

QUE

CHOISIR

Santé

EXPERT • INDÉPENDANT • SANS PUBLICITÉ

3,90 €

171

MAI 2022

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

2 ACTUALITÉS

Dormir fait maigrir

8 SANS ORDONNANCE

Le potassium

9 TÉMOIGNAGE

Vivre les problèmes
du quotidien avec
la maladie de Crohn

10 MÉDICAMENTS

Arrêter ses
antidépresseurs

11 MISE AU POINT

Les dangers
des teintures
capillaires

12 SE SOIGNER

Quand consulter
un orthoptiste

14 VOS COURRIERS

16 FOCUS

La mesure
ambulatoire de la
pression artérielle

WWW.QUECHOISIR.ORG

SOINS

Conseillés hier, oubliés aujourd'hui



DOSSIER
page 4

JULIA DASTIC



220€

C'est le forfait annuel qui sera versé aux ophtalmologues pour suivre leurs patients atteints de maladies de la rétine par l'intermédiaire d'un jeu numérique appelé OdySight. Cette expérimentation consistant à rembourser un dispositif médical d'autosurveillance à domicile est une première.

JO, 20/02/22.

8 SÉANCES PAR AN

Depuis le 5 avril, les consultations en psychologie sont remboursées. Enfants et adultes peuvent voir un psychologue partenaire. La liste est accessible sur monpsy.sante.gouv.fr. Le coût : 40 € la première séance, puis 30 €. Pour être remboursé, il faut remplir une feuille de soins.

Mon Psy, 05/04/22.

Baratin à la pharmacie

Les pharmaciens aspirent depuis longtemps à sortir de leur rôle de vendeur de boîtes de médicaments pour endosser de plus nobles tâches médicales. J'ai pu constater récemment que les conditions n'étaient pas forcément réunies. C'était un 1^{er} avril, il neigeait, et j'ai observé avec amusement que le pharmacien derrière le comptoir avait gardé sa grosse parka d'hiver. Mais il s'agissait en réalité d'une sorte de représentant de commerce venu présenter sa gamme de produits de cannabidiol (CBD) qui déroulait son argumentaire à deux employées de la pharmacie. « *D'abord vous rassurez*, expliquait-il. *Vous dites : "Madame ou Monsieur, c'est pas du tout addictif, ça ne fait pas planer, ce n'est pas du cannabis."* Ensuite, vous interrogez sur la douleur. » Ce faisant, il se saisit d'un livret avec ce qui semblait être une grille d'évaluation. « *Ça marche pour toutes les douleurs : l'arthrose, la polyarthrite, la fibromyalgie...* » « Et le goût ? » « *C'est vrai que, parfois, il y a un goût de chanvre qui peut déplaire. Vous pouvez proposer notre poire/vanille, il se vend super bien !* » Ce monsieur déclamant très fort et les employées de la pharmacie occupées à apprendre leur leçon ne servant pas les clients, j'ai eu le temps de suivre ces propos édifiants. Rentrée chez moi, j'ai regardé sur Internet le prix du fameux flacon poire/vanille à 40 % de CBD : 119,90 €, soit 12 000 € le litre. Sérieusement ? Pour un produit qui n'a pas jusqu'ici démontré son efficacité ? J'espère que les pharmaciens se renseigneront par ailleurs avant d'user de leur statut de professionnel de santé de proximité, et de la confiance que celui-ci leur confère, pour fourguer ces produits. ■

INSUFFISANCE CARDIAQUE JUSQU'OU RÉDUIRE LE SEL ?

Moins de sel pour ne pas fatiguer le cœur : c'est le conseil donné aux personnes souffrant d'insuffisance cardiaque. Consommer moins de 5 g/jour est essentiel. Mais chercher à supprimer le sel, ou presque, n'améliore pas la santé, comme l'a montré un

essai clinique. On a demandé à 400 patients de réduire leurs apports en sodium en dessous de 1,5 g/jour et à 400 autres de continuer à consommer du sel comme à leur habitude. Résultat : pas moins d'hospitalisations ou de visites aux urgences liées

à l'insuffisance cardiaque. En revanche, les patients qui ont moins salé leurs plats déclarent une meilleure qualité de vie au terme de l'expérience. Se priver de sel totalement ou non, c'est donc à chacun de choisir.

The Lancet, 02/04/22.

SURPOIDS Dormir fait maigrir

Le manque de sommeil est un facteur de risque reconnu d'obésité. Il perturbe le métabolisme (la façon dont on brûle les calories) et pousse à manger davantage. La réciproque serait-elle vraie ? Le fait de dormir plus longtemps permettrait-il de perdre du poids ? Jusque-là, cela n'avait pas été démontré. Pour ce faire, des chercheurs américains ont recruté 80 personnes en surpoids et qui dormaient moins de 6,5 h par nuit. À la moitié d'entre elles,

ils ont prodigué des conseils personnalisés afin qu'elles augmentent la durée de leur nuit. Au bout de 2 semaines, ces personnes dormaient effectivement 1 h 10 de plus. Pendant ce temps, leurs apports énergétiques ont décliné d'environ 250 kcal par jour par rapport au groupe contrôle qui, lui, n'avait pas reçu de conseils et avait continué sur le rythme de ses courtes nuits. Résultat chez les « bonnets de nuit » : 500 g en moins s'affichaient sur la balance ! Alors

que, du côté des oiseaux de nuit, c'était une prise de 400 g qui était constatée. Il faut noter que les personnes atteintes de troubles du sommeil (insomnie, apnées du sommeil, consommation de somnifères...) étaient exclues de cette étude, ce qui est une limite à la généralisation des résultats. Mais ces derniers valident quand même la promotion du sommeil comme un outil sain et peu cher pour perdre du poids et prévenir l'obésité.

Jama Intern. Med., 07/02/22.



AVC Un risque avec les antinauséeux

La dompéridone (Motilium), la métoclopramide (Primpéran) et la métopimazine (Vogalène, Vogalib) sont des médicaments courants, utilisés contre les nausées et les vomissements. Mais leur prise est associée à un risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) multiplié par 3 environ, alertent des chercheurs français, qui ont étudié notre base de remboursement nationale pour arriver à cette conclusion. Le risque était plus marqué dans les tout premiers jours de traitement. Le type d'étude ne permet pas d'affirmer la culpabilité de ces médicaments. On pourrait ainsi imaginer que les personnes prennent un

antinauséeux précisément en raison de symptômes annonciateurs d'un AVC. Toutefois, le mécanisme d'action des antinauséeux les rend suspects : ils ont un effet antidopaminergique, tout comme d'autres médicaments dont on sait qu'ils provoquent des AVC (les antipsychotiques). Cette suspicion d'AVC vient alourdir le dossier des antinauséeux. Comme ils ont une efficacité modeste et qu'ils exposent à d'autres effets indésirables parfois lourds, ils ne sont pas recommandables pour des usages dits de confort tels que le traitement de troubles gastro-intestinaux viraux.

📄 *BMJ*, 23/03/22.

ÉPONGES DE PARFAITS NIDS À BACTÉRIES

Toutes les bactéries ne se ressemblent pas. Certaines ont besoin d'isolement pour proliférer, d'autres de proximité. Heureux hasard (pour elles) : la structure de l'éponge est adaptée à ces deux situations. Les alvéoles, plus ou moins grandes, permettent d'abriter une grande variété de bactéries. Des chercheurs en ont fait

l'expérience, allant jusqu'à constater qu'elles offrent un meilleur environnement que la traditionnelle boîte de Petri. L'implication pour nous, humains, est moins réjouissante : nos éponges de vaisselle sont probablement moins propres qu'on ne le pense. Évitions donc de les laisser macérer au fond de l'évier et changeons-les



régulièrement afin qu'elles conservent leur rôle : laver.

📄 *Nature Chemical Biology*, 10/02/22.

STATINES Un effet quelque peu exagéré

L'efficacité des statines est trop souvent surestimée, conclut une méta-analyse internationale. Elles sont censées limiter le risque cardiovasculaire en réduisant le taux de « mauvais » cholestérol (LDL) dans le sang. Mais ce n'est pas garanti. Dans l'absolu, ce risque n'est diminué que de 0,5 à 1,3 %. Alors pourquoi les statines sont-elles excessivement prescrites à des personnes à faible risque ? Tout dépend de la façon de présenter ce risque. Pour améliorer leur bénéfice perçu, on explique qu'elles réduisent le risque d'infarctus de 29 % par rapport aux personnes non traitées. Ce qui est trompeur. Prenons l'exemple d'un magasin pratiquant 25 % de réduction sur tous les produits. L'économie

n'est pas la même si vous achetez un objet à 100 € (25 € économisés) ou à 2 € (50 centimes économisés). Lorsqu'on traite un excès de cholestérol, c'est le même principe. Une personne sans antécédent, avec un LDL un peu trop élevé, sera moins à risque qu'une personne ayant une maladie coronarienne ou un diabète avec complications. La réduction relative liée au traitement est la même. Mais le risque de départ n'étant pas le même, le bénéfice réel ne le sera pas non plus. Or, c'est sur la réduction relative que s'appuient la plupart des recommandations officielles. Il importe donc de s'interroger sur son propre risque avant d'accepter un tel traitement.

📄 *Jama Intern. Med.*, 14/03/22.

MARRE DU BRUIT !

65 % des Français se disent gênés par le bruit et les nuisances sonores. Une part en augmentation de 21 % depuis le début de la crise sanitaire.

- 🔴 Difficultés de concentration (56 %)
- 🔴 Fatigue et irritabilité (51 %)
- 🔴 Gêne auditive (46 %)
- 🔴 Troubles du sommeil (46 %)

📄 *l'ifop/JNA*, 02/22.

3 MOIS MAXIMUM

L'efficacité des vaccins contre le Covid ne dure pas, celle du rappel non plus. Au bout de 3 mois, ils ne sont plus efficaces contre les formes symptomatiques. Ils le restent cependant contre les formes graves nécessitant une hospitalisation.

📄 *Drees*, 01/04/22.

BÉNÉFICE INATTENDU DU COVID

À cause du Covid, de nombreux patients sont restés chez eux au lieu d'être hospitalisés. Ils ont alors bénéficié d'une surveillance à distance, notamment avec un oxymètre (qui mesure l'oxygénation du sang) ou un cardiofréquence-mètre. Une pratique que l'on ferait bien de garder, militent des experts hospitaliers, car cela peut accroître la sécurité des patients (repérage rapide des dégradations) tout en diminuant les coûts (pas d'hospitalisation).

📄 *Jama*, 25/02/22.

RECOMMANDATIONS

Comment la médecine s'est trompée

Steriliser les biberons, se coucher quand on a mal au dos, manger du pain sans sel en cas d'hypertension... Vous souvenez-vous de toutes ces injonctions médicales aujourd'hui abandonnées ?

Anne Cogos

Vrai hier, faux aujourd'hui : il est normal que les conseils de santé et les prescriptions évoluent avec l'avancée des connaissances. Toutefois, certains revirements peuvent surprendre quand on croyait dur comme fer au bienfait d'une consigne, d'un soin, d'un traitement et que ce n'est plus du tout ce qui est préconisé. Ces fluctuations témoignent parfois de l'assurance excessive et infondée avec laquelle certains médecins ont édicté en règle ce qui n'était qu'une supposition de leur part. Elles rappellent aussi que les recommandations actuelles ne sont pas gravées dans le marbre et qu'il est légitime de les mettre en doute, aussi officielles soient-elles.

PUÉRICULTURE *Des volte-face*

En matière de soins aux tout-petits, les directives changent à grande vitesse ! La stérilisation des biberons qui semblait incontournable il y a encore quelques dizaines d'années n'est plus jugée nécessaire, un lavage soigneux suffit. La supplémentation en fluor appartient au passé. La diversification alimentaire, dont le timing a beaucoup varié, s'est radicalement assouplie (voir ci-après sur les allergies). Des pratiques qui paraissaient relativement anodines sont désormais franchement décriées. Plus de biberon d'eau sucrée au moment du coucher sous peine de carier les dents de lait. Quant aux sirops calmants de type Théralène pour faire cesser les pleurs d'un bébé et l'endormir, ils sont passés du statut de remède de grand-mère à celui d'« infraction » et de fait divers.

LES BÉBÉS COUCHÉS SUR LE DOS Le changement qui démarque sans doute le plus les générations de parents est la position dans laquelle il convient de coucher les bébés. Jusqu'aux années 1960-70, la question se posait peu. Puis des pédiatres ont recommandé la position ventrale pour éviter les fausses routes chez les bébés souffrant de reflux gastro-œsophagien (RGO). Dans les années 1990, des études montrent un lien entre cette position et une hausse des cas de mort subite (ou inattendue) du nourrisson. Désormais, il faut coucher les bébés sur le dos, y compris en cas de RGO (à distinguer des

banales régurgitations). La position sur le côté est aussi déconseillée : le bébé peut se retourner sur le ventre ou s'asphyxier si on le cale avec des coussins. L'histoire ne s'arrête pas là. En 2017, une association saisit la Haute Autorité de santé (HAS) au sujet des déformations crâniennes (plagiocéphalie ou crâne plat) dues à la position dorsale. Réponse de la HAS : la plagiocéphalie se corrige le plus souvent spontanément, il faut continuer à placer les bébés sur le dos.

IRM *Le pacemaker n'est plus incompatible*

Vous apprendrez peut-être quelque chose à votre médecin : oui, on peut passer une IRM (imagerie par résonance magnétique) tout en ayant un pacemaker à condition que celui-ci soit d'une génération récente, compatible avec l'examen. Il y a encore des praticiens qui l'ignorent. Et même sur les sites de certains cabinets de radiologie, on peut lire que le port d'un pacemaker est une contre-indication absolue à l'IRM. Entre le progrès des connaissances et leur mise en pratique, il peut s'écouler des années durant lesquelles les leçons apprises à la fac de médecine, les routines ou les certitudes dictent la conduite en dépit de leur obsolescence.

POURQUOI EST-CE IMPORTANT DE LE SAVOIR ? En refusant l'accès à l'IRM à des patients qui en auraient besoin, surtout avec l'avancée en âge, on les prive d'un examen qui ne peut pas toujours être remplacé par une autre technique comme le scanner. L'IRM a des indications spécifiques, elle permet par exemple de mieux voir un organe comme le cerveau ou de caractériser plus précisément des tumeurs. À noter : l'examen est plus lourd que la normale puisqu'il doit être précédé et suivi d'un réglage du pacemaker par un cardiologue (rythmologue) présent sur place.

DIABÈTE *Le fructose, bon puis mauvais*

Le fructose a longtemps été conseillé aux diabétiques pour remplacer le sucre classique (saccharose). Il existe ainsi du fructose cristallisé, des confitures ou du chocolat au fructose qui



leur sont, entre autres, destinés. Principalement métabolisé par le foie, ce sucre élève effectivement peu la glycémie et ne provoque pas de sécrétion d'insuline. Il a aussi un pouvoir sucrant supérieur à celui du saccharose (on en met moins pour obtenir la même saveur) et jouit d'une image relativement saine puisque c'est le sucre dominant dans les fruits et le miel.

TROP BEAU POUR ÊTRE VRAI La consommation de fructose a beaucoup augmenté à partir des années 1980, car ce sucre a été ajouté à quantité de boissons et aliments industriels sous forme de sirop de glucose-fructose élaboré à partir de l'amidon du maïs. Des études ont montré qu'à hautes doses, le fructose pouvait avoir des effets néfastes sur la santé, parmi lesquels une plus grande résistance à l'insuline qui est justement caractéristique du diabète de type 2. Le fructose des fruits consommés entiers n'est pas mis en cause parce que les teneurs sont limitées, qu'on en consomme rarement excessivement et qu'il est associé à des fibres et à des antioxydants. Aujourd'hui, le fructose n'est plus du tout recommandé aux diabétiques.

CHECK-UP *Pas d'efficacité démontrée*

Tout va bien, mais vous passez régulièrement des examens – prise de sang et sa batterie d'analyses, imagerie médicale, électrocardiogramme... – avec l'idée qu'en détectant le plus tôt possible une anomalie, vous aurez toutes les chances de mieux vous en sortir. Des études ont montré que ces bilans « à l'aveugle », sans symptômes ni facteurs de risque particuliers, n'améliorent pas forcément la santé et peuvent même avoir des inconvénients.

Ce constat est difficile à comprendre tant la notion de dépistage est associée à un meilleur pronostic. C'est vrai pour certaines maladies comme le cancer colorectal. Mais pour d'autres, le fait de traiter en amont n'est pas plus avantageux pour le patient que de le faire après l'apparition des symptômes. La multiplication des examens peut aussi aboutir à des excès de diagnostic. Des lésions identifiées comme à risque

de cancer pourraient rester stables et ne jamais occasionner de symptômes du vivant de la personne. Mais une fois qu'elles sont repérées, il est inconcevable, la plupart du temps, de ne pas explorer plus avant, puis de traiter si nécessaire. S'ajoutent des dépistages qui n'appellent pas de réponse thérapeutique. Si une ostéodensitométrie révèle que vous présentez une ostéoporose, aucun traitement ne vous sera normalement prescrit sauf facteur de risque spécifique (antécédent de fracture de fragilité, traitement long par corticoïdes, ménopause précoce...).

QUE FAUT-IL FAIRE ? Les bilans de santé sont efficaces lorsqu'ils sont ciblés, en fonction de vos antécédents, vos facteurs de risque et vos symptômes. Habituellement, des consultations classiques chez le médecin suffisent sans qu'il soit nécessaire de se soumettre à des check-up complets. D'ailleurs, l'assurance maladie, qui a longtemps proposé des bilans gratuits à tous ses assurés, les destine maintenant en priorité aux personnes éloignées du système de santé et en situation de précarité, ne bénéficiant pas d'un suivi médical régulier.

HYPERTENSION *On n'évince plus le sel*

Le premier régime réduisant drastiquement le sel date des années 1940 avec la diète à base de riz de Walter Kempner, médecin allemand installé aux États-Unis. Réservée au début à des hypertensions graves (malignes) ou à l'insuffisance cardiaque terminale, cette restriction sévère a très vite été proposée aux hypertendus en général, car il n'existait à l'époque aucun autre traitement pour abaisser la pression artérielle. L'apparition dans les années 1960 des diurétiques, premiers antihypertenseurs, a changé la donne. Le régime strict, jugé plus nuisible que bénéfique, est alors abandonné. Difficile, voire impossible à tenir, il induit divers troubles, notamment une perte d'appétit avec un risque de dénutrition, une fatigue et une déshydratation, surtout si des diurétiques sont pris en même temps. L'objectif est désormais de modérer les apports

HISTOIRE Que reste-t-il de la médecine du temps de Molière ?

Saignées, purges et lavements étaient les pratiques reines de la médecine du XVIII^e siècle. Elles s'inspiraient du principe d'équilibre des humeurs, ou fluides corporels, élaboré par Hippocrate (environ 460-377 av J.-C.). Pour rétablir la santé, on évacuait les excès en prélevant du sang (saignées) ou en vidant les intestins (lavements et purges). Si cette théorie n'a plus aucune valeur aujourd'hui, quelques usages ont perduré ou connaissent un regain d'intérêt.

👉 **La saignée** conserve quelques rares indications qui répondent aussi au principe d'évacuation d'un trop-plein :

éliminer l'excès de globules rouges dans la maladie de Vaquez ou celui du fer dans l'hémochromatose, notamment.

👉 **Les lavements**, ou clystères, consistent à introduire de l'eau ou un mélange médicamenteux dans le rectum pour évacuer les matières fécales. On les retrouve de nos jours avec les poires de lavement employées contre la constipation ou à des fins d'hygiène, et avec les pratiques détox dites « hydrothérapie » ou « irrigation » du côlon, qui n'auraient pas déplu aux médecins de Molière. Plus sérieusement, les lavements restent utiles seulement chez ceux à risque de fécalome

(bouchon de selles) et en cas de diarrhées récidivantes dues à la bactérie *Clostridium difficile* lorsqu'une transplantation de microbiote est jugée nécessaire.

👉 **La purge** à l'aide de remèdes vomitifs n'a pas d'équivalent thérapeutique de nos jours, mais des laxatifs végétaux comme le séné ou l'huile de ricin restent utilisés contre la constipation. Attention : ce ne sont pas des laxatifs de premier choix et ils ne doivent pas être pris sur le long terme en raison de leurs effets indésirables. Autre usage : avant une coloscopie, le patient doit boire une solution laxative pour nettoyer le côlon et améliorer ainsi sa visibilité.

➤ pour parvenir à 4-6 g de sel par jour au lieu des 8 g consommés en moyenne en France. À noter : la restriction de sel ne fait pas baisser la pression artérielle chez tous les hypertendus, probablement pour des raisons génétiques.

DES INDICATIONS RARES Le régime sans sel strict (en réalité autour d'un minimum incompressible de 2 g par jour) reste parfois nécessaire chez des patients souffrant d'insuffisance cardiaque ou rénale très sévère, de cirrhose très évoluée ou lors de certaines corticothérapies.

MAL DE DOS *Fin du repos forcé*

« Mal de dos ? Le bon traitement, c'est

le mouvement. » En 2017, l'assurance maladie lançait une campagne de sensibilisation pour lutter contre une idée reçue : quand on a mal au dos, il faut éviter de bouger. Le repos strict, au lit, était autrefois recommandé, surtout en cas de lumbago (douleur soudaine en bas du dos) et de sciatique aiguë. Dans les années 1985-1990, des études ont montré que l'alitement avait, au contraire, tendance à entretenir et prolonger la douleur. S'ajoutent les méfaits de l'immobilisme : fonte



musculaire, risque de phlébite, déprime, voire dépression liée à l'inactivité. Désormais, sauf dans des cas particuliers ou s'il y a un blocage important, le mouvement est recommandé pour accélérer la guérison et prévenir les récives.

COMMENT BOUGER QUAND ON SOUFFRE ? L'immobilisme est une réaction naturelle guidée par la peur d'avoir mal. Dans la majorité des cas, on ne bouge pas pour ne pas réveiller la douleur et non parce qu'on est dans l'incapacité de le faire. La prise d'un médicament antalgique a deux objectifs : soulager, bien sûr, mais aussi permettre le maintien des activités. Il n'est pas interdit de s'allonger ponctuellement si la douleur est trop forte et l'idée n'est pas de se forcer à bouger au-delà de la douleur. Mais le repos n'est plus considéré comme un élément du traitement, car il n'apporte qu'un apaisement momentané. Poursuivre ses activités du quotidien (faire ses courses, travailler, entretenir sa maison...), c'est déjà bien. Bouger plus avec un peu de marche, de vélo, de natation ou de gymnastique, c'est encore mieux. Les conseils d'un médecin ou d'un kinésithérapeute sont aussi utiles pour adopter les bons gestes et réaliser des exercices adaptés à la prévention du mal de dos.

ALLERGIES *Éviter l'éviction totale*

Lorsque l'allergène en cause est omniprésent dans l'alimentation, comme l'arachide, le lait et les œufs, l'éviction totale peut être très contraignante et surtout anxiogène. Des études menées dans les années 2000-2010 ont montré que non seulement cette suppression stricte était souvent inutile, mais qu'elle pouvait aussi aggraver la maladie. Chez certains allergiques, l'éviction totale s'accompagne d'une baisse du seuil de réactivité à l'allergène. Autrement dit, pour une dose équivalente d'allergène (ingéré accidentellement), les symptômes seront plus sévères qu'avant l'éviction. Dans bien des cas, l'enfant (la majorité des allergies alimentaires concernent des enfants et elles peuvent disparaître avec le temps) pourrait tolérer une certaine quantité d'allergène sans développer de signes, mais cette tolérance se perd (ou n'est jamais acquise) si l'aliment n'est jamais consommé. C'est la raison pour laquelle les recommandations de diversification ont changé : il est désormais conseillé d'introduire d'emblée et assez tôt (entre 4 et 6 mois) tous les aliments, y compris les allergènes fréquents.

UNE NOUVELLE STRATÉGIE En réintroduisant progressivement l'allergène à des doses minimales, sous contrôle médical, il est possible d'obtenir une tolérance à une quantité définie de l'aliment. L'objectif est de réduire le risque de réaction grave en cas d'ingestion accidentelle et d'assouplir le régime.

AUTISME *Les mères innocentes*

Peut-être vous souvenez-vous de Bruno Bettelheim (1903-1990) et des documentaires consacrés à son travail sur l'au-

DES MÉDICAMENTS AUTORISÉS PUIS INTERDITS

Si des médicaments disparaissent, ce n'est pas seulement parce qu'ils sont remplacés par d'autres plus performants, loin de là. Des effets secondaires ignorés ou sous-estimés au moment de leur mise sur le marché peuvent être découverts *a posteriori*. Les préjudices, parfois très graves ou disproportionnés par rapport au bienfait attendu, conduisent les autorités de santé à retirer un médicament du circuit dans un délai souvent très long (28 ans de commercialisation pour l'Agréal, un neuroleptique donné pour les bouffées de chaleur à la ménopause) ou à réviser

la notice (risques liés à la prise de Dépakine en cas de grossesse). À côté d'affaires retentissantes (Distilbène, Vioxx, Mediator...), des médicaments qui paraissent pourtant dignes de confiance sont régulièrement retoqués (c'est le cas du Glifanar, un antidouleur largement prescrit jusqu'à sa suspension en 1992). Chaque année depuis 10 ans, la revue *Prescrire* publie une liste de médicaments plus dangereux qu'utiles. Ils sont au nombre de 89 dans le bilan 2022, preuve que la pharmacovigilance française reste perfectible.

REMÈDES Les disparus des pharmacies familiales

Finies les taches rouges de Mercurochrome sur les genoux écorchés, la cuillerée d'huile de foie de morue avalée à contrecœur et l'odeur du pipiol qui calmait les démangeaisons des piqûres de moustique. Quelques explications pour les nostalgiques.

➤ **L'huile de foie de morue**, détestée pour son mauvais goût, était donnée aux enfants pour sa bonne teneur en vitamine D à même de prévenir le rachitisme. À partir des années 1960, des médicaments et des compléments prennent le relais. Plus faciles à absorber, ils ne contiennent que cette vitamine alors que l'huile de foie de morue est également riche en vitamine A pouvant être nocive à haute dose. Sans compter que le foie peut concentrer les polluants de

la mer. Néanmoins, l'huile connaît un petit retour en grâce (sous forme de gélules) pour ses apports en acides gras oméga 3.

➤ **La petite bouteille rouge de Mercurochrome** (merbromine) que l'on utilisait comme antiseptique a été interdite en France en 2006 en raison du risque d'intoxication par le mercure. La vente de thermomètres au mercure avait, elle, été proscrite en 1998, le danger provenant des cassures accidentelles. Aujourd'hui, la marque Mercurochrome vend des produits de premiers soins.

➤ **Le flacon bleu d'éther**, grand classique des armoires à pharmacie, servait comme solvant pour retirer les traces de pansement et était fréquemment utilisé, à tort, comme antiseptique. Sa vente est soumise à

ordonnance non renouvelable depuis 1984 en raison d'usages détournés à des fins de toxicomanie (inhalation). De plus, l'éther est une substance toxique, qui peut pénétrer dans l'organisme par voie respiratoire et cutanée.

➤ **Le flacon de pipiol**, un antiprurigineux appliqué sur les piqûres de moustique, n'est plus commercialisé depuis 2006. En cause : un de ses principes actifs, le formaldéhyde, substance irritante et cancérigène par inhalation.

➤ **La poudre de talc** a permis à des générations de parents de conserver les fesses des bébés au sec et ainsi prévenir l'érythème fessier. Suspectée d'être toxique, elle est aujourd'hui déconseillée en raison du risque d'inhalation.

tisme qui furent diffusés à la télévision en 1974. Ce psychologue américain considérait que le contexte familial était responsable du trouble. Les mères, surtout, étaient accusées d'être froides et dépourvues d'attention ou d'affection à l'égard d'un enfant que, plus ou moins consciemment, elles ne souhaitaient pas avoir. Les approches psychanalytiques ont perduré en France, qu'elles s'inspirent de Bettelheim ou d'autres praticiens comme Jacques Lacan (1901-1981) ou Françoise Dolto (1908-1988). En parallèle, la recherche montrait pourtant l'existence d'une composante génétique et d'anomalies du développement neurologique. Depuis 2013, l'autisme (ou trouble du spectre de l'autisme selon la terminologie actuelle) est classé parmi les troubles du neurodéveloppement.

DÉS MÉFAITS D'UNE THÉORIE FUMEUSE En plus du chagrin causé par le handicap de leur enfant, les mères ont dû pendant des années s'entendre dire plus ou moins explicitement qu'elles étaient toxiques, trop froides, trop fusionnelles, etc. Mais cette influence de la psychanalyse a surtout causé du tort aux enfants en participant au retard de la prise en charge de l'autisme en France et au manque de structures et d'éducateurs spécialisés. Un « *facteur de risque erroné* » : c'est ainsi que la HAS qualifiait en 2010 la théorie selon laquelle l'autisme serait lié à « *la perception d'affects maternels négatifs* » conduisant l'enfant à « *se replier pour se protéger* ». En 2012, elle recommandait la mise en place de mesures éducatives et comportementales qui, détail intéressant, doivent être élaborées avec le soutien et l'accompagnement des parents.

CANCER DE LA PROSTATE

Un dépistage catastrophique

Le dépistage de ce cancer repose sur deux examens : le toucher rectal et le dosage du PSA (antigène prostatique spécifique) dans le sang. En 2010, le professeur américain Richard Ablin,

découvreur du PSA en 1970, publiait un avis dans le *New York Times* dénonçant l'usage inapproprié de son propre test et qualifiant le dépistage généralisé de « *catastrophe de santé publique* ». Dans un rapport de 2012, la HAS conclut à l'absence d'intérêt du dépistage chez les hommes ne présentant aucun symptôme. Pourtant, ce dosage reste largement prescrit et des campagnes ou des émissions de télévision encouragent régulièrement les hommes à se faire dépister via le toucher rectal (« *Ne passez pas à un doigt du diagnostic* ») et le PSA.

LES DANGERS DU SURDIAGNOSTIC Le taux de PSA n'est pas un marqueur spécifique du cancer puisqu'il augmente aussi en cas d'hypertrophie ou d'inflammation de la prostate, par exemple. Mais avec un résultat positif (anormal), les patients devront bien souvent subir une biopsie, examen invasif. Il existe aussi des faux négatifs : un taux normal n'exclut pas le cancer. Le toucher rectal donne quant à lui une orientation, mais il est tout aussi inefficace dans le dépistage de ce cancer que le dosage du PSA. Cependant, le méfait principal du dépistage est le surdiagnostic : la détection de nombreux cancers à évolution très lente, qui n'auraient jamais fait souffrir ni affecté la vie des patients. Dès lors qu'ils sont découverts, des traitements sont fréquemment entrepris avec des effets indésirables ou des séquelles souvent très lourdes telles l'incontinence et l'impuissance.

En l'absence de symptômes évoquant un cancer de la prostate, aucun dépistage n'est recommandé. Pour les autorités de santé, « *aucun homme ne doit s'engager dans une démarche de dépistage sans avoir été tenu informé, au préalable, de l'ensemble des bénéfices, des limites du dosage du PSA et des risques éventuels du traitement du cancer de la prostate lui permettant de prendre une décision éclairée* ».

➤ **Experts consultés :** Dr Pierre Ambrosi, cardiologue ; Dr Philippe Foucras, généraliste ; Dr Jean-Yves Maigne, rhumatologue ; Dr Jean-Louis Schlienger, professeur honoraire de nutrition et de médecine interne.



Le potassium, ni trop ni trop peu

Sel minéral indispensable, le potassium assure plusieurs fonctions vitales. De plus, des apports accrus par la consommation de fruits et légumes font baisser la pression artérielle.

👉 Son rôle dans le corps

➔ **Physiologique** Le potassium est nécessaire à la contraction musculaire, en particulier du muscle cardiaque, contribue au maintien de la pression artérielle et joue un rôle dans la transmission de l'influx nerveux. En association avec le sodium, il préserve l'équilibre des fluides à l'intérieur des cellules.

➔ **Thérapeutique** Des études ont montré qu'une alimentation riche en potassium prévient l'hypertension artérielle et le risque d'accidents vasculaires cérébraux. Elle pourrait aussi réduire le risque de calculs rénaux en favorisant l'élimination de certains composés retrouvés dans ces derniers, comme les cristaux d'oxalate.

👉 En excès, c'est dangereux !

Un excès de potassium ou hyperkaliémie (c'est-à-dire un taux dans le sang supérieur à 5,5 millimoles/litre) entraîne parfois des troubles du rythme cardiaque. Dans les cas extrêmes (au-delà de 6,5 mmol/L), il peut provoquer un arrêt cardiaque. La prise de compléments alimentaires de potassium est donc formellement déconseillée sans contrôle médical. Des médicaments (anti-inflammatoires non stéroïdiens, bêta-bloquants, héparine...) sont susceptibles d'augmenter la kaliémie, d'où la nécessité de faire le point avec le médecin. Le remplacement du sel de table (chlorure de sodium) par du sel de régime (chlorure de potassium), parfois préconisé pour ceux souffrant d'hypertension artérielle ou d'insuffisance rénale, peut aussi déclencher ou aggraver une hyperkaliémie.

👉 Les apports conseillés

Les besoins sont de **4 g à 5 g par jour chez l'adulte**. Une alimentation équilibrée et diversifiée les couvre largement. Les aliments très riches en potassium sont les légumes, notamment verts, qui, même cuits, conservent leur bonne teneur. On trouve environ 800 mg de potassium dans 200 g d'épinards, de choux de Bruxelles ou d'avocat, mais aussi de champignons ou de pommes de terre (cuites avec la peau de préférence).

Autres sources notables : les abricots secs (450 mg dans une poignée de 30 g), les bananes (320 mg pour une banane moyenne), le café (80 mg dans une tasse), le chocolat (56 mg pour 10 g), etc. Globalement, même si on en ingère un peu trop ou insuffisamment, le potassium est très finement régulé par l'organisme. En effet, il est filtré par les reins et l'excédent est éliminé dans les urines, sauf en cas d'insuffisance rénale.



👉 Des carences dues aux médicaments

Les carences en potassium sont extrêmement rares chez les personnes en bonne santé et sans pathologie particulière. En revanche, le risque existe chez celles qui prennent des médicaments connus pour accélérer son élimination. C'est le cas de certains laxatifs (ceux à base de séné et de bourdaine notamment) et diurétiques utilisés dans l'hypertension (furosémide, hydrochlorothiazide). Comment peut se manifester

cette carence ? Par des troubles du rythme cardiaque, musculaires (crampes, douleurs ou faiblesse dans les muscles) ou digestifs (constipation). Mais parfois, il n'y a aucun signe. Une prise de sang sera donc prescrite au moment de l'initiation de ces traitements afin de surveiller le taux de potassium. **BON À SAVOIR** Les personnes qui souffrent de diarrhées chroniques perdent beaucoup de sels minéraux dont du potassium.



MALADIE DE CROHN “Je réponds aux problèmes concrets du quotidien”



Élodie, 42 ans, souffre de la maladie de Crohn. Elle en a fait une force et un combat altruiste, devenant l'une des premières patientes expertes de France. Elle anime des ateliers où les patients abordent les sujets qui leur importent et dont les médecins ne s'occupent pas toujours.

Page réalisée par
Sophie Cousin

C'est au lycée que j'ai commencé à avoir des douleurs au ventre et des diarrhées très handicapantes. On m'avait mis en tête que c'était parce que je mangeais trop de Nutella et de sucre en général. Cette maladie ne disait pas son nom, jusqu'à ce qu'un médecin pose le diagnostic l'année de mes 20 ans : Crohn.

À 30 ans, alors que je travaillais dans le marketing olfactif à Toulouse, une effroyable poussée de cette maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) a fait basculer ma vie. Je passais mes journées aux toilettes avec diarrhée sur diarrhée – j'y mangeais même – et j'avais d'atroces douleurs. En 6 jours, j'ai perdu 10 kg, je me suis vue mourir... On m'a hospitalisée en urgence. Les médecins m'ont prescrit un arrêt de travail de 2 mois, puis j'ai repris en mi-temps thérapeutique. Mais mon patron a estimé que je n'étais plus fiable. De toute façon, mon travail n'avait plus aucun sens pour moi. J'ai démissionné. Peu de temps après, je suis tombée enceinte et mon mari a été muté à Nantes, où nous nous sommes installés en 2011. Je voulais poursuivre le bénévolat démarré à Toulouse pour l'association François Aupetit, dédiée aux MICI. J'ai bataillé pour m'inscrire au diplôme universitaire d'éducation thérapeutique du patient (ETP) du CHU de Nantes. Cela a été long, car cette formation est en théorie réservée aux professionnels de santé, mais j'ai réussi ! Diplômée en 2013, j'y intervins toujours aujourd'hui au

sein d'une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, psychologues, infirmières et pharmaciens. J'observe que les patients souffrant de la maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique connaissent assez bien leurs symptômes, leurs traitements, etc. Mais ces maladies ont de graves répercussions sur leur quotidien, dont il faut pouvoir parler. Par exemple, j'y ai rencontré une personne qui n'est pas sortie de chez elle pendant 2 ans à cause des diarrhées, c'est dire le mal-être au jour le jour.

Manger, bouger, voyager

Ces ateliers sont le moment idéal pour répondre à toutes les questions qui préoccupent beaucoup les personnes atteintes. Que manger quand on souffre d'une MICI ? Est-il possible de voyager ? Comment gérer sa fatigue ? Sans oublier les

questions sur les traitements et leurs effets indésirables. La corticophobie existe, à raison. Pendant quelques mois, sous hautes doses de corticoïdes, je suis moi-même devenue une femme à barbe, j'ai grossi et connu des hauts et des bas ingérables.

Heureusement, de nouveaux traitements (immunosuppresseurs et anti-TNF) sont arrivés. Ils ont bien marché pour moi et permis d'espacer les poussées. En parallèle, sur les conseils de mon médecin, je me suis procuré du cannabidiol (CBD) sur Internet, sous forme de gélules. Cela soulage beaucoup mes douleurs et mes nausées, j'ai davantage d'appétit et je suis de bonne humeur. ■

“Il ne faut pas oublier les effets indésirables des traitements”

ALIMENTATION Ce que recommandent les patients

Les médecins ont longtemps affirmé que les personnes souffrant de MICI devaient éliminer certains aliments pour aller mieux. Aujourd'hui, le discours médical est généralement le suivant : « *Mangez ce qui vous fait envie et ce que vous supportez bien.* » Les associations de patients, sur la base d'études scientifiques

et de retours d'expériences, donnent des conseils un peu plus précis : manger normalement en dehors des poussées afin d'avoir des apports nutritifs adéquats, tout en restant vigilant sur les aliments qui peuvent causer un inconfort digestif (repas gras, trop d'alcool, trop de fibres...). En période de poussée, un

consensus existe pour réduire les aliments avec résidus et/ou peu indigestes (lentilles, pois chiches, poireaux, poivrons...), le lait (mais en continuant yaourts et fromages) et les graisses afin de diminuer la diarrhée et les douleurs. En cas de poussée sévère, le principal risque est la perte de poids très rapide et la

dénutrition. Des soignants spécialisés interviennent alors pour limiter ce risque. À ce jour, il n'y a pas de preuve de bénéfices à suivre un régime précis (sans gluten, sans sucre, sans lait...). Chacun peut faire ses expériences et en observer les effets sur son confort digestif, tout en tenant son médecin informé.



Arrêter ses antidépresseurs

Près de 6 millions de personnes ont pris un antidépresseur en 2019.

L'arrêt de ces médicaments ne s'improvise pas. Trop brutal ou trop rapide, il peut entraîner un syndrome de sevrage.

Avec la pandémie de Covid-19 et les confinements successifs, les prescriptions d'antidépresseurs ont grimpé à des niveaux rarement atteints. Mais ce traitement est censé prendre fin un jour. Chez 10 % à 30 % des patients, cet arrêt est rendu difficile par la survenue de symptômes variés. C'est ce qu'on appelle le syndrome de sevrage ou syndrome d'arrêt, lié à l'interruption, souvent brutale, d'un antidépresseur. Le plus souvent, il provoque des symptômes courants : fatigue ou tristesse, troubles gastro-intestinaux ou pseudogrippaux (douleurs musculaires, frissons, transpiration). Parfois, le système nerveux central est affecté, entraînant maux de tête, insomnies, sensations de flottement, vertiges, hallucinations auditives ou modification du comportement.

Pas tous égaux

Presque tous les antidépresseurs risquent d'entraîner un syndrome d'arrêt, mais trois médicaments sont plus impliqués que les autres : la duloxétine (Cymbalta), la paroxétine (Deroxat) et la venlafaxine (Effexor), qui sont éliminées en moins de 24 h. De manière générale, les antidépresseurs dont le temps d'élimination (demi-vie) est court exposent davantage à un syndrome d'arrêt. À l'inverse, ceux à demi-vie longue, comme la fluoxétine (Prozac), semblent moins concernés (voir tableau ci-contre). Des critères individuels aident aussi à savoir si l'on est plus à risque : avoir ressenti des symptômes lors de l'oubli du médicament, avoir des troubles anxieux, avoir souffert à l'arrêt d'un précédent traitement ou encore avoir échoué à un précédent arrêt.

BON À SAVOIR Les antidépresseurs sont parfois prescrits pour traiter d'autres troubles (anxiété, douleurs chroniques, migraines...). Le syndrome d'arrêt peut aussi survenir dans ces indications.

Prendre son temps

Le syndrome de sevrage est évitable si l'arrêt de l'antidépresseur est bien préparé. La première étape consiste à parler au médecin qui vous accompagnera. Formulez vos questions, inquiétudes et doutes. L'arrêt en lui-même doit être progressif, avec une réduction des doses prises chaque jour. Cela prend au minimum 1 à 2 mois. Le but est d'adapter le cerveau à ce changement. En parallèle, il est utile de suivre une psychothérapie. Elle peut réduire l'inquiétude liée à l'arrêt du traitement et permet de travailler sur les mécanismes ayant alimenté la dépression.

RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

● **Molécule** Nom de marque

Les plus à risque

→ Ces antidépresseurs sont à demi-vie courte

- **Agomelatine** Valdoxan et génériques
- **Doxépine** Quitaxon
- **Duloxétine** Cymbalta et génériques
- **Fluvoxamine** Floxyfral et génériques
- **Imipramine** Tofranil
- **Iproniazide** Marsilid
- **Milnacipran** Ixel et génériques
- **Moclobémide** Moclamine
- **Paroxétine** Deroxat et génériques
- **Sertraline** Zoloft et génériques
- **Tianeptine** Stablon et génériques
- **Venlafaxine** Effexor et génériques

À moindre risque

→ Ces antidépresseurs sont à demi-vie longue

- **Amitriptyline** Elavil, Laroxyl
- **Citalopram** Seropram et génériques
- **Clomipramine** Anafranil et génériques
- **Dosulépine** Prothiaden
- **Escitalopram** Seroplex et génériques
- **Fluoxétine** Prozac et génériques
- **Miansérine** Génériques
- **Mirtazapine** Norset et génériques
- **Vortioxétine** Brintellix

Il arrive que la tentative d'arrêt d'un antidépresseur ne survienne pas au meilleur moment. Vous pouvez observer un retour des symptômes de vos troubles dépressifs ou anxieux. Ils ressemblent parfois au syndrome de sevrage (fatigue, tristesse...), mais ils surviennent plus tardivement et, contrairement au syndrome de sevrage, ils ne passent pas. Il est important d'en faire part à votre médecin.

🔍 **Experts consultés :** Dr François Montastruc, pharmacologue au CHU de Toulouse, ne déclare aucun lien d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ; Pr Antoine Pelissolo, chef du service de psychiatrie au CHU Henri-Mondor à Créteil (94).



TEINTURES CAPILLAIRES

Un usage qui n'est pas sans risques

➔ **La touche d'essai**, recommandée par les fabricants, n'a pas d'utilité démontrée pour déjouer le risque allergique des colorations capillaires. Celui-ci peut survenir après plusieurs expositions et même avec certaines teintures s'affichant comme naturelles.

Les colorations capillaires sont très prisées, surtout des femmes. Pour couvrir les cheveux blancs, c'est une solution simple et rapide. Pourtant, elles contiennent un grand nombre de composés indésirables, surtout dans leur version « permanente ». Au point qu'un avertissement sur le risque allergique figure sur les emballages et que leur usage est fortement déconseillé aux moins de 16 ans.

Des cocktails allergisants

Beaucoup d'ingrédients des teintures figurent à l'annexe 3 du règlement relatif aux cosmétiques : ils ne sont autorisés qu'à condition de ne pas dépasser une concentration fixée par les autorités. Encore ces limites sont-elles contestables : difficile de comprendre comment la paraphénylènediamine (PPD ou 1,4-diaminobenzène), un colorant « noir » très présent dans les teintures du commerce, peut encore être tolérée. Il s'agit d'une substance sensibilisante (qui enclenche le mécanisme allergique), classée comme « extrême », à l'origine d'impressionnantes allergies de contact. Les coiffeurs sont souvent touchés, mais le scalp des têtes coiffées aussi. La PPD est surtout présente dans les colorations permanentes qui camouflent le plus efficacement les cheveux blancs. Elle est aussi employée dans les mélanges pour obtenir

le « henné noir » qui sert à réaliser des tatouages. D'où les mises en garde répétées des autorités sanitaires. Les symptômes peuvent survenir même après des années d'application sans incident. Une fois l'allergie déclarée, plus question d'utiliser les produits contenant de la PPD. Celle-ci n'est pas le seul colorant allergisant. Une cinquantaine au total, entrant dans la composition des teintures permanentes et semi-permanentes (ou « ton sur ton », qui s'estompent avec les shampoings), sont reconnus comme sensibilisants « extrêmes », « forts » ou « modérés ». Ils répondent à des dénominations telles que m-aminophénol, toluène-2,5-diamine sulfate, HC Red n°3, etc.

Pour les repérer, le mieux est de scanner les produits dans l'application QuelProduit proposée par *Que Choisir*.

À côté des colorants, certains conservateurs sont aussi allergisants. Il y a deux classiques dans cette catégorie, la méthylisothiazolinone (MIT) et sa fausse jumelle, la méthylchloroisothiazolinone (MCIT), qui

Les symptômes peuvent survenir après des années d'application sans incident

vont souvent de pair et forment un cocktail détonant. Une combinaison interdite dans les produits sans rinçage. Même en les rinçant, il est préférable de s'en passer. En choisissant de se teindre les cheveux, le risque d'allergie se révèle donc quasiment incontournable.

Vraies et fausses végétales

Bien des femmes se tournent vers les colorations végétales. Mais attention, impossible de se fier à celles s'affichant comme « végétale », « naturelle » ou « aux plantes ». Ces mentions ne garantissent pas un produit inoffensif, pas plus que la vente en magasin bio : certaines contiennent de fait des allergisants chimiques. Il faut s'assurer que la teinture choisie est exclusivement végétale : la liste d'ingrédients doit être courte et ne comporter que des mentions telles que « *leaf powder* » (poudre de feuille), « *flower powder* » (poudre de fleur) ou « *seed powder* » (graines pulvérisées). C'est mieux si elle ne contient pas d'*indigofera tinctoria*, potentiellement allergisant. De plus, ces colorations qui ne pénètrent pas le cheveu couvrent mal les cheveux blancs et s'estompent au fil des lavages. Et il n'est pas possible d'opter pour une teinte plus claire. ■

Page réalisée par
Anne-Sophie Stamane

DES SUBSTANCES PRÉOCCUPANTES

➔ **Le résorcinol** Cette substance colorante courante dans les teintures permanentes, aussi utilisée dans la fabrication des pneus et de résines, mérite une attention particulière. Jusqu'ici, elle n'était considérée que comme un sensibilisant, certes « fort » mais ni plus ni moins que d'autres. L'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses), chargée d'une expertise scientifique, a établi en 2020 qu'elle avait en plus un impact sur le fonctionnement de la thyroïde. Le résorcinol est donc aussi très probablement un perturbateur

bateur endocrinien, à déconseiller formellement aux femmes enceintes. Pour cette raison, son identification comme substance extrêmement préoccupante est en cours d'instruction au niveau européen.

➔ **L'ammoniaque** Présent lui aussi dans les colorations permanentes, ce composé sert à ouvrir les écailles du cheveu pour que la couleur y pénètre plus facilement et vienne s'y fixer. Il peut entraîner des irritations respiratoires et des démangeaisons. L'éthanolamine qui le remplace de plus en plus est préférable.

ORTHOPTIE Savoir pourquoi

Une rééducation orthoptique est souvent prescrite chez l'adulte lorsqu'une fatigue visuelle se fait sentir. Mais les orthoptistes peuvent aussi intervenir sur un large éventail de maladies, oculaires et neurologiques notamment.

Stéphany Gardier

Profession de santé, l'orthoptie existe en France depuis les années 1950. Connus initialement pour la prise en charge des défauts de vision des enfants et du strabisme, les orthoptistes ont en réalité un champ d'exercice bien plus large et qui ne cesse de se diversifier. La rarefaction des ophtalmologues a poussé les deux professions à se rapprocher. Aujourd'hui, les orthoptistes sont de plus en plus présents dans les cabinets et les centres d'ophtalmologie où ils sont chargés des examens préliminaires à la consultation avec le médecin (mesure de l'acuité visuelle, tension de l'œil, capacité de convergence...).

Cette collaboration a conduit à un élargissement progressif de leurs prérogatives. Cette année, en plus du renouvellement d'ordonnance de lunettes, ils devraient être autorisés à réaliser des premières prescriptions. Cette mesure ne concernera cependant pas tous les patients : des limites d'âge et de correction seront instaurées dans un décret encore attendu.

Si elle se développe, la délégation de tâches ne constitue pas l'activité principale des orthoptistes qui exercent encore pour une grande majorité de manière indépendante en cabinet, mais aussi dans des services hospitaliers. Les

patients adultes leur sont généralement adressés par les ophtalmologues ou les médecins généralistes afin de réaliser un bilan, puis des séances de rééducation selon les besoins décelés.

➔ FATIGUE VISUELLE

C'est la raison principale qui mène les adultes chez l'orthoptiste. L'utilisation excessive de la vision de près lors de l'usage d'écrans (ordinateurs, tablettes et smartphones) faisant désormais partie de notre quotidien sollicite l'accommodation et la convergence oculaires, entraînant souvent une fatigue visuelle. Yeux qui piquent, qui grattent ou qui pleurent, mais aussi maux de tête inhabituels et difficultés à se concentrer accompagnent souvent cette fatigue.

En plus des symptômes douloureux, la vision peut devenir trouble ou se doubler, en particulier en vision de près. Après avoir effectué un bilan, l'orthoptiste proposera un « entraînement » pour rétablir la capacité de fusion des images, et donc ne plus voir en double, en travaillant notamment sur la position du regard et la motricité oculaire.

En complément des séances au cabinet, les patients ont des exercices à faire à domicile, qui s'avéreront utiles par la suite pour éviter que les symptômes de fatigue ne reviennent.

Pour ceux qui portent des lunettes, la rééducation orthoptique ne sera efficace que si la correction optique est adaptée et si les lunettes sont effectivement portées. À l'arrivée de la presbytie (diminution des capacités d'accommodation), l'orthoptiste peut également apporter son aide à ceux qui ont du mal à s'habituer aux verres progressifs.

➔ SENSATIONS VERTIGINEUSES

Si, depuis quelques mois, vous souffrez de sensations vertigineuses, de pertes d'équilibre ou si vous avez chuté à plu-

TROUVER L'ORTHOPTISTE ADAPTÉ À SES BESOINS

Les orthoptistes se forment en trois années d'étude après le baccalauréat, au sein de départements d'orthoptie rattachés à des facultés de médecine. À l'issue de ce cursus, ils obtiennent un certificat de capacité d'orthoptiste. Certains choisissent de se spécialiser pour affiner leurs

compétences dans un domaine précis (basse vision, neuro-ophtalmologie, vertiges...).

Avant de consulter

Renseignez-vous afin de trouver le professionnel dont la pratique est adaptée à vos besoins spécifiques. Ils l'indiquent habituellement sur leur plaque ou le précisent dans leur

fiche de profil sur les sites de prise de rendez-vous en ligne. Bilan et séances de rééducation sont pris en charge par l'assurance maladie à hauteur de 60 % si l'orthoptiste est conventionné et si une prescription a été établie en amont par un médecin. La plupart des mutuelles remboursent le reste à charge.



et quand consulter

sieurs reprises sur un obstacle non vu, il faut avant tout consulter votre médecin traitant qui vous orientera vers un spécialiste (neurologue, ORL, ophtalmologue). Cependant, dans de nombreux cas, ces sensations vertigineuses ne sont pas associées à une pathologie. Il peut alors être intéressant d'envisager un bilan orthoptique.

Les entrées visuelles constituent 80 % des entrées sensorielles chez l'humain mais, en vieillissant, notre vision devient moins performante. La plupart des troubles visuels, faute de créer des douleurs, passent souvent inaperçus durant des années. Or, ils peuvent conduire à des problèmes de synchronisation avec le système moteur et perturber ainsi le système de l'équilibre. À noter: certains orthoptistes sont aujourd'hui habilités à pratiquer une rééducation vestibulaire dans le cas de vertiges. Veillez cependant à choisir un praticien formé spécifiquement (voir encadré p.12).

La technique de l'*eye tracking*, jusqu'ici réservée aux chercheurs (voir encadré ci-contre), se démocratise et arrive dans les cabinets d'orthoptie. Ces lunettes munies de capteurs qui enregistrent les mouvements oculaires lors des déplacements ou de la réalisation d'une tâche devraient permettre des bilans beaucoup plus précis.

➔ MALADIES OCULAIRES

Glaucome, dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), rétinopathies pigmentaires : de nombreuses pathologies ont des répercussions sur les performances visuelles. Celles-ci vont se dégrader au fil du temps et aboutir, dans certains cas, à un état dit de basse vision. Après l'âge de 80 ans, 1 personne sur 5 est concernée.

Qu'ils travaillent en libéral ou dans des services hospitaliers dédiés à la basse vision, les orthoptistes aident les patients à optimiser leurs capacités visuelles résiduelles afin de maintenir leur auto-

RECHERCHE

L'impact du vieillissement visuel

Même chez les personnes qui ne souffrent d'aucune pathologie, la vision se modifie avec l'âge. Afin de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre dans le vieillissement visuel, des chercheurs de l'Institut de la vision et des médecins du Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts (Paris) ont mis sur pied une cohorte dont l'objectif est de suivre sur le long terme 350 volontaires.

Grâce à des lunettes spéciales équipées d'un système permettant de suivre et d'enregistrer les mouvements oculaires (un *eye tracker*), ils ont constaté que nous n'utilisons plus les mêmes indicateurs visuels pour nous orienter lorsque nous prenons de l'âge. Alors que les adultes jeunes se repèrent dans une rue grâce à des éléments tels qu'un distributeur de billets ou une enseigne de magasin, les plus âgés

se servent de repères placés plus bas et de type géométrique (croisement de rues, élément architectural...). Une stratégie également employée par les jeunes enfants ! Les recherches continuent, mais ces résultats ont d'ores et déjà permis de lancer des expérimentations dans l'espace public afin d'aider les plus âgés à mieux s'orienter grâce à une signalisation adaptée.

nomie autant que possible. Cela consiste à réapprendre au cerveau à voir autrement, avec des entrées visuelles modifiées. Dans le cas d'une DMLA par exemple, il est possible d'entraîner la personne à lire en décentrant sa vision pour utiliser la zone de la rétine encore intacte.

Les orthoptistes peuvent également guider les patients dans l'utilisation des dispositifs d'aide visuelle, comme les téléagrandisseurs.

➔ ATTEINTES NEUROLOGIQUES

Certaines maladies neurodégénératives (Parkinson, sclérose en plaques, Alzheimer) ont des conséquences sur les capacités visuelles, qu'il s'agisse du champ de vision, de l'acuité visuelle ou des mouvements oculaires. Des orthoptistes spécialisés dans ces troubles neuro-oculaires sont en mesure d'accompagner les patients pour les aider à garder les meilleures performances visuelles le plus longtemps possible.

Pour les personnes atteintes de Parkinson, qui ont souvent une vision double dans les stades avancés de la maladie, l'orthoptiste prescrira des prismes. Intégrés dans les verres de lunettes, ces dispositifs permettent de recréer une fusion artificielle entre les images des deux yeux ou d'élargir un champ de vision réduit.

Après un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un traumatisme crânien (commotion), la rééducation neurovisuelle s'avère parfois nécessaire. Selon la gravité de l'atteinte, le travail orthoptique pourra améliorer les capacités visuelles. Le recours à un orthoptiste dans ces indications n'est cependant pas systématique. Cela dépend beaucoup des séquelles présentes, mais aussi parfois des prescripteurs. □

📌 **Expertes consultées:** *Odile Cabale*, orthoptiste, responsable pédagogique à l'association Cadet (Cercle d'action pour le dépistage, l'exploration et le traitement des troubles visuels); *Cynthia Lions*, secrétaire générale du Syndicat national autonome des orthoptistes; *Dr Catherine Vignal-Clermont*, ophtalmologue, Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild, Paris.



Avoir les infos sur ma prothèse dentaire

Mon chirurgien-dentiste refuse de me donner le nom et l'adresse du prothésiste qui a réalisé ma prothèse, qui s'est fendue en tombant dans le lavabo. Est-ce légal ?

Jean-François V., Saint-Dié-des-Vosges (88)



Q.C. SANTÉ Les règles sont claires sur ce sujet. Pour toute prothèse posée, il doit y avoir une fiche de traçabilité indiquant les noms du patient et du dentiste qui a effectué les soins, mais aussi le type de prothèse utilisée. Cette fiche doit être conservée dans le dossier du patient, auquel il est possible d'accéder sur demande. Après les soins, le dentiste est censé vous remettre un autre document sur lequel figure son nom, le lieu et la date des soins, ainsi que l'identification de la prothèse dentaire (dénomination, numéro de série, nom du fabricant). Là encore, ce « passeport » est censé faciliter la traçabilité de votre prothèse. Si ce document ne vous a pas été remis, votre dentiste est en faute. ■

L'accueil familial, une vraie alternative

Votre article concernant les alternatives aux Ehpad m'a intéressé, surtout la partie sur l'accueil familial. J'en ai fait l'expérience avec ma mère pendant près de 2 ans. Ce mode d'hébergement constitue une excellente option. Il faut que la personne accueillie ne soit pas en trop grande situation de dépendance ; sinon, la charge devient trop lourde pour la famille d'accueil. En Isère, où je réside, le conseil départemental apporte une aide conséquente sur le plan financier ainsi que sur le choix et le suivi des familles. Cela dit, le reste à charge pour la personne âgée varie selon son degré de dépendance et le niveau d'équipement nécessaire, un lit médicalisé ou une douche adaptée, par exemple. Un autre point important à souligner, c'est que la personne accueillie est considérée comme employeur de l'accueillant par les services fiscaux. Elle doit donc s'acquitter des charges et taxes afférentes aux salaires déclarés.

Jean L., par e-mail

Des perturbateurs endocriniens dans la vitamine D ?

J'ai récemment entendu dire que certains médicaments à base de vitamine D, comme ZymaD, contiennent des perturbateurs endocriniens. Est-ce vraiment le cas ?

Annick V., par e-mail

Q.C. SANTÉ La majorité des médicaments apportant de la vitamine D sont composés de la même façon : butylhydroxytoluène (BHT), saccharine, acide sorbique, huile essentielle de citron et glycérides polyglycolysés insaturés. Le ZymaD est l'exception : il ne contient aucun de ces excipients. Ça n'est pas un détail, car le BHT est soupçonné d'être un perturbateur endocrinien. Mais les données à ce sujet sont incertaines. En 2016, l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses) n'a pas pu conclure en raison d'un manque de données sur l'animal ou l'être humain. En 2020, elle soulignait que, pour un nouveau-né pesant 4 kg, la quantité de BHT conte-



nue dans une prise d'Adrigyl est environ 60 fois inférieure à la dose journalière admissible. Le risque encouru est donc minime. Mais il ne faut pas omettre l'effet « cocktail » : le BHT est aussi présent dans certains cosmétiques, textiles et aliments transformés. Lors de notre évaluation de nombreux additifs en 2021, nous avons conclu que le BHT était tolérable, tout en appelant à la vigilance pour certaines populations, dont les enfants. ■

Les nouveaux antimigraineux difficiles d'accès

Dans votre dossier consacré aux maux de tête (*Q.C. Santé* n°169, mars 2022), vous indiquez que les anticorps monoclonaux dits anti-CGRP sont arrivés sur le marché français en 2021. Un pharmacien de Vannes (56) m'a assuré du contraire. Qu'en est-il vraiment ? Grande migraineuse en impasse thérapeutique, je cherche désespérément à me procurer ce traitement à mes frais.

Annie S., par e-mail



Q.C. SANTÉ À ce jour, trois anti-CGRP sont autorisés en France : le galcanezumab (Emgality), le frémanezumab (Ajovy) et l'érenumab (Aimovig). Seuls les deux premiers sont vendus en officine. Le dernier ne peut être délivré qu'en pharmacie hospitalière. Votre interlocuteur s'est donc trompé. Pour autant, obtenir ces médicaments n'est pas aisé. Pour être valable, la prescription doit être établie par un médecin neurologue. Il faut aussi prévoir un budget mensuel conséquent. « Ils sont vendus entre 245 € et 270 €, si les pharmacies n'abusent pas », nous indique

Sabine Debremaeker, présidente de l'association La voix des migraineux. Certes, c'est moins cher qu'à l'étranger, mais cela reste inaccessible pour de nombreuses personnes. Pourquoi ne sont-ils pas remboursés ? La Haute Autorité de santé estime que les anti-CGRP ne font pas mieux que le traitement de référence, qui est le topiramate (Epitomax). Par conséquent, leurs fabricants ne peuvent pas demander un prix supérieur à celui de ce médicament, disponible en version générique pour environ 10 € la boîte. Les négociations restent donc coincées. ■

Incontinence : faut-il croire à l'implant ?

Un urologue a proposé à ma fille âgée de 25 ans la pose d'un neuromodulateur des racines sacrées, avec le système InterStim. Quelles en sont les indications ? Quels sont les avantages et désavantages de ce système ?

Nathalie G., par e-mail

Q.C. SANTÉ Cet implant, posé au niveau du bassin, stimule les nerfs sacrés en délivrant de petites impulsions électriques. Ces nerfs sont notamment impliqués dans le contrôle des sphincters. C'est pourquoi le dispositif peut être proposé aux personnes souffrant d'incontinence urinaire ou fécale lorsque les traitements comportementaux et médicamenteux n'ont pas fonctionné. Mais cette solution n'est pas miraculeuse. Seuls 50 % à 70 % des patients répondent à cette méthode. Un

test préalable est effectué pour optimiser les chances de réussite, mais il est imparfait. Par ailleurs, il semble que la neuromodulation perde en efficacité avec les années. Du côté des effets indésirables, 1 patient sur 5 se plaint de douleurs liées à l'implant ou à la stimulation électrique. Des infections, des migrations des électrodes et des douleurs sciatiques ont aussi été signalées. Mieux vaut donc réfléchir mûrement avant d'opter pour la neuromodulation, qui reste un traitement invasif. ■

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

Directeur artistique : Ludovic Wyart

Secrétaire de rédaction : Clotilde Chaffin

Maquette : Clotilde Gadesaude

Iconographie : Catherine Métayer

Documentation : Véronique Le Verge, Stéphanie Renaudin

Ont collaboré à ce numéro :

Anne Cogos, Sophie Cousin, Julia Dasic, Stéphane Gardier, Laurent Lammens, Hervé Pinel, Anne-Sophie Stamane

Diffusion : Laurence Rossilhol

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





Hypertension : qu'est-ce que la Mapa ?

La mesure ambulatoire de la pression artérielle (Mapa) est un examen fiable, qui enregistre précisément les variations de tension sur 24 h, de jour comme de nuit, dans les conditions de vie habituelles.

➔ À QUOI ÇA SERT ?

La Mapa constitue une aide précieuse dans la pose d'un diagnostic ou l'ajustement d'un traitement. Elle est indiquée principalement pour :

- ➔ **écarter un effet blouse blanche**, c'est-à-dire une élévation de la pression artérielle provoquée par le fait d'être en consultation, et ainsi prouver l'existence d'une vraie hypertension afin de poser le diagnostic et de ne pas donner des médicaments à tort ;
- ➔ **vérifier l'efficacité d'un traitement** (hypertension résistante par exemple) ;
- ➔ **détecter des chutes de tension** (hypotensions) chez des personnes âgées ou diabétiques.

➔ LE DÉROULEMENT

L'équipement nécessaire pour la Mapa consiste en un brassard (identique à celui des tensiomètres d'automesure) relié par un tube en caoutchouc à un petit boîtier d'enregistrement qui sera porté à la ceinture, en bandoulière, etc. L'ensemble est mis en place par un médecin ou une infirmière qui fournit les explications nécessaires.

Ce dispositif doit être conservé durant 24 h sans interruption.

Les mesures se font automatiquement toutes les 15 min dans la journée et toutes les 20 à 30 min la nuit. S'il est impossible de prendre une douche pendant la durée de l'enregistrement,

toutes les activités du quotidien sont autorisées. À chaque fois que le brassard se gonfle, l'appareil produit un bruit, ce qui peut être gênant la nuit.

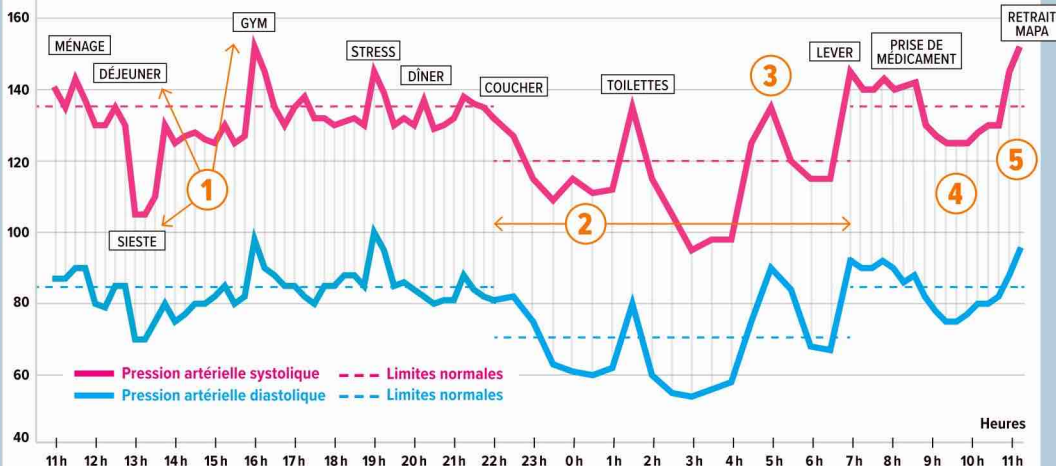
📌 **Expert consulté : Pr Alain Furber,** président de la Fédération française de cardiologie.



➔ UN SUIVI DE LA TENSION PENDANT 24 H

Les données enregistrées permettent d'obtenir les valeurs moyennes de tension afin de les comparer aux limites normales. Elles sont transcrites sur un chronogramme, dont voici un exemple commenté.

Pression artérielle (mm Hg)



① Les observations notées par le patient

(prise d'un traitement, stress au travail...) sont importantes pour mieux comprendre les variations de la pression artérielle.

② Durant le sommeil,

la pression artérielle doit normalement diminuer. S'il n'y a pas de baisse ou si elle est trop peu marquée, cela peut être le signe d'une maladie (diabète, apnées du sommeil...).

③ En fin de nuit,

une augmentation de la pression artérielle est un marqueur de risque cardiovasculaire augmenté. Cela peut justifier la prise d'un antihypertenseur le soir.

④ Après la prise d'un antihypertenseur,

une baisse de la pression artérielle, même minime, est observée.

⑤ Si, en présence du médecin,

la pression artérielle augmente, cela évoque un « effet blouse blanche ».