

167

JANVIER 2022

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

2 ACTUALITÉS

Quelle anesthésie
pour une prothèse
de hanche ?8 SANS
ORDONNANCE

La luminothérapie

9 TÉMOIGNAGE

“ Je veux que
le syndrome
de la peau rouge
soit reconnu ”

10 MÉDICAMENTS

Des saignements
digestifs

11 MISE AU POINT

Les effets du CBD

12 INSOMNIES

Soigner ses nuits
sans médicament

14 VOS COURRIERS

16 FOCUS

Le décevant
dépistage du
cancer du seinAVC Parez
ses attaquesDOSSIER
page 4



Tous nos vœux pour 2022

Chères lectrices, chers lecteurs, l'équipe de *Que Choisir Santé* vous souhaite une bonne santé pour 2022 !

OMÉGA 3, FAUX AMIS DU CŒUR ?

Retour de manivelle pour les compléments alimentaires d'oméga 3. Ces acides gras n'ont pas réussi à démontrer un effet protecteur sur le cœur. Mais, pire, ils semblent accroître le risque de fibrillation auriculaire (un trouble du rythme cardiaque), en particulier à plus de 1 g par jour.

📄 Circulation, 06/10/21.

COVID RALLONGÉ

Symptômes digestifs, lésions cutanées et troubles oculaires sont les trois nouvelles manifestations du Covid long, ajoutées récemment par la Haute Autorité de santé sur son site, avec les fiches de prise en charge correspondantes.

Pensée magique pour élixir de jouvence

Efficace, sûr et naturel : voici le plasma riche en plaquettes (PRP), un remède promettant de soulager les douleurs articulaires grâce à un processus d'autorégénération. Le principe est séduisant. Il consiste à prélever le sang du patient pour en isoler le plasma (la partie claire) et y concentrer les plaquettes, puis d'injecter l'élixir de jeunesse orthopédique ainsi obtenu dans les articulations grippées. En utilisant un produit tiré du corps même du patient, les praticiens qui réalisent ces injections de PRP garantissent une grande sécurité et vendent une belle histoire de processus de « guérison interne » du corps et de « stimulation de la régénération ». Avantage non négligeable – pour les finances du médecin du moins –, on peut faire autant d'injections de PRP que l'on veut ! Vous vous en doutez : cela semble un peu trop beau pour être vrai... D'ailleurs, faute d'évaluation probante, ces injections ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie. Aussi, quand est enfin paru dans le *Journal of the American Medical Association* un essai rigoureux comme on les aime à *Que Choisir Santé*, nous nous sommes jetées dessus ! Les investigateurs y ont comparé les effets de l'injection de PRP à ceux d'une injection d'eau salée dans les genoux de personnes souffrant d'arthrose légère à modérée. La conclusion est sans appel : le PRP ne soulage pas mieux la douleur et il ne ralentit pas non plus la destruction du cartilage. Fin d'une belle histoire. ▣

ANTIDÉPRESSEURS

SEVRAGE PLUS DIFFICILE AVEC CERTAINES MOLÉCULES

Lors de l'arrêt des antidépresseurs, environ 1 personne sur 2 subit un syndrome de sevrage, se manifestant par des maux physiques (troubles digestifs, maux de tête...) et psychiques (insomnie, anxiété...). Certains semblent exposer davantage à ce risque. Des chercheurs ont

examiné la base de données mondiale de notifications des effets indésirables. Il en ressort que trois antidépresseurs entraînent particulièrement des problèmes de sevrage : la paroxétine (Deroxat), la venlafaxine (Effexor) et la duloxétine (Cymbalta). Ces données fournissent un

critère de choix supplémentaire de l'antidépresseur. Et en cas de prise de l'un d'eux, elles rendent d'autant plus indispensables les précautions d'usage en vue de leur arrêt, notamment la diminution progressive des doses.

📄 *Journal of Affective Disorders*, 24/10/21.

CANCER DU SEIN La kiné, utile après l'opération

Le cancer du sein peut laisser des séquelles handicapantes. Après l'opération, 1 patiente sur 3 souffre de problèmes de mobilité du bras et de douleurs. En cause, l'intervention au niveau des ganglions axillaires, situés près de l'aisselle. L'ampleur de cette gêne pourrait être diminuée en proposant rapidement des soins de kinésithérapie, suggère une étude britannique, dans laquelle des femmes ont suivi quelques

séances de rééducation dans les 7 à 10 jours après la chirurgie. Le but était d'éviter les positions antalgiques, qui raidissent, et de pratiquer des exercices doux conseillés par un professionnel. Au bout d'un an, ces séances ont eu un effet modeste mais réel sur la mobilité, la douleur et les limitations quotidiennes. Sans réduire le risque de douleurs neuropathiques ou de complications postopératoires, la kinésithérapie est un

investissement rentable. Elle permet de limiter les dépenses de santé par la suite. En France, ces soins peuvent être proposés. Mais cela nécessite de se tourner vers un kinésithérapeute formé au cancer du sein. Se pose aussi un problème de remboursement par l'assurance maladie qui, pour l'heure, n'accepte de prendre en charge que le drainage lymphatique dans le suivi après le cancer du sein.

📄 *BMJ*, 22/10/21.



PROTHÈSE DE HANCHE

L'anesthésie est au choix

Locale ou générale ? Ces deux types d'anesthésie peuvent être envisagés pour la pose d'une prothèse de hanche. L'anesthésie locale, plus exactement locorégionale, consiste à n'endormir que la partie du corps où se déroule l'opération, *via* une péridurale ou une rachianesthésie. L'anesthésie générale plonge le patient dans une inconscience temporaire. Cette dernière suscite des craintes plus marquées et paraît plus lourde alors que l'anesthésie locorégionale semble plus légère, donc préférable. Mais ce n'est pas fondé. Une étude pratique a comparé les conséquences à court

et long terme de ces anesthésies pratiquées chez environ 1 600 personnes âgées de 78 ans en moyenne. L'apparition d'une confusion après l'opération, l'incapacité à marcher après 60 jours ou même les décès sont survenus à la même fréquence dans les deux groupes. Le choix d'une anesthésie pour une opération de prothèse de hanche repose donc sur des données techniques et les habitudes des médecins mais, du fait de l'absence de différences cliniques, les préférences des patients peuvent aussi être prises en compte.

🕒 NEJM, 25/11/21.

1,5 MILLIARD D'EUROS

C'est ce qu'économiserait l'assurance maladie en gagnant un an d'espérance de vie en bonne santé. Aussi, la Cour des comptes conseille d'investir plus et plus tôt dans la prévention de la dépendance.

🕒 Cour des comptes, 25/11/21.

CANNELLE ATTENTION À SON ORIGINE

La cannelle est prisée des adeptes de santé naturelle pour stabiliser la glycémie ou pour bien digérer. Mais, contrairement à celle originaire de Ceylan, les cannelles de Chine et d'Indonésie sont riches en coumarine, une

substance potentiellement toxique pour le foie. Or, ce sont les plus utilisées pour la composition des compléments alimentaires et des huiles essentielles. Le risque de surdose est réel, même en suivant les recommandations des fabri-

cants. Une personne de 60 kg peut ingérer jusqu'à 4 fois la dose maximale préconisée. Mieux vaut donc privilégier les produits les moins dosés, et s'en passer si l'on souffre d'une maladie du foie.

🕒 VigilAnses, 11/21.

LES VOIES DE CONTAMINATION

Intérieur des bars et soirées privées, c'est là que les moins de 40 ans sont le plus exposés au Covid. Après 40 ans, la présence d'enfants est le principal facteur de risque.

Côté transports, l'avion augmente fortement le risque de contagion. Le métro et le train sont moins à risque.

🕒 The Lancet Reg. Health Europe, 26/11/21.

ALCOOL Boire ne protège pas

L'idée que consommer un ou deux verres de vin par jour aurait un effet bénéfique pour la santé, en particulier pour le cœur, jouit encore d'un grand crédit. Elle repose sur le fait que les buveurs d'alcool modérés ont une plus grande longévité que ceux qui ne boivent pas une goutte (abstinents). Mais cette constatation serait biaisée par le fait que beaucoup de non-buveurs s'abstiennent précisément pour des raisons de santé, telles qu'une consommation passée excessive d'alcool et de tabac ou une maladie en cours. Des chercheurs ont refait les calculs en ne gardant que les abstinents sans facteur de risque particulier. Ils ont alors observé que la mortalité était tout à fait comparable chez les buveurs modérés et chez les non-buveurs. Cette étude réfute donc l'idée qu'il faudrait boire pour des



Boire du vin pour vivre plus longtemps ? Une fausse bonne idée...

raisons de santé. Elle valide en même temps le seuil de modération (maximum 2,5 verres par jour dans cette étude, 10 verres par semaine en France) en deçà duquel il n'apparaît pas d'impact sur la mortalité.

🕒 PLoS Medicine, 02/11/21.

VACCIN : L'EFFET DIMINUE

Le vaccin contre le Covid protège moins bien dans la durée. Mais à quel point ? Une étude israélienne montre que le risque d'infection est doublé 90 jours après la deuxième dose. Il est presque triplé au bout de 180 jours.

🕒 BMJ, 25/11/21.

AVC Réagissez au plus vite



Chez les victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC), une sur cinq meurt dans le mois qui suit et la moitié des rescapés garde des séquelles. Un lourd bilan qui peut être limité en agissant rapidement.

Anne-Laure Lebrun

Chaque année, près de 150 000 Français subissent un accident vasculaire cérébral (AVC), soit une victime toutes les 4 minutes ! Cette attaque peut être causée soit par un caillot de sang venant boucher une artère du cerveau (c'est l'AVC ischémique ou l'infarctus cérébral, qui représente près de 85 % des cas), soit par la rupture d'un vaisseau entraînant un saignement cérébral (AVC hémorragique). Privé de sang et d'oxygène dans les deux cas, le cerveau est asphyxié, ce qui provoque la destruction de plus de 2 millions de neurones par minute. Encore aujourd'hui, 40 % à 50 % des malades meurent dans les 6 mois qui suivent l'attaque. Handicaps moteurs, troubles du langage, perte de mémoire, troubles du comportement : des séquelles invalidantes affectent la majorité de ceux qui survivent. Pour réduire ce fardeau, l'AVC doit être traité comme une urgence absolue où chaque minute compte.

→ RÉAGIR VITE

Pour être pris en charge le plus rapidement possible, il est crucial d'appeler sans délai le 15 ou le 112, dès l'apparition des premiers symptômes ou la suspicion d'une attaque.

QUAND APPELER LE 15

Comme ils dépendent de la zone du cerveau atteinte, les symptômes sont variés en nature et en intensité, mais tous

apparaissent brutalement. Retenez les plus fréquents grâce au moyen mnémotechnique **VITE** :

- V**isage paralysé ou qui se déforme (bouche qui tombe...);
- I**nertie d'un membre (impossibilité de lever un bras, perte de force dans une jambe, paralysie...);
- T**rouble de la parole (la personne ne trouve plus ses mots, ne comprend plus ce qu'on lui dit);
- E**n urgence, appelez le 15.

Ces symptômes sont souvent associés, mais pas toujours. Des maux de tête violents, une vision trouble, des vertiges, une perte d'équilibre peuvent aussi survenir. L'AVC est très rarement douloureux. Aussi, lorsqu'il survient la nuit, il ne réveille pas les victimes.

La survenue d'un seul de ces symptômes, même s'il ne dure pas, suffit pour appeler le Samu (15). Ne perdez pas de temps en vous rendant aux urgences ou chez votre médecin. Dans le cas de l'AVC, mieux vaut pêcher par excès. En appelant le 15, vous serez rapidement transféré dans un hôpital, et idéalement dans une unité neurovasculaire (UNV).

UNE PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE

Être orienté vers ces structures spécialisées dans la prise en charge des AVC améliore les chances de survie et diminue les séquelles dues à l'attaque d'environ 25 % par rapport à une prise en charge dans un service non spécialisé, d'après la littérature scientifique. Ainsi, l'hospitalisation en UNV permet

DÉBUTER LES SOINS DANS L'AMBULANCE ?

Dans le cadre d'une expérimentation unique en France, une ambulance dédiée à la prise en charge de l'AVC circulera dans les rues de Paris en 2022. Elle sera équipée d'un scanner et d'un laboratoire de biologie. « À bord, un urgentiste ou un neurologue ainsi qu'un manipulateur radio pourront

confirmer l'AVC, distinguer le type et réaliser la thrombolyse [dissoudre le caillot] directement sur les lieux de l'AVC », explique le Pr Guillaume Turc, neurologue au GHU Paris-psychiatrie et neurosciences et coordinateur de l'étude. Ce type d'ambulance existe déjà aux États-Unis et en Allemagne, où il a été montré

qu'elle permettait d'augmenter le nombre de patients traités par thrombolyse et de réduire le délai de traitement de 30 minutes par rapport à une prise en charge classique. Objectif de l'expérimentation française : confirmer ces bénéfices, mais aussi démontrer scientifiquement que les patients présenteront

moins de séquelles à long terme. « Pour obtenir les résultats les plus robustes, l'étude sera randomisée. Au moment de l'appel du Samu, le déploiement de l'ambulance sera tiré au sort », précise le Pr Turc. Cette expérimentation devrait durer 3 ans et inclure 450 victimes d'AVC ischémique.

d'éviter, chaque année, 120 décès ou patients handicapés pour 1 million d'habitants. Cette efficacité repose à la fois sur le personnel formé à cette pathologie, sur un accès rapide à l'imagerie (scanner ou IRM) pour confirmer l'AVC et en distinguant le type (ischémique ou hémorragique) et sur l'accès à des traitements spécialisés, la thrombolyse et la thrombectomie mécanique. Toutes deux aident à éliminer le caillot sanguin et à relancer la circulation sanguine du cerveau. Ces traitements récents, autorisés respectivement depuis 2002 et 2015, ont nettement amélioré le pronostic des victimes d'AVC ischémique.

4 H 30 POUR DISSOUDRE

Mais pour en bénéficier, il faut arriver à temps. « On peut réaliser une thrombolyse jusqu'à 4 h 30 après le début des symptômes. Ce traitement consiste à injecter dans les veines du patient un produit [altéplase/Actilyse] qui dissout le caillot sanguin », décrit le Dr Jérôme Berge, neuroradiologue au CHU de Bordeaux. Cet acte peut parfois être réalisé lorsque ce délai est dépassé, notamment lorsque l'AVC est survenu dans la nuit et qu'il n'a pas réveillé le patient. Dans ce cas, on ignore depuis quand les symptômes sont présents. Mais avant d'effectuer la thrombolyse, les neurologues vérifient que le cerveau n'a pas trop souffert. Du fait du risque de complications hémorragiques que peut engendrer ce traitement, il ne pourra être délivré que par un spécialiste.

En théorie, si les patients étaient pris en charge dans un délai optimal, environ un quart des victimes devrait bénéficier de la thrombolyse. Les autres patients ne peuvent pas y accéder en raison des nombreuses contre-indications liées au médicament injecté : prise d'anticoagulants, hypertension non contrôlée, intervention chirurgicale dans les 3 mois, antécédents d'AVC dans les 3 mois, etc.

6 H POUR EXTRAIRE

La thrombectomie – réalisée en association à la thrombolyse ou en cas d'échec ou de contre-indications de celle-ci – consiste à introduire un cathéter dans l'artère fémorale au niveau de l'aîne, puis à l'acheminer jusqu'au cerveau pour capturer le caillot et l'extraire. Cette intervention est réalisée au bloc opératoire sous anesthésie locale ou générale par un neuro-radiologue. Elle est destinée en première intention aux 10 % des cas les plus sévères causés par l'obstruction d'une grosse artère cérébrale. « Cette technique doit être réalisée dans un délai de 6 h. Dans de rares cas, on peut la pratiquer dans les 24 h, mais il faut que le cerveau tienne le coup malgré le manque d'irrigation », dit le Dr Berge, qui rappelle : « Nous ne sommes pas égaux face à l'AVC. Chaque cerveau réagit différemment. »

BON À SAVOIR Dans le cas d'un AVC hémorragique, ces traitements spécialisés (thrombolyse et thrombectomie) ne sont d'aucune utilité. Ils pourraient même être délétères puisqu'ils relancent la circulation sanguine. Ici, il faut au contraire stopper l'hémorragie et limiter l'extension de l'hématome cérébral, notamment en contrôlant la pression artérielle. L'admission en réanimation est parfois nécessaire, ainsi qu'une prise en charge neurochirurgicale.

PRÉVENTION Quatre clés pour éviter les AVC

L'AVC n'est pas une fatalité. Des études de grande ampleur ont démontré que 84 % des attaques cérébrales sont liées à des facteurs de risques que l'on peut pour la plupart modifier.

1 Contrôler sa tension L'hypertension artérielle est le premier grand responsable en multipliant par 10 le risque d'AVC hémorragique et par 4 le risque d'AVC ischémique. Or, un grand nombre d'hypertendus s'ignorent ! Aussi est-il primordial de contrôler sa tension régulièrement et de la diminuer grâce à une bonne alimentation, une activité physique régulière et/ou un traitement antihypertenseur.

2 Traiter son arythmie La fibrillation atriale, appelée aussi auriculaire (voir *Q.C. Santé* n° 143, novembre 2019), expose à un risque 5 fois plus élevé que la normale de faire un AVC. Ce trouble du rythme cardiaque provoque la stagnation du sang dans le cœur et la formation de gros caillots sanguins qui peuvent se fragmenter et boucher plusieurs artères simultanément. C'est pourquoi les personnes souffrant d'arythmie doivent prendre, en plus des antiarythmiques, des anticoagulants.

3 Surveiller son diabète Être diabétique à 40 ans augmente de 30 % environ le risque de faire un AVC à partir de 60 ans. Sur le long terme, l'hyperglycémie endommage les vaisseaux sanguins et favorise la formation de caillots. Contrôler sa glycémie et traiter son diabète sont donc un levier important pour se protéger.

4 Soigner son mode de vie En dehors de ces maladies, le risque d'AVC est surtout lié à des habitudes néfastes. Le tabagisme, la consommation excessive d'alcool (plus de 14 verres par semaine chez les femmes et 21 chez les hommes), la sédentarité, l'obésité, surtout l'obésité abdominale (tour de taille supérieur ou égal à 80 cm pour les femmes et à 94 cm pour les hommes) y contribuent grandement. Ces comportements à risque doivent être révisés. Ceux qui arrêtent de fumer, par exemple, retrouvent au bout d'un an un risque de faire un AVC équivalent à celui des non-fumeurs.

➔ RÉAPPRENDRE FORT

Passée la phase aiguë de l'AVC, et même lorsque la prise en charge a été correctement menée, la moitié des victimes gardent des séquelles. Environ 500 000 hommes et femmes présentent des difficultés à la marche, une perte de la vision, des troubles du langage ou cognitifs (mémoire, concentration, raisonnement), des douleurs, etc. L'AVC est encore aujourd'hui la première cause de handicap acquis et la deuxième cause de démence derrière la maladie d'Alzheimer. Afin de limiter la perte d'autonomie, la rééducation est une étape clé. Celle-ci démarre dès l'UNV, dans les 48 h qui suivent l'admission des ➔

➤ patients si leur état le permet. Des kinésithérapeutes, des orthophonistes et des ergothérapeutes sont là pour l'aider à se remettre en mouvement, à parler de nouveau ou à réapprendre à déglutir.

RÉÉDUCER POUR RÉCUPÉRER

Cette réadaptation se poursuit à la sortie de l'UNV. Plus vite elle est commencée, plus les bénéfices seront grands. « Les 3 premiers mois suivant l'AVC sont déterminants. Environ 70 % de la récupération se fait au cours de cette période. Les fonctions motrices comme la marche récupèrent plus vite que les fonctions cognitives », indique le Dr Flora Diaïne, médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) au sein du service de rééducation neurologique du CHU Grenoble-Alpes.

Bien qu'une part de la récupération cérébrale se fasse spontanément, la rééducation coordonnée par un médecin MPR et des professionnels de la rééducation permet davantage de progrès. L'intensité et le lieu de cette rééducation dépendent de l'atteinte neurologique. Pour un tiers des patients environ, ceux qui souffrent de séquelles légères ou modérées, un retour à domicile avec un suivi hebdomadaire par un kinésithérapeute et/ou une orthophoniste exerçant en ville suffit. Le nombre de séances nécessaire sera estimé par ces professionnels.

Un autre tiers des patients, dont les atteintes sont très sévères ou l'état de santé très fragile, sera plutôt orienté vers des services de soins longue durée ou des Ehpa (établissement d'hébergement pour personnes âgées). Enfin, le dernier tiers devrait être pris en charge dans les services de soins de suite et réadaptation (SSR) pour bénéficier d'une rééducation qualifiée d'intensive.

UN PROGRAMME BIEN CHARGÉ

La rééducation intensive consiste à pratiquer des séances d'au moins 30 minutes de kinésithérapie, d'orthophonie, mais aussi d'ergothérapie 5 à 7 jours par semaine, soit entre 1 et 4 heures quotidiennes, pratiquement tous les jours. Des



séances avec un neuropsychologue pour travailler sur les troubles de la concentration ou de la mémoire s'ajoutent bien souvent. Un programme bien chargé, réalisé durant 3 à 6 mois et qui a fait la preuve de son efficacité, notamment lorsqu'il est mené dans des services de SSR spécialisés pour les affections du système nerveux.

Malheureusement, tous les patients pouvant être hospitalisés en SSR ne le sont pas. Une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé parue en 2019 révèle que 6 patients sur 10 sont pris en charge en ville par des professionnels libéraux alors qu'une partie d'entre eux auraient pu bénéficier d'une rééducation à l'hôpital. « Certains patients refusent l'hospitalisation en SSR et préfèrent retourner à leur domicile. D'autres n'ont pas de mutuelle et ne peuvent pas prendre en charge le coût de la rééducation à l'hôpital », décrypte le Dr Diaïne. Le manque de places dans les services de SSR, en particulier pour les patients les plus complexes, est également mis en avant par de nombreux rapports. Or, mettre sur pied une rééducation intensive en ville est loin d'être une tâche aisée en raison du difficile accès aux professionnels, alors qu'il faudrait au minimum 3 séances de kinésithérapie et 2 séances d'orthophonie par semaine. Et même à ce rythme, on est encore bien loin des recommandations qui sous-tendent la rééducation intensive.

ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE : UN MINI-AVC À NE JAMAIS NÉGLIGER

Un quart des patients qui font un AVC ont présenté des signes d'alerte dans les heures, jours ou semaines précédentes. C'est ce qu'on appelle un AIT, accident ischémique transitoire. L'AIT et l'AVC se manifestent de la même manière : visage paralysé, troubles visuels, etc., des signes qui apparaissent brutalement. Mais les symptômes de l'AIT ne durent que quelques secondes ou minutes. Pour

autant, il ne doit pas être pris à la légère. Environ 10 % des AIT se compliquent en AVC dans les semaines suivantes.

Un traitement préventif

Il faut donc très vite identifier la cause et la traiter par anticoagulants, antiagrégants plaquettaires ou par chirurgie pour prévenir un éventuel AVC. « Une prise en charge d'urgence qui devrait être réalisée dans des structures spécialisées », insiste le

Pr Norbert Nighoghossian, chef du service de neurologie au CHU de Lyon. Ainsi, en cas de symptôme, contactez le 15 pour être pris en charge dans une unité neurovasculaire (UNV) ou, à défaut, aux urgences. Des examens (IRM, échodoppler...) seront réalisés et un traitement préventif sera prescrit pour éviter l'AVC. Une prise en charge dans les 24 heures réduit de 50 % le risque d'AVC à 3 mois.

Agir, même un peu plus tard

Si vous n'avez pas réagi immédiatement, parlez-en tout de même à votre médecin traitant. Celui-ci pourra vous diriger vers un neurologue vasculaire. L'objectif sera d'identifier vos facteurs de risque et de démarrer un traitement pour diminuer les risques d'AVC. Il existe aussi une unité spécialisée, surnommée clinique SOS-AIT, présente à l'hôpital Bichat (Paris) et au CHU de Toulouse.

PRISE EN CHARGE DE L'AVC Un accès inégal aux soins

Même si la vigilance des Français était meilleure, cela ne suffirait pas à tout améliorer. Un grave problème d'accès aux soins assombrit le pronostic des victimes d'AVC.

La moitié seulement des patients qui devraient être soignés par une thrombolyse et/ou une thrombectomie en bénéficient vraiment. En cause ? Le manque d'accès aux UNV, ces unités neurovasculaires spécialisées contre l'AVC, et le fait que toutes ne proposent pas la thrombectomie.

De fortes disparités

« Il faut le reconnaître, la prise en charge de l'AVC est à 2 vitesses dans notre pays. Un patient habitant loin d'une grande ville sera moins bien pris en charge qu'un patient vivant à Paris, Lyon ou Bordeaux », déplore le Dr Berge, de la Société française de neuroradiologie (SFNR). En particulier, de nombreux territoires ne sont pas dotés de centres équipés pour réaliser

la thrombectomie. Aussi, des patients sont parfois transférés à des centaines de kilomètres. Dans ce contexte, 6 centres de thrombectomie ont récemment ouvert en province (Annecy, Bayonne, Nîmes, Pau, Perpignan, Vannes), surtout dans les zones où les délais de transfert sont supérieurs à 90 minutes. Et 10 autres devraient être ouverts d'ici 2 ou 3 ans, en province (Bastia, Boulogne-sur-Mer, Orléans, Pointe-à-Pitre, Valenciennes, Valence) et en région parisienne (Ivry, Mantes-la-Jolie, Marne-la-Vallée, Pontoise).

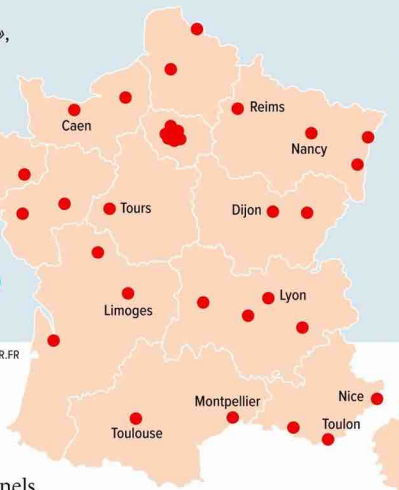
La télémedecine en renfort

Pour pallier ces disparités, la télémedecine fait aujourd'hui partie intégrante de l'organisation de la filière AVC en France. Ce dispositif baptisé télé-AVC met en contact les UNV avec des hôpitaux. En pratique, un neurologue de garde est contacté par les services d'urgence, il se connecte à son ordinateur et échange par visioconférence avec le patient qui est filmé. À l'issue de l'interrogatoire et des examens d'imagerie, le neurologue peut demander aux urgentistes, ayant reçu une formation au préalable, de débiter la thrombolyse. Le patient sera ensuite transféré dans une UNV. L'objectif est de traiter les patients le plus vite possible. Aujourd'hui, environ 5 % des patients sont pris en charge par télé-AVC dans une cinquantaine d'établissements équipés du dispositif. De nombreuses études ont montré qu'il augmentait les taux de thrombolyse et que cet acte, qu'il soit réalisé en UNV ou non, avait la même efficacité.

Trop de zones non couvertes

Les centres pratiquant les 2 traitements de l'AVC (thrombolyse et thrombectomie) sont absents de certains territoires.

SOURCE: WWW.SFNR.FR



LE RETOUR À LA MAISON

Même pour ceux qui ont fait un séjour en SSR, la réadaptation doit se poursuivre à domicile avec des professionnels qui exercent en ville. Le but : continuer le travail physique et cognitif et s'adapter à une vie avec handicaps dans son propre logement. Il n'existe pas à ce jour de recommandations précises, mais un travail est en cours à la Haute Autorité de santé (HAS). De ce fait, le besoin de kinésithérapie, d'ergothérapie ou d'orthophonie et le nombre de séances est laissé à l'appréciation des médecins et des professionnels de la rééducation.

Des exercices quotidiens sont par exemple recommandés, comme des étirements pour éviter les raideurs fréquentes après un AVC. « On les incite aussi à utiliser les membres paralysés lors des gestes du quotidien. C'est important car il arrive souvent que les patients éprouvent des difficultés à percevoir ce qui se passe du côté de leur membre paralysé. Ce n'est pas qu'ils ne voient pas, mais ils n'y prêtent plus attention. C'est ce qu'on appelle l'héminégligence », explique le Dr Diaine. En pratique, les personnes souffrant de ce trouble peuvent oublier de se raser ou de se maquiller d'un côté, manger uniquement une partie de leur assiette, se cogner dans des objets... L'héminégligence peut alors ralentir la rééducation ou, pire, entraîner des blessures. Le patient est averti de ce handicap,

tout comme ses proches. Ceux-ci jouent en effet un rôle important auprès du malade, ainsi que le souligne le Dr Diaine: « On tente de les

sensibiliser aux conséquences de l'AVC comme la grande fatigue et le besoin d'aide du patient pour des tâches du quotidien. »

PRÉVENIR LES RÉCIDIVES

Outre le handicap, les rescapés des AVC doivent faire face au risque de récurrence, en particulier les victimes d'un AVC ischémique. En effet, à 2 ans, 22 % des patients font un second AVC. Ils sont entre 30 et 40 % à 5 ans. Pour éviter une nouvelle attaque, il est important d'adopter un mode de vie sain (alimentation équilibrée, activité physique...) et de bien suivre son traitement destiné à contrôler les facteurs de risques cardiovasculaires. Dans les grandes lignes, ce sont les mêmes recommandations que pour éviter un premier AVC (voir encadré p.5). Ainsi, un antihypertenseur (un diurétique thiazidique, un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou un inhibiteur calcique) peut être prescrit, ainsi qu'une statine pour réguler le taux de LDL-cholestérol, un antiagrégant plaquettaire (l'aspirine ou le clopidogrel) ou encore un anticoagulant. Tous les patients n'auront pas la même ordonnance à la sortie de l'hôpital. Celle-ci sera adaptée en fonction du type d'AVC mais également de ses causes. ■



Quand la lumière chasse les idées noires

Avec la disparition du soleil en hiver, la morosité gagne. Au point de provoquer parfois de véritables dépressions. Le traitement de choix est la luminothérapie.

Qu'est-ce que la dépression saisonnière ?

Humeur maussade, idées noires, fatigue, grand besoin de dormir, faim de loup et envie accrue de sucré sont les principaux symptômes de ce mal baptisé trouble affectif saisonnier. Plus qu'un simple coup de blues, c'est une véritable dépression. Selon les latitudes, entre 1 % et 9 % de la population serait touchée. S'exposer à des lampes de luminothérapie permet de la contrer.

Pourquoi la luminothérapie ?

La dépression saisonnière est liée à la perturbation de l'horloge biologique et de la production de mélatonine, cette hormone produite dans l'obscurité qui régule notre sommeil et notre humeur. En cas de dépression hivernale, ce système est débousolé par le raccourcissement des jours. La mélatonine est alors produite en excès et s'accumule dans l'organisme, ce qui accroît le temps de sommeil. Il faut donc recadrer l'horloge biologique en s'exposant à une forte lumière.

D'après des essais ayant comparé les effets d'antidépresseurs à ceux d'un placebo, la luminothérapie a une efficacité semblable à celle des médicaments : plus de 50 % des patients vont mieux. Elle permettrait, par ailleurs, de réduire d'un tiers le risque d'apparition d'une dépression saisonnière chez les patients touchés tous les hivers. Toutefois, comme le soulignait la Collaboration indépendante Cochrane en 2019, les études sont souvent de faible qualité.

Quelles sont les précautions ?

Généralement bien tolérée, la luminothérapie peut toutefois provoquer des troubles tels que céphalées, nausées, photophobie, vision floue ou nervosité. Elle est déconseillée chez les patients suivant des traitements photosensibilisants ou souffrant de pathologies rétinienne graves. Pour les cas moins graves, demandez conseil à votre ophtalmologiste. Dans tous les cas, ne fixez jamais avec les yeux la lampe au cours de la séance.

Experts consultés : Dr *Éric Charles*, psychiatre au CH Esquirol de Limoges; Dr *Pierre Geoffroy*, psychiatre, médecin du sommeil à l'hôpital Bichat-Claude-Bernard à Paris et au GHU Paris-psychiatrie et neurosciences.



Comment bien s'équiper ?

Pour être efficace, la lampe doit émettre une lumière blanche de 10 000 lux – environ 10 fois moins qu'une belle journée d'été – et être placée à environ 30 cm du visage. Le mieux est de s'exposer une demi-heure le matin avant 9 h, lors du petit-déjeuner, par exemple. Certains services de psychiatrie prêtent des lampes de luminothérapie. Si vous décidez d'acheter la vôtre, vérifiez qu'elle porte le marquage CE qui vous assurera de la présence d'un filtre UV et qu'elle émet bien 10 000 lux.

À ÉVITER Dans les magasins d'électroménager, vous pourriez trouver des simulateurs d'aube qui imitent le lever du soleil. Mais ne vous y trompez pas, ces appareils n'auront pas d'effet sur la dépression saisonnière, car l'intensité de la lumière qu'ils émettent est insuffisante. À côté de ces réveils, vous verrez également des lunettes de luminothérapie qui diffusent l'intensité nécessaire au-dessus des yeux et l'arrêtent du nez. Elles vous permettront de vaquer à vos occupations le matin. Cependant, elles coûtent 4 fois plus cher que les lampes classiques et peu d'études ont évalué leur efficacité, contrairement aux lampes.



CORTICOÏDES “Je veux que le syndrome de la peau rouge soit reconnu”



Emma d'Heilly, 34 ans, a vu sa peau flamber alors qu'elle était traitée depuis longtemps et à forte dose par des dermo-corticoïdes. Serait-ce un syndrome de la peau rouge, causé par ces médicaments et/ou leur arrêt ? Comme elle, d'autres patients témoignent de souffrances que le corps médical néglige trop souvent.

Depuis toute petite, je suis eczémateuse. Je traitais les lésions, plutôt légères, à chaque crise en appliquant un peu de cortisone en crème et hop, problème écarté pour un temps. À l'adolescence, les lésions se sont aggravées et ont flambé à la vingtaine. Dermatologues et médecins me prescrivaient de me tartiner généreusement. Mais c'était toujours pire. Il en fallait plus, plus souvent, et des molécules plus fortes. Mes mains étaient devenues rouges, énormes, gonflées et suintantes. Les médecins envisageaient de passer aux corticoïdes oraux. Je sentais que ça dégénérerait... J'ai alors cherché du côté alimentaire, j'ai fait des jeûnes et arrêté le gluten. En fait, j'ai tout essayé. Je suis même allée en Géorgie pour un « nettoyage du sang » ! Sans succès. Jusqu'au jour où j'ai découvert sur Internet le *red skin syndrome* (ou RSS, le syndrome de la peau rouge) et toute une communauté de personnes qui vivaient la même chose que moi.

Ce que nous affrontons n'a plus rien à voir avec de l'eczéma. Nous « brûlons ». Nous souffrons également d'insomnies, de suintements, d'infections et de toute une myriade de symptômes, dont de très graves problèmes oculaires pour ceux qui ont appliqué des

corticoïdes forts sur le visage. J'ai d'abord été sceptique. C'est difficile d'admettre que ce qui est censé vous soigner vous rend malade. Mais comme cela ne marchait plus, autant arrêter. Ce que j'ai fait d'un coup.

Cette découverte du RSS a été un soulagement et le début d'un enfer. Le sevrage a été très difficile. J'ai souffert très fort pendant 3 ans, j'ai serré les dents mais, malgré une petite rechute, je vais mieux. J'ai retrouvé mon apparence et ma joie de vivre. Les autres patients de ma connaissance finissent eux aussi par guérir.

“Ce qui est censé vous soigner vous rend malade”

En Californie, au Japon et au Royaume-Uni, des médecins reconnaissent et traitent ce syndrome. Mais en France, les médecins nous disent que nous avons mal pris notre traitement, nous y renvoient au plus vite et nous en proposent des plus forts ou des nouveaux, mal évalués. On ne nous entend pas. On nous appelle « corticophobes », ce qui est une façon de décrédibiliser notre discours... Pourtant, ce n'est pas nous, patients, qui posons un problème, mais la durée du traitement et les classes de médicament utilisées. Aussi nous avons besoin que la lumière soit faite sur ce syndrome et qu'il soit reconnu. Combien de personnes voient leur peau s'enflammer, comme des grands brûlés, et errent médicalement sans comprendre ce qui leur arrive ? ▣

Page réalisée par
Perrine Vennetier

FLAMBÉES SOUS CORTICOÏDES

Un effet indésirable trop mal cerné

Les dermocorticoïdes (hydrocortisone, bétaméthasone, désônide) sont des médicaments appliqués sur la peau qui traitent efficacement des affections comme l'eczéma (dermatite atopique) ou la dermatite séborrhéique. Après un usage prolongé, leur efficacité peut diminuer. Leur arrêt provoque parfois une aggravation des lésions, ou des lésions de nature différente, apparaissant sur des zones jusque-là épargnées, et qui sont insupportables : peau rouge, sensations de brûlure, démangeaisons intenses, desquamations, suintements.

Si ces grandes difficultés liées à l'arrêt sont mieux reconnues, l'idée qu'elles débutent au cours du traitement et que celui-ci peut en être la cause est controversée. Pour autant, certains médecins, notamment généralistes, et les patients rapportent bien des flambées qui commencent justement pendant le traitement, ce qui conduit à son arrêt et à de nouvelles difficultés.

Cause ou conséquence ?

Le syndrome de « la peau en feu » pourrait relever de plusieurs mécanismes : usage

excessif (qui « abîme » la peau), accoutumance (besoin de doses croissantes pour obtenir un soulagement), effet rebond (retour, parfois aggravé, des lésions d'origine à l'arrêt du traitement) et syndrome de sevrage (apparition de nouvelles lésions à l'arrêt en raison d'une dépendance). Ces éléments incitent à la prudence. Tout traitement au long cours par des dermocorticoïdes doit être mûrement pesé avant d'être débuté. Et son arrêt devra se faire de manière très progressive, avec espacement des applications ou diminution des doses.



Ces médicaments qui causent des saignements digestifs

Les saignements gastro-intestinaux sont des causes fréquentes d'hospitalisation. Certains médicaments très courants peuvent les provoquer ou les aggraver. Un risque à connaître.

Certaines molécules provoquent une érosion des muqueuses et/ou interfèrent avec la coagulation sanguine. Les saignements qui en découlent se produisent à tous les niveaux du tube digestif : dans la partie haute (œsophage, estomac, duodénum) ou basse (intestin grêle, côlon, rectum). Ces saignements digestifs se manifestent par des vomissements de sang ou un passage de sang dans les selles. Ils peuvent aussi passer inaperçus. S'ils deviennent chroniques, ils causent des anémies, associées à de la fatigue, une pâleur, voire un essoufflement ou des malaises. Le risque est bien plus important si les substances sont prises de manière prolongée, si plusieurs médicaments incriminés sont associés et chez les sujets âgés atteints d'insuffisance rénale ou cardiaque.

Ceux qui créent des lésions

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont les plus en cause. Ils provoquent des ulcères dans l'estomac et le duodénum, pouvant entraîner de graves conséquences, parfois mortelles. Les corticostéroïdes ont aussi été pointés du doigt. Les ulcérations dues aux bisphosphonates (traitement de l'ostéoporose) sont devenues rares car les conseils de prise, en position debout et en buvant beaucoup, sont maintenant bien appliqués.

Ceux qui font saigner

Les anticoagulants et les antiagrégants plaquettaires, comme l'aspirine, qui réduisent la coagulation sont l'autre cause principale de saignement. Les nouveaux anticoagulants (d'action directe ou AOD) présentent les mêmes risques digestifs que les plus anciens (antivitamines K). Des antidépresseurs peuvent aussi augmenter le risque de saignement, un risque jugé faible sauf dans le cas où ils sont associés avec d'autres médicaments susceptibles de causer des saignements.

Quelle conduite tenir

Si vous souffrez d'ulcères de l'estomac ou du duodénum, soyez prudent avec tous ces médicaments. Des protecteurs gastriques et des inhibiteurs de la pompe à protons peuvent réduire le risque de saignement, mais ne l'éliminent pas. Si cela arrive, contactez votre médecin immédiatement. ■

Expert consulté : Pr Robert Benamouzig, chef du service de gastroentérologie à l'hôpital Avicenne (93).

PRINCIPAUX MÉDICAMENTS IMPLIQUÉS

Molécule (spécialités)

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

- **Acéclofénac** (Cartrex) ● **Acide méfénamique** (Ponstyl) ● **Acide niflumique** (Nifluril)
- **Acide tiaprofénique** (Surgam) ● **Célécoxib** (Célébrex)
- **Diclofénac** (Flector, Voltarène) ● **Étodolac** (Lodine)
- **Étoricoxib** (Arcoxia) ● **Fénoprofène** (Nalgésic)
- **Flurbiprofène** (Antadys, Cebutid) ● **Ibuprofène** (Advil, Antarène, Brufen, Nurofen, Spifen...)
- **Indométacine** (Chrono-Indocid, Indocid)
- **Kétoprofène** (Bi-Profénid, Ketum, Profénid, Toprec...)
- **Méloxicam** (Mobic) ● **Nabumétone** (Nabucox)
- **Naproxène** (Antalox, Apranax, Naprosyne...)
- **Piroxicam** (Brexin, Cycladol, Feldène, Zofora...)
- **Sulindac** (Arthrocline) ● **Ténoxicam** (Tilcotil)

Corticostéroïdes

- **Bétaméthasone** (Betnesol, Célestène)
- **Dexaméthasone** (Dectancyl) ● **Méthylprednisolone** (Medrol) ● **Prednisolone** (Solupred)
- **Prednisone** (Cortancyl)

Bisphosphonates

- **Acide alendronique** (Adrovanse, Fosamax, Fosavance, Steovess) ● **Acide risédronique** (Actonel, Actonelcombi) ● **Acide zolédronique** (Aclasta)

Anticoagulants

- **Acénocoumarol** (Sintrom, Mini-Sintrom)
- **Apixaban** (Eliquis) ● **Dabigatran** (Pradaxa)
- **Fluindione** (Préviscan) ● **Rivaroxaban** (Xarelto)
- **Warfarine** (Coumadine)

Antiagrégants plaquettaires

- **Acide acétylsalicylique/aspirine** (Alka-Seltzer, Aspegic, Aspro, Kardegic) ● **Ticagrélor** (Brilique)
- **Clopidogrel** (Plavix) ● **Prasugrel** (Efient)

Antidépresseurs

- **Citalopram** (Seropram) ● **Escitalopram** (Seroplex)
- **Fluoxétine** (Prozac) ● **Fluvoxamine** (Floxyfral)
- **Paroxétine** (Deroxat, Divarius) ● **Sertraline** (Zoloft)

Liste non exhaustive



CBD Quels sont ses effets réels sur la santé ?

➔ **6 millions de Français**, soit près de 10 % de la population, disent avoir consommé du cannabidiol, plus connu sous le nom de CBD. Même s'il n'est pas reconnu comme un médicament, il est testé par un nombre croissant de personnes pour soulager les maux du quotidien.

Page réalisée par
Audrey Vaugrente

Longtemps assimilé au cannabis, dont il est l'un des composants, le CBD (cannabidiol) se refait une réputation. Vendu sous forme d'huile, de tisane ou même de cosmétique, il ne se cantonne plus aux boutiques spécialisées et il a maintenant sa place en pharmacie comme dans les grandes surfaces. Pour attirer le consommateur, on lui prête des vertus anti-inflammatoires, antidépressives et bien d'autres encore. Nous nous sommes penchés sur les trois utilisations les plus courantes du CBD afin d'en évaluer l'intérêt réel.

Contre l'anxiété

À en croire les usagers et les commerçants, le CBD aurait un effet relaxant, voire anxiolytique. Cet argument n'a rien d'absurde sur le papier : cette molécule a bel et bien une telle action. Est-elle suffisante ? Rien de certain. Quelques études suggèrent que le CBD seul peut réduire l'anxiété ou les légers facteurs de stress du quotidien. Mais pour obtenir un petit effet, il faut prendre des doses 6 à 16 fois supérieures à celles conseillées par les vendeurs. Par ailleurs, la qualité de ces études laisse à désirer. « *En achetant du CBD, on remplace la chimie du médicament par une chimie végétale*, souligne le Pr Nicolas Authier, psychiatre et pharmacologue. *Elle est certes naturelle, mais il vaudrait mieux apprendre à gérer son anxiété.* »

Contre les douleurs

Du côté de la douleur, la popularité du CBD est tout aussi forte, notamment chez les patients se trouvant dans une impasse thérapeutique ou en recherche d'alternatives. « *Les huiles sont beaucoup achetées par des personnes qui attendent l'autorisation du cannabis thérapeutique* », illustre Aurélien Delecroix, président du Syndicat du chanvre, qui souligne que cette allégation ne peut pas être utilisée par les fabricants et les vendeurs. De fait, l'efficacité du CBD contre les douleurs, temporaires ou chroniques, n'est pas établie. Toutefois, « *l'effet anxiolytique du CBD peut modifier le vécu des douleurs chroniques* », précise le Pr Authier. L'intensité du signal douloureux n'est donc pas affectée, mais sa composante émotionnelle peut l'être.

Pour mieux dormir

Le bilan n'est guère plus positif en ce qui concerne le sommeil. Là encore, la promesse de meilleures nuits est régulièrement avancée... sans preuves solides. Les études sur le sujet portent, pour la plupart, sur des animaux, et celles sur l'humain sont de mauvaise qualité. Parmi les hypothèses, on parle d'une efficacité indirecte due au myrcène, un composé présent dans le chanvre. L'effet anxiolytique du CBD pourrait aussi jouer un rôle. « *Il peut agir sur les troubles du sommeil liés à une anxiété, même légère, en traitant le symptôme qui perturbe le sommeil* », avance le Pr Authier. Recourir au CBD pour avoir un meilleur sommeil est donc une option très imparfaite.

Peu d'effets indésirables

Pour se rattraper, le CBD dispose tout de même d'un argument : il comporte très peu d'effets indésirables et ceux-ci surviennent surtout à des doses élevées. Contrairement au THC, autre principe actif du cannabis, il n'a pas d'effet euphorisant. Le principal risque est une baisse de vigilance, liée à son effet anxiolytique. Mais il est peu probable qu'elle se produise à de faibles doses. En somme, le CBD « *ne semble pas présenter de potentiel d'abus, ni être nocif pour la santé* », selon l'Organisation mondiale de la santé.

Sa consommation doit malgré tout être envisagée avec prudence, au vu des faibles bénéfices. « *Par précaution, nous déconseillons le CBD aux personnes sous médication, aux femmes enceintes ou allaitantes et aux enfants, car nous manquons de recul sur les risques* », souligne Aurélien Delecroix. En effet, il existe un risque réel, mais encore mal cerné, d'interactions médicamenteuses.

Pour l'heure, le CBD n'est validé que pour traiter certaines épilepsies de l'enfant, résistantes aux traitements. Il est alors vendu sous la forme d'un médicament (Epidyolex). Les autres produits contenant du CBD coûtent cher et ne sont pas encadrés. Impossible, donc, de garantir que le taux de CBD annoncé est réellement présent. Ce manque de régulation empêche de promettre tout effet thérapeutique... en théorie. ■

👤 **Experts consultés :**
Pr Nicolas Authier, auteur du *Petit Livre du cannabis médical* (éd. First) ;
Aurélien Delecroix, président du Syndicat professionnel du chanvre.

INSOMNIES Comment soigner

Pour lutter contre ses insomnies, il est recommandé d'opter en priorité pour des solutions non médicamenteuses. Elles sont nombreuses. Le point sur celles à privilégier... et les autres.

Kheira Bettayeb

En temps normal, 1 Français sur 5 souffre de difficultés d'endormissement, de réveils nocturnes multiples et de réveils précoces. Avec la pandémie de Covid, ce type de troubles est devenu plus courant : après le premier confinement de 2020, la consommation de somnifères a augmenté de +6,9 %. Transitoire, l'insomnie n'est pas alarmante. Mais gare si elle survient plus de 3 fois par semaine et dure plus de 3 mois, car l'insomnie chronique peut littéralement gâcher la vie. Des solutions non médicamenteuses existent, mais toutes ne se valent pas.

➔ À PRIVILÉGIER

HYGIÈNE DU SOMMEIL

La première solution consiste à adopter plusieurs gestes simples qui favorisent un bon sommeil et dont l'efficacité a été prouvée.

- ➔ Dormir selon ses besoins, 7 h pour certains, plus ou moins pour d'autres.
- ➔ Se lever et se coucher à horaires réguliers, même le week-end, pour ne pas dérégler son horloge biologique. Et s'exposer à la lumière le matin pour synchroniser cette horloge à la journée de 24 h.

➔ S'abstenir de consommer café, thé et autres stimulants au moins 5 heures avant le coucher. Éviter les écrans au moins une heure avant d'aller au lit, car leur lumière bleue inhibe la sécrétion de mélatonine, une hormone clé du sommeil.

➔ Pratiquer une activité physique régulière, qui accroît la « pression du sommeil ». L'arrêter au moins 3 h avant le coucher, car toute augmentation de la température corporelle peut décaler l'horloge biologique et donc l'endormissement. Pour la même raison, dormir dans une pièce non surchauffée, à 18-20 °C, et de préférence obscure et silencieuse.

➔ Éviter les repas copieux et/ou gras le soir : ils prolongent la digestion qui peut perturber l'endormissement.

Si ces règles ne suffisent pas, ce qui est possible en cas d'insomnie chronique ou d'un autre trouble sous-jacent (hyperthyroïdie, maladie de Parkinson...), en parler à son médecin.

THERAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE (TCC)

La TCC est le traitement de première intention recommandé par les autorités de santé en cas d'insomnie chronique et d'échec d'une meilleure hygiène de som-

DISPOSITIFS ÉLECTRONIQUES On s'en passera volontiers

Coûteux, mal évalués et peut-être contre-productifs, les divers gadgets de sommeil assisté par l'électronique n'ont guère d'arguments en leur faveur.

Depuis quelques années fleurissent des solutions high-tech telles que boîtiers, bracelets ou bandeaux, qui prétendent vous aider à retrouver le sommeil.

➔ Les boîtiers

Il s'agit de boîtiers à placer sur sa table de nuit. Exemples : Dodow diffuse une lumière bleue au plafond s'intensifiant et s'atténuant régulièrement ; Morphée propose des séances de méditation et de sophrologie guidées par une voix.

Sur le principe, ces boîtiers permettent de se relaxer et d'atténuer un stress ou une angoisse nuisant à l'endormissement. Mais ils nécessitent un certain budget (de 50 € à 100 € environ), alors qu'un bon livre, une appli ou une musique apaisantes suffisent bien souvent.

➔ Les objets connectés

Montres, bracelets, bagues et même oreillers se proposent désormais d'analyser notre sommeil en enregistrant la

fréquence cardiaque, les mouvements du corps, la respiration et les ronflements. Ils renseignent sur notre sommeil (durée, présence de ronflements...) mais ne sont pas toujours fiables. Et surtout, ils donnent très peu de conseils pour mieux dormir. De plus, ils s'avèrent parfois contre-productifs. En effet, s'ils conduisent à une quête obsessionnelle de sommeil sans insomnie, ils peuvent accroître l'anxiété au coucher et ainsi empêcher de dormir.

➔ Les dispositifs cérébraux

Le bandeau Drem et le casque Urganight ambitionnent d'enregistrer notre activité cérébrale et de restructurer le sommeil *via*, respectivement, un programme inspiré de la TCC et des exercices cérébraux sur appli mobile. Des résultats positifs ont été montrés, mais des études plus poussées sont nécessaires pour établir l'efficacité de ces systèmes très coûteux : environ 400 € pour Drem et 500 € pour Urganight.



ses nuits sans médicaments

meil. Brève (car nécessitant 6 à 8 séances au maximum), et procurant des bénéfices durables, la TCC permet d'identifier les mécanismes à l'origine des difficultés afin d'expérimenter de nouveaux comportements et de retrouver un sommeil plus continu et réparateur.

La TCC comprend un volet comportemental, destiné à améliorer les habitudes liées au sommeil, et un volet cognitif visant à modifier les fausses croyances (« il faut dormir 8 heures par nuit » ou « il faut être endormi avant une certaine heure... ») et à réduire le stress (nocif pour l'endormissement). Elle peut intégrer plusieurs approches relaxantes : hypnose, sophrologie, méditation, etc.

Réalisée en groupe ou en entretien individuel, la TCC est encadrée par un psychologue ou un psychiatre formé à cette approche. À partir de 2022, des consultations de psychologue prescrites par un médecin devraient être partiellement remboursées.

Il existe des TCC sur Internet. Elles ont l'avantage d'être faciles à suivre (via son smartphone, sa tablette ou son PC) et ont prouvé leur efficacité lors de plusieurs essais. Le programme ThéraSomnia, par exemple, a été validé cliniquement à l'hôpital de Montpellier. Ce sont des formules payantes. Regardez bien les offres, les tarifs n'étant pas toujours lisibles derrière d'apparentes promotions.

➔ EN COMPLÉMENT

PHYTOTHÉRAPIE

Valériane, aubépine, tilleul, camomille, passiflore, mélisse, etc. Plusieurs plantes médicinales sont réputées diminuer les troubles de l'endormissement et la nervosité. La valériane est celle dont l'intérêt est le mieux étudié. Elle semble améliorer la qualité du sommeil et a même été testée en remplacement des somnifères. Mais à ce jour, aucune plante n'a démontré rigoureusement son efficacité.

Toutes ces plantes agissent certainement via l'effet placebo : elles favorisent le sommeil parce qu'on s'attend à ce qu'elles fonctionnent. Elles peuvent aussi aider à

PAS DE SOMNIFÈRES AU LONG COURS

Les somnifères (pour l'essentiel des benzodiazépines) sont dans certains cas une solution efficace s'ils sont pris ponctuellement ou sur une courte durée. Par contre, leur usage régulier et à long terme (sur plus d'un mois) provoque souvent une forte dépendance et des symptômes de sevrage en cas d'arrêt brutal (anxiété, insomnie). De plus, ils ont des effets secondaires : oubli de faits récents, troubles de la vigilance, etc.

mieux dormir par un effet « rituel » : leur consommation régulière, leur odeur ou leur goût agréable, devenant associés à l'endormissement, le facilitent. Sous forme de tisanes, elles entraînent une dilatation de l'estomac qui stimule un nerf dit pneumogastrique, lequel favorise l'endormissement et renforce donc leur effet sédatif.

Comme elles sont dénuées d'effets indésirables, ces plantes médicinales méritent d'être essayées.

APPLIS APAISANTES

Depuis quelques années, on trouve sur Internet des applications proposant des séances de méditation ou d'écoute de sons reposants (bruit de vagues, souffle de vent, cricri de grillons...), comme Petit Bambou, Calm, Relax Melodies ou White Noise. Gratuits pour la plupart, ces outils focalisent l'esprit sur des sons relaxants, aidant ainsi à occulter les pensées stressantes qui empêchent l'endormissement. Ceci dit, une musique apaisante de sa propre playlist fait souvent l'affaire. Quoi qu'il en soit, ces applis ne peuvent suffire à elles seules. Il convient de les inclure dans une démarche globale d'amélioration de l'hygiène de vie.

MÉLATONINE

Vendue librement sous forme de complément alimentaire, ou sur pres-

cription médicale au-delà de 2 mg, la mélatonine est une hormone sécrétée normalement la nuit par notre cerveau. Selon une étude brésilienne ayant porté sur 1 683 patients, « elle diminue le délai de l'endormissement et augmente la durée totale du sommeil », avec une efficacité significative en comparaison de celle d'un simple placebo. Elle peut être utile en cas d'insomnies dues à un décalage horaire (pour resynchroniser l'horloge biologique à l'heure locale) ou d'insomnies liées à des troubles des rythmes biologiques responsables de couchers très tardifs ou de levers très précoces (pour avancer ou retarder l'horloge biologique).

Avant de recourir à la mélatonine, mieux vaut au préalable observer les règles d'hygiène du sommeil listées plus haut. Car elle n'est pas sans effets indésirables : somnolences, maux de tête, éruptions cutanées diverses, vomissements, etc. De plus, elle interagit avec beaucoup de médicaments (somnifères, certains antihypertenseurs, corticoïdes...).

LUMINOTHÉRAPIE

La luminothérapie consiste à s'exposer à une lumière blanche intense pendant 30 à 45 minutes chaque jour. Prendre son petit-déjeuner le matin dans une pièce bien éclairée est un bon début. Comme l'ont montré plusieurs travaux, la luminothérapie est parfois efficace contre les insomnies liées à un retard de l'horloge biologique ou à une dépression saisonnière (voir p. 8). La lumière arrêterait la sécrétion de l'hormone mélatonine, ce qui permet de recalculer l'horloge biologique. Sur le marché, il existe des lampes spéciales « luminothérapie ».

En cas de décalage important des rythmes biologiques, quelques centres du sommeil et services de psychiatrie, notamment ceux de l'hôpital Bichat et de l'Hôtel-Dieu à Paris, proposent des séances de luminothérapie encadrées. □

🔴 **Experts consultés :** Dr Marc Rey, neurologue, président de l'Institut national du sommeil et de la vigilance ; Dr Sylvie Royant-Parola, psychiatre, présidente du Réseau Morphée.



Mystérieuse facture

Le 27 octobre dernier, j'ai subi une petite intervention chirurgicale en ambulatoire. J'avais demandé à ne pas être en chambre individuelle. À mon retour en chambre, j'ai voulu une petite collation et un verre d'eau. À ma sortie, j'ai réglé une facture de 24 €. Sachant que le forfait hospitalier journalier est de 20 €, j'ai demandé à la clinique une facture détaillée. La personne m'a répondu qu'en ambulatoire, il n'y avait pas de tel forfait. Qu'en est-il ?

Guy P., par e-mail



Q.C. SANTÉ Après un séjour à l'hôpital, il est parfois difficile de s'y retrouver dans les différentes factures. Votre interlocutrice a raison sur un point : le forfait hospitalier n'est dû que si le séjour est supérieur à 24 heures. Ça n'est donc pas ce qui vous a été facturé. Reste le ticket modérateur (part prise en charge par la Sécu) qui s'applique aux soins dispensés. Il est normalement de 20 %. Mais lorsque les actes et frais hospitaliers excèdent 120 €, une participation forfaitaire de 24 € est appliquée. Cela permet de limiter le reste à charge pour le patient. Le plus souvent, les complémentaires santé remboursent ces dépenses.

Manger de la viande favorise la résistance aux antibiotiques ?

J'ai lu avec intérêt votre dossier sur les médicaments et l'alimentation dans le numéro 165 de novembre 2021. J'aimerais poser une question qui me paraît d'actualité : on parle en ce moment de la résistance à certains médicaments que peut engendrer la consommation de viande issue d'animaux élevés aux antibiotiques. Est-ce un problème avec la viande d'origine France et UE ?

Johanna W., Paris (75)

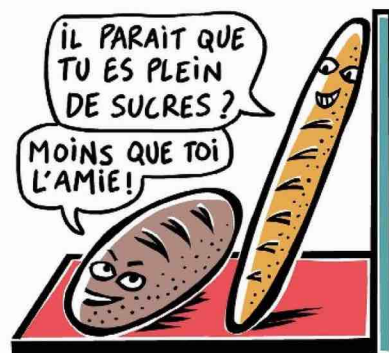
Q.C. SANTÉ Depuis 2006, il est interdit de recourir aux antibiotiques comme facteurs de croissance dans l'alimentation des animaux élevés en Europe. Vous avez donc intérêt à privilégier des viandes de cette origine. Mais l'usage d'antibiotiques contre les maladies reste élevé, ce qui favorise la résistance des bactéries. Attention, ce sont les bactéries qui résistent aux antibiotiques et non pas l'hôte. Les viandes peuvent être porteuses de bactéries résistantes mais, après une bonne cuisson, ces bactéries seront détruites. À l'heure actuelle, ce n'est pas tant la consommation de viande que l'élevage qui représente un problème. En effet, l'antibiorésistance se propage surtout par l'environnement, par l'intermédiaire de l'eau, des sols ou encore d'aliments contaminés. Si la consommation de viande joue un rôle, elle n'est pas le principal contributeur au phénomène.

Pain complet et glycémie

Récemment, j'ai entendu que le fait de manger du pain complet faisait monter le taux de sucre. Est-ce vrai ?

François E., par e-mail

Q.C. SANTÉ Il est vrai que le pain complet a un indice glycémique élevé, estimé à 77 sur une échelle allant jusqu'à 100. Cela signifie que, dans les deux heures suivant sa consommation, il fait davantage grimper notre glycémie que du muesli, par exemple. Cela n'a rien d'anormal puisque le pain est en grande partie composé de glucides. Mais le pain complet reste un meilleur choix que la traditionnelle baguette blanche, dont l'indice glycémique est supérieur à 90. En effet, les farines complètes sont riches en fibres et en pro-



téines, ce qui diminue la vitesse d'absorption des glucides par notre organisme. Opter pour un pain au levain ou contenant de la farine de seigle est également conseillé pour un moindre indice glycémique, ce qui présente aussi l'avantage d'apaiser la faim plus durablement.

Médicaments sans ordonnance: pas si facile

Souffrant d'une cystite, j'ai eu besoin de Monuril (fosfomycine trométamol). J'ai vu sur Internet que les pharmaciens pouvaient, depuis cette année, en délivrer sans ordonnance. Le pharmacien m'a répondu que le décret n'est pas applicable, car les médecins sont contre. En voilà un argument ! J'ai dû aller chez le médecin pour m'en faire prescrire. Alors, vrai ou faux, la réponse du pharmacien ?

H. M., par e-mail



O.C. SANTÉ Votre surprise est compréhensible au vu de la couverture médiatique du sujet. Depuis le 11 mai, les pharmaciens peuvent effectivement délivrer certains antibiotiques au patient : en cas de symptômes évoquant une cystite simple chez une femme de 16 à 65 ans ou après un test rapide (Trod) confirmant une angine bactérienne. Mais attention, pour délivrer ces antibiotiques,

le pharmacien doit avoir reçu au préalable une formation et exercer dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné. Autrement dit, il doit avoir accès à votre dossier et être encadré par un médecin généraliste qui sera informé de cette délivrance par le biais d'un logiciel commun. Si ces conditions ne sont pas remplies, le pharmacien n'aura pas le droit de vous les vendre directement.

Quelle indemnité après une infection nosocomiale ?

En novembre 2020, j'ai été opéré du gros orteil droit. Par la suite, j'ai contracté une infection nosocomiale à staphylocoque doré. Le traitement a duré plus de 3 mois et nécessité une hospitalisation ainsi qu'une deuxième intervention. Cela me laisse aujourd'hui un handicap pour marcher et des douleurs permanentes à cet orteil. Comment puis-je être indemnisé pour le préjudice subi ?

Jean-Claude G., Flagey-lès-Auxonne (21)

O.C. SANTÉ Comme toute victime d'infection nosocomiale, vous disposez de 10 ans pour saisir la commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) de votre région. Il faudra remplir un dossier et fournir une description détaillée des faits. Pensez à réclamer votre dossier à l'établissement qui vous a opéré : il servira à appuyer votre requête. Vous serez aussi demandés un certificat médical qui atteste du dommage, d'éventuels justificatifs du préjudice financier ou physique et votre attestation de carte Vitale. Si vous le souhaitez, faites-vous aider d'une association de patients (UFC-Que Choisir,

AIVE, Le Lien...) ou d'un avocat. Au cours de la procédure, la CCI va notamment déterminer l'ampleur de l'atteinte subie (taux d'incapacité permanente partielle, ou IPP), suivant un barème complexe. Si l'IPP est supérieur à 25 %, vous pourrez prétendre à une indemnisation. L'avis de la CCI est alors transmis à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam), qui peut accepter ou non de vous indemniser. Lorsque les atteintes sont moindres, il est possible de saisir l'assureur de l'hôpital ou de la clinique. Mais là non plus, vous n'êtes pas certain d'obtenir réparation.

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-Gaëlle Amiot, Kheira Bettayeb,
Noëlle Guillon, Anne-Laure Lebrun,

Fred Sochard, Anne-Sophie Stamane

Directeur artistique : Ludovic Wyart

Secrétaire de rédaction : Clotilde Chaffin

Maquette : Clotilde Gadesaude

Iconographie : Catherine Métayer

Documentation : Véronique Le Verge,
Stéphanie Renaudin

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





Cancer du sein : les résultats décevants du dépistage

Bien que recommandé par les autorités de santé, le dépistage organisé du cancer du sein est controversé. Les bénéfices sont incertains.



IMPACT SUR 1 000 FEMMES DÉPISTÉES PENDANT 20 ANS

➔ ENTRE 0 ET 6 VIES SAUVÉES

Les études les plus solides ne trouvent aucun bénéfice du dépistage sur la mortalité du cancer du sein. Ces données, anciennes, ne correspondent pas exactement aux conditions du dépistage français (âge, durée). Elles sont contrebalancées par des chiffres plus récents mais moins fiables. Aujourd'hui, l'estimation est que la mammographie éviterait entre 0 et 6 décès. ➔ Il y a une grande incertitude sur le bénéfice du dépistage.

➔ 100 À 200 FAUSSES ALERTES

À la suite d'images douteuses, des femmes doivent subir des ponctions et des biopsies inutiles.

➔ Le dépistage crée des inquiétudes.

➔ ENVIRON 20 CANCERS SURDIAGNOSTIQUÉS

Un quart au moins des cancers du sein dépistés sont des « diagnostics en excès ». Il s'agit, sans aucun doute, de lésions cancéreuses mais, si elles n'avaient pas été trouvées lors du contrôle, elles ne se seraient pas manifestées. Ces cancers surdiagnostiqués entraînent un surtraitement (ablation de la tumeur ou du sein, radiothérapie, plus rarement chimiothérapie).

➔ Cette part importante de surdiagnostics est un effet indésirable reconnu du dépistage.

➔ 15 CANCERS « DE L'INTERVALLE »

Ces cancers surviennent entre deux mammographies de dépistage. ➔ Le dépistage n'empêche pas un cancer du sein de se déclarer après un examen rassurant.



DES TRAITEMENTS MOINS LOURDS ?

Avec des cancers repérés plus tôt, on peut raisonnablement penser que le dépistage entraîne un traitement moins dur ou moins long. Mais aucune étude n'établit un allègement des traitements ou des séquelles.

📖 Sources : Prescrire, synthèse 2014 ; Collaboration Cochrane, 2012 ; INCa ; Cancer Research UK.

Une décision éminemment personnelle

Toutes les femmes de 50 à 75 ans sans risque particulier sont invitées au dépistage organisé du cancer du sein. Le choix d'y participer ou non n'est pas simple. Dans un cas comme dans l'autre, il s'agit d'une décision très personnelle et respectable. Prendre part à ce dépistage, c'est se donner peut-être de

meilleures chances de survie, mais c'est aussi risquer un surdiagnostic et des traitements lourds inutiles. Ne pas y prendre part implique peut-être un risque supérieur de mourir d'un cancer repéré trop tard, mais évite l'angoisse des examens réguliers et le surdiagnostic. Ce choix n'est pas irréversible, on peut changer

d'avis. De plus, les progrès des traitements allègent les enjeux : diagnostiqué lors du dépistage ou non, un cancer du sein aura de grandes chances de guérir. Enfin, toutes les femmes, dépistées ou non, ont intérêt à être attentives aux modifications de leurs seins et à consulter en cas d'inquiétude.