

DÉSERTS MÉDICAUX

Tour de France des solutions

191

MARS 2024

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

2 ACTUALITÉS

Des jeux vidéo pour
prévenir les chutes8 SANS
ORDONNANCEManger
méditerranéen,
même en hiver

9 GREFFES

Entre exploits
et pénurie

10 MÉDICAMENTS

Ceux qui donnent
des vertiges

11 TÉMOIGNAGE

"Je voyage avec
ceux qui ne peuvent
pas partir seuls"

12 SE SOIGNER

Parlez-vous
médecin ?

14 VOS COURRIERS

16 FOCUS

L'analyse des eaux
usées pour suivre
les épidémiesDOSSIER
Page 4



114

Moins de 1 Français sur 5 connaît ce numéro. Pourtant, il permet aux personnes souffrant de problèmes d'audition ou de la parole de contacter les secours. Joignable par SMS, Internet ou via l'appli mobile Urgence 114, il est accessible en permanence.

📞 Baromètre Viavoice
Urgence 114, 31/01/24.

QUE DEVIENT UN MAL DE DOS ?

Réponse : quand il est aigu, il s'estompe la plupart du temps. Une étude ayant compilé les essais sur le sujet montre que le score de douleur est, en moyenne, divisé par plus de 2 au bout de 6 semaines. Cette donnée sur l'évolution naturelle est importante pour rassurer les patients sur les perspectives d'amélioration.

📞 CMAJ, 22/01/24.

Publicité, non merci !

Fidèles lecteurs, vous savez à quel point *Que Choisir Santé* a à cœur de vous donner l'information la plus complète sur le bon usage des médicaments afin que vous puissiez tirer profit de leurs vertus thérapeutiques tout en réduisant les dangers auxquels ils exposent. Eh bien, c'est l'exact contraire de ce que fait la publicité pour les médicaments, comme le prouve la récente décision de l'Agence du médicament (ANSM) d'interdire toutes les publicités promouvant l'ibuprofène 400 mg auprès du grand public. En effet, la dose de 400 mg n'est pas celle qui est recommandée pour commencer l'ibuprofène (Nurofen, Advil...). Des doses inférieures peuvent être suffisamment efficaces contre la douleur tout en présentant moins de risques de saignements, d'ulcères digestifs et de dégradation des reins notamment. Seulement, certaines spécialités n'existent qu'en 400 mg. L'ANSM les avait donc autorisées à faire de la réclame à condition d'adjoindre des mentions de ce genre : « Utilisez la dose la plus faible possible, l'ibuprofène existe en 200 mg. » Un slogan manifestement inefficace puisque la multiplication des publicités s'est accompagnée d'un accroissement des signalements d'effets indésirables ! Ce constat illustre à la fois l'influence très concrète de la publicité sur les ventes et la nullité des mesures censées en amoindrir l'impact. Face à cette double logique, l'interdiction pure et simple de la publicité pour les médicaments grand public se présente comme une mesure de bon sens. C'est ce que demande officiellement l'UFC-Que Choisir. ▣

À L'HÔPITAL LE BROSSAGE DES DENTS EST IMPORTANT

Les pneumonies acquises à l'hôpital font partie des infections nosocomiales les plus fréquentes et les plus problématiques. Or, un simple brossage des dents des patients, 2 fois par jour, permet de les réduire. C'est ce que vient de montrer une étude ayant compilé la

quinzaine d'essais menés à ce sujet. Le risque d'infection est réduit de 30 % environ, en particulier chez les personnes sous assistance respiratoire (ventilation invasive), sans doute parce que la pneumonie résulte de l'aspiration des bactéries de la bouche dans les poumons.

Dans les unités de soins intensifs, le brossage des dents était également associé à une moindre mortalité. Il s'agit d'une mesure d'hygiène très simple, comme le lavage des mains des soignants, et qui a un impact réel.

📞 *Jama Intern. Med.*, 18/12/23.

MALADIE D'ALZHEIMER Des cas de contamination

En partie liée à l'âge et en partie à la génétique, la maladie d'Alzheimer pourrait également être transmissible. L'hypothèse, étonnante mais très sérieuse, est portée par des chercheurs britanniques qui ont suivi des patients ayant reçu des traitements à base d'hormones de croissance humaines. Ces personnes étaient donc à risque de développer la maladie de Creutzfeldt-Jakob, une pathologie neurodégénérative due

à l'accumulation anormale dans le cerveau d'une protéine, le prion. Ils ont constaté que, chez ces mêmes personnes, la maladie d'Alzheimer survenait à un taux plus élevé et à un âge plus jeune que la normale. Et si le traitement était en cause ? C'est d'autant plus plausible que ces chercheurs ont détecté, dans le cerveau de patients décédés de Creutzfeldt-Jakob, des amas de peptides bêta-amyloïdes, dont l'accumulation est associée

à la maladie d'Alzheimer. Or, ce peptide était présent dans les préparations d'hormones de croissance injectées entre 1959 et 1985. Et des études chez l'animal ont montré que la transmission de bêta-amyloïde pouvait entraîner son accumulation en plaques. La transmission de la maladie d'Alzheimer pourrait donc avoir lieu selon un principe analogue à celle des maladies à prions.

📞 *Nature Med.*, 29/01/24.



DOSSIER MÉDICAL

La première copie devra être gratuite

Accéder à son dossier médical est un droit des patients. Mais en obtenir une copie est parfois très coûteux. Si la consultation sur place du dossier est gratuite, des frais de reproduction peuvent être facturés par les établissements ou les professionnels de santé, qui ne s'en privent pas. Ainsi, les tarifs pratiqués s'élèvent couramment à 0,18 euro pour une page photocopiée et jusqu'à plus de 150 euros pour la retranscription d'un appel au Samu. En Allemagne, où ce type de facturation s'applique aussi, un homme en litige avec son dentiste a saisi les juridictions de son pays qui se

sont tournées vers la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE). Sur la base de la réglementation des données personnelles (RGPD), elle a conclu qu'il devait pouvoir obtenir gratuitement une première copie de ses données. Cette décision s'impose, et sans délai, à tous les États membres. Si vous faites une première demande de communication de votre dossier médical, vous pouvez dès maintenant exiger la gratuité en invoquant cette décision de la CJUE. Mais il faudra peut-être du temps pour que cette pratique entre dans les mœurs.

📌 CJUE, 26/10/23.

UNE HAUSSE ALARMANTE

La santé mentale se dégrade en France. Ce phénomène touche surtout les jeunes adultes chez qui, en 10 ans, les pensées suicidaires ont augmenté de 3,3 % à 7,2 %. C'est encore plus vrai pour les jeunes femmes, chez qui la prévalence des idées noires a triplé. Si les deux tiers des concernés en ont parlé à quelqu'un, les hommes restent plus souvent silencieux.

📌 BEH, 05/02/24.

CHUTES L'INTÉRÊT DES JEUX VIDÉO

Prévenir les chutes en s'amusant, c'est possible avec les jeux vidéo de type « exergame » (Just Dance, Kinect Sports...) qui combinent exercice physique et jeu. Il y a 30 % de chutes en moins chez les personnes qui s'y adonnent par rapport à celles qui suivent un programme d'entraînement cognitif ou qui ont reçu un simple livret d'infor-

mation. Ces exergames permettent aussi de réduire les limitations physiques des joueurs ainsi que les symptômes dépressifs. Mais ils n'ont pas d'impact sur le risque de blessures en cas de chute. Il reste donc important d'apprendre à bien se réceptionner.

📌 Nature Med., 16/01/24.



L'ÂGE, C'EST LA SANTÉ !

Après 75 ans, 81 % des Français s'estiment toujours en bonne santé, et cela même s'ils déclarent des troubles auditifs ou visuels... et des maladies chroniques ! Ils sont aussi plus nombreux que les moins de 75 ans à s'estimer en bonne santé mentale.

📌 Sondage UFC-Que Choisir, 11/23.

INSOMNIE Un médicament de rêve ?

Dans les prochains mois, le Quvivig (daridorexant), nouveau traitement contre l'insomnie chronique, va être commercialisé en France : « Un médicament efficace pour dormir, ce n'est plus un rêve », titrait à ce sujet un magazine spécialisé. Il est vrai que les médicaments somnifères actuellement sur le marché sont risqués et ne constituent qu'une aide ponctuelle. Un meilleur médicament serait donc le bienvenu. Le daridorexant est-il celui-ci ? Les essais cliniques montrent qu'il est efficace, mais que cet effet est de faible ampleur. Le délai d'endormissement est par exemple réduit de 10 minutes environ chez les personnes traitées. Le temps de sommeil total

perçu, lui, est augmenté de 10 à 22 minutes par nuit. Côté effets indésirables, fatigue (paradoxalement !), somnolence, vertiges et nausées ont été les plus fréquemment rapportés. Par ailleurs, les autorités de santé rappellent que le premier traitement de l'insomnie consiste à suivre une thérapie cognitive et comportementale. Le daridorexant ne devrait donc être prescrit qu'après échec de ce type de thérapie et pour la plus courte durée possible, avec une réévaluation au bout de 3 mois. Son impact à long terme n'est en effet pas connu, ce qui est problématique pour un traitement de l'insomnie chronique.

📌 HAS, 24/05/23.

10 MINUTES

Avoir une activité physique ne serait-ce que 10 minutes par jour semble réduire le risque d'anxiété chez les personnes âgées. À pratiquer à raison de 5 fois par semaine avec une intensité moyenne à élevée.

📌 Psychiatry Res., 07/01/24.

DÉSERTS MÉDICAUX

Tour de France des solutions

Face à la pénurie de médecins, des initiatives variées éclosent sur l'ensemble du territoire français. L'itinérance des soins, le salariat des médecins, la montée en compétences des infirmières font partie des pistes à suivre. **Anne-Laure Lebrun**

En France, un tiers de la population vit dans un désert médical, d'après l'assurance maladie. Entre 6 et 7 millions d'assurés sociaux sont dépourvus d'un médecin traitant, dont quelque 600 000 patients atteints d'une maladie chronique. Cette situation est causée par une densité médicale insuffisante, liée aux départs en retraite non remplacés en raison du *numerus clausus*, ainsi qu'à une mauvaise répartition des praticiens de médecine générale comme de spécialités sur le territoire métropolitain et ultramarin. Les communes rurales sont bien sûr plus fortement touchées que les villes, mais ces dernières connaissent, elles aussi, des difficultés. Conséquence de cet accès aux soins quasi impossible : 1,6 million de personnes renoncent à se soigner et laissent leur santé se dégrader ! « La carte des déserts médicaux se superpose aujourd'hui à celle de la mortalité précoce », pointait le Sénat en 2020. « Au cours des trente dernières années, les écarts d'espérance de vie se sont creusés entre départements ruraux et départements urbains : les habitants des territoires ruraux vivent aujourd'hui deux ans de moins en moyenne que ceux des villes », notait, quant à elle, l'Association des maires ruraux de France.

SÉDUIRE LES MÉDECINS

« Pour enrayer ce phénomène qui devrait durer au moins jusqu'à la fin de la décennie, former davantage de médecins devrait, sur le long terme, pallier le problème de la démographie médicale dans cinq ou six ans. Mais cela ne suffira pas dans tous les cas. Il faut aussi améliorer la répartition des médecins et tenter de les attirer dans les déserts médicaux », décrypte Guillaume Chevillard, géographe à l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes). En Guyane et aux Antilles, territoires les plus touchés par la désertification médicale, un important changement a ainsi eu lieu en septembre 2023 : pour la première fois, les étudiants en médecine pourront réaliser l'intégralité de leur cursus dans ces territoires ultramarins. Auparavant, ils devaient tous s'envoler pour l'Hexagone dès leur 3^e année, sans être incités à revenir par la suite. La région voyait, ainsi, disparaître 2 étudiants sur 3. En métropole, depuis plusieurs années déjà, l'État propose des bourses aux étudiants en médecine qui s'engagent à s'installer dans des territoires en difficulté. Pour les praticiens, de nombreuses aides financières ont été mises en place pour les inciter à s'installer dans des zones fragiles : aide à l'achat d'équipement informatique, accueil d'un stagiaire, recrutement d'un assistant médical qui peut les alléger de leurs tâches administratives et leur dégager du temps médical. « L'impact de ces mesures est très

mal évalué par les autorités. Et lorsqu'on interroge les médecins, on découvre qu'elles ne sont pas déterminantes. Les conditions d'exercices le sont, en revanche », indique Guillaume Chevillard.

Travailler seul, non merci ! disent-ils. La jeune génération de praticiens préfère se regrouper, fonder des maisons de santé avec d'autres professionnels. L'installation de la famille, l'emploi du conjoint sont aussi des critères essentiels. Les régions, départements et communes se plient en quatre pour les séduire, rivalisant d'originalité. Ils proposent de salarier les médecins, de prendre en charge le loyer du cabinet ou le salaire d'une secrétaire, d'offrir le logement familial, d'organiser des activités sportives pour les praticiens... Dans le même temps, l'arrivée des médecins étrangers, qui s'installent davantage dans les territoires en tension que leurs collègues formés en France, permet à des milliers de personnes de se soigner.

FAIRE ROULER DES BUS SANTÉ

La télémédecine ou les solutions itinérantes, comme les « médicobus » plébiscités par les autorités, promettent d'apporter les premiers soins au plus près des populations éloignées des cabinets médicaux. Pour beaucoup de patients, les distances à parcourir pour accéder au médecin, l'impossibilité de se déplacer et l'absence de transport public sont de véritables obstacles pour se soigner. En réponse, de nombreux cabinets médicaux itinérants battent les campagnes sur les petites routes du Cher, de l'Eure, de l'Orne, des Côtes d'Armor, de l'Allier... Certains de ces médicobus sont envoyés sur les routes par des associations, tandis que d'autres sont financés par les conseils départementaux. À leur bord, les patients rencontrent un médecin généraliste, un médecin spécialiste, un dentiste et parfois des agents du social. Ces professionnels de santé sont en grande partie des jeunes retraités, ce qui interroge sur leur pérennité. De ce fait, pour de nombreux experts, ces dispositifs sont un cautère sur une jambe de bois. Et à défaut de réussir à convaincre des jeunes diplômés de s'installer, l'État mise sur ces cabinets mobiles. En juillet 2023, le ministère de la Santé a annoncé le déploiement d'une centaine de bus d'ici fin 2024, financés par l'État à hauteur de 30 à 50 %.

DES SOINS PROS MAIS PAS MÉDICAUX

Les autorités misent aussi beaucoup sur la délégation de tâches vers les infirmières libérales, les sages-femmes ou encore les pharmaciens. Elles soutiennent ainsi de nombreux dispositifs locaux et expérimentations afin de délester les médecins de

LES BONNES INITIATIVES DES RÉGIONS

BRETAGNE

Les pharmaciens orientent

Une brûlure du premier degré, une piqûre de tique, des maux de gorge ou encore des troubles digestifs... Pour tous ces soucis du quotidien, on ne sait pas toujours s'il faut consulter. C'est justement pour aider les patients et éviter d'encombrer les salles d'attente des mé-



decins et des urgences que plus de 70 pharmacies se sont mobilisées, en collaboration avec les généralistes, dans le cadre de l'expérimentation OSys (orientation dans le système de soins) lancée en septembre 2021. Concrètement, face à 13 pathologies fréquentes, les pharmaciens posent quelques questions pour « trier » les patients et orienter ceux qui en ont vraiment besoin vers un généraliste ou les services d'urgence. Avec l'accord du patient, le pharmacien transmettra au médecin les détails cliniques collectés lors de son interrogatoire. Il est aussi tenu de suivre les patients et de les appeler dans les 48 h. Une même expérimentation doit voir le jour en Corse prochainement.

ÎLE-DE-FRANCE

Un bus dentaire et solidaire

Depuis près de 30 ans, à l'initiative du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, le bus social dentaire sillonne l'Île-de-France dans son camion transformé en cabinet dentaire. Le bus se gare à proximité des associations avec lesquelles il collabore pour aller à la rencontre des plus précaires. Plus de 2 000 personnes bénéficient de soins chaque année. Extraction de dents, dévitalisation, pose d'amalgame pour soigner une carie, ces soins urgents, assurés à titre gratuit, sont réalisés chaque jour grâce à une trentaine de dentistes et d'assistantes bénévoles. Il y a aussi une coordinatrice sociale à bord afin d'accompagner les patients dans leurs démarches pour obtenir leurs droits (couverture maladie universelle, aide médicale de l'État...).



GRAND EST

Covoiturer vers l'ophtalmo

Si les habitants de Sainte-Menehould (Marne) comptent 2 opticiens, ils doivent faire au minimum 50 km pour trouver un ophtalmologue. « Or, beaucoup de patients âgés ne peuvent plus se déplacer. Certains n'ont pas vu de spécialiste depuis des années et présentent des glaucomes ou des DMLA sévères non diagnostiqués », expose Jessica Rizzo, opticienne. Avec le Dr Ramoul, ophtalmologue, et la mairie, ils ont imaginé un système de covoiturage : « Le cabinet réserve 4 à 5 créneaux consécutifs par mois pour les patients de Sainte-Menehould. Ils prennent rendez-vous auprès des opticiens de la ville et la mairie assure une navette gratuite. » Grâce à ce système, en test depuis septembre, une dizaine de patients ont enfin pu consulter.



BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

Salaries les médecins

En 2018, la Saône-et-Loire est le premier département à créer un centre départemental de santé (CDS) pour salarier des médecins en 35 heures. Six ans plus tard, ce dispositif compte plus de 70 généralistes et spécialistes, une quinzaine de paramédicaux et une trentaine de lieux de consultation pour mailler l'ensemble de la Saône-et-Loire. Si le dispositif fait quelque peu grincer des dents les médecins libéraux, il est difficile de nier ses bénéfices. Le département indique que près de 400 000 consultations ont été réalisées depuis l'ouverture du premier centre, dont plus de 15 000 visites à domicile, et plus de 30 000 patients ont pu retrouver un médecin traitant. Convaincus par cette initiative, la Charente, le Gers, l'Isère, la Nièvre, le Pas-de-Calais ou encore le Vaucluse ont eux aussi choisi de se lancer.



certains actes : orthoptistes habilités à prescrire des premières lunettes ou renouveler une ordonnance ; pharmaciens, infirmiers libéraux et sages-femmes autorisés à prescrire et administrer des vaccins, à l'exception des vaccins vivants atténués (BCG, ROR ou encore zona) chez les personnes immunodéprimées ; accès direct au masseur-kinésithérapeute pour une rééducation à condition qu'il exerce dans une maison de santé... Au cours de l'année 2023, beaucoup de soignants ont ainsi vu leurs compétences s'élargir.

Si cette évolution semble s'accélérer, elle est, en réalité, en œuvre depuis plus d'une décennie. Les sages-femmes, par exemple, peuvent à l'instar des gynécologues suivre, en toute autonomie, la grossesse d'une patiente, réaliser des échographies, prescrire une contraception et poser un stérilet ou un implant, mais aussi assurer le suivi gynécologique des femmes en bonne santé, et dans ce cadre, réaliser des frottis, prescrire une interruption volontaire de grossesse (IVG médicamenteuse et sous condition une IVG instrumentale) ou des arrêts de travail. Les infirmières de pratique avancée (IPA) – un nouveau métier créé il y a 6 ans – ont, elles aussi, davantage de compétences et de responsabilités. En coopération avec les médecins, elles peuvent avoir la charge du suivi régulier de patients atteints d'une pathologie

chronique, prescrire des examens complémentaires ou renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales. Mais l'élargissement des compétences de ces soignants présenté comme un des remèdes contre la désertification médicale échoue, pour plusieurs raisons, à répondre aux enjeux d'un tel phénomène. La méconnaissance des patients de ces différentes missions est un premier obstacle. La réticence des médecins à déléguer certains actes complique aussi la situation.

Ceux-ci ont, par ailleurs, toujours réussi à enterrer les mesures visant à réguler leur installation. Mobilisée depuis plus de 10 ans sur le sujet, l'UFC-Que Choisir appelle pourtant à appliquer de telles mesures, sans forcément qu'elles soient coercitives, afin d'améliorer la répartition de l'offre médicale sur le territoire. Rappelons que le corps médical est le seul corps professionnel totalement libre de son installation, à l'inverse des autres soignants libéraux. De la Lozère à la Creuse, en passant par l'Orne ou la Nièvre, tous les territoires confrontés à la désertification médicale sont aussi ceux où les services publics ont disparu, les commerces et les écoles ferment... La problématique complexe des déserts médicaux ne saurait être résolue par une unique mesure. Le sur-mesure est aussi nécessaire pour soigner ce mal profond. ■

CABINES DE TÉLÉCONSULTATION Une solution miracle, vraiment ?

Si elles offrent un moyen supplémentaire de consulter, les bornes de téléconsultation ne comblent pas forcément les besoins de la population en matière de prise en charge médicale.

Dans les pharmacies, supermarchés, boutiques d'opticiens, mairies et bientôt dans les gares, les cabines de téléconsultation fleurissent depuis le Covid. En 2022, plus de 2 300 cabines ont été installées en France. Équipées de thermomètre, tensiomètre, oxymètre ou otoscope connectés – que les patients utilisent seuls guidés par le médecin en visio –, elles sont présentées par leurs fabricants comme un moyen de faire reculer les déserts médicaux. Promesse commerciale ou réalité ?

Le retour d'expériences avec la téléconsultation classique (via des plateformes en ligne, sur ordinateur ou smartphone) n'engage pas à trop d'optimisme. En effet, celle-ci profite aux jeunes actifs citadins plutôt qu'aux sujets âgés atteints de plusieurs pathologies et vivant en zone rurale. En sera-t-il de même avec les cabines de

téléconsultation ou permettront-elles d'élargir l'accès ? C'est à voir. Par ailleurs, les téléconsultations ne semblent pas apporter une réponse optimale aux patients puisque 25 % ont besoin de consulter à nouveau dans les 15 jours, contre 17 % de ceux ayant vu un médecin. Du fait de l'absence de l'examen clinique et d'une auscultation, certains médecins pointent aussi les risques de passer à côté d'un trouble grave. De plus, l'assurance maladie s'interroge sur la pertinence des ordonnances délivrées puisqu'elle a constaté que la prescription d'antibiotiques est 2,5 fois plus élevée en cas de téléconsultation que lors d'un rendez-vous en présentiel.

Une pratique à encadrer

L'assurance maladie appelle donc à une plus grande régulation de cette pratique à distance qui génère « des

dérives et dépenses injustifiées » afin de garantir « aux patients une pratique médicale éthique et pertinente ». Elle voit également d'un mauvais œil l'installation de cabines de téléconsultation dans des lieux « peu compatibles avec l'exercice de la médecine ». La Haute Autorité de santé a préconisé, en janvier 2023, que l'implantation d'une cabine devait répondre « à un besoin de soins identifié sur le territoire » et devait se faire « en concertation avec les acteurs locaux », sans toutefois recommander d'éviter les lieux commerciaux. En revanche, elle estime qu'il faudrait qu'une « personne responsable » – qui ne serait pas forcément un soignant – soit présente toute la journée pour aider les patients et désinfecter les équipements. À la SNCF, on promet qu'une infirmière sera présente. Encore faut-il qu'il y ait une gare dans son patelin...



LES BONNES INITIATIVES DES RÉGIONS

GUYANE
FRANÇAISE

GUYANE

Les « docteurs pirogues »

Sur ce territoire de 84 000 km² où vivent près de 300 000 personnes, 723 médecins sont en activité en 2023. Mais peu sont installés dans les zones isolées au fin fond de la forêt tropicale. Les habitants peuvent, néanmoins, compter



sur les « docteurs pirogues » qui remontent les fleuves Maroni et Oyapock pour atteindre des villages reculés à la frontière avec le Suriname ou le Brésil. Soins aigus, vaccination, suivi de grossesse mais aussi prise en charge de pathologies plus lourdes comme le diabète, les équipes médicales enchaînent les consultations dans des abris de fortune ou des couloirs d'école. Ils arrivent aussi les bras chargés de médicaments. Ces missions médicales sont indispensables pour ces populations, essentiellement amérindiennes ou immigrées, qui n'ont pas les moyens de payer l'essence pour naviguer plusieurs heures jusqu'au centre de santé le plus proche ou l'hôpital.

NOUVELLE-AQUITAINE

Les médecins se relaient

« Si on ne peut pas demander beaucoup à un médecin, il faut demander un peu à beaucoup de médecins. » C'est sur ce principe que le Dr Martial Jardel a développé des centres de santé originaux, où des généralistes se relaient toutes les semaines.

« Sur place, nous gommons toutes les difficultés de leur quotidien. » Salaire, paiement des charges, paperasse, logement sur place : l'association s'occupe de tout. Le premier centre a ouvert en 2022 à Ajain, bourg d'un millier d'âmes privé de médecin depuis 2 ans. Deux autres ont suivi, à Bellegarde-en-Marche et à Charenton-du-Cher dans le Cher. Plus d'une centaine de médecins, en majorité des remplaçants ou jeunes retraités, se succèdent ainsi. « Les médecins sont consciencieux, car ils savent que d'autres confrères reprendront le dossier des patients. » Le collectif ambitionne d'ouvrir 150 centres dans les 5 ans.



AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Unité mobile pour femmes enceintes

Début 2000, l'Auvergne recensait 17 maternités, elle en compte 10 aujourd'hui. Cette diminution, conjuguée à la faible offre en libéral, oblige les femmes enceintes à faire des dizaines de kilomètres pour leurs rendez-vous mensuels et leurs échographies. Or, il a été montré qu'un éloignement de 30 minutes de voiture d'une structure de suivi est lié à une hausse des complications au cours de la grossesse ou de l'accouchement. Plus de 200 communes, et 400 femmes, seraient concernées en Auvergne. C'est pour faciliter leur suivi que le CHU de Clermont-Ferrand et le Réseau de santé en périnatalité d'Auvergne ont lancé le projet Opti'soins. Inspiré d'une unité mobile ayant porté ses fruits à Mayotte, ce bus obstétrical équipé pour réaliser les échographies et les examens biologiques part à la rencontre des femmes enceintes dans l'Allier, le Cantal, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme.



CORSE

Un problème de peau : « Allô? »

Consulter un dermatologue en Corse, c'est compliqué ! Pour pallier ces difficultés, un dispositif de téléexpertise, Corsicadern, a été mis en place en 2022. S'appuyant sur un réseau d'une dizaine de dermatologues, pour la plupart installés sur l'île, il permet aux généralistes de demander un avis, mais surtout d'obtenir une réponse rapide et ainsi gagner du temps sur le diagnostic des tumeurs de la peau notamment et leur prise en charge. Un bilan récent indique que le délai de réponse est de 29 h en moyenne contre 6 mois pour l'obtention d'un rendez-vous sans passer par ce dispositif. Plus de 940 patients ont ainsi pu être pris en charge.



Manger méditerranéen, même en hiver

Plutôt associé aux salades et aux légumes estivaux, le régime méditerranéen n'est pas incompatible avec l'hiver. Au contraire !

Fruits et légumes

Le régime méditerranéen fait la part belle aux fruits et légumes, qui constituent à peu près la moitié de chaque repas. En hiver, les courges (butternut, potiron, citrouille...), les choux (blanc, rouge, fleur, romanesco, brocoli...), mais aussi les épinards, poireaux et panais permettent de le suivre sans problème. Au dessert, la variété est également au rendez-vous : pommes, poires, agrumes (mandarine, clémentine, orange), kiwis, kakis ou châtaignes sont sur les étals.

LES SAISONS ONT DU BON

Le régime méditerranéen met en avant les produits bruts et la cuisine maison. Le suivre tout au long de l'année permet donc de varier son alimentation tout en privilégiant des aliments bénéfiques pour la santé. Des études ont montré que ses adeptes sont moins à risque de maladies cardiovasculaires, de diabète ou de cancer. De plus, les fruits et légumes de saison sont en général plus riches en vitamines et nutriments.

Pour l'environnement aussi, le régime méditerranéen a un intérêt : il limite la part de produits carnés, forte source d'émissions de gaz à effets de serre. Selon une étude, elles pourraient être réduites d'un tiers d'ici 2050 en adhérant à la diète méditerranéenne. Par ailleurs, les fruits et légumes cultivés hors saison, même localement, polluent davantage que lorsqu'ils sont récoltés en pleine saison.

Produits d'origine animale en option

Les aliments issus de l'élevage ne sont pas obligatoires et ne représentent pas l'essentiel du régime méditerranéen. Volaille, produits laitiers et poissons sont à consommer en quantités modérées et pas forcément tous les jours. Côté mer, l'hiver est l'occasion de déguster des coquillages, comme les moules, et du poisson : lieu, colin, lotte ou limande. Côté terre, les volailles régaleront en toute saison.



Légumineuses et céréales

Composant à peu près un quart de l'assiette, les céréales complètes (blé, riz, avoine...) et les légumineuses (lentilles, pois cassés, pois chiches, haricots secs...) restent

présentes tout au long de l'hiver. Pour accompagner ces aliments lors de la préparation, l'huile d'olive est à privilégier. Elle est aussi bonne crue dans les salades l'été

que cuite dans les plats d'hiver. Les divers fruits à coques (noix, noisettes, amandes...), les graines et les épices viennent compléter le tout et ajouter de la saveur.

Méditerranéens sans le savoir

Parmi les plats traditionnels, le pot-au-feu de volaille, les soupes de légumes et autres ragoûts correspondent finalement assez bien au régime méditerranéen,

ainsi que la classique omelette aux champignons et aux épinards ou les légumes rôtis au four. Plus exotiques, le dhal de lentilles corail et la chakchouka – un plat

traditionnel maghrébin d'œufs pochés dans une sauce tomate parfois accompagnée de légumineuses – sont tout à fait compatibles avec les légumes d'hiver.



GREFFES Entre exploits et pénurie

➔ Les récentes et spectaculaires transplantations d'œil ou de face ne doivent pas faire oublier les difficultés auxquelles sont confrontées les greffes plus routinières telles que le manque de greffon et le risque, toujours bien réel, de rejet.

L'année 2023 a été riche en exploits dans le domaine des greffes. En septembre, un larynx a été greffé pour la première fois aux Hospices civils de Lyon, après une intervention de 27 h réalisée par une équipe de 12 chirurgiens. La patiente pourrait retrouver l'usage de la parole, après l'avoir perdu pendant 20 ans. En mai, une équipe new-yorkaise parvenait à transplanter un visage presque entier et un œil complet alors que, jusqu'à présent, seule la cornée pouvait l'être.

Depuis la première greffe faciale réalisée en France en 2005, une cinquantaine de greffes de la face ont été réalisées à travers le monde. « Ces greffes dites vascularisées impliquent la greffe de plusieurs sortes de tissus différents (peau, muscles, os...) et la reconnexion de tout petits vaisseaux », explique le Pr Michel Tsimaratos, directeur scientifique à l'Agence de la biomédecine. Quelles prouesses ! On se prend à rêver qu'il n'y ait plus rien d'impossible en matière de greffes. Mais dans l'ombre de ces exploits, l'activité de greffes de routine, elle, continue de rencontrer des obstacles majeurs.

En routine, tout n'est pas rose !

En 2022, 5 494 personnes ont été sauvées grâce au don d'organes, selon l'Agence de la biomédecine. Voici les organes les plus greffés : rein (3 376), foie (1 294), cœur (411), poumon (334), etc. Mais l'activité n'a pas encore retrouvé son niveau d'avant Covid, période pendant laquelle de nombreuses greffes ont été reportées. Par ailleurs, cela reste encore bien trop peu au regard des 11 000 personnes qui sont sur la

liste « active », c'est-à-dire en attente de greffe en urgence. Depuis le début des années 2000, le nombre de personnes en attente progresse beaucoup plus vite que celui des greffes effectuées (voir encadré ci-dessous).

Trop de refus de don d'organe

Le manque de greffon est un problème récurrent. Si, en principe, nous sommes tous donateurs au moment de notre décès, dans les faits, les médecins se tournent vers la famille et les refus sont fréquents. L'absence de communication est le nœud du problème : 80 % des Français sont favorables au don de leurs organes après leur mort, mais seuls 47 % en ont informé leurs proches. Un plan d'action annoncé en mars 2022 vise à augmenter le nombre de greffes à partir de donateurs vivants. La France espère ainsi atteindre 20 % de donateurs vivants en 2026, versus 16 % actuellement. Ce plan a aussi pour objectif une hausse de 40 % du nombre total de greffes.

La crainte du rejet

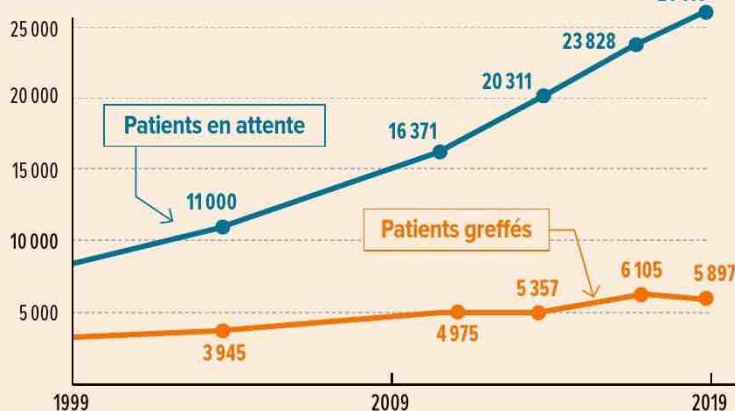
Par ailleurs, le rejet reste le principal obstacle au succès dans le temps des transplantations. « Lorsque j'ai commencé les greffes il y a 20 ans, j'étais persuadé que l'on trouverait le traitement qui permettrait de ne plus avoir besoin d'immunosuppresseurs. On ne l'a pas encore trouvé », pointe le Pr Laurent Lantiéri, chef du service de chirurgie plastique à l'Hôpital européen Georges-Pompidou, qui a opéré Jérôme Hamon, « l'homme aux trois visages », en 2010 puis en 2018 à la suite d'un rejet. L'introduction dans le corps d'un organe extérieur déclenche immédiatement une réaction immunitaire, comme s'il s'agissait d'un corps étranger : c'est le rejet dit aigu. Il ne se produit plus que dans 10 % des cas aujourd'hui grâce aux grands progrès des traitements immunosuppresseurs.

Mais si la greffe semble être bien acceptée au cours des premiers mois, il arrive que les réactions de rejet apparaissent plusieurs années après : c'est le rejet dit chronique. C'est lui qui embarrasse le plus les patients et leurs médecins. Pour contrer ce risque permanent, la personne greffée doit prendre des traitements immunosuppresseurs à vie. Malgré cela, le rejet se produit, par exemple chez 50 % des greffés cardiaques dans les 7 ans qui suivent la greffe. « À cause de ce vieillissement précoce du greffon, l'organe peut ne plus fonctionner au bout de quelques années, dit le Pr Lantiéri. Certains patients devront être greffés 2, 3 ou 4 fois au cours de leur vie. »

Page réalisée par
Sophie Cousin

LES LISTES D'ATTENTE S'ALLONGENT

Évolution du nombre de personnes greffées et de celles inscrites sur liste d'attente entre 1999 et 2019





Ces médicaments qui donnent des vertiges

Les vertiges sont un trouble de l'équilibre et ils peuvent être provoqués par des traitements toxiques pour l'oreille.

Les vertiges sont souvent la manifestation d'un dysfonctionnement de l'appareil vestibulaire. Cet organe de l'oreille interne assure l'équilibre et le maintien d'une image stable sur la rétine durant les mouvements, permettant une coordination des mouvements réflexes. Les médicaments qui influent sur l'appareil vestibulaire peuvent donc entraîner des vertiges. Cet appareil a des cellules très proches des cellules liées à l'audition, dites ciliées. Ainsi, les substances qui provoquent des surdités (passagères ou non) peuvent être également toxiques pour l'appareil vestibulaire et causer des vertiges.

Les principaux coupables

Il n'y a pas de liste exhaustive des substances qui présentent une toxicité pour l'oreille interne, dites ototoxiques. Quelques études ont cependant pu confirmer l'ototoxicité de certains produits (voir tableau), surtout parmi les anticancéreux (les sels de platine) et les antibiotiques (ceux dont le nom finit par «-mycine»). Pour les antibiotiques, les atteintes du système vestibulaires et/ou auditif sont liées à la prise de fortes doses ou de traitements longs. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, dont l'aspirine à dose anti-inflammatoire (plusieurs grammes par jour), peuvent aussi perturber le système vestibulaire.

À forte concentration, les antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, imipramine...), la fluoxétine (Prozac) et les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO, prescrits dans la maladie de Parkinson) seraient ototoxiques. Mais leurs effets sont moins documentés que pour ceux présentés dans le tableau.

Les acouphènes sont souvent le premier signe d'une souffrance de l'oreille interne. S'ils apparaissent lors de la prise d'un nouveau traitement, il est important de le signaler à son médecin. Des recherches sont en cours pour identifier des molécules qui protégeraient les cellules ciliées et vestibulaires lorsqu'un traitement avec des substances ototoxiques est nécessaire.

BON À SAVOIR Les gouttes auriculaires prescrites en cas d'otites associent souvent des antibiotiques et des anti-inflammatoires (Framyxone, Panotile) qui peuvent provoquer des dommages irréversibles s'ils atteignent l'oreille interne. À n'utiliser que si l'intégrité du tympan a été vérifiée lors d'un examen d'oreille.

MOLÉCULES TOXIQUES POUR L'OREILLE INTERNE

Classe	Molécule Nom de marque
Antibiotiques	● Azithromycine Zithromax
	● Clarithromycine Zeclar
	● Gentamicine Gentamicine Penpharma
	● Néomycine Antibio Synalar, Frakidex, Framyxone, Panotile, Polydexa, Tergynan
	● Nitrofurantoïne Furadantine
	● Sulfaméthoxazole Bactrim
Anticancéreux	● Cisplatine Génériques
	● Paclitaxel Abraxane
	● Vinorelbine Navelbine
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	● Ibuprofène Advil, Nurofen
	● Kétoprofène BiProfenid
	● Naproxène Apranax
	● Acide acétylsalicylique/aspirine Aspégic
	● Acide méfénamique Ponstyl
	● Célécoxib Célébrex
	● Diclofénac Voltarène
Antipaludéens	● Piroxicam Feldène
	● Chloroquine Nivaquine
	● Méfloquine Lariam
Immunosuppresseur	● Quinine Quinimax
	● Méthotrexate Iménor, Izixate

En plus des médicaments qui ont des effets directs sur l'appareil vestibulaire, d'autres spécialités peuvent provoquer des sensations de vertiges. En effet, ce que nous appelons vertiges n'est pas toujours en lien avec des atteintes de l'oreille interne, mais peut être le signe de troubles neurologiques, psychiatriques, cardiovasculaires ou métaboliques. Les traitements contre le diabète peuvent être associés à des vertiges s'ils entraînent des hypoglycémies, tout comme les médicaments contre l'hypertension s'ils provoquent une diminution trop importante ou brutale de la pression artérielle (hypotension). Les psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères...) qui agissent sur le système nerveux central sont parfois à l'origine de sensations vertigineuses.

HANDICAP “Je voyage avec ceux qui ne peuvent pas le faire”



Ghislaine Grosset, 66 ans, est organisatrice bénévole de séjours été-hiver pour des personnes en situation de handicap. Depuis 30 ans, cette cadre, désormais à la retraite, les emmène sous toutes les latitudes pour des vacances. Comme tout le monde.

Tout a commencé par un appel à la radio. C'était en 1995, l'association APF France handicap recherchait des bénévoles pour accompagner des personnes en fauteuil au Vietnam. J'avais envie de retourner là-bas, mais je voulais donner du sens à ce voyage. J'ai postulé et ma candidature a été retenue. J'ai alors découvert le handicap avec des personnes qui ne parlaient pas, ne marchaient pas, ne mangeaient pas seules. Et ça a été extraordinaire : on a visité les sites remarquables du pays, on est montés sur des sampans, on s'est baignés... Je n'ai plus cessé de partir en vacances avec des personnes en fauteuil.

Très vite, l'APF m'a demandé de prendre la responsabilité des séjours à l'étranger. Ces personnes ne peuvent pas voyager seules, je suis en bonne santé, alors je les emmène et je partage avec elles des choses que j'aime. Le plus important, c'est d'être à l'écoute et capable de s'adapter. On trouve toujours des solutions, comme dégondrer des portes pour faciliter le passage des fauteuils, récupérer des chaises de piscine pour que les personnes ne pouvant pas tenir debout puissent se doucher, etc.

La force du groupe, c'est quelque chose de fabuleux : on a monté les 147 marches du temple

“On a gravi 147 marches... en fauteuil !”

de Borobudur, en Indonésie, deux personnes devant les fauteuils, deux autres derrière, en faisant rouler les roues arrière sur chaque marche. On a fait du parachute ascensionnel à Djerba, du rafting en Équateur ou encore de la motoneige en Laponie. Lors de ce séjour, je formais un tandem avec un homme hémiparétique, et c'est lui qui conduisait. Si ces vacances représentent

pour ces personnes une rupture avec l'isolement, elles leur permettent aussi de retrouver des sensations et une autonomie. Et où que l'on aille, des visites dans des écoles ou des rencontres avec des familles sont prévues. Aujourd'hui, j'ai quitté l'APF, mais je continue

à organiser des voyages pour une poignée de fidèles qui sont devenus des amis.

Des treks pour malvoyants

Depuis 2017, année où j'ai pris ma retraite, je propose des randonnées en montagne pour les personnes malvoyantes, en chaussures de trekking ou en raquettes selon la saison, avec l'association Valentin Haüy (AVH). La règle est la même que pour les personnes en fauteuil : un bénévole par vacancier. Celui-ci doit savoir guider sans trop fournir d'informations et donner le bras ou non, selon la personne et le relief. On emprunte volontiers des sentiers étroits à plus de 1 500 m d'altitude, comme en Haute Maurienne (Savoie). Avec le guide qui nous accompagne, on s'arrête souvent pour décrire le paysage – la plupart des marcheurs ont vu avant –, écouter les oiseaux, toucher et sentir les écorces, les plantes, etc. En raquettes, c'est plus simple : les racines et les pierres sont enfouies sous la neige et certains déficients visuels réussissent à suivre à l'oreille, sans soutien et sans dévier. À Bessans, dans la vallée de la Haute Maurienne, le centre de la Bessanaise où nous logeons nous laisse toucher les cornes de bouquetin, de chamois, les queues de loup, de renard, les plumes de trétras-lyre, etc. Après chaque séjour, j'envoie à tous les participants un journal du voyage. Cet album souvenir leur permet de l'évoquer avec leurs proches ou les aidants et, entre vacanciers, de créer des liens. Aujourd'hui, je ne pourrais plus partir en vacances autrement. ■

EXCLUSION Pas de vacances pour 1 personne handicapée sur 3

Selon une enquête de 2016, 22 millions de Français ne partent pas en vacances. L'exclusion touche surtout les enfants, les seniors et les personnes en situation de handicap. Dans ce dernier groupe, un tiers des personnes sont concernées. En 2022, une autre enquête a révélé que la moitié des personnes déficientes visuelles ont déjà renoncé. « L'accès aux vacances est un droit auquel chacun devrait pouvoir prétendre. Il a même été reconnu droit fonda-

mental dans la loi de lutte contre les exclusions de 1998 », souligne la Fondation des amis de l'atelier, au service des enfants et adultes en situation de handicap. Partir quelques jours permet de rompre l'isolement et de développer des capacités d'adaptation. Les vacances favorisent également l'expression de ses envies. Autant de bénéfices qui apportent un réel bien-être aux personnes handicapées, tout en offrant un précieux répit à leurs aidants.

Page réalisée par
Élisabeth Bouvet

JARGON MÉDICAL

De quoi parlez-vous, docteur ?

Qui n'a jamais ressenti un grand moment d'incompréhension face à un compte-rendu d'examens ou aux explications techniques d'un médecin ? Le langage médical est souvent un obstacle, qui mérite d'être levé.

Dr Philippe Foucras

TUMEUR ? TU MEURS TRÈS RAREMENT

La tumeur est une masse, une grosseur. Quand le médecin vous parle d'une tumeur, il ne vous annonce pas un cancer. Rares sont les tumeurs potentiellement mortelles, dites malignes ou cancéreuses. Une tumeur est le plus souvent bénigne, ce qui ne dispense pas forcément de la soigner. Quand son nom se termine par le suffixe -ome, ce n'est pas grave le plus souvent : hématome (ou « bleu »), angiome (prolifération anormale des vaisseaux sanguins) ou fibrome (tissu fibreux). Mais ce n'est pas une règle absolue : le mélanome (qui touche des cellules de la peau) désigne une maladie maligne, potentiellement grave.

« *Il y a un mot que je ne connaissais pas* », me dit Mme T., en me tendant le compte-rendu de son hospitalisation que je lui avais remis lors d'une précédente consultation. Elle a souligné le mot « exogénose ». « *Alors j'ai regardé sur Internet.* » Et elle me fixe : « *Ça veut dire que je suis alcoolique.* » Je lui confirme que c'est effectivement ce que signifie ce mot quand les médecins l'emploient. Mais j'ajoute qu'elle le savait déjà puisque nous nous rencontrons régulièrement pour cette maladie depuis quelques mois. Elle sourit. Au sens étymologique, l'exogénose désigne un trouble de santé (-ose) qui vient de l'extérieur (exogen-). Par convention, il est utilisé en médecine pour désigner la maladie alcoolique.

Le langage médical permet certes aux professionnels de santé de communiquer entre eux sur les mêmes bases. Mais il est le plus souvent incompris des patients, qui sont les premiers concernés, et une source de malentendus. Certains de ces termes méritent d'être décryptés et d'aider ainsi à leur compréhension. Quelques exemples.

→ L'INFARCTUS, MAIS LEQUEL ?

L'infarctus (et non infractus puisqu'il n'y a ni fracture ni infraction) est la mort de tout ou partie d'un organe parce que le sang n'y arrive plus. Le mot a la même origine que la farce car, à l'examen, la partie malade de l'organe apparaît comme farcie, gonflée par les cellules mortes. Il en ressort qu'il n'y a pas que le cœur qui « s'infarcit », les autres organes aussi : le cerveau avec l'infarctus cérébral (l'AVC), les intestins avec l'infarctus mésentérique, l'infarctus pulmonaire, l'infarctus rénal, etc. Le cœur étant un muscle, on parle de « myocarde » qui est le muscle (myo-) cardiaque. Précision amusante, le mot

muscle vient du latin *muscula*, petite souris, car quand un muscle se contracte, il peut donner l'illusion qu'une petite souris court sous la peau ! Le cœur possède aussi un endocarde, la membrane qui tapisse l'intérieur (endo-) du muscle cardiaque, et un péricarde qui le recouvre à sa surface (péri-). Autant de tissus qui peuvent s'enflammer et devenir myocardite, endocardite ou péricardite. Le suffixe -ite, lui, désigne l'inflammation : arthrite pour l'articulation, hépatite pour le foie, cystite pour la vessie, bronchite pour les bronches, méningite pour les méninges (ces membranes qui protègent le cerveau), otite pour l'oreille, rhinopharyngite pour le nez et la gorge, etc.

→ DE L'ANGOISSE À L'ANGINE

Avant l'infarctus, se manifeste souvent l'angine de poitrine, appelée maintenant angor. Cette douleur serre la poitrine, comme l'angine serre la gorge, et s'accompagne souvent d'angoisse. Ces termes sont forgés avec le même préfixe d'origine latine « ang- » pour désigner ce qui serre. L'angor, comme l'infarctus, est dû à la plaque d'athérome (dépôt graisseux) venant obstruer les artères coronaires qui irriguent normalement le cœur. Cette obstruction provoque une ischémie (isch- : arrêt ; -hémie : du sang). On retrouve cette étymologie -hémie dans les termes hématome ou hémorragie. Le dépôt de plaque d'athérome sur les parois des artères s'appelle l'athérosclérose. La sclérose est un phénomène de durcissement qui peut toucher tous les tissus, le plus souvent en rapport avec le vieillissement, mais il est parfois aussi dû à des maladies : par exemple la sclérodermie, qui touche le derme.

Quant à la sclérose en plaques, cette maladie neurologique dégénérative trouve son explication au microscope. Il existe une gaine de myéline qui entoure



chaque fibre nerveuse et permet à l'influx nerveux de circuler rapidement. Quand cette gaine se sclérose « par plaques », l'influx est très ralenti.

➔ POURQUOI TANT DE HERNIES ?

Inguinales, abdominales, ombilicales, discales, hiatales, les hernies ne manquent pas. Dans tous les cas, il s'agit de la sortie d'un tissu ou d'un organe à travers un espace ou un orifice qui ne le permet pas normalement mais qui est devenu trop grand, s'est affaibli ou a vieilli. Lorsqu'elles sont inguinales (au niveau de l'aîne) ou ombilicales (nombril), les hernies sont des masses dues à la sortie d'une portion d'intestin. Le plus souvent, elles sont réductibles, c'est-à-dire qu'on peut les faire disparaître en appuyant doucement dessus. Parfois impressionnantes, elles témoignent en général d'une faiblesse au sein de la paroi abdominale.

Quant à la hernie discale, elle concerne les vertèbres : les disques élastiques qui les séparent, s'ils sont usés, sortent parfois de leur alignement. Ils peuvent alors aller irriter un nerf, comme le nerf sciatique par exemple, provoquant la fameuse sciatique.

Et la hernie hiatale ? Elle se produit au niveau du « hiatus » œsophagien qui est une ouverture dans le diaphragme permettant le passage de l'œsophage jusqu'à

l'estomac (voir *Q.C. Santé* n°183). Quand cette ouverture est trop large, tout ou partie de l'estomac remonte au-dessus du hiatus. La fermeture entre l'estomac et l'œsophage n'est donc plus efficace et le suc gastrique, très acide, remonte en causant brûlures et inconfort : c'est le reflux.

➔ COLIQUES ET COLS

Au départ, la colique est une douleur du côlon (gros intestin). Mais, par extension, il s'agit d'une douleur provoquée par la distension (augmentation de volume sous l'effet d'une tension) d'un organe creux. Dans la colique néphrétique, si douloureuse, c'est le canal reliant le rein

à la vessie qui est distendu à cause d'un calcul (caillou) urinaire faisant obstacle au passage de l'urine.

On terminera par le passage des cols, col de l'utérus et col du fémur. A priori, ils n'ont rien à voir. Le premier est constitué d'un tissu mou et correspond à la limite entre l'utérus proprement dit et le vagin. C'est le passage du bébé lors de l'accouchement, c'est le lieu aussi d'infections souvent liées aux rapports sexuels. Le deuxième est osseux, fait parler de lui quand il se casse car il est assez fin, et fragilisé par l'âge et l'ostéoporose. C'est la jonction entre la tête arrondie du fémur qui s'insère sur l'os du bassin pour former la hanche, et le reste du fémur. Dans les deux cas, le col représente un rétrécissement qui relie deux parties. ▣

EST-CE POSITIF QUAND C'EST NÉGATIF ?

En médecine, lorsqu'un examen ou un test donne un résultat négatif, il s'agit souvent d'une nouvelle positive pour le patient. En effet, le test recherche la présence d'une anomalie, indicatrice d'une éventuelle maladie. Lorsqu'il est négatif, cela signifie que l'anomalie n'a pas été retrouvée : c'est donc une bonne nouvelle.

À l'inverse, lorsque le test est positif, c'est que l'anomalie (ou le marqueur) recherchée est présente. Je garde en mémoire ce patient paniqué qui me tendait une carte où s'affichait en gras son groupe sanguin : 0+. « *Voyez docteur, j'ai le sida ! Et on ne me l'a pas dit ! Je suis zéro-positif.* » Ce patient avait bien retenu

qu'avoir un examen positif n'était pas une bonne nouvelle. Mais il avait compris « séro- (au lieu de la lettre « O ») positif » et cru que cela voulait dire qu'il était infecté par le VIH. D'ailleurs, être séropositif indique simplement qu'on a été en contact avec un virus, qui peut être aussi bien celui du sida qu'un autre (hépatite, rubéole...).

JARGONUS MEDICALIS Le langage, un élément de pouvoir

Pour les étudiants en médecine, l'acquisition puis la maîtrise du langage médical témoignent de leur entrée dans la profession. C'est une satisfaction. Entre les médecins, l'utilisation du jargon signifie qu'ils « en sont ». Un courrier médical qui n'emploierait pas les termes médicaux pour parler d'un patient ne serait pas pris au sérieux. Certains spécialistes semblent même

s'appliquer à user de termes hypertechniques, inconnus du généraliste. S'agit-il d'imposer sa supériorité ou de jargonner pour cacher ses limites ? Pour nombre de médecins, ce langage est devenu une telle habitude que l'usage des mots de tout le monde ne leur vient tout simplement plus. Ils doivent faire un effort pour traduire épistaxis en saignement de nez ou asthénie en fatigue.

À travers ces situations, on voit que le langage médical est un marqueur essentiel du pouvoir médical, exprimant sa supériorité sur des patients dépendants. La rhinopharyngite, terme médical, incite à consulter un professionnel, le rhume, lui, guérit tout seul. Le patient atteint d'une maladie chronique connaît souvent le vocabulaire de sa maladie et des traitements, ce qui

est une façon de s'affirmer sur un pied d'égalité dans la relation.

Pour le médecin, la maîtrise du langage médical devrait passer par deux étapes : la première est d'apprendre ce langage pour communiquer avec précision avec ses confrères. La deuxième est de le désapprendre pour communiquer avec respect avec ses patients. Une étape souvent oubliée.



Complications après 65 ans

En cas de suspicion d'infection urinaire, il est désormais possible pour les femmes de 16 à 65 ans de réaliser un test de dépistage directement en pharmacie, sans voir de médecin ou de sage-femme. Pourquoi cette limite d'âge ? Est-ce qu'on ne souffre plus d'infection urinaire après 65 ans ?

Hugues M., Brunstatt-Didenheim (68)



Q.C. SANTÉ Les infections urinaires ne cessent pas après 65 ans, mais le test réalisé en pharmacie n'est pas recommandé ni autorisé, car le diagnostic et la prise en charge sont plus compliqués. Les symptômes sont parfois masqués par d'autres pathologies, comme des troubles urinaires ou cognitifs. Les cystites peuvent aussi avoir des conséquences plus graves en particulier chez les plus de 75 ans et en présence de maladies plus fréquentes avec l'âge, comme les atteintes rénales. Le choix du traitement est plus difficile et l'antibiotique en dose unique, recommandé chez les plus jeunes, n'est plus indiqué. Autre différence majeure : à partir de 65 ans, il n'est pas rare que la vessie soit colonisée par des bactéries sans provoquer de symptômes. Le traitement est alors déconseillé. ■

Une clôture de contrat déguisée

PAROLE DE LECTEUR

Je bénéficie depuis plusieurs années d'un contrat de mutuelle négocié par l'hôpital où j'exerçais. En 2023, la cotisation mensuelle pour deux adhérents s'élevait à 187,98 €. En 2024, le tarif annoncé est de 324,86 €, soit une augmentation de 73 %, sans que les remboursements n'évoluent. J'ai contacté mon agence, qui a d'abord imputé cette hausse à l'augmentation générale des tarifs, avant d'admettre que c'était du jamais-vu. La personne m'a ensuite proposé un autre contrat, correspondant mieux à ma faible consommation de soins. Mon hypothèse est la suivante : le premier contrat n'est plus pratiqué dans l'hôpital où j'exerçais. Ne pouvant pas le clôturer, la mutuelle tenterait de faire fuir les personnes avec une augmentation excessive. Plusieurs autres organismes m'ont confirmé qu'il s'agissait d'une manière déguisée de mettre fin au contrat. Cette méthode me choque. J'aurais pu comprendre si on m'avait expliqué les choses et fait d'autres propositions.

Isabelle L., par e-mail

Dépendant à la valériane ?

Dans votre numéro 172, vous dites qu'il est possible de prendre de la valériane au long cours en cas de troubles du sommeil chroniques. J'ai pris pendant 2 mois des gélules contenant de l'extrait de racine de valériane. Mon sommeil a été amélioré et j'ai décidé d'arrêter. De grosses insomnies ont suivi. Certains articles mentionnent un risque de dépendance. Qu'en est-il ?

Danye L., par e-mail



Q.C. SANTÉ La valériane, même consommée sur le long terme, ne provoque pas de dépendance ou d'accoutumance physique, qui nécessiterait d'augmenter les doses pour ressentir un effet équivalent. Quelques études suggèrent qu'un arrêt brutal, après plusieurs années d'utilisation, peut entraîner des signes de manque sans grande gravité, mais les cas évoquant un vrai sevrage

se comptent sur les doigts d'une main. En revanche, une dépendance psychologique est possible. L'arrêt peut alors s'accompagner d'un retour des symptômes lié à l'anxiété de l'interruption. Mais une explication plus simple est à envisager : la valériane était peut-être efficace. Alors pourquoi ne pas discuter avec votre médecin de la possibilité d'en prendre régulièrement ? ■

Les informations personnelles collectées font l'objet d'un traitement sous la responsabilité de l'UFC QUE CHOISIR 233, Boulevard Voltaire, 75011 PARIS, aux fins (I) de gérer les abonnements et commandes de produits/services et leur suivi, (II) réaliser des statistiques, (III) d'effectuer du profilage pour adresser des offres personnalisées et (IV) les enrichir afin de mieux connaître ses interlocuteurs. Une partie des données provient des associations locales, de courtiers 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/lcpi> ainsi qu'à des prestataires externes, dont certains hors UE. L'UFC Que Choisir s'assure, des garanties appropriées préalablement à tout transfert et dont une copie peut être obtenue en écrivant à l'adresse ci-dessous. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement des données ainsi que d'opposition au traitement ou à sa limitation, et de définir des directives post-mortem via le formulaire <https://quechoisir.org/lcpi>. 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.

Tournée des pharmacies

Après une opération, on m'a prescrit un anticoagulant pour 1 mois : l'Innohep, une héparine injectable. Le pharmacien n'ayant que 2 boîtes, il a voulu en commander, mais toute la France était en rupture de stock. J'ai dû me rendre dans plusieurs pharmacies pour avoir le complément. Le gouvernement n'avait-il pas augmenté les prix des médicaments pour que les labos s'engagent à ne pas être en rupture de stock ? **Bernard C., Bron (69)**



O.C. SANTÉ Votre situation n'est hélas pas isolée. L'an dernier, l'Agence nationale de sécurité du médicament a enregistré 4925 déclarations de rupture de stock ou de risque de rupture. Dans 40% des cas, il a fallu mettre en place des mesures pour les patients (plan de contingentement ou importations). Les industriels avancent souvent le faible prix des médicaments pour expliquer ces insuffisances. C'est pourquoi le gouvernement a proposé un accord à 13 laboratoires : assurer un stock plus important en échange d'un prix plus

attractif. Mais cet accord ne concerne qu'un seul médicament, l'antibiotique amoxicilline (Clamoxyl, Augmentin). Dans le même temps, un rapport du Sénat a dénoncé le « chantage aux prix » pratiqué par les fabricants. Rappelons enfin que la loi impose aux laboratoires d'assurer un stock de sécurité d'au moins 2 mois pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur – dont votre médicament fait partie. Une règle manifestement non suivie par les fabricants, qui sont rarement sanctionnés. ■

Index glycémique : un outil utile pour perdre du poids ?

Calculer l'index glycémique des aliments que nous consommons n'est pas facile. Toutefois, c'est un outil intéressant et cette démarche devrait être encouragée. Privilégier la consommation d'aliments à index glycémique bas est-il un paramètre complémentaire dans le cadre d'une recherche de perte de poids ? **Évelyne J., Lunéville (54)**

O.C. SANTÉ En cas de diabète, l'intérêt de l'index glycémique (IG) est plutôt bien établi. En revanche, il n'est pas possible d'affirmer qu'il aide à perdre du poids. En 2023, la Collaboration Cochrane a conclu qu'un régime privilégiant des aliments à IG bas n'apportait aucun bénéfice supplémentaire. De fait, ce paramètre n'est pas toujours le plus pertinent : certains produits ont un IG élevé mais sont riches en nutriments (comme la pastèque) et peu caloriques, d'autres ont un IG bas mais

ne sont pas forcément recommandables (comme les chips). En outre, l'utilisation de l'IG au quotidien est plutôt complexe, car l'interaction des aliments entre eux modifie leur IG. Ajout de matière grasse, mode de cuisson, composition du repas sont autant de paramètres à prendre en compte. C'est pourquoi l'Agence nationale de sécurité sanitaire estime qu'il n'est pas possible de le recommander pour guider les choix nutritionnels d'une personne en bonne santé. ■

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

Présidente et directrice des publications :

Marie-Amandine Stévenin

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 : Sandrine Barbier

Iconographie : Catherine Métayer

Documentation : Véronique Le Verge, Stéphanie Renaudin

Ont collaboré à ce numéro :

Élisabeth Bouvet, Sophie Cousin, Sandrine Fellay, Philippe Foucras, Stéphany Gardier, Anne-Laure Lebrun, Guillaume Long, Hervé Pinel

Diffusion : Laurence Rossilhol

Service abonnés : 01 55 56 70 24

Tarif annuel d'abonnement : 46 €

Commission paritaire : 0228 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 4^e 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



ILLUSTRATIONS : HERVÉ PINEL



L'analyse des eaux usées pour suivre les épidémies

Tout le monde ne se fait pas tester, mais tout le monde va aux toilettes.

C'est sur ce principe que repose le système de surveillance des virus dans les eaux usées. Déjà utilisée pour suivre le virus de la polio dans les pays en développement, cette technique a été mise en œuvre en France lors de l'épidémie de Covid par un réseau de laboratoires, appelé Obépine, pour traquer le Sars-CoV-2. Depuis 2023, cette surveillance des eaux est utilisée de manière pérenne sur le territoire, notamment pour les infections respiratoires.

1 DES VIRUS VOYAGEURS

Pour qu'on puisse étudier leur présence dans les eaux usées, il faut que les microbes soient excrétés dans les selles ou l'urine des personnes infectées.

Si c'est le cas des virus qui infectent le tube digestif (tel le norovirus), les virus respiratoires ne se retrouvent pas toujours dans les excréments.

Mais, très rapidement après le début de la circulation du Sars-CoV-2, sa présence dans les selles des patients a été attestée.

2 LA RÉCOLTE DES VIRUS

Les eaux usées convergent vers les stations d'épuration, lieux logiques de prélèvement.

Parmi les 22 000 stations françaises, près de 200 (soit 40 % de la population française environ) ont été choisies pour le Sars-CoV-2.

3 AU LABO D'ANALYSES

Les échantillons d'eaux usées prélevés sont transmis à des laboratoires d'analyses qui vont rechercher la présence du virus grâce à des méthodes de PCR, exactement comme cela est fait sur les prélèvements nasopharyngés.

4 FAIRE PARLER LES DONNÉES

De nombreux paramètres doivent être pris en compte pour que la quantité de virus mesurée offre une image réaliste de l'excrétion par la population. Par exemple, s'il a plu, le virus sera dilué. Une grande part du travail d'Obépine a donc été de mettre au point des modèles mathématiques livrant une estimation fiable.

5 INFORMER

Les données ainsi traitées permettent d'anticiper parfois d'une semaine les données épidémiologiques provenant des tests effectués par les patients et ainsi, de prévoir et de prévenir.

