

Relevé de conclusions

COMITE PROGRAMMES

Du mardi 5 novembre 2019 de 14 h à 17 h

Lieu : Amphithéâtre Rampal / Bâtiment ARCHIMED, Hôpital de l'Archet

Présents :

A2S : Mme DIAGANA, M. PJEVAC, M. RIVIERE

AMETRA 06 : Mme DUFLOS

APMESS 06 : M. BRAMI

APREH : M. BAILLOT

APREMAS : Dr GRANON

C3S : M. GUENNOUN

CAP AZUR SANTE : M. LAMAURY

CERON, CSO : Mme POUGETOUX

CHU DE NICE : Pr PRADIER, Dr BAILLY, Dr DAHAN, Dr MONDAIN, Mme SAULNIER, Mme BAUCHET, Mme GASC, Mme GELOEN, Mme LE FEVRE, M. LEGUEULT, M. ALLOUCHE, Mme DJAH

CIU Santé : Mme CHARLES

CODES 06 : Mme ROEHRIG

COLLECTIF CITOYEN 06 : M. CHRETIEN

CPAM : M. DUMAS

INSERM : Dr BENAHMED

MAIRIE DE NICE : Mme FALZON

PTA EST AZUR : Mme KERN

UCA : Mme MARTINO, M. CORVELYN

Consultant : M. DUTREIL

Excusés :

ARS PACA DT06 : Mme VIREM

AZUR SPORT SANTE (A2S) : Dr FERRE

CCAS de Nice : M. LABROSSE

CERON, CSO : Dr NEGRE

CHU DE NICE : Mme ASSO-VERLAQUE, Dr MARINE-BARJOAN, Pr ZIEGLER

IFSI CANNES : M. THOMAS

MAIRIE DE MOUANS-SARTOUX : M. PEROLE

PTA EST AZUR : Dr GERSCHTEIN

STAPS/LAMHESS : D'ARRIPE-LONGUEVILLE

UMF 06 : M. OSENDA

1 - PREAMBULE

M. DUTREIL ouvre la séance et remercie tous les participants pour leur présence.

2 – BREVES

2.1 Master de Santé Publique

Le Pr PRADIER introduit les Brèves en informant l'assemblée de l'ouverture du Master de Santé Publique, développé par le Département de Santé Publique, qui réunit l'ensemble des 3 D.U. proposés jusqu'alors ("Animation et Coordination Territoriale en Santé Publique", "Santé, Parcours et Territoire" et "Politiques Publiques en Santé"), avec un cours supplémentaire sur : "Introduction sur les Méthodes Qualitatives". Ce Master, ouvert aux étudiants en

formation initiale ou en formation continue depuis 2019, est en 100 % e-learning et à distance, via la plateforme Moodle. Cette formation est très souple et peut se faire sur 1, 2, ou 3 ans.

2.2. Projets à dimensions régionales et nationales

2.2.1 Evaluation nationale SFP (Dr Corinne ROEHRIG, CODES)

Le Pr PRADIER présente brièvement, en attendant l'arrivée du Dr ROEHRIG (Médecin au CODES), les résultats de l'enquête nationale sur le programme éducatif de soutien à la parentalité "PSFP", qui est centré sur les compétences psycho-sociales. Le programme, d'abord "testé" dans les Alpes-Maritimes dans les quartiers en difficulté, est actuellement en phase de déploiement national. Les résultats sont très positifs, avec une nette amélioration des paramètres tels que : augmentation des habiletés parentales et du sentiment d'auto-efficacité, réduction de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes, diminution des problèmes comportementaux et psychiques, amélioration du climat familial et des résultats scolaires. Les résultats définitifs seront présentés lors d'un prochain Comité de Programmes.

M. LAMAURY demande quelles sont les possibilités de développement de "PSFP". **Le Pr PRADIER** répond que le Dr ROEHRIG y travaille, en particulier sur la formation de personnes qui pourraient déployer ce programme sur d'autres secteurs, si tant est que les Municipalités puissent financer un Chargé de Mission qui assurerait le pilotage. D'où toute une réflexion, notamment dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale, sur l'implication des municipalités.

2.2.2. Article 51 "As du cœur" (Odile DIAGANA, Azur Sport Santé) Cf. Diaporama.

Mme DIAGANA expose brièvement l'historique de l'étude "As du Cœur", depuis le programme pilote de 2014 (avec 9 patients à la Clinique des Sources), jusqu'à l'expérimentation As du Cœur Multicentrique, retenue par la cellule nationale d'instruction de l'article 51. L'objectif est d'expérimenter à une plus large échelle l'impact et la faisabilité du programme, et le dupliquer éventuellement sur d'autres pathologies.

L'Article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale prévoit la possibilité de mettre en œuvre de nouvelles expérimentations en santé, afin d'améliorer la prise en charge et le parcours des patients. Dans ce cadre-là, "As du Cœur" propose un accompagnement pour la pratique de l'activité physique durable (avec un module d'engagement pour soutenir la motivation), chez des patients atteints de pathologies cardiovasculaires. Le périmètre de l'expérimentation concerne 5 régions, pour 800 personnes, sur une durée de 5 mois (1 an pour toute l'expérimentation), avec des inclusions au fil de l'eau et une accessibilité à tous les patients.

M. GUENNOUN trouve difficile de devoir recruter entre 50 et 100 personnes par SSR. **OD** mentionne que dans le Var, les Centres de Soins de Suite, avec 1400 patients/an, estiment qu'avec un programme gratuit d'activité physique, ils seraient capables d'en inclure entre 20 et 30 %. Le frein est souvent le prix ou l'éloignement géographique du Centre par rapport au domicile. Elle ajoute que le choix des structures se fera donc en prenant en compte un maillage territorial qui permette d'avoir un centre à moins de 10 mn de chez soi. Le forfait pris en charge est de 600 €/personne, avec une somme allouée également pour la structure qui va organiser la pratique de l'activité, pour couvrir l'achat de matériel, la location de salles, etc. La prise en charge de l'APA par l'Assurance Maladie serait une première.

M. DUTREIL se pose la question du suivi médico-économique. **OD** précise que ces évaluations seront faites par un organisme indépendant, ou par Azur Sport Santé.

2.2.3. Article 51 "PACO" (Iris POUGETOUX et Nadège DJAH, représentent le Dr Véronique NEGRE, CHUN)

Cf. diaporama.

Mme POUGETOUX coordonne, avec le Dr Véronique NEGRE, le Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO). Elle présente le projet "PACO" (PACA Obésité) et le contexte régional qui laisse apparaître un recours plus important à la chirurgie bariatrique en PACA, au regard des autres régions. L'ARS a missionné un groupe de travail (créé en 2017) sur la pertinence de la prise en charge de l'obésité, médicale et chirurgicale. Le constat mettait en évidence une valorisation de l'acte chirurgical par la T2A (avec un décalage entre le nombre de programmes ETP obésité financés et le nombre d'interventions), un non-remboursement des suivis annexes, et une absence de réseau Obésité en PACA.

Dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la SS, le CSO a répondu à un appel d'offre en février 2019, afin d'expérimenter le parcours du patient PACO. Des propositions ont été faites (cahier des charges, fiche de RCP, Charte de qualité), des critères de qualité liés à l'activité chirurgicale ont été établis (qualification en Chirurgie bariatrique, nombre d'interventions > 50 patients/an, compétence pluri-procédures), une participation au registre de la SOFFCO et au DMP est nécessaire, ainsi qu'un plateau technique adapté. Les inclusions se font sur les deux premières années. Une équipe pluridisciplinaire formée assure un bilan pré/post opératoire et le suivi éducatif.

M. DUTREIL souligne que la nouveauté, dans ce projet, est la logique "Pré-opératoire" et que l'objectif est d'éviter le recours à la chirurgie, en éduquant le patient.

Le Pr PRADIER attire l'attention sur la problématique du nombre de patients "perdus de vue" et estime que le projet PACO permettra d'éviter des complications gravissimes, liées à l'absence de suivi des patients.

M. GUENNOUN interroge sur la raison du recours plus important de la chirurgie bariatrique en PACA.

Le Dr DAHAN suggère qu'il serait intéressant de vérifier le respect des indications dans la région PACA. **Mme POUGETOUX** répond qu'avec la télétransmission, le contrôle des dossiers patients par la CPAM est plus élevé.

Le Pr PRADIER rajoute que le DSP a mis en place le Registre Obésité SOFFCO, à la demande de la Haute Autorité de Santé, ce qui porte un éclairage supplémentaire à l'échelon national, notamment sur le non-respect des indications.

Mme DIAGANA souhaite savoir à quel moment est proposée l'activité physique dans le parcours du patient. **Mme POUGETOUX** indique qu'elle intervient en pré et en post-opératoire.

2.3. Dispositif Sport sur Ordonnance de la Ville de Nice "Nice Activ'Santé" (Charlène FALZON, Ville de Nice)

Cf. diaporama

Mme FALZON informe l'assemblée du nouveau projet de la Ville de Nice qu'elle coordonne : "Sport sur ordonnance", mis en place avec le soutien d'Azur Sport Santé, qui a obtenu un financement de l'ARS dans le cadre de l'appel à projet "Sport Santé 2019", en partenariat avec le CHU et la Faculté de Médecine de Nice. Ce dispositif, mobile, propose un accompagnement vers la pratique de l'activité physique pour les Niçois insuffisamment actifs, en traitement pour une Affection Longue Durée, résidant dans les quartiers prioritaires de la ville. L'objectif est de leur faire pratiquer une activité physique adaptée durablement et de manière sécurisée. Sur le territoire niçois, il existe un réseau sport santé compétent qui a déjà convaincu bon nombre de professionnels de santé.

La ville de Nice gère la plateforme d'évaluation, d'orientation et de suivi, sur un parcours (dont le point d'entrée est toujours le médecin traitant) et fait le lien entre les professionnels de la santé et les professionnels de l'activité physique. Le but est de soulager le médecin. Le CHU intervient en complémentarité avec la Plateforme, puisqu'il est proposé à toutes les personnes âgées de plus de 65 ans d'avoir une évaluation complémentaire, sur la Plateforme "Fragilité" du CHU (Hôpital de Cimiez). Le challenge est de viser 250 personnes sur 1 an, qui s'engagent durablement dans un programme d'activité physique.

Suite à l'interrogation de **M. DUTREIL** concernant le financement de l'ARS, **Mme FALZON** précise qu'il sert à financer en partie le poste de M. Aurélien LAZZARO (Réfèrent du dispositif et enseignant d'activité physique adapté, qui réalise les bilans des patients), pour un budget global approximatif de 90 000 €.

Le Dr BENAHMED demande quels sont les paramètres objectifs observés, une fois que les patients ont réalisé leur activité physique. **Mme FALZON** indique que sur les tests physiques, il est évalué : la force des membres inférieurs, la souplesse, l'équilibre et l'endurance. Sur la partie "entretien motivationnel" (au cas par cas, via des questionnaires validés par l'UCA), on va mesurer l'estime de soi, l'engagement envers l'activité physique, la motivation et l'auto-efficacité. L'objectif du Réfèrent du dispositif sera de répondre au cas par cas à chaque patient, en fonction de ses obligations et de ses envies, sans oublier les contraintes financières, car les personnes sont orientées sur des structures payantes.

2.4. Les plateformes territoriales

M. LAMAURY, Directeur de la nouvelle Plateforme Territoriale d'Appui "CAP AZUR SANTE" (Pôle de Santé Vallauris), mentionne que l'ouverture officielle se fera fin janvier 2020. A ce jour, 2 IDE sont recrutées, 1 Assistante-Sociale et 1

Assistante de Coordination. L'étape actuelle est l'identification de l'ensemble des ressources du territoire, et la communication débutera début janvier, avec le soutien déjà présent des PTA de Nice.

M. DUTREIL estime qu'il est souhaitable que les PTA échangent entre elles, afin de garder chacune leurs particularités. **M. LAMAURY** rétorque qu'une rencontre a déjà eu lieu avec les PTA de Breil-sur-Roya et Nice et Aix-en-Provence, et que le "club PTA" relie l'ensemble des PTA de la région PACA. **M. GUENNOUN** confirme que les PTA échangent très régulièrement (notamment sur les procédures, etc.) et travaillent avec le même système d'information.

3 – ORIGINE ENVIRONNEMENTALE ET EPIGENETIQUE DES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES : MECANISMES ET OUTILS POUR LA MEDECINE 4P ET INTEGRATIVE (Dr Mohamed BENAHMED, Directeur de Recherche INSERM)

Le Pr PRADIER fait remarquer que la présentation de Mohamed BENAHMED s'intègre parfaitement dans tout ce que fait l'Espace Partagé, et en particulier dans les actions de "Promotion de la Santé". En effet, l'épigénétique fait le lien entre les environnements favorables à la santé et les mécanismes physiopathologiques.

Le Dr BENAHMED développe sa présentation sur 3 points : **1.** L'augmentation rapide de l'incidence des maladies chroniques, l'impact de l'environnement (mode de vie) et l'identification de leurs bases épigénétiques. **2.** L'origine environnementale et l'épigénétique des maladies chroniques : exposition aux toxines, déséquilibres nutritionnels et stress psycho-émotion/psycho-social. **3.** La nouvelle génération de biomarqueurs pour préserver la santé et qui offrent de nouveaux outils pour la Médecine 4P (Prédictive, Préventive, Personnalisée et Participative), la médecine intégrative.

Parmi les 3 causes majeures de décès (maladies infectieuses, maladies chroniques et accidents), les maladies chroniques, avec leurs complications à long terme, la perte de bien-être et les coûts élevés pour la Santé Publique qui en découlent, deviendront en 2030 la cause principale de décès dans les pays à revenu élevé et faible. En outre, l'espérance de vie "totale" (en bonne santé, sans incapacité) stagne depuis environ 10 ans. On sait aujourd'hui que les maladies chroniques ne sont pas des maladies génétiques (la génétique n'intervenant pas au-delà de 10 %), mais qu'elles sont dues à une programmation précoce (pendant la grossesse et l'enfance) par notre mode de vie (environnement), impactée par des déséquilibres nutritionnels, les toxiques et le stress, qui constituent la mécanique épigénétique. Le tronc commun de toutes ces maladies est l'inflammation subchronique, qui va par ailleurs accélérer la vitesse de vieillissement de l'organisme. Aujourd'hui, une nouvelle génération d'outils diagnostiques et thérapeutiques épigénétiques permet de mesurer et de mieux comprendre ces maladies-là. La mesure, grâce à l'épigénétique, du passage de la "bonne santé" à la programmation de la maladie à travers les modes de vie est une grande révolution et permet de passer de la fatalité à la responsabilité, avec de grands espoirs de réversibilité des pathologies, via la médecine intégrative.

S'agissant des toxiques, les perturbateurs endocriniens (naturels et chimiques) sont particulièrement impliqués dans la majorité des pathologies chroniques (y compris l'infertilité, avec laquelle on observe une signature génétique commune). Ils sont ubiquitaires et constituent un danger pour la santé, car ils interfèrent avec le système hormonal. Le coût pour évaluer leur toxicité est très élevé (200 à 250 milliards d'euros/an pour l'UE). Néanmoins, la toxicologie actuelle est limitée et dépassée, donc inefficace, et non éthique (utilisation d'animaux en très grande quantité). Les nouvelles techniques de bio-analyse, bio-informatique et épigénome offrent des perspectives intéressantes pour l'avenir.

La réglementation pour protéger la collectivité reste compliquée et insuffisante, mais une démarche individuelle peut, au quotidien, améliorer notre santé (et celle de la planète), en particulier en adoptant de bons comportements : alimentation ciblée Bio, vigilance au niveau des cosmétiques, des produits domestiques, de l'eau, etc.

La nutrition a beaucoup évolué (développement des nutrithérapies) et intervient de façon majeure dans la prévention et la prise en charge des maladies chroniques (choix d'aliments anti-inflammatoires), associée à la pratique d'une activité physique durable. Actuellement, grâce à la nutriginomique, on étudie les effets des aliments et des constituants alimentaires sur l'expression des gènes. L'objectif est d'optimiser la nutrition par rapport au génotype de l'individu.

Enfin, le stress (un stress quotidien qui dure dans le temps), de la même façon que les toxiques et la nutrition déséquilibré, altère toute la mécanique épigénétique et peut être réellement délétère pour la santé physique et mentale (en perturbant nos hormones, notamment à cause de l'augmentation de notre taux de cortisol et de catécholamines, qui aura pour effet de produire de l'inflammation). On peut intervenir sur le stress et des données récentes démontrent qu'avec une pratique régulière de la méditation, du Yoga, Qi Gong, on peut diminuer les marqueurs inflammatoires.

En conclusion, nos modes de vie (toxiques, nutrition, stress) altèrent notre machinerie épigénétique, entraînant inflammation, vieillissement prématuré et maladies chroniques. La transition de la santé à la maladie est réversible, grâce à la médecine intégrative 4P (Prédictive, Préventive, Personnalisée et Participative).

Les maladies chroniques sont avant tout des maladies sociales, et la pauvreté est un facteur aggravant dans les maladies chroniques. Un rapport des Nations-Unies sur l'extrême pauvreté et les droits humains au Royaume-Uni, publié en 2018 dans la revue "The Lancet", affirme que la pauvreté est un choix politique.

M. DUTREIL remercie le conférencier et fait remarquer que ce discours est quelque peu pessimiste, et suppose un aspect politique sur une réversibilité éventuelle.

Le Dr BENAHMED rétorque que ce n'est pas une éventualité et qu'actuellement, nous sommes confrontés à deux gros défis dans le monde : la pollution et la pauvreté. Dès lors que la maladie sort du cabinet médical, nous sommes confrontés à cela.

M. BRAMI souligne un changement notable dans la société. Il estime, pour y participer lui-même, que nous sommes dans une société de déconsommation, où le Bio se développe et que même les mouvements constatés dans le monde expriment une volonté de retour à la convivialité (méditation, etc.). Ainsi, dans les EHPAD qu'il dirige, les équipes se forment à l'haptonomie ("Science de l'affectivité") afin de reconforter et soulager les résidents.

Le Dr BENAHMED insiste sur les réelles possibilités de changement, afin de rester en bonne santé. Ces nouvelles alternatives sont pleines d'espoir –et ce sans interventions médicamenteuses.

Le Dr MONDAIN annonce la création du département de médecine intégrative à la faculté de médecine qui va permettre d'implémenter de véritables essais cliniques dans ce domaine. Elle s'étonne que les médecins hospitaliers ne se soient pas saisis davantage des découvertes apportées par l'épigénétique. En effet, les mécanismes physiopathologiques de l'épigénétique concernent toutes les spécialités (endocrinologues, cardiologues, neurologues, infectiologues,...) et la base est identique. Ceci veut dire qu'il faut travailler ensemble pour lutter contre la pollution, la mauvaise alimentation, le stress. Il faut faire comprendre aux gens que c'est un travail qui doit nous rassembler. Cela implique aussi de sortir de l'hôpital pour aller vers les citoyens, en sachant que certains citoyens sont déjà extrêmement concernés pour défendre des valeurs (comme la qualité de l'air extérieur) dont les médecins ne se sont pas saisis (chacun restant dans son silo).

Pour le Dr BENAHMED, la notion de spécialité doit aussi être remise en question parce l'épigénétique montre qu'il existe beaucoup de mécanismes communs entre les maladies.

Le Pr PRADIER précise que l'EPSP est justement un antidote à ce cloisonnement. Sa mission est de faire tomber les cloisons pour permettre aux équipes de travailler ensemble (y compris à l'hôpital). **Le Dr MONDAIN** fait remarquer que Christian PRADIER permet ce rassemblement.

Le Dr MONDAIN tient à souligner le côté très positif de la présentation du Dr BENAHMED et considère que pour une fois, il y a une réelle cohérence entre ce qui est bon pour nous, pour l'environnement, et de façon extrêmement simple.

Mme BAUCHET attire l'attention sur la dimension économique évoquée, et ajoute que le problème n'est pas si simple que ça : la santé n'appartient pas au monde médical. C'est quelque chose de complètement transversal.

M. DUTREIL mentionne que le financement actuel favorise le système de soins, au détriment du système de santé. Il ajoute que toutes les politiques publiques (en dehors des comportements individuels) ont un impact de santé.

Le Dr MONDAIN déclare qu'à Nice, ce sont les citoyens, et non les médecins, qui se préoccupent de la qualité de l'air (qui a un retentissement majeur pour les personnes fragiles et vulnérables) et qu'ils sont obligés de monter au créneau auprès des politiques.

M. BRAMI explique que c'est la problématique de l'incompréhension politique, et non des politiques eux-mêmes. Il cite l'exemple de la nécessité prochaine de vérification de la qualité de l'air en EHPAD, à la demande des politiques. A son avis, cette demande est stupide car le problème vient de la qualité de l'air extérieur, et le gouvernement se dédouane derrière ces lois. Il conseille, à ce propos, la lecture de "No society : la fin de la classe moyenne occidentale" de Christophe GUILLUY, qui montre la rupture entre l'élite politique médiatique et académique et la société de la convivialité.

Mme BAUCHET craint que l'on ne soit trop autocentré sur notre propre santé et rappelle que la dimension sociale est absolument essentielle.

M. GUENNOUN fait remarquer que tout ce qu'il a appris à la Faculté de Biochimie, concernant la génétique, doit être oublié aujourd'hui. Il prend l'exemple de 2 jumeaux homozygotes qui, au bout de 50 ans, seraient très différents après une vie totalement opposée.

Le Dr BENAHMED annonce le projet innovant de cohorte européenne, concernant la mesure de l'impact de la nutrition sur l'autisme, à partir des marqueurs épigénétiques, qui pourrait changer toute la lecture de cette pathologie. **M. GUENNOUN** déclare qu'il est d'ailleurs recommandé aux parents d'enfants autistes de réaliser des tests génétiques. Une autre dimension, qui remet tout en question, s'ouvre pour identifier ces pathologies et il remercie chaleureusement le Dr BENAHMED qui est à l'origine de cela.

Mme DIAGANA remercie également le Dr BENAHMED pour sa présentation passionnante qui nous ouvre des connaissances et de la sensibilisation à des sujets transversaux. Elle exprime le souhait d'une collaboration éventuelle, afin de mesurer l'impact de l'activité physique sur la santé.

Le Pr PRADIER revient à la thématique de la Promotion de la Santé de l'EPSP. Il souligne une nouvelle fois les relations étroites qui existent, selon lui, entre la promotion de la santé, l'approche par les parcours de vie et l'épigénétique. Il souligne la pertinence du concept du "travailler ensemble", l'épigénétique montrant bien que pour être efficace, il faut développer des stratégies combinées qui permettent de pousser tous ensemble dans la même direction.

Le Dr BENAHMED tient à souligner la qualité du travail réalisée avec le DSP dans le domaine de l'épigénétique et de la Santé Publique. L'épigénétique dispose d'outils objectifs et concrets et le DSP pourrait être le noyau dur pour développer des cohortes (ex : Mouans-Sartoux).

4 – CONCLUSION

M. DUTREIL, après avoir renouvelé ses remerciements au Dr BENAHMED pour la qualité de sa présentation passionnante qui ouvre énormément de perspectives, clôt la séance et renouvèle ses remerciements aux participants pour leur présence à cette rencontre.