



HAL
open science

Projet SPICES : état des lieux de la prévention cardio-vasculaire en France

Eve Legoff

► **To cite this version:**

Eve Legoff. Projet SPICES : état des lieux de la prévention cardio-vasculaire en France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01715499

HAL Id: dumas-01715499

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01715499>

Submitted on 22 Feb 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License



UNIVERSITÉ de BRETAGNE OCCIDENTALE

FACULTÉ DE MÉDECINE

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2018

Thèse présentée par :

Madame LEGOFF Eve
Née le 29 Janvier 1989 à SAINT-BRIEUC (22)

Thèse soutenue publiquement le 25 Janvier 2018

Titre de la thèse :

Projet SPICES : Etat des lieux de la prévention cardio-vasculaire en France

Président Mr le Professeur LE RESTE Jean-Yves

Membres du jury Mr le Professeur LE FLOCH Bernard

Mr le Professeur BARRAINE Pierre

Mr le Docteur ODORICO Michele

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

Doyens honoraires

Professeur **FLOCH** Hervé
Professeur **LE MENN** Gabriel (†)
Professeur **SENECAIL** Bernard
Professeur **BOLES** Jean-Michel
Professeur **BIZAIS** Yves (†)
Professeur **DE BRAEKELEER** Marc (†)

Doyen

Professeur **BERTHOU** Christian

Professeurs émérites

CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

LEFEVRE Christian	Anatomie
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
RICHE Christian	Pharmacologie fondamentale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BOLES Jean-Michel	Réanimation
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
GILARD Martine	Cardiologie
JOUQUAN Jean	Médecine interne
OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BERTHOU Christian	Hématologie
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
BRESSOLLETTE Luc	Chirurgie vasculaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition

DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie
DUBRANA Frédéric
FENOLL Bertrand
FOURNIER Georges
GENTRIC Armelle
GOUNY Pierre
HU Weiguo
KERLAN Véronique
LACUT Karine
LE MEUR Yannick
LE NEN Dominique
LEROYER Christophe
LOZAC'H Patrick
MANSOURATI Jacques
MARIANOWSKI Rémi
MERVIEL Philippe
MISERY Laurent
NEVEZ Gilles
NONENT Michel
PAYAN Christopher
REMY-NERIS Olivier
SALAUN Pierre-Yves
SARAUX Alain
SIZUN Jacques
STINDEL Éric

TIMSIT Serge

Rhumatologie
 Chirurgie orthopédique et traumatologique
 Chirurgie infantile
 Urologie
 Gériatrie et biologie du vieillissement
 Chirurgie vasculaire
 Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
 Thérapeutique
 Néphrologie
 Chirurgie orthopédique et traumatologique
 Pneumologie
 Chirurgie digestive
 Cardiologie
 Oto-rhino-laryngologie
 Gynécologie obstétrique
 Dermato-vénérologie
 Parasitologie et mycologie
 Radiologie et imagerie médicale
 Bactériologie-virologie
 Médecine physique et réadaptation
 Biophysique et médecine nucléaire
 Rhumatologie
 Pédiatrie
 Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
 Neurologie

VALERI Antoine
WALTER Michel

Urologie
 Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

ANSART Séverine
AUBRON Cécile
BEN SALEM Douraied
BERNARD-MARCORELLES Pascale
BEZON Eric
BROCHARD Sylvain
COUTURAUD Francis
DAM HIEU Phong
DELLUC Aurélien
GIROUX-METGES Marie-Agnès
HERY-ARNAUD Geneviève
HUET Olivier
LE MARECHAL Cédric
LE ROUX Pierre-Yves
L'HER Erwan
LIPPERT Éric
MONTIER Tristan
NOUSBAUM Jean-Baptiste
PRADIER Olivier

Maladies infectieuses
 Réanimation
 Radiologie et imagerie médicale
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 Médecine physique et réadaptation
 Pneumologie
 Neurochirurgie
 Médecine interne
 Physiologie
 Bactériologie-virologie
 Anesthésiologie-réanimation
 Génétique
 Biophysique et médecine nucléaire
 Réanimation
 Hématologie
 Biologie cellulaire
 Gastroentérologie
 Cancérologie

AU 01/09/2017

RENAUDINEAU Yves Immunologie
SEIZEUR Romuald Anatomie

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE RESTE Jean-Yves
LE FLOC'H Bernard

Professeur Associé des Universités de Médecine Générale (à mi-temps)

BARRAINE Pierre

Professeur des Universités contrat LRU

BORDRON Anne Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe Immunologie
MOREL Frédéric Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PERSON Hervé Anatomie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

ABGRAL Ronan Biophysique et médecine nucléaire

CORNEC Divi Rhumatologie
DE VRIES Philine Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie Génétique
HILLION Sophie Immunologie
LE BERRE Rozenn Maladies infectieuses
LE GAC Gérald Génétique
LE GAL Solène Parasitologie et mycologie
LODDE Brice Médecine et santé au travail
MIALON Philippe Physiologie
PLEE-GAUTIER Emmanuelle Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène Biophysique et médecine nucléaire
TALAGAS Matthieu Histologie, embryologie et cytogénétique
VALLET Sophie Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

BRENAUT Emilie Dermato-vénérologie
CORNEC-LE GALL Emilie Néphrologie
LE VEN Florent Cardiologie
MAGRO Elsa Neurochirurgie
PERRIN Aurore Biologie et médecine du développement et de la reproduction

SALIOU Philippe Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SCHICK Ulrike Cancérologie
UGUEN Arnaud Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

NABBE Patrice

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale (à mi-temps)

BARAIS Marie

CHIRON Benoît

DERRIENNIC Jérémy

Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

BERNARD Delphine

Biochimie et biologie moléculaire

DERBEZ Benjamin

Sociologie démographique

KARCHER Brigitte

Psychologie clinique

LANCIEN Frédéric

Physiologie

LE CORRE Rozenn

Biologie cellulaire

MIGNEN Olivier

Physiologie

MORIN Vincent

Electronique et informatique

Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)

MERCADIE Lolita

Rhumatologie

Maître de Conférences des Universités contrat LRU

DANY Antoine

Epidémiologie et santé publique

GILLES Marlène

Génie informatique, automatique et traitement du signal

Professeurs certifiés / agrégés du second degré

MONOT Alain

Français

RIOU Morgan

Anglais

Remerciements

Je souhaiterais remercier le Professeur LE RESTE pour la présidence de ma thèse.

Je souhaiterais remercier le Professeur Le FLOCH d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Je souhaite également remercier le Professeur BARRAINE pour sa participation dans mon jury.

Un grand merci à Michele ODORICO, mon directeur de thèse pour son aide et ses lumières.

Merci à Delphine LE GOFF pour son encadrement lors de la création de ce travail.

Je remercie également mes co-internes sur le projet SPICES qui ont participé au consensus de traduction et pour les échanges enrichissants qu'on a pu partager.

Merci à Aymeric et Théoden, mes deux piliers.

Merci à mes Parents, Claude et Mireille, et à ma sœur, Iris mon experte en linguistique, pour leur soutien pendant toutes ces années.

Merci à ma grand-mère, et à ma famille d'avoir toujours cru en moi.

Merci à Pauline mon binôme de fac sans qui ça n'aurait pas été aussi rigolo.

Merci à mes amis Cécile, Kylian, Pierrick, Claire, Clémence, Laure, Capucine, François, Moana, Sophie et Marine pour tous ces bons moments passés avec vous et qui ont rendus mes études plus supportables.

Merci à Yo et Mourad pour leur soutien lors de notre première année.

A Yann, qui nous manque beaucoup.

Merci à Angélique pour son enseignement et son amitié.

Merci aux maîtres de stage et aux médecins qui m'ont transmis leur expérience et leur savoir-faire.

Table des matières

Résumé	7
Abstract	8
Introduction.....	9
Méthode.....	10
Résultats.....	12
Discussion.....	21
Conclusion.....	24
Bibliographie.....	25
Annexe 1.....	29
Annexe 2.....	35
Annexe 3.....	40

Résumé

Introduction : Les Maladies Cardio-vasculaires (MCV) représentent la première cause de mortalité mondiale. La prévention des facteurs de risque (FDR) modifiables est efficace. Le projet international SPICES propose d'implémenter des interventions novatrices dans la prévention des MCV en Europe et en Afrique Sub-Saharienne. La première étape du projet était la réalisation d'un état des lieux de la prévention des MCV dans chaque Pays. L'objectif de ce travail était de réaliser cet état de lieux en France.

Méthodologie : L'Université de Makerere (partenaire du projet SPICES) a produit un guide en Anglais pour réaliser l'état des lieux. Deux traductions indépendantes vers le Français ont été réalisées. Une version définitive adaptée au contexte local a été validée par consensus. A partir du guide, 3 questionnaires ont été créés pour réaliser l'état des lieux au niveau local et national. Le recueil national a été réalisé par revue narrative de la littérature. Deux recueils indépendants ont été réalisés et assemblés en une version définitive.

Résultats : Les MCV représentaient 28 % des décès en France. Le Plan National Nutrition Santé, le Plan National de Réduction du tabagisme, le Plan National Action Accident Vasculaire Cérébral étaient retrouvés. Des politiques de réduction du sel alimentaire et une législation anti-tabac intervenaient. De nombreux soignants s'impliquaient dans la prévention, le médecin traitant était identifié comme le premier acteur de la prévention. L'observance médicamenteuse approchait les 50 %. L'éducation thérapeutique apparaissait comme une solution efficace dans la prévention.

Conclusion : De nombreuses initiatives ont été retrouvées, avec des résultats parfois décevants. Les inégalités sociales et régionales semblaient expliquer les différences de prévalence des MCV. Le manque de coordination des plans nationaux, l'absence de relais local des actions et l'hétérogénéité des pratiques expliquaient les échecs de la prévention. L'éducation thérapeutique et les maisons de soins pluridisciplinaires devraient être développées.

Summary

Introduction: Cardiovascular diseases (CVD) represent the first cause of worldwide mortality. The prevention of modifiable risk factors is efficient. The international project SPICES proposes to implement innovative interventions about CVD prevention in Europe and Sub-Saharan Africa. The first step of the project was to realise a situational analysis (SA) about CVD prevention in each country. The objective of this paper was to implement the SA in France.

Methodology: Makerere's University produced a guide in English to realise the SA. Two independent French translations were produced. A final version was consensually validated. Three questionnaires were created from the guide to produce the SA at local and national levels. National data was carried out by narrative review of literature. Two independent searches were made and assembled into a final version.

Results: CVD represented 28% of mortality in France. The Plan National Nutrition Santé, the Plan National de Réduction du Tabagisme, the Plan National action Accident Vasculaire Cerebral were implemented. A salt consumption reduction policy and anti-tobacco legislation have intervened. A lot of caregivers were involved in prevention, the general practitioner was identified as the prevention's first actor. The medicinal observance approached 50%. Therapeutic education appeared to be an efficient solution.

Conclusion: Several initiatives were found, with sometimes unsatisfactory results. Social and regional inequalities explained the difference of the CVD's prevalence. The lack of coordination in the national plans, the absence of local actions and medical practice's heterogeneity explained the failure of prevention. Therapeutic education and multi-disciplinary health centres should be developed.

Introduction

Les maladies cardio-vasculaires (MCV) représentaient la première cause de mortalité dans le monde selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avec 31% de la mortalité mondiale totale (1). En France, les MCV représentaient 28 % des décès selon les données OMS 2014 (2).

Plusieurs conditions augmentent le risque de survenue de MCV et certains sont modifiables : le tabac, l'hypertension, les dyslipidémies, le diabète, la sédentarité et l'obésité (3).

La lutte contre les facteurs de risque cardiovasculaires (FDRCV) a montré son efficacité et est une priorité des autorités publiques (4). L'arrêt du tabac permet de diminuer le risque de récurrence d'Infarctus du Myocarde (IDM), diminue l'évolution et les symptômes de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) (5). Un sevrage tabagique précoce permet de retrouver l'espérance de vie des personnes n'ayant jamais fumé (5). Le traitement de l'Hypertension Artérielle (HTA) diminue de 40% le risque d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et de 15% le risque d'IDM (3). Le traitement de l'Hypercholestérolémie (HCT) a permis de diminuer de 30% la mortalité cardiovasculaire en 20 ans (3). Le traitement du diabète permet de diminuer l'incidence des complications cardiovasculaires. La lutte contre la sédentarité et la diminution de l'obésité et du surpoids permettent une diminution de l'incidence des MCV (3).

Les MCV représentaient un fardeau économique et humain important avec un coût de 863 milliards de dollars à l'échelle mondiale en 2010 (6). Des projections évaluaient le coût des MCV à 1066 milliards de dollars en 2030. Devant ce constat, l'OMS a fait de la lutte contre les MCV, une priorité (7).

Ce travail de thèse s'est inscrit dans le cadre du projet de recherche SPICES (Scaling-up Packages of Interventions for Cardiovascular disease prevention in selected sites in Europe and Sub-Saharan Africa). Ce projet a pour but de mettre en place des interventions novatrices dans la prévention du risque cardio vasculaire en Europe et en Afrique Sub Saharienne.

Il s'agit d'un projet international d'une durée de 5 ans, financé par l'Union Européenne dans le cadre du programme Horizon 2020.

Trois pays développés et deux pays en voie de développement sont engagés : France – Université de Brest, Royaume Uni – Universités de Manchester et Nottingham Trent, Belgique - Université d'Anvers, Ouganda – Université de Makerere, Afrique du Sud – Université de Limpopo.

Ce projet s'inspire des progrès réalisés dans le traitement du VIH/SIDA en Afrique Subsaharienne (ASS) et dans la prise en charge des maladies chroniques grâce au plan de l'OMS l'ICCC Framework (Innovative Care for Chronic Conditions) (8).

Ces projets étaient nés du constat que le modèle de soins des pays riches (approche individuelle du patient, centrée sur l'hôpital et le spécialiste avec un suivi régulier clinique et

paraclinique) n'était pas transposable aux pays en voie de développement, du fait de la limitation des ressources humaines, techniques et financières. Il était constaté que ce modèle devenait de plus en plus difficile à maintenir dans les pays développés où les ressources devenaient limitées. En France, les dépenses liées aux MCV représentaient 17.9 milliards d'euros soit 12.6% de la consommation de biens et de soins médicaux (9). De nouvelles approches devaient être développées afin d'augmenter l'efficacité des systèmes de santé.

Le projet SPICES est une étude d'implémentation visant à mettre en place des interventions efficaces et avec un rapport cout bénéfice favorable dans la prévention des MCV. Ces interventions seront centrées sur la communauté, le patient et son entourage sur le modèle du Innovative Chronic Care Conditions (ICCC) mis en place dans le traitement du VIH (8).

Le projet vise à intervenir auprès des populations dites vulnérables, c'est-à-dire à forte prévalence de MCV et/ou avec un accès limité aux soins.

A partir d'un cadre commun le projet SPICES sera décliné différemment dans les différents contextes.

En France, l'étude sera réalisée dans le pays Centre Ouest Bretagne (COB). Ce territoire est touché par une démographie médicale insuffisante avec 8.5 médecins généralistes pour 10 000 habitants contre 10.4 pour la moyenne nationale (10). Il s'agissait également d'une région avec des revenus peu élevés (11) et avec une forte prévalence de MCV (11).

La première étape du projet était de réaliser un état des lieux du système de soins et de la prévention des MCV au niveau national et local dans chacun des pays participant au projet. Pour cela, l'Université de Makerere avait produit un questionnaire en Anglais qui devait servir de guide (Annexe 1).

Ce travail de thèse s'intéressait aux données nationales sur la prévention des MCV. Les questions de recherche étaient les suivantes :

- Comment traduire et adapter au contexte local le guide de l'Université de Makerere ?
- A partir de ce guide, comment réaliser l'état des lieux de la prévention cardiovasculaire en France?

Méthode

Une revue des données nationales devait permettre de répondre au questionnaire produit par l'Université de Makerere sur l'état des lieux de la prévention cardio-vasculaire française (Annexe 1).

Le questionnaire de l'université de Makerere devait être traduit et adapté au contexte local.

Deux traductions indépendantes de l'Anglais vers le Français ont été réalisées par deux chercheurs et vérifiées par une personne extérieure au projet possédant une expertise linguistique.

Les deux versions de la traduction ont été confrontées pendant une réunion de l'équipe de recherche (composée de deux Chefs de Clinique des Universités, d'un Professeur des Universités et de 7 internes en médecine générale).

Une version définitive adaptée au contexte local a été validée par consensus.

Les questions issues de la traduction ont été partagées selon la méthode nécessaire pour y répondre (revue de la littérature ou entretiens) et le niveau de recherche (local ou national). Trois questionnaires, lors de la même réunion, ont été créés. Un questionnaire pour les questions qui nécessitaient une revue de la littérature nationale, un pour les questions nécessitant une revue de la littérature locale et le troisième pour les questions nécessitant des entretiens qualitatifs au niveau local.

Ce travail de thèse s'est intéressé à la prévention des MCV au niveau national. La collecte des données a été réalisée entre mai et septembre 2017 via une revue narrative de la littérature afin de répondre au questionnaire produit par l'Université de Makerere.

L'équipe de recherche a jugé qu'une analyse des bases des données scientifiques type Medline ou Cochrane n'était pas adaptée pour répondre au questionnaire de l'Université de Makerere. La recherche bibliographique a été ajustée au questionnaire et les bases de données recensées ont été sélectionnées afin d'y répondre. Les documents ainsi obtenus ont été lus intégralement par un chercheur qui a extrapolé les données et proposé une réponse pour chaque item du guide. Un deuxième chercheur a réalisé indépendamment la même recherche. La mise en commun des réponses a été réalisée en groupe de recherche.

Les données ont été obtenues sur les sites internet des institutions suivantes :

- OMS pour le profil de pays, les recherches sur le Task Shift et l'ICCC Framework
- Institut National de Veille Sanitaire (InVS), pour les programmes de surveillance des MCV
- Institut National de Prévention et Education à la Santé (InPES), pour les politiques de prévention des MCV
- Ministère de la santé et de la solidarité, pour les plans nationaux
- Académie des sciences Morales et Politiques (ASMP), pour leur analyse de la prévention des MCV
- Société française de Cardiologie, pour l'éducation thérapeutique
- Site de l'Assurance Maladie, pour les politiques sociales
- Haute Autorité de Santé (HAS), pour les recommandations de bonne pratique
- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), pour les politiques de réduction du sel alimentaire

- Observatoire Français de la médecine générale, pour les statistiques de recours aux consultations des médecins généralistes
- Des recherches Google, Google Scholar et sur le site EMConsult ont été réalisées.

Résultats

La traduction

L'étape de la traduction a permis de fournir un guide pour le recueil des données (Annexe 2). Cependant il a fallu adapter cette trame au contexte Français car l'organisation des systèmes de soins est différente en Ouganda et en France. Dans la partie « ressources existantes pour soutenir les interventions » :

- La question 6 a été supprimée car elle n'était pas pertinente dans le cadre du système de soins Français.
- La question 7 a été supprimée car elle n'était pas pertinente pour l'état des lieux de la prévention cardio-vasculaire en soins primaires.
- La question 9 a été supprimée car elle était redondante avec les différents professionnels impliqués dans la prévention des MCV.
- La question 10 a été supprimée car elle interrogeait sur l'organisation du système de soins et n'était pas centrée sur la prévention des MCV en soins primaires.

Les documents issus de la traduction :

- Document original en Anglais : SPICES Project : Situational Analysis Work Package (Annexe 1).
- Projet SPICES : Etat des lieux Version complète traduite (Annexe 2).
- Questionnaires issus de la Traduction (Annexe 3).

Pour faciliter la lecture des résultats, les réponses de ce travail de recherche seront précédées des questions correspondantes du guide en Français.

Quelles sont les maladies chroniques les plus fréquentes en France ?

Le profil OMS

Graphique

Profil France OMS 2014 : Mortalité chez les moins de 70 ans selon les causes. Les MNT sont les Maladies Non Transmissibles, ce qui les oppose aux maladies infectieuses (2).

Graphique

Profil France OMS 2014 : Pourcentage respectifs des causes de décès en France (2).

Y a-t-il un programme plan de santé national qui s'adresse à la prévention des MCV? Qu'est-t-il inclus dans le plan ?

Les plans nationaux

Au niveau National, il a été répertorié 3 plans nationaux visant à prendre en charge les FDR des MCV. Devant le constat que les MCV sont responsables de 28% des décès en France, leur prise en charge est une préoccupation des Autorités gouvernementales.

- Le Plan National Nutrition Santé (PNNS) (12) a été défini en 2001 par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP). Il a été réédité à plusieurs reprises avec des objectifs à l'échelle nationale qui se sont affinés. Le PNNS 4 a été actualisé pour la période 2017 – 2021.
- Le Plan National de Réduction du Tabagisme (PNRT) (13) a été défini pour la période 2014 – 2019. Il était la mesure 10 du Plan cancer 2014 -2019. C'est le ministère de la Santé qui en était à l'origine. Il s'agissait d'un programme d'actions coordonnées en cohérence avec le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.
- Le Plan National Accident Vasculaire Cérébral (AVC) 2010-2014 (14) a été élaboré par le ministère de la Santé et la Direction générale de la Santé suite à un rapport de 2009 rendant compte de la prévention et de la prise en charge des AVC en France. Il se déclinait en Programme d'Action National et Régional et précisait un ensemble d'outils méthodologique dans la prévention et la prise en charge des AVC.

Le Plan National Nutrition Santé (12) avait pour objectif la diminution de l'obésité, du surpoids, de l'Hypertension Artérielle (HTA) et de la sédentarité. Il englobait également le plan Obésité (PO). Le Haut Conseil de Santé Publique avait défini les objectifs du PNNS. L'amélioration de l'état nutritionnel de la population Française a été définie comme un enjeu de santé publique. C'était un programme lancé en 2001 et réactualisé plusieurs fois par la suite. En termes de prévention des maladies cardiovasculaires un des objectifs reposait sur une diminution de l'HTA et de l'hypercholestérolémie. Les moyens mis en œuvre dans la prévention de l'HTA et de l'hypercholestérolémie étaient des campagnes d'éducation

nutritionnelle. Cela passait également par la mise en place d'un environnement propice à la prise de décision favorable en termes d'alimentation et d'activité physique. Ce plan se déclinait selon différents axes :

- Renforcer l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire
- Communiquer sur les repères nutritionnels
- Renforcer les messages de santé publique et diminuer les effets de la pression publicitaire
- Diminuer la sédentarité tous âges confondus
- Renforcer le dépistage et la prise en charge nutritionnelle
- Contribuer à l'orientation de la formation en nutrition et santé publique
- Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles : dénutrition et troubles du comportement alimentaire

Le Plan National de Réduction du Tabagisme (PNRT) (13) avait pour but de diminuer l'entrée dans le tabagisme et d'aider les fumeurs à arrêter leur consommation. Il était organisé selon 3 axes :

- Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac
 - o Obligation du paquet neutre
 - o Augmentation de la taille des avertissements
 - o Interdiction des arômes
 - o Interdiction des publicités
 - o Interdiction de vente aux mineurs
- Aider les fumeurs à arrêter de fumer
 - o Favoriser une approche multidisciplinaire pour adresser les fumeurs en structure quand ils souhaitent arrêter de fumer
 - o Rémunérer les médecins généralistes dans les objectifs CNAMTS
 - o Informer et faciliter l'accès au tabac info service
 - o Améliorer la prise en charge des traitements d'aide au sevrage
- Agir sur l'économie du tabac
 - o Lutter contre le commerce illicite

- Imposer une plus grande transparence des activités de communication et le lobbying des industriels du tabac

Le Plan National d'Actions Accident Vasculaire Cérébral (AVC) (14) avait pour objectif l'amélioration de la prise en charge et la prévention de l'AVC.

- Diffusion aux patients et à leurs aidants des documents d'information sur l'accident vasculaire cérébral (AVC) et sur l'accompagnement du handicap.
- Formation à l'accompagnement des aidants familiaux de personnes ayant eu un AVC.
- Organisation des filières de prise en charge des personnes après un AVC, de l'entrée dans un service de soins jusqu'au retour à domicile ou en établissement médicosocial.

En 2014, 110 438 patients ont été hospitalisés pour AVC (Accident Vasculaire Cérébral). Malgré le Plan National d'Action AVC 2010 2014, on observait une augmentation des hospitalisations pour AVC ischémique de 14.3 % chez les moins de 65 ans et une diminution de 2.1 % chez les plus de 65 ans (15).

Y a-t-il des politiques nationales pour la prévention, les soins, le suivi et le coût de la prise en charge des MCV?

Politiques de santé pour la prévention des MCV

Réduction du sel dans les rations alimentaires

La consommation excessive de sel est reconnue pour augmenter les risques d'HTA et de MCV. L'Agence Nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) s'impliquait à diminuer le sel dans l'alimentation. Un cadre réglementaire a été institué afin de limiter le sel dans les aliments (16).

Législation Anti-Tabac

La première loi anti-tabac était la loi Veil en 1976 (17). Elle limitait la publicité pour le tabac, restreignait l'usage dans certains lieux collectifs et apposait la mention « abus dangereux » sur les paquets. Cette dernière a permis de stabiliser la consommation alors qu'elle était en augmentation jusque-là.

La Loi Evin a été promue le 10 janvier 1991 (17). Elle avait pour but de faire diminuer la consommation de tabac en le transformant en produit socialement « incorrect ». Elle renforçait le cadre législatif de la lutte contre le tabagisme :

- En favorisant la hausse du prix des cigarettes

- En posant le principe de l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif (y compris les locaux des gares et moyens de transport sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs ; ces lieux sont définis par décret)
- En interdisant toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac et des produits dérivés
- En interdisant toute distribution gratuite
- En interdisant toute opération de parrainage liée au tabac
- En interdisant la vente de tabac aux moins de 18 ans
- En autorisant les associations impliquées dans la prévention du tabagisme à se constituer partie civile devant les tribunaux.

L'augmentation du prix des cigarettes en 2003 avait permis une diminution nette des ventes de 14 % (4). La loi Evin modifiée en 2006 interdisait le tabac dans les lieux publics (17). Il a également été ajouté des avertissements écrits et des photos dissuasives sur les paquets de cigarette. Depuis mai 2016, les industriels ont été contraints à produire des paquets neutres (17).

Les Affections de Longue Durée (ALD)

Il s'agissait d'affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitait un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et pour lesquelles le ticket modérateur était supprimé (18). Les MCV faisaient partie des ALD. Concernant les FDR, le diabète était considéré comme une ALD. L'HTA a été supprimée des ALD car constituant un FDR et non une pathologie en elle-même.

Comment le système de santé est organisé en termes de prévention des MCV?

Les différents organismes impliqués dans la prévention des MCV

Le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) avait pour mission de contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, d'évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et de contribuer au suivi annuel (12).

Les plans nationaux donnaient les directives concernant la prise en charge des FDR. Les Agences Régionales de la Santé (ARS) mettaient en place les moyens exigés par les directives nationales en s'adaptant aux conditions locales (19).

La Haute Autorité de Santé (HAS) publiait les recommandations en accord avec les directives nationales à l'attention des praticiens. La HAS a publiée des recommandations concernant l'évaluation du risque cardio-vasculaire (20), la modification du style de vie (21), l'arrêt de la consommation tabagique (22), la prise en charge du surpoids (23). La HAS

préconisait aussi l'évaluation du risque cardio-vasculaire et le dépistage des FDR par le médecin généraliste.

Une surveillance des MCV et de leurs FDR étaient réalisées par le biais de l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) (24). Les FDR surveillés étaient l'HTA, dyslipidémie, diabète, tabagisme, obésité.

L'Institut National de prévention et d'éducation à la santé (INPES) avait une mission de santé publique (25). Il intervenait notamment dans le domaine de l'éducation thérapeutique (26). Depuis 2016, l'INPES, l'INVS et l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires ont fusionné pour devenir la Santé Publique France (25).

La caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM) proposait des Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) pour les médecins généralistes pour le suivi du diabète et de l'hypertension (27).

Des associations de patients s'impliquaient également dans l'information, la prévention et la recherche sur les MCV. Elles éditaient notamment des brochures permettant de clarifier les examens prescrits dans le dépistage et le suivi des maladies cardio-vasculaires (28).

Prise en charge de la prévention primaire des MCV: recommandations et procédures. Qui fait les diagnostics, revoit le patients investigue et prescrit les médicaments ?

Quels professionnels s'occupent de la prévention des MCV et quel est leur rôle?

Dans quelle mesure les structures de soins primaires sont prêtes à s'occuper de la prévention des MCV ?

Le rôle du médecin généraliste

Le Médecin Traitant évaluait le risque cardio-vasculaire des patients avec prescription d'un bilan biologique si nécessaire (20). Quand un FDR était retrouvé la prise en charge initiale s'effectuait par le médecin généraliste : conseil sur le mode de vie et les méthodes de sevrage tabagique. Le Médecin Traitant était considéré comme le premier acteur de la prévention cardio-vasculaire (CV) par 66 % des patients (4). La prise en charge des FDR était un motif fréquent de consultation chez le médecin généraliste (29).

Il adressait secondairement au spécialiste si cela était nécessaire. Il avait le rôle de coordonnateur du parcours de soins.

Les autres soignants

Plusieurs autres soignants intervenaient dans la prévention des MCV :

- Les cardiologues prenaient en charge les MCV, assuraient les visites de contrôle et étaient le recours pour les avis spécialisés pour les patients difficiles à prendre en

charge. Ils étaient des acteurs majeurs de la prévention des MCV car 53 % d'entre eux abordaient des conseils de prévention et d'hygiène de vie pendant leur consultation et 11% de l'activité des cardiologues de ville concernait la prévention des MCV (30).

- Les pneumologues intervenaient dans la prise en charge du tabagisme (31)
- Les endocrinologues, les angiologues, les néphrologues étaient le recours pour les avis spécialisés (3)
- Les addictologues intervenaient dans le traitement des addictions (3) au tabac et à l'alcool.
- Les psychiatres et les psychologues traitaient les troubles du comportement alimentaires (3)
- Tout professionnel médical et paramédical adéquatement formé, intervenait dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique (diabète, cholestérol, tabac...) (32)
- Les diététiciens et nutritionnistes participaient au conseil alimentaire (33).

Suivi et autonomisation des patients en prévention primaire des MCV: quel est la planification du suivi ? Comment les patients perdus de vue sont repérés et relancés? Par qui et comment est surveillée l'observance des patients? Quelle est le taux actuel de patients observant ? Quels sont les succès et les difficultés ? Quelles sont les stratégies d'autonomisation actuellement mise en place ?

L'observance dans la prévention des MCV

Le taux d'inobservance dans les MCV était évalué à 50% par l'OMS dans les pays à hauts revenus pour les traitements de longue durée (34).

Une étude Française évaluait le taux d'observance médicamenteuse (35) :

- A 54 % à 1 an pour le traitement des MCV.
- Entre 40 et 72 % pour les antihypertenseurs (50% des patients prenant un anti hypertenseur avaient arrêté de le prendre à 1 an).

Quels facteurs de risque cardio-vasculaires sont pris en charge en soins primaires ?

- Hypertension Artérielle (HTA) avec mesure de la tension artérielle lors des consultations (36)
- Tabagisme avec conseil et prise en charge du sevrage (37)

- Diabète, dépistage par la glycémie à jeun et prise en charge (38)
- Dyslipidémie par le bilan biologique (39)
- Surpoids/Obésité par la mesure du poids et le calcul de l'IMC (23)
- La sédentarité avec explications sur les bénéfices apportées par le changement d'habitude (21)

Quels sont les principales limites du système de soins actuel dans la prévention des MCV ? (personnel de santé, planification des programmes de santé ? structures ?)

Les médecins généralistes Français dénonçaient le fait que les consultations de prévention étaient longues et que leur travail n'était pas assez rémunéré (36). Il était avancé qu'une consultation de prévention primaire durait de 30 minutes à 1 heure ce qui pesait sur l'organisation de leur travail. Il semblait également que certains médecins vivaient mal le rôle « moralisateur » dans le cadre de la prévention primaire et semblaient décourager par les échecs, surtout dans la modification du style de vie de leurs patients. L'hétérogénéité du corps médical et des pratiques impactaient les résultats sur la prévention primaire des MCV (36).

Au 1^{er} janvier 2017, la France comptait 290 974 médecins mais la proportion de médecin en activité régulière avait diminué de 10 % (40). Il existait de grandes disparités dans l'accès aux soins avec notamment une désertification médicale de certaines régions (40). Il apparaît nécessaire d'augmenter le nombre de médecin par habitant pour améliorer l'accès aux soins et parallèlement la prévention.

Dans quelle mesure les programmes actuels de prévention des MCV réalisés dans les soins primaires échouent à répondre aux besoins de la population?

Un objectif du PNNS était de réduire les inégalités notamment dans le domaine alimentaire et du surpoids (12). Il semblerait que les inégalités n'aient pas diminué lors des PNNS 1 et 2. Les raisons évoquées étaient le contexte économique, le contexte social et familial souvent moins réceptif à l'information et des difficultés financières à la mise en œuvre des conseils médicaux (12). La prise en charge au niveau social et sociétal semble nécessaire à de multiples niveaux.

Un autre des facteurs d'échec de la prévention des MCV était retrouvé chez les patients. Dans les perceptions des patients, les différents facteurs de risque étaient associés aux « plaisirs de la vie » (le tabac, l'alcool, une mauvaise hygiène alimentaire, etc.), ce qui limitait leur prise en charge (41).

Quels changements sont nécessaires pour mettre en place efficacement la prévention des MCV en soins primaires? (changements des pratiques/ des politiques officielles/ des systèmes informatiques ? autres ?)

L'éducation thérapeutique permettait d'améliorer l'observance et donnait des compétences au patient afin qu'il puisse gérer lui-même sa maladie chronique. Des formations à l'éducation thérapeutique des patients étaient proposées mais il était nécessaire de créer des équipes pluridisciplinaires d'éducation thérapeutique à la fois en milieu hospitalier et extra-hospitalier (26). L'information et la prescription de choix de vie, sans réaliser une éducation et sans aborder le problème des représentations des patients, menaient à un échec (42). Ceci démontrait bien l'intérêt des programmes d'éducation thérapeutique.

Pour répondre aux difficultés de démographie médicale le Ministère de la Santé a lancé un « Pacte Territoire Santé » visant à favoriser l'installation des médecins notamment dans les régions à forte pénurie (43). Un autre engagement de ce pacte était d'encourager le travail en équipe en milieu rural et périurbain par des rémunérations spécifiques, une aide à la création ou à la rénovation de maisons de Santé (44).

Discussion

Le résultat principal de ce travail était que de nombreuses actions étaient mises en place dans la prévention des MCV. Les résultats apparaissent cependant décevants au vu des moyens mis en œuvre. Le manque de coordination dans la lutte contre les MCV apparaissait comme étant une des raisons de son échec.

Un Rapport de l'Institut Général des Actions Sociales (IGAS) pointait du doigt certaines causes de l'échec du PNNS (45) :

- Le programme n'a pas su trancher entre l'approche individuelle ou collective et est resté ambiguë dans le fait de s'adresser au grand public et aux professionnels de santé.
- Le pilotage du PNNS semblait comporter des lacunes, apparaissait déconnecté des acteurs de « terrain ».
- De multiples plans se sont ajoutés et concurrencés (Plan Alimentation, Plan Sport Santé Bien Etre PSSBE) et ont diminué la lisibilité des objectifs.
- Au niveau local, l'application du programme est laissée à l'appréciation des ARS et des préfets. Une multitude d'actions étaient entreprises sur le territoire sans cohérence d'ensemble et elles ne concernaient qu'un petit nombre de personnes. Les administrations partenaires et les acteurs locaux piochaient dans les différents plans pour tenter de donner une cohérence à l'action publique.
- Si la notoriété du PNNS était acquise au plan national, la visibilité et l'impact du programme étaient faibles au plan local face à la concurrence des autres plans. De plus la communication institutionnelle ne touchait pas les populations précaires qui formaient l'une des cibles prioritaires du PNNS.

Ce même rapport préconisait de bien différencier les plans de lutte contre la sédentarité et les plans d'hygiène alimentaire (45). Les différents plans nationaux devaient également créer une cohérence à l'échelle nationale. Il était également recommandé de créer un programme « d'action » répondant à des objectifs simples et compréhensibles par les différents acteurs mis en jeu.

L'hétérogénéité des pratiques médicales jouait un rôle dans les mauvais résultats de la prévention des MCV. La prévention primaire prenait du temps et nécessitait d'être répétée à de nombreuses reprises. Les médecins généralistes étaient les premiers acteurs de cette prévention mais considéraient qu'il s'agissait d'un travail difficile qui n'était pas assez rémunéré (36). Les pratiques médicales devaient être harmonisées, soutenues financièrement et améliorées en termes de formation à la prévention.

Dans la lutte contre les MCV, il était constaté des inégalités sociales et régionales. Un des objectifs du PNNS était la réduction des inégalités sociales dans le domaine nutritionnel(12). L'état nutritionnel dépendait du niveau de revenus. Les facteurs d'inégalité retrouvés étaient la situation familiale, la situation de l'emploi, le niveau d'éducation, l'origine culturelle, l'environnement immédiat et l'isolement. La prise en charge de ces inégalités était un des enjeux du PNNS. Il fallait envisager des actions de proximité adaptées aux différents groupes concernés (12). Cependant depuis le lancement du PNNS en 2001, les inégalités sociales avaient creusé les écarts dans le domaine du comportement nutritionnel (12). La prise en charge de ces disparités était à améliorer et les objectifs nationaux devaient être relayés par des actions locales (45).

Il existait des disparités régionales. En 2007, les indicateurs de mortalité par MCV étaient plus élevés en Bretagne, Région Pas de Calais et en Alsace(4). Les inégalités de mortalité se retrouvaient en 2015 (46).

Graphique

Cartographie des décès par cardiopathie ischémique entre 2008-2010. Source : Rapport sur l'état de Santé de population Française 2015, Ministère de la Santé (46).

Graphique

Cartographie des décès par AVC entre 2008-2010. Source : Rapport sur l'état de Santé de la Population Française 2015, Ministère de la Santé (46).

L'inégalité de mortalité attribuable aux MCV pouvait s'expliquer par le contexte socio-économique et les pratiques culturelles (4).

L'éducation thérapeutique apparaissait comme une alternative efficace qui devrait être développée. La société française de cardiologie réaffirmait la nécessité de créer des formations à l'éducation thérapeutique dans la prévention des MCV avec l'ensemble des soignants (médecins, cardiologues, IDE, kinésithérapeute, Diététicien...) (47).

Le développement d'équipe pluri professionnelles notamment dans les maisons et pôle de santé (48), pourrait améliorer la prévention des MCV, grâce à la création de protocoles pluri professionnels. Ces équipes nécessiteraient la mise en place du dossier électronique partagé afin que l'ensemble des professionnels ait accès aux informations du patient. Un effort devrait également être fait sur la rémunération du travail pluri professionnel (48). Le Ministère de la Santé favorise l'installation de ces pôles de santé multidisciplinaires par des rémunérations et des aides à l'installation car ils améliorent l'attractivité, la qualité et l'accessibilité des soins (44).

Forces et Limites

Le document initial en Anglais produit par l'Université de Makerere proposait des questions qui n'étaient pas transposables au système de soins Français. Il a été nécessaire d'adapter les questions au contexte local. Ceci a été réalisé à plusieurs lors d'une réunion de l'équipe de recherche pour limiter les biais.

Une des limites de ce travail a été l'absence de traduction aller-retour du questionnaire. Devant les objectifs du document, qui devait servir de guide à l'état des lieux, l'équipe de recherche a décidé que cela n'était pas nécessaire. Afin de limiter les biais d'interprétation, 2 traductions indépendantes ont été réalisées et confrontées lors d'une réunion de l'équipe de recherche et les différences ont été traitées par consensus.

Une dernière limite de ce travail se situait dans le recueil de données qui a consisté en une revue non systématique de la littérature. Après analyse du questionnaire de l'Université de Makerere, l'équipe de recherche n' a pas jugé nécessaire une revue systématique de la littérature médicale. S'agissant de questions sur l'organisation du système de soins français autour de la prévention des MCV, une recherche dans les bases de données scientifiques type Medline ou Cochrane avait peu de chance d'apporter des résultats pertinents. Enfin pour limiter les biais de sélection et d'information ce travail a été réalisé en double par un autre chercheur de façon indépendante.

Conclusion

La prévention des MCV représentait un enjeu prioritaire à l'échelle mondiale et nationale. La prise en charge des MCV et de leur FDR représentait un coût humain et économique considérable. Le projet SPICES vise à améliorer la prévention des MCV par la mise en œuvre d'interventions efficaces avec une approche novatrice impliquant la communauté.

Cet état des lieux a permis d'avoir une vision globale de la prévention des MCV en France. De nombreuses initiatives ont été mises en place avec des résultats parfois décevants.

Les principales raisons de l'échec au niveau national semblaient résider dans le manque de structuration et de coordination et dans l'hétérogénéité de la prise en charge des facteurs de risque des MCV.

La prévention des MCV pourrait être améliorée par une formation plus large à l'éducation thérapeutique, par le travail collaboratif et par la réduction des inégalités sociales. Cependant la prévention des MCV passait par un travail de proximité

La prochaine étape du projet SPICES sera de réaliser l'état des lieux sur la prévention des MCV dans le Pays Centre Ouest Bretagne où l'étude aura lieu.

Une revue de la littérature permettra d'identifier les interventions non médicamenteuses les plus efficaces en termes de prévention cardio-vasculaire.

Ensuite des données seront collectées auprès des acteurs de la prévention (patients et leur entourage, personnel soignant, responsables politiques) afin de définir leur vécu, leurs priorités, les possibilités locales et d'adapter les interventions aux particularités du pays COB.

Bibliographie

1. OMS | Maladies cardiovasculaires. WHO. cité 18 sept 2017. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/>
2. Profil Pays France OMS 2014. cité 11 sept 2017. Disponible sur: http://www.who.int/nmh/countries/fra_fr.pdf?ua=1
3. HAS - Contrôle des FDR CV Guide Médecin ALD. 2007. cité 29 sept 2017. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/MODULE%209/item_129/recommandations/129_Controle_FDR_CV_Guide_Med_ALD_HAS%202007.pdf
4. Vacheron A. La prévention des maladies cardiovasculaires, un enjeu majeur de santé publique. ASMP - Académie des Sciences morales et politiques 2007. cité 9 sept 2017. Disponible sur: <https://www.asmp.fr/travaux/communications/2007/vacheron.htm>
5. Thomas D. Bénéfices cardiovasculaires du sevrage tabagique. La Presse Médicale. juin 2009;38(6):946-52.
6. WHO | Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. cité 13 sept 2017. Disponible sur: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/
7. WHO | Strategic priorities. cité 13 sept 2017. Disponible sur: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/en/
8. OMS. Innovative Care for Chronic Conditions. 2002. cité 18 sept 2017. Disponible sur: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccc_exec_summary_eng.pdf?ua=1
9. Commission des comptes de la Sécurité Sociale. La prise en charge des maladies cardiovasculaires en Europe. 2010. cité 9 sept 2017. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss201006_fic-10-4.pdf
10. Développer l'offre de soins - Politique territoriale de santé - Réfléchir et agir - Le Pays Centre Ouest Bretagne vous accueille durablement. cité 21 sept 2017. Disponible sur: http://www.centre-ouest-bretagne.org/Refléchir-et-agir/Politique-territoriale-de-sante/developper_1_offre_de_soins__1
11. ARS Bretagne. Etat de Santé Population. 2015. cité 25 sept 2017. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/V9-Etat%20sant%C3%A9%20population.pdf>
12. Ministère de la Santé. PNNS 2011-2015. 2011. cité 2 août 2017. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
13. Ministère de la Santé. Programme National de Réduction du Tabagisme : Vers une France sans tabac - PNRT 2014-2019.pdf . 2014. cité 2 août 2017. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
14. CNSA. Plan d'action AVC. 2010. cité 22 août 2017. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/documentation/plan_actions_avc_-_17avr2010.pdf

15. Lecoffre C, De Peretti C, Gabet A, Grimaud O. L'accident Vasculaire cérébral en France : Patients hospitalisés en 2014 et évolution 2008-2014. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2016;5:84-94. cité 11 sept 2017. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/5/2017_5_1.html
16. Le sel | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. cité 11 sept 2017. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/le-sel>
17. INPES. Tabac - La législation antitabac en France. cité 11 sept 2017. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/legislation.asp>
18. Ameli. Qu'est-ce qu'une affection de longue durée ? 2017. cité 11 sept 2017. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>
19. ARS. Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé | National. 2017 cité 25 sept 2017. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/index.php/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
20. Haute Autorité de Santé. Évaluation et prise en charge du risque cardio-vasculaire. 2017. cité 11 sept 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2754387/fr/evaluation-et-prise-en-charge-du-risque-cardio-vasculaire
21. HAS. Modifications du mode de vie. 2017. cité 25 sept 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir4/fiche_memo_-_modifications_du_mode_de_vie.pdf
22. HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014. cité 2 août 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
23. HAS. Obésité de l'adulte premier recours. 2011. cité 2 août 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_adulte_premiers_recours.pdf
24. INVES. Le programme de surveillance des maladies cardio-neuro-vasculaires. 2016. cité 2 août 2017. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-cardio-neuro-vasculaires/Le-programme-de-surveillance-des-maladies-cardio-neuro-vasculaires>
25. INPES. Les rôles. 2016. cité 29 sept 2017. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/INPES/quisommesnous.asp>
26. Bourdillon F, Collin J-F. Une politique pour l'éducation thérapeutique du patient. La Presse Médicale. déc 2009;38(12):1770-3.
27. Ameli. ROSP Convention 2016. cité 11 sept 2017. Disponible sur: <http://convention2016.ameli.fr/valoriser-lactivite/nouvelle-rosp/>

28. Alliance coeur. Brochures sur les maladies cardio-vasculaires. 2006. cité 27 sept 2017. Disponible sur: <http://www.alliancecoeur.fr/brochures.html>
29. Observatoire de la Médecine Générale. Top 50 des Recours de Consultation. Société Française de Médecine Générale. 2009 .cité 9 sept 2017. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php?sid=57d0b20ed3dff35ddab2b7303f>
30. Gouyon M. Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale. Drees n° 704, 2009. cité 9 sept 2017. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er704.pdf>
31. Dautzenberg B. Le pneumologue et le fumeur. La Lettre du Pneumologue. 2001. cité 27 sept 2017. Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/2157.pdf>
32. Labrunée M, Gremeaux V, Guiraud T, Sanguignol F, Golay A, Pathak A. Éducation thérapeutique du patient dans les pathologies cardiovasculaires. Archives of Cardiovascular Diseases Supplements. déc 2012;4(4):299-309.
33. Galtier D. Rôle et place du diététicien. cité 27 sept 2017. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/documents.jmg/74_100424-ROLE-DIETETICIEN-GALTIER.pdf
34. OMS | L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier. WHO. cité 11 sept 2017. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/>
35. Académie Nationale de Pharmacie. Observance des traitements médicamenteux en France. RAPPORT de l'Académie nationale de Pharmacie, 2015. cité 2 août 2017. Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/25134.pdf>
36. Sarradon A. Prévoir la maladie cardiovasculaire : le discours médical et le discours profane. Prévoir et prédire la maladie. De la divination au pronostic, Aux lieux d'être, Collections "sous prétexte de médecines. pp.153-175, 2007. cité 27 sept 2017. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/hal-00464374/document>
37. HAS. Arrêt de la consommation tabagique. 2014. cité 2 août 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/reco2clics_arret_de_la_consommation_de_tabac_2014_2014-11-13_10-51-48_441.pdf
38. HAS. Recommandations sur la prise en charge du diabète. 2015. cité 29 sept 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/7v_referentiel_2clics_diabete_060215.pdf
39. HAS. Recommandations sur la prise en charge des dyslipidémies. 2017. cité 29 sept 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir4/fiche_memo_dyslipidemies_v2.pdf
40. Conseil National de l'Ordre des médecins. Démographie médicale 2017. cité 20 nov 2017. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2365>

41. Leïla Mansouri, Laurence Coblenz-Baumann. Connaissances et perception de la notion de facteur de risque cardiovasculaire chez les patients en médecine générale. 2013. *Exercer* 24(107):124;125.
42. Baudet M, Daugareil C. Éducation thérapeutique en prévention primaire cardiovasculaire. Intérêts et limites. 2014. *Annales de cardiologie et d'angéiologie* 63;4: 235-239. cité 2 août 2017. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.scd-proxy.univ-brest.fr/showarticlefile/922640/main.pdf>
43. DGOS. Un pacte pour lutter contre les déserts médicaux. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015. cité 20 nov 2017. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/un-pacte-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux>
44. Direction Générale de l'Organisation des Soins. Engagement 3 : Favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015. cité 20 nov 2017. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/les-10-engagements-du-pacte-territoire-sante/article/engagement-3-favoriser-le-travail-en-equipe-notamment-dans-les-territoires>
45. De Batz C, Faucon F, Voynet D. Evaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010-2013. 2016. cité 26 oct 2017. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/174000725.pdf>
46. Ministère de la Santé. L'état de santé de la population en France. 2015. cité 4 oct 2017. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf
47. Richard Brion. Conduire des programmes d'éducation thérapeutique cardio-vasculaire. Société Française de Cardiologie. 2014. cité 2 août 2017. Disponible sur: <http://sfcario.fr/conduire-des-programmes-deducation-therapeutique-cardio-vasculaire-etp>
48. De Haas P. Le médecin généraliste au cœur du parcours de soins. *Médecine des Maladies Métaboliques*. févr 2017;11(1):18-21.

Annexes

Annexe 1 : SPICES Project : Situational Analysis Work Package

SPICES PROJECT: SITUATIONAL ANALYSIS WORK PACKAGE

Background

Combination prevention of risk factors for CVD; implementation of medical screening for individuals at risk; and provision of effective and affordable treatment to those who require it prevent disability and death and improve quality of life. The burden of CVDs can be significantly reduced if cost-effective preventive and curative actions, along with interventions for prevention and control of CVDs already available, are implemented in an effective and balanced manner ([Gaziano, Galea et al. 2007](#)). The total cost of implementing a combination of very cost-effective population-wide and individual interventions, in terms of current health spending, amounts to 4% of GDP in low-income countries, 2% in lower middle-income countries and less than 1% in upper middle income and high-income countries ([WHO 2013](#)).

To contribute to efforts towards reducing the burden of CVD in low-middle and high income countries and to foster reciprocal learning, a consortium of six (6) Universities – University of Antwerp, University of Manchester, Makerere University, Brest University, Limpopo University and the Nottingham Trent University received funding from the European Commission through the Horizon 2020 research and innovation action to implement and evaluate a comprehensive CVD prevention program in five settings: a rural & semi-urban community in a low-income country (Uganda), middle income (South Africa) and vulnerable groups in three high-income countries (Belgium, France and United Kingdom). The five-year project (code named SPICES) aims to replicate and implement a comprehensive set of proven, effective, efficient people & family-centered interventions (as demonstrated by the HIV response and the Innovative Chronic Care Conditions (ICCC) framework) to strengthen the capacity of health systems to deal with CVD risk factors focusing on four key intervention areas – health promotion, CVD profiling, care & management as well as follow-up and self-management. Facilitators and barriers to scaling-up the interventions, including context-specific factors and differing social and health systems environments will be evaluated.

At the inception of the project, a situational analysis is proposed to document opportunities, resources, challenges and barriers in order to benchmark the proposed interventions. The situational analysis will entail conducting reviews of relevant literature, mapping health systems and CVD prevention and care services as well as formative and baseline assessments to document healthcare practices, lifestyle practices, barriers, and facilitators to CVD prevention and care in selected localities in high, middle and low income settings. The situation analysis will be done based on the four key intervention areas of health promotion, CVD profiling, care & management as well as follow-up and self-management.

Situational Analysis Objectives

The main objective of the situational analysis is to generate crucial information and a realistic picture of the opportunities, resources, challenges and barriers in relation to the interventions for CVD prevention and management in all project sites. The specific objectives are to document:

1. The burden of CVDs and CVD risk factors at the country level or (selected communities depending on contextual feasibility)
2. The current policies and practices in CVD prevention specifically in relation to implementation of the four key SPICES interventions
3. The successes and challenges to implementation of current interventions in the four SPICES intervention areas (CVD profiling, Health promotion, Care and management & self-management and follow-up)
4. The readiness to implement the four SPICES intervention areas, desired modifications and change process to facilitate their implementation

Situational analysis implementation approach

1. The situational analysis will be done through mixed methods approach in order to quantify the relative importance of key potential facilitators and barriers as well as in-depth experiences of critical stakeholders, and mechanisms for operationalising the proposed interventions.
2. The process will start with a mapping and/or documentation of stakeholders in CVD prevention and management at the national and subnational levels in order to identify the appropriate respondents for the situational analysis questions, stakeholder engagement plan, and eventual dissemination and knowledge translation.
3. Note: In some countries, the information required for the situational analysis is better organised and easily available whereas in others there could be major evidence gaps in basic information—the situational analysis focus may thus vary across sites.
4. Even in countries with better documentation, it will be necessary to assemble information in critical baseline parameters.
 - a. This will provide a better understanding of the contextual differences and similarities across partner countries, to consortium members and other stakeholders in order to situate and appropriately interpret the findings—effectiveness of the planned models.
 - b. It will also enable participating teams within the consortium to clearly appreciate the differences across the countries, potential facilitators, and barriers and inform the joint decision on appropriate interventions and methodologies.

5. Approach for the situational analysis may differ in some aspects—some countries may require more in-depth assessments to generate critical baseline data
6. Primary health care facility guides will be administered face-to-face or through other approaches e.g. telephone or Skype calls, etc. to relevant heads of units/department at Primary healthcare level. This could be a health center or hospital for Uganda and South Africa, or could be the GP, nurses or other relevant persons for UK/France/Belgium)

Situational Analysis Tools/Instruments

Note: Each country should determine the relevant primary care level and relevant person/s to be interviewed

Burden of cardiovascular diseases in country/ study site—largely from literature (could be beefed up with interviews if required)

1. What are the common chronic diseases reported in this country (could be obtained from literature review/WHO country profiles)
2. What are the common chronic diseases reported in this district/region/population

(Document Morbidity and mortality statistics). Probe: Ranking of CVDs among chronic diseases; the main CVDs documented

3. What are the main vulnerable groups for CVDs at this district/region/population and what are their healthcare needs/concerns? Who is not reached?

General questions on policy and healthcare systems—Literature and interviews

1. Is there any national/regional/district policy for CVD prevention, care and management? List the documents
2. Is there a national or district health plan that addresses CVD prevention? What is included in the plan?
3. How is the health care system organised in terms of CVD prevention?
4. What are the main problems in the current health care system? (health personnel? health programme planning, programme implementation/management, health facilities/infrastructure, health care supplies)?

Existing service delivery models and service package/s at selected sites/populations/districts—KI Interviews

- Health Promotion in relation to CVDs: Is there any health promotion in relation to CVDs? Who does it, where, when and how is it done within and outside the

facilities—community outreaches; who is targeted by the promotion; what are its successes and challenges?

- NCD profiling: Is profiling done (at facility, community level, etc.), how is it done (characterisation based on risk factors, diagnosis, etc.), by who? What tools are used?
- Care and Management/treatment: Current policies, guidelines, and procedures—who reviews the clients/patients, makes diagnosis, investigates, and prescribes medications?
- Follow-up and self-management: What is the schedule of follow-ups, how are patients that do not return for appointments detected and tracked, how is the adherence to interventions/care monitored, by who, what is the current retention of patients on treatment, what are the challenges and successes; What self-management strategies are currently being implemented?
- How do you think your healthcare/organization's culture (general beliefs, values, assumptions that people embrace, code of conduct, policies) affect the implementation of CVD programs?
- To what extent do current CVD programs at the health facility/primary healthcare fail to meet existing population needs?
- How do stakeholders (consumers, providers and policymakers) feel about current programs/practices/process that are available related to CVD prevention, care and management at this facility?

Primary Healthcare preparedness/ Existing Resources to support proposed interventions in the four areas

1. How prepared is this primary healthcare facility to address CVDs prevention, care and management?
2. How does the infrastructure at this health facility facilitate/hinder the implementation of CVD prevention, care and management programs?
3. What kinds of infrastructure changes are needed to effectively and efficiently implement CVD prevention, care and management programs? (Changes in scope of practice? Changes in formal policies? Changes in information systems or electronic records systems? Other?)
4. Can you describe the process that will be needed to make these changes?
5. Which CVDs are treated at the health facility? Probe: whether they should be treated at that level according to the norm, any constraints faced and the reasoning behind unexpected treatment.

6. Which cadres are providing any CVD prevention, care and management? Probe: whether they are the right cadres according to the norms to be providing these services, any constraints faced and the reasoning behind the constraints.
7. In your opinion, does the facility have adequate transportation for: 1) Evacuation of emergency CVD cases? 2) Providing outreach services for CVD prevention, care and management and control? Probe: Why for any given response?
8. Does the health facility have any CVD prevention, control and management guidelines in place? Which guidelines are in use?
9. Describe the role different staffing groups within the health facility play in the delivery of CVD programs.
10. What are your thoughts on the suitability of this health facility/primary healthcare to provide/deliver public health services in general? [geography, opening hours, ease of access, time pressures, privacy, space, pharmacist/pharmacy assistant training]
11. Describe your working relationship with other professionals involved in cardiovascular healthcare. [Referrals to and from GPs, any areas of conflict, professional identity, impact on service]
12. What are the CVD referral mechanisms used by health facility staff to refer patients to other health facilities?

References

1. Ferrante D, Konfino J, Linetzky B, Tambussi A, Laspiur S. Barriers to prevention of cardiovascular disease in primary care settings in Argentina. *Argentina Rev Panam Salud Publica Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(334):259–66. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v33n4/a04v33n4.pdf>
2. Yehle KS, H Chen AM, Plake KS, Soo Yi J, Mobley AR. A qualitative analysis of coronary heart disease patient views of dietary adherence and web-based and mobile-based nutrition tools.
3. Jansen J, McKinn S, Bonner C, Irwig L, Doust J, Glasziou P, et al. General Practitioners' Decision Making about Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Older Adults: A Qualitative Study. Buchowski M, editor. *PLoS One*. Sage Publications; 2017 Jan 13 [cited 2017 Apr 10];12(1):e0170228. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0170228>
4. Consolidated Framework for Implementation Research
5. Tomlinson M, Chopra M, Hoosain N, Rudan I, MacLeod S, Millington W. A review of selected research priority setting processes at national level in low and middle income countries: towards fair and legitimate priority setting. *Heal Res Policy Syst*.

BioMed Central; 2011;9(1):19. Available from: <http://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-9-19>

6. Sambo LG, Chatora RR, Goosen ESM. World Health Organization Regional Office for Africa Brazzaville Tools for Assessing the Operationality of District Health Systems G U I D E L I N E S. [cited 2017 Mar 14]; Available from: http://www.who.int/management/district/assessment/assessment_tool.pdf
7. COHRED. A manual for Research Priority Setting using the ENHR Strategy.
8. Christofides Nicola, Rachel Jewkes, June Lopez, Elizabeth Dartnall. How to conduct a situation analysis of Health services for survivors of sexual assault. [cited 2017 Mar 21]; Available from: <http://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2016-04-13/SituationalAna.pdf>
9. An examination of the UK community pharmacist's role in facilitating patient self-management of cardiovascular disease through lifestyle behaviours.

Annexe 2 : L'Etat des Lieux

Projet SPICES : Etat des lieux

Contexte

Associer la prévention des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, la mise en œuvre d'un dépistage médical pour les individus à risque, et la mise à disposition, pour ceux qui le nécessitent, de traitements efficaces et abordables, permet à la fois de prévenir les handicaps et les décès, et d'améliorer la qualité de vie. Le coût des maladies cardiovasculaires peut diminuer de manière significative si des actions préventives et curatives rentables économiquement, en association avec des interventions de prévention et de contrôle des maladies cardio-vasculaires déjà disponibles, sont mises en place d'une façon efficace et raisonnée (Gaziano, Galea et al. 2007). Le coût total de la mise en place d'une combinaison d'interventions rentables, à l'échelle de la population et à l'échelle individuelle, en matière de dépenses de santé, s'élève à l'heure actuelle à 4% du produit intérieur brut dans les pays à faible revenu, 2% dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et moins de 1 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et les pays à revenu élevé (WHO 2013).

Afin de contribuer aux efforts de réduction des coûts liés aux maladies cardio-vasculaires dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et les pays à revenu élevé et afin de promouvoir l'apprentissage réciproque, un consortium de 6 universités (les Universités d'Anvers, de Manchester, Makerere, Brest, Limpopo et Nottingham Trent) ont reçu des fonds de la Commission européenne dans le cadre du programme Horizon 2020 pour la recherche et l'innovation. Ce consortium est chargé de mettre en place et d'évaluer un programme de prévention complet des maladies cardio-vasculaires dans cinq environnements différents : une communauté rurale et semi-rurale dans un pays à faible revenu (Ouganda), dans un pays à revenu intermédiaire (Afrique du Sud), et des groupes vulnérables dans trois pays à revenu élevé (Belgique, France et Royaume Uni). Ce projet sur 5 ans (nommé SPICES) vise à reproduire et mettre en œuvre un ensemble complet d'interventions éprouvées, efficaces et efficaces centrées sur les patients et leurs familles (comme cela a été démontré lors de la réponse apportée contre le VIH sur le modèle du Innovative Chronic Care Conditions (ICCC)). Il a pour but de renforcer la capacité des systèmes de santé à faire face aux facteurs de risque cardio-vasculaires en se concentrant sur quatre domaines d'intervention : la promotion de la santé, la détermination du profil des maladies cardio-vasculaires, les soins et la gestion du suivi et la gestion autonome. Les facilitateurs et les barrières pouvant interférer avec l'intensification des interventions seront évalués, en particulier les facteurs liés aux contextes spécifiques ainsi que les environnements sociaux et de systèmes de soins différents.

Lors du lancement du projet, une analyse de situation sera proposée pour décrire les opportunités, les ressources, les défis et les obstacles afin d'évaluer les interventions proposées. L'analyse de situation impliquera d'examiner la documentation pertinente sur le sujet, de réaliser une cartographie des systèmes de santé et des services de soins et de prévention des maladies cardio-vasculaires ainsi que d'effectuer une évaluation de base et une évaluation formative dans le but de documenter les pratiques de santé, les modes de vie, les

obstacles et les facilitateurs de la prévention et des soins des maladies cardio-vasculaires dans des localités sélectionnées situées dans des pays à haut, moyen et bas revenu. L'analyse de situation sera basée sur les quatre domaines d'intervention de promotion de la santé, de la réalisation du profil des maladies cardio-vasculaire, le soin et la gestion du suivi et la gestion autonome.

Les objectifs de l'état des lieux

Le principal objectif de l'état des lieux est de collecter des informations essentielles et un état des lieux réaliste des opportunités, ressources, défis et obstacles en relation avec les interventions de prévention et de gestion des maladies cardio-vasculaire dans tous les sites du projet. Les objectifs spécifiques ont pour but de documenter :

1. Le coût des maladies cardiovasculaires et de leur facteur de risque à l'échelle nationale ou dans des communautés sélectionnées selon la faisabilité contextuelle
2. Les politiques et pratiques actuelles de prévention des maladies cardiovasculaires et notamment en lien avec la mise en place des quatre domaines d'intervention de SPICES
3. Les succès et défis pour la mise en place d'intervention dans les 4 domaines de SPICES (profil des maladies cardio-vasculaire, promotion de la santé, soin et suivi ainsi que la gestion autonome)
4. La volonté de la mise en place des quatre domaines d'intervention de SPICES, les modifications souhaitées et les processus de changement pour faciliter sa mise en œuvre

L'approche de la mise en œuvre pour l'état des lieux

1. L'état des lieux sera réalisé selon différentes approches méthodologiques dans le but de quantifier l'importance relative des potentiels facilitateurs clés ou obstacles ainsi que les expériences approfondies des principaux intervenants, et les mécanismes pour mettre en place, concrétiser les interventions proposées.
2. Le processus commencera par une cartographie et/ou une documentation des intervenants dans la prévention et la gestion des maladies cardiovasculaires à l'échelle nationale et locale dans le but d'identifier les interlocuteurs appropriés pour les questions d'état des lieux, le plan d'engagement des intervenants et l'éventuelle diffusion des informations et l'application des connaissances.
3. Note : dans certains pays, les informations nécessaires à l'état des lieux sont mieux organisées et plus facilement disponibles contrairement à d'autres où il pourrait y avoir des lacunes importantes dans les données et les informations de base. L'objectif principal de l'analyse de situation devrait varier selon les lieux étudiés.
4. Même dans les pays avec une meilleure documentation, il sera nécessaire d'assembler les informations selon des paramètres de base fondamentaux :

- a. Cela permettra une meilleure compréhension des différences contextuelles et des similitudes entre les différents pays partenaires, les membres du consortium et d'autres intervenants dans le but d'interpréter correctement les résultats, dans l'efficacité des modèles prévus.
 - b. Cela permettra également aux équipes participantes au sein du consortium d'apprécier justement les différences selon les pays, les facilitateurs potentiels et les obstacles et de prendre une décision commune sur les interventions et méthodologies appropriées.
5. L'approche de l'état des lieux peut différer selon certains aspects, certains pays peuvent nécessiter une évaluation approfondie pour fournir les informations de base essentielles.
 6. Des instructions de santé primaire seront données aux chefs d'unité ou de département pertinents, en entretien présentiel ou en entretien virtuel par téléphone ou Skype notamment. Cela peut être un centre de soins ou un hôpital en Ouganda ou en Afrique du Sud, ou bien un médecin généraliste, une infirmière ou d'autres personnes concernées pour le Royaume-Uni, la France ou la Belgique.

Instruments de l'état des lieux

Note : chaque pays devra déterminer le niveau de soins primaires adéquat et les personnes pertinentes à interroger.

Fardeau des maladies cardio-vasculaires (MCV) en France et dans le Pays COB. Données issues de la littérature (complétées par des entretiens si nécessaire)

1. Quelles sont les maladies chroniques les plus fréquentes en France ? (données issues de la littérature ou des profils OMS du Pays)
2. Quelles sont les maladies chroniques les plus fréquentes dans le Pays COB? (données de morbi- mortalité). Classement des MCV parmi les maladies chroniques et MCV les plus fréquentes documentées.
3. Quels sont les principaux groupes à risque pour les MCV dans le Pays COB et quels sont leur besoins/ préoccupations en terme de soins de santé? Qui n'est pas atteint par la prévention ?

Questions générales sur les politiques et le système de soins. Données de la littérature et entretiens.

1. Y a-t-il des politiques nationales/ locales pour la prévention, les soins, le suivi et le coût de la prise en charge des MCV? Lister les documents.
2. Y a-t-il un programme plan de santé national ou local qui s'adresse à la prévention des MCV? Qu'est t-il inclut dans le plan ?
3. Comment le système de santé est organisé en termes de prévention des MCV?

4. Quels sont les principales limites du système de soins actuel dans la prévention des MCV ? (personnel de santé, planification des programmes de santé ? structures ?)

Offre de soins existante

- Promotion de la santé en lien avec les MCV dans le Pays COB: y a-t-il des programmes de promotion de la santé en lien avec les MCV ? Qui est concerné ? Qui en sont les acteurs ? où, quand et comment est-ce fait au sein et en dehors de structures de soins ? Qui est ciblé ? Quels en sont les succès et les difficultés ?
- L'estimation du risque cardio-vasculaire est-elle réalisée? Par qui, chez qui et comment ? avec quels outils ?
- Prise en charge de la prévention primaire des MCV: recommandations et procédures. Qui fait les diagnostics, revoit le patients investigue et prescrit les médicaments ?
- Suivi et autonomisation des patients en prévention primaire des MCV: quel est la planification du suivi ? comment les patients perdus de vue sont repérés et relancés? Par qui et comment est surveillée l'observance des patients? Quelle est le taux actuel de patients observant ? Quels sont les succès et les difficultés ? Quelles sont les stratégies d'autonomisation actuellement mise en place ?
- Comment pensez-vous que le contexte culturel (croyances, valeurs, code de conduites, idées reçues, etc..) influence la mise en œuvre des programmes de la prévention des MCV?
- Dans quelle mesure les programmes actuels de prévention des MCV réalisés dans les soins primaires échouent à répondre aux besoins de la population?
- Comment sont vécus les programmes de prévention des MCV par les patients, les effecteurs et les politiques ? Quel est votre avis ?

Ressources existantes pour soutenir les interventions proposées dans les 4 domaines :

1. Dans quelle mesure les structures de soins primaires sont prêtes à s'occuper de la prévention, des MCV ?
2. Comment l'organisation des soins primaires facilite/empêche la mise en œuvre de la prévention des MCV ?
3. Quels changements sont nécessaires pour mettre en place efficacement la prévention des MCV en soins primaires? (changements des pratiques/ des politiques officielles/ des systèmes informatiques ? autres ?)
4. Pouvez-vous décrire le processus qui sera nécessaire pour réaliser ces changements ?
5. Quels facteurs de risque cardio-vasculaires sont pris en charge en soins primaires ? Quels professionnels s'occupent de la prévention des MCV et quel est leur rôle?

6. Quels sont les recommandations de pratique clinique qui vous paraissent pertinentes pour votre exercice ?
7. Quelles sont les relations entre les professionnels de santé dans la prévention des MCV ?
(adresser un patient)
8. Quelles sont les relations entre les professionnels de santé dans la prévention des MCV ?
(adresser un patient)

Annexe 3 : Questionnaires issus de la traduction

Questionnaire pour la revue de la littérature nationale

Fardeau des maladies cardio-vasculaires (MCV) en France et dans le Pays COB. Données issues de la littérature (complétées par des entretiens si nécessaire)

1. Quelles sont les maladies chroniques les plus fréquentes en France ? (données issues de la littérature ou des profils OMS du Pays)

Questions générales sur les politiques et le système de soins. Données de la littérature et entretiens.

1. Y a-t-il des politiques nationales pour la prévention, les soins, le suivi et le coût de la prise en charge des MCV? Lister les documents.
2. Y a-t-il un programme plan de santé national qui s'adresse à la prévention des MCV? Qu'est t-il inclut dans le plan ?
3. Comment le système de santé est organisé en termes de prévention des MCV?
4. Quels sont les principales limites du système de soins actuel dans la prévention des MCV ? (personnel de santé, planification des programmes de santé ? structures ?)

Offre de soins existante

- Prise en charge de la prévention primaire des MCV: recommandations et procédures. Qui fait les diagnostics, revoit le patients investigue et prescrit les médicaments ?
- Suivi et autonomisation des patients en prévention primaire des MCV: quel est la planification du suivi ? comment les patients perdus de vue sont repérés et relancés? Par qui et comment est surveillée l'observance des patients? Quelle est le taux actuel de patients observant ? Quels sont les succès et les difficultés ? Quelles sont les stratégies d'autonomisation actuellement mise en place ?
- Dans quelle mesure les programmes actuels de prévention des MCV réalisés dans les soins primaires échouent à répondre aux besoins de la population?

Ressources existantes pour soutenir les interventions proposées dans les 4 domaines :

1. Dans quelle mesure les structures de soins primaires sont prêtes à s'occuper de la prévention des MCV ?
2. Quels changements sont nécessaires pour mettre en place efficacement la prévention des MCV en soins primaires? (changements des pratiques/ des politiques officielles/ des systèmes informatiques ? autres ?)
3. Quels facteurs de risque cardiovasculaires sont pris en charge en soins primaires ?
4. Quels professionnels s'occupent de la prévention des MCV et quel est leur rôle?

Questionnaire pour la revue de la littérature locale

Fardeau des maladies cardio-vasculaires (MCV) en France et dans le Pays COB. Données issues de la littérature (complétées par des entretiens si nécessaire)

1. Quelles sont les maladies chroniques les plus fréquentes dans le Pays COB? (données de morbi-mortalité). Classement des MCV parmi les maladies chroniques et MCV les plus fréquentes.

Questions générales sur les politiques et le système de soins. Données de la littérature et entretiens.

1. Y a-t-il des politiques locales pour la prévention, les soins, le suivi et le coût de la prise en charge des MCV? Lister les documents.

Questionnaire pour les entretiens locaux

Fardeau des maladies cardio-vasculaires (MCV) en France et dans le Pays COB. Données issues de la littérature (complétées par des entretiens si nécessaire)

1. Quels sont les principaux groupes à risque pour les MCV dans le Pays COB et quels sont leur besoins/préoccupations en terme de soins de santé? Qui n'est pas atteint par la prévention ?

Questions générales sur les politiques et le système de soins. Données de la littérature et entretiens.

1. Y a-t-il des politiques locales pour la prévention, les soins, le suivi et le coût de la prise en charge des MCV? Lister les documents.

2. Y a-t-il un programme plan de santé local qui s'adresse à la prévention des MCV? Qu'est t-il inclut dans le plan ?

3. Comment le système de santé est organisé en termes de prévention des MCV?

4. Quels sont les principales limites du système de soins actuel dans la prévention des MCV ? (personnel de santé, planification des programmes de santé ? structures ?)

Offre de soins existante

•Promotion de la santé en lien avec les MCV dans le Pays COB: y a-t-il des programmes de promotion de la santé en lien avec les MCV ? Qui est concerné ? Qui en sont les acteurs ? où, quand et comment est-ce fait au sein et en dehors de structures de soins ? Qui est ciblé ? Quels en sont les succès et les difficultés ?

•L'estimation du risque cardio-vasculaire est-elle réalisée? Par qui, chez qui et comment ? avec quels outils ?

•Prise en charge de la prévention primaire des MCV: recommandations et procédures. Qui fait les diagnostics, revoit le patients investigue et prescrit les médicaments ?

•Suivi et autonomisation des patients en prévention primaire des MCV: quel est la planification du suivi ? Comment les patients perdus de vue sont repérés et relancés? Par qui et comment est surveillée l'observance des patients?

Quelle est le taux actuel de patients observant ?

Quels sont les succès et les difficultés ?

Quelles sont les stratégies d'autonomisation actuellement mise en place ?

•Comment pensez-vous que le contexte culturel (croyances, valeurs, code de conduites, idées reçues, etc..) influence la mise en œuvre des programmes de la prévention des MCV?

•Dans quelle mesure les programmes actuels de prévention des MCV réalisés dans les soins primaires échouent à répondre aux besoins de la population?

•Comment sont vécus les programmes de prévention des MCV par les patients, les effecteurs et les politiques ? Quel est votre avis ?

Ressources existantes pour soutenir les interventions proposées dans les 4 domaines :

1. Dans quelle mesure les structures de soins primaires sont prêtes à s'occuper de la prévention, des MCV ?

2. Comment l'organisation des soins primaires facilite/empêche la mise en œuvre de la prévention, des MCV ?

3. Quels changements sont nécessaires pour mettre en place efficacement la prévention des MCV en soins primaires? (changements des pratiques/ des politiques officielles/ des systèmes informatiques ? autres ?)

4. Pouvez-vous décrire le processus qui sera nécessaire pour réaliser ces changements ?

5. Quels facteurs de risque cardio-vasculaires sont pris en charge en soins primaires ?

6. Quels professionnels s'occupent de la prévention des MCV et quel est leur rôle? Quels sont les recommandations de pratique clinique qui vous paraissent pertinentes pour votre exercice ?

7. Quelles sont les relations entre les professionnels de santé dans la prévention des MCV ? (adresser un patient)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.»

Serment prononcé par le Docteur LEGOFF Eve

Le 25 Janvier 2018

Pour l'Ordre national des médecins

Le médecin



IMPRIME 3 – AUTORISATION D'IMPRIMER THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

INTERNE

Madame / Monsieur LEGOFF Eve
Inscrit-e en DES de Médecine Générale

Titre définitif de la thèse soutenue :

Projet SPICES : Etat des lieux de la prévention cardio-vasculaire en France

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

OUI : x

La présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à l'interne susmentionné.

Brest, le 28/11/2017

**Le directeur de l'UFR de médecine et des
sciences de la santé de Brest**


C. BERTHOU

Le président du jury de thèse


Dr Jean-Yves Le Reste
N° de carte professionnelle 20085
N° de carte d'identité 28 / 02044 D

LEGOFF (Eve) – Projet SPICES : Etat des lieux de la prévention cardio-vasculaire en France -

Th. : Méd. : Brest 2018

RESUME Introduction : Les Maladies Cardio-Vasculaires (MCV) représentent la première cause mortalité mondiale. La prévention des facteurs de risque (FDR) modifiables est efficace. Le projet international SPICES propose d'implémenter des interventions novatrices dans la prévention des MCV en Europe et en Afrique Sub-Saharienne. La première étape du projet était la réalisation d'un état des lieux de la prévention des MCV dans chaque Pays. L'objectif de ce travail était de réaliser cet état de lieux en France.

Méthodologie : L'Université de Makerere (partenaire du projet SPICES) a produit un guide en Anglais pour réaliser l'état des lieux. Deux traductions indépendantes vers le Français ont été réalisées. Une version définitive adaptée au contexte local a été validée par consensus. A partir du guide, 3 questionnaires ont été créés pour réaliser l'état des lieux au niveau local et national. Le recueil national a été réalisé par revue narrative de la littérature. Deux recueils indépendants ont été réalisés et assemblés en une version définitive.

Résultats : Les MCV représentaient 28 % des décès en France. Le Plan National Nutrition Santé, le Plan National de Réduction du tabagisme, le Plan National Action Accident Vasculaire Cérébral étaient retrouvés. Des politiques de réduction du sel alimentaire et une législation anti-tabac intervenaient. De nombreux soignants s'impliquaient dans la prévention, le médecin traitant était identifié comme le premier acteur de la prévention. L'observance médicamenteuse approchait les 50 %. L'éducation thérapeutique apparaissait comme une solution efficace dans la prévention.

Conclusion : De nombreuses initiatives ont été retrouvées, avec des résultats parfois décevants. Les inégalités sociales et régionales semblaient expliquer les différences de prévalence des MCV. Le manque de coordination des plans nationaux, l'absence de relais local des actions et l'hétérogénéité des pratiques expliquaient les échecs de la prévention. L'éducation thérapeutique et les maisons de soins pluridisciplinaires devraient être développées.

MOTS CLES :

PREVENTION CARDIO-VASCULAIRE

MORTALITE CARDIO-VASCULAIRE

POLITIQUE DE PREVENTION EN FRANCE

JURY :

Président : Pr LE RESTE

Membres : Pr LE FLOCH

Pr BARRAINE

Dr ODORICO

DATE DE SOUTENANCE : 25 Janvier 2018

ADRESSE DE L'AUTEUR :