

208

OCTOBRE 2025

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

2 ACTUALITÉS

8 SANS
ORDONNANCELa course à pied,
pour tous !

9 TESTOSTÉRONE

Nouvelle mode
ou vrai traitement ?

10 MÉDICAMENTS

Ceux qui nuisent au
microbiote intestinal

11 TÉMOIGNAGE

"Ce sont les
pesticides qui m'ont
rendu malade"

12 SE SOIGNER

Anorexie, boulimie,
hyperphagie :
les comprendre

14 COURRIER

16 FOCUS

Choisir entre un
bridge et un implant
dentaireINTELLIGENCE
ARTIFICIELLEBon ou
mauvais
génie ?DOSSIER
Page 4

Perrine Vennetier, rédactrice en chef



A. LECOMTE

7000 PAS PAR JOUR

Semblient suffisants pour rester en bonne santé. Vous pouvez oublier les 10 000 pas, c'était un repère inventé par un fabricant de podomètre japonais ! Le seuil de 7000 pas est plus réaliste et plus atteignable. Mais rien ne vous interdit d'en faire plus.

DOI: [The Lancet Public Health, 07/25.](https://doi.org/10.1016/j.thpb.2024.102501)

FAIRE ENTENDRE LA VOIX INTÉRIEURE

Grâce à une interface cerveau/machine, des chercheurs ont réussi à rendre audibles des mots qui étaient seulement prononcés dans la tête de personnes privées de parole. Une piste de recherche fascinante.

DOI: [Cell, 21/08/25.](https://doi.org/10.1016/j.cell.2024.08.025)

La très mauvaise affaire du vaccin contre le chikungunya

Transmis par les moustiques du genre *Aedes*, dont fait partie le désormais familier moustique tigre, le chikungunya est une infection virale. Elle se manifeste par des douleurs touchant plusieurs articulations. Le nom de chikungunya vient d'ailleurs d'un mot employé en Tanzanie qui signifie « se déformer », ce qui témoigne de la violence de ces douleurs, obligant les malades à se recroqueviller. Un premier vaccin, appelé Ixchiq, a été autorisé en 2024. Mais à ce jour, « *il n'y a pas de preuve d'efficacité* », pointe la revue *Prescrire* dans son numéro de septembre en lui attribuant un carton rouge. En effet, les essais cliniques ont simplement fait des dosages sanguins d'anticorps, mais ils n'ont même pas mesuré en pratique si ce vaccin diminuait la fréquence des infections ou celle des complications. Ce type d'essais de médicaments, qui se contentent de mesurer des variations biologiques au lieu de se soucier de l'impact réel sur la santé des humains, est un travers courant mais inacceptable. Autre problème : ce vaccin a été fabriqué à base de virus atténué, c'est-à-dire un virus moins virulent mais encore vivant. Résultat : un moustique qui pique une personne récemment vaccinée peut aller contaminer une autre personne avec le virus vaccinal. Au final, ce vaccin semble particulièrement défavorable pour les personnes les plus à risque de complications, notamment celles de plus de 65 ans, qui sont aussi celles qui en auraient le plus besoin. Quelle ironie ! □

GÉNÉTIQUE LE MYSTÈRE DES FRATRIES UNISEXES

Garçon ou fille ? En théorie, la probabilité pour des parents d'avoir l'un ou l'autre est la même. En pratique, il existe un très léger avantage pour le sexe masculin : 105 naissances de garçons pour 100 filles. Mais cela n'explique pas la fréquence des fratries

composées uniquement de filles ou de garçons. Les quatre filles du Dr March ou les frères Dalton relèvent-ils du simple hasard ? Visiblement pas, ont analysé des chercheurs de l'université d'Harvard, qui constatent que, dans les fratries égales ou supérieures à deux, il y a une

probabilité légèrement supérieure que l'enfant suivant soit du même sexe que les précédents. Les causes de cette orientation semblent liées à l'âge de la mère. Des prédispositions génétiques pourraient aussi entrer en jeu.

DOI: [Science Advances, 18/07/25.](https://doi.org/10.1126/sciadv.2502000)

CANCER DU SEIN Peu de risque d'un autre cancer

Les femmes qui ont ou ont eu un cancer du sein présentent un risque accru de développer, plus tard dans leur vie, un autre cancer primaire. C'est-à-dire un cancer qui ne soit pas une récidive mais un cancer localisé ailleurs, dans d'autres organes (comme les poumons ou l'utérus) ou dans l'autre sein. Mais à quel point faut-il craindre l'apparition de cet autre cancer ? Pour donner une idée précise aux femmes concernées,

des chercheurs britanniques ont suivi, pendant 20 ans, près de 500 000 femmes qui avaient eu un cancer du sein. Ils ont calculé que 14 nouveaux cancers survenaient pour 100 de ces femmes. Dans la population générale, ce sont 12 nouveaux cancers qui se déclarent pour 100 femmes. Le surrisque existe donc, mais il reste faible : de l'ordre de 2 %. De même, le surrisque de développer un cancer dans l'autre sein est de 3 % envi-

ron. Deux volontaires qui ont participé à cette étude constatent que « *beaucoup de patientes atteintes d'un cancer du sein croient que ce risque est beaucoup plus élevé qu'il ne l'est en réalité* » et que « *beaucoup de gens pensent qu'un diagnostic de cancer du sein signifie que la personne est prédisposée à faire des cancers* ». Les ordres de grandeur trouvés lors de cette étude sont au contraire rassurants.

DOI: [BMJ, 08/25.](https://doi.org/10.1136/bmj.2024.70000)



THYROÏDE Se méfier des valeurs limites

En matière de thyroïde, les fourchettes de valeur considérées comme normales ne devraient pas être les mêmes pour tout le monde. En effet, le taux de TSH (hormone dosée dans le sang pour estimer le fonctionnement de la thyroïde) varie naturellement selon l'âge, le sexe ou l'origine ethnique. Une étude américaine a ainsi mesuré les valeurs médianes dans différents groupes : chez les 20-30 ans, elle se situe autour de 1,2 mUI/L alors que, chez les 80-90 ans, elle est plutôt à

2,4 mUI/L. La TSH augmente donc avec l'âge, et c'est normal. Le problème, c'est que les fourchettes de référence indiquées par les laboratoires d'analyses ne prennent pas en compte ces différences de norme. Dans ses dernières recommandations, la Haute Autorité de santé propose un repère assez commode : prendre comme limite supérieure de fourchette la décennie de la personne. Par exemple, 7 mUI/L pour les personnes de 70 à 79 ans.

Annals of Internal Medicine, 06/05/25.

16

C'est le nombre de personnes hospitalisées aux Baléares pour intoxication à la vitamine D. Intrigués, les médecins ont enquêté et découvert qu'elles avaient toutes consommé le même complément alimentaire (de la marque Erix Elite Sport Nutrition) contenant des teneurs très supérieures à celles annoncées.

Medscape, 12/08/25.

ALIMENTATION Les effets néfastes des produits ultra-transformés sont rapides

Les aliments dits ultra-transformés sont ces produits qui intègrent des ingrédients industriels (sirop de glucose-fructose...), des additifs, des colorants et qui subissent des procédés industriels poussés (extrudation par exemple). Le contraire du fait maison donc. On a observé à de multiples reprises que leur consommation n'était pas bonne pour la santé. Mais il est toujours difficile d'isoler leur effet propre de celui des comportements auxquels ils sont associés (manger plus, bouger moins, etc.). Des chercheurs internationaux ont testé le régime ultra-transformé comme s'il s'agissait d'un médicament. Des repas standards à base de hamburgers, hot-dogs et produits sucrés ont été servis à une quaran-

taine de volontaires pendant 3 semaines. Puis ces mêmes volontaires ont été nourris avec des repas bien plus riches en fruits, légumes, céréales complètes et graisses non saturées, etc. Même sur une aussi courte période, les effets délétères de l'ultra-transformé se manifestent, avec des déséquilibres hormonaux, une augmentation des lipides dans le sang et une hausse de certains contaminants (phtalates). Sur la balance, une prise de poids de plus de 1 kg a été constatée alors que les deux régimes contenaient exactement le même nombre de calories. Cette étude confirme que les aliments ultra-transformés sont néfastes, non seulement par excès mais aussi par nature.

Cell Metabolism, 28/08/25.



Voici les 2 types de repas qui ont été testés chez des volontaires. Reconnaissez-vous l'ultra-transformé ?



L'EXERCICE NE FAIT PAS MAIGRIR

« *Chacun peut manger en 60 secondes ce qui prendrait plus de 60 minutes d'exercice vigoureux pour être brûlé.* » Voici un résumé très efficace du déséquilibre entre apports et dépenses caloriques, qui explique que l'activité physique, bien qu'excellente pour la santé et pour la régulation du poids, permet rarement de perdre des kilos.

Medscape, 14/08/25.

ACCIDENTS MÉDICAUX

Chargé du règlement à l'amiable des accidents médicaux, l'Oniam fait son bilan pour l'année 2024.

- **154 000 €**, c'est le montant moyen des indemnisations accordées.
 - **541 dossiers** de victimes ont été clos.
 - **9 dossiers** ont bénéficié d'un montant supérieur à 1 million d'euros.
- Oniam, 25/06/25.

INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Atout ou danger ?

Et si votre prochaine consultation se faisait avec un robot ? Avec l'IA générative, le monde de la santé est bousculé. Diagnostic, soutien psychologique, suivi médical : le point sur ce qu'elle peut apporter et ce que l'on ne veut pas lui confier.

Stéphanie Gardier

Recevoir en quelques secondes une réponse, très bien rédigée, aux questions les plus complexes. Ce qui semblait être de la science-fiction il y a encore 10 ans est devenu réalité avec l'accès aux systèmes d'intelligence artificielle (IA) générative, rendus célèbres par l'outil ChatGPT. Leurs performances bluffantes suscitent un intérêt grandissant, qui s'apparente parfois à une vraie fascination tant auprès du grand public que des décideurs. La santé est un des domaines majeurs d'application. Aide au diagnostic, assistance à la rédaction de comptes-rendus et à la prise de rendez-vous, dépistage, soutien psychologique, etc. : l'IA générative serait-elle la réponse aux problèmes que rencontre notre système de santé ? Ou est-ce une boîte de Pandore qui n'apportera que dérégulation, appauvrissement des compétences et perte de contrôle sur nos données de santé ? Les opinions sont partagées, souvent polarisées et éloignées des capacités réelles de ces systèmes. Les IA génératives n'ont pas encore bouleversé le monde de la santé, mais nul doute que des systèmes viendront rapidement changer les pratiques des professionnels tout comme le quotidien des patients.

SAVEZ-VOUS « PROMPTER » ?

Lorsque vous posez une question à une IA générative, vous rédigez ce que l'on appelle un prompt. Savoir « prompter » est un élément déterminant pour obtenir une réponse de qualité. Le Pr Lovis des Hôpitaux universitaires de Genève suggère d'associer des éléments de contexte (« Je parle d'un patient âgé de 65 ans et vous allez m'aider dans mes recherches »), des instructions spécifiques (« Recherchez les dernières recommandations françaises pour le traitement de la

dépression »), une question précise (« Comment traiter un épisode dépressif léger à modéré ? ») et le format attendu (« Résumez vos réponses dans un texte de 100 mots dans un langage accessible à un non-spécialiste, en citant vos références si c'est possible »). Quelle que soit la qualité du prompt, la fiabilité de la réponse de l'IA générative n'est pas garantie : elle peut servir de base à une discussion avec un professionnel, mais ne permet pas de prendre des décisions pour sa santé.



DES AGENTS DE CONVERSATION

En réalité, l'IA est utilisée depuis longtemps en médecine pour des tâches très précises comme lire des radiographies ou compter des cellules (voir encadré p.6). La nouveauté tient à l'arrivée de l'IA générative, capable de créer des contenus originaux, en réponse à une requête humaine, dans un langage qui semble tout à fait naturel. Pour ce faire, l'IA générative se base sur d'immenses volumes de données qui ont servi à son apprentissage et lui permettent d'« inventer » du contenu.

LA FORCE DU LANGAGE Ces agents de conversation sont si puissants qu'ils induisent une confiance forte, et même un certain anthropomorphisme : les utilisateurs sont parfois tentés de dire « merci » à ChatGPT après qu'il a répondu ! Mais, « *contrairement à un logiciel, par exemple, les IA génératives n'ont pas de fonction précise en dehors de créer une expérience d'échange, la plus convaincante possible* », souligne Thomas Lefevre, docteur en mathématiques appliquées, membre du collège du Haut Conseil de la santé publique. *Il s'agit d'outils mis à disposition du plus grand nombre : certains utilisateurs en ont un usage très basique quand d'autres imaginent des applications très sophistiquées.* » Ils servent autant à trouver la meilleure recette de cheese-cake au monde qu'à développer un programme de secrétariat médical. « *C'est donc chacun de nous, par son usage, qui lui assigne une fonction particulière* », conclut-il.

Si l'on parle d'IA générative, le premier nom cité par le grand public est souvent ChatGPT. Ce fameux « GPT » (*generative pre-trained transformer*) est un modèle informatique qui donne toute sa puissance aux génératives. On le retrouve dans les autres agents de conversation tels que Copilot, Gemini, Le Chat, DeepSeek, etc. « *Ces “transformers” ont changé la donne, car ils ont permis de passer un cap qui est longtemps resté un écueil pour les IA : savoir bien traiter et reproduire le langage naturel* », explique le Pr Christian Lovis, chef du service des sciences de l'information médicale des Hôpitaux universitaires de Genève. *Les GPT peuvent être une révolution dans le monde de la santé, car l'informatique et la digitalisation ont conduit nos systèmes de santé à un point où tout doit être codé. C'est très pratique pour faire des statistiques, mais cela nourrit l'épuisement des professionnels de santé*

et tend à appauvrir la richesse narrative des dossiers numériques. Par exemple, si dans la case "poids" vous notez "67,4 kg", cela contient beaucoup moins d'informations que "a perdu 2 kg ces 3 dernières semaines". Or jusqu'ici, on ne savait interpréter automatiquement que les données dites structurées, telles que les chiffres. Avec les GPT, on peut désormais envisager de traiter aussi le texte. »

SECRÉTAIRE OU PSYCHOTHÉRAPEUTE ? De nombreuses applications ont déjà été développées, avec plus ou moins de succès, depuis l'avènement des GPT. Ainsi, certains centres hospitaliers proposent aux usagers de converser avec un ChatBot, même si, pour le moment, les informations fournies restent souvent basiques et cantonnées à des domaines précis (accès à l'hôpital, procédures de préadmission...). La prise de rendez-vous s'est elle aussi automatisée, notamment à travers la plateforme Doctolib, qui serait sur les rails pour développer un système de préconsultation. Les secrétariats médicaux pourraient être une cible majeure pour le déploiement des agents conversationnels. « *Récemment, une expérience a été menée au Japon avec un agent conversationnel doté d'une voix humaine. Il a fallu 20 minutes à l'interlocuteur humain pour identifier qu'il ne parlait pas à une secrétaire en chair et en os* », relate Jean-Michel Rodriguez, docteur en IA et auteur de *Quand l'intelligence artificielle révolutionne la santé* (2025, éd. Eni).

Ces compétences conversationnelles ont rapidement fait apparaître ces IA comme de possibles outils de soutien psychologique. Mais ChatGPT pourrait-il remplacer notre psychothérapeute ? Non si l'on considère que la valeur ajoutée de la relation patient-soignant réside principalement dans la prise en compte de la singularité du patient par le soignant. Cependant, des programmes d'IA peuvent offrir une écoute active, et certains agents conversationnels sont capables de reconnaître des émotions humaines et simuler l'empathie. Des outils utilisant de l'IA ont d'ailleurs déjà démontré leur utilité dans certaines applications précises, comme les peluches Paro. Ces bébés phoques sont des « robots émotionnels d'assistance thérapeutique », utilisés dans des Ehpad pour interagir avec des patients souffrant de troubles de la communication ou de démence. Ces peluches, en mimant le comportement que

DONNÉES PERSONNELLES POURQUOI VOULOIR LES BRADER

Dans le but de rassembler de grosses quantités de données de santé de patients français pour permettre l'entraînement des programmes d'IA, une plateforme baptisée Health Data Hub (HDH) a été créée en 2019 par le ministère de la Santé. Depuis, de nombreuses voix s'élèvent pour dénoncer le choix de la société américaine Microsoft pour héberger ces données qui ne sont pas intégralement anonymisées et restent donc très sensibles. Agnès Buzyn, ministre de la Santé lors de la création du HDH, a été auditionnée sur le sujet en juin 2025 par une commission d'enquête

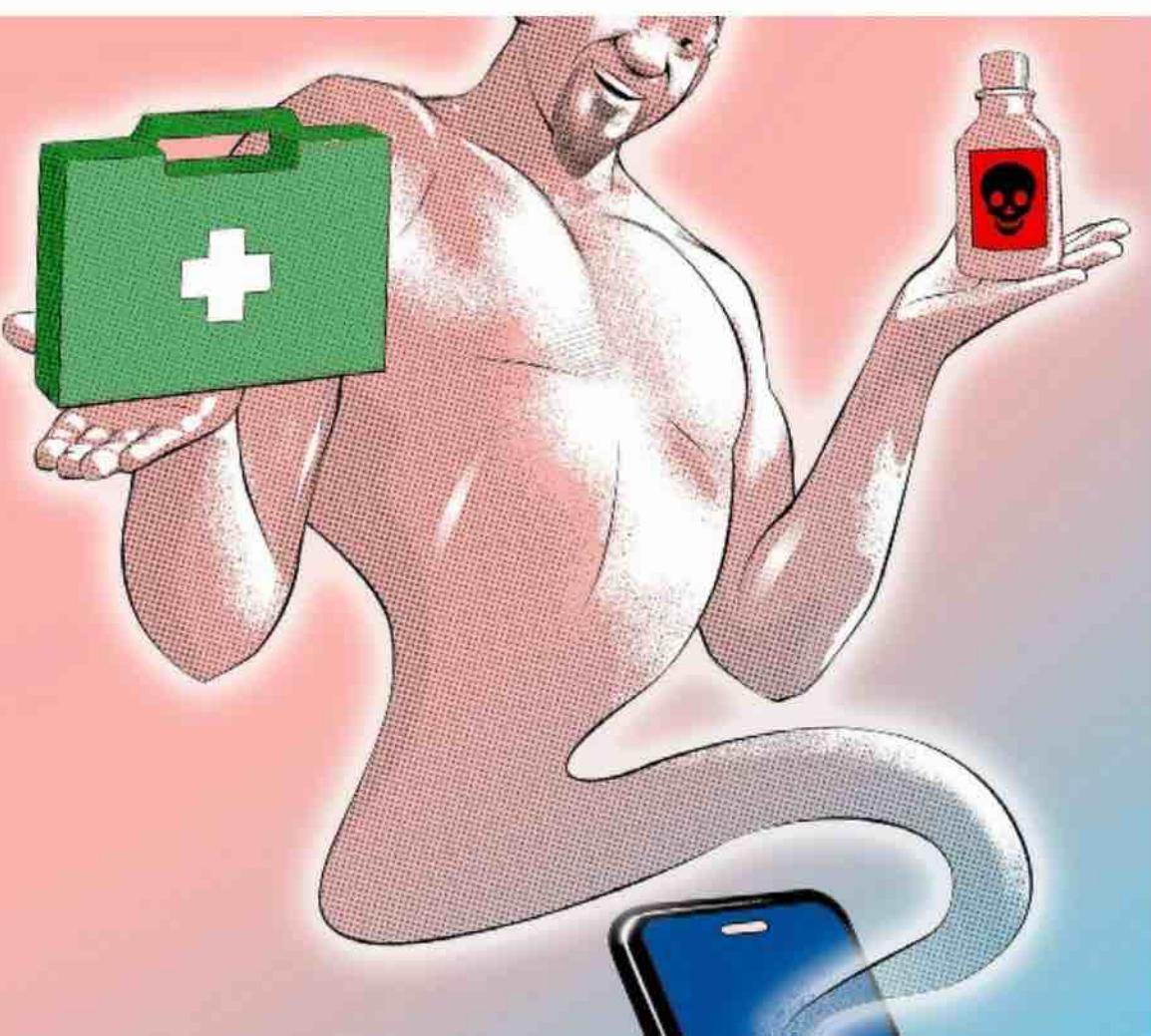
parlementaire. Elle s'est justifiée en estimant qu'à l'époque, « à moins de vouloir perdre plusieurs années, c'était Microsoft ou rien » ! Un argument balayé par plusieurs hébergeurs européens. « *Le lobbying et les conflits d'intérêts que l'on a observés lors du déploiement de l'informatique puis du numérique dans les institutions publiques risquent de se reproduire avec l'IA* », pointe Thomas Lefèvre, du Haut Conseil de la santé publique. En 2020, Olivier Véran, alors ministre de la Santé, s'était engagé à migrer le HDH vers un hébergeur européen, ce qui n'a toujours pas été fait à ce jour.

pourrait avoir un animal domestique, permettent de reproduire les bénéfices de la thérapie animalière. Des robots conversationnels adaptés à la taille des enfants ont aussi été développés afin de faciliter les interactions avec les jeunes patients.

DES OUTILS À NE PAS CROIRE SUR PAROLE

Malgré toutes ces compétences, « *la mise en œuvre de l'IA dans le domaine des soins cliniques n'en est encore qu'à ses balbutiements* », observe un récent rapport du Conseil de l'Europe. Le recul sur l'IA générative est très court, et cette technologie présente des caractéristiques structurelles qui constituent encore des limites à son utilisation en routine par les professionnels de santé. À commencer par le fait qu'il n'existe pas de « vérité » pour les IA.

LES IA NE COMPRENNENT RIEN Les IA génératives sont basées sur des modèles appelés LLM (*large language model*). Ils permettent d'analyser le texte de la requête soumise, puis de générer une réponse cohérente. Cependant, il ne faut pas penser que les LLM comprennent le texte ou l'analysent comme le cerveau humain. Ils fonctionnent plutôt comme des statisticiens et se basent sur la probabilité qu'un mot ou un groupe de lettres, appelé token, en suivent un autre. Cette réponse est le fruit d'un entraînement sur des énormes quantités de données disponibles (livres numérisés, sites Internet...). Par exemple, un LLM ne sait pas qu'un carré a des angles droits, mais il a appris que ces deux occurrences (« carré » et « angles droits ») >



ont une probabilité très forte d'être à une faible distance dans une même phrase. « *Les GPT ne comprennent rien, ils n'ont pas de représentation de notre monde et pas plus de notion de vérité. Il n'y a pas de bien ou de pas bien dans un LLM* », insiste le Pr Lovis. Par conséquent, les IA ne sont pas aptes à juger ce qui est vrai ou faux. C'est une caractéristique cruciale des IA génératives, mais que peu d'utilisateurs ont à l'esprit.

« *Comme ces systèmes produisent du langage humain plutôt de bonne qualité, les gens donnent du sens à ce que les systèmes produisent et pensent même qu'ils raisonnent. Or ChatGPT et les autres ne font que produire un contenu vraisemblable, mais qui devient vrai pour beaucoup d'utilisateurs* », décrit Thomas Lefèvre. En effet, une IA générative répond rarement « *je ne sais pas* », elle génère un texte en faisant « *au mieux* » avec les données dont elle dispose et par rapport à ce qu'elle a analysé de la question posée. Le résultat peut donc être incomplet, voire erroné, et parfois totalement inventé, on parle alors d'*hallucination*.

LES PROGRAMMES DÉLIRENT Le terme « *hallucination* » est utilisé pour décrire les réponses fausses ou loufoques que peuvent produire les IA génératives de manière inattendue. « *J'ai récemment demandé à une de ces IA de me citer trois cyberattaques menées contre des hôpitaux français. Le système m'a fourni une liste, mais aucun des trois événements cités n'était vrai* », raconte Jean-Michel Rodriguez. Les hallucinations sont avant tout liées à la nature même des algorithmes génératifs actuels. Elles peuvent aussi être des conséquences d'erreurs commises par le système ou être induites par des données sources de mauvaise

qualité ou inadéquates. « *Imaginez que l'IA n'ait eu accès qu'à des données en lien avec la plomberie. Si vous lui posez une question pour traiter une occlusion intestinale, peut-être vous répondra-t-elle d'utiliser une ventouse ou de la soude* », illustre l'expert. Il est donc nécessaire de toujours vérifier tout élément fourni par un agent conversationnel.

UN APPRENTISSAGE BIAISÉ

Les modèles ont besoin de données pour s'entraîner et « apprendre ». La nature, la qualité et la quantité des données disponibles et utilisées sont des facteurs limitants des IA, génératives en particulier. Les programmes utilisés pour analyser un échantillon sanguin par exemple ont été conçus avec des bases construites dans ce but et donc avec des données sélectionnées pour leur qualité et souvent validées par des humains. Les sources de l'IA générative sont beaucoup plus vastes... et floues ! Les systèmes généralistes se nourrissent de tout ce qui existe, du moins sous un format numérique. Certes, ils peuvent avoir accès à certaines données médicales spécialisées mais qui peuvent être noyées au milieu de bien d'autres, des contenus de forums complotistes par exemple. Un enjeu majeur pour un usage plus pertinent et sûr d'IA génératives en santé est de pouvoir restreindre le corpus d'entraînement à des sources fiables.

Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue qu'en utilisant les sources disponibles pour générer un contenu, les IA reproduisent les biais qui caractérisent les contenus produits. La majorité des études cliniques réalisées avant les années 2010 ont été conduites sur des hommes blancs de corpulence

SUR LE TERRAIN L'IA rend déjà des services

« **L**'IA est une science certes récente mais pas si jeune, elle a vu le jour au milieu des années 1950 », rappelle le Pr Christian Lovis, des Hôpitaux universitaires de Genève. L'informatique en plein essor débouche sur les premiers développements en cybersécurité, dont l'objectif est de « *s'inspirer du vivant pour mieux le comprendre mais aussi le dépasser* », précise Thomas Lefèvre, du Haut Conseil de la santé publique. Le test de Turing, évaluant la capacité d'un programme à mimer les réponses d'un humain, est mis au point par le mathématicien Alan Turing dès 1950. Ses travaux de recherches auront un rôle majeur dans le développement de l'IA et dans ce que l'on a

appelé *machine learning* ou apprentissage automatique. Cette avancée a permis de rendre des programmes capables d'acquérir des compétences sur la base d'un entraînement.

De la radiothérapie à la recherche

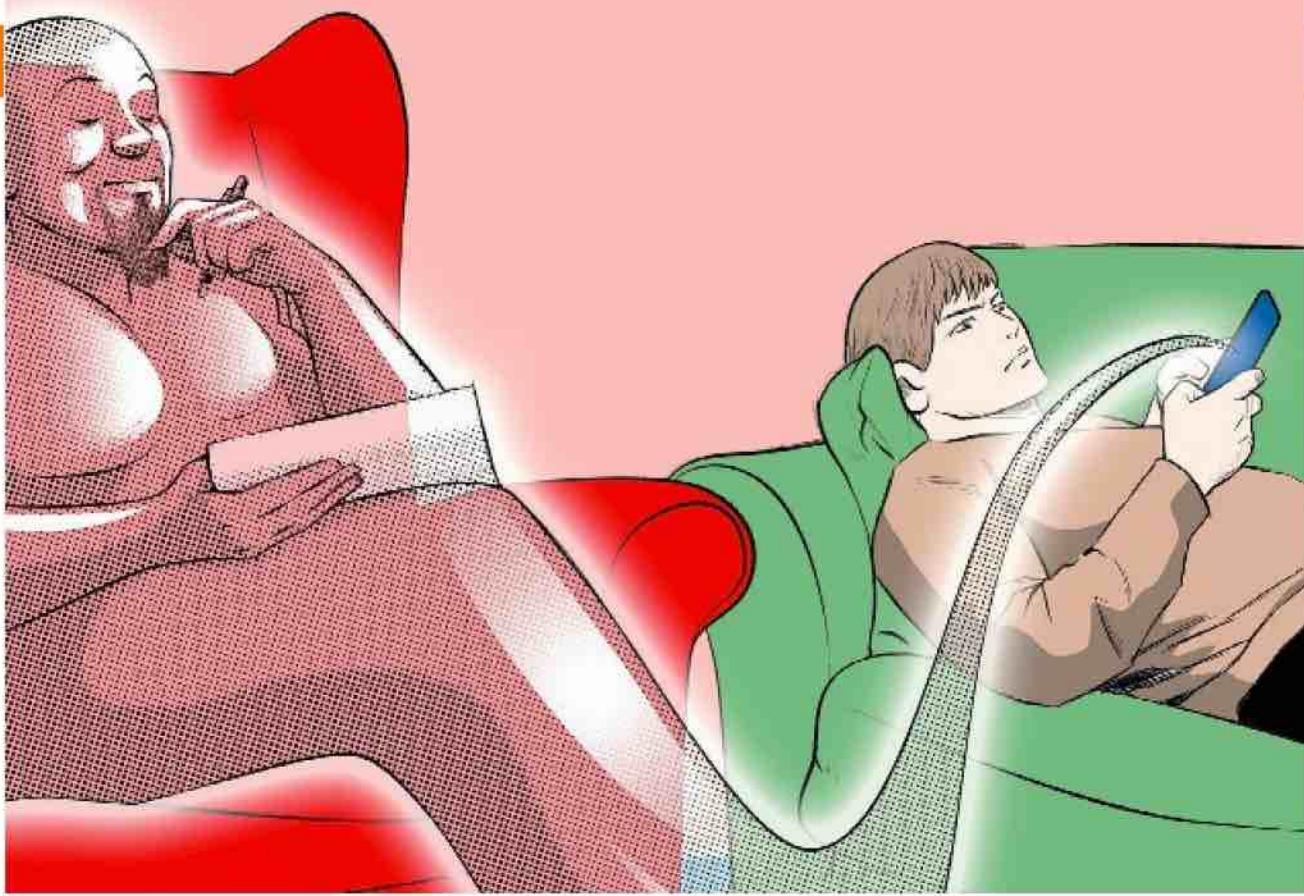
Ainsi, des programmes peuvent aujourd'hui analyser des IRM, des images de lésions cutanées ou des données génétiques plus rapidement et de manière aussi, voire plus, fiable que des médecins. De même, en comptant et classifiant les cellules très rapidement, l'IA a permis d'accélérer le rendu des analyses sanguines. Elle est aussi utilisée par des programmes permettant de détourer avec

précision les aires qui doivent recevoir une radiothérapie. En recherche, grâce au programme AlphaFold développé par Google, on peut prédire la forme de protéines, une fonction utile pour imaginer de nouveaux médicaments, par exemple. La firme américaine a d'ailleurs annoncé qu'elle testerait bientôt certaines molécules créées grâce à l'IA sur des patients.

Des programmes efficaces

Ces IA sont moins impressionnantes que les IA génératives, mais elles offrent une fiabilité sans comparaison. Ce sont des programmes développés dans le but d'accomplir une tâche précise et dont il est plus simple de contrôler le fonc-

tionnement. Un programme d'hématologie ne doit pas générer un compte-rendu, mais fournir le nombre précis de chaque type cellulaire présent dans l'échantillon sanguin analysé. La manière dont les algorithmes travaillent pour parvenir à ce résultat a été décidée en amont par les développeurs et la machine n'a pas la latitude de les modifier. Par ailleurs, les données qui permettent aux programmes d'apprendre sont sélectionnées pour leur qualité. Les programmes d'analyses d'images, par exemple, apprennent grâce à plusieurs dizaines de milliers de résultats d'IRM ou de scanner CT de patients réels, qui ont été choisis et analysés en amont par des médecins spécialisés.



moyenne. La réponse fournie par une IA générative ne sera donc pas forcément adaptée pour une femme, une personne en situation d'obésité, un patient africain, etc. De même, une part importante des données utilisées par ces IA sont en langue anglaise: elles ne sont pas toujours le reflet de la culture d'autres parties du monde.

DES DONNÉES SENSIBLES Il est important d'avoir à l'esprit que le devenir des données personnelles injectées dans les systèmes d'IA génératives en accès libre est très opaque. Il n'y a pas de garantie sur la protection de ces données sensibles. L'Académie nationale de médecine recommande donc d'« éviter absolument de communiquer les données personnelles des patients et des professionnels de santé à des systèmes d'IA générative dont la maîtrise en France ou en Europe n'est pas clairement établie » et rappelle qu'« il n'y a pas de petites données ». En juillet 2025, des milliers de conversations personnelles tenues avec des IA génératives ont d'ailleurs été rendues publiques.

La question de la responsabilité est un point épineux dans le développement de l'IA dans les cabinets médicaux. « Les médecins ont une obligation de moyens. Donc, si un programme d'IA est jugé pertinent, un médecin pourrait se voir reprocher de ne pas l'utiliser. Mais s'il l'utilise, il devient alors responsable, soulève le Pr Bernard Nordlinger, président de la commission Science numérique et intelligence artificielle de l'Académie de médecine. Pour que les professionnels de santé intègrent des outils d'IA générative dans leur pratique, il faudra qu'ils aient des garanties sur leur fiabilité et que l'encadrement légal soit clair. L'« AI Act », adopté en 2024 par l'Union européenne, a commencé à poser des jalons. » Les soignants qui utilisent des programmes d'IA doivent en informer leurs patients.

QUELLE PLACE POUR LES HUMAINS ?

Un point crucial au sujet des IA est leur capacité ou non à se substituer l'humain dans le futur. « Je m'étonne que certains professionnels de santé soient persuadés que jamais un programme ne les remplacera, relève Jean-Michel Rodriguez. Je leur réponds que, s'ils ne regardent pas leurs patients dans les yeux, alors si, ils seront remplacés ! Ce que je veux dire par là, c'est qu'il faut penser

chaque profession comme un ensemble de rôles, de tâches et de responsabilités et voir là où l'humain aurait une valeur ajoutée que l'IA n'a pas. »

PLUS ASSISTANT QUE REMPLACANT Pour le spécialiste des nouvelles technologies, Xavier Comtesse, il paraît inévitable qu'à l'avenir, la majorité des médecins diagnostiqueront, prescriront et suivront leurs patients à l'aide de l'IA. « C'est une situation comparable à celle du pilote en aviation, explique-t-il dans la *Revue médicale suisse*. Le pilote automatique n'a pas remplacé les vrais pilotes, il a juste augmenté leurs capacités.

Sur les très longs vols, il est pratique d'allumer le pilote automatique mais totalement inutile lorsque vous avez besoin d'un jugement rapide. Ainsi, la combinaison des humains et des machines est la solution gagnante. [...] L'IA ne remplacera pas les médecins. Mais les médecins qui utiliseront l'IA remplaceront ceux qui ne le feront pas. »

IDENTIFIER LES VRAIS BESOINS Parce qu'elle donne l'illusion d'avoir réponse à tout, certains imaginent déjà l'IA partout. « Elle est très à la mode et l'on observe une multiplication de projets qui embarquent cette technologie. Il faut cependant se méfier, car mettre de l'IA partout n'est sûrement pas une solution pertinente. Cela peut même renforcer certains problèmes. Un programme qui fait gagner du temps mais qui n'est pas suffisamment fiable n'apporte, in fine, rien, prévient Mathieu Guillermin, maître de conférences à l'Université catholique de Lyon et coordinateur du projet Nouvel humanisme au temps des neurosciences et de l'intelligence artificielle. Il faut par ailleurs être conscient des coûts de cette technologie. Comme tout semble dématérialisé, beaucoup de gens ne réalisent pas que cela reste de la mécanique qui nécessite beaucoup de matériel et de ressources. » Les experts appellent à une réflexion pour déterminer ce que nous voulons faire de l'IA dans les années futures, quels outils nous voulons développer, quelle place nous voulons lui accorder. « Il s'agit d'une question de société et la prise de décision sur ce sujet incombe bel et bien à des humains », souligne Mathieu Guillermin.

FORMER LES PROS ET LES PATIENTS La formation des professionnels est nécessaire, d'une part pour leur permettre de tirer le meilleur parti des outils d'IA déjà disponibles, et d'autre part pour se préparer au mieux aux évolutions à venir et décider quelle place faire à l'IA dans leurs pratiques. « Cette technologie offre des outils qui vont se développer dans le futur et qui concerneront toutes les spécialités médicales. Il est donc impensable que les médecins actuellement en formation ne soient pas sensibilisés à cet enjeu et formés sur ces outils », insiste le Pr Nordlinger. Et il souligne le besoin pour les praticiens déjà en exercice de s'intéresser à la question. Les citoyens, qui sont également des usagers du système de santé, ont eux aussi tout intérêt à connaître les bases de fonctionnement et d'utilisation des IA, à la fois pour s'en servir correctement s'ils ont recours à des agents conversationnels et pour comprendre quel est le poids de l'IA dans les prises en charge qui peuvent leur être proposées. □



La course à pied, pour tous !

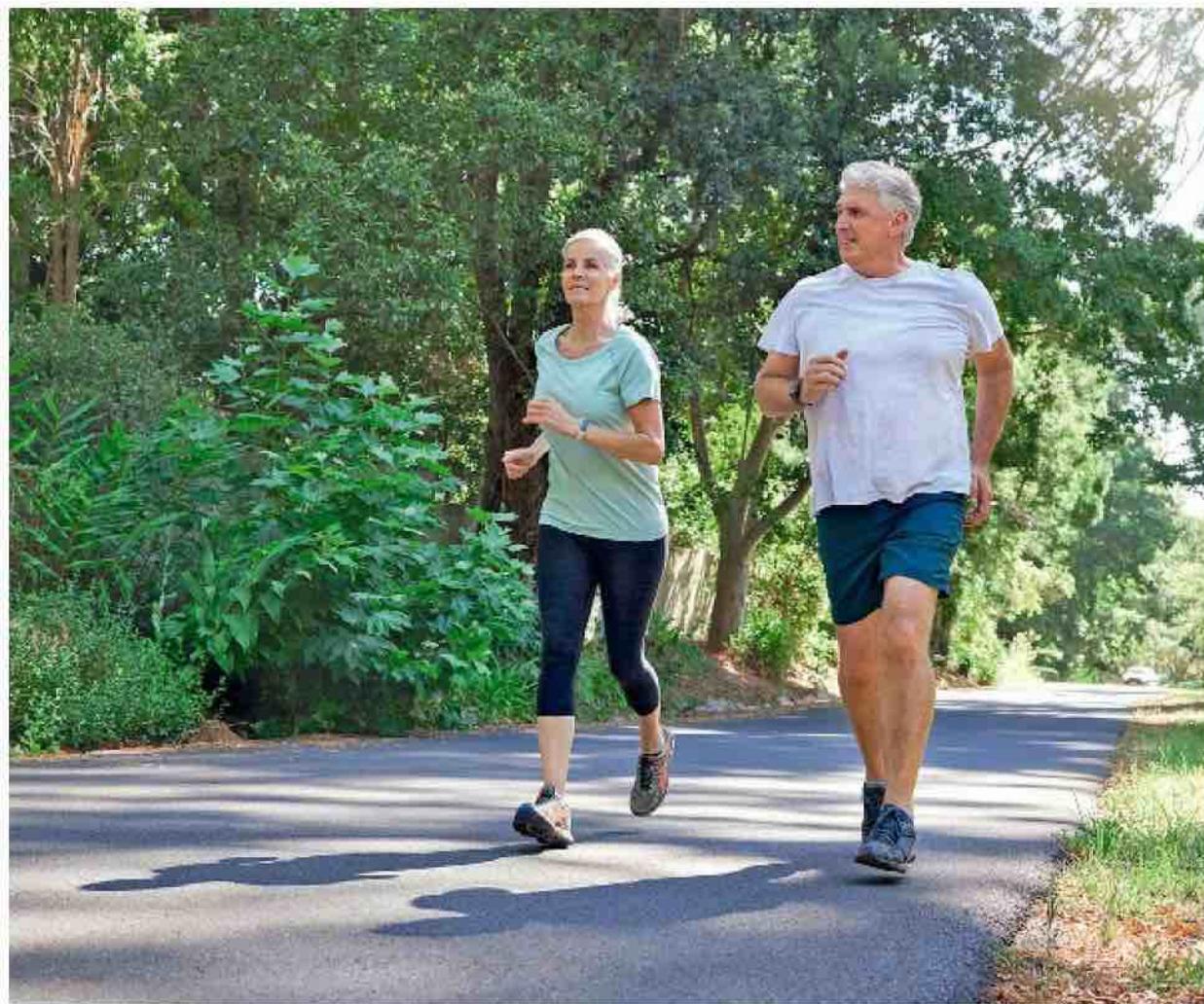
La course à pied est l'un des sports les plus populaires et les plus complets pour préserver sa santé. Mais peut-on le pratiquer sans risque à tout âge ?

Envie de vous lancer ?

Peut-être n'avez-vous jamais couru, ou il y a longtemps, et vous avez envie d'enfiler vos baskets ? Allez-y ! Il n'y a pas d'âge limite pour faire du jogging. Quelques précautions sont néanmoins nécessaires passé la soixantaine. Le running met le cœur à rude épreuve si l'on y va trop vite, trop fort ou trop longtemps. La Dr Anne-Charlotte Dupont, médecin du sport, souligne : « *La participation à des compétitions n'est pas encouragée, surtout chez ceux qui souffrent d'une pathologie cardiovasculaire.* » Plus de 80 % des morts subites du sportif (environ 500 victimes par an) surviennent chez des sportifs non aguerris. Mais pratiquée avec sagesse, c'est une activité très bénéfique.

Dangereuse pour les genoux ?

« *Tu cours encore à ton âge ? Et tes genoux ? Les chocs à chaque foulée ne sont pas très bons.* » Ce mythe a la vie dure ! De nombreux coureurs de plus de 50 ans ont déjà sûrement été interrogés sur les possibles conséquences de leur sport favori. Qu'ils se rassurent, beaucoup d'études, menées auprès de milliers d'athlètes de haut niveau ou de marathoniens débutants et expérimentés, ne montrent aucun lien entre la course à pied et l'arthrose du genou ou de la hanche. Au contraire, ces pathologies étaient moins fréquentes chez ces derniers par rapport aux non-coureurs. En renforçant les muscles, les os et les articulations des jambes, la course jouerait un rôle protecteur. De plus, son action contre le diabète ou sur la régulation du poids freine le remodelage délétère du cartilage et les phénomènes inflammatoires.



Un, deux, trois, partez !

Débuter la course peut paraître intimidant. Pourtant, en se fixant des objectifs réalisables et en y allant progressivement, tout le monde peut y arriver. Lors des premières séances (30 minutes suffisent au début), alternez marche (périodes de 5 minutes) et course à un rythme lent qui vous permet de tenir une conversation (durant 1 à 2 minutes). Après quelques séances, votre souffle sera plus régulier, moins saccadé. Vous pourrez alors augmenter le temps de course et la vitesse, et réduire le temps de marche jusqu'à le supprimer complètement. Ne vous fixez pas d'objectifs de distance

ou de durée, mais fiez-vous à votre ressenti. En cas d'inconfort ou de douleurs, ralentissez, voire acceptez de vous arrêter pour prendre un peu de repos. Il est essentiel que chacune de ces séances soit précédée d'un échauffement de 10 à 15 minutes : marche rapide, quelques étirements et des exercices de mobilité pour échauffer les articulations. Entre les séances, il est judicieux de miser sur le renforcement musculaire, notamment du membre inférieur. Des fessiers, cuisses et mollets forts apporteront une plus grande stabilité aux articulations et réduiront le risque de blessures.

AVIS MÉDICAL : PAS SYSTÉMATIQUE

« *La majorité des personnes ne relèvent pas d'un avis médical avant de commencer ou d'augmenter une activité physique,* » souligne la Haute Autorité de santé. En pratique, il existe un autoquestionnaire, appelé

Q-AAP+, qui permet de savoir s'il faut consulter ou non avant de se remettre au sport. Il s'adresse aux moins de 70 ans et repose sur 7 questions concernant les antécédents cardiovasculaires, d'éventuelles douleurs

dans la poitrine ou des étourdissements. Vous trouverez ce questionnaire sur Internet en tapant « QAAP+ » dans Google en vous dirigeant par exemple sur le site prevention-sport.fr. Un avis médical sera nécessaire si

vous répondez « oui » à au moins une question. Par ailleurs, si vous avez plus 70 ans ou si vous envisagez une reprise d'activité d'intensité très élevée, il vaut mieux consulter votre généraliste avant de vous lancer.



TESTOSTÉRONE Nouvelle mode ou véritable traitement ?

La thérapie de remplacement de la testostérone, très à la mode aux États-Unis, devient de plus en plus populaire en Europe. Si elle n'est pas un remède miracle contre le vieillissement, elle peut parfois améliorer la qualité de vie.

Vous avez passé le cap de la cinquantaine depuis longtemps peut-être et vous vous sentez moins en forme qu'auparavant, plus fatigué, d'humeur maussade ? Votre masse musculaire diminue, tout comme la qualité de vos érections, alors que votre masse grasse augmente ? Si vous viviez aux États-Unis, vous auriez déjà reçu de nombreuses publicités de cliniques privées ou de consultations en ligne, offrant des traitements de remplacement de la testostérone (TRT). Depuis le début des années 2010, certains laboratoires et professionnels surfent sur la vague de la *low T disease* ou maladie de la testostérone basse. Une appellation abusive, car une diminution de la testostérone n'est pas une maladie à proprement parler. Sa baisse avec l'âge est physiologique. Et elle commence dès la trentaine ! Elle se fait lentement et progressivement, contrairement à la ménopause chez les femmes pour lesquelles les changements hormonaux sont plus brutaux. De plus, tous les hommes ne ressentent pas forcément les effets de cette baisse : seuls certains ont des symptômes regroupés sous le nom de syndrome de déficit en testostérone (ou hypogonadisme masculin). Ce syndrome est encore mal repéré, principalement parce que les symptômes ne sont pas spécifiques et souvent vécus comme simplement liés à l'âge. Pour que le diagnostic soit posé, deux conditions doivent être remplies : d'une part la présence de symptômes évocateurs (régression

des caractères sexuels masculins, humeur dépressive, perte osseuse, diminution de la masse maigre, dysfonction érectile...), d'autre part un déficit de testostérone confirmé par deux dosages sanguins. « *Ils doivent être réalisés le matin et à un mois d'intervalle* », explique le Dr Antoine Faix, vice-président de l'Association française d'urologie. *Les concentrations de testostérone libre ou biodisponible sont plus pertinentes.* » Lorsque le déficit est avéré cliniquement et biologiquement, un traitement de remplacement à base de testostérone peut être prescrit. Dans les années 2010, des études ont montré un surrisque de complications cardiovasculaires chez les hommes traités par testostérone. Mais une étude de 2023 a montré qu'il n'y avait pas d'augmentation du risque chez les hommes âgés de 45 ans à 80 ans, traités en moyenne 27 mois. Une autre revue conclut également que,

à court terme, le TRT n'a pas d'impact significatif sur la mortalité cardiovasculaire.

“Seuls certains hommes souffrent de symptômes liés à un déficit”

Précautions et suivi
Si ces données sont rassurantes, il existe en revanche un risque d'hypertension artérielle. Parmi les précautions d'emploi figurent une maladie cardiaque non stabilisée, des antécédents de phlébite, d'embolie pulmonaire ou une apnée du sommeil sévère. « *Le TRT ne peut pas être prescrit en cas de cancer évolutif de la prostate, mais un cancer guéri n'est pas un obstacle systématique* », ajoute le Dr Faix, qui souligne que cette thérapie nécessite tout de même une surveillance régulière, avec un toucher rectal et un dosage du PSA annuels.

Le traitement à base de testostérone n'est pas un remède miracle qui résoudrait tous les troubles liés à l'âge. Prescrit dans le respect des recommandations officielles, il peut aider à améliorer la qualité de vie de certains hommes. Mais des incertitudes majeures persistent sur ses effets à long terme, tant bénéfiques qu'indésirables. Pour beaucoup d'hommes, entamer un TRT signifie le poursuivre à vie. Des données robustes sur son utilisation au long cours sont donc nécessaires afin d'en déterminer l'usage le plus pertinent et le plus sûr possible. □

Page réalisée par
Stéphanie Gardier

TROUBLES DE L'ÉRECTION

On parle de troubles de l'érection lorsque les problèmes se systématisent et durent plus de 3 mois. Le vieillissement est un facteur de risque : avec l'âge, obtenir ou maintenir une érection suffisante pour avoir un rapport sexuel satisfaisant peut devenir compliqué. Mais ces troubles ne doivent pas être considérés comme un simple symptôme

de la baisse de testostérone. Ils peuvent être le signe d'une autre pathologie plus grave : une athérosclérose en train de se développer, des lésions neurologiques, un syndrome d'apnée du sommeil, une insuffisance rénale, une dépendance au tabac, à l'alcool... Il est donc conseillé de ne pas tarder pour aborder le sujet avec votre médecin.



Les médicaments qui nuisent au microbiote

La composition de notre flore intestinale varie en fonction des aliments mais aussi des traitements que nous avalons. Ceux-ci peuvent perturber la santé digestive.

Notre intestin abrite des milliards de micro-organismes (bactéries, virus, champignons...) qui forment le microbiote intestinal. Celui-ci joue un rôle essentiel dans les fonctions digestives, métaboliques et immunitaires. Quand son équilibre est perturbé, on parle de dysbiose. Les symptômes sont variés : ballonnements, douleurs abdominales, diarrhées, constipation, fatigue, inflammation, voire troubles cutanés. Si la dysbiose est souvent transitoire, elle peut devenir chronique, surtout en l'absence de mesures correctrices. Avec l'âge, le microbiote devient plus fragile, moins diversifié, et il met plus de temps à se rééquilibrer. À long terme, une altération du microbiote peut jouer un rôle aggravant dans l'apparition d'un grand nombre de pathologies : diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, colite

à *Clostridioides* (ou *Clostridium*) *difficile*, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, maladies auto-immunes (polyarthrite rhumatoïde...), eczéma, asthme, etc.

Les grands coupables

De nombreux facteurs viennent perturber le microbiote intestinal : une alimentation déséquilibrée, le stress, le tabac, les infections, mais aussi des médicaments couramment prescrits, parfois sur le long terme. Les antibiotiques, comme l'amoxicilline, la ciprofloxacine ou l'azithromycine, sont parmi les plus connus pour leur effet délétère. Quand ils s'attaquent aux bactéries responsables d'une infection, ils éliminent aussi une partie des « bonnes » bactéries qui peuplent notre intestin. Résultat : la flore intestinale est déséquilibrée, parfois dès les premiers jours de traitement,

et d'autres micro-organismes comme des levures (à l'origine de mycoses) ou des bactéries pathogènes prolifèrent. Chez les personnes fragiles, les antibiotiques peuvent entraîner une infection à *C. difficile*, qui est grave. C'est un cercle vicieux : plus le microbiote est appauvri, plus les bactéries pathogènes prennent le dessus... et plus le corps peine à retrouver son équilibre naturel. D'où l'intérêt de ne prendre des antibiotiques qu'en cas de stricte nécessité. D'autres médicaments d'usage courant sont susceptibles de désorganiser le microbiote, par exemple les antireflux et les anti-diabétiques (voir tableau ci-dessous).

Quelles solutions ?

Même mis à mal, le microbiote est capable de se rééquilibrer, à condition de l'aider. L'alimentation est la première alliée : des fibres (légumes, fruits, céréales complètes) pour nourrir les bonnes bactéries, des aliments fermentés (yaourt nature, kéfir, choucroute crue) pour en apporter de nouvelles. □

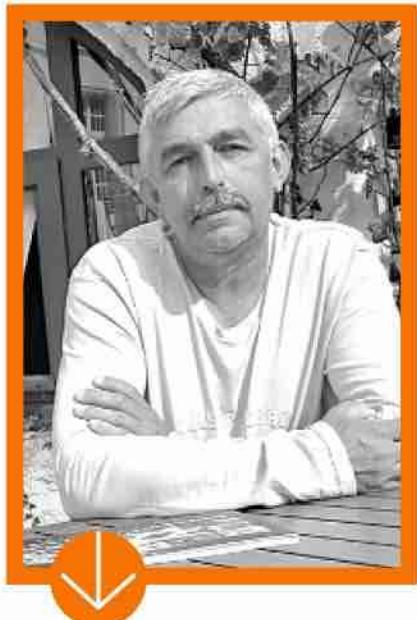
PRINCIPAUX MÉDICAMENTS IMPLIQUÉS

Classe	Molécule Nom de marque	Conséquences digestives
Antibiotiques	● Amoxicilline Clamoxyl ● Amoxicilline + acide clavulanique Augmentin ● Azithromycine Zithromax ● Ciprofloxacine Ciflox ● Rifampicine Rifadine	Ballonnements, diarrhées, infection à <i>C. difficile</i> favorisée
Antidiabétiques (hypoglycémiants oraux)	● Acarbose Glucor ● Metformine Glucophage ● Vildagliptine Galvus	Ballonnements, diarrhées, douleurs abdominales et nausées
Antidouleurs (anti-inflammatoires non stéroïdiens ou AINS)	● Diclofénac Voltarène ● Ibuprofène Advil, Nurofen ● Kétoprofène Bi-Profenid ● Naproxène Apranax	Ballonnements, constipation, douleurs abdominales, diarrhées, digestion difficile, nausées et vomissements. Effet dépendant surtout de la dose et de la durée
Laxatifs	● Bisacodyl Dulcolax ● Extrait de séné Modane ● Macrogol Forlax	Diarrhée, douleurs abdominales, nausées
Traitements du reflux (inhibiteurs de la pompe à protons ou IPP)	● Esoméprazole Inexium ● Lansoprazole Génériques ● Oméprazole Mopral ● Pantoprazole Eupantol ● Rabéprazole Pariet	Ballonnements, colites inflammatoires, diarrhées, constipation, douleurs abdominales, infection à <i>C. difficile</i> favorisée, nausées, vomissements

Liste non exhaustive



PESTICIDES “Il faut améliorer la reconnaissance des victimes”



Antoine Lambert,
55 ans, est agriculteur.
En 2021, il est
diagnostiqué d'un
cancer rare du sang.
C'est l'association
Phyto-Victimes qui lui
permet de comprendre
que cette maladie
est causée par les
pesticides utilisés
dans le cadre de sa
profession. Il en est
devenu le président.

Page réalisée par
Héloïse Rambert

Je viens d'une famille d'agriculteurs de l'Eure. En 1994, je m'installe avec mon père. Nous cultivons des classiques de la région : blé, colza, betterave, etc. Au début des années 2000, je reprends seul l'exploitation. Jusqu'au années 2010, l'usage des phytosanitaires (herbicides, pesticides, fongicides...) n'est pas un sujet dans notre profession. Nous n'avons aucune connaissance de leur dangerosité pour la santé. Peu après mon installation, je prends la présidence d'un groupement de développement et commence à réduire le recours aux intrants. Pour des raisons économiques : leur usage intensif, sur des terres à faible potentiel comme les miennes, n'est pas rentable. C'est dans ce cadre qu'en 2013, je participe à un colloque au Sénat sur les alternatives aux pesticides. Une journée est consacrée aux premières données médicales sur leurs effets sur la santé. C'est une découverte pour moi. Ce colloque me permet de rencontrer des membres de l'association Phyto-Victimes, tout juste créée. J'y adhère et entre au conseil d'administration.

Une embolie inexplicable

En 2019, en pleine moisson, je me réveille en pleine nuit, foudroyé par une douleur intense. Aux urgences, le diagnostic est tout de suite posé : embolie pulmonaire. Les médecins ne comprennent pas ce qui a pu la provoquer. Après une semaine de traitement, je reprends le travail. Mais un cardiologue, vers lequel je suis orienté pour une hypertension, repère une anomalie dans ma prise de sang. Rien d'alarmant selon lui, mais il

préfère m'adresser à un hématologue. Commence alors une période d'incertitude qui dure 18 mois. Je passe une batterie d'examens, tous négatifs. Je ne comprends pas cet acharnement, car je me sens plutôt bien. Finalement, un examen de moelle osseuse révèle que je suis atteint d'une thrombocytémie essentielle, une forme rare de cancer du sang. En clair, ma moelle osseuse fabrique des plaquettes sanguines en excès, ce qui provoque un risque élevé de thrombose. La voilà, l'explication de mon embolie pulmonaire !

«*Encore un agriculteur*», lâche la cheffe de service. Mais au-delà de cette remarque, aucun lien n'est

fait par le corps médical entre ma maladie, mon activité et les quelque 170 molécules phytosanitaires utilisées depuis mon installation. C'est une personne de l'association Phyto-Victimes qui fait le rapprochement et m'accompagne dans une demande de reconnaissance

en maladie professionnelle. La thrombocytémie essentielle est officiellement liée à une exposition au benzène, un solvant interdit en Europe depuis les années 1990 mais utilisé jusqu'à bien plus tard dans les produits phytosanitaires. Ma maladie professionnelle a pu être reconnue, cela compte énormément pour moi.

Je vis désormais avec une incapacité évaluée à 55 %. Ma maladie est incurable. Je dois suivre à vie une chimiothérapie orale. Je me sens très diminué par le traitement, et je souffre par épisodes de douleurs intenses. Rester debout pendant 2 h est devenu très difficile. Seul sur mon exploitation, je ne suis plus en mesure d'assumer toute la charge de travail. Depuis 2020, j'assure la présidence de Phyto-Victimes. J'œuvre à améliorer le service d'aide aux victimes, dans le suivi de leur dossier et l'extension des droits et des indemnisations. La route est encore longue. Nous encourageons tout professionnel ayant été exposé aux pesticides et atteint d'une maladie à faire recenser leur cas dans la base de données Phyto-Victimes afin d'établir une veille sanitaire et de faire avancer la législation pour l'ensemble des victimes des pesticides. □

➤ Vous avez utilisé des produits phytosanitaires pour votre profession et êtes aujourd'hui malade ? Contactez l'association Phyto-Victimes : contact@phyto-victimes.fr ou 06 74 78 88 27

DES MALADIES CAUSÉES PAR LE TRAVAIL

Diverses pathologies sont aujourd'hui reconnues par l'Etat et la science comme étant des maladies professionnelles en lien avec les pesticides. C'est le cas pour la maladie de Parkinson, les hémopathies malignes (lymphome malin non hodgkinien, leucémie

lymphoïde, myélome multiple), certains cancers (prostate, poumon, vessie, sang...). Cette liste n'est pas exclusive. Une maladie peut être reconnue comme étant d'origine professionnelle même si elle ne figure pas au tableau des maladies professionnelles.

ANOREXIE, BOULIMIE Des troubles

Sources de mal-être, les troubles des conduites alimentaires entraînent aussi des complications physiques parfois graves. Leur prise en charge implique plusieurs professionnels de santé.

Audrey Vaugrente

TEST

Souffrez-vous d'un trouble alimentaire ?

Le questionnaire Scoff est un outil d'aide au dépistage des troubles des conduites alimentaires. Répondez à chaque question par oui ou par non.

- 1. Vous êtes-vous déjà fait vomir** parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ? **Oui/Non**
- 2. Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle** des quantités que vous mangez ? **Oui/Non**
- 3. Avez-vous récemment perdu** plus de 6 kg en moins de 3 mois ? **Oui/Non**
- 4. Pensez-vous que vous êtes trop gros (se)** alors que les autres vous considèrent comme trop mince ? **Oui/Non**

- 5. Diriez-vous que la nourriture** est une chose qui occupe une place dominante dans votre vie ? **Oui/Non**

*Chaque « non » vaut 0 point.
Chaque « oui » vaut 1 point.
Si vous obtenez 2 points ou plus à ce questionnaire, il est utile d'en parler avec un professionnel de santé.*

Quand on évoque les troubles des conduites alimentaires (TCA), on pense d'abord aux manifestations les plus connues, l'anorexie et la boulimie. Mais il en existe bien d'autres, et ces pathologies ne sont pas si rares. Jusqu'à 10 % de la population serait concernée en France : hommes, femmes, adolescents ou adultes, minces ou obèses. La prise en charge est complexe, mêlant une rééducation alimentaire à un suivi psychologique et une sensibilisation de l'entourage. C'est un chemin semé d'embûches, où les rechutes sont courantes, mais il est possible d'en sortir.

→ RELATION DÉLICATE À LA NOURRITURE

On parle de troubles des conduites alimentaires, car ils ne se limitent pas à un comportement inadapté à l'égard de la nourriture. Sont également affectées les pensées associées : honte ou culpabilité, mauvaise perception de son corps, terreur à l'idée de grossir, etc. Il peut arriver à chacun de se réconforter avec certains aliments en cas de stress ou de déprime. Mais quand la relation à la nourriture prend une dimension excessive, entraîne une souffrance psychique ou se répercute sur la santé physique, une prise en charge est nécessaire. L'anorexie et la boulimie touchent jusqu'à 1,5 % de la population. L'hyperphagie boulimique, elle, concerne entre 3 et 5 % de la population adulte. Ces trois TCA sont les plus courants.

⊕ L'hyperphagie boulimique : des crises incontrôlées. Elle se traduit par des épisodes boulimiques récurrents. La personne consomme une grande quantité d'aliments, souvent très riches en calories, graisse, sucre ou sel, ne nécessitant aucune préparation, et elle ne cherche pas à en limiter l'impact. C'est pourquoi ce TCA entraîne très souvent un surpoids, voire une obésité. Les crises se produisent majoritairement en dehors des repas, avec une incapacité à contrôler la quantité ou à s'arrêter de manger.

Cela provoque donc fréquemment un inconfort physique : sensation de lourdeur, douleur ou reflux gastrique.

⊕ La boulimie : une suralimentation sans prise de poids. Il y a bien une succession de crises compulsives où la personne ingère une grande quantité de nourriture en très peu de temps, souvent des aliments très riches. Des crises qui se produisent en dehors des repas et sont généralement cachées à l'entourage. Mais elles sont suivies de compensations tout aussi intenses : vomissement, jeûne, activité physique extrême, prise de laxatifs... La personne ne prend donc pas de poids, elle peut même en perdre.

⊕ L'anorexie : une privation extrême. Elle est souvent en lien avec une perception déformée du corps et un refus de prendre du poids, voire un sentiment de panique à cette idée, malgré un IMC faible. Elle se traduit par un contrôle exagéré des calories ingérées, souvent insuffisantes par rapport au besoin de l'organisme, et des comportements de compensation. La personne adopte, par exemple, une pratique intense d'exercice physique après le repas ou se fait vomir. Dans un premier temps, l'anorexie sera peut-être masquée par un prétendu régime amaigrissant ou des troubles digestifs – expliquant les passages répétés aux toilettes. Elle peut aussi être associée à des épisodes boulimiques, où la prise alimentaire sera incontrôlée et suivie de comportements de compensation.

BON À SAVOIR Chez les jeunes hommes, l'anorexie se traduit plutôt par une pratique sportive extrême.

⊕ De nombreux autres troubles. Moins fréquents, certains TCA se concentrent sur le fait de manger sain (orthorexie), d'autres sur les couleurs ou les textures (alimentation hypersélective, phobies alimentaires). Certaines personnes peuvent souffrir d'une ingestion compulsive de produits non comestibles (maladie de pica) ou encore régurgiter volontairement leur bol alimentaire pour le remastiquer (mérycérisme). Comme l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie, tous ces



alimentaires pas si rares

troubles alimentaires ne se limitent pas à des signes physiques, ils entraînent aussi un réel mal-être psychique.

→ IMPACTS GRAVES SUR LA SANTÉ

La plupart du temps, les TCA ont des répercussions sur la santé mentale : atteinte à l'estime de soi, perception déformée de son corps, apparition d'une dépression ou de troubles anxieux, risque de suicide. Mais ils peuvent aussi avoir un impact majeur sur l'organisme.

La privation extrême de l'anorexie provoque ainsi des troubles digestifs ou cognitifs parfois irréversibles, ainsi que des atteintes rénales ou cardiovasculaires et de l'ostéoporose. Chez les jeunes, l'anorexie entraîne une surmortalité 6 à 12 fois plus élevée que la normale, et la boulimie 2 à 3 fois supérieure.

Dans le cas de la boulimie, le risque est surtout lié aux vomissements répétés avec une baisse du taux de potassium sanguin, un risque cardiaque, des troubles digestifs et dentaires. Le principal risque de l'hyperphagie boulimique vient de la quantité d'aliments de mauvaise qualité ingérés : apparition d'une obésité et, très souvent, de maladies cardiovasculaires ou métaboliques, comme le diabète.

En cas de doute sur un trouble des conduites alimentaires, il est important d'en parler avec un médecin, car une prise en charge précoce améliore considérablement les chances d'en sortir. Le

traitement s'inscrit alors dans la durée. Il a pour objectif de réduire la sévérité des symptômes, de favoriser les comportements alimentaires sains, de limiter les complications physiques et d'améliorer la qualité de vie.

→ QUELLE PRISE EN CHARGE ?

En général, un bilan est d'abord réalisé : évaluation du poids et des éventuelles carences nutritionnelles, troubles psychologiques associés, situation familiale. Il permet de définir quel traitement est le plus approprié. La prise en charge implique plusieurs professionnels de santé : médecin traitant, psychiatre ou psychologue, nutritionniste ou diététicien, ainsi que les spécialistes compétents en cas de complications (gastroentérologue, cardiologue, endocrinologue).

→ **L'éducation thérapeutique** permet au patient comme à son entourage de comprendre les mécanismes des TCA. Les proches y sont souvent associés, car ils peuvent soutenir et assister la personne concernée.

→ **La psychothérapie** est un axe central du traitement des TCA. Il en existe de plusieurs types : les thérapies familiales permettent par exemple de résoudre les problèmes associés au TCA dans l'environnement familial proche (parents, fratrie). Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) mettent en place des exercices centrés sur les symptômes

et ont démontré une bonne efficacité. Les séances peuvent se dérouler en groupe ou individuellement.

→ **La rééducation nutritionnelle** se fonde sur des objectifs fixés par l'équipe soignante et la personne elle-même. Ce programme doit permettre une réalimentation progressive dans le cas de l'anorexie, ou une adaptation des comportements en cas de crise de boulimie ou d'hyperphagie. Retrouver le rythme des repas et le plaisir de manger, varier son alimentation en sont autant de composantes.

→ **L'activité physique adaptée** peut être recommandée lorsque l'anorexie ou la boulimie se traduisent par une pratique sportive extrême. Le programme permet alors de retrouver un rythme adapté aux particularités et aux limites physiques de la personne. Il peut aussi aider à réduire les complications cardiovasculaires ou métaboliques d'une hyperphagie.

→ **Et les médicaments ?** À ce jour, aucun médicament n'a démontré son intérêt dans la prise en charge d'un TCA. Ils sont parfois prescrits pour en traiter les conséquences psychologiques (antidépresseurs) ou physiques. L'hospitalisation, n'est préconisée que lorsque la vie de la personne est en danger : dénutrition sévère, complications physiques (trouble cardiaque, déshydratation) ou psychologiques (risque suicidaire, refus de soins). Elle peut aussi être envisagée en cas d'échec des soins ambulatoires ou d'épuisement de l'entourage. □

RECONNAÎTRE LES SIGNAUX CHEZ UN PROCHE

Souvent, c'est l'entourage qui prend conscience d'un trouble des conduites alimentaires. Si vous repérez l'un des signes suivants chez une personne proche, tentez d'en parler avec délicatesse et sans jugement.

→ Une préoccupation excessive ou constante sur les questions du poids, de l'alimentation ou de l'image du corps, ou une mauvaise estime de soi.

→ La survenue d'habitudes alimentaires inhabituelles, secrètes, extrêmes.

→ Des signes d'alimentation compulsive masquée (disparition de nourriture) ou de comportement de purge : passages répétés aux toilettes en fin de repas, prise de laxatifs, de diurétiques ou de produits amaigrissants.

→ Des changements d'humeur ou de comportement inexpliqués : dépression,

anxiété, irritabilité, retrait des activités sociales.

→ Une activité physique trop intense, le suivi strict de régimes, une variation brutale du poids.

→ Une décoloration des dents ou l'apparition de taches sur celles-ci. Gardez à l'esprit que l'on peut avoir l'air en bonne santé et malgré tout souffrir d'un TCA, surtout au début.



Radio dentaire : quel risque ?

Dans les cabinets dentaires, la radiographie est systématique pour diagnostiquer une carie. Mon dentiste m'a rassurée en m'indiquant que l'exposition est minime. Mais je m'interroge. Y a-t-il des études sur le sujet, et risque-t-on de passer à côté d'une carie si on refuse cet examen ?

Alexandra B.-L., par e-mail

O.C. SANTÉ Ces radios exposent à un niveau très faible de rayons ionisants, très inférieur à 0,1 millisievert (mSv). À titre de comparaison, l'exposition annuelle en France est estimée à 4,5 mSv, dont deux tiers liés à des sources naturelles comme le radon. Pour autant, le recours à cet examen doit être justifié. La Fédération dentaire internationale est claire : « *Il doit être procédé à un examen initial clinique pour déterminer le besoin d'une radiographie.* » La convention signée entre les dentistes et l'assurance maladie indique que la radio complète l'examen de prévention, si nécessaire. Elle peut aider à repérer des caries dans les espaces interdentaires, mais elle ne suffit pas à détecter une carie, comme l'a montré la Collaboration Cochrane en 2021 : elle entraîne 13 % de résultats faussement positifs et 51 % faussement négatifs. Elle doit donc être réalisée en cas de soupçon et non par routine. □

Un coup de chaud différé

A la lecture de votre article sur les risques liés à la chaleur (Q.C. Santé n°206), je me rappelle une mésaventure passée. Il y a de nombreuses années, j'ai passé une journée à randonner en Camargue. Habituel de ces randonnées, et transpirant beaucoup, j'ai emporté une gourde enrichie de pilules d'hydratation pour l'effort. J'étais préparé, à un détail près : le chapeau, qui était normalement dans mon sac, était resté à l'hôtel. J'ai malgré tout randonné sans problème ou signe m'alertant d'une quelconque souffrance thermique. C'est plusieurs heures après mon retour à l'hôtel, lors du dîner, que je me suis senti mal et je me suis mis à transpirer de manière excessive. Le personnel m'a conseillé de rentrer dans ma chambre pour prendre un bain frais. Cela m'a permis de revenir à un niveau thermique normal.

Alain K., par e-mail

PAROLE
DE
LECTEUR

Des données pas si personnelles

Mon médecin m'a prescrit un arrêt de travail pour épisode dépressif modéré, accompagné d'un anxiolytique. La prise de rendez-vous, la téléconsultation, l'arrêt de travail et l'ordonnance ont tous été réalisés via Doctolib. Le lendemain, j'ai reçu un mail publicitaire de cette même plateforme sur le lien entre alimentation et santé mentale. Je ne crois pas avoir reçu de telles communications par le passé. Y a-t-il un lien entre ces deux événements ?

Maxime T., Lezennes (59)



O.C. SANTÉ Ce qui vous est arrivé est probablement le fait du hasard. Pour envoyer des mails promotionnels sur ses services ou des partenaires, la plateforme Doctolib n'analyse que des informations générales vous concernant : nom, prénom, sexe, âge ou code postal. Les cookies ne prévoient pas non plus

une telle utilisation de vos données. Prenez tout de même le temps de vérifier quels cookies et quels usages vous avez acceptés. Vous pouvez, par exemple, refuser l'envoi de tels mails ou empêcher Doctolib d'utiliser vos données de santé anonymisées pour entraîner son intelligence artificielle. □

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/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 de définir des directives *post-mortem* via le formulaire <https://quechoisir.org/dpo>. Il est également possible de formuler une réclamation auprès de la CNIL. Les données à caractère personnel sont conservées de trois ans à compter du terme du contrat, sans préjudice des dispositions législatives ou réglementaires propres à certaines catégories de données imposant une durée de conservation particulière ou leur suppression. Les données 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.

Rupture de stock sans explication

Traité par Repatha (évolocumab), un médicament injectable qui réduit l'excès de cholestérol, je ne le trouve plus en pharmacie depuis fin juin. Ni l'assurance maladie, qui a donné son accord pour le traitement, ni mon médecin ni les pharmaciens ne peuvent m'expliquer cette indisponibilité. La presse fait référence à un bras de fer entre le laboratoire Amgen, qui le fabrique, et le Comité économique des produits de santé sur la question du prix. Pourriez-vous parler de cette situation qui met en danger les patients ?

Aline S., par e-mail

Q.C. SANTÉ La pénurie touche l'alirocumab (Praluent) et l'évolocumab (Repatha), des médicaments hypocholestérolémiant, dits anti-PCSK9. Elle a fait l'objet de plusieurs questions au gouvernement, d'une pétition et de nombreux articles dans la presse. Leurs fabricants, Sanofi et Amgen, ne connaissent pas de difficultés de production. C'est bien une stratégie destinée à forcer la main de l'État dans la négociation sur le prix de ces traitements. Les laboratoires estiment que la France ne les paie pas assez cher – environ 400 € pour un mois de traitement. Amgen fait donc le choix de prioriser d'autres pays, quand Sanofi pense demander un déremboursement, arguant

que la fabrication de l'alirocumab n'est pas rentable. Il a pourtant dégagé 5,4 milliards d'euros de bénéfice net en 2024. Derrière ce conflit larvé, il y a l'évaluation des anti-PCSK9 par la Haute Autorité de santé. Selon elle, ces traitements n'apportent, le plus souvent, rien de plus que les produits déjà disponibles (statines, ezétilimibe) et ils n'ont pas montré d'impact supérieur sur la mortalité cardiovasculaire. Leur prix doit donc s'aligner sur celui des médicaments déjà en circulation. Les fabricants auraient pu lancer des essais comparatifs pour apporter cette preuve. Au lieu de cela, ils ont fait le choix d'instrumentaliser les patients et les prescripteurs. □



Soigner l'hypertension oculaire

es traitements prescrits pour limiter la tension oculaire doivent-ils être pris à vie, ou l'hypertension oculaire peut-elle être passagère ? Quels sont les risques liés à l'arrêt d'un tel traitement ?

Yvonne K., Rennes (35)

Q.C. SANTÉ Dans l'immense majorité des cas, l'hypertension oculaire est persistante. Si elle n'est pas contrôlée, elle abîmera progressivement le nerf optique. Il est donc important de la repérer. Lorsqu'elle est associée à un glaucome, le traitement médicamenteux, sous forme de collyre, est systématique. Sans glaucome, le médecin décidera d'une simple surveillance annuelle ou d'un médicament en fonction de la tension mesurée. Il est

alors essentiel de suivre sa prescription à la lettre. Mais vous pouvez discuter avec lui du traitement qui vous convient le mieux, par rapport aux excipients et effets indésirables. En complément, certaines habitudes de vie peuvent aider à mieux réguler sa pression oculaire : une activité physique modérée, un sommeil de qualité, l'adoption d'une alimentation riche en antioxydants et une moindre consommation de caféine et d'alcool. □

ILLUSTRATIONS : MUZO

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 avis 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 : Fadila Benni-Nawjeek

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 :

Julia Dasic, Antoine Dusault, Stéphanie Gardier, Anne-Laure Lebrun, Muzo, Héloïse Rambert, Carole Wolfermann

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, pour une partie du tirage, un encart sous enveloppe collée en 4^e de couverture.

Tous droits de reproduction et d'adaptation réservés

Impression : Imprimerie IPS, route de Paris, 27120 Pacy-sur-Eure
Imprimé sur papier PerlenValue 80 g

Imprimé avec des encres blanches

Origine du papier : Suisse

Taux de fibres recyclées : 62 %

Certification : PEFC

Eutrophisation : 0,44 mg/l





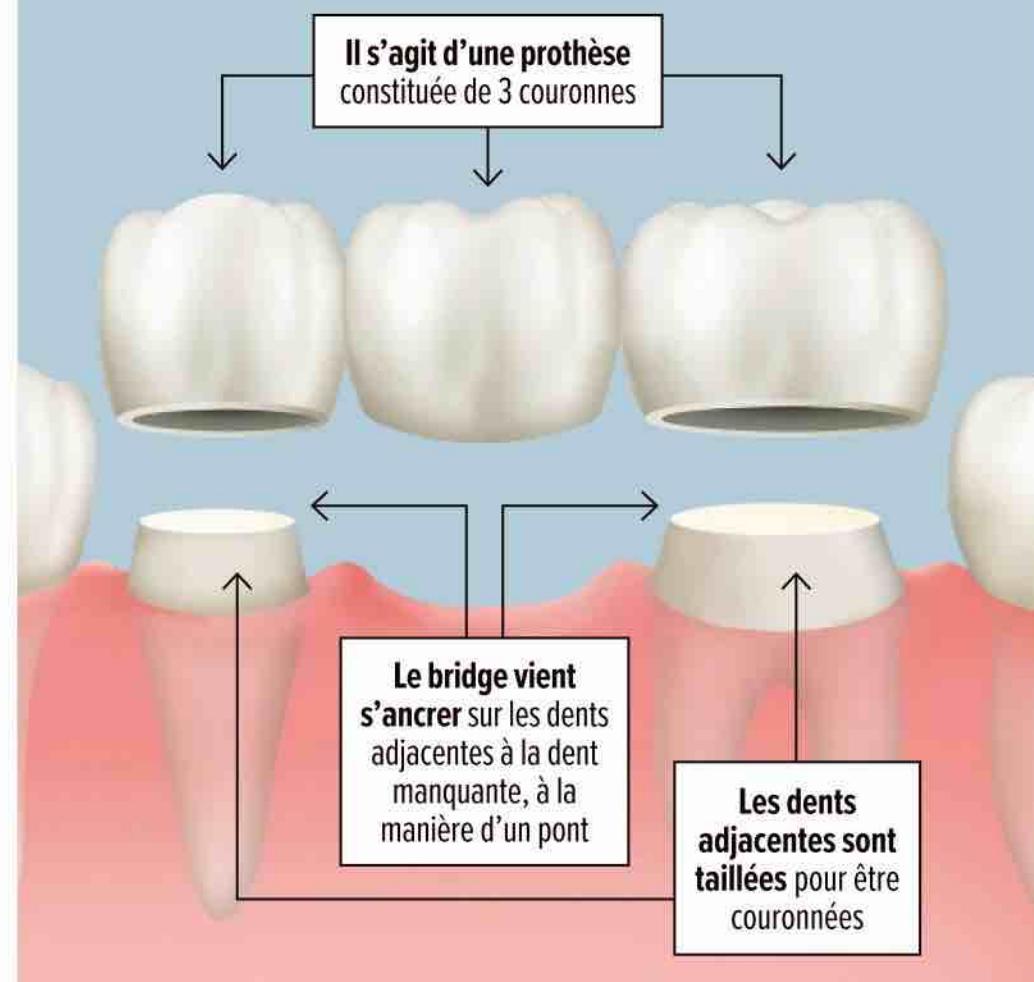
Dent à remplacer : que faire ?

Le bridge ou l'implant dentaire sont les principales options lorsqu'il est nécessaire de remplacer une dent. Le premier a clairement l'avantage du coût, le second se rapproche plus d'une vraie dent.

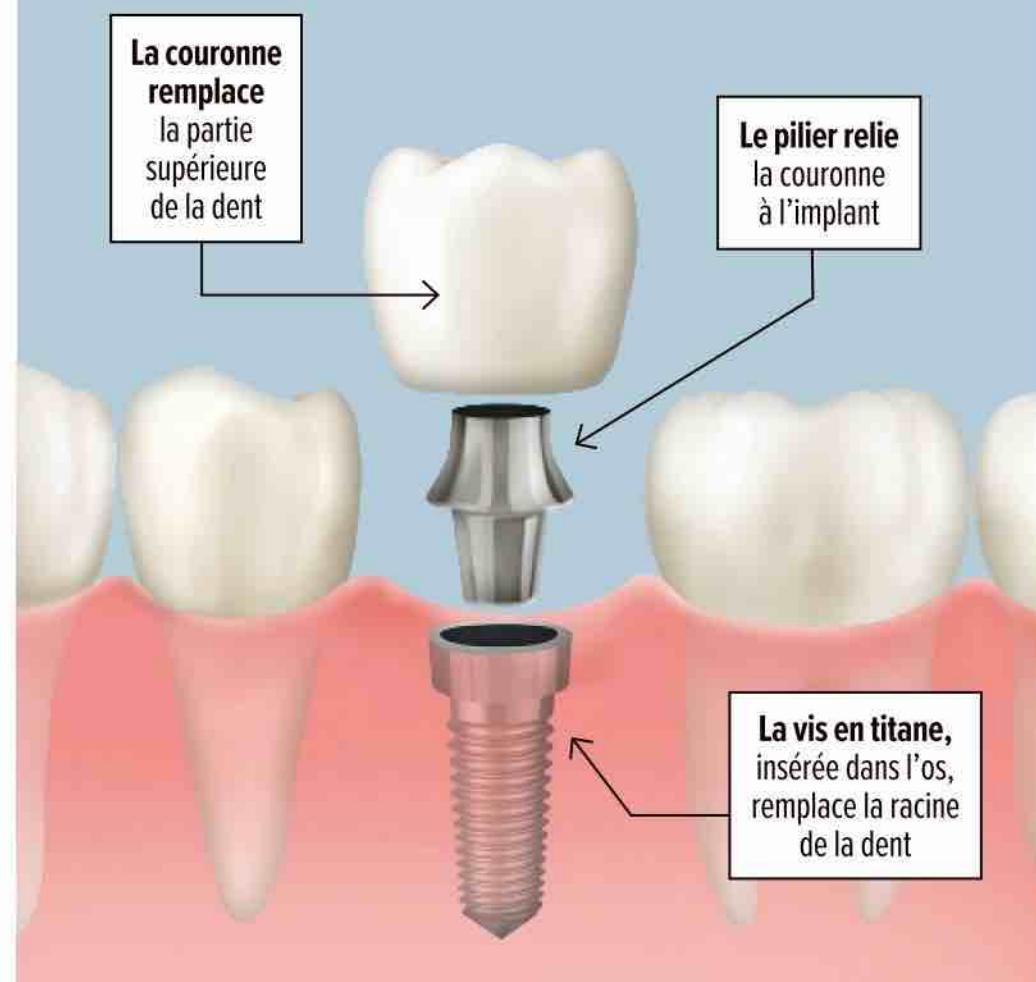
Par **Stéphanie Gardier** Illustrations **Julia Dasic**

Deux techniques possibles

Le bridge



L'implant



Les critères pour choisir

L'IMPACT SUR LES AUTRES DENTS

L'implant dentaire est composé d'une petite vis implantée dans la mâchoire et d'un pilier sur lequel est ensuite fixée une couronne. Celle-ci remplace à l'identique la dent qui a été enlevée. Cette technique n'a aucun impact sur les dents adjacentes, contrairement au bridge ou pont dentaire. Ce dispositif utilise en effet les deux dents situées de part et d'autre de la dent arrachée comme ancrage de la prothèse, un peu comme les piles d'un pont. Il est nécessaire de tailler ces deux dents adjacentes et parfois de les dévitaliser.

LE TEMPS DE RÉALISATION

L'un des avantages du bridge dentaire est qu'il permet de remplacer la dent en 3 semaines à 1 mois. Pour l'implant, il faut compter 4 à 6 mois de cicatrisation de la gencive avant que la couronne puisse être posée.

LE COÛT

Un argument en faveur des bridges est leur coût, bien inférieur à celui des implants. Leur prix peut dépasser les 1 500 € mais, s'ils concernent le remplacement d'une incisive ou d'une canine, les bridges céramométalliques sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. Les implants, eux, ne sont jamais remboursés. Leur prix peut varier de 1 200 € à plus de 2 000 € selon la marque, la composition et les tarifs du praticien. Votre dentiste se doit

de vous fournir un devis. Cela vous permettra, entre autres, de demander à votre mutuelle une estimation du remboursement auquel vous avez droit. Les bridges ont une durée de vie plus courte que les implants. Selon l'âge du patient, ces derniers peuvent donc être considérés comme un meilleur investissement sur le long terme.

VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

La pose d'un implant dentaire implique l'intégration d'un corps étranger dans la gencive. Elle peut donc vous être déconseillée en fonction de votre état de santé (os de qualité insuffisante, diabète mal équilibré, valvulopathie, traitement immunosupresseur...). Pour la pose d'un bridge, les dents adjacentes doivent être saines.