

180

MARS 2023

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

2 ACTUALITÉS

Arthrose du genou :
bouger 30 minutes,
c'est déjà bien

8 SANS ORDONNANCE

Poisson et mercure,
des repères utiles

9 MISE AU POINT

Sommes-nous
devenus
plus sensibles
aux virus ?

10 MÉDICAMENTS

Les prendre
à la bonne heure

11 TÉMOIGNAGE

“ Bipolaire, j'ai
créé la structure
qui m'a manqué ”

12 SE SOIGNER

Des statines,
pour qui ?

14 VOS COURRIERS

16 FOCUS

Le dépistage du
cancer colorectal

LISTE NOIRE

Ces médicaments à éviter



- Des traitements plus dangereux qu'utiles
- Les alternatives pour être mieux soigné

Perrine Vennetier, rédactrice en chef



A. Lecomte

Des arbres pour éviter des morts ?

6 000 PAS QUOTIDIENS

Pas besoin d'atteindre 10 000 pas par jour pour tirer des bénéfices de la marche. Les personnes qui font 6 000 à 9 000 pas chaque jour sont moins à risque de maladies cardiovasculaires que celles qui atteignent seulement 2 000 pas.

✉ Circulation, 20/12/22.

PLUS ILS PRATIQUENT, MEILLEURS ILS SONT

Le volume d'opérations d'un chirurgien est un bon indicateur de la qualité de ses soins (moins d'erreurs, meilleurs résultats post-opératoires). Une étude l'a encore montré, cette fois pour les poses de prothèse de hanche et du genou.

✉ Clarify Health, 01/23.

C'est un fait désormais admis : les vagues de canicule, comme celles qui nous ont frappés l'été dernier et qui sont amenées à se répéter du fait du dérèglement climatique, sont mortelles. D'après le *Global Burden of Disease* (un consortium international qui étudie toutes les causes des maladies), les températures trop hautes sont déjà responsables de 0,63 % des décès au niveau mondial. Aussi, la récente étude de modélisation de rafraîchissement des villes, menée par des chercheurs européens, est intéressante. Elle montre que si les arbres recouvraient 30% de la surface urbaine, la température baisserait de 0,4 °C et la mortalité serait réduite d'un tiers. L'arbre est en effet un climatiseur naturel du fait de l'ombre qu'il procure et de l'énergie qu'il absorbe pour évaporer de l'eau. Mais est-ce vraiment une solution ? Aujourd'hui, la couverture arborée est de 15% en moyenne dans les villes européennes. Il faudrait donc la doubler et, pour cela, mettre en œuvre des moyens considérables (détruire quantité de bâtiments, apporter des tonnages phénoménaux de terre, etc.), ce qui aurait un gros impact carbone et contribuerait... indirectement au réchauffement. Et ce pour un bénéfice modeste : la majorité des morts ne seraient pas évitées. Cela ne signifie pas qu'il ne faut pas prévoir de planter des arbres dans les futurs aménagements urbains, mais que cette solution, pour sympathique qu'elle soit, est anecdotique. Il faut s'attaquer avant tout aux causes du réchauffement si l'on veut éviter qu'il y ait de plus en plus de morts. En matière de dérèglement climatique, les « solutions » qui nous sont présentées consistent trop souvent à ouvrir la fenêtre pour chasser la fumée, ce qui, en fait, attise l'incendie. □

ANTIDÉPRESSEURS PEU EFFICACES DANS LES DOULEURS

Certaines douleurs chroniques sont particulièrement tenaces. Pour les contrer, les antalgiques classiques peuvent être insuffisants. C'est pourquoi, depuis plusieurs années, des médicaments antidépresseurs comme l'amitriptyline (Laroxyl), la duloxétine (Cymbalta) ou la paroxétine (Deroxat) sont

prescrits dans l'espoir de soulager les patients souffrant de migraines, de douleurs neuropathiques ou encore inflammatoires. Mais les données confirmant l'efficacité de cette stratégie manquent, souligne une revue de la littérature. La plupart des études sont de mauvaise qualité ou financées par

l'industrie pharmaceutique. Pour l'heure, il est donc impossible d'affirmer que les antidépresseurs soulagent réellement les douleurs chroniques. Des travaux financés par la recherche publique sont nécessaires pour résoudre la question, concluent les auteurs.

✉ BMJ, 01/02/23.

ARTHROSE DU GENOU 30 minutes d'exercice, c'est déjà bien

✓ éritable antidouleur, l'activité physique est recommandée aux personnes souffrant d'arthrose. Son intensité doit évidemment être adaptée, mais elle aide à soulager les douleurs tout en limitant la perte de mobilité. Encore faut-il trouver la bonne dose pour ne pas générer davantage de souffrance. Une équipe scandinave a étudié cette délicate question. Elle a proposé

un programme d'activité physique à des patients atteints d'une arthrose du genou bien installée. Pendant 12 semaines, encadrés par des kinésithérapeutes, des volontaires ont suivi 3 séances hebdomadaires. Au programme, des exercices d'endurance (ou d'aérobie) sollicitant l'ensemble du corps, des exercices ciblant de grands segments du corps (comme les jambes) et des exercices ciblant spécifi-

quement le genou. Pour un groupe, les séances duraient 70 à 90 minutes, pour l'autre 20 à 30 minutes. L'étude montre qu'un peu d'activité a déjà des retombées positives. Dans les deux groupes, environ la moitié des participants ont connu une amélioration de leur état. Le programme à haute dose n'apporte pas vraiment de bénéfice supplémentaire.

✉ Annals of Intern. Med., 24/01/23.



DÉMENCES Apaiser les comportements

Agitation, agressivité, dépression, abattement, irritabilité, anxiété, apathie, troubles du comportement : des manifestations neuropsychiatriques surviennent fréquemment chez les personnes atteintes de démences (maladie d'Alzheimer et autres). Elles sont souvent une source de détresse pour les proches. Les guides de bonnes pratiques indiquent de débuter par des traitements non médicamenteux. L'éventail est assez large : stimulation cognitive, exercices et interactions sociales, ergothérapie, massage et toucher thérapeutique, cette dernière modalité ayant

le plus grand effet démontré en termes de réduction des symptômes. Les soins basés sur la musique ou les souvenirs et les activités avec un animal peuvent aussi être essayés. Il est important, rappellent les auteurs, de bien qualifier les troubles. Par exemple : au lieu de dire d'une personne qu'elle est agitée, décrire qu'"elle arpente la cuisine en réclamant à manger de façon répétitive", ce qui peut être une manifestation d'anxiété parce qu'elle n'est plus capable de préparer ses repas. Cela permettra d'évaluer les améliorations.

✉ BMJ, 25/01/23.

**6,6
MILLIONS
D'EUROS**

C'est la sanction prononcée contre les laboratoires Urgo (pansements et autres dispositifs médicaux) pour avoir fait des cadeaux, à titre privé, à des pharmaciens. En totale infraction avec la loi, 8 000 d'entre eux (1/3 des officines) ont accepté ces « avantages en nature », s'élevant dans les cas les plus graves à des dizaines de milliers d'euros.

✉ DGCCRF, 27/01/23.

CHATS PRUDENCE S'ILS VOUS MORDENT

Les chats sont caractériels, et leurs griffures souvent craintes. Leurs morsures devraient l'être tout autant, car leurs crocs pénètrent profondément dans les tissus et y déposent des bactéries. Ainsi, 30 à 50 % des morsures entraînent une infection. Le premier geste doit être

de rincer abondamment la plaie et de la désinfecter. Ensuite, une consultation rapide est conseillée parce que l'infection peut se développer en quelques heures. Un traitement antibiotique préventif est presque toujours préconisé, surtout si une zone à risque est touchée

(mains, pieds, visage, etc.). Une vaccination contre la rage et le tétonos sera nécessaire si le chat n'est pas connu. Enfin, des tests de mobilité de la main peuvent aider à repérer d'éventuels dégâts sur les tendons ou les nerfs.

✉ BMJ, 02/02/23.

ACCÈS AUX SOINS Qui sont les infirmières de pratique avancée ?

Malgré l'opposition de certains médecins, l'Assemblée nationale a voté en janvier l'accès direct des patients aux infirmières et infirmiers de pratique avancée (IPA). Ces nouveaux soignants ont pour mission d'assurer le suivi des patients en coordination avec un médecin. À ce titre, ils peuvent faire des examens techniques (prise de tension ou électrocardiogramme), renouveler et adapter des prescriptions existantes, interpréter des résultats d'examen (sanguins...). Ce sont des infirmières et infirmiers qui sont montés en compétences (2 ans d'études supplémentaires). Dans ce cadre, ils ne réalisent plus les actes infirmiers classiques (pansements...). Avec la raréfaction des médecins et les forts besoins liés aux maladies chroniques, ce nouveau statut est une piste très intéressante. Mais les premières promotions d'IPA, qui arrivent sur le terrain depuis 2019, peinent à trouver leur



R.DEBENY/HANS LUCAS/AFP

place. Rémunération au forfait inadéquat et manque d'adressage de la part des médecins compliquent leur tâche. Il sera désormais possible pour un patient de s'adresser directement à un IPA, à condition qu'il soit en « exercice coordonné » avec un médecin, par exemple dans une maison de santé (MSP). Les IPA devraient aussi pouvoir prescrire eux-mêmes, dans un cadre restreint et qui reste à fixer.

✉ Espaceinfirmier.fr, 19/01/23.

**LES VERTUS
DU VERT**

Se rendre régulièrement dans les parcs et jardins urbains est associé à une consommation réduite de médicaments, comme les antidépresseurs ou les antihypertenseurs. C'est la fréquence de ces visites, plus que le temps passé, qui semble compter.

✉ Occup. & Environ. Med., 01/23.

**7 GRAMMES
D'HUILE D'OLIVE**

Une consommation quotidienne égale ou supérieure à cette dose d'huile d'olive est associée à une réduction des grandes causes de décès (cardio-vasculaires, cancers...). Cela correspond à une grosse demi-cuillère à soupe.

✉ JACC, 18/01/23.

À ÉVITER Ces médicaments plus dangereux qu'utiles

Chaque année, la revue médicale *Prescrire* établit pour les soignants un bilan des médicaments à écarter. En voici une sélection, destinée aux patients.

Perrine Vennetier

Au début du XX^e siècle, la pharmacopée ressemblait encore à un grimoire de sorcière. Au côté de noms fleurant bon l'alchimie tel l'Élixir parégorique, ou l'exotisme telle la Yohimbine Houdé, on trouvait d'étranges potions comme le Vulcase – soufre lavé, extrait de bile, poudre de feuille de belladone et aloès pulvérisé, le tout additionné de réglisse – qui réussissait à être à la fois laxatif et constipant. Depuis, les choses se sont quelque peu rationalisées et un minimum de preuves d'efficacité est désormais exigé.

À partir des années 2000, plusieurs vagues de réévaluation ont eu lieu afin d'établir le « service médical rendu » (SMR) des médicaments, c'est-à-dire leur intérêt en termes d'efficacité et de danger en fonction de la gravité de la pathologie. Ce SMR a été jugé « insuffisant » pour plusieurs centaines d'entre eux, déremboursés pour la plupart en conséquence. Ce travail de réévaluation se poursuit. En 2022, la pholcodine, un sirop pour la toux qui provoquait des accidents mortels lors d'an-

thèses, a enfin été retiré du marché. Pour autant, cette rationalisation est loin d'être totalement passée dans les moeurs. De nouveaux médicaments continuent d'être mis sur le marché alors qu'ils sont plus dangereux qu'utiles. En 2022, a ainsi été autorisé le Dropizal, un antidiarrhéique à base de teinture d'opium, aussi dangereux que le vieil Élixir parégorique.

METTRE RISQUES ET BÉNÉFICES EN BALANCE

Il faut garder en tête que tous les médicaments exposent à des dangers. La question est de savoir où se situe le point de bascule, autrement dit où le danger l'emporte sur l'utilité. Celui-ci dépend des propriétés du médicament, à savoir son efficacité et ses effets indésirables, mais aussi du contexte, c'est-à-dire le type de problème de santé que ce médicament vise et les autres options thérapeutiques existantes. C'est ce qu'on appelle la balance bénéfices-risques. Les Anglo-Saxons, qui n'ont pas la même culture du risque que nous, parlent de *risk-benefit ratio*. Ils commencent donc par les dangers !

Ainsi, il peut y avoir des médicaments très dangereux mais très utiles pour des pathologies graves. En voici deux exemples courants : les anticoagulants qui peuvent provoquer des hémorragies mortelles mais évitent des décès cardiovasculaires, et les anticancéreux dont les effets peuvent être dévastateurs mais qui méritent d'être pris quand leur efficacité est établie. À l'inverse, certains médicaments sont clairement plus dangereux qu'utiles. « *Quand la maladie n'est pas grave du tout, comme un rhume, mais que le médicament expose à des risques qui, eux, sont très graves, c'est inacceptable* », souligne Séverine Carré-Pétraud, directrice éditoriale de la revue *Prescrire* qui édite chaque année un bilan des *Médicaments à écarter pour mieux soigner*. En 2023, 88 spécialités figuraient dans cet état des lieux destiné aux soignants. Nous avons fait une sélection de celles qui concernent une majorité de patients et avons croisé les informations avec les avis de deux experts indépendants.

TOUT BEAU, TOUT NEUF ?

Beaucoup de ces médicaments plus dangereux qu'utiles sont des substances assez récentes qui ne soutiennent pas la comparaison avec des spécialités plus anciennes. D'une manière générale, un peu de circonspection prévaut toujours à l'arrivée d'une nouvelle molécule, nécessairement moins éprouvée. Les éditeurs du bulletin américain *Worst Pills, Best Pills* préconisent « la règle des 7 ans » après la mise sur le marché, période durant laquelle, estiment-ils, il vaut mieux s'abstenir. Au fil du temps, le profil de toxicité se précise. À terme, de nombreuses nouveautés pas plus performantes s'avèrent plus risquées. Par exemple, pour les diabétiques il est prudent d'éviter la famille des gliptines – sitagliptine (Janumet, Januvia, Velmetia, Xelevia), saxagliptine (Komboglyze, Onglyza), vildagliptine (Eucreas, Galvus) –, mises sur le marché dans les années 2000, en raison de risques de pancréatite et d'allergie.



ILLUSTRATION: BAPTISTE STÉPHAN

DOULEURS Maux de dos, arthrose, maladies inflammatoires

→ AINS À ÉVITER

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) par voie orale sont des médicaments courants, extrêmement consommés, et souvent efficaces sur différentes douleurs articulaires (liées à l'arthrose par exemple), des douleurs liées à une

inflammation (arthrites, tendinites...), des douleurs provoquées par un traumatisme (entorse, tendinite) et les maux de dos, de tête ou de règles. Si tous présentent des risques, certains sont trop dangereux et méritent d'être écartés.

- **Diclofénac** Voltarène, Flector et génériques
- **Acéclofénac** Cartrex et génériques

« Si les autorités de régulation ne se débarrassent pas de ce médicament, les patients et les docteurs doivent simplement cesser de l'utiliser. » Voici ce qu'écrivaient en 2013 des chercheurs à propos du diclofénac. La situation n'a pas

changé. Les effets indésirables cardiaques sont graves (risque d'insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, AVC et décès) et ils sont aussi plus fréquents : risque augmenté de 20 à 30 % par rapport aux autres AINS. Ce niveau est comparable

● **Molécule**
Nom de marque

à celui d'un autre anti-inflammatoire, le Vioxx, retiré du marché en 2004 précisément pour cette raison. L'acéclofénac expose aussi à un surcroit de risques cardiovasculaires. De plus, le diclofénac aurait un effet plus délétère sur l'environnement.

- **Célécoxib** Celebrex et génériques
- **Étoricoxib** Arcoxia et génériques

Désolante histoire que celle des coxibs, cette famille d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, lancée au tout début des années 2000. Ils ont été lourdement, astucieusement et parfois frauduleusement, promus sur un argument de sécurité. Ils étaient, disait-on, plus sûrs sur le plan gastro-intestinal et provoquaient moins

d'hémorragies, de gastrites et d'ulcères de l'estomac et des intestins. Or, l'usage montra par la suite qu'ils augmentaient en réalité le risque cardiovasculaire, d'infarctus notamment. En conséquence, le premier de ces coxibs, le rofecoxib (Vioxx) fut retiré du marché. Ceux qui sont restés sur le marché, comme le céle-

coxib et l'étoricoxib en France, présentent aussi des risques accrus. Certains le contestent mais, de fait, ils sont contre-indiqués aux personnes à risque (cardiopathie ischémique avérée, artériopathie périphérique, antécédent d'AVC), tout comme le diclofénac d'ailleurs, alors que les AINS classiques ne le sont pas.

- **Méloxicam** Mobic et génériques
- **Piroxicam** Feldène et génériques
- **Ténoxicam** Tilcotil

Ces trois médicaments, de la famille des « oxicam » ne sont pas plus efficaces que les autres AINS. D'ailleurs les autorités de santé ont jugé le service médical rendu du piroxicam insuffisant pour être remboursé. En revanche, ils sont plus risqués sur le plan gastro-intestinal.

Ils provoquent aussi un surcroît de « réactions cutanées » comme les désigne pudiquement la notice. Ce sont en réalité des réactions graves, telles que les syndromes de Lyell ou de Stevens-Johnson, dont la manifestation débute sur la peau (apparition de rougeurs, de

sortes de cloques et de lésions des muqueuses), qui peuvent par la suite être mortelles ou laisser des séquelles très handicapantes. « Il convient donc de surveiller ces [manifestations cutanées] », indique la notice. Il convient plutôt de ne pas prendre ces médicaments.

→ LES ALTERNATIVES

D'autres options existent dans la très grande famille des antidouleurs. Le premier choix est le paracétamol (Doliprane, Dafalgan, Efferalgan...). Efficace et sûr, son principal risque est celui d'un surdosage, toxique pour le foie. Mais il ne marche pas toujours dans les douleurs arthrosiques ou très inflammatoires par exemple. Un AINS peut donc être souhaitable.

En ce cas, l'ibuprofène (Antarène, Advil, Brufen, Ibupradoll, Nurofen, Spifen et de nombreux génériques) ou le naproxène (Apranax, Naprosyne et génériques) sont les premiers choix. Comme ils ne sont pas dépourvus d'effets indésirables, il faut prendre la dose minimale efficace pour la durée de traitement la plus courte possible, en particulier chez les personnes âgées. Le kétoprofène (Bi-Profénid, Profénid et génériques), très prescrit, est aussi une option, mais plutôt en second choix car ses effets indésirables gastro-intestinaux sont plus marqués que ceux de l'ibuprofène.

À NOTER La tolérance et l'efficacité de ces médicaments sont variables selon les individus. Environ 40 % d'entre nous répondent à certains AINS mais pas à d'autres. Aussi, en cas d'inefficacité ou d'intolérance, il est judicieux d'essayer de changer de molécule.

→ AUTRES MÉDICAMENTS À ÉVITER

- **Méthocarbamol** Lumirelax
- **Thiocolchicoside** Miorel et génériques

En cas de contractures musculaires douloureuses, liées notamment à certains maux de dos, il vaut mieux ne prendre aucun de ces décontractants musculaires (myorelaxants) encore présents sur le marché. Peu efficaces, ils exposent à des risques disproportionnés. Prendre des antidouleurs classiques, rester autant que possible en mouvement et appliquer localement de la chaleur (bouillottes, poches chauffantes) sont des options nettement préférables.

- **Diacréine** Art 50
- **Chondroïtine** Chondrosulf, Structum
- **Glucosamine** Cartifit, Flexea, Osaflexan, Structoflex

Censés contrer la dégénération du cartilage à l'œuvre dans l'arthrose, ces trois

médicaments ont été déremboursés en raison d'un manque d'efficacité démontrée.

INFECTIONS ORL Rhumes, toux, maux de gorge

DÉCONGESTIONNANTS À ÉVITER

- **Éphédrine** Rhino Sulfuryl ● **Naphazoline** Derinox
- **Oxymétaزoline** Aturgyl, Pernazène ● **Pseudoéphédrine** Actifed LP rhinite allergique*, Actifed rhume jour et nuit, Actifed rhume, Dolirhume paracétamol et pseudoéphédrine, DolirhumePro paracétamol, pseudoéphédrine et doxylamine, Humex rhume, Nurofen rhume, Rhinadvis rhume ibuprofène/pseudoéphédrine, Rhinadvis caps rhume ibuprofène/pseudoéphédrine, Rhinureflex*, Rhumagrip*
- **Tuaminoheptane** Rhinofluimucil

● Molécule
Nom de marque

*Prochainement retiré du marché

Risquer un AVC pour un nez bouché ? C'est bien le problème avec les vasoconstricteurs décongestionnants, au premier rang desquels la pseudoéphédrine, présents dans les gammes de médicaments contre le rhume. Ceux-ci se présentent soit en spray (Derinox, Rhino Sulfuryl) et délivrés sur ordonnance, soit en comprimés associés à un antidouleur et parfois à un antiallergique (gamme Actifed, Humex,

etc.), et en vente libre. Appelée rhume, rhinite, rhinopharyngite, rhinosinusite ou encore état grippal, ce genre d'infection ORL guérit généralement en une semaine, avec ou sans traitement. Certes, c'est désagréable : écoulement nasal et obstruction, difficulté à respirer et à dormir, maux de tête et fatigue ; les malades ne sont pas au mieux de leur forme. Mais les risques des décongestionnants sont incomparablement

pires : infarctus du myocarde, AVC, pustuloses exanthématisques aiguës généralisées (réactions graves d'hypersensibilité) et autres. Ils sont rares mais potentiellement mortels : entre 2012 et 2018, 5 décès ont été recensés en France. Désormais, un document de 4 pages vous est remis en pharmacie... pour vous dissuader d'en prendre ! Un comble. L'usage de ces médicament anti-rhume est clairement déraisonnable.

LES ALTERNATIVES

Prendre du paracétamol pour soulager les maux de tête et un état fiévreux est possible, en respectant la dose maximale recommandée. Pour le nez, des lavages avec de l'eau salée (en dosette de sérum physiologique, en spray nasal ou avec un dispositif type pot Neti ou Rhino Horn) sont très utiles. Et ils éviteraient les complications, telles que bronchites ou sinusites.

AUTRES MÉDICAMENTS À ÉVITER

- **Ambroxol** Muxol, Surbrone expectorant ambroxol, Vicks expectorant ambroxol et génériques ● **Oxomémazine** Toplexil, Humex toux sèche oxomémazine et génériques
- **Pentoxyvérine** Pentoxyvérine Clarix, Vicks sirop pectoral

Ces sirops contre la toux sont trop dangereux. Si besoin, préférer un sirop à base de dextrométhorphan (Tussidane, Plumodextrane).

- **Alpha-amylase** Maxilase, Alfa-Amylase Biogaran, Mégamylase

Contre les maux de gorge, ce médicament à base d'un enzyme présente une balance bénéfices-risques défavorable.

➤ La vieille metformine, commercialisée depuis plus de 50 ans, est une meilleure option. De même, en prévention des fractures osseuses, le denosumab (Prolia), qui provoque paradoxalement des fractures à l'arrêt du traitement, n'a aucun intérêt par rapport aux plus anciens bisphosphonates, tel l'acide alendronique (Fosamax).

PETIT EFFET, GROS RISQUE

Parmi les médicaments plus dangereux qu'utiles, figurent aussi ceux qui ne sont pas ou peu efficaces. Quand les bénéfices ne pèsent quasiment rien dans la balance, le plateau des risques s'alourdit très vite. On trouve dans cette catégorie tous les médicaments autorisés dans la maladie d'Alzheimer. Le donépézil (Aricept), la galantamine (Reminyl), la mémantine (Ebixa) et la rivastigmine (Exelon) n'ont pas fait la preuve de leur capacité à ralentir l'entrée dans la dépendance. Pourquoi, dans ces conditions, s'exposer aux troubles neuropsychiques qu'ils induisent ? D'autres médicaments peuvent avoir une petite efficacité mais des risques disproportionnés au regard du problème traité. Le finastéride (Propécia) provoque ainsi chez certains hommes

des dépressions et des idées suicidaires, difficiles à justifier alors que l'effet sur la perte de cheveux est modeste et passager. Pour la revue *Prescrire*, ces molécules ne devraient tout simplement plus être sur le marché. Il est normal qu'il y ait des médicaments différents et que certains soient moins bons que d'autres : cela permet d'avoir un large éventail. Mais ceux-là sont vraiment trop mauvais.

TOUJOURS COMMERCIALISÉS !

Pourquoi alors ont-ils été acceptés ? Pourquoi n'ont-ils pas été retirés ? « Il faudrait demander aux autorités, répond Séverine Carré-Pétraud. Ce qui est clair, c'est que nous, à *Prescrire*, nous n'avons aucun lien avec les firmes pharmaceutiques. Nous ne nous contentons pas d'étudier le dossier fourni par les fabricants, mais nous cherchons d'autres sources et nous portons une grande attention aux effets indésirables non seulement connus mais aussi prévisibles. » C'est ainsi que la revue avait régulièrement souligné que le Mediator était un anorexigène amphétaminique et qu'il risquait de ce fait d'entraîner les effets indésirables liés à ce type de molécule. Quant aux autorités de santé, elles n'ignorent

TROUBLES DIGESTIFS Nausées, vomissements, diarrhées

➔ ANTIÉMÉTIQUES À ÉVITER

- **Dompéridone** Motilium et génériques
- **Métoclopramide** Primpéran, Prokinyl et générique
- **Métopimazine** Vogalène, Vogalib

Ces trois médicaments sont des antiémétiques, c'est-à-dire qu'ils diminuent les sensations de nausées et les vomissements. Mais sous cette apparence anodine se cachent en réalité des « neuroleptiques » c'est-à-dire, étymologiquement, des produits qui « matent les nerfs ». Ils sont habituellement utilisés pour des maladies psychiatriques graves, comme la schizophrénie. Même si les neuro-

leptiques antiémétiques passent moins dans le cerveau, leurs effets peuvent être violents. Ainsi des effets neurologiques de type dyskinésies (mouvements anormaux, involontaires et handicapants) sont rapportés, en particulier avec la métopimazine (Vogalène). Plus graves encore, des effets indésirables cardiaques peuvent survenir : torsades de pointes, troubles

du rythme graves et morts subites. Cet effet est particulièrement marqué avec la dompéridone et, dans une moindre mesure, avec le métoclopramide. C'est ce qui a conduit les autorités, ces dernières années, à leur retirer les autorisations d'usage en cas de simple reflux gastro-œsophagien ou d'inconfort gastrique. Enfin, ces trois antiémétiques sont associés à la survenue d'AVC.

➔ LES ALTERNATIVES

En cas de gastroentérite simple, les nausées et vomissements sont très pénibles mais rarement graves et passent généralement tout seuls. Vu les dangers des antiémétiques, il faut préférer des traitements non médicamenteux : fractionner les repas, boire souvent et par petites quantités pour éviter la déshydratation ; pour les plus fragiles (tout-petits et personnes âgées), prendre des solutions de réhydratation orales. Le gingembre frais peut être essayé. En cas de vomissements risquant de provoquer des complications graves, un médicament peut exceptionnellement être envisagé. Même en ce cas, mieux vaut éviter la dompéridone dont l'efficacité est mal établie. Pour les autres, il faut bien regarder les contre-indications. Attention, le fait que le Vogalib soit accessible sans ordonnance n'est pas une garantie d'innocuité. Son statut en vente libre est incompréhensible au vu de ses risques. Chez les personnes âgées, ils doivent tous être évités, ce qu'a rappelé la Haute Autorité de santé en novembre 2022.

En cas de nausées insupportables liées à la grossesse, la doxylamine (Donormyl) n'a pas d'indication officielle mais est la plus éprouvée. En cas de nausées et vomissements provoqués par les chimiothérapies anticancéreuses, d'autres types de médicament (aprépitant, sétrons...) sont indiqués.

➔ AUTRES MÉDICAMENTS À ÉVITER

- **Diosmectite** Smecta
- **Monmectite** Bedelix

En plus des douleurs, diarrhées et dérangements intestinaux, la gastroentérite est souvent accompagnée de nau-

sées et vomissements. Bien qu'incommodantes, elles s'apaisent généralement spontanément. Les médicaments à base

d'argile n'ont d'effet qu'en apparence. De surcroît, ils contiennent du plomb. Mieux vaut donc les éviter.

pas toujours la faiblesse des médicaments présents sur le marché. Les déremboursements témoignent du fait que la molécule ne mérite pas d'être prise en charge. Autres signes : les restrictions au niveau des indications (c'est-à-dire les raisons médicales de prendre un médicament) ou des médecins qui peuvent les prescrire. Ainsi en 2012, la trimétazidine (Vastarel) a été déremboursée et son autorisation contre les vertiges et acouphènes été supprimée ; en 2016, elle a été classée sur la liste I des substances vénéneuses (ce qui rend impossible son renouvellement sans ordonnance à jour) ; en 2017, sa prescription initiale a été réservée aux cardiologues ; en 2011 déjà, la commission d'autorisation du médicament votait à l'unanimité (22 voix sur 22) contre son maintien (pour son retrait donc)... Pourtant, en 2023, elle est toujours là !

De même, les vasoconstricteurs contre le rhume font l'objet depuis près de 20 ans de demi-mesures et de circonvolutions réglementaires pour en minimiser l'usage. Interrogée sur la pertinence de garder de tels médicaments en vente (sans ordonnance, qui plus est !), l'Agence du médicament (ANSM) se dédouane en indiquant que « les vasoconstricteurs sont auto-

risés et commercialisés dans de nombreux autres pays européens, ce qui ne permet pas d'envisager des mesures unilatérales de retrait ou de suspension au niveau français ». Pour autant, la pseudoéphédrine par exemple n'est pas présente aux Pays-Bas, preuve en pratique que l'on peut s'en passer.

DIALOGUER AVEC SON MÉDECIN

Si vous prenez un des médicaments cités dans ce dossier, le mieux est d'en parler avec votre médecin afin de voir si un autre traitement, médicamenteux ou non, ne serait pas préférable. D'une manière générale, l'intérêt d'un médicament doit être régulièrement remis en question. Cette démarche est cruciale à des périodes clés : grossesse, avancée vers le grand âge, altération de l'état de santé (insuffisance rénale par exemple) ou ajout d'un nouveau médicament. Dans tous les cas, l'enjeu est le même : ne pas être rendu plus malade par un médicament qu'on ne le serait si on ne l'avait pas pris. □

➔ Experts consultés : Séverine Carré-Pétraud, directrice éditoriale de la revue Prescrire ; Jors Luers, rédacteur en chef de Pharma Selecta (Pays-Bas) ; Dr François Montastruc, pharmacologue (Toulouse).



Poissons et mercure : des repères utiles

Les poissons peuvent accumuler du mercure dans leurs tissus. Comment profiter alors de leurs nombreux atouts santé ?

Une substance neurotoxique

Toxique pour le système nerveux central, le mercure (présent chez les poissons sous forme de méthylmercure) parvient à passer la barrière hémato-encéphalique (celle qui protège le cerveau). Chez les femmes enceintes, il traverse aussi la barrière du placenta, ce qui peut provoquer des troubles comportementaux légers ou des retards de développement chez les enfants très exposés. Femmes enceintes et allaitantes et jeunes enfants sont invités à éviter de consommer les poissons les plus contaminés.

En dehors de ces populations à risque, la valeur toxicologique de référence retenue par l'Agence de sécurité sanitaire (Anses) pour une exposition sur le long terme est de 1,3 µg de méthylmercure/kg de poids corporel par semaine. Pour un sujet de 60 kg, ce quota hebdomadaire représente 78 µg. Il est atteint avec 35 g de petite roussette de Méditerranée contre 300 à 700 g de sardine de Méditerranée.



2 PORTIONS PAR SEMAINE

Àvec deux portions de poisson par semaine dont un poisson gras (sardine, maquereau, saumon, truite, hareng...), le rapport bénéfices-risques est jugé positif par les autorités sanitaires. En France, la consommation de poisson est en-deçà des recommandations. Cela est dommage au vu de leurs vertus nutritionnelles, notamment l'apport en acides gras oméga 3 (EPA ET DHA) présents spécifiquement dans les poissons.

Proies plutôt que prédateurs

On observe une accumulation de méthylmercure tout au long de la chaîne alimentaire. De sorte que, à chaque changement de niveau, les teneurs en mercure peuvent augmenter d'un facteur 10 à 100. Ainsi, les poissons herbivores (qui filtrent le plancton) seront *a priori* moins contaminés que les prédateurs. Ceux-ci – lotte, anguille, flétan, mullet, brochet, raie, petite roussette, espadon, thon, requin... – accumuleront davantage de mercure que les

herbivores – anchois, sardine ou hareng. Cependant, d'autres facteurs biologiques (richesse du milieu en minéraux, taille et âge du poisson, saison de pêche...) peuvent moduler cette généralité.

Teneur pour 100 g	Atlantique	Méditerranée
Sardine	2 µg	10 à 30 µg
Merlan bleu	6 µg	30 µg
Petite roussette	42 µg	220 µg
Espadon	50 à 80 µg	37 à 95 µg

Varier les provenances

Les mers et les océans n'ont pas tous la même teneur en mercure. Il est donc conseillé de varier le mode de pêche (élevage vs sauvage) et les prove-

nances. Si l'Atlantique bénéficie des politiques de lutte contre la pollution au mercure qui en diminuent les teneurs, ce n'est pas le cas d'autres mers et océans, notamment le Pacifique et l'océan Indien. Quant aux poissons de nos lacs et rivières, ils sont plus exposés, car l'eau douce est très souvent plus contaminée en mercure que la mer.

Experts consultés : Aymeric Dopter, Anses ; Julien Jean, Anses ; Joël Knæry, Ifremer.



VIRUS Sommes-nous devenus plus sensibles ?

 **Marre d'être malades !**
Cet hiver 2022/2023 a été marqué par une recrudescence d'infections. Pour l'expliquer, certains évoquent une « dette immunitaire ». Si les spécialistes rejettent l'idée que notre système s'est affaibli à titre individuel, il existe bien un manque d'immunité collective.

Comme de nombreux pays, la France a connu cet hiver une triple épidémie de bronchiolite, de grippe et de Covid. Pour certains, les virus s'en donneraient à cœur joie en raison d'une « dette immunitaire ». Ce terme est utilisé la première fois par des pédiatres français en 2021 dans un article d'opinion où ils expliquent qu'en raison des mesures barrières et de la faible circulation des virus responsables d'infections respiratoires, de gastroentérite ou de la varicelle, le système immunitaire des enfants n'a pas été assez entraîné. Une sous-stimulation faisant présager une recrudescence de ces pathologies une fois les mesures barrières levées. Cette hypothèse a été reprise au sommet de l'Etat, mais aussi par de nombreux Français qui enchaînent les infections cet hiver.

Un système flagada ?

Ce concept de dette immunitaire est loin de faire l'unanimité dans la communauté scientifique. Principal bémol: il laisse sous-entendre que notre immunité s'est affaiblie. « *Ce terme suggère, à tort, que notre système immunitaire a besoin d'être renforcé comme un muscle, ce qui est faux* », explique le Pr Olivier Schwartz, directeur de l'unité virus et immunité de l'Institut Pasteur. De fait, il n'y a pas un nombre optimal d'infections annuelles à contracter pour que nos défenses se construisent ou pour éviter qu'elles s'étiolent. D'ailleurs, la mémoire immunitaire n'est pas toujours efficace: on peut être contaminé plusieurs fois par le même virus et être malade à chaque fois. Le confinement et le masque n'y changent rien.

Les virus nous rattrapent

« *En ce qui concerne cette saison exceptionnelle, je parlerais plutôt de dette virologique* », complète le Pr Schwartz. D'autres experts évoquent une dette d'exposition. Deux expressions qui désignent le même concept : les mesures barrières ont limité le nombre d'infections, en particulier celles causées par des virus transmis par voie aéroportée comme le SARS-CoV-2. Or, ils n'ont jamais disparu et ont attendu patiemment que nous ôtions nos masques et reprenions notre

**9 000
PASSES
AUX URGENCES**
pour des bronchiolites ont été enregistrés au plus fort de l'épidémie cet hiver.

Page réalisée par
Anne-Laure Lebrun

vie d'avant. C'est un peu comme si nous avions appuyé sur le bouton pause de la machine et que celle-ci rattrapait le temps perdu. En ce sens, il y a une forme de dette collective.

Cela explique notamment la forte épidémie de bronchiolites qui a entraîné près de 9 000 passages aux urgences à l'acmé de l'épidémie contre 5 000 à 6 000 entre 2018 et 2021. Habituellement, tous les enfants de 2 ans sont infectés au moins une fois par le virus respiratoire syncytial (VRS). Or, au cours des deux dernières années, il a très peu circulé. En conséquence, un plus grand nombre d'enfants y est confronté pour la première fois. « *On suppose également que les enfants nés depuis le début de la pandémie ont reçu moins*

d'anticorps anti-VRS durant la grossesse ou au cours de l'allaitement puisque leurs mères y ont moins été exposées », avance le Pr Guy Gorochov, chef du département d'immunologie de l'AP-HP.

Les épidémies n'ont jamais une explication unique

La grippe de saison

Pour autant, cette dette d'exposition n'est que l'une des explications possibles de cette triple épidémie. « *Il existe d'autres hypothèses dont l'une, et pas des moindres, est que l'infection au SARS-CoV-2 pourrait augmenter la susceptibilité, voire la virulence, d'autres infections en cas de co-infections* », relève Samuel Alizon, directeur de recherche au CNRS. Des scientifiques étudient aussi la possibilité que le SARS-CoV-2 « efface » la mémoire immunitaire bâtie contre d'autres virus, ce qui rendrait alors ces personnes plus vulnérables. Et Samuel Alizon ajoute: « *Pour la grippe, les rythmes saisonniers sont très variables. Elle revient un peu différente chaque année mais, certaines années, tous les 4 ou 5 ans, elle revient très différente. On peut donc avoir des années avec beaucoup de cas de grippe. Aussi, on ne peut pas exclure que le variant circulant actuellement soit plus contagieux.* »

Finalement, la thèse de la dette immunitaire, aussi séduisante soit-elle, ne semble pas répondre, aujourd'hui, à toutes les questions. Ni même la dette d'exposition. Mais ce débat rappelle que les épidémies n'ont jamais une explication unique et... qu'elles sont encore difficiles à prévoir. □



Prendre ses médicaments à la bonne heure

Selon le moment de prise dans la journée, l'efficacité comme la toxicité de certains médicaments varient.

Bien des fonctions de l'organisme (rythme cardiaque, température, état de vigilance...) sont régulées par notre horloge biologique calée sur un cycle de 24 h environ. De ce fait, les cellules des organes modulent leur activité au fil de la journée. Et cela n'est pas sans conséquence sur l'efficacité et les effets indésirables de certains médicaments.

Riche de plus de 40 ans de recherche, la chronomédecine démontre que les rythmes circadiens influencent les processus d'absorption des médicaments dans l'intestin, et d'élimination dans le foie et le rein. Il y aurait donc des heures auxquelles il est préférable de prendre son médicament et d'autres où il vaut mieux s'abstenir. Les chercheurs ont découvert ce phénomène par hasard chez des souris, alors qu'ils observaient chez elles une meilleure réponse ou une meilleure tolérance à des anticancéreux selon qu'ils étaient injectés le jour ou la nuit. Par la suite, des travaux ont révélé que la tolérance et l'efficacité d'une trentaine d'anticancéreux varient d'un facteur 2 à 10 chez le rongeur en fonction de l'heure d'administration, et que le moment optimal varie pour chacun. Des résultats applicables chez l'homme. Il est désormais connu que les chimiothérapies à base de 5-FU ou capécitabine (Fluorouracile ou Xeloda) sont mieux tolérées et plus efficaces lorsqu'elles sont administrées la nuit, tandis que l'oxaliplatin (Eloxatine) est mieux tolérée au milieu de la journée.

Ces bénéfices s'étendent au-delà de l'oncologie. Bien que la chronothérapie ne soit pas une panacée et ne s'applique pas à tous les médicaments, il est intéressant d'en tirer parti pour ceux qui y sont sensibles, tels les antihypertenseurs, les anti-inflammatoires ou les anticoagulants. Les principaux sont listés dans le tableau ci-contre. Parmi eux, certains doivent être pris plusieurs fois par jour. Il est judicieux alors de s'arranger pour que la première ou dernière prise soit à un moment optimal.

(Science, 2019; Faculté de pharmacie, université Lyon 1, mars 2018.

MATIN, MIDI OU SOIR ?

Molécule Nom de marque	Quand	Pourquoi ?
ANTICOAGULANTS		
● Warfarine Coumadine		
● Fluindione Préviscan		
● Acénocoumarol Minisintrom		
● Rivaroxaban Xarelto	Le soir	Action anticoagulante plus efficace, ce qui diminue davantage les infarctus et les AVC, qui surviennent surtout le matin.
BÉTABLOQUANTS		
● Propranolol Hemangiol		
● Bisoprolol Cardensiel	Le matin	
● Métoprolol Lopressor		Limite le pic de tension matinal, et ainsi les accidents cardiovasculaires.
HYPOLIPÉMIANTS (anticholestérol)		
● Pravastatine Elisor		
● Simvastatine Zocor		
● Gemfibrozil Lipur		
● Ezétimibe Ezetrol	Le soir	Certaines substances du corps induisant une augmentation du cholestérol sont plus actives le soir.
INHIBITEURS DU CANAL CALCIQUE (antihypertenseurs)		
● Vérapamil Tarka		
● Diltiazem Tildiem		
● Nicardipine Loxen	Au coucher	Diminution des effets indésirables (œdèmes).
ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS (AINS)		
● Ibuprofène		
● Naproxène	Le soir ou au coucher	
● Kétoprofène		Meilleure tolérance digestive et plus grande action antidouleur.
PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE		
● Aspirine Aspro, Kardégic	Le soir ou au coucher	Meilleure activité antiplaquettaire.
TRAITEMENTS DE L'ASTHME		
● Méthylprednisolone Solumédrol	En fin d'après-midi ou le soir	Meilleure efficacité contre les crises d'asthme nocturnes. Attention au risque d'insomnies.
● Budésonide Acorspray		
● Béclométasone Qvar		
ANTIDIABÉTIQUE		
● Metformine Glucophage	Le soir	Bloque la production nocturne de sucre par le foie responsable d'un pic matinal de glycémie.
VACCINATIONS		
● Contre le Covid ou la grippe	Le matin	Le système immunitaire réagit deux fois plus.



SANTÉ MENTALE “J’ai créé la structure qui m’a manqué”



Maxime démarre à peine sa carrière d’entrepreneur quand il découvre sa bipolarité. Face au manque d’accompagnement des patients après une hospitalisation en psychiatrie, il cofonde l’association La Maison perchée. Salariés et bénévoles sont pour la plupart concernés par un trouble psychique.

Page réalisée par
Stéphany Gardier

La psychiatre qui m’a suivi après ma première hospitalisation m’avait asséné : « *Vous ne pourrez plus jamais entreprendre.* » Avant que les premiers symptômes de ma bipolarité⁽¹⁾ n’apparaissent, j’avais déjà lancé plusieurs start-up. La sentence est donc tombée comme un couperet. La suite montre qu’elle s’était trompée...

La sortie d’une hospitalisation en psychiatrie est un moment critique. Certes, on a un suivi médical régulier mais, pour tout le reste, on est seul.

Et il y a plein de questions ou de sujets qui ne sont pas du ressort du psy. Quand j’ai réalisé le vide face auquel on pouvait se trouver, j’ai eu envie de créer la structure que j’aurais aimé trouver à ma sortie d’hôpital, la « brique manquante » du parcours du patient. Avec Lucille, Caroline et Victoria, les autres cofondatrices, nous avons donc imaginé La Maison perchée : un espace apportant soutien et accompagnement aux patients pour vivre, et pas seulement survivre, avec leur maladie.

J’ai mis à profit mes compétences entrepreneuriales pour créer cette association, mais c’est surtout mon expérience en tant que patient qui a été cruciale. Les soignants ne sont pas des malades, ils n’expérimentent pas les difficultés à parler de sa maladie au travail, les soucis avec les effets secondaires des médicaments et toutes ces choses que seuls les patients connaissent. Lors de ma seconde hospitalisation, j’ai croisé un patient qui était photographe professionnel et un autre qui avait un

enfant. Voir que l’on pouvait construire une vie familiale et professionnelle malgré la maladie m’a fait beaucoup de bien. Je dis souvent : « *On ne guérit pas de la bipolarité, on se rétablit.* » Je suis convaincu que ce partage d’expériences et l’aide des pairs sont des éléments clés dans ce chemin vers le rétablissement.

Depuis 2020, nous proposons des accompagnements par Internet, réalisés par des personnes qui ont été, ou sont confrontées, à des troubles psy (bipolarité, schizophrénie). Le « nid », par

exemple, est un entretien en face-à-face avec un accompagnant qui souffre de la même maladie que l’adhérent mais qui est plus avancé dans le rétablissement. Notre association est un lieu de mixité, avec des salariés et des bénévoles concernés par les troubles psychiques et d’autres qui ne le

sont pas, à l’image de la société.

La Maison perchée vient d’ouvrir un local à Paris. Nous n’exissons que grâce à des soutiens de particuliers et d’entreprises. Nous espérons bientôt celui des pouvoirs publics. La période post-Covid a permis de mesurer à quel point l’offre de soins pour les troubles psy est insuffisante en France. Le nombre de psychiatres ne cesse de baisser. Les associations de patients font un super boulot, mais ce n’est pas à nous de colmater les failles du système de soins. □

“On parle de toutes ces choses que seuls les patients connaissent”

RÉTABLISSEMENT Un nouvel horizon en psychiatrie

Être rétabli, c’est idéalement avoir trouvé comment s’organiser au quotidien pour gérer au mieux ses symptômes et ses éventuels traitements, et mener la vie à laquelle on aspire. Évidente pour les maladies physiques, cette notion l’est bien moins pour les troubles psychiques,

qui souffrent encore de beaucoup d’a priori. Grâce à la mobilisation des personnes concernées, de leur entourage et de certains professionnels de santé, le rétablissement commence à être reconnu en psychiatrie. Être accompagné par un pair – plus avancé dans le rétablissement et

ayant choisi de s’investir dans l’entraide – peut être une aide déterminante. Cette idée de « pair-aidance » fait peu à peu son chemin en France.

En 2010, le concept de « collège de rétablissement » a été créé à Londres. Il s’est depuis développé dans une vingtaine de pays. À Marseille,

le Centre de formation au rétablissement fonctionne sur un modèle similaire : des formations ouvertes à toute personne concernée ou intéressée par la santé mentale, dispensées par un binôme associant un professionnel de santé et un « pair-formateur ».

PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE

Ce que valent les statines

Près de 35 ans après leur apparition sur le marché, 10 ans après les controverses sur leur efficacité pour réduire le risque cardiovasculaire, il est apparu que les statines, des anticholestérols, ne présentent qu'un intérêt modeste.

Dr Philippe Foucras

DES RECOUS QUI DÉRANGENT

En s'appuyant sur les recommandations (dites recos) de 2021 émises par la Société européenne de cardiologie, des médecins danois ont calculé que, au Danemark (catalogué à faible risque comme la France), moins de 1 % des femmes et 4 % de la population ayant moins de 70 ans seraient susceptibles de prendre des statines en prévention primaire. Voilà qui réduit « considérablement » le nombre de ceux à même de recevoir ces médicaments ! Et les éditorialistes de la revue qui a publié cette étude de s'en désoler :

« Trop peu d'adultes jeunes atteignent le seuil d'éligibilité pour recevoir des statines. » Comme s'il fallait absolument en prendre !

La première statine, la simvastatine (Zocor), est commercialisée en France en 1989, suivie de la pravastatine (Elisor) 2 ans plus tard. Ces traitements de l'excès de cholestérol (hypolipémiants) visent en particulier le « mauvais » cholestérol, le LDL, censé se déposer dans les artères pour former la fameuse plaque d'athérome et provoquer infarctus, accidents vasculaires cérébraux et décès. Ces deux molécules signent le début d'une longue liste de statines commercialisées par la suite pour occuper leur part du marché : atorvastatine, cérivastatine, fluvastatine, pitavastatine, rosuvastatine.

L'EUPHORIE MÉDICALE

Au départ, les essais cliniques se multiplient afin de démontrer la « remarquable » efficacité des statines pour diminuer les accidents vasculaires et les décès. En même temps, les sociétés savantes cardiaques – états-unies, européennes et françaises – émettent des recommandations permettant de décider qui doit recevoir ou non des statines. « *The lower, the better* » (plus c'est bas, mieux c'est), affirment les experts médicaux internationaux à propos du taux de LDL cholestérol.

« *Les statines sont vraiment les meilleurs médicaments que l'on ait jamais inventés* », déclare encore en 2018 celle qui est alors la présidente de la Société française de cardiologie. Au début des années 2000, les statines représentent en France les plus fortes ventes de médicaments et les plus fortes progressions. Actuellement, 9 % des adultes en France prennent ces traitements.

QUELQUES BÉMOLS

Toutefois, si un enthousiasme débridé est de mise dans le discours médical, les données factuelles dressent un tableau plus nuancé. Certes, les essais cliniques montrent une certaine efficacité des statines pour réduire le risque d'accident vasculaire ou cardiaque et les décès en

prévention secondaire (après un premier accident), mais les résultats sont bien moins concluants en prévention primaire (avant tout accident), en particulier pour les femmes. Dans ces cas, la faible efficacité préventive est contrebalancée par les effets indésirables de ces médicaments, en particulier musculaires ou hépatiques, parfois graves. Par la suite, d'autres effets apparaissent, comme le diabète ou le risque d'hémorragie cérébrale qui augmente avec la baisse du cholestérol. Ce qu'on appelle la balance bénéfices-risques du traitement ne semble pas favorable en prévention primaire.

Ces incertitudes sont révélées par la polémique déclenchée en 2013, avec la publication simultanée de deux livres bien documentés, écrits l'un par un chercheur et l'autre par un médecin, remettant en cause la responsabilité du cholestérol dans le risque cardiovasculaire et l'efficacité des statines. Un pavé dans la mare est jeté. Les leaders d'opinion réagissent vivement, alertant sur le risque mortel d'arrêter brutalement ces traitements et prédisant une explosion des hospitalisations pour accidents cardiaques. Quelques années plus tard, les données épidémiologiques de santé publique montreront que, quand bien même certains patients auraient interrompu leur traitement, la catastrophe annoncée n'a pas eu lieu.

DES LIENS DISSIMULÉS

De son côté, la Haute Autorité de santé (HAS) a contribué à la promotion des statines. En 2010, son rapport sur l'efficacité des hypolipémiants fait la part belle à la parole d'experts sous l'influence commerciale des fabricants, ainsi que le relève à l'époque le Formindep (association pour une formation et une information médicales indépendantes). En 2017, la HAS publie des recommandations sur les dyslipidémies (cholestérol et/ou triglycérides élevés) qui reprennent presque sous la



EN PRATIQUE Prendre une statine ou pas ?

La prescription de statines a longtemps été basée, à tort, sur le taux de cholestérol. Or le but de ces médicaments est d'éviter la survenue d'un accident cardiovasculaire, tel qu'un infarctus ou un AVC. Pour cela, des mesures hygiéno-diététiques doivent être adoptées avant tout ! Quels que soient votre âge, votre sexe et votre risque cardiovasculaire, aucun médicament ne remplacera l'arrêt du tabac, une alimentation équilibrée basée sur le régime méditerranéen, le maintien d'une activité physique régulière ainsi qu'une perte de poids modérée en cas de surpoids ou de diabète. Ensuite la question de la prise d'une statine ou non dépend du risque d'accident cardiovasculaire.

➔ Vous n'avez jamais eu d'accident cardiovasculaire

Si vous êtes une femme, quel que soit votre âge, il est quasiment certain que vous n'avez pas besoin de statines. Sauf situation exceptionnelle, comme une

hypercholestérolémie dite familiale, supérieure à 3 g/L. **Si vous êtes un homme,** la probabilité qu'une statine vous soit bénéfique est très faible : essentiellement si

vous avez une hypertension artérielle mal équilibrée et que vous fumez. **En cas de diabète seul,** la prise d'une statine n'est pas utile.

➔ Vous avez déjà eu un accident cardiovasculaire

Si vous prenez déjà une statine, ne l'arrêtez pas. Si vous la prenez depuis plus de 10 ans et que vous avez plus de 80 ans, il est toutefois très probable qu'elle ne soit plus utile. Discutez avec votre médecin de son arrêt éventuel. Si vous avez eu un accident cardiovasculaire après 80 ans, il n'y a sans doute pas d'intérêt à débuter une statine.

Si vous devez débuter un traitement par statine, à efficacité égale, la prava-

statine est celle qui présente le moins d'interactions avec d'autres traitements. Le taux de LDL cholestérol doit être aux environs de 1 g/L. Toutefois, l'augmentation de la posologie de la statine pour atteindre ce taux ne modifiera pas l'efficacité, mais accroîtra le risque d'effets indésirables (troubles musculaires, hépatiques, diabète). Quoi qu'il en soit, l'efficacité des statines reste modeste (*Prescrire*, janvier 2022).

D'après une méta-analyse (*Jama Internal Medicine*, mai 2022), pour 1000 personnes traitées pendant 5 ans en prévention secondaire, environ 25 infarctus, 8 AVC et 10 décès seront évités. Cela signifie que près de 96 % des patients auront pris ces médicaments pour rien. Ce sont des données que vous pouvez partager avec votre médecin pour décider de débuter ou non un traitement par statine.

forme d'un copier-coller celles de sociétés savantes cardiaques européennes de 2015, financées par l'industrie. Ces recommandations auraient conduit à un dépistage généralisé du LDL cholestérol et une prescription démesurée de statines, amenant la moitié de la population adulte à en prendre ! De nouveau attaquée devant les tribunaux par le Formindep et l'association Anticor, car ses recommandations sont rédigées par des experts ayant dissimulé leurs liens avec l'industrie, la HAS, penaude, les abroge en 2018. Les nouvelles, prévues pour janvier 2022, ne sont toujours pas parues en février 2023.

LA VÉRITÉ ÉMERGE ENFIN

En 2021, la Société européenne de cardiologie (ESC) publie de nouvelles recommandations pour le risque cardiovasculaire. Elle s'appuie sur des algorithmes écrits à partir des données les plus récentes et qui prennent mieux en compte les particularités des popu-

lations concernées. Elle adapte le risque en fonction de l'âge en tenant compte de l'espérance de vie et se base sur des risques plus objectivement mesurables. Elle prend en considération également des données de santé publique par pays, en identifiant en Europe les pays à risque faible, moyen, élevé ou très élevé (la France est classée en risque faible). Enfin, l'ESC insiste sur la nécessité d'une « décision partagée » avec les patients à l'issue d'une information éclairée. Tous ces nouveaux paramètres amènent à des prescriptions largement moins nombreuses qu'auparavant, surtout en prévention primaire, ce qui ne manque pas de désoler certains experts (voir encadré p.12).

LA BAUDRUQUE SE DÉGONFLE

Un article paru en mai 2022 dans la revue *Jama Internal Medicine* enfonce le clou sur le réel intérêt des statines. Les auteurs ont compilé, sous la forme d'une méta-analyse, les principaux

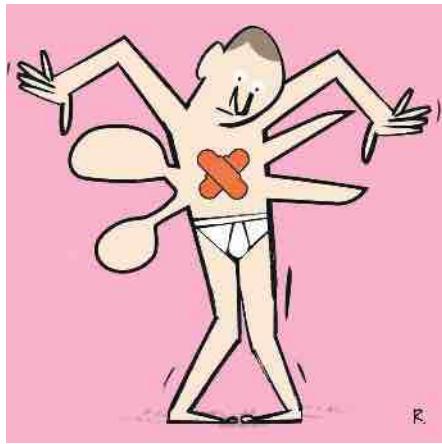
essais cliniques les plus fiables sur les statines et démontrent, en s'appuyant sur le risque absolu au lieu du risque relatif, l'effet modeste des statines tant en prévention primaire qu'en prévention secondaire. Ils mettent surtout en évidence le caractère « *incohérent et non concluant* » du taux de LDL cholestérol sur la réduction des risques. Ainsi, si les statines agissent, il semble que ce soit par d'autres mécanismes, encore mal cernés, que la réduction du cholestérol. Du fait des potentialités commerciales colossales, concernant la quasi-totalité de la population des pays riches, les informations médicales sur l'efficacité d'une classe médicamenteuse auront rarement été soumises à une telle influence de la part des fabricants. Là encore, des lanceurs d'alerte ont eu tort d'avoir raison trop tôt. Presque 35 ans après leur lancement tonitruant, la baudruche des statines s'est dégonflée lentement pour ne laisser la place qu'à des médicaments à l'efficacité modeste. □



Chirurgie ou médicament ?

Dans votre dossier sur les opérations inutiles (n°175), vous indiquez que les médicaments peuvent faire aussi bien qu'un stent. C'est oublier que ces médicaments ont des effets secondaires, certes variables, mais qui peuvent être délétères.

Alain R., Rueil-Malmaison (92)



Q.C. SANTÉ La question des effets indésirables est centrale lorsqu'on évalue le bénéfice d'un traitement, qu'il soit chirurgical ou médicamenteux. Car il ne faut pas oublier qu'une intervention comporte des risques, liés à l'anesthésie et au geste opératoire. Après une chirurgie, le risque de formation d'un caillot est augmenté et l'immobilisation forcée n'aide pas. La zone opérée peut être douloureuse, s'infecter ou mal cicatriser. Les anesthésiants peuvent provoquer des nausées, des troubles urinaires ou gastro-intestinaux. Enfin, l'ajout temporaire d'un traitement antiagrégant après la pose d'un stent est quasiment systématique. Ce sont donc des paramètres à prendre en compte avant de choisir l'opération ou les médicaments. ■

Une longue errance

Le témoignage d'Audrey sur l'autisme, dans le numéro de janvier (n°178), a retenu toute mon attention. En effet, c'est tout à fait l'histoire de mon petit-fils, diagnostiquée autiste Asperger à l'âge de 15 ans environ. Ses parents ont été informés par des institutrices de maternelle sur son comportement réservé. Ils ont entrepris des recherches et ont été confrontés à une longue errance médicale, avec des tests aux résultats très contradictoires. Une fois le diagnostic posé, il a pu être suivi par des psychiatres et aidé par un traitement médical. Il a 31 ans maintenant et il est

professeur d'anglais dans des structures pour autistes. Il dit vouloir aider les enfants qui, comme lui, ont des relations différentes avec les autres. Sa mère, Sally J. Pla, a été elle aussi diagnostiquée Asperger il y a quelques années seulement. Elle a compris la raison pour laquelle son entourage la trouvait timide, réservée, lorsqu'elle était enfant. Aujourd'hui, elle écrit des livres pour ados sur l'autisme, malheureusement pas encore traduits en français, et son premier ouvrage (*The Someday Birds*) a remporté beaucoup de succès.

Maryse P., par e-mail

PAROLE
DE
LECTEUR

Les obligations liées à la pose d'implants

Vous avez traité des dispositifs médicaux dans un dossier consacré aux produits au rappel (QC n°619) et y précisez que la remise d'une carte d'implant est obligatoire. Cette disposition s'applique-t-elle à tous les chirurgiens ? François M., par e-mail

Q.C. SANTÉ Tous les professionnels de santé sont concernés dès qu'ils mettent en place un dispositif médical implantable (prothèse de hanche, pacemaker, implant oculaire ou dentaire...). Mais cette obligation de carte d'implant – qui a le format d'une carte bancaire – exclut certains produits. Par exemple, les fils de suture, les produits d'obturation dentaire, les couronnes dentaires, les stériliens, etc. Pour les implants dentaires, c'est un autre document, le passe-



port implantaire, qui est délivré au patient. Ce manque de cohérence est regrettable, car cette mesure de traçabilité accélère l'identification des patients concernés en cas de problème. Un système uniforme serait donc souhaitable, car les soignants ne disposent pas toujours des informations les plus récentes concernant leur patientèle. ■

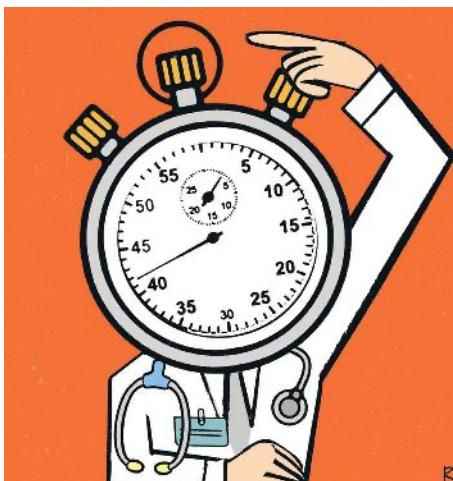
Les informations personnelles collectées font l'objet d'un traitement sous la responsabilité de l'UFC QUE CHOISIR 233, Boulevard Voltaire, 75011 PARIS, aux fins (I) de gérer les abonnements et commandes de produits/services et leur suivi, (II) réaliser des statistiques, (III) d'effectuer du profiling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

15 minutes par consultation

Un médecin est-il dans son droit lorsqu'il impose au patient une consultation limitée à 15 minutes et l'examen d'une seule pathologie par consultation ? Existe-t-il une réglementation que les professionnels doivent respecter dans l'intérêt des patients ?

Christian G., Millau (12)

Q.C. SANTÉ Aucun texte ne régit spécifiquement la durée et le contenu d'une consultation médicale. On peut toutefois estimer que le bon sens s'applique dans ce type de situation. Quelques travaux de thèse réalisés sur le sujet ont montré que, pour les patients, le fait d'aborder plusieurs motifs en consultation représente un gain de temps et d'argent. Les médecins, eux, ne sont pas très favorables à ce type de rendez-vous, ce qui ne les empêche pas de s'adapter s'il le faut. Cependant, nous, patients, avons aussi intérêt à faire preuve d'égards vis-à-vis de nos soignants. Évoquer plusieurs sujets différents lors d'une même consultation n'est pas forcément la meilleure



option pour être bien soigné. Cela n'empêche en rien de parler de ses antécédents et de tout élément qui pourrait apporter du contexte. De même, une consultation peut être à la fois rapide et bien menée. Sa durée moyenne en France est de 17 minutes et nous sommes plutôt bien lotis. D'après une étude menée en 2017, la durée moyenne en Allemagne est de 7 à 8 minutes et s'approche des 22 minutes en Suède. □

Sans lactose et sans fracture

es promoteurs du régime sans produits laitiers avancent souvent comme argument le fait que les peuples asiatiques n'en consomment pas et qu'ils ne sont pas davantage sujets aux fractures pour autant.
Que peut-on répondre à cela ?

Emmanuelle B., par e-mail

Q.C. SANTÉ Il est vrai que, parmi les populations d'ascendance asiatique, une immense majorité de personnes ne tolèrent pas le lactose. 80 à 90 % le digèrent mal par manque d'une enzyme (lactase) qui permet de le dégrader. C'est pourquoi elles consomment peu de lait, voire pas du tout. Pour autant, les autres produits laitiers ne sont pas absents de leur alimentation. La cuisine indienne, riche en yaourt et beurre clarifié, en témoigne bien. Il faut également souligner que les produits laitiers ne sont pas l'unique source de calcium dans l'alimentation. Les produits à base de soja, de sésame ou encore les légumes verts à

feuilles en apportent en quantité. Preuve que la question n'est pas si simple : la littérature scientifique est divisée sur le risque de fractures chez les populations intolérantes au lactose – qu'elles soient asiatiques ou non. À ce jour, les résultats sont contradictoires. Enfin, rappelons que la santé osseuse ne dépend pas uniquement de notre mode d'alimentation. Une activité physique régulière incluant des impacts avec le sol, par des sauts ou de la course par exemple, est essentielle pour la densité des os. En effet, elle stimule la fabrication d'ostéoblastes, ces cellules qui permettent au tissu osseux de se régénérer. □

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.



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 :
Hélène Bour, Stéphanie Gardier,
Philippe Foucras, Anne-Laure Lebrun,
Gilles Rapaport, Baptiste Stéphan

Diffusion : Laurence Rossilhol

Service abonnés : 01 55 56 70 24

Tarif annuel d'abonnement : 42 €

Commission paritaire : 0223 G 88754

ISSN : 1155-3189 - **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





Le dépistage du cancer colorectal facilité

Pour inciter davantage de Français à se faire dépister, les modalités d'accès au kit de dépistage se diversifient.

1 L'invitation

Les personnes de 50 à 74 ans ne présentant ni symptôme ni facteur de risque (maladie de Crohn, antécédent de polype ou de cancer colorectal) sont invitées tous les 2 ans à se faire dépister. Pour

cela, elles doivent se procurer un kit contenant le test de détection de sang dans les selles, à faire chez elles. Pour faciliter cette démarche, les modes d'accès se sont multipliés.



2 Trois façons de se procurer le kit



Chez le médecin Le généraliste, le gastroentérologue, le gynécologue ou le médecin du centre d'examen de santé de la Sécurité sociale peuvent fournir un kit, avec ou sans invitation.



Sur Internet Le kit peut être commandé directement sur le site monkit.depistage-colorectal.fr, à condition d'avoir une lettre d'invitation reçue par courrier. Le kit sera livré à domicile sous 15 jours.



En pharmacie Le pharmacien peut délivrer le kit, avec ou sans invitation. Il vérifiera au préalable l'éligibilité au dépistage à l'aide d'un questionnaire. En pratique, toutes les officines ne le proposent pas encore.

3 Le test à la maison

Le kit contient le tube de prélèvement et l'enveloppe de retour déjà affranchie. Il suffit de gratter la surface des selles avec la tige de prélèvement, de la remettre dans le tube, puis de glisser ce tube dans l'enveloppe. L'idéal est de la poster le jour du prélèvement ou le lendemain – mais jamais le samedi ou la veille d'un jour férié.

L'envoi direct en expérimentation

Courant 2023, des milliers de personnes éligibles au dépistage, habitants de 2 régions de France (en cours de sélection), recevront dans leur boîte aux lettres le kit de dépistage, qu'ils aient déjà réalisé le test ou non précédemment. Dans le cadre de ces expérimentations, l'attitude des personnes qui reçoivent le kit sera comparée à celle d'autres personnes invitées classiquement (sans kit). L'envoi direct du kit sera jugé utile si la participation au test augmente, et si la réalisation de la coloscopie en cas de résultat positif ne diminue pas.

Expert consultée : Pr Lydia Guittet, responsable de l'unité de santé publique du CHU de Caen.

4 Les résultats

Les résultats sont envoyés dans les 15 jours par courrier ou sur Internet (www.resultat-depistage.fr).

Si le test de détection de sang dans les selles est négatif, une nouvelle invitation est envoyée 2 ans plus tard. Si le test n'est pas réalisé, une relance est envoyée dans les 5 mois. En l'absence de réponse, une seconde relance, à laquelle est joint un kit, est envoyée 4 à 5 mois plus tard.

Si le test de détection est positif (4 fois sur 100), une coloscopie, idéalement dans le mois suivant, est nécessaire. Dans plus de 60% des cas, aucun polype ou cancer n'est découvert. Mais dans un tiers des cas, un polype est identifié et, dans environ 8% des cas, un cancer est diagnostiqué.