

PRÉVENTION MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUES NON MÉDICAMENTEUSES DANS LES PARCOURS DE SANTÉ DES PATIENTS

**AJOUTER DE LA VIE
AUX ANNÉES...**

COLLOQUE ORGANISÉ PAR:



UNIVERSITÉ MOHAMMED VI
DES SCIENCES DE LA SANTÉ
CASABLANCA



Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid
ROYAUME DU MAROC



Coopération Santé
Association loi 1901

FONDATION
PILEJE
PROMOUVOIR LA
SANTÉ DURABLE
CEUVRE D'INTÉRÊT GÉNÉRAL À BUT NON LUCRATIF

AVEC LE SOUTIEN DE:

carenitx
Le 1^{er} réseau social pour les patients et leurs proches

Biomouv

Sterifil
MEDICAL DEVICES

COOPER
PHARMA



PROPOS INTRODUCTIF

Animateur du colloque



Dr Alain Ducardonnet

*Médecin - journaliste, fondateur du Club des Cardiologues du Sport
Ancien président du Collège National des Cardiologues Français*

Y avait-il une meilleure date que le 7 avril pour organiser un colloque sur la prévention? Le même jour, l'OMS dédiait sa « journée mondiale de la santé » au diabète.



Présidents du colloque



Dr Jean-Michel Lecerf

Chef du service nutrition Institut Pasteur de Lille

Le Dr Jean-Michel Lecerf nous précise que le diabète est une maladie qui touche 8,5%¹ de la population adulte (>18 ans) mondiale, n'épargnant aucune région de la planète, et se répandant telle une épidémie.

1 : Source 8,5 % : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/>

Mais le diabète est aussi une maladie pour laquelle les stratégies non médicamenteuses basées sur la nutrition et l'activité physique ont fait leurs preuves, aussi bien en prévention primaire que secondaire.



Pr Chakib Nejjari

Vice-président de l'Université Mohammed VI des Sciences de la Santé

Près de 500 personnes, médecins, paramédicaux, institutionnels, assureurs, étaient donc réunis dans l'amphithéâtre de la faculté des sciences de la santé à Casablanca. Objectif: en cette journée mondiale de la santé, réfléchir ensemble, en confrontant des approches venues des deux côtés de la Méditerranée, à ce que le **Pr Chakib Nejjari**, vice-président de l'université, nomme un «nouveau paradigme» en santé: **la prévention par des thérapeutiques non médicamenteuses.**

Efficaces et n'ayant que peu d'effets secondaires, ces thérapies qui remettent le patient au centre de la prise en charge sont aujourd'hui portées par la vague de la révolution numérique et le développement de la santé connectée. Elles sont également au cœur des réformes engagées dans nos pays qui entendent accélérer la transition d'une médecine curative vers **une médecine préventive.**

Nutrition, activité physique, gestion du stress et du sommeil forment le triptyque sur lequel repose cette nouvelle approche, comme le rappelait le rapport de la HAS en avril 2011. Des éléments de

preuve fondés sur l'*evidence based medicine* ont permis d'établir que ces thérapeutiques ont une **efficacité et une efficience démontrées.** Pourtant les freins sont nombreux, comme l'ont montré les échanges entre participants. Faire changer les comportements tant chez les médecins que chez les patients entraîne de multiples résistances.

Reprenant les mots d'**Alain Cordier**, membre du collège de la Haute Autorité de Santé (HAS), le **Pr Jean-Michel Lecerf** a introduit le colloque de façon claire :

« Cela fait des années que l'on réfléchit aux problèmes du système de santé Français, il est aujourd'hui temps de passer aux actes. »

Le ton était donné.

Trois évolutions de la société obligent les acteurs du système de santé à s'interroger sur le parcours du patient: l'augmentation de l'espérance de vie, la recrudescence de maladies chroniques et le nombre de personnes à risque ou en situation de dépendance.

COMPRENDRE : Pourquoi les thérapeutiques non médicamenteuses sont-elles efficaces ?

Modérateurs



Dr Jean-Michel Lecerf
Chef du service nutrition - Institut Pasteur de Lille

Pr Chakib Nejjari
Vice-président de l'Université Mohammed VI des Sciences de la Santé

LA PRÉVENTION VUE PAR JEAN-MICHEL LECERF

La prévention est le fait d'empêcher la survenue d'une maladie. Elle est basée sur des données scientifiques. Mais comment prouver que la prévention a permis d'éviter de tomber malade ? C'est là la question essentielle. On ne peut pas prouver ce qui n'a pas encore eu lieu ! Il faut donc être très motivé pour être acteur de cette prévention.

LA PRÉVENTION VUE PAR CHAKIB NEJJARI

La prévention, ce n'est pas seulement des slogans ou des concepts vagues mais c'est le quotidien de la pratique médicale. Et bien au-delà, c'est la prise en compte de la santé et du bien-être dans la vie de tous les jours.

Pourquoi les thérapies non médicamenteuses sont-elles efficaces ?

Le bon sens suggère qu'un mode de vie sain, une activité physique régulière, une alimentation équilibrée, une vision optimiste du monde sont bénéfiques pour la santé. Les études épidémiologiques et les études d'intervention ont établi que ces approches ont une efficacité réelle et démontrée.

« L'eau et la vie : essentielle à la vie, stimulante et purificatrice, l'eau peut être regardée comme un véritable traitement. **L'eau, c'est la vie !** »



Pr Redouane Rabii
Chef du département d'urologie, Université Hassan II
Président de l'association marocaine d'endo-urologie

Au commencement était l'eau...
Le Pr Rabii rappelle qu'elle est à l'origine de toute vie.

L'homme est poussière mais c'est l'eau qui l'anime, lui donne forme et vie. Cette eau qui n'a ni goût, ni couleur, ni arôme, qui est indéfinissable et insaisissable, constitue les 2/3 du corps humain. Plus chez le nourrisson, moins chez la personne âgée. « L'eau est importante dans la digestion, elle favorise le transit, elle transporte des nutriments, elle permet une bonne élimination des déchets, elle aide à maintenir un bon métabolisme, une bonne diurèse, une bonne santé » explique le Pr Rabii. D'ailleurs, si l'homme peut rester un mois sans manger, il ne peut survivre plus de quelques jours sans boire. **En urologie l'eau est presque un médicament :**

« 90 % du traitement des lithiases, c'est de l'eau » résume le Pr Rabii.

Mais quelle eau choisir ? Tout d'abord il convient d'apprendre à lire les étiquettes, d'éviter les eaux trop riches en nitrates, et de regarder la

composition minérale. « Quand on boit beaucoup d'eau, mieux vaut opter pour des eaux faiblement minéralisées, sauf si on est sportif » précise le spécialiste. L'eau peut être également choisie pour combler un déficit minéral (magnésium, calcium...), ou pour favoriser la digestion (bicarbonate...). Il faut en moyenne consommer 1000 mg de calcium par jour. L'alimentation en apporte environ 300 mg. C'est insuffisant si on ne complète pas par de l'eau ou des produits laitiers.

Pour le Pr Rabii qui recommande une consommation quotidienne de 2l au minimum, l'eau idéale est « équilibrée en oligoéléments facilement assimilables. »

Hiatus : dans un pays où le thé est la boisson nationale, les sodas sont en train de conquérir le marché. **Une vigilance s'impose afin que l'eau, nature ou en infusion, demeure la principale source d'hydratation.**

90 % des médecins estiment qu'il existe un vrai besoin en matière de formation aux thérapeutiques non médicamenteuses, selon une enquête citée par le Pr Rabii. Parmi ceux qui connaissent ces thérapeutiques, 80 % se sont informés eux-mêmes via internet.



Pr Karima El Rhazi
Médecine préventive
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès

Le régime traditionnel marocain appartient à la grande famille des « régimes méditerranéens », connus pour leurs nombreuses vertus. Mais le Maroc n'échappe pas aux différentes transitions de la modernité et à l'occidentalisation de son mode de vie.

La cuisine est un patrimoine culturel précieux.

« S'alimenter, ce n'est pas seulement ingérer des calories, c'est aussi un fait social. L'alimentation permet de tisser des liens, elle est aussi le socle de l'identité individuelle et collective. »

Notre nourriture, comme le disait Hippocrate, est notre premier médicament. Il existe de nombreux régimes « préventifs » : la plupart des diètes asiatiques le sont, tout comme les modes d'alimentation du Sud et du Nord de la Méditerranée. Leurs points communs : peu de viande rouge, une grande richesse en produits végétaux, une quantité modérée de protéines animales (œufs, poissons, volailles...), des acides gras adaptés, associés à une activité physique suffisante.

Deux tendances opposées s'observent dans le contexte marocain. D'un côté une amélioration générale de l'accès à l'alimentation et à l'éducation :

« L'essor économique, l'amélioration des services de santé, le développement de certains secteurs comme l'agriculture, l'industrie agro-alimentaire, et l'augmentation générale du niveau scolaire sont des éléments positifs. »

Mais de nouveaux problèmes émergent, liés essentiellement à la triple transition que vit le Maroc : transition épidémiologique, démographique et nutritionnelle. Les principales données connues aujourd'hui proviennent du rapport de 2011² de la FAO (Food and Agriculture Organization) et d'une grande enquête conduite en

2008 au Maroc sur un échantillon représentatif de 3000 personnes.

Ces études montrent :

- que le régime marocain appartient au groupe des régimes « méditerranéens », la source principale de produits céréaliers étant constituée par le couscous. On observe une légère inflexion de ce régime avec une diminution du couscous au profit des pâtes ;
- que les 2/3 de la population continue de suivre un régime traditionnel. Mais un tiers s'en éloigne. Curieusement, cette modification du régime alimentaire est plus marquée en milieu rural qu'urbain.

Les données sur l'obésité ne sont guère rassurantes. **L'obésité est en nette augmentation** (elle a plus que doublé ces dernières décennies, en particulier chez les femmes). **Plus de 14% des enfants sont en surpoids.** On note certaines carences : fer chez la femme mais aussi chez l'homme (18% des hommes), vitamine A, iode, zinc...

On assiste à une occidentalisation des modes de vie. De nouvelles études seraient nécessaires pour mesurer l'ampleur du phénomène et prendre les mesures de prévention adéquates. **Plus on agira en amont, tant que cette culture culinaire méditerranéenne reste solide, plus il sera facile de réaliser des actions de prévention nutritionnelle.**



Dr Jean-Michel Lecerf
Chef du service nutrition - Institut Pasteur de Lille

Une alimentation saine est un facteur de santé. Les données de la science le confirment : en agissant sur la nutrition, on peut modifier radicalement certains facteurs de risque.

Dans l'histoire de l'humanité, l'alimentation a d'abord contribué à la survie. Il fallait trouver de quoi se nourrir. Puis l'alimentation a contribué à la vie. Et maintenant, on lui donne comme fonction de contribuer à la « vie en bonne santé ». L'alimentation apporte des nutriments. Mais se nourrir, c'est aussi **se faire plaisir** et c'est également **nous réunir. Pour qu'une alimentation soit saine, ces trois dimensions nutritionnelle, hédoniste et conviviale doivent être remplies.**

Règle de trois

- De la même manière, si l'on veut modifier un régime alimentaire, il faut tenir compte de ces trois dimensions simultanément. Le régime santé ne doit pas seulement apporter de « bons aliments » mais également du plaisir et du partage.
- Que manger ? Les études scientifiques se rejoignent pour dire que la meilleure alimentation est à la fois variée et modérée. La science rejoint ici la sagesse et le bon sens populaire. Des études d'observation ont permis d'identifier des modes de vie plus sains que d'autres. Des études d'intervention ont confirmé les bénéfices de tel ou tel type d'aliments. Enfin, des recherches expérimentales aident à comprendre les mécanismes biologiques impliqués.

Ni poison, ni miracle

Aucun aliment n'est « nocif » en soi, et aucun aliment non plus n'est un aliment parfait, hormis le lait maternel. C'est donc **la combinaison de nombreux aliments différents apportant de façon synergique différents nutriments** qui se révèle bénéfique. Contrairement au médicament, qui a le plus souvent un unique principe actif, l'aliment apporte une multitude de composés actifs. C'est ce qui fait sa force... mais aussi sa faiblesse, car il est difficile de caractériser l'impact de chaque nutriment sur la santé.

Néanmoins tous les travaux convergent pour dire que l'alimentation est efficace en prévention primaire, secondaire et tertiaire, **pour autant que les changements alimentaires soient durables.** La nutrition agit sur les maladies cardiovasculaires, ostéo-musculaires, cérébrales, et bien entendu digestives. Elle a un impact sur la balance énergétique, les phénomènes inflammatoires, la longueur des télomères, le microbiote, le métabolisme, le stress oxydatif et l'épigénétique. Mais il existe de grandes différences inter-individuelles : « Nous ne réagissons pas tous de la même façon à un changement de régime alimentaire, » explique le nutritionniste.

L'alimentation peut même être un vrai « traitement »

Par exemple, pour les personnes atteintes de **maladie coeliaque**, le régime sans gluten fait disparaître en quelques mois tous les symptômes. Seule contrainte : ce régime doit être suivi à vie. Il en est de même :

- **pour le diabète** : agir sur le mode de vie (alimentation et sédentarité) est plus efficace que la metformine ;
- **pour la tension artérielle** : la réduction du sel, l'augmentation des fruits et légumes et des produits laitiers, assortis d'une diminution du poids sont aussi efficaces que les traitements médicamenteux ;
- **pour l'infarctus du myocarde (IDM)** : l'étude de Lyon³ a mis en avant l'impact du régime méditerranéen, en prévention des IDM. L'étude PREDIMED⁴ a montré l'intérêt du mode alimentaire méditerranéen dans la prévention cardiovasculaire.

Une action multifactorielle

Notre comportement alimentaire est influencé par notre environnement : **stress, sommeil et fatigue impactent notre nutrition**. Un programme de changement alimentaire doit en tenir compte pour être efficace.

INSOLITE

50 TONNES.

C'est le poids d'aliments que nous consommons durant toute une vie.

3 : L'étude de Lyon ou « Lyon diet heart study », conduite par les Pr Michel de Lorgeril et Serge Renaud, sous l'égide de l'Inserm, pour valider l'impact d'une diète méditerranéenne sur le risque cardiovasculaire.
4 : PREDIMED (Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet) est une étude sur le cholestérol et les statines.



Pr Rajae Aghzadi

Chirurgie oncologique et médecine préventive, Hôpital Cheikh Khalifa - Fondatrice de la « Course de l'espoir » et de l'Association marocaine de lutte contre le cancer du sein.

Sprinteuse de la vie : bachelière à 15 ans, médecin à 21 ans, le Pr Aghzadi sillonne l'Afrique pour promouvoir la santé. Son énergie et ses combats lui ont même valu d'être nommée consul honoraire en Gambie.



L'activité physique a fait ses preuves en prévention primaire et secondaire du cancer du sein.

Je suis chirurgien, spécialisée dans la prise en charge du cancer du sein. À ce titre, je suis convaincue par l'efficacité des chimiothérapies et des traitements conventionnels. Néanmoins, je suis également persuadée de l'impact bénéfique du sport sur la santé. Je le recommande à tous mes patients.

Dans ma spécialité, les thérapeutiques non médicamenteuses ont leur place en complémentarité et en synergie avec les autres approches, pour booster l'immunité ou aider le malade à supporter l'agressivité des traitements. De nombreuses études montrent que l'activité physique réduit de façon importante le risque de cancer du sein ou de rechute post-cancer.

Cette conviction nous a conduit en 2001 à fonder l'Association marocaine de lutte contre le cancer du sein, qui vise à apporter de l'information et des soins dans les régions les plus reculées du Maroc. En 2004 nous avons initié avec un ami, double champion olympique, la « course de l'espoir », organisée dans plusieurs villes au Maroc. Cela

a donné un élan exceptionnel à notre action : 10 000 à 15 000 femmes de tous âges, de toutes professions, ont participé à la course !

L'ambiance était extraordinaire, on y rencontrait des jeunes, des femmes âgées et malades et même une femme qui a couru en sabots ! L'idée a ensuite migré vers d'autres pays car le cancer du sein n'a pas de frontières. Nous sommes allés dans 6 ou 7 pays africains, dont le Sénégal.

En 2007, « Cœur de femmes » a organisé un colloque sous le patronage de la princesse Lalla Salma en partenariat avec l'association française « Au sein des femmes » (Bérengère Arnal). Ce colloque a montré qu'il pouvait y avoir des résistances de la part de nos confrères oncologues, qui redoutent parfois que ces médecines parallèles ne fassent concurrence aux thérapies médicamenteuses.



VOLTAIRE
(1694 - 1778)

« J'ai décidé d'être heureux parce que c'est bon pour la santé »

ACTIVITÉ PHYSIQUE : POURQUOI ?

Notre corps a faim de santé

Cette santé passe par la nutrition et l'activité physique. Il faut l'inculquer aux populations dès le plus jeune âge. Comme la nutrition, le sport apporte du plaisir, de la convivialité. Mais la motivation au sport peut aussi trouver ses fondements dans l'esthétique, l'esprit de compétition, l'aventure. **Les bénéfices sont là: le maintien de l'autonomie et de l'estime de soi va de pair avec la réduction des cancers et des pathologies cardiovasculaires.** On le sait moins: l'activité physique augmente également la plasticité du cortex visuel et nous permet de renouveler nos neurones!

EN CHIFFRES

61% des Américains sont en surcharge pondérale

117 milliards de dollars résultent des coûts sanitaires imputables à ce surpoids

300 000 décès par an liés à ce surpoids.

BÉNÉFICES POUR LA SANTÉ D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE MODÉRÉE minimum 30 minutes / séance - 5 jours / semaine

➤ Mémoire

➤ Anxiété, stress, épisodes dépressifs

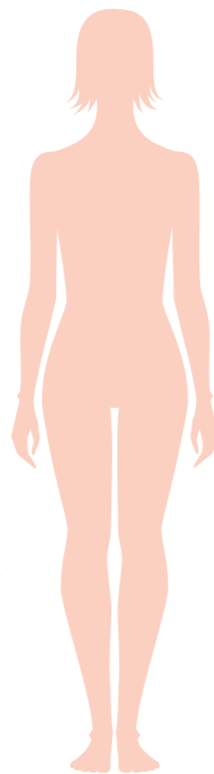
➤ Rechute dépressive

➤ Système immunitaire

➤ 30 à 40 % des cancers du sein

➤ 40 à 50 % des cancers du côlon

➤ 40 à 50 % des rechutes de cancer



➤ Image de soi, Estime de soi
Bien-être
Libido

➤ Espérance de vie

➤ Mortalité de 25 à 35 % des maladies coronariennes

➤ Surcharge pondérale

➤ Diabète

➤ Hypertension artérielle

➤ Maladies cardio-vasculaires



Dr Jean-Claude Verdier

Cardiologue du sport

Co-fondateur de l'Institut Cœur Effort Santé (ICES)

Au pas de course • Nos ancêtres de la préhistoire se devaient de courir... pour chasser ou pour ne pas être mangés. Plus près de nous, le travail aux champs, la nécessité d'aller puiser l'eau, entraînaient également des dépenses physiques importantes. **L'homme n'est pas fait pour la civilisation sédentaire qui est la nôtre.**

7 raisons de faire de l'activité physique

- Nous avons une pompe (le cœur) et des tuyaux (les artères). Cette pompe, il faut la faire tourner, sinon elle a un mauvais rendement. On peut connaître le pronostic cardiovasculaire d'une personne simplement en comptant ses battements cardiaques. La norme est située entre 60 et 100 battements par minute (BPM). Mais au-dessus de 80 BPM le pronostic est mauvais. L'idéal serait d'être vers 60.

fonction cardiaque quasi normale alors que 2 ou 3 troncs coronariens sont bouchés! Ils ont développé des réseaux collatéraux!

- Elle **augmente la production d'endorphines** et réduit donc la sensibilité à la douleur.

- Elle **booste les défenses immunitaires** (sauf si on devient addict au sport) et diminue la fréquence des infections.

- Elle participe à l'**amélioration des capacités intellectuelles et à l'humeur.**

EN CHIFFRES

Il suffit de **6 mois** d'activité physique pour perdre **5 à 10 BPM!**

- L'activité physique **fait également baisser la tension artérielle.** Pas mieux qu'un médicament mais pas moins! Quand un patient souffre d'une hypertension artérielle (HTA) nécessitant 2 ou 3 traitements différents, l'activité physique peut permettre de réduire ce traitement à une seule molécule, ce qui est forcément beaucoup mieux pour les reins!

- Elle **mobilise la mauvaise graisse** et chez certaines personnes (pas toutes) augmente la bonne graisse. De plus certains patients se mettent à produire plus de HDL (bon cholestérol).

- Elle a des **effets neuromusculaires nombreux.** Les muscles développent leur force, leur appareil mitochondrial, leur métabolisme énergétique et même la densité de leurs vaisseaux. C'est vrai pour les muscles périphériques mais aussi pour le cœur. On voit chez certains sportifs vétérans, une

Les bénéfices de l'activité physique sont si nombreux que l'étude publiée par Jonathan MYERS, comparant le risque de mortalité chez des millions de personnes, a montré que l'activité physique était le meilleur facteur prédictif... en dehors de l'âge bien sûr!

Le plaisir, moteur de l'action: écouter son corps

Les conseils d'un coach peuvent être nécessaires pour reprendre l'activité physique dans de bonnes conditions, notamment lorsque l'âge, les douleurs articulaires, des antécédents cardio-vasculaires peuvent rendre cette activité délicate. Un bilan initial vise à connaître les limites de chacun, à établir un programme adapté (fréquence, intensité...). L'accompagnement du coach est également important pour soutenir la motivation, étudier la charge de travail de la personne, son planning, ses disponibilités, ses possibilités d'activités dans son environnement de vie...

Le principal reste de trouver une activité plaisir. Car s'il n'y a pas de plaisir, on ne poursuivra pas. Même si l'impact sur la santé est tangible.



Dr Dany-Michel Marcadet
Cardiologue, réadaptation cardiaque et gestion du stress

Si on part de la définition d'Hans Selye, **le stress représente la réponse de l'organisme à toute stimulation extérieure.** Toutes les capacités se mobilisent pour préparer les muscles et le cerveau à agir.



EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY

Le stress induit une réponse cardiovasculaire: le pouls s'accélère, la tension artérielle augmente. Gérer le stress c'est donc gérer notre système nerveux autonome, rééquilibrer le sympathique et le parasympathique. Autrement dit, lever le frein parasympathique.

Quand on parle de gestion du stress on évoque la part « mentale » de ce stress. Les cardiologues se sont aperçus que certaines personnes sont plus sensibles que d'autres au stress.

Apprendre à gérer ce stress est-il efficace?

Aujourd'hui on dispose de preuves et on peut répondre oui. Les effets bénéfiques se font sentir directement sur la maladie cardiovasculaire, mais également sur le vécu de la maladie ainsi que sur d'autres facteurs connexes comme la dépression.

Une maladie grave peut entraîner des symptômes dépressifs, qui eux-mêmes seront un frein pour la guérison: en gérant le stress et en réduisant cet état dépressif on rend les patients plus adhérents à leur programme de réhabilitation cardiovasculaire, et on leur permet d'adopter plus facilement des comportements de santé.

Chez les patients hostiles, cette hostilité est un facteur important de risque cardiovasculaire. Diminuer l'hostilité par une psychothérapie permet de baisser le rythme cardiaque au repos et de moduler la réactivité cardiovasculaire au stress (soumis à un stress, le patient réagit moins).

Les interventions psychologiques pour lutter contre le stress et pour promouvoir un mode de vie de « santé » font partie des recommandations de l'ESC (European Society of Cardiology) de 2012 pour la prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires.



Dr François Duforez
Praticien attaché au centre du Sommeil de l'Hôtel-Dieu
Fondateur de l'European Sleep Center
Médecin du sport

La médecine du sommeil est une discipline récente. C'est une médecine « holistique » et « intégrative » qui regroupe de nombreuses compétences complémentaires: **médecine du travail, psychiatrie, pneumologie, neurologie, cardiologie, médecine du sport...**

Nous dormons 25 années de notre vie. Mais nous dormons mal, comme le révèle le baromètre annuel de l'INSV (Institut National du Sommeil et de la Vigilance).

« 34 % des Français se plaignent de troubles du sommeil » rappelle le Dr François Duforez.

Un chiffre comparable aux autres pays européens. De nouvelles pathologies liées à nos modes de vie ont fait leur apparition. Ainsi 17 % des Français souffrent d'un « trouble de l'horloge biologique ». Sans parler de tous ceux qui n'ont pas de troubles du sommeil mais qui aimeraient dormir plus longtemps: 33 % de nos concitoyens dorment moins de 6 heures par nuit. Or, la majorité d'entre nous a besoin de 7 à 8 heures de sommeil quotidien.

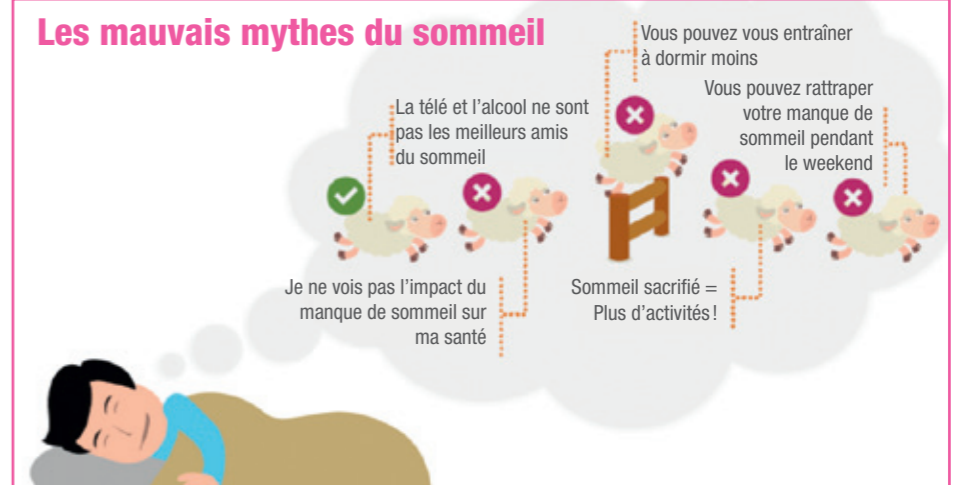
Ces nuits trop courtes accroissent de nombreux risques: les **défenses immunitaires** s'effondrent (risque d'attraper un rhume multiplié par 2,94), le **diabète et l'obésité** grimpent (toute heure de sommeil en moins multiplie par 5 le risque d'obésité!), les **maladies cardiovasculaires** sont favorisées (risque d'AVC doublé), sans oublier les **cancers hormono-dépendants** (les études sur le travail posté ont montré que le travail nocturne était un facteur probable de risque de cancer).

Le manque de sommeil s'accompagne de comorbidités: anxiété, dépression, fatigue, troubles de la concentration, douleurs...

Tous ces phénomènes se surajoutent, et font le lit de l'absentéisme (+ 18 %) et des accidents (risque de blessure au travail accru de 62 %). L'étude Kessler⁵ à Harvard a chiffré la baisse de productivité associée à l'insomnie à 63 milliards de dollars. De nombreuses catastrophes sont également reliées au manque de sommeil: explosion de la navette Challenger, accident de Tchernobyl, échouage de l'Exxon Valdez... On estime que **20% des accidents de la route** sont imputables à des troubles de la vigilance dus au manque de sommeil.

Par ailleurs, en ce qui concerne la dette de sommeil, un éveil de 17 heures consécutives équivaut à 0,5g d'alcool dans le sang. La concentration est moindre, et la capacité à la prise de décision est altérée.

Les mauvais mythes du sommeil





Pr Samira Nani
Médecine préventive
Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Casablanca

Les études médicales exigent un investissement considérable et engendrent un stress important. Une enquête menée sur 1098 étudiants en médecine (de la 1^{ère} à la 5^e année) révèle que leur hygiène de vie est médiocre.

L'enquête conduite par le Pr Samira Nani a exploré 4 domaines principaux : **l'alimentation, la sédentarité, le sommeil et le stress**. Cette enquête a été réalisée sur la base de questionnaires auto-administrés puis étudiés selon des scores connus, comme le PSS (*perceived stress scale*), le test d'Orman pour les cyberaddictions, le SCOFF pour les troubles du comportement alimentaire (TCA), ou encore le MHI-5 pour la détresse psychologique. L'âge moyen des répondants est de 21 ans, 72 % sont des filles, 96 % sont marocains et 73,9 % vivent chez leurs parents.

- **Cyberaddiction** : 60 % passent 2 heures et plus par jour sur écran. Le test d'Orman révèle que 87 % d'entre eux passent plus de temps qu'ils ne le pensaient sur internet. 46 % sont à risque important ou modéré d'addiction.
- **Sommeil** : 30 % estiment avoir un mauvais sommeil. 58 % se couchent après minuit. 61 % ont moins de 8 heures de sommeil. 35 % souffrent d'éveils nocturnes ou d'éveils précoces. 18 % ont un délai d'endormissement supérieur à 30 mn.
- **Alimentation** : elle est déséquilibrée pour 45 % d'entre eux et accompagnée de grignotages pour 74 %. Seuls 56 % consomment des fruits et légumes chaque jour. 17 % sont en surcharge pondérale, 2 % obèses. Le score SCOFF révèle que 30,6 % ont un risque de TCA.

- **Stress** : 87 % sont stressés, 30 % sont anxieux, 19 % déprimés. 26 étudiants ont déjà eu des idées suicidaires. Le score PSS montre que 38 % ont un niveau de stress élevé et 29 % déclarent être en détresse psychologique.
- **Sédentarité** : 39 % seulement pratiquent un sport (marche, footing, sport d'équipe, gym...). Plus les années passent, moins ils font de sport et plus ils ont de TCA et de risques de cyberaddiction.

Validité des données

Si on compare aux autres études utilisées au Maroc, on retrouve une grande cohérence dans les résultats, ainsi la proportion de TCA identifiés dans l'étude de FES en 2015 était de 32,8 %. L'enquête de Marrakech de 2012 trouvait des chiffres semblables pour le sommeil. L'étude nationale anthropométrique de 2011 rapportait de son côté 18 % de surpoids ou obésité et l'enquête de Fès chez les étudiants rapporte 15,4 % de surpoids ou obésité.

Que faire ?

« Les résultats de notre étude peuvent appuyer la création d'un observatoire de la santé des étudiants avec des messages adaptés. Ils montrent également l'importance d'une sensibilisation à la prévention au cours des études médicales, » rappelle le Pr Nani.

... autour de la transition nutritionnelle, de l'occidentalisation des régimes, des fast-foods et de l'industrie agroalimentaire



Dr Lecerf « Dans le domaine nutritionnel, il faut faire attention à ne pas pointer les « bons » aliments et les « mauvais ». Une bonne alimentation est avant tout une alimentation diversifiée. Si on cherche des « boucs émissaires » on se trompera d'objectif et on ne parviendra pas à faire changer les comportements. »

Sur le sommeil et les heures de sommeil avant ou après minuit

« On a longtemps pensé que le sommeil était de meilleure qualité si on se couchait plus tôt. Mais ce qui est important en réalité c'est la durée du sommeil et sa régularité. L'essentiel : respecter son rythme. 25 % des personnes sont du matin et dormiront mieux si elles se couchent plus tôt. Mais 15 à 20 % sont « du soir » et même si elles se couchent après minuit, leurs deux premiers cycles de sommeil seront des cycles lents profonds. »
Dr Duforez

Sur la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses

« Au Maroc, les organismes d'assurance maladie ne remboursent pas la consultation s'il n'y a pas eu d'ordonnance. Dans le rapport de la HAS de 2011 dont je suis corédacteur, nous avons été confrontés à cette question. Pour que les thérapeutiques non médicamenteuses trouvent leur place, il serait opportun qu'elles figurent noir sur blanc sur l'ordonnance. » **Dr Marcadet**

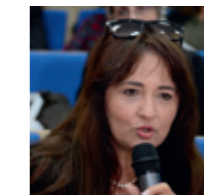
À propos de la controverse sur les produits laitiers

« Le discours médiatique sur le lait n'est pas justifié. Une étude épidémiologique réalisée en France montre que la consommation de produits laitiers est associée à une diminution de 30 % du risque de diabète. Les produits laitiers sont également bénéfiques pour prévenir le risque ostéo-musculaire

et le cancer du côlon. En dessous de deux produits laitiers par jour, les apports en calcium sont insuffisants. En revanche une consommation excessive de produits laitiers (plus de 4 par jour) n'est pas souhaitable. De même, vaudrait-il mieux éviter les produits laitiers sucrés. » **Dr Lecerf**

À propos de la prévention individuelle

Les données marocaines sont inquiétantes, 37 % des femmes sont en surpoids et 18 % en obésité morbide, 16 % de nos enfants sont en surpoids. La prévention individuelle est fastidieuse, ne pourrait-on pas envisager d'élaborer un programme consensuel à délivrer en masse à tous les marocains... ?



Dr Najat Gharbi, Chef de la division de la santé scolaire et universitaire au ministère de la Santé Marocain.

« Le ministère a développé depuis 2010 un certain nombre d'études pour apprécier l'état de santé de la population des élèves et des jeunes. Des stratégies ont été mises en place pour les jeunes, qu'ils soient scolarisés ou non. Nous sommes conscients que le ministère seul ne peut rien faire ou du moins ne peut pas tout faire. Nous avons donc intégré d'autres départements institutionnels, nous avons signé une convention de partenariat avec le ministère de l'Education Nationale, le ministère de l'Enseignement supérieur, le ministère de l'Intérieur, ainsi qu'avec la Direction générale de la sûreté nationale, les collectivités territoriales et le ministère de la Jeunesse et des Sports. Un organe de gouvernance a été mis en place et institutionnalisé. Il a mis en œuvre un plan d'action intersectoriel. C'est la troisième année. Nous faisons donc des choses sur le terrain. Mais dire qu'on va arriver à changer les comportements des jeunes, modifier leur mode de vie en quelques années, non. **Il faut une génération pour y parvenir. Cette éducation il faut la commencer très tôt.** Il faut intervenir auprès des parents, des professeurs, pour favoriser une éducation au sommeil, à une bonne alimentation, au sport... »

TABLE RONDE

Pourquoi la prévention ne séduit-elle pas assez les médecins ?



Menée par Alain Ducardonnet, médecin - journaliste, fondateur du Club des Cardiologues du Sport, ancien président du Collège National des Cardiologues Français.

Avec

Maître Michèle Anahory, avocat à la cour, docteur en droit.

Pr Jean-Luc Harrouseau, ancien président de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Dr Redouane Rabii, chef du département d'urologie à l'Université Hassan II, président de l'association marocaine d'endo-urologie.

Dr Jean-Claude Verdier, cardiologue du sport et cofondateur de l'Institut Cœur Effort Santé.

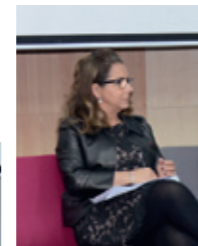
De grandes campagnes d'information et de prévention sont régulièrement organisées. A-t-on évalué leur impact ? Et pourquoi les médecins ont-ils tant de mal à faire passer la prévention dans le colloque singulier ?

Pr J-L. Harrouseau « La HAS ne joue pas de rôle dans ces campagnes qui sont plutôt diligentées par le ministère de la Santé. »



« Ces campagnes doivent être répétées car si elles ne le sont pas, leur influence dans le temps ne perdure pas. Il en est de même dans le colloque singulier avec le médecin où la répétition du message préventif est la clef du succès. Je suis frappé par le nombre de médecins ici présents, ce qui témoigne de leur intérêt pour la prévention. La même situation prévaut en France : **ce sont les médecins eux-mêmes qui ont demandé qu'on organise des parcours de santé** comportant un volet prévention et surveillance. »

M^e M. Anahory : « Pourquoi les médecins ne sont-ils pas « séduits » par la prévention ?



« Être séduit, c'est être attiré irrésistiblement par un pouvoir plus ou moins indéfinissable. Indéfinissable, c'est bien le problème de la prévention. »

La prévention est un concept, mais ce n'est pas très clair pour un juriste comme moi. Il est difficile de cadrer les critères de la prévention sans en donner une définition. Or le périmètre des dépenses de prévention varie entre 1 et 10 milliards selon les estimations. En moyenne, on s'accorde à dire que la prévention représente 3 à 5 % des dépenses de santé contre 70 % pour le médicament et les soins. Pour l'État, la prévention est d'abord un coût. Elle n'est pas considérée comme un investissement. **Il nous manque des indicateurs pour évaluer la prévention.** »

A. Ducardonnet : Jean-Claude Verdier, vous êtes cardiologue. Vos patients évoquent-ils spontanément leurs habitudes de vie ?

Dr J-C. Verdier : « Pas forcément. Il faut connaître son patient pour pouvoir l'aider. Cela se fait soit au fil des consultations, soit sur une demande spécifique d'un patient qui sent qu'il a besoin d'être aidé. »

Dr R. Rabii « Les associations jouent un rôle crucial pour faire connaître la prévention. »



« Les médias nous aident également à faire passer des messages. Mais nous voudrions maintenant que cette prévention intègre le cursus universitaire afin que le concept de prévention fasse partie de la pratique quotidienne des médecins. »

Pr C. Nejjari « La France et le Maroc sont confrontés au même problème : la prévention ne séduit pas les médecins pour plusieurs raisons. »



« D'abord le médecin a une approche par organe. Il va soigner un foie, il va répondre à une plainte. Ensuite, **il y a la question du temps et du financement**. La prévention est chronophage et le système de soins n'a pas prévu son financement. »

Pr J-L. Harrouseau : « Le paiement à l'acte ne permet en effet pas de passer suffisamment de temps à la prévention. Il oblige les médecins à multiplier les actes et donc à limiter leur durée. Dans le rapport de 2011 nous préconisons le développement de nouvelles modalités de rémunération. »

M^e M. Anahory : « On parviendra à convaincre si on arrive à voir la prévention comme un **investissement**. Dans les entreprises on a pu calculer le prix de la souffrance au travail et des RPS (Risques Psycho-Sociaux). Une étude européenne a calculé qu'un euro investi dans la santé génère 13 euros de bénéfices pour l'entreprise. »

Dr J-C. Verdier : « Une autre approche est celle du plaisir. Il ne faut pas regarder la prévention comme quelque chose de négatif, dire qu'elle est là pour « éviter un problème. » Mais il faut la voir comme un **gain**. »



« Coca-Cola vous offre un plaisir, moi je vais vous offrir un plaisir différent. »

« Je vais vous apprendre à bouger, à avoir du plaisir à le faire, à vous sentir mieux dans votre corps ; vous allez mieux dormir, vous allez vous shooter aux endorphines au lieu de vous shooter au Coca... »

Dr J-M. Lecerf : « Si on dit aux gens « Vous devez changer », « Vous devez faire ceci ou cela » ils ne le feront pas. »



« Il faut d'abord les écouter. Et surtout procéder aux **changements petit à petit**. On les aide à changer, on passe un contrat avec eux »

M^e M. Anahory : « Dans la loi de santé, la prévention est explicitement attachée aux soins de premier recours, dans le cadre du parcours de soins. La loi prévoit en outre que pour les patients atteints de maladie chronique, le médecin **peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient**. »

A. Ducardonnet : « À Strasbourg, depuis 3 ans, une expérimentation a été lancée : le médecin prescrit de l'activité physique, le patient reçoit des bons qui lui permettent d'aller consulter un éducateur sportif qui va le guider et lui établir un programme. Cette expérimentation a été évaluée, les résultats sont satisfaisants et 6 autres villes vont la lancer à leur tour. »

AGIR : Comment s'approprier les thérapeutiques non médicamenteuses, au quotidien et à long terme ?

Modérateurs



Dr Jean-Michel Lecerf
Chef du service nutrition - Institut Pasteur de Lille



Pr Chakib Nejjari
Vice-président de l'Université Mohammed VI des Sciences de la Santé



Pr Jean-Luc Harousseau
Ancien Président de la Haute Autorité de Santé (HAS). La HAS a été créée en 2004 et mise en place en 2005.

Son objectif est d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. Il lui revient notamment d'évaluer les produits de santé, de certifier les établissements de santé et de publier des recommandations sur des actions thérapeutiques ou diagnostiques.

Pourquoi la HAS s'est-elle intéressée aux thérapeutiques non médicamenteuses ? Parce que nous avons eu une sollicitation directe du ministère de la Santé.

Il existe beaucoup de thérapeutiques non médicamenteuses non validées. La HAS n'a pas d'avis positif ou négatif sur ces thérapeutiques dès lors qu'elle ne dispose pas de données cliniques pour les valider. Nous nous en sommes donc tenus aux thérapies validées et avons tenté d'identifier les freins à leur utilisation.

- Le **frein culturel**. Si le médecin ne prescrit pas de médicament, le patient tend à penser qu'il n'a pas été pris au sérieux.
- L'**inquiétude** du médecin. Le malade va estimer que le médecin n'est pas un bon médecin et va aller ailleurs. C'est particulièrement vrai pour les somnifères : le patient veut un médicament qui le fera dormir ce soir et pas des conseils d'hygiène de vie qui vont agir sur le long terme.
- Le **manque de temps** dans le cadre de la consultation traditionnelle avec paiement à l'acte.
- Le **médecin n'a pas été formé** à ça et il n'est pas toujours convaincu. D'où l'importance de communiquer sur le sujet afin que tous, patients et médecins, prennent connaissance des preuves de l'efficacité de ces approches.
- La **thérapeutique non médicamenteuse doit être adaptée à chaque patient** et chaque patient est un cas différent.

- Il faut que cette thérapeutique **n'entraîne pas d'effort insupportable** pour le patient, ni financier, ni physique, ni psychologique. Par exemple entrer en psychothérapie entraîne des coûts directs mais aussi un coût psychologique qu'il faut évaluer.
- L'**isolement**. Le médecin doit souvent travailler en réseau pour ces thérapeutiques, il ne connaît pas forcément les professionnels de soin qui interviennent dans le même secteur.

Nos propositions :

1. Développer d'autres moyens de paiement que la rémunération à l'acte.
2. Améliorer la formation initiale et développer la formation initiale continue sur ces approches.
3. Convaincre les médecins d'inscrire ces thérapeutiques non médicamenteuses sur l'ordonnance.
4. Développer des annuaires pluridisciplinaires, favoriser des regroupements de professionnels de santé.
5. Renforcer l'adhésion des médecins au travers notamment d'études cliniques pour évaluer l'efficacité et l'efficience de ces méthodes sur le long terme.
6. Modifier le panier de soins pour que ces thérapeutiques y soient incluses.

Modules et Diplôme Universitaire sur les thérapies non médicamenteuses validées



Dr Jean-Michel Lecerf
Chef du service nutrition - Institut Pasteur de Lille



Pr Chakib Nejjari « Quand on enseigne la santé publique, on reste un peu éloigné du patient. On enseigne le système de santé, on évoque la promotion de la santé, la vaccination... Lorsque des collègues français sont venus nous voir et nous ont parlé d'une forme de prévention beaucoup plus proche du patient je me suis dit : il faut qu'on réfléchisse à l'introduction de ces pratiques dans le cadre de l'enseignement de la prévention et de la santé publique. »

Nous travaillons donc sur le projet d'un module de 60 à 75 heures qui mettrait noir sur blanc tout ce qu'on connaît sur ces approches. Chaque sujet comporterait une heure de présentation et 30 mn de cas pratiques. Ce module serait d'abord destiné à nos étudiants. Et nous espérons qu'il pourrait se développer en partenariat avec d'autres facultés. Nous projetons aussi un DU (Diplôme Universitaire) de 100 heures pour les médecins déjà en place.

Le rapport de la HAS a rappelé que certaines thérapies ont fait leurs preuves. Nous avons donc de la matière pour un tel enseignement.



Dr Alain Ducardonnet « C'est la première fois qu'un tel DU va être proposé. Cela se fait au Maroc et pas encore en France. Nous allons donc nous battre pour développer ce même type d'enseignement en France. »



Jean-Marc Descotes
Directeur général de la Fédération Nationale CAMI, Sport et Cancer

La « CAMI, Sport et Cancer », association loi 1901, existe depuis 16 ans. Elle intervient dans de nombreux centres hospitaliers où elle promeut le sport en prévention secondaire et tertiaire. Elle est à l'origine du DU sport et cancer à Bobigny (Paris XIII).

Des preuves...

Les données scientifiques sont très claires en cancérologie. En moyenne l'**activité physique pourrait réduire de 20 à 25 % l'ensemble des cancers**. Les données les plus probantes concernent le cancer du sein et celui du côlon dont 30 % pourraient être évités avec un mode de vie plus sain.

Les études ont différencié les types de cancers et les types d'activité. Elles distinguent 4 types d'activité :

- les transports (marche),
- les activités ménagères,
- les activités de loisir (sport),
- les activités physiques professionnelles.

Elles ont également quantifié l'intensité de ces activités.

« Lorsque vous êtes assis comme ici pendant une heure vous dépensez **1 MET-HEURE (dépense métabolique énergétique / heure)** » explique Jean-Marc Descotes.

Toutes les activités sont donc quantifiées dans cette unité.



Un véritable médicament

Les médicaments sont caractérisés par leur activité chimique mais aussi par leur dose/réponse. Autrement dit en augmentant la dose, on augmente l'effet (mais aussi les effets secondaires potentiels). Le sport en prévention du cancer agit comme un **vrai médicament avec un effet dose/réponse** : les personnes les plus physiquement actives ont une **réduction de 40 à 50 % du risque de développer un cancer du côlon quel que soit leur IMC**. Plus le niveau d'activité physique est élevé, plus l'impact sur la prévention du cancer du côlon est important.

De même pour le cancer du sein : après la ménopause, le risque de développer un cancer du sein diminue de 10 % chaque fois que l'on ajoute 2 heures d'activité physique par semaine.

Une étude de 2013 estime que tous cancers confondus, 2 heures de sport par semaine diminuent le risque de 16 %, 6 heures par semaine de 28 %.

Quelle dose ?

L'organisation mondiale de recherche contre le cancer recommande 30 mn d'activité physique intense par jour ou 60 mn d'activité physique modérée, de préférence d'une intensité modérée à forte. **Soit 3 heures de marche par semaine à allure un peu élevée** pour arriver à une moyenne de 9 MET-HEURE par semaine.

LES RECOMMANDATIONS PLURIDISCIPLINAIRES EN PRATIQUE

Comment ça marche ?

En prévention secondaire et tertiaire, l'action du sport s'explique notamment par le rôle des cytokines. La tumeur en produit, cela influence le cerveau, induit des modifications du comportement, des troubles musculaires, des anomalies hormonales qui conduisent à diminuer l'activité sportive. La graisse (la mauvaise graisse abdominale) augmente, la masse musculaire diminue.

- La graisse abdominale est pro-inflammatoire.
- La perte musculaire entraîne une baisse de la consommation de glucose et donc des troubles de la glycémie qui eux-mêmes ont également une action inflammatoire.

Le sport lutte contre le cancer en jouant sur le ratio muscle/graisse

En pratique : le DU sport et cancer comprend 160 heures de cours et 40 heures de stage. Sur les 160 heures, 60 sont théoriques et 100 sont pratiques. Les éducateurs sportifs travaillent de façon coordonnée avec le médecin. Le médecin prescrit, l'éducateur accompagne.

Le programme est réévalué tous les 3 mois (4 bilans dans l'année). Au bout d'un an, soit le programme est reconduit, soit le patient est réorienté vers une structure sportive qui a reçu une formation spécifique à l'après-cancer. C'est le cas de 70 centres en France.



Dr Jean-Michel Lecerf

Chef du service nutrition - Institut Pasteur de Lille

Le monde alimentaire est complexe. Les conseils nutritionnels sont à la fois simples puisqu'ils reposent sur l'équilibre alimentaire et difficiles à mettre en œuvre. Depuis 2001 et le premier PNNS, les nutritionnistes parlent tous d'une seule voix, ce qui est essentiel car la cacophonie nutritionnelle est le terreau de comportements alimentaires irrationnels.

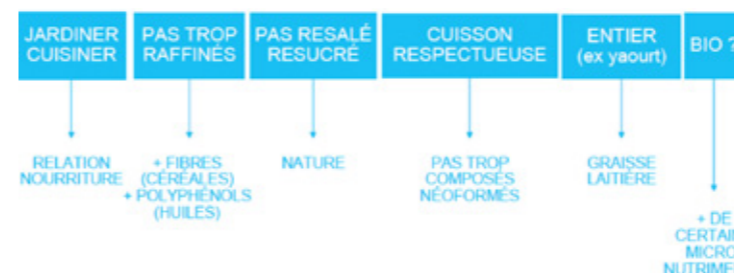
3 règles essentielles

- **Il n'existe pas de « mauvais aliment ».** Sinon c'est un poison. Seuls les excès sont mauvais.
- **Il n'existe pas d'aliment parfait,** qui apporterait à lui seul, tous les nutriments essentiels, sauf le lait maternel.
- **Il n'y a pas d'aliment indispensable.** Seuls les nutriments le sont. Ainsi, on peut très bien ne pas manger de viande et avoir un régime équilibré.

2 équilibres à respecter

Il existe deux équilibres en nutrition, un équilibre qualitatif et un équilibre quantitatif. Autrement dit : « qu'est-ce que je mange » et « combien je mange ».

- **Si mon poids est stable c'est que ce que je consomme correspond exactement à l'énergie que je dépense.** Cet équilibre est variable d'un individu à l'autre. Certains conservent un poids bas en mangeant beaucoup. Et réciproquement.
- Le second équilibre repose sur **la variété et la qualité nutritionnelle des aliments que je consomme.** Cela passe par des choses simples : cuisiner soi-même, ne pas resaler, ne pas trop sucrer, respecter des cuissons saines... Et pourquoi pas opter pour le bio.



Un autre élément est important : le contexte dans lequel je mange. Le stress, la fatigue, le fait de manger devant la télévision sont autant d'éléments qui ont un impact sur le contenu de notre assiette et la façon dont nous allons manger.

« Si on n'agit pas sur ces facteurs, aucune intervention nutritionnelle ne peut être efficace » ajoute le Dr Lecerf.

Ecouter son corps

Comme pour l'activité physique ou le sommeil, le corps donne des signaux lorsqu'il est en manque ou en excès de nourriture. Il faut réapprendre à écouter notre corps.

Tant que cette rééducation n'a pas été faite, des repères seront nécessaires pour savoir si on a mangé de manière équilibrée tant en qualité qu'en quantité.

- 5 fruits et légumes, soit 400 grammes par jour.
- Ne pas se resservir systématiquement.
- Ne pas mettre de salière sur la table.
- Veiller au contenu de ses placards... (ce qu'on ne trouve pas dans ses placards, on n'a pas la tentation de le grignoter !).
- Utiliser la balance avec régularité mais... modération !



Dr Dany-Michel Marcadet
Cardiologue, réadaptation cardiaque et gestion du stress

La prise en charge du stress doit se faire dans une équipe structurée et cohérente. Depuis l'accueil de la secrétaire au téléphone jusqu'au rendez-vous avec le psychiatre, tout doit être mis en œuvre pour que le patient adhère à son suivi.

En matière de **réadaptation cardiaque**, la mise sur pied d'un programme de gestion du stress a non seulement un impact direct sur le risque cardiovasculaire mais aussi sur l'adhésion du patient à sa réadaptation. Le mot « stress » permet de dédramatiser cette prise en charge. Si l'on propose à un patient d'aller voir un psychologue, il risque de s'y opposer au motif que c'est son cœur qui est malade et pas sa tête. Si on lui propose un coaching en gestion du stress, il réagit différemment.

Ces programmes reposent sur de nombreux acteurs : **hypnothérapeute, sophrologue, psychologue, acupuncteur...**

Les interventions peuvent être individuelles ou collectives (groupes de parole...).

« On demande à nos patients de passer par toutes les unités » précise le Dr Marcadet.

Tout est coordonné par le psychiatre, qui lui en revanche, n'intervient pas directement dans la thérapie mais veille à son harmonie.

L'homogénéité du discours et la cohérence des comportements sont essentiels pour que ce parcours soit une réussite.



Dr François Duforez
Praticien attaché au centre du Sommeil de l'Hôtel-Dieu
Fondateur de l'European Sleep Center
Médecin du sport

Les centres du sommeil sont confrontés à deux demandes principales. Soit des patients qui dorment mal et viennent consulter en première intention un centre du sommeil. Soit des patients déjà suivis en ville pour leurs troubles mais qui cherchent une approche les améliorant et leur permettant de se libérer des médicaments.

Les médias ont largement sensibilisé le public aux risques de certains médicaments notamment les benzodiazépines. Les patients attendent désormais une prise en charge qui leur permettra de réapprendre à dormir sans l'aide de la chimie. Cela a conduit les centres du sommeil à modifier leur approche et à diversifier les solutions qu'ils proposent.

Première étape : la liste d'attente est de plusieurs mois pendant lesquels les patients sont amenés à remplir des agendas du sommeil. Lorsqu'ils viennent en consultation ils arrivent donc avec une connaissance approfondie de leur problème. Pas ce qu'ils ressentent, qui est subjectif, mais avec des mesures.

Seconde étape : « Elle consiste à évaluer le trouble » explique le Dr Duforez. Dans certains cas une polysomnographie est proposée. L'examen est désormais fait le plus souvent (9 fois sur 10) en ambulatoire ce qui permet d'avoir une véritable connaissance du sommeil des patients, à domicile.

Troisième étape : le traitement. Il peut être médicamenteux dans certains cas. Mais les médecins du sommeil disposent aujourd'hui d'une large boîte à outils.

- La **relaxation** et la **sophrologie**. En travaillant sur la respiration, la visualisation, les postures, on aide à la fois le patient à modifier des perceptions erronées de son sommeil et à changer la structure de son sommeil.
- L'**activité physique** joue un rôle essentiel « Il faut arrêter de déconseiller aux gens de faire une activité physique le soir, au motif que cela stimule l'éveil... Beaucoup de gens n'ont pas d'autre moment dans la journée. Mieux vaut une activité le soir, qu'aucune activité ! » souligne le Dr Duforez.

- La **luminothérapie**. Elle est notamment très intéressante pour les jeunes actifs qui se couchent trop tard et ont du mal à se lever et pour les personnes âgées qui sont en avance de phase.
- La **mélatonine**.
- Les **thérapies comportementales et cognitives**. Elles sont en cours d'évaluation. (Dr Joëlle Adrien, Présidente de l'INSV).
- La **méditation en pleine conscience** (mindfulness). Un protocole va être lancé prochainement à l'Hôtel-Dieu.

Agir tôt !

Plus un trouble du sommeil est ancré, plus il est difficile de le faire disparaître. Les spécialistes tirent la sonnette d'alarme en raison de la **fréquence des troubles du sommeil chez les jeunes**. Elle est liée pour une large part aux nouvelles technologies. Que faire ?

- Dès le plus jeune âge, veiller au sommeil de l'enfant. Associer plaisir et sommeil.
- Utiliser les NTIC. Les écrans sont la cause de nombreux troubles du sommeil. Mais, avec les objets connectés, nous sommes à une période charnière. La technologie qui fut délétère peut aujourd'hui nous aider.
- Adopter les bons comportements : TV et alcool sont les ennemis du sommeil. Pire encore : les smartphones et les tablettes, car non seulement on est stimulé par leur lumière mais en outre on reste « actif ».
- Désamorcer les idées fausses et les mythes. Par exemple l'idée que l'on peut récupérer les heures de sommeil pendant le week-end. « On ne récupère que partiellement, on est en décalage tout le temps » résume le Dr Duforez.

UN EXEMPLE DE STRUCTURE DE PRÉVENTION MÉDICALISÉE EN FRANCE

Le centre **ELLASANTÉ !**



Emmanuelle Leclerc
Présidente du Conseil d'Administration de l'association Ellasanté !

Ellasanté !
1^{er} Centre de Santé dédié principalement à la prévention et l'accompagnement au changement des modes de vie (récépissé de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile-de-France en date de novembre 2015).

Cette structure innovante, qui a officiellement ouvert ses portes à Paris courant février 2016, est le premier Centre de santé en France dédié principalement à une « prévention active ».

Le développement de nouvelles formes d'organisation basées sur la pratique coopérative est une des préconisations de la Haute Autorité de Santé. Ellasanté ! s'inscrit dans le cadre du parcours de soins et du projet régional de santé.

Des structures parisiennes relativement comparables existent déjà. Par exemple, le Centre des Drs Ducardonnet et Verdier en cardiologie du sport (Institut Cœur Effort Santé) ou encore le Centre du sommeil de l'Hôtel-Dieu ou l'Institut dédié à la réadaptation du Dr Marcadet. Celles-ci s'adressent à des personnes souffrant de pathologies.

Ellasanté ! s'inscrit à la fois comme un acteur de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Unique en son genre, reposant sur un nouveau modèle économique, ce Centre médical va permettre à tout un chacun de connaître ses facteurs de risque et de prendre en main sa santé au quotidien et à long terme, grâce à un accompagnement pluridisciplinaire au changement des modes de vie (nutrition, activité physique, stress/sommeil), en complément des traitements usuels.

Lever les freins

Neuf personnes sur dix savent qu'il est préférable de bouger et de manger équilibré. Et pourtant ils ne le font pas. Un sondage réalisé par l'IFOP pour la Fondation PiLeJe sous égide de la Fondation de France met en avant les freins au changement.

L'aspect financier n'arrive qu'en 6^e position.

Les 5 freins principaux sont :

1. la **procrastination**. « Je vais changer mon alimentation... demain... »
2. le **manque de temps**
3. la **Crainte** qu'un mode de vie sain **enlève tout plaisir**
4. la **difficulté à adapter** ces techniques à son **mode de vie**
5. l'**absence de motivation** « Je me sens bien, même si j'ai des facteurs de risque je ne vois pas ce que tout cela va m'apporter. »

Ces 5 points montrent l'importance d'un accompagnement. Pour que le changement se fasse et perdure, il convient que les patients, dès le premier jour, entrent dans une dynamique positive pour eux-mêmes.

Un lieu dédié

En tant que Centre de santé, Ellasanté ! s'est voulu d'emblée intégré au système de santé.

Comme tout repose sur une volonté de changement de comportement du patient, il est indispensable que ce dernier ressente immédiatement, en arrivant, un certain bien-être. Le lieu se veut donc « porteur » dans son organisation et son architecture.

Ce centre pilote se focalise, dans un premier temps, sur les actions de prévention les mieux documentées : prévention cardiovasculaire, prévention de la dépression et du burn out. « On propose un diagnostic précoce de signes avant-coureurs de pathologies ou de complications », précise Emmanuelle Leclerc.

« C'est différent du check-up. Notre centre apporte des éléments plus précis pour certains risques. On s'appuie beaucoup sur l'imagerie. Et surtout, l'objectif est avant tout une prise de conscience, en vue d'améliorer de manière proactive sa santé, en synergie le cas échéant avec les traitements usuels. »

Pour qui ?

Ce centre s'adresse aux bien-portants en **prévention primaire** et aux malades en **prévention secondaire** et **tertiaire** selon trois modes d'accès :

- la **démarche personnelle d'un bien-portant**,
- la **prescription médicale dans le cadre d'une pathologie ou d'un risque avéré**,
- plus innovant et dans l'air du temps l'**adressage des patients par des partenaires privés** comme les complémentaires santé, soucieuses de favoriser un mode de vie sain chez leurs assurés.

« Notre ambition à terme serait de définir des programmes de prévention standardisés, modélisés explique Emmanuelle Leclerc, et de les rendre accessibles, par exemple, au médecin de ville. »

Ce centre pilote a également vocation à favoriser l'éclosion d'autres centres en France et à l'international : « Nous sommes en discussion avec la fondation Cheikh Khalifa pour ouvrir une telle structure au Maroc. »



ELLA FITZGERALD

Artiste qui incarnait la joie, Ella Fitzgerald est décédée des suites de complications du diabète.



Le projet Ellasanté !

est un exemple de « promotion de la santé ».

Comment faire entrer cette approche préventive et intégrative à l'hôpital afin que l'hôpital, qui est aujourd'hui dans une vision curative de la santé, devienne un « **hôpital promoteur de la santé** » ?



Dr Safwane Mouwafaq
Spécialiste en santé publique et promotion de la santé
Enseignant chercheur à l'Ecole Nationale de Santé Publique de Rabat

La Charte d'Ottawa définit la promotion de la santé comme « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci » (1986).

De manière plus concrète, la promotion de la santé se caractérise par une approche **holistique et participative** face à la santé. Elle intègre les déterminants de la santé tels que les aspects **sociaux, comportementaux, économiques et environnementaux**.

Pour être efficace elle doit se focaliser sur **les forces et avantages de cette démarche et pas uniquement les problèmes** et déficits. Enfin, elle doit avoir recours à de **multiples stratégies complémentaires afin de promouvoir la santé de l'individu et de la collectivité**.

Cette promotion se situe à plusieurs niveaux et passe par :

- l'élaboration de **politiques publiques saines**,
- le renforcement de l'action communautaire,
- l'acquisition d'aptitudes **personnelles**,
- mais aussi la création de **milieux favorables** et la réorientation des services de la santé.

Ces deux derniers points peuvent se matérialiser dans le concept d'**hôpital promoteur de santé (HPS)**. Un HPS inclut les concepts, les valeurs et les normes de promotion de la santé dans sa structure

organisationnelle et dans sa culture. Il développe des démarches visant à permettre aux individus qui le fréquentent (patients, membres du personnel, public) d'améliorer la prise en charge de leur santé.

Que met-on derrière cette notion ?

En pratique, cela signifie que l'on met tout en œuvre pour que le patient soit acteur de sa santé. Ainsi, si lors d'un bilan préopératoire avant la pose d'une prothèse de hanche on apprend que le patient est fumeur, on lui propose une consultation en vue d'un sevrage tabagique. En France, il existe un réseau d'HPS. Dans le monde on compte environ 800 établissements engagés dans cette démarche. Un exemple est le programme « Danse thérapie en prévention de l'AVC » développé au Québec entre le service de neurologie du CHU de Montréal et le centre national de danse-thérapie des Grands Ballets canadiens.

Ce concept de promotion de la santé, qui existe depuis 1986, est encore peu vulgarisé au Maroc. Les relations entre l'hôpital et les citoyens marocains demeurent compliquées. Le concept d'HPS serait l'occasion de regagner la confiance des Marocains dans leur système de santé.

Pourquoi les patients seraient-ils séduits par la prévention ?



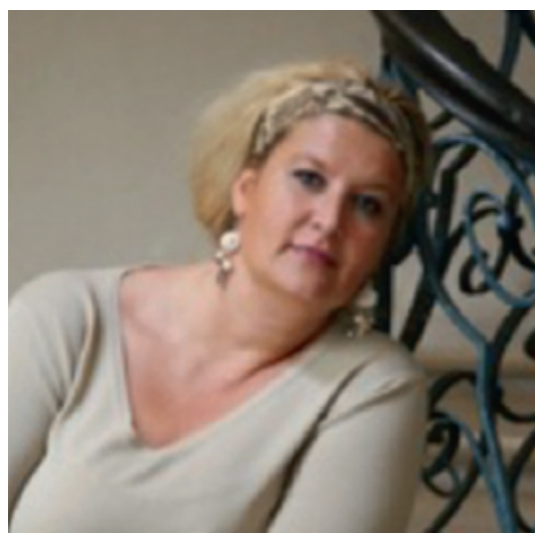
Menée par Alain Ducardonnet, médecin - journaliste, fondateur du Club des Cardiologues du Sport, ancien président du Collège National des Cardiologues Français.

Avec

Dr Safwane Mouwafaq, enseignant chercheur à l'Ecole Nationale de Santé Publique de Rabat.
Gérard Raymond, président de la FFD (Fédération Française des Diabétiques).
Michael Chekroun, président-fondateur de Carenity.
Maître Michèle Anahory, avocat à la cour, docteur en droit.
Anne-Sophie Joly, présidente du CNAO (collectif national des associations d'obèses).
Sébastien Pascal, professeur agrégé d'éducation physique et sportive et fondateur de BIOMOUV.

Nous disposons de thérapeutiques non médicamenteuses qui fonctionnent, de praticiens de santé convaincus du bien-fondé de cette approche et pourtant les actions en prévention semblent se heurter à un mur. Les patients ne seraient-ils donc pas séduits ?

DES PATIENTS EN MOUVEMENT



Anne-Sophie Joly
Présidente du CNAO (Collectif National des Associations d'Obèses)



Sébastien Pascal
Professeur agrégé d'EPS (Education Physique et Sportive)
Fondateur de BIOMOUV

BIOMOUV propose un accompagnement numérique des patients, en fonction de leurs capacités physiques et de leur pathologie. Cette start-up est une plateforme web connectée à des objets communicants afin de guider le patient de manière personnalisée dans trois dimensions : l'activité non structurée (la non-sédentarité), l'activité structurée (sport) et la nutrition.

Les patients en mouvement, ce sont également tous ceux qui participent activement à l'information et à la prévention comme les 90 associations de la FFD, pionnières du concept de « patient expert », qui depuis 5 ans mènent, au mois de juin, une campagne de prévention du diabète. Ou encore les associations d'obèses réunies dans le **CNAO** qui depuis 16 ans militent pour une prise en charge plus adaptée du surpoids et de l'obésité.

« Nous avons travaillé sur 7 recommandations de bonnes pratiques à la HAS » explique Anne-Sophie Joly.

Tous ces patients agissants, on les retrouve sur la plateforme Carenity. Elle rassemble 200 000 personnes, toutes pathologies confondues, dont 10 000 au Maroc. La plateforme permet de les mettre en relation.

« Le patient a un avis, il l'exprime. Cela transforme la relation patient-médecin » estime Michael Chekroun.

Un rôle de plus en plus central

« La loi de santé de Marisol Touraine prévoit de renforcer la présence des associations de patients dans le cadre de l'évaluation des médicaments, et même de la détermination du prix des médicaments » rappelle Michèle Anahory. Ces associations s'invitent également dans le débat sur le dépistage.

Maître Michèle Anahory Avocat à la cour

« On voit les limites du dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal. »



« On pensait que ces campagnes auraient beaucoup d'écho. En fait, moins de 50 % des femmes réalisent les mammographies recommandées et l'adhésion au dépistage du cancer colorectal ne dépasse pas 30 % ». Les associations de patients, conscientes de ces limites, demandent une démarche plus ciblée pour éviter les inégalités créées par l'approche collective.

Dr Safwane Mouwafaq Enseignant chercheur à l'Ecole nationale de santé publique de Rabat



La situation est comparable au Maroc, même si « l'émergence d'un patient citoyen est encore balbutiante » et présente un peu de retard par rapport à la France. Le Dr Mouwafaq distingue plusieurs types d'associations de patients : les **associations « biomédicales »** ou « verticalisées », en général présidées par un professionnel de santé et les associations basées sur des notabilités locales (surtout en milieu rural). Mais à côté de ces deux types d'associations se sont développés des regroupements où les patients prennent le pouvoir et pratiquent activement l'entraide. Ainsi les **associations communautaires** comme celles constituées autour des enfants diabétiques. Elles s'appuient sur des patients experts.

« Ces associations exigent un savoir. Les patients ont du vécu et ce vécu leur permet de prendre des décisions et d'être innovants. »

La fin des ordonnances

« Le terme ordonnance en dit long sur la verticalité de la relation traditionnelle patient-médecin, » explique Michael Chekroun.



Michael Chekroun Président-fondateur de Carenity

« Tout est en train de changer grâce au digital »

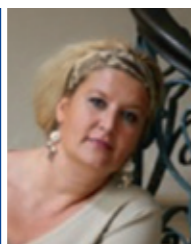
« 8 malades sur 10 recherchent de l'information sur internet. Est-ce un bien ? Est-ce un mal ? C'est un fait. » Les plateformes comme Carenity surfent sur cette tendance. Pour autant, elles ne se veulent pas en opposition avec le monde médical et industriel. Mais au contraire en collaboration active.

Carenity est un **outil pour collecter et analyser des données issues de la vraie vie des malades**. La plateforme agrège ces données anonymes et vend des rapports d'études à l'industrie. En somme, elle rapproche le patient de l'industrie car cette dernière est en charge de développer les produits et services qui vont améliorer la santé de demain. Carenity le rapproche également du médecin : « On ouvre gratuitement nos bases aux chercheurs et aux médecins ; ils publient les résultats de ces études dans les congrès et les revues scientifiques », précise Michael Chekroun. La plateforme est ainsi à l'origine d'une trentaine de publications et posters en 5 ans.

VERBATIM MICHAEL CHEKROUN

« J'ai monté Carenity car une personne de ma famille était atteinte d'une maladie grave. Je me suis rendu compte de l'isolement des patients dans leur maladie. Il n'y avait pas en France de réseaux sociaux sur le premier sujet qui nous intéresse tous : notre santé. »

Anne-Sophie Joly
Présidente du CNAO (collectif national des associations d'obèses)



Synergie entre le développement du pouvoir des patients et le pouvoir médical

Le développement du pouvoir des patients ne se fait pas contre le pouvoir médical mais en synergie.

« Chacun son domaine de compétences. Les médecins sont des techniciens de la maladie, nous sommes des experts de son vécu. »

Comme l'AFD, le CNAO entretient d'ailleurs des relations de plus en plus régulières avec les sociétés savantes, l'Académie de médecine ou l'Académie de chirurgie.

Passer à l'action

A côté des patients experts, mis en avant par des associations très dynamiques comme la FFD, il y a aussi le **patient tout seul**. Et ce patient tout seul, semble parfois frileux face à la prévention. Les associations structurées et les plateformes comme **Carenergy** peuvent lui apporter du soutien, des informations, des contacts mais aussi de l'humain, de la cohérence et des astuces pour savoir comment mieux vivre avec sa maladie. Si cela ne suffit pas, s'il ressent le besoin d'être entouré, coaché, des structures comme BIOMOUV lui apportent un soutien personnalisé. Car même lorsqu'on est convaincu du bienfait de la **prévention, le passage à l'action est tout sauf évident.**

Néanmoins le coaching virtuel à distance a ses limites. « C'est un premier niveau pour agir en autonomie et en acteur de sa santé » explique Sébastien Pascal. Mais la nécessité de trouver des partenaires a conduit « à mettre en place une communauté et développer un réseau, en collaboration avec le CHU de Montpellier. On repère les associations compétentes capables de proposer un accompagnement des patients dans différents domaines. »

VERBATIM ANNE-SOPHIE JOLY

« L'obésité est la mère de nombreuses pathologies : AVC, HTA, diabète. Cela représente dans le monde 1700 milliards de dollars par an. Le colloque d'aujourd'hui est essentiel car le coût de ces maladies c'est le coût de la souffrance, de l'exclusion, de la discrimination, et la mort avancée de ces patients touchés par l'obésité. Aujourd'hui, 60 % des décès sont imputables aux maladies non-infectieuses (chiffres OMS). »

Gérard Raymond
Président de la FFD (fédération française des diabétiques)



« Unus pro omnibus, omnes pro uno »

Au final c'est bien cette synergie entre corps médical et paramédical, industriels, sociétés savantes, associations de patients, communautés virtuelles de patients représentées par des plateformes comme Carenergy, ou encore coach numérique, qui s'affirme aujourd'hui comme le prérequis pour que le patient se réapproprie sa santé, qu'il entre de plain-pied dans une culture de la prévention. En somme il **s'autonomise en socialisant sa maladie**, en s'intégrant à des groupes de pairs, en participant à la démocratie sanitaire, en apportant à toutes les strates décisionnelles (politiques, économiques, médicales, scientifiques) son expertise de patient. Il devient acteur de sa santé et libre devant la maladie en se découvrant membre d'une communauté. Tous pour un, un pour tous.

VERBATIM GÉRARD RAYMOND

« Nous nous battons pour l'expertise profane du patient. Nous le formons pour qu'il soit représentatif et porteur de propositions. Dans les équipes pluridisciplinaires en éducation thérapeutique, le patient-expert a un rôle à jouer, autant que la diététicienne ou le podologue ! »



L'APPEL DE CASABLANCA

Définir la prévention, cerner la place de thérapeutiques non médicamenteuses dans cette approche, identifier les freins qui limitent le recours à ces thérapeutiques et les leviers d'action pour favoriser un nouveau paradigme en santé, tel était le but de cette rencontre.



Dr Jean-Michel Lecerf
Chef du service nutrition - Institut Pasteur de Lille

Pr Chakib Nejjari
Vice-président de l'Université Mohammed VI des Sciences de la Santé

LA CONFRONTATION DE POINTS DE VUE D'EXPERTS DES DEUX CÔTÉS DE LA MÉDITERRANÉE A PERMIS L'ÉMERGENCE DE 5 FILS CONDUCTEURS.

1. Ce sont des thérapeutiques **validées**, qui reposent sur des données scientifiques et sont soutenues par la **conviction des médecins**.
2. Elles requièrent des **changements de comportement personnalisés**, qui doivent se faire **progressivement** et nécessitent un **accompagnement** dans le parcours de santé.
3. Elles impliquent une **motivation** qui repose sur la prise en compte du **plaisir associé à ces changements et des avantages obtenus** et ressentis, bien supérieurs aux contraintes.
4. Ces thérapeutiques s'inscrivent dans une **approche holistique et intégrative**, avec une coopération pluridisciplinaire de multiples acteurs en partenariat.
5. Leur développement passe par la **formation initiale et continue** des professions de santé et des autres professionnels impliqués afin de leur donner les techniques et les outils nécessaires à la mise en œuvre de ces thérapeutiques non médicamenteuses.

LE COLLOQUE CONTINUE SUR www.education-preventionsante.fr



Pour retrouver toutes les interventions du colloque (transcriptions, interviews-vidéos, propositions concrètes) et prendre connaissance de l'intégralité du sondage Fondation PileJe/IfoP « Les Français et la prévention santé », rendez-vous sur : www.education-preventionsante.fr

COLLOQUE ORGANISÉ PAR :



UNIVERSITÉ MOHAMMED VI
DES SCIENCES DE LA SANTÉ
CASABLANCA



Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid
ROYAUME DU MAROC



Coopération Santé
Association loi 1901

FONDATION
PILEJE
PROMOUVOIR LA
SANTÉ DURABLE
ŒUVRE D'INTÉRÊT GÉNÉRAL À BUT NON LUCRATIF

AVEC LE SOUTIEN DE :

carenitix
Le 1^{er} réseau social pour les patients et leurs proches

Biomouv

Sterifil
MEDICAL DEVICES

COOPER
PHARMA

