initiative inédite pour un enjeu majeur. Depuis une vingtaine d'années, les rapports de scientifiques confirment que, sous l'influence humaine, le climat se dérègle. Tant et si bien qu'on finit par s'y habituer, avec un certain fatalisme. Aussi ai-je hésité à en faire le sujet de cet éditorial en pensant : ça va, on sait déjà tout ça... Mais justement ! Savoir et ne pas réagir, n'est-ce pas fautif ? Dans leur tribune commune, les professionnels de santé soulignent qu'il y va de la santé de la nature comme de celle des humains. Les dérèglements environnementaux ont déjà de graves conséquences sanitaires. La mortalité due aux canicules a augmenté de 50 % chez les plus de 65 ans. Le réchauffement entraîne des pathologies rénales, des infections tropicales, des complications de grossesse, des problèmes de sous-nutrition et d'accès à l'eau ainsi que des troubles respiratoires, cardio-vasculaires et mentaux. Ces fléaux frappent plus fortement les pays et les populations les plus défavorisées. Mais comme l'a violemment montré la pandémie de Covid, la santé ne peut pas s'envisager autrement que de manière globale. Cette tribune commune le rappelle : « *Nous sommes collectivement aussi forts que le plus faible de nos membres.* » □

APPENDICE PAS SI INUTILE QUE CELA

Cet organe de quelques centimètres a longtemps été déconsidéré et retiré sans hésitation au moindre signe d'inflammation (l'appendicite). Mais l'appendice regagne en prestige depuis plusieurs années. Une étude, menée par une équipe française, soulève une piste intéressante. Il jouerait

un rôle dans notre longévité et celle d'autres animaux. En tout, 39 autres espèces de mammifères possèdent un appendice iléocæcal, dont l'ornithorynque, le lamantin ou le koala. À chaque fois, les chercheurs ont observé que la présence de cet appendice était corrélée à un allongement de la

longévité maximale de l'espèce. Sans résoudre la controverse, ils avancent plusieurs hypothèses. L'appendice serait un « *sanctuaire bactérien* », voire un réservoir immunitaire, capable par exemple de rétablir l'équilibre de la flore intestinale après une diarrhée infectieuse. ✉ *Journal of Anatomy*, 07/07/21.

INSUFFISANCE CARDIAQUE

De l'exercice, même pour les plus fragiles

Insuffisance cardiaque est une perte d'efficacité du muscle du cœur, incapable de pomper assez pour oxygénier les organes. Cette pathologie conduit à de nombreuses hospitalisations. À la sortie, l'intérêt d'un programme de réadaptation physique est mal établi pour les plus âgés et les plus fragiles. Ils sont souvent exclus des essais cliniques alors que ce sont peut-être ceux qui en ont le plus besoin. Une étude a voulu étudier

cette population avec des participants âgés de 73 ans en moyenne, affectés par plus de 4 autres maladies (hypertension, diabète...) et présentant des capacités physiques très dégradées (avec un score de 6 sur une échelle de 12). Un programme de récupération et d'entraînement physique travaillant la force, l'équilibre, la mobilité et l'endurance a été mis en place et adapté individuellement. À raison de 3 séances par semaine durant

3 mois, les participants ont vu leurs capacités s'améliorer significativement (avec +1,5 point sur le score par rapport à un groupe témoin). Il semble aussi que la dépression était amoindrie. Mais le taux de réhospitalisation n'a diminué que de manière marginale. Néanmoins, la qualité de vie et l'autonomie gagnées paraissent suffisantes pour recommander ce programme d'exercices.

✉ *NEJM*, 15/07/21.



ANTIBIOTIQUES

Un guide pour mieux les utiliser

La renégade est maintenant bien connue : les antibiotiques, ce n'est pas automatique. En dépit des multiples campagnes de communication, ils sont encore trop souvent prescrits à tort, ou trop longtemps. Cela ne fait qu'aggraver la résistance des bactéries à ces médicaments. Ce phénomène, appelé antibiorésistance, cause 5 000 décès par an rien qu'en France. En effet, dans certaines infections, les antibiotiques constituent un dernier rempart, devenu inefficace. La Haute Autorité de santé (HAS) a donc édité un guide (*Choix et durées d'antibiothérapie*) afin qu'ils soient

prescrits à meilleur escient dans les infections bactériennes les plus courantes. C'est aussi l'occasion de rappeler quelques bonnes pratiques. Par exemple, nul besoin d'antibiotiques contre une rhinopharyngite aiguë. Pour les infections urinaires, le choix du médicament se fait en fonction du risque de complications et de récidives. En tant que patient, ce guide est utile pour lever les doutes et prendre le traitement le bon nombre de jours afin d'éviter la survie de bactéries capables de résister aux prochains médicaments.

✉ HAS, 27/08/21.

ARRÊT DU TABAC IL N'EST JAMAIS TROP TARD

Le tabac est responsable de 80 % des cancers du poumon. Après le diagnostic, seul un patient sur deux arrête de fumer. C'est pourtant essentiel, comme le montre une récente étude. Plus de 500 fumeurs ont été suivis juste après leur diagnostic. Ceux qui ont

« raccroché le cendrier » ont vu leur survie globale améliorée par rapport aux autres, même 5 ans après. Dans la moitié des cas, elle était supérieure d'au moins 21 mois, soit presque 2 ans ! Ils étaient aussi plus nombreux à survivre sans rechute ou sans aggravation

du cancer. À l'inverse, les patients qui n'ont pas cessé de fumer sont décédés plus rapidement de leur cancer. Les auteurs de l'étude supposent que la fumée de tabac continue ses dégâts, voire favorise la croissance de la tumeur.

✉ Ann. Intern. Med., 26/06/21.

ALIMENTS FERMENTÉS

Des effets confirmés sur le microbiote

Y aourts, fromages frais, légumes fermentés, boissons à base de ferment (kombucha par exemple) sont riches en micro-organismes. Mais ceux-ci s'implantent-ils vraiment au sein de notre microbiote, cette faune de bactéries, levures, virus et champignons qui peuplent l'intestin ? Pour s'en assurer, une étude a soumis 18 personnes à un régime composé de ce type d'aliments durant 10 semaines. À son terme, l'analyse de leur microbiote a montré une diversification : celui-ci s'est bien enrichi de nouvelles espèces. Ceci pourrait être intéressant pour le système immunitaire qui s'affine au contact du microbiote. D'ailleurs, les taux sanguins de nombreuses protéines favorisant l'inflammation, comme les interleukines 6, ont diminué chez



Les fermentes alimentaires participent à l'immunité.

MAREPHOTO/DESIGNADOBRE STOCK

les volontaires ayant suivi ce régime. Ces résultats ne permettent pas d'affirmer que ces aliments ont des vertus thérapeutiques, telles que la capacité à prévenir le diabète comme on l'entend parfois. Mais ils montrent un impact réel. Les chercheurs entendent poursuivre leur recherche sur l'intérêt d'allier ces aliments fermentés à des aliments riches en fibres qui, elles, « nourrissent » les micro-organismes de l'intestin.

✉ Cell, 07/21.

UN SPRAY BIEN COMMODE

Le glucagon, un médicament à administrer aux diabétiques en cas d'hypoglycémie sévère, est désormais disponible sous forme de spray nasal (Baqsimi). Jusque-là, il n'existe que sous forme injectable, ce qui compliquait son administration.

✉ Prescrire, 07/21.

7 000 PAS QUOTIDIENS

Ils suffisent à lutter contre la sédentarité et ses effets délétères. D'après une étude, ceux qui les font sont de 50 % à 70 % moins à risque de décès prématuré que ceux qui marchent moins. L'intensité de cette marche ne semble pas avoir d'impact sur ce risque.

✉ JAMA Network Open, 03/09/21.

CORONAMUSIQUE

La musique est un réconfort, en temps de pandémie aussi. Une étude a montré que, lors du premier confinement, nous avons écouté et joué davantage de musique pour gérer nos émotions.

✉ Humanit. Soc. Sci. Commun., 26/07/21.

CHIRURGIE AMBULATOIRE

S'y préparer au mieux

Sur la table d'opération, vous êtes entre les mains du chirurgien. Mais, dans les semaines qui précèdent l'opération, le jour même et à la sortie, vous avez un vrai rôle à jouer.

Héloïse Rambert

Une opération en ambulatoire n'a, en soi, rien de différent d'une opération classique et l'acte chirurgical se déroule exactement de la même manière. Ce sont les conditions qui changent. L'intervention a lieu dans le cadre d'une hospitalisation de moins de 12 heures, sans nuitée sur place. Elle est programmée à l'avance, réalisée au bloc opératoire sous anesthésie adaptée et suivie d'une surveillance en salle de réveil. Si tout va bien, le patient sort le jour même de son admission.

La chirurgie ambulatoire est devenue une pratique clinique courante. Elle n'est plus limitée aux procédures légères telle la cataracte mais se fait maintenant pour des interventions plus complexes comme la pose d'une prothèse de hanche ou de genou. Côté patient, elle réduit le risque d'infections nosocomiales et augmente le sentiment de satisfaction. Côté hôpital, elle fluidifie et optimise le recours aux plateaux techniques de chirurgie, ce qui se traduit par une réduction des coûts. Elle représente désormais plus de la moitié des opérations. Si rapide et répandue soit-elle, une intervention ambulatoire n'en reste pas moins un acte chirurgical comportant des risques. Elle se prépare donc. N'hésitez pas à vous impliquer à chaque étape du processus.

AVANT L'OPÉRATION

Lors de la consultation, votre chirurgien peut estimer que le temps est venu de vous faire opérer. Cependant, la décision vous revient. Hors contexte d'urgence, vous êtes libre de consulter un autre médecin pour valider ou non l'orientation thérapeutique du premier.

NE VOUS PRÉCIPITEZ PAS

Certaines interventions sont parfois un peu trop vite proposées, sans qu'elles présentent un intérêt réel pour le patient (voir encadré p. 6). Au moindre doute, prendre un deuxième avis est recommandé. C'est votre droit. Vous devez pouvoir obtenir les éléments de votre dossier médical pour les soumettre au deuxième médecin que vous sollicitez. La pratique, dans l'ensemble, est bien acceptée par les médecins. Certains peuvent toutefois s'en offusquer. Sachez cependant qu'ils ne sont en aucun cas autorisés à vous mettre sous pression, par exemple en menaçant de ne plus vous opérer par la suite.



Attention, certains sites ont fait du deuxième avis un marché. Ainsi, deuxiemeavis.fr propose à l'internaute, après qu'il a fourni les informations dont il dispose à propos de sa maladie, de lui adresser un avis en ligne. Les médecins experts attachés à la plateforme promettent une réponse en moins de 7 jours. Cette consultation est prise en charge par les complémentaires santé partenaires du site. Ce site a été largement taxé de dérive mercantile au moment de son lancement.

TOUS ÉLIGIBLES ?

Parler de chirurgie ambulatoire est une sorte d'abus de langage. En réalité, ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire mais le patient ! L'analyse du triptyque patient/acte prévu/structure d'accueil va déterminer la décision du mode de prise en charge. Il existe très peu de contre-indications absolues à la chirurgie ambulatoire. La plupart d'entre nous sont éligibles, sauf si des facteurs permettent de prédire une probabilité plus élevée de séjour prolongé à l'hôpital. Le Dr Moulay Meziane, chirurgien orthopédiste à la Clinique de Domont (91), est

POUR SE METTRE DANS LE BAIN

Certains établissements hospitaliers ont mis en place des « écoles des patients ». N'hésitez pas à en profiter si cette option vous est offerte. Ce sont des réunions à J-8 entre patients qui vont bénéficier de la même chirurgie ambulatoire, animées par des coordonnatrices. Leur but : vérifier que les consultations et examens qui doivent être faits une semaine avant l'ont bien été et rappeler les préparatifs. C'est aussi l'occasion pour le patient de devenir actif, d'en apprendre plus sur l'opération, d'échanger avec les autres patients. Venir avec son accompagnant est idéal.

spécialisé dans la pose de prothèse de hanche. « Pour ce type d'intervention en ambulatoire, il est préférable de vivre en couple ou avec un aidant très présent et à demeure, comme un fils ou une fille adulte, explique-t-il. Elle ne s'applique pas aux personnes qui vivent seules, par exemple. Nous écartons aussi l'option ambulatoire lorsque le patient habite trop loin de l'établissement, à plus d'une heure de voiture. »

Aux contre-indications de mode de vie peuvent s'ajouter des contre-indications médicales, variables en fonction de l'intervention prévue. « En cas de chirurgie lourde, la pose d'une prothèse de hanche par exemple, la présence d'un autre handicap, comme une arthrose importante du genou, contre-indique l'ambulatoire », précise le chirurgien. Ayez bien en tête vos antécédents médicaux et les médicaments que vous prenez, quitte à les noter avant la consultation préopératoire.

[BON À SAVOIR] Une fois votre décision prise, on vous demandera peut-être de signer un consentement écrit (parfois, il est uniquement oral). Ne le signez pas sur-le-champ. Emportez-le avec vous pour le lire attentivement.

LA CONSULTATION PRÉOPÉRATOIRE

Avant l'opération, la consultation avec l'anesthésiste est un temps fort de la préparation. Signalez vos éventuelles allergies et réactions lors d'opérations précédentes. 20 % des réactions d'hypersensibilité médicamenteuse, allergiques ou non, surviennent lors d'une anesthésie générale. En France, elles concernent une procédure sur 10 000 environ. Si, par le passé, vous avez fait une réaction à un produit anesthésique, il faudra déterminer s'il s'agit d'une hypersensibilité allergique ou non allergique. Les implications ne sont pas les mêmes. L'allergie « vraie » est un mécanisme dans lequel intervient le système immunitaire. Elle peut avoir de lourdes conséquences (jusqu'au choc anaphylactique avec arrêt cardiorespiratoire) et contre-indique le traitement. La part des véritables allergies est importante (environ 60 % des cas). Dans l'hypersensibilité non allergique, en revanche, il n'y a pas de réaction du système immunitaire contre le médicament. Dans la très grande majorité des cas, elle est bénigne et pas forcément amenée à se reproduire à l'administration suivante.

Dans 50 % des réactions d'hypersensibilité survenant pendant une anesthésie générale, les agents en cause sont les curares. Si vous avez déjà fait une réaction à un curare et que vous devez vous faire opérer, l'idéal est de faire un bilan allergologique complet. Un test négatif aux curares est une garantie de sécurité, pour vous comme pour l'anesthésiste. Ce dernier aura la possibilité de trouver une solution afin d'éviter toute la famille des curares si nécessaire.

À l'occasion de cette consultation, des examens préopératoires seront prescrits. Leur finalité est de réduire les risques associés à l'acte chirurgical et l'anesthésie qu'il requiert. Mais la prescription des examens complémentaires précédant une intervention ne répondent à aucune norme réglementaire, et certains médecins peuvent prescrire en routine une « batterie » d'examens, pas forcément tous utiles. Attention donc aux examens injustifiés. Ainsi, avant la très grande majorité des opérations, hors situations médicales particulières, il est

FORFAITS « AMBULATOIRES »

Des facturations indues

Des prestations et forfaits, fournis par exemple un en-cas ou un espace de repos individuel, sont parfois facturés aux patients de manière abusive. Les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, ne peuvent vous facturer que des prestations de soins rendues, ainsi que le forfait journalier hospitalier et certaines prestations dont la liste est strictement limitée. En pratique, la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) a confirmé que des forfaits étaient fréquemment facturés de manière illégale. C'est le cas des « forfaits administratifs » (aide dans certaines démarches ou appel d'un taxi) qui relèvent de la prestation normale de l'établissement.

Des appellations trompeuses

Dans le contexte de la chirurgie ambulatoire, les établissements peuvent vous fournir des éléments de confort : chambre individuelle, collation améliorée, trousse de toilette, magazine, etc. Cela n'a rien d'illégal, mais doit impérativement répondre à une demande expresse de votre part. Et la prestation doit être effective. Si vous voulez bénéficier d'une chambre particulière, la mise à disposition d'un fauteuil en salle commune ne pourra pas vous être facturée comme telle. Ces prestations sont parfois regroupées sous des appellations commerciales de type « forfait » ou « pack », ce qui entretient une confusion avec le forfait hospitalier et ne permet pas toujours d'en connaître précisément le contenu.

Soyez vigilant au moment de remplir les formulaires d'admission. Lors de la sortie, l'établissement doit vous remettre une facture détaillée qui pourra servir de justificatif pour votre assurance complémentaire.

recommandé de ne pas avoir systématiquement une radiographie de thorax, un électrocardiogramme, une échographie cardiaque, une gazométrie sanguine, des explorations fonctionnelles respiratoires, ni de faire un bilan d'hémostase.

PRÉPAREZ LA SORTIE

Il n'est jamais trop tôt pour se préoccuper de la sortie. Récupérez d'ores et déjà les ordonnances de médicaments et de matériel dont vous aurez besoin pour le retour à la maison. Vous pouvez sortir tard de l'hôpital et ne pas être en mesure de vous rendre à la pharmacie. Cette anticipation est loin d'être systématique de la part des prescripteurs. D'après un récent rapport de la Haute Autorité de santé (HAS), chez 40 % des patients ayant bénéficié d'une chirurgie ambulatoire et dans 78 % des dossiers analysés, la remise des prescriptions n'est pas retrouvée. Les antalgiques sont particulièrement importants : mal prise en charge, la douleur postopératoire est une cause fréquente d'anxiété et de réhospitalisation précoce. Si vous n'avez pas pris de médicaments opiacés depuis longtemps et que vous ne savez pas bien comment vous les

MISE EN GARDE Des abus en chirurgie

C'est bien connu : en France, nous consommons plus de médicaments que nécessaire. Nous savons moins que nous passons aussi trop souvent « sur le billard ».

Se retrouver sur une table d'opération sans que la science ne le justifie vraiment, c'est une réalité. Certains médecins « en font trop » et opèrent sans raison, convaincus de bien faire, peu au fait des nouvelles recommandations ou réticents par rapport à elles. Cet interventionnisme, encouragé par le financement de notre système de santé et par les progrès techniques, peut amener à des gestes chirurgicaux inutiles, donc néfastes. Dans ce cas, le patient est perdant sur toute la ligne : il risque de perdre du temps, de l'argent, de se fatiguer, de contracter des infections nosocomiales, de ressentir des douleurs ou d'autres effets délétères d'un soin... sans en retirer d'avantages.

➤ Quelles sont les chirurgies à risque d'abus ?

En dehors des cas d'urgence graves où la nécessité d'opérer ne se discute pas, tous

les types d'intervention sont concernés. De manière générale, sont propices aux excès les opérations où le praticien a le choix entre « faire » et « ne pas faire », où son appréciation personnelle compte beaucoup et où les choses ne sont pas bien définies.

Cancer du sein Les rayons X des mammographies sont maintenant capables d'aller débusquer des anomalies dans les canaux galactophores (qui transportent le lait vers le mamelon). Il ne s'agit pas à proprement parler de cancers mais de lésions précancéreuses. Une partie de ces lésions, asymptomatiques et impossibles à palper, vont se développer, rompre le canal et devenir des cancers invasifs. Mais ce processus évolutif n'est pas inéluctable : un certain nombre de ces cancers *in situ* ne vont jamais sortir du canal, voire ils régresseront. Ils sont cependant opérés, les médecins étant incapables de prédire leur évolution.

Cancers de la thyroïde et de la prostate

Le même problème existe avec les petits cancers papillaires de la thyroïde (la forme la plus fréquente et la moins dangereuse), diagnostiqués grâce à l'utilisation croissante de moyens d'imagerie de plus en plus précis, et avec les cancers de la prostate, dépistés grâce au dosage PSA, qui évoluent lentement. Ces deux types de cancer donnent lieu à un nombre d'ablations totales trop élevé.

Colonne vertébrale et genou

Les interventions sur le rachis et le ménisque sont aussi concernées par ces abus d'actes techniques.

➤ Peut-on les chiffrer ?

En France, aucun chiffre officiel n'existe, mais un chiffre américain circule, celui de 30 % de surconsommation de soins au sens large. Il y a peu de raisons de penser que la situation dans l'Hexagone soit très différente de celle des États-Unis.

➤ tolérez, demandez à votre médecin s'il est pertinent d'en essayer avant l'opération. En cas de mauvaise tolérance, il sera possible de prévoir un traitement alternatif.

Pensez à désigner la personne de confiance qui viendra vous chercher à l'hôpital. Demandez quelles sont les suites opératoires et professionnelles à solliciter. Ainsi vous pourrez à l'avance trouver une infirmière libérale (administration d'anticoagulants, soins de pansements...) ou un kinésithérapeute (rééducation à domicile), voire une aide ménagère ou du portage de repas.

vention, veillez à ce que le chirurgien vous redise ce qu'il va opérer et où. On n'est jamais trop prudent : malgré les efforts déployés par les équipes soignantes pour améliorer la sécurité des pratiques au bloc opératoire, des erreurs continuent de se produire (erreur de type d'intervention, erreur de côté...). La HAS a récemment émis de nouvelles recommandations à l'attention des professionnels pour les aider à tout vérifier avant l'intervention. Mais votre implication est toujours un plus.

MARCHEZ SI VOUS LE POUVEZ

Faire marcher les personnes jusqu'au bloc devient une pratique de plus en plus courante. Cette méthode semble apporter satisfaction aux patients, qui se sentent « moins malades », et mieux respecter leur dignité et leur autonomie. Concrètement, tout individu non souffrant, arrivé debout à l'hôpital, peut se rendre sur ses deux jambes au bloc. Si c'est une option à laquelle est ouvert l'établissement qui vous reçoit, elle vous sera proposée lors de la consultation préopératoire ou d'anesthésie. Si vous la choisissez, vous serez accompagné par un brancardier, muni de votre dossier médical, qui marchera à vos côtés. Vous ne recevrez pas de prémédication contre l'anxiété pour rester vigilant lors de votre transfert. Vous pouvez changer d'avis à tout moment.

ET L'ANXIÉTÉ ?

Depuis quelques années, la prescription d'un tranquillisant avant l'intervention est remise en question. En réalité, cette prémedication anxiolytique systématique ne se justifie pas.

➤ LE JOUR DE L'OPÉRATION

Présentez-vous à l'admission le matin de l'intervention dans les conditions qui vous auront été spécifiées (être à jeun, douché, sans vernis à ongles ni bijoux...). N'oubliez aucun des documents nécessaires : convocation, justificatif d'identité, formulaire de désignation d'une personne de confiance, éventuelles directives anticipées, consentement éclairé de chirurgie, imageries (radiographie, scanner, IRM...) et autres bilans biologiques réalisés en amont.

DÉCLINEZ VOTRE IDENTITÉ À CHAQUE ÉTAPE

Pendant le parcours de soins, assurez-vous que votre identité (prénom, nom, date de naissance) est correcte, surtout si votre nom de famille est très courant. Ces vérifications doivent se faire à toutes les étapes. Au bloc, avant le début de l'inter-

D'après une étude française parue dans la revue médicale *Jama* en 2015, cette sédation n'aurait que peu d'intérêt pour le patient. Elle n'améliorerait pas sa satisfaction et pourrait même ralentir l'extubation en salle de réveil. Reste que certains d'entre nous, très anxieux à l'idée d'être opérés, ont besoin d'être soulagés. Dans ce cas, les anxiolytiques peuvent être une option. D'autres stratégies non médicamenteuses comme l'hypnose (voir encadré ci-dessous) peuvent vous aider à vous détendre. N'hésitez pas non plus à demander plus d'informations sur votre intervention : l'inquiétude se nourrit parfois des doutes et d'une mauvaise compréhension.

→ APRÈS L'OPÉRATION

Si vous ne vous sentez pas en état de sortir le soir même, n'hésitez pas à le dire. Au moment de quitter l'hôpital, vous êtes accompagné de la personne que vous aurez préalablement désignée. De la même manière, si votre personne aidante doute de ses capacités à s'occuper de vous, elle est libre de le dire à ce moment-là.

La sortie est un moment à risques, notamment de rupture dans la continuité des soins, conduisant parfois à une réhospitalisation. Et pourtant, c'est aussi là que l'organisation de la prise en charge en ambulatoire pèche le plus... Outre le problème des ordonnances de sortie non fournies, la HAS a noté d'autres dysfonctionnements. Vous et vos proches devez rester particulièrement vigilants.

RASSEMBLEZ DES INFOS INDISPENSABLES

Ne quittez pas l'hôpital sans votre lettre de liaison. Il s'agit d'un document essentiel qui résume votre hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge (traitements à suivre, examens à réaliser, conseils...) pour assurer une bonne liaison hôpital/ville. Il doit vous être remis à la sortie et adressé à votre médecin traitant. Si elle ne vous est pas donnée, demandez cette lettre de liaison. Seuls 63 % des patients déclarent l'avoir reçue à leur sortie tandis que sa remise au patient n'est retrouvée que dans 41 % des dossiers analysés. Demandez également qui appeler en cas de problème. Là



aussi, il y a des progrès à faire. Plus de 1 patient sur 5 ne sait pas qui joindre, si nécessaire, les jours suivant l'intervention. La lettre de liaison, quand elle est bien remise, ne comporte un numéro de téléphone d'urgence que dans 53 % des cas. Et sachez aussi quand appeler ! Assurez-vous d'avoir bien compris quels étaient les signes cliniques et les complications possibles qui doivent vous amener à recontacter l'hôpital en urgence. Environ 25 % des patients disent ne pas avoir reçu les informations adéquates.

EN CAS DE COMPLICATIONS

Si, dans la très grande majorité des cas, les opérations se passent bien, le « risque zéro » n'existe pas. Oubli d'une compresse, contraction d'une infection nosocomiale, perforation d'un organe : tout cela arrive. Dans cette éventualité, rare mais réelle, gardez bien tous les documents relatifs à votre opération et à ses suites pour pouvoir demander réparation du préjudice subi. La chirurgie (orthopédie, obstétrique...) représente la majorité des contentieux qui donnent lieu à des indemnités. Vous avez jusqu'à 10 ans après les faits pour entamer une procédure. □

QUELLE PLACE POUR L'HYPNOSE AU BLOC ?

Plusieurs types d'anesthésie existent : générale (avec perte totale de conscience) et locorégionale (sans perte de conscience) accompagnée ou non d'une sédation (somnolence qui, contrairement à l'anesthésie générale, ne nécessite pas d'assistance respiratoire). Dans les interventions qui associent une anesthésie

locale et une sédation, il est possible de remplacer la sédation par l'hypnose. « Il y a plusieurs composantes dans la douleur : la composante anatomique, la mémoire de la douleur et la composante émotionnelle. Avec l'hypnose, on va pouvoir gérer cette composante émotionnelle. Les gens vont sentir quelque chose, mais

vont bien le vivre, et ça évite les effets secondaires des médicaments, explique la Dr Isabelle Federspiel, médecin anesthésiste à la clinique Saint-Léonard à Angers et praticienne en hypnose. On peut utiliser l'hypnose pour toutes les interventions qui sont faites sous sédation et sous anesthésie locale. En revanche, elle ne peut

absolument pas se substituer à l'anesthésie générale. » **EN PRATIQUE** Dans presque toutes les structures de soins, des personnes formées à l'hypnose sont présentes. Si cela vous intéresse, parlez-en lors de la consultation avec l'anesthésiste. Si celui-ci ne pratique pas lui-même l'hypnose, il vous orientera vers la bonne personne.



Se mettre à la méditation

La méditation n'est plus l'apanage des contemplatifs. Accessible à tous, elle aide à mieux gérer ses émotions, réduit les troubles anxieux et les récidives de dépression. Pourquoi ne pas essayer ?

Cultiver son attention

Différents types de méditation laïque existent. La plus répandue actuellement est la « pleine conscience » (ou *mindfulness*). Ne vous y trompez pas, ce n'est pas de la relaxation ou un moyen pour « faire le vide ». Il s'agit d'un véritable entraînement mental qui nécessite une pratique régulière. C'est un travail sur l'attention afin de prendre conscience de certains schémas de pensée, d'en changer pour mieux vivre les fluctuations émotionnelles et

d'accepter ce qui n'est pas toujours modifiable dans nos vies comme les difficultés relationnelles, une séparation, la maladie, etc. **BON À SAVOIR** Ceux qui n'aiment pas rester assis immobiles s'orienteront vers des pratiques en mouvements. La pleine conscience peut aussi s'ancrer dans le quotidien sous forme de pratiques « informelles » : jardiner, manger ou se doucher sont des activités propices pour se recentrer.

Comment débuter

La méditation de pleine conscience est une pratique peu coûteuse et accessible à chacun. Pour débuter, se faire accompagner par un enseignant qualifié ou méditer en groupe permet de s'assurer une pratique de qualité en évitant de se décourager trop vite. Ensuite, des méditations guidées sont disponibles sur YouTube ou via des applications pour smartphone. Des livres incluant des méditations guidées sur CD existent aussi,

par exemple *Méditer jour après jour* (éd. L'Iconoclaste). De plus en plus de pratiques sont organisées par visioconférence.

BON À SAVOIR Un protocole spécifique aux seniors (dit MBCAS), qui se déroule sur 8 mois au lieu de 8 semaines, a été développé par des spécialistes belges. Il est proposé dans plusieurs villes de France et fait aussi l'objet d'un livre, *Pleine conscience pour les seniors* (éd. De Boeck Supérieur).

Des bénéfices éprouvés

Chez des moines ayant une longue expérience de la méditation, des modifications structurelles et fonctionnelles de zones cérébrales ont été observées. Cependant, il n'est pas nécessaire d'avoir médité des milliers d'heures pour en tirer un bénéfice.

→ **À l'hôpital** Deux protocoles de méditation, l'un de réduction du stress (MBCT) et l'autre contre les troubles anxieux et les rechutes de dépression

(MBSR), font l'objet de nombreuses évaluations. Ils sont utilisés dans beaucoup d'hôpitaux en Europe et en France en tant que médecine complémentaire pour traiter certaines douleurs, des troubles du sommeil ou des symptômes psychiques.

→ **Contre la tourmente** La méditation de pleine conscience diminue les ruminations et le trop-plein de pensées d'anticipation. Des études ont montré qu'elle

peut apporter un bénéfice identique à celui des antidépresseurs lors d'une dépression légère à modérée.

→ Chez les seniors

La Silver Santé Study, une étude européenne qui évalue comment la méditation peut prévenir du vieillissement cérébral en stimulant la plasticité des neurones, a montré une diminution significative et durable de l'anxiété chez des volontaires de plus de 65 ans.



PRUDENCE

Débuter la pratique d'une méditation dans un pic de fragilité psychique n'est pas recommandé. En cas de doute et si vous souffrez de troubles psychiques, prenez conseil auprès d'un psychologue, d'un psychothérapeute ou d'un médecin.

Experts consultés : Pr Gaël Chételat, directrice de recherche à l'Inserm, coordinatrice de l'étude Silver Santé Study, Caen ; Claire Mizzi, psychothérapeute à Paris, coauteure de « Votre meilleur ami, c'est vous » (éd. J'ai Lu).



ADDICTION À L'ALCOOL “Aider quand on a vécu la même difficulté”



Jean-Manuel Béthouart, abstiné depuis 10 ans, accompagne ceux qui sont encore au creux de la vague. Il témoigne qu'il est possible de s'en sortir. Comme lui, des patients experts sont désormais intégrés au parcours de soins, en addictologie comme dans d'autres maladies chroniques.

J'ai découvert le produit « alcool » pendant mon service militaire. À l'époque, j'avais une consommation festive, socialement admise. On se retrouve autour d'un verre, ça crée des liens. Je n'avais pas l'impression d'être dépendant. Et puis un coup dur m'a fait totalement perdre le contrôle. J'avais 54 ans, j'ai réalisé que j'avais un problème, je ne pouvais plus continuer comme ça. Le « déclic » s'est produit. Un mois en milieu hospitalier d'addictologie en juin 2012 m'a permis d'enclencher le processus de soins.

Un an après, je suis devenu bénévole de l'association Alcool Assistance (appelée aujourd'hui Entraid/Addict) de mon département. J'étais alors stabilisé. J'ai ressenti le besoin de rendre ce qu'on m'avait donné. Mon engagement m'a très certainement aidé à ne pas rechuter. Quand vous intervenez dans le centre où vous étiez pris en charge un an auparavant et que vous vous retrouvez face à un public

auquel vous avez appartenu, vous mesurez le chemin parcouru et vous éprouvez un sentiment de fierté. Je ne prétends pas être guéri. J'ai l'habitude de dire que je suis en rémission. J'ai vu d'anciens consommateurs, investis comme moi dans l'association, rechuter après 20 ans d'abstinence. Je suis vigilant à vie.

Après quelques années de bénévolat, j'ai voulu devenir plus « professionnel ». J'ai suivi un cursus d'addictologie générale à l'université Paris-Sud et obtenu mon diplôme en 2018. Cela m'a rendu plus compétent et légitime. Je

comprends mieux les mécanismes de l'addiction conduisant par exemple aux rechutes ou aux polyconsommations (plusieurs addictions) qui sont fréquentes.

Aujourd'hui à la retraite, je consacre une bonne partie de mon temps à cette activité. C'est une préoccupation constante, presque une raison de vivre. J'interviens dans des groupes de parole, j'échange avec les malades par téléphone ou via les réseaux sociaux, je fais de la sensibilisation aux conduites addictives en milieu professionnel, je témoigne de mon parcours dans les médias. J'aide aussi les proches, souvent démunis face au déni de leur conjoint ou enfant. Les rencontres informelles sont, bien des fois, les plus enrichissantes et productives.

“Mon diplôme en addictologie m'a rendu plus compétent”

Dans un groupe de parole, certains patients n'osent pas s'exprimer par honte, peur du ridicule ou timidité. Le dialogue avec un bénévole qui a vécu la même chose leur est plus facile et spontané. Une phrase, un mot, l'évocation

d'une rémission et d'un avenir possible peuvent avoir une grande influence sur l'état d'esprit et l'envie de s'en sortir.

Mon rôle, c'est avant tout d'écouter, d'échanger sans aucun jugement, d'apporter mon « expertise expérientielle » de la maladie. Je sais ce qu'ils endurent, ce qu'ils ressentent, je comprends leur souffrance au quotidien. Le malade a fait le premier pas en reconnaissant qu'il y a un problème avec ses consommations. Et moi, sans lui tenir la main, je le guide et lui dis qu'on peut s'en sortir avec de l'aide. □

Page réalisée par
Anne Cogos

PATIENTS EXPERTS Complémentaires des médecins

En vivant les contraintes que la maladie leur impose, les patients experts ont acquis un savoir et des compétences. Souvent, par le biais d'associations, ils s'impliquent auprès d'autres malades, transmettent des connaissances touchant à l'expérience qui complètent l'approche médicale.

Se former

Si la notion de patient expert n'a pas de statut institutionnel, des universités, des associations et des hôpitaux proposent des formations et des enseignements qui formalisent les savoirs et permettent de dépasser les spécificités de l'expérience personnelle. La grande

majorité de ces patients sont bénévoles. Toutefois, certains deviennent salariés ou enseignants dans des facultés de médecine.

Agir concrètement

Leur rôle est surtout reconnu dans l'éducation thérapeutique du patient (ETP), dont l'objectif est d'améliorer

l'autonomie et la qualité de vie des malades. Le patient-intervenant – appellation choisie dans ce cadre – participe ainsi à la conception de ces programmes, anime des ateliers, relaie les messages des soignants et aborde des thèmes de la vie quotidienne qui ne sont pas traités en consultation.



Faux miel contre mal de gorge

Pour soulager les maux de gorge, le miel a bonne presse. C'est devenu un argument marketing des vendeurs de pastilles... qui ne doit pas faire oublier le peu d'efficacité de ces médicaments.

Souigner son mal de gorge de manière naturelle ? Bien sûr, disent les laboratoires, qui ajoutent la mention « miel » sur leurs boîtes de médicaments, les décorent de volutes jaunes...

Mais, en lisant la composition de ces produits, on découvre que bien peu contiennent du vrai miel. Le plus souvent, il s'agit d'un arôme, un goût artificiel donc, auquel sont ajoutés du faux sucre (édulcorant) et du colorant jaune pour parfaire l'illusion. Ou alors le miel entre bien dans la composition mais en tant qu'excipient, c'est-à-dire un composant du médicament qui n'a pas d'effet thérapeutique.

Des pastilles bien inutiles

Mais cette mention « miel » apparaît parfois de manière bien plus visible que les substances actives. Or, ce sont elles qui déterminent l'efficacité et les effets indésirables de ces produits. Il s'agit d'enzymes (lysozyme) et d'antiseptiques (chlorhexidine, amylmétacrésol), qui n'ont pas d'effet démontré contre le mal de gorge, ou d'anesthésiques (lidocaïne, tétracaine) qui ont un petit effet mais présentent le risque de faire avaler des aliments de travers en insensibilisant le fond de la gorge. Preuve du peu d'intérêt qu'ont ces spécialités, aucune n'est remboursée.

Le mal de gorge lié à une infection virale étant généralement bénin, la prise de ces pastilles n'est donc pas utile. La revue *Prescrire* recommande même de les éviter. Pour soulager un mal de gorge, le médicament le plus éprouvé est le paracétamol (Doliprane ou autres). Ceux qui souhaitent prendre du miel auront tout avantage à se confectionner une boisson avec du vrai miel ou à sucer des bonbons au miel, ce qui active la salivation et a un effet apaisant. □



AMYLMÉTACRÉSOL/ALCOOL DICHLOROBENZYLIQUE MYLAN

- Miel : non (arôme)
- Substances actives : deux antiseptiques (amylmétacrésol, alcool dichlorobenzyllique)
- Excipients notables : trois édulcorants et deux colorants

⇒ **EFFICACITÉ** : non démontrée



DRILL MIEL CITRON SANS SUCRE

- Miel : non (arôme)
- Substances actives : un antiseptique (chlorhexidine) et un anesthésique (tétracaine)
- Excipients notables : deux édulcorants, deux arômes (citron et menthe poivrée) et deux colorants

⇒ **EFFICACITÉ** : faible



LYSOPAÏNE MAUX DE GORGE

- Miel : non (arôme)
- Substance active : un enzyme (lysozyme) et un antiseptique (cétylpypyridinium)
- Excipient notable : deux édulcorants et un arôme (citron)

⇒ **EFFICACITÉ** : non démontrée



HUMEX MAL DE GORGE MIEL CITRON

- Miel : oui (excipient)
- Substance active : un antiseptique (bicitotymol)
- Excipient notable : un arôme (citron)

⇒ **EFFICACITÉ** : non démontrée



STREPSILS MIEL CITRON

- Miel : oui (excipient)
- Substances actives : deux antiseptiques (amylmétacrésol, alcool dichlorobenzyllique)
- Excipients notables : huiles essentielles de citron et de menthe poivrée et un colorant

⇒ **EFFICACITÉ** : non démontrée



OROPOLIS - LABORATOIRE MÉDIFLOR (complément alimentaire)

- Miel : non (arôme)
- Substance active : extrait de propolis (résine produite par les abeilles)
- Excipients notables : trois édulcorants (dont aspartame) et un arôme (citron)

⇒ **EFFICACITÉ** : non démontrée



APRÈS UN INFARCTUS

Trop peu de réadaptations cardiaques

→ **80 000 personnes font un infarctus chaque année.**

Seul un tiers de celles qui survivent bénéficié d'une réadaptation cardiaque. Pour les autres, c'est une vraie perte de chance : ce type de programme réduit durablement la mortalité cardiovasculaire.

À la suite d'un infarctus, quelle que soit sa gravité, la réadaptation cardiaque est systématiquement recommandée par les autorités de santé. Ce programme thérapeutique a pour but de limiter les séquelles de la crise cardiaque avec une remise en forme physique et l'adoption d'une bonne hygiène de vie. Son intérêt ne fait pas débat. Il est même considéré comme un traitement à part entière du post-infarctus. Les chiffres ne laissent pas de place au doute. Chez les patients qui ont suivi un programme de réadaptation cardiaque, les réhospitalisations sont réduites de 18 % et la mortalité de 28 %. Parmi les bénéfices, on compte aussi une récupération des capacités physiques, une qualité de vie améliorée et une réduction des comorbidités (diabète, hypertension...). « *Le patient connaît ses capacités, les signes d'alerte et les conduites à risque. Il est mieux armé pour éviter les récidives* », souligne la Dr Marie-Christine Iliou, cheffe de service de réadaptation cardiaque à l'hôpital Corentin-Celton en région parisienne.

Manque de place et de motivation

Pourtant, ce programme thérapeutique est très peu pratiqué. Moins d'un patient sur trois en bénéfice après un infarctus. C'est pire dans certaines régions : 21 % en Ile-de-France et 17 % dans les Hauts-de-France, par exemple. C'est mieux en Centre-Val de Loire où 45 % sont dirigés vers ces soins, mais ce chiffre ne concerne que les hommes ! Les femmes, déjà moins bien soignées lors de l'infarctus, sont encore moins

nombreuses à suivre une réadaptation cardiaque. Plusieurs raisons expliquent ces mauvais chiffres. D'abord, dans l'ensemble du pays, trop peu de services hospitaliers proposent la réadaptation cardiaque, et lorsqu'ils le font, le nombre de place est très limité. Les inégalités régionales viennent aggraver cette pénurie majeure. Les équipes sont donc condamnées à choisir quelques patients accueillir en priorité, au détriment des « petits » infarctus.

Du côté des médecins, prescrire un programme de réadaptation cardiaque n'est pas un réflexe.

« *Certains professionnels relativisent toujours son intérêt, notamment en cas d'infarctus léger, alors qu'elle donne les moyens d'éviter les récidives* », déplore la Dr Catherine Monpère, coprésidente de la commission Cœur de femmes à la Fédération française de cardiologie.

Pourtant, si elle était prescrite systématiquement, dès la sortie de l'hôpital, davantage de patients seraient motivés. Or, faute d'information adéquate, ceux-ci y renoncent pour des raisons d'éloignement, d'emploi du temps ou de motivation. Les femmes sont davantage victimes de cette défaillance.

« *On observe des freins qui leur sont spécifiques, comme un manque de soutien familial. Elles priorisent les activités familiales ou domestiques et refusent la réadaptation au détriment de leur santé* », explique la Dr Monpère.

Des solutions à l'étude

Comment pallier ce manque de place ? Réaliser la réadaptation cardiaque via le secteur libéral n'est, pour le moment, pas réalisable. « *Cela nécessiterait une réorganisation du système de santé* », estime la Dr Marie-Christine Iliou. Mais d'autres solutions sont à l'étude. Parmi elles, on peut citer un suivi en ambulatoire – à domicile, avec un contrôle de l'hôpital. « *Des horaires plus souples pour favoriser le suivi tout en maintenant l'activité professionnelle seraient utiles* », suggère aussi la Dr Monpère.

Autre piste de recherche : la télémédecine. Après une évaluation initiale, la réadaptation peut être proposée par l'intermédiaire d'applications et d'objets connectés. Des expérimentations ont commencé en France. □

Page réalisée par
Audrey Vaugrente

REMETTRE LE CŒUR ET LE PATIENT D'APLOMB

La réadaptation cardiaque est un programme thérapeutique adapté aux besoins de chaque patient. Elle a pour objectif de limiter les répercussions quotidiennes de l'infarctus et d'en prévenir un nouveau. Plusieurs professions de santé (kinésithérapie, cardiologie, psychologie...) sont impliquées.

D'une durée de 3 à 4 semaines, la réadaptation comporte notamment un volet d'activité physique visant à aider le patient à reprendre de bonnes habitudes. L'activité choisie doit être plaisante afin d'être durable. En effet, si des progrès s'observent dès la 4^e semaine, le recul est tout aussi rapide.

ENTORSE DE CHEVILLE Un peu de

En cas d'entorse de la cheville, la reprise des activités quotidiennes comme la marche ainsi que des exercices de rééducation chez un kinésithérapeute sont à mettre en œuvre rapidement pour bien récupérer et éviter les récidives.

Anne-Laure Lebrun

Vous étiez en pleine randonnée en forêt, vous vous promeniez dans la rue ou vous avez raté une marche dans les escaliers, et votre cheville s'est tordue ! Très vite, une douleur vive vous transperce à chaque fois que vous posez le pied, votre cheville enflé, devient bleue... Une entorse est vite arrivée. Ce traumatisme concerne environ 2 millions de Français chaque année, soit des milliers de passages aux urgences par jour. Un incident qui peut exposer à des entorses à répétition et des séquelles dans 20 % des cas, surtout si l'entorse est négligée ou incorrectement traitée. Bien s'en remettre est donc primordial pour gambader à nouveau.

oui à au moins l'une des trois autres questions, il peut y avoir une fracture. Pour le savoir, une radio de la cheville sera nécessaire. En revanche, si les réponses aux 4 questions sont négatives, il y a près de 100 % de chance qu'il n'y ait pas de fracture. En ce cas, inutile de faire une radio, c'est une entorse.

SOIGNER

Le premier traitement à instaurer, le plus vite possible et durant les 2 ou 3 jours suivants, vise à calmer la douleur et réduire l'œdème (le gonflement). Il est conseillé de suivre le protocole GREC (glace, repos, élévation et compression), bien que son efficacité ne soit pas totalement démontrée. Puis, selon la douleur et l'impuissance, une rééducation avec un kiné, une contention de la cheville avec une attelle et la reprise des activités suivront.

RECONNAÎTRE

L'entorse est causée par une torsion brutale et rapide du pied qui étire le ligament, structure fibreuse reliant les os entre eux. Neuf fois sur dix, cette lésion touche le ligament latéral qui se trouve à l'extérieur de la cheville. En fonction de la gravité de la traction, le ligament peut être simplement distendu, rompu ou avoir été arraché de l'os. Un traumatisme qui peut aussi provoquer une fracture dans environ 15 % des cas.

EXCLURE LA FRACTURE

Pour poser le diagnostic d'une entorse, le médecin ou le kiné s'assure d'abord qu'il n'y a pas de fracture. Pour cela, il doit pratiquer le test dit d'Ottawa reposant sur 4 questions.

1. Vous est-il impossible de faire 4 pas d'affilée sans aide ou de tenir debout sur vos deux pieds ?
2. Avez-vous mal quand on palpe au niveau de la malléole externe (sur une zone de 6 cm) ?
3. Avez-vous mal quand on palpe au niveau de la malléole interne (sur une zone de 6 cm) ?
4. Avez-vous mal quand on palpe la base du 5^e orteil ou petit orteil ?

Si vous répondez oui à la question 1 et

GLACE

Le rôle du froid pour résorber l'œdème reste discuté. En effet, les données disponibles montrent qu'apposer une poche de glace est inefficace. Certaines suggèrent même qu'en calmant l'inflammation, elle altérerait le processus naturel de cicatrisation. En revanche, ses propriétés anesthésiantes sont reconnues. Elles permettent donc de soulager la douleur et aussi une meilleure réalisation des exercices de rééducation qui, eux, ont un effet sur l'œdème. En l'état, il est préconisé d'appliquer de la glace (enveloppée dans un linge pour éviter la brûlure par le froid) 3 à 4 fois par jour durant une vingtaine de minutes pendant 2 ou 3 jours.

REPOS

L'immobilisation totale de plusieurs jours à plusieurs semaines a souvent été recommandée, et l'est encore parfois. Or, ce repos strict peut être contre-productif. Il est aujourd'hui bien démontré que les personnes qui reprennent la marche dans la semaine qui suit l'accident récupèrent mieux et plus vite que les autres.

QUEL ANTIDOULEUR ?

La douleur est avant tout un signe d'alerte. À trop vouloir l'éteindre, vous pourriez aggraver l'entorse sans même vous en rendre compte. Si la douleur est supportable, évitez d'en prendre. Sinon, utilisez les antalgiques à bon escient.

En premier choix, optez pour le paracétamol

Chez l'adulte, un comprimé de 500 mg à 1000 mg est à prendre toutes les 4 à 6 heures, sans dépasser 3 000 mg par jour.

Si cela n'est pas suffisant, prenez de l'ibuprofène

200 mg à 400 mg par prise toutes les 6 à 8 heures, sans dépasser 1200 mg par jour. Choisissez de préférence les crèmes et les gels à base d'ibuprofène plutôt que les comprimés en raison des effets secondaires digestifs et les risques hémorragiques auxquels cet AINS (anti-inflammatoire non stéroïdien) expose. Mais n'en abusez pas. Comme la glace, il empêche le processus naturel de cicatrisation en bloquant l'inflammation.



repos mais pas trop !

Et ce quelle que soit la gravité de l'entorse. Aussi, recommencez au plus vite à marcher pour aller travailler, faire vos courses, etc. en vous aidant, si nécessaire, d'une canne, d'une béquille ou d'une attelle. Pour les activités sportives, allez-y doucement et progressivement : après 3 semaines en cas d'entorse bénigne; après 4 à 6 semaines en cas d'entorse moyenne; attendre 6 semaines à 3 mois en cas d'entorse grave.

ÉLÉVATION

À chaque fois que vous êtes assis, relevez la jambe au niveau du cœur afin de diminuer l'œdème. Tenir cette position pendant 2 à 3 heures par jour suffit. Dans le lit, surélever le matelas vous apportera davantage de confort.

COMPRESSION

Pour éviter le développement d'un œdème important, la compression à l'aide d'un bandage est utile. Ce bandage compressif est à réaliser quand vous n'avez pas l'autorisation de prendre appui sur le pied. Dans ce cas, utilisez deux tiges en mousse en forme de fer à cheval (tiges périmalloïdales) à placer de chaque côté de la cheville, puis bandez la cheville en réalisant des 8. Cette technique est plus efficace qu'un simple bandage. Inutile de le garder la nuit.

CONTENTION

Porter une attelle est recommandé lorsque la marche est difficile et douloureuse ou en cas d'entorse grave. Cette contention stabilise la cheville, limite les mouvements douloureux et permet de reprendre la marche et ses activités quotidiennes.

Que choisir entre un bandage adhésif élastique (strapping), une orthèse semi-rigide limitant les mouvements ou une botte rigide en résine ? Ce que vous supportez le mieux. En effet, d'après une étude comparative, ces différents procédés de contention se valent et n'influenceront pas votre récupération fonctionnelle.

Sachez que les bandes adhésives se détendent et devront être remplacées. Inversement, elles ne doivent pas vous faire mal : si c'est le cas, elles sont trop serrées. S'agissant de l'orthèse, demandez conseil à votre généraliste ou votre kiné pour connaître les mouvements à limiter (rotation, flexion...). Surtout, essayez-la chez votre pharmacien.

RÉÉDUCATION

Dans la semaine qui suit l'incident, commencez votre rééducation avec un kiné. Les premières séances auront pour objectif de réduire l'œdème, mais aussi d'atténuer la douleur, à l'aide de massages, de

QUAND ET QUI CONSULTER ?

En cas de signes de gravité

Si vous avez entendu votre cheville craquer, si l'œdème s'accompagne d'une importante ecchymose ou s'il vous est impossible de poser le pied au sol, rendez-vous aux urgences ou chez votre médecin traitant s'il peut vous voir immédiatement.

En l'absence de signes de gravité

Si vous n'avez pas trop mal et si vous pouvez prendre appui sur votre cheville, voyez votre médecin. Depuis 2020, vous pouvez aussi consulter directement un kiné à condition que celui-ci exerce dans une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ou un centre de santé.

mobilisations douces pour améliorer la circulation sanguine et lymphatique. En revanche, les ultrasons et l'électrothérapie n'ont aucun effet. Par la suite, le rôle du kiné sera de prévenir la récidive. Comptez environ une dizaine de séances au total. □

Expert consulté : Sébastien Jadach, masseur-kinésithérapeute du sport, Lyon.

EXERCICES Pour prévenir la récidive

Une entorse mal soignée fait souvent le lit des entorses à répétition. On estime qu'environ 3 personnes sur 5 sont à risque de récidiver. Un risque qui augmente quand l'arthrose, l'ostéoporose ou le surpoids s'en mêlent. Les exercices proposés par le kiné visent à renforcer les muscles stabilisateurs du pied ainsi que l'équilibre de la cheville afin de réduire les séquelles comme les douleurs résiduelles ou une sensation d'instabilité dans la cheville. Pour plus d'efficacité, n'hésitez pas à pratiquer entre vos séances.

À faire à la maison

Marchez sur la pointe des pieds

Marchez en exagérant le mouvement

Posez d'abord le talon, puis la voûte plantaire et enfin la pointe des pieds ; revenez en marche arrière (pointe – voûte – talon).

Musclez vos cuisses

et vos fessiers Pour cela, faites des flexions, puis marchez en réalisant des fentes en avant : exécuter un grand pas en fléchissant la jambe à 90 degrés au niveau du genou.

Faites un gainage du pied

- **Creusez** votre voûte plantaire sans crocheter les orteils.

- **Tentez** de lever les 3 orteils du milieu sans bouger les autres.

- **Décollez** uniquement le gros orteil.

- **Crochetez** les orteils pour faire avancer votre pied.

- **Restez en équilibre** sur une jambe en ayant le pied sur le bord d'une marche d'escalier et le talon dans le vide. N'hésitez pas à tenir la rampe.



Contre les jambes lourdes

Je me permets de vous faire part de mon expérience après lecture de votre numéro de cet été. Sujette aux jambes lourdes, je pratique depuis longtemps un exercice simple pour faciliter le retour veineux. Il consiste à se mettre sur la pointe des pieds et à redescendre pieds à plat plusieurs fois de suite. L'avantage, c'est qu'on peut le pratiquer partout, notamment dans les situations « à risque », où l'on doit rester longtemps debout : en cuisinant, au musée, dans les files d'attente...

Emmy B., par e-mail

O.C. SANTÉ Il s'agit, en effet, d'une excellente astuce pour activer la pompe veineuse et soulager les jambes lourdes. Et les bénéfices de cet exercice ne s'arrêtent pas là. Il permet de renforcer les muscles des jambes et des pieds, ainsi que les tendons, trop peu sollicités. Ce faisant,



vous améliorez aussi votre équilibre tout en réalisant un gainage léger du buste. C'est donc un très bon exercice, qui peut se pratiquer à tout âge. □

Du gingembre antireflux

PAROLE DE LECTEUR

Pendant plus de 35 ans, en raison d'un reflux persistant, j'ai pris quotidiennement de l'oméprazole, un inhibiteur de la pompe à protons (IPP). J'ai réussi à en diminuer le dosage à 10 mg avant de m'en passer. Désormais, le matin, je bois un demi-litre d'eau chaude avec le jus d'un demi-citron. J'évite de manger des aliments sucrés, qui causent les aigreurs les plus vives. Quand je ressens du reflux, je mange des morceaux de gingembre confit, dont l'effet est immédiat. J'ai même commencé à manger des petits morceaux de gingembre cru. Depuis, j'ai quasiment arrêté la prise d'oméprazole, sauf quand je bois du vin, quand je me bâisse longtemps en jardinant ou quand je mange des sucreries.

Irmgard E., Thoiry (01)

Faut-il changer de mutuelle quand on est à la retraite ?

Retraite, j'ai conservé la mutuelle de mon entreprise pour mon mari et moi. Elle me coûte 276 euros par mois. Mon mari est décédé en mai 2021, mais la mutuelle m'a indiqué que la cotisation resterait identique, car il s'agit d'une cotisation famille. Je vais donc chercher une mutuelle moins onéreuse, d'autant que celle-ci ne rembourse pas complètement les frais dentaires.

D. L., par e-mail

O.C. SANTÉ Vous avez raison d'y réfléchir, et cela devrait être systématique lors du départ en retraite. La plupart des assureurs proposent aux salariés de conserver la couverture santé de l'entreprise. Si cette solution évite une démarche supplémentaire, elle n'est pas toujours intéressante financièrement. Comme l'ancien employeur ne participe plus au paiement de la cotisation, votre dépense augmente de fait. Par ailleurs, le passage d'un contrat collectif à un contrat individuel peut s'avérer plus coûteux. L'augmentation des tarifs est encadrée, certes, mais seulement 3 ans. En outre, nos besoins de santé évoluent avec l'âge et correspondent rarement aux garanties d'un



contrat collectif, qui s'adresse surtout aux familles et aux actifs. Les remboursements en dentaire, optique et auditif ne sont pas toujours suffisants, comme vous avez pu le constater. Mieux vaut donc faire le point sur ses besoins réels et choisir le contrat le plus adapté, ou se passer de complémentaire si vous le jugez plus rentable. □

Les informations personnelles collectées font l'objet d'un traitement sous la responsabilité de l'UFC QUE CHOISIR 233, Boulevard Voltaire, 75011 PARIS, aux fins (i) de gérer les abonnements et commandes de produits/services et leur suivi, (ii) réaliser des statistiques, (iii) d'effectuer du profilage pour adresser des offres personnalisées et (iv) les enrichir afin de mieux connaître ses interlocuteurs. Une partie des données provient des associations locales, de courriers en débarquement (données d'identification, coordonnées, information sur la demande etc.). Les données à caractère personnel peuvent être transmises à nos services internes, aux entités de l'UFC Que Choisir, à des partenaires éconégociés de presse français et associations caritatives dont une liste exhaustive figure dans notre politique de confidentialité accessible à l'adresse suivante : <https://quechoisir.org/dcpc> ainsi qu'à des prestataires externes, dont certains hors UE. L'UFC Que Choisir s'assure, des garanties appropriées préalablement à tout transfert et dont une copie peut être obtenue en écrivant à l'adresse ci-dessous. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement des données ainsi que d'opposition au traitement ou à sa limitation, et de définir des directives post-mortem via le formulaire <https://quechoisir.org/dpo>. Il est également possible de formuler une réclamation auprès de la CNIL. Les données à caractère personnel sont conservées de trois ans à compter du terme du contrat, sans préjudice des dispositions législatives ou réglementaires propres à certaines catégories de données imposant une durée de conservation particulière ou leur suppression. Les données sont archivées de manière sécurisée pour les durées nécessaires de conservation et/ou de prescription résultant des dispositions légales applicables. Le traitement, suivant les finalités poursuivies, est nécessaire soit à l'exécution du présent Contrat (i), soit à la réalisation des intérêts légitimes de l'UFC Que Choisir (analyse de son audience (ii) et promotion de son activité (iii) et (iv)), soit sur le consentement, qui peut être retiré à tout moment.

Garanties et appareils auditifs

Lorsque j'ai renouvelé mes prothèses auditives en septembre 2020, j'ai choisi des appareils rechargeables pour éviter les contraintes des piles et la pollution qu'elles induisent. Au bout de 3-4 mois, l'oreille droite a commencé à s'éteindre vers 22 h 30, puis de plus en plus tôt. Après réparation, tout est revenu à la normale avant une autre dégradation. La nouvelle réparation a duré jusqu'à juin. Désormais, l'oreille droite rend l'âme vers 20 h et la gauche montre des signes de faiblesse, m'obligeant à les mettre en charge en milieu de journée. Je compte faire jouer la garantie légale de conformité.

O.C. SANTÉ Depuis la réforme 100 % Santé, les appareils sont garantis pour au moins 4 ans par le fabricant. Vous pouvez donc en bénéficier chez n'importe quel audioprothésiste. Cette garantie inclut le remplacement des pièces, la main-d'œuvre, mais aussi les frais de transport en cas de



Monique H., Aix-les-Bains (73)

vices de forme, défauts de fabrication ou pannes survenant dans un usage habituel. Les garanties de conformité et de vices cachés s'appliquent aussi. Vous devriez donc être couverte. Seuls sont exclus les dommages accidentels, la perte ou le vol des appareils. □

En cas d'erreur médicale, exiger son dossier est un droit

A près plus de 6 mois de consultations inutiles chez un ophtalmologiste libéral pour un kyste sur la paupière, une amie a dû se résoudre à consulter un autre praticien. L'ablation de ce kyste a révélé un cancer. Elle a été hospitalisée d'urgence dans un CHU, à 120 km de chez elle, où on lui a enlevé son œil entier et la paupière. L'intervention, lourde, a été suivie de chimiothérapies et radiothérapies, de chirurgies en vue d'une prothèse, d'une rééducation oculaire... Le « droit du patient » permet-il à un patient de récupérer son dossier médical chez un médecin libéral ?

Danielle R., Kermaria-Sulard (22)

O.C. SANTÉ Tout dossier médical doit être conservé par le praticien pendant 20 ans. Mais, en tant que patiente, vous avez le droit de consulter ce dossier et d'en demander une copie. Dans ce cas, vous pourrez avoir à payer les frais de copie et d'envoi. Si vous soupçonnez une erreur médicale, réclamer l'accès à votre dossier est la première chose à faire. Il suffit pour cela d'adresser une lettre recommandée avec accusé de réception au professionnel en question, avec une copie de votre pièce d'identité. Des modèles sont disponibles sur le site de

France Assos Santé. Le praticien aura ensuite 8 jours pour accéder à votre demande et 2 mois si le dossier est vieux de plus de 5 ans. Vous aurez alors accès aux résultats d'examens, aux comptes-rendus des consultations, aux prescriptions, mais aussi aux correspondances avec d'autres médecins vous concernant. En cas de refus ou d'absence de réponse de la part du praticien, vous pouvez saisir le conseil départemental de l'Ordre des médecins, le juge des référés ou encore la Commission nationale de l'information et des libertés (Cnil). □

POUR NOUS ÉCRIRE

Que Choisir Santé

233, boulevard Voltaire, 75011 Paris ou par e-mail : sante@quechoisir.org

N. B. : nous ne pouvons pas répondre aux demandes de conseils médicaux personnels

Appel à témoignages

Vous avez trouvé des solutions originales alors que vous êtes atteint(e) d'une maladie ou d'un handicap, et vous aimeriez les partager avec les autres lecteurs. Votre expérience nous intéresse.

**QUE
CHOISIR**

Santé

UFC - Que Choisir

Association à but non lucratif
233, boulevard Voltaire, 75011 Paris
Tél. 01 43 48 55 48 - www.quechoisir.org

Président et directeur des publications : Alain Bazot
Directeur général délégué : Jérôme Franck

Rédactrice en chef : Perrine Vennetier

Rédaction : Audrey Vaugrente

Assistante : Catherine Salignon

Ont collaboré à ce numéro :

Anne Cogos, Stéphanie Gardier, Anne-Laure Lebrun, Antonin Louchard, Mich, Lucile Prache, Héloise Rambert

Directeur artistique : Ludovic Wyart

Secrétaire de rédaction : Clotilde Chaffin

Maquette : Clotilde Gadesaude

Iconographie : Catherine Métayer

Documentation : Véronique Le Verge, Stéphanie Renaudin

Diffusion : Thierry Duqueroy

Service abonnés : 01 55 56 70 24

Tarif annuel d'abonnement : 42 €

Commission paritaire : 0223 G 88754

ISSN : 0033-5932

Dépôt légal : n°144

Ce numéro comporte un encart de 4 pages, et, pour une partie du tirage, un encart sous enveloppe collée en 4e de couverture.

Tous droits de reproduction et d'adaptation réservés

Impression : SIEP, rue des Peupliers, 77590 Bois-le-Roi

Imprimé sur papier Ultra Mag Plus

Imprimé avec des encres blanches

Origine du papier : Allemagne

Taux de fibres recyclées : 100 %

Certification : PEFC

Eutrophisation : 333 kg CO₂ / T papier



10-32-2813



Gare aux confusions entre plantes toxiques et comestibles

Les apparences sont parfois trompeuses ! En automne comme en hiver, les centres antipoison ont repéré trois confusions fréquentes entre des plantes menant à des intoxications.

COMESTIBLE Oignon

TOXIQUE Bulbe de fleurs

⇒ **Signes d'intoxication** Troubles digestifs, maux de tête, tremblements – généralement sans gravité.

⇒ Pour éviter la confusion

Quand la plante est en fleur, il est assez facile de distinguer un bulbe de fleurs (narcisse, jonquille, tulipe...) d'un bulbe de plante alimentaire (oignon, échalotte...). Mais l'hiver venu, il faut y regarder de plus près et, mieux encore, sentir. L'oignon, comme les autres alliées (ail, poireau, ciboulette), dégage généralement une odeur caractéristique, forte et piquante.

Bulbe de fleurs



COMESTIBLE Courge

TOXIQUE Courge amère

⇒ **Signes d'intoxication** Troubles digestifs, dont diarrhées sanguinolentes et vomissements, survenant le plus souvent dans les heures qui suivent l'ingestion et qui peuvent entraîner hypotension et déshydratation.

⇒ Pour éviter la confusion

Impossible de distinguer une courge toxique d'une courge comestible à leur apparence. La seule manière de faire est de goûter une petite bouchée : si c'est amer, recrachez et ne consommez pas la courge. Les courges décoratives (coco-chères), vendues par exemple à l'occasion d'Halloween, sont impro pries à la consommation.

Courge

Courge amère



COMESTIBLE Châtaigne

TOXIQUE Marron d'Inde

⇒ Signes d'intoxication

Troubles digestifs, irritation de la gorge et de la bouche.

⇒ Pour éviter la confusion

Le marron d'Inde est rond alors que la châtaigne présente souvent une face aplatie et exhibe un petit plumeau au bout de la pointe. La bogue du marron est clairsemée de pointes inoffensives alors que celle de la châtaigne est hérissee de piquants... très piquants !

NB : en cuisine, le terme « marron » (marrons glacés, dinde aux marrons...) désigne en réalité des châtaignes.



Les règles de la cueillette sûre

Pour identifier une espèce, on utilise généralement un faisceau de critères : forme, couleur, odeur, goût du bout des lèvres, etc. et résultat des applis de reconnaissance des plantes (PlantNet ou Seek, par exemple).

Aucun de ces critères seul n'est suffisant, il faut rester vigilant. Les spécialistes de la cueillette ont coutume de dire : « Règle n°1 : en cas de doute, on ne mange pas. Règle n°2 : en cas de doute, on ne mange pas. »

Attention au jardin

Les intoxications avec des courges viennent de produits achetés dans le commerce et mal étiquetés, mais aussi de spécimens récoltés dans le potager familial. En effet, une courge comestible peut être pollinisée par une courge non comestible (via les insectes), ce qui donnera des courges non comestibles. Évitez donc de récupérer les graines pour les replanter la saison suivante. Ne consommez pas non plus de courges qui ont poussé spontanément.

Experts consultés : Dr Gaël Le Roux, Centre antipoison d'Angers ; Lionel Raway, cuisinesauvage.org