

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2018

Thèse présentée par :

Madame NOUGUÈS Pauline
Née le 29/04/1985 à Jonzac (Charente-Maritime)

Thèse soutenue publiquement le Jeudi 24 Mai 2018

Titre de la thèse :

Prévention primaire des Maladies Cardiovasculaires:
état des lieux en France à partir du questionnaire du Projet SPICES.

Président

Mr le Professeur LE RESTE Jean-Yves

Membres du jury

Mr le Docteur SALIOU Philippe

Mr le Docteur DANY Antoine

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

AU 01/09/2017

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
VALERI Antoine
WALTER Michel

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
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
Génétiq
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 démographie
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 souhaite vivement remercier :

- Le Professeur LE RESTE, pour avoir accepté la présidence de mon jury de thèse ;
- Le Docteur SALIOU Philippe et le Docteur DANY Antoine d'avoir accepté de faire partie de mon jury ;
- Le Docteur ODORICO Michele, mon directeur de thèse, pour ses conseils avisés et son implication tout au long de cette thèse ;
- Le Docteur LE GOFF Delphine pour avoir encadré le projet au début de sa création et lors des réunions de groupe ;
- Les différents collègues ayant participé aux différents échanges du projet SPICES et permis l'avancée de ma thèse et la validation de résultats ;
- Madame PENCALET Alice, du Ministère de la santé, sur qui j'ai pu compter pour consolider, agrandir et fédérer mon réseau de contacts au niveau national ;
- Madame GAILLARD Elisabeth et le Docteur BRUNOT Alain, du bureau SP5 « Maladies chroniques non transmissibles » de la Direction générale de la Santé, pour leur confiance et leur implication dans la transmission d'informations au niveau national pour le projet SPICES ;
- Monsieur MELIHAN-CHEININ Pascal, Secrétaire général de la Conférence Nationale de la Santé et le Professeur THOMAS Daniel, Cardiologue , Institut de Cardiologie de l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière, pour toutes les informations et documents fournis m'ayant permis de valider de nombreux résultats du projet ;
- Monsieur DUBUS DUPARLOIR Frédéric pour la mise à disposition de documents de la Fédération Française de Cardiologie ;

- Le Docteur DRAHI Eric pour sa disponibilité et la transmission d'informations cruciales concernant la place centrale du médecin généraliste dans la prise en charge des maladies cardiovasculaires ;
- Le Docteur GUYADER Marion, ma tutrice, pour son soutien durant mon parcours d'interne en médecine générale au sein de l'Université de Bretagne Occidentale ;
- Le Professeur BRONDEL Laurent ainsi que Monsieur WILLEQUET Francis, qui m'ont soutenue dans mon projet d'études médicales et avec lesquels j'espère concrétiser de futurs projets de recherche ;
- Le Professeur DUBUS Pierre, Doyen de l'Université de Médecine de Bordeaux, pour avoir suivi mon parcours et ma reprise d'études médicales ;
- Mes parents, ma sœur et ma grand-mère pour leur soutien sans faille, d'avoir cru en mon projet de reprise d'études et qui m'ont servi de pilier pour persévérer vers mon objectif : devenir médecin ;
- Ma famille ainsi que mes amis ;
- Gordon pour son aide linguistique.

Table des matières

Remerciements	5
Résumé	8
Abstract.....	9
Introduction	10
Méthode.....	13
Résultats	16
Discussion.....	44
Conclusion.....	52
Bibliographie	53
Annexes	62

Résumé

Introduction : Les Maladies Cardiovasculaires (MCV) sont la première cause de mortalité mondiale. La prévention des facteurs de risque modifiables des MCV est efficace.

Le projet international SPICES propose d'implémenter des interventions novatrices concernant la prévention des MCV en Europe et Afrique Sub-Saharienne. La première étape du projet était de faire l'état des lieux de mesures de prévention des MCV existant dans chaque pays participant. L'objectif de ce travail était de réaliser cet état des lieux en France.

Méthodologie : L'Université de Makerere (Ouganda) a proposé un guide en anglais pour effectuer l'état des lieux. Ce guide a été traduit et adapté au contexte français. La récolte des données a été faite indépendamment par deux chercheurs via une revue narrative de la littérature, complétée par l'obtention de données auprès de parties prenantes concernées. Ces données ont été assemblées en une version définitive permettant de proposer une réponse aux items du guide.

Résultats : En France, la mortalité liée aux MCV était de 28%. Différents plans et programmes de santé ont été proposés (Plan national nutrition santé, Plan de Réduction du tabagisme, etc.). De nombreux intervenants et professionnels de santé étaient impliqués. Le médecin généraliste était le pivot de la prise en charge dans le cadre de la prévention des MCV. L'observance médicamenteuse était difficile à évaluer, mais était estimée à 50%. L'éducation thérapeutique apparaissait comme un point central de la prévention des MCV.

Conclusion : De nombreuses mesures concernant la prévention des MCV en France ont été retrouvées. Des limites dans le système de soins actuel ont été relevées. La limite principale semblait être l'absence d'une politique nationale structurée et cohérente en matière de santé cardiovasculaire avec une absence de coordination entre les différents intervenants. Les propositions d'amélioration reposaient sur le développement des équipes pluridisciplinaires ainsi que de l'éducation thérapeutique.

Abstract

Introduction: Cardiovascular Diseases (CVD) are the leading cause of mortality in the world. Management of risk factors is effective to prevent CVD.

The international SPICES project aims to implement innovative interventions for CVD prevention in Europe and Sub-Saharan Africa. The project first step was the situational analysis of the CVD prevention measures in each participating country. The objective of this paper was to realize this situational analysis in France.

Methodology: A questionnaire was issued by Makerere University (Uganda) to assess the situational analysis. It was translated and adapted to French context. Data collection was realized independently by two researchers via a narrative review of literature, completed by stakeholders interviewing. Data were assembled in order to answer the questionnaire items.

Results: In France, CVD mortality was 28%. Various plans and health programmes have been proposed (a National Nutritional Health Plan, an Anti-Smoking Campaign, etc.). Many health workers and healthcare professionals were involved in CVD prevention. The General Practitioner was the focal point of patient management for CVD prevention. Medication compliance was difficult to evaluate but was estimated at 50%. Therapeutic education appeared central for CVD prevention.

Conclusion: Various national programs for CVD prevention were found. Some limitations were identified in the current Health Care System. Main limitation seemed to be the absence of a structured and coherent national policy for cardiovascular health with a consequent lack of coordination between the different stakeholders. CVD prevention improvement focused on multi-disciplinary teamwork and therapeutic education development.

Introduction

Les Maladies Cardiovasculaires (MCV) sont la première cause de mortalité dans le monde. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elles représentaient, en 2015, 31% de toutes les causes de décès soit 17,7 millions de personnes (1). 37% des décès sont liés aux MCV dans l'Union Européenne (2) et ce pourcentage est de 28% en France (3). Selon les estimations, en 2030 les Maladies Cardiovasculaires seront responsables de plus de 23,6 millions de décès dans le monde (4). Dans les Pays en voie de développement, elles seront responsables de plus de décès que la somme des maladies infectieuses, nutritionnelles, maternelles et périnatales (5). Le taux de mortalité par Maladies Cardiovasculaires est plus haut dans les niveaux socio-économiques les plus faibles. Plus de 80% des décès par MCV surviennent dans les Pays en voie de développement (1).

Des facteurs de risque des MCV ont été mis en évidence et certains sont modifiables: le surpoids et l'obésité, la sédentarité, le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie (1). La prévention des MCV grâce à la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire a montré son efficacité (1).

Des interventions efficaces et efficientes, c'est-à-dire avec un rapport bénéfice-coût favorable, existent pour réduire les facteurs de risque des MCV. Il a été estimé que le coût pour de telles interventions ne dépasserait pas 4% des dépenses de santé dans les Pays en voie de développement et 1-2% dans les pays riches (6). Ces interventions peuvent être implémentées à l'échelle de la population (politiques de lutte antitabac, politiques contre les comportements alimentaires défavorables, favoriser l'activité physique etc.), mais aussi au niveau individuel, en prévention primaire, en luttant contre les facteurs de risque et en prévention secondaire en appliquant les traitements adaptés (1).

Ce travail de thèse fait partie d'un projet de recherche international, nommé SPICES (Scaling-up Packages of Interventions for Cardiovascular disease prevention in selected sites in Europe and Sub-saharan Africa), financé par l'Union Européenne dans le cadre du programme Horizon 2020 (7). Cette étude, d'une durée prévue de 5 ans, vise à améliorer la prévention primaire des MCV via l'activation des communautés dans les pays développés et les pays en voie de développement. Il est à noter que l'étude SPICES vise les populations précaires. Le projet SPICES s'inspire de l'ICCC Framework (Innovative Care for Chronic Conditions), plan de l'OMS, ayant permis des progrès dans la prise en charge des maladies chroniques et dans le traitement du VIH/SIDA en Afrique Subsaharienne (ASS) (8).

Cinq Universités, dans trois pays développés et deux pays en voie de développement, sont impliquées dans SPICES : Anvers en Belgique, Manchester et Nottingham Trent au Royaume-Uni, Brest en France, Limpopo en Afrique du Sud et Makerere en Ouganda.

L'étude SPICES est née 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 (1). De plus, dans les pays développés, la prise en charge des maladies cardio-vasculaires représente d'importantes dépenses au sein de la consommation de biens et services médicaux et les ressources budgétaires sont de plus en plus limitées (9). En conséquence, le modèle de contrôle des Maladies Cardiovasculaires devrait évoluer.

SPICES consiste en une étude d'implémentation. L'objectif principal est l'implémentation d'interventions validées et efficaces pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires.

En France, la région sélectionnée pour intégrer l'étude SPICES et qui bénéficiera d'une analyse approfondie est le Pays Centre Ouest Bretagne (Pays COB). Cette région bretonne répond aux critères de l'étude SPICES. Dans le pays COB, la mortalité liée aux Maladies Cardiovasculaires est plus importante et les revenus moyens déclarés sont inférieurs aux moyennes régionales et nationales. La densité médicale est de 8,9 pour 10000 habitants contre 9,9 en moyenne en Bretagne en 2009, ce qui limite l'accès aux soins (10).

La première étape du projet SPICES était de faire un état des lieux de mesures de prévention cardio-vasculaire déjà en place dans chaque pays participant afin d'en dégager les points forts et les points à améliorer. Afin d'effectuer cette étape, l'Université de Makerere avait fourni un questionnaire en anglais devant servir de guide (Annexe 1). Ce guide a été par la suite traduit et adapté au contexte national français (Annexe 2). Ce travail de thèse s'est focalisé sur la réalisation de l'état des lieux de la prévention des MCV en France.

La question de recherche de ce travail de thèse était la suivante :

Quelles mesures existent et sont mises en place au niveau national, en France, concernant les maladies cardiovasculaires et leur prévention, et permettent de répondre au questionnaire de l'étude SPICES?

Méthode

L'équipe de l'Université de Makerere (Ouganda), partenaire du projet SPICES, a proposé un document en anglais (Annexe 1) pour guider l'état des lieux concernant la prévention des Maladies Cardiovasculaires dans chaque pays inclus au projet SPICES.

Une traduction de ce document de l'anglais vers le français a été réalisée. Deux traductions indépendantes ont été faites en parallèle. Lors d'une réunion avec l'équipe de recherche de Brest (composée d'un Professeur des Universités, de deux Chefs de Clinique et de six Internes en Médecine générale), une version finale a été obtenue à partir de ces deux traductions. Cette version finale (Annexe 2) a été validée par une personne extérieure au projet avec une expertise linguistique et adaptée au contexte national français et local du Pays Centre Ouest Bretagne.

L'objectif de ce travail était de répondre aux items du questionnaire de l'Université de Makerere, pour réaliser l'état des lieux de la prévention cardio-vasculaire en France.

Afin de répondre au questionnaire, une revue narrative de la littérature a été effectuée. Une analyse exclusive des bases des données scientifiques type Medline ou Cochrane n'était pas adaptée pour répondre au questionnaire de l'Université de Makerere vu le peu de publications internationales des recommandations françaises. 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 afin d'extrapoler les données nécessaires à répondre à chaque item du guide. La récolte des données au niveau national a été faite indépendamment en parallèle par deux Internes en Médecine générale.

Les données ont été recueillies par :

1. l'analyse des informations disponibles via les sites internet suivants:

- Organisation Mondiale de la Santé, pour le profil sanitaire et l'ICCC Framework;
- Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère des Sports et Ministère du Travail, pour les plans nationaux;
- Institut de Veille Sanitaire, pour les programmes de surveillance;
- Haute Autorité de Santé, pour les recommandations de bonne pratique;
- L'Assurance Maladie, pour la prise en charge des patients et les politiques sociales;
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, pour les politiques de prévention;
- Inspection Générale des Affaires Sociales, pour l'analyse des politiques et des programmes concernant la prévention des MCV;
- Fédération Française de Cardiologie, pour la prévention et l'éducation thérapeutique;
- European Heart Network, pour compléter les données concernant la prévention des MCV;
- Agence Régionale de la Santé de Bretagne, pour les données de santé locale;
- Observatoire Régionale de la Santé de Bretagne, pour les statistiques de santé locale;
- Google et Google Scholar;
- CAIRN.info ;
- EM-Consulte ;
- Medline via PubMed.

2. le contact direct des parties prenantes :

- Madame GAILLARD Elisabeth, Adjointe au chef du bureau SP5, « Maladies chroniques non transmissibles », Direction Générale de la Santé, Ministère de la Santé ;
- Docteur BRUNOT Alain, Médecin Inspecteur de santé publique, Chargé de prévention des maladies chroniques, Bureau des maladies chroniques non transmissibles, Direction Générale

de la Santé, Ministère de la Santé ;

- Monsieur MELIHAN-CHEININ Pascal, Secrétaire général de la Conférence Nationale de Santé ;
- Professeur THOMAS Daniel, Médecin Cardiologue et maladies vasculaires, Institut de cardiologie, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, a permis d'avoir accès au Livre Blanc du Plan Cœur ;
- Monsieur DUBUS DUPARLOIR Frédéric, Documentaliste, travaillant pour la Fédération Française de Cardiologie ;
- Docteur DRAHI Eric, Médecin Généraliste et Directeur des productions au sein du Collège de la Médecine Générale, a été contacté afin de compléter les données concernant la prise en charge de la prévention des MCV par les médecins généralistes en France.

Les parties prenantes ont été contactées via un réseau informel et par effet boule de neige. Un des chercheurs avait travaillé, lors de son cursus d'études, au Ministère de la Santé au sein de la Direction Générale de la Santé et avait participé durant un semestre au travail de la Conférence Nationale de la Santé. Le réseau de contacts ainsi créé a été utilisé.

Ces différentes parties prenantes ont permis d'avoir accès à des données non accessibles via internet ou de confirmer d'autres données nécessaires pour répondre au questionnaire du projet SPICES.

Les données obtenues via ces parties prenantes ont été confrontées aux données recueillies via internet.

Les recherches ont été effectuées de fin juin 2017 à début octobre 2017.

La mise en commun des réponses obtenues par les deux internes en Médecine Générale a été réalisée lors d'une réunion du groupe de recherche en octobre 2017.

Résultats

Afin de faciliter la lecture des résultats, les réponses de ce travail de thèse seront précédées des questions correspondantes du guide de Makerere traduit en français (Annexe 2). Certaines questions ont été regroupées et l'ordre réadapté aux réponses obtenues.

Quelles sont les maladies chroniques les plus fréquentes en France? Profil sanitaire de la France

L'une des premières questions du projet SPICES concernait le profil sanitaire de la France.

Les données ont été trouvées sur le site de l'OMS (3).

Taux de mortalité par maladie

Le taux de mortalité proportionnelle par maladie (tous âges confondus, pour les deux sexes) en France était le suivant :

- Cancers (31%) ;
- Maladies cardiovasculaires (28%) ;
- Blessures (7%) ;
- Maladies respiratoires chroniques (5%) ;
- Diabète (2%) ;
- Autres Maladies non transmissibles (MNT) (22%).

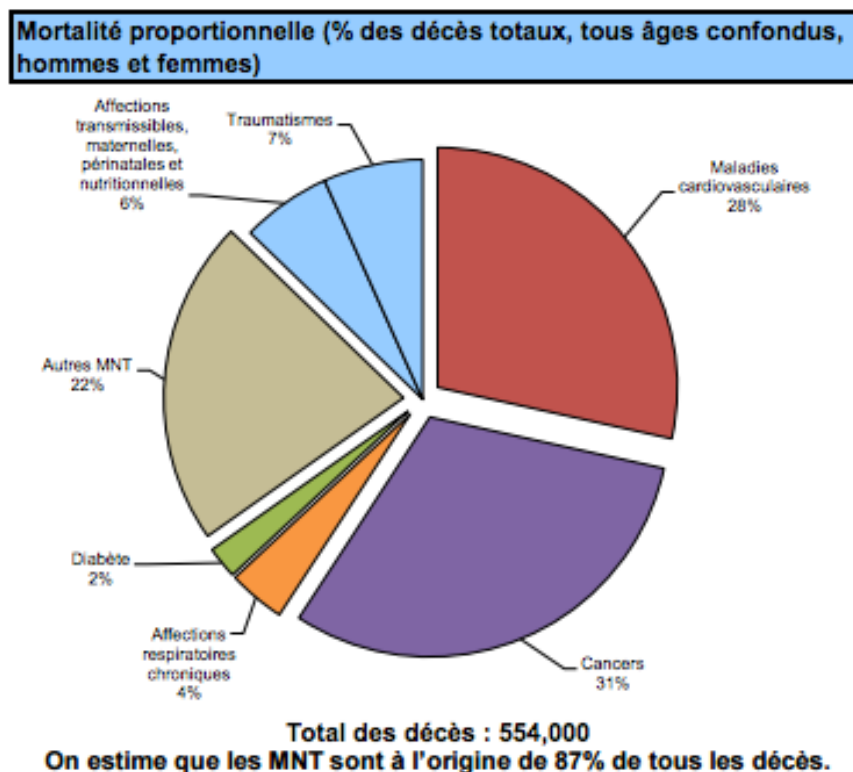


Fig. 1. : Mortalité proportionnelle (% des décès totaux, tous âges confondus, hommes et femmes). *Source OMS (3).*

Il est à noter que dans ces données de l'OMS, le diabète et les MCV ont été distingués (3). Depuis 2000 et la codification CIM-10 dont le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès est responsable, le diabète peut être évoqué comme cause de mortalité sur les certificats de décès.

La mortalité est dite liée au diabète quand le médecin certificateur a reporté le diabète comme étant soit la cause initiale du décès, soit une des causes associées au décès (analyse dite en causes multiples). Il a été noté que le diabète a été relevé dans 2,1% des certificats de décès comme cause initiale du décès (11).

Mortalité prématurée due aux Maladies Non Transmissibles

La probabilité de décéder entre 30 et 70 ans de l'une des quatre principales Maladies Non Transmissibles (Cancers, Diabète, Maladies Cardiovasculaires, Affections respiratoires chroniques) était de 11%.

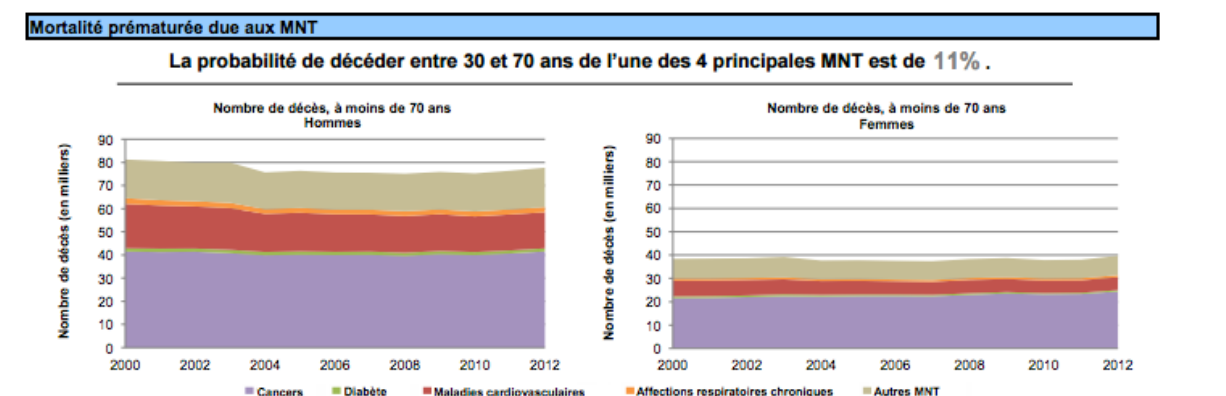


Fig. 2. : Nombre de décès (en milliers) par année. *Source OMS (3).*

Fardeau des maladies

Il correspond aux années de vie adaptées aux personnes handicapées ou Disability adjusted life years (DALY) et il est la somme des années de vie perdues en raison de la mortalité prématurée (YLL) et des années de vie saine perdues en raison du handicap (YLD).

Selon l'OMS (3), en France, le classement concernant le fardeau des maladies était le suivant:

1. Cancer ;
2. Conditions neuro-psychiatriques ;
3. Maladies cardio-vasculaires et diabète ;
4. Autres maladies non transmissibles ;
5. Maladies musculo-squelettiques ;
6. Blessures involontaires ;
7. Maladies chroniques respiratoires ;

8. Suicide, homicide et conflit ;
9. Autres maladies infectieuses ;
10. Maternelle, néonatale, nutritionnelle ;
11. Infections respiratoires aiguës ;
12. HIV, tuberculose, malaria.

Quels facteurs de risque cardiovasculaire sont pris en charge en soins primaires?

Les principaux facteurs de risque cardiovasculaire pris en charge en soins primaires en France étaient les suivants (12):

- Tabagisme ;
- Diabète ;
- Hypertension artérielle (HTA) ;
- Dyslipidémie ;
- Obésité et surpoids ;
- Sédentarité.

Y a-t-il des politiques nationales pour la prévention, les soins, le suivi et le coût de la prise en charge des MCV? Y a-t-il un programme ou plan de santé national qui s'adresse à la prévention des MCV? Qu'est-il inclus dans le plan?

Coût des Maladies Cardiovasculaires en France

Les Maladies Cardiovasculaires occupaient la première place dans les dépenses de santé des pays développés.

Selon le CNAMTS, en France, 2,2 millions de personnes étaient traitées en affection de longue durée pour des maladies cardio-vasculaires, pour un coût évalué pour le régime général à 17,9 milliards d'euros en 2007 (9).

En France, en 2015, le coût des Maladies Cardiovasculaires était ainsi réparti (2):

- premiers soins : 647 039 000€
- soins ambulatoires : 1 020 418 000€
- accidents et urgences : 135 235 000€
- soins hospitaliers : 9 569 704 000€
- médicaments : 3 822 884 000€
- coût total des soins de santé : 15 195 280 000€
- coût rapporté par habitant : 229€
- pourcentage ou dépenses totales de soins de santé : 6%.

Les politiques nationales et programmes nationaux

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la réduction des facteurs de risque liés au mode de vie était un enjeu mondial pour les maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies pulmonaires obstructives chroniques et diabète, et leurs déterminants communs liés au mode de vie). L'OMS a mis en place un Plan OMS/Europe contre les maladies non transmissibles de 2012-2016 (13), réadapté pour 2016-2025 (14). Ce programme a défini les grandes lignes de la prévention des maladies non transmissibles pour la région Europe. Le rôle de l'Office Régional Europe de l'OMS était de faire le lien avec les administrations publiques de chaque pays européen afin d'adapter les objectifs aux programmes de santé locaux.

En France, plusieurs programmes nationaux s'adressaient à la prévention des Maladies Cardiovasculaires (12) :

- Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) ;
- Programme national nutrition santé (PNNS) ;
- Plan Santé sport bien-être (SSBE) ;
- Plan national santé environnement (PNSE) ;
- Plan de santé au travail ;
- Plan Accident Vasculaire Cérébral (Plan AVC) (15) ;
- Plan Obésité (16) ;
- Livre Blanc en vue d'une élaboration d'un Plan cœur (17) .

Programme national de réduction du tabagisme (PNRT)

Le tabac demeurait la première cause de mortalité évitable en France (18) et fait partie des facteurs de risque (12) des Maladies Cardiovasculaires.

Le PNRT (19) a été lancé dans le cadre du Plan cancer 2014-2019. L'élaboration de ce programme a été confiée par le Président de la République à la Ministre des affaires sociales et de la santé.

Le PNRT agissait selon 3 axes :

-Axe 1 :

- Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme ;
- Adopter les paquets de cigarettes neutres pour les rendre moins attractifs ;
- Interdire de fumer en voiture en présence d'enfants de moins de 12 ans ;
- Rendre non fumeurs les espaces publics de jeux pour enfants ;

- Encadrer la publicité pour les cigarettes électroniques et interdire le vapotage dans certains lieux publics.
- Axe 2 :
 - Aider les fumeurs à arrêter ;
 - Diffuser massivement une campagne d'information choc ;
 - Impliquer davantage les médecins traitants dans la lutte contre le tabagisme ;
 - Améliorer le remboursement du sevrage tabagique.
- Axe 3 :
 - Agir sur l'économie du tabac ;
 - Créer un fonds dédié aux actions de lutte contre le tabagisme (prévention, sevrage, information) ;
 - Renforcer la transparence sur les activités de lobbying de l'industrie du tabac ;
 - Renforcer la lutte contre le commerce illicite de tabac.

Le PNRT se terminant en 2019, le PNRT2 était en préparation et devrait être annoncé au cours du deuxième trimestre 2018.

Toujours concernant la lutte contre le tabac, le Fonds de Lutte Contre le Tabac a été créé par décret en décembre 2016 (20). Les projets qui seront financés par ce Fonds vont être connus courant 2018 (18).

Programme national nutrition santé (PNNS) (21)(22)

Le PNNS a été lancé en 2001. Il avait pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant en priorité sur la nutrition.

Les principaux objectifs du PNNS ont été regroupés selon 4 axes:

1. Réduire l'obésité et le surpoids dans la population :

- Stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids chez les adultes ;
- Diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents.

2. Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges :

- Augmenter l'activité physique chez les adultes ;
- Augmenter l'activité physique et lutter contre la sédentarité chez les enfants et les adolescents.

3. Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque :

- Augmenter la consommation de fruits et légumes ;
- Réduire la consommation de sel ;
- Augmenter les apports en calcium dans les groupes à risque ;
- Lutter contre la carence en fer chez les femmes en situation de pauvreté ;
- Améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer ;
- Promouvoir l'allaitement maternel.

4. Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles :

- Dénutrition, troubles du comportement alimentaire.

Le PNNS a fourni un cadre de référence et a permis la mobilisation de nombreux acteurs (ministères, élus locaux, professionnels des domaines de la santé, de l'activité physique, de l'éducation ou du domaine social, acteurs économiques et bénévoles) (23) .

Plusieurs des objectifs du PNNS étaient directement liés à la question de la prévention des Maladies Cardiovasculaires :

- réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35 % des apports énergétiques quotidiens, avec réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35 % des apports totaux en graisses) ;
- augmenter l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant l'équivalent d'au moins une demi-heure de marche rapide par jour ;
- réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne dans la population des adultes ;
- réduire de 20 % la prévalence de surpoids et de l'obésité (IMC >25kg/m²) chez l'adulte et interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants ;
- réduire de 10 mm de mercure la pression artérielle systolique chez les adultes.

Depuis sa mise en place de nombreux objectifs ont été partiellement ou totalement atteints (23) tels que :

- la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant ;
- la réduction de la consommation de sel ou de sucre ;
- l'augmentation de la consommation de fruits chez les adultes.

Le programme a été prolongé à trois reprises et a été mis à jour pour la période 2017-2021 (24).

Plan Santé sport bien-être (PSBE) (25)(26)

Le PSBE avait pour objectif d'intervenir au niveau régional via les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSC) et les Agences Régionales de Santé autour de 3 axes:

- favoriser la pratique des activités physiques et sportives, principalement de loisirs, pour le plus grand nombre.
- développer la pratique d'activités physiques et sportives des personnes qui sont prises en charge par les établissements sociaux et médico-sociaux.
- développer la pratique d'activités physiques et sportives pour les personnes atteintes de pathologies chroniques non transmissibles telles que les maladies métaboliques (le diabète, l'obésité), cardio-vasculaires, broncho-pulmonaires obstructives, etc. Il s'agit pour les professionnels médicaux de prescrire la pratique d'une activité physique ou sportive qui vient en complément des prescriptions habituelles.

Plan national santé environnement (PNSE) (27)

La pollution aux particules et aux substances chimiques peut entraîner des pathologies ayant un fort impact sur la santé (cancers, maladies cardio-vasculaires, troubles neurologiques, etc.) (27).

Le PNSE3 (2015-2019) avait pour objectif de réduire autant que possible et de façon la plus efficace les impacts des facteurs environnementaux sur la santé afin de permettre à chacun de vivre dans un environnement favorable à la santé (28).

Il était articulé autour de 4 grandes catégories d'enjeux (28) :

- des enjeux de santé prioritaires :

- Mieux comprendre et prévenir les cancers en relation avec des expositions environnementales ;
- Prévenir les effets sanitaires liés à l'exposition à certaines espèces végétales ou animales ;
- Mieux prendre en compte le rôle des expositions environnementales dans l'augmentation de certaines maladies (maladies métaboliques, maladies reproductives, obésité) ;
- Mieux prendre en compte les risques accrus d'épidémies de maladies transmises par des vecteurs dans un contexte de changement climatique ;
- des enjeux de connaissance des expositions et de leurs effets :
 - Etablir le lien entre la contamination des milieux, les biomarqueurs d'exposition et les données de santé ;
 - Etablir le corpus d'indicateurs permettant d'obtenir une vision globale et intégrée de l'historique des expositions aux agents chimiques, physiques et infectieux (Exposome) ;
 - Rendre accessibles et utilisables les données en santé environnement et mieux détecter les émergences ;
 - Agir pour une meilleure qualité de l'environnement ;
 - Mieux connaître et gérer les risques dans un contexte d'incertitude ;
- des enjeux pour la recherche en santé environnement :
 - Explorer les défis majeurs du champ Santé Environnement via l'organisation d'une Recherche multidisciplinaire ;
 - Soutenir et poursuivre les programmes de recherche (Perturbateurs endocriniens, Qualité de l'air, Gestion des sols, Pesticides et santé, Nanomatériaux, Santé et biodiversité).

- des enjeux pour les actions territoriales, l'information, la communication, et la formation :

- Promouvoir et accompagner les initiatives locales de santé environnement en cohérence avec le PNSE ;
- Animer des débats publics et promouvoir la démocratie sanitaire sur les enjeux de santé environnement ;
- Promotion de la prise en compte des enjeux de santé environnement dans les déclinaisons locales des politiques publiques ;
- Renforcer l'information, la communication et la formation.

Plan de santé au travail (PST) 2016-2020 (29)

La prévention primaire des maladies cardiovasculaires était essentiellement axée sur les facteurs de risque classiques (surpoids et obésité, sédentarité, tabagisme, HTA, diabète, dyslipidémie). Il a été démontré que l'environnement professionnel et les facteurs de risque professionnels (agents chimiques, contraintes physiques et organisationnelles, stress au travail) ont un impact sur le développement des MCV. Cette situation justifierait une prévention collective, au sein de l'entreprise, qui engloberait tous les facteurs (30).

Trois axes étaient mis en avant dans le PST3 :

- Donner la priorité à la prévention primaire et au développement de la culture de la prévention ;
- Améliorer la qualité de vie au travail, levier de santé, de maintien en emploi des travailleurs et de performance économique et sociale de l'entreprise ;

- Renforcer le dialogue social et les ressources de la politique de prévention, en structurant un système d'acteurs, notamment en direction des Très Petites Entreprises/ Petites et Moyennes Entreprises (TPE-PME).

Plan AVC (2010-2014) (15)(31)

Le Plan AVC du Ministère de la Santé a été mis en œuvre pour optimiser la prévention et la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux.

Les objectifs du Plan AVC étaient de :

- Développer la prévention et l'information pour prévenir les AVC et en limiter les séquelles ;
- Faciliter l'accompagnement des malades et l'action des associations de patients ;
- Contribuer à la formation et au soutien des aidants ;
- Améliorer l'organisation de la prise en charge des AVC et le parcours de soins.

Plan Obésité (2010-2013)

L'objectif du Plan Obésité était d'améliorer l'organisation des soins pour réduire le surpoids et l'obésité chez les adultes et les enfants (16).

Les quatre grands axes mis en avant dans le Plan Obésité 2010-2013 concernaient :

- le renforcement du dépistage de l'obésité chez l'enfant et l'adulte et la promotion de l'offre de soins ;
- l'amélioration des actions de prévention ;
- la réduction des inégalités de santé touchant les personnes en surpoids ;
- l'intensification des efforts de recherche :

- Créer une fondation de coopération scientifique ;
- Développer la recherche en sciences humaines et sociales ;
- Développer la recherche sur les bases moléculaires et cellulaires de l'obésité et de ses conséquences ;
- Inclure les paramètres nutritionnels dans de grandes cohortes ;
- Identifier les études épidémiologiques à poursuivre ou à promouvoir ;
- Renforcer le potentiel de recherche clinique;
- Favoriser les échanges internationaux sur les politiques de santé sur l'obésité.

En vue d'un Plan Cœur (32)

Il n'existait pas de Plan Cœur mais la Fédération Française de Cardiologie a élaboré un Livre Blanc en 2012-2014 en vue d'une demande d'un Plan Cœur. Il s'y trouve les grandes orientations préconisées par la Fédération Française de Cardiologie concernant une stratégie nationale de lutte contre les maladies cardiovasculaires, élaborées à la suite des Etats Généraux tenus dans plusieurs régions.

Ces États Généraux (33) ont été convoqués, courant 2011-2012, par la Fédération Française de Cardiologie, l'Alliance du Cœur et leurs partenaires afin de mobiliser les professionnels de santé, les élus et l'opinion publique sur les problèmes liés aux maladies cardiovasculaires. Des débats participatifs ont eu lieu dans six régions et six grandes thématiques ont été abordées:

1. Répondre à l'urgence face à l'accident cardiovasculaire dans la région de Lyon
2. Améliorer le suivi au cours d'une maladie cardiovasculaire à Nîmes
3. Les femmes ou « les grandes oubliées » à Lille
4. La recherche en cardiologie à Nantes
5. La réinsertion sociale des personnes malades à Bordeaux
6. Prévention et principe de réalité à Strasbourg.

Les résultats et les recommandations publiques ont été consignés dans un Livre Blanc remis officiellement afin que l'Etat prenne les mesures qui s'imposaient à travers un Plan Cœur (17).

Comment le système de santé est organisé en termes de prévention des MCV? (12)(34)(35)

Deux niveaux étaient à distinguer dans l'organisation du système de soins dans la prise en charge des Maladies Cardiovasculaires et de leur prévention en France :

- Niveau national ;
- Niveau régional et niveau local.

Organisation du système de santé pour la prise en charge des MCV, niveau national

1. Le Ministère de la Santé

Le Ministère de la Santé préparait et mettait en œuvre la politique du gouvernement dans les domaines de la solidarité, de la cohésion sociale, de la santé publique et de l'organisation du système de santé.

Il définissait les plans nationaux et les lignes directrices pour la prévention et menait des campagnes d'information concernant les Maladies Cardiovasculaires (12).

2. Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) (35)

Le HCSP :

- contribuait à la définition des objectifs de santé publique et évaluait leur réalisation;
- fournissait aux pouvoirs publics l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires.

3. La Conférence Nationale de Santé (CNS) (35)

La CNS :

- analysait la situation sanitaire et les besoins de santé de la population ;
- formulait des avis et des propositions sur les plans et programmes de santé ;
- contribuait à l'organisation de débats publics sur les questions de santé ;
- élaborait annuellement un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé.

4. L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) (35)

L'INPES :

- exerçait une fonction d'expertise et de conseil en matière d'éducation et de promotion pour la santé ;
- assurait le développement de l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique.

5. L'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) (35)

L'INVS permettait :

- la surveillance et l'observation en permanence de l'état de santé de la population ;
- la veille et la vigilance sanitaire ;
- l'alerte sanitaire.

Le Programme de surveillance des maladies cardio-neuro-vasculaires (36), mis en place par l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), avait pour objectif de produire des indicateurs de surveillance des pathologies cardio-neuro-vasculaires (taux de patients hospitalisés, létalité hospitalière et mortalité) et des facteurs de risque vasculaire, ainsi que de décrire leurs évolutions dans l'espace et dans le temps.

6. La Haute Autorité de Santé (HAS) (35)

La HAS :

- définissait des recommandations de bonne pratique clinique, des recommandations de santé publique, des études médico-économiques, des guides de prise en charge pour les professionnels de santé ;
- assistait les pouvoirs publics dans la prise de décision ;
- évaluait les traitements, actes, prestations et technologies de santé, afin de décider de leur remboursement.

7. Les sociétés savantes médicales

Les sociétés scientifiques médicales (le Collège de la Médecine Générale, la Société Française de Cardiologie) élaboraient des recommandations spécifiques pour la prévention primaire des MCV (37) (38).

Organisation du système de santé pour la prise en charge des MCV, niveau régional et niveau local

1. Agence Régionale de Santé (ARS) (35)

Les Agences Régionales de Santé étaient chargées de mettre en œuvre des actions conformes aux programmes nationaux au niveau local. Les ARS avaient deux grandes missions:

- le pilotage de la politique de santé publique ;
- la régulation de l'offre de santé en région.

2. L'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie avait pour objectifs de :

- garantir l'accès à tous à des soins de qualité ;
- veiller à la qualité et à l'adéquation des soins prodigués par rapport aux besoins.

Elle mettait aussi à disposition des usagers du système de soins des informations sur leur pathologie (39).

Il était à noter que des programmes d'accompagnement pour les malades atteints de pathologies chroniques ont été mis en place par l'Assurance Maladie tel que SOPHIA (40). Ce service était mis à disposition des patients pour les aider à mieux connaître leur maladie (avant tout asthme et diabète) et adapter leurs habitudes de vie. L'objectif de ce programme était d'améliorer la qualité de vie des patients et de réduire les risques de complications liés à leur maladie chronique.

3. Les professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes)

En France, le médecin généraliste était le principal soignant impliqué dans la prévention et l'évaluation individuelle du risque cardiovasculaire global. Il orientait ensuite vers les médecins spécialistes (cardiologue, endocrinologue, neurologue etc.) (41).

4. Les associations de patients (42)

Les associations de patients étaient impliquées dans l'information, la prévention et la recherche sur les Maladies Cardiovasculaires. Elles accompagnaient et soutenaient les patients et leur famille, proposaient des événements type « Journée du cœur » afin de sensibiliser la population, réalisaient des brochures afin d'informer les patients sur leur pathologie, soutenaient la formation des médecins et du personnel paramédical. Elles étaient réparties sur l'ensemble du territoire français.

Les associations répertoriées étaient:

- L'alliance du cœur ;

- L'association française des diabétiques ;
- France AVC.

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

Prise en charge de la prévention primaire des Maladies Cardiovasculaires et recommandations

Concernant la prévention primaire des Maladies Cardiovasculaires, une prise en charge globale était préconisée avec prise en compte des facteurs de risque cardio-vasculaire (43).

La HAS a publié des lignes directrices afin de faciliter le travail des professionnels de santé pour :

- l'évaluation des risques cardiovasculaires (43);
- la modification du style de vie (44) ;
- l'arrêt de la consommation de tabac (45) ;
- la prise en charge du surpoids et de l'obésité (46).

La Société Française de Cardiologie (Société savante de Cardiologie) n'avait pas élaboré de recommandations spécifiques concernant la prévention primaire des Maladies Cardiovasculaires mais elle avait endossé les recommandations européennes (47) (48).

Acteurs de la prévention en soins primaires des Maladies Cardiovasculaires

Le Médecin Généraliste

Le Médecin Généraliste avait un rôle essentiel dans la prévention des MCV (41). Il évaluait le risque cardiovasculaire et donnait les conseils hygiéno-diététiques qui permettent de réduire ce risque (réduction du tabac, réadaptation alimentaire). Si nécessaire, il prescrivait les bilans biologiques et les traitements pharmacologiques.

Le Médecin Généraliste était au cœur du parcours de soins et il avait un rôle de coordonnateur (49).

Les autres professionnels de santé

En France, d'autres professionnels s'occupaient de la prévention des MCV:

- Les médecins nutritionnistes et diététiciens: ils informaient le patient sur la nutrition en général (recommandations alimentaires et activités physiques) ou sur un point plus particulier (rôle des oméga 3, besoins alimentaires en fonction de l'âge, informations sur le diabète, l'hypertension, etc.) et accompagnaient le patient dans son changement d'habitudes (23);
- Les cardiologues : ils prenaient en charge les MCV, veillaient au dépistage, au diagnostic, au traitement et à la prévention des MCV (50);
- Les endocrinologues et diabétologues : ils donnaient des avis quant aux démarches à suivre pour les patients pour qui la prise en charge en soins primaires n'était pas suffisante pour contrôler les facteurs de risque (51);
- Les gynécologues : ils permettaient d'identifier, de prévenir ou de traiter les risques cardiovasculaires chez la femme, d'où l'importance d'un partenariat entre cardiologues et gynécologues, pour améliorer la prise en charge globale des femmes (17);

- Les pneumologues et les addictologues : ils relayaient l'information Tabac Info Service auprès de leurs patients et prenaient en charge les patients désirant l'arrêt du tabac (19);
- Le personnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute) : ils intervenaient dans le cadre des programmes de prévention et d'éducation thérapeutique (17);
- Les éducateurs sportifs : l'activité physique faisait partie intégrante du traitement de nombreuses conditions et maladies, telles que l'obésité, le diabète de type 2 et l'insuffisance cardiaque. Les éducateurs sportifs permettaient un suivi régulier, en suivant la motivation des patients, leur satisfaction, leurs progrès sur les activités physiques proposées (26).

Les structures de soins primaires et prévention des MCV

Les structures de soins primaires prenaient en charge la prévention des MCV(12).

Elles repéraient les patients à risque de MCV et agissaient sur les facteurs de risques modifiables, c'est à dire les facteurs liés aux habitudes de vie (tabac, alimentation équilibrée, réduction de la consommation de sel, activité physique régulière et limiter la sédentarité, alcool, surpoids).

Le médecin généraliste était au cœur du parcours de soins du patient. Néanmoins, il était à noter l'importance d'une équipe pluri-professionnelle coordonnée autour du patient pour améliorer la prévention des MCV (49).

Dans le cadre des maisons de santé, pour assurer une bonne coordination, et donc la qualité du parcours de santé du patient, il serait nécessaire que les professionnels de santé des soins primaires utilisent le même dossier électronique du patient (49).

Concernant les MCV, le dispositif de soins doit se réorganiser dans le cadre d'un exercice

coordonné pluri-professionnel afin d'optimiser la mobilisation des compétences respectives (17). Le regroupement des professionnels de santé des soins primaires en équipe coordonnée pouvait améliorer la qualité de production des soins ambulatoires. Une fois que l'équipe de soins primaires était structurée, il lui était plus facile d'organiser le parcours de soins des patients porteurs de MCV (49).

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? Quel est le taux actuel de patients observant? Quels sont les succès et les difficultés? Quelles sont les stratégies d'autonomisation actuellement mise en place?

Observance dans la prévention des MCV

Selon les données de l'OMS, la proportion de malades chroniques respectant leur traitement n'était que de 50 % dans les pays développés et elle était moindre dans les pays en voie de développement (52).

Un patient était considéré comme observant s'il prenait au moins 80% de son traitement.

Dans les maladies chroniques de multiples études confirmaient des taux d'observance insatisfaisants (53) :

- 40 à 70% dans l'HTA
- 60% en moyenne dans le diabète de type 2
- 50% dans l'hypercholestérolémie.

L'observance était difficile à surveiller. Elle était patient-dépendante, difficile à évaluer et peu évaluée par manque de temps et de méthodes fiables (54).

Le médecin généraliste associé au réseau pluridisciplinaire de prise en charge des malades était la clé d'une meilleure observance. Une meilleure information initiale du patient sur sa maladie et ses conséquences ainsi que sur le rapport bénéfice-risque du traitement permettrait une amélioration de l'adhésion du patient à sa prise en charge (53).

Education thérapeutique dans la prise en charge des MCV

La stratégie d'autonomisation du patient reposerait sur l'éducation thérapeutique.

L'éducation thérapeutique était un point central de la prise en charge du patient porteur de Maladies Cardiovasculaires. La prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire était reconnue comme une priorité dans les programmes de prévention primaire et secondaire. Les programmes d'éducation thérapeutique constituaient une opportunité pour familiariser le patient à sa pathologie (55) (56).

L'éducation thérapeutique permettait de mettre le patient au centre de sa prise en charge et de le rendre autonome quant à la gestion de son traitement en le responsabilisant (53). Le médecin généraliste essayait de créer un lien thérapeutique permettant une adhésion de celui-ci à sa prise en charge et son suivi (49).

Quelles sont les principales limites du système de soins actuel dans la prévention des MCV?

(Personnel de santé, planification des programmes de santé? structures?)

Les principales limites du système de soins actuel dans la prévention des MCV résidaient dans les points suivants :

- il y avait une multiplicité de plans de santé publique et il n'existait pas de politique nationale structurée unique concernant la prévention des MCV (17);

- il existait des disparités régionales de mortalité prématurée par MCV (57) ;
- il existait une hétérogénéité de l'accès aux soins ainsi que de la répartition des professionnels de santé sur le territoire français (désertification médicale) (58) ;
- le temps de consultation des médecins généralistes n'était pas adapté à la prévention et à l'éducation thérapeutique des patients et la rémunération de ces consultations de prévention était inadaptée voire inexistante (17).

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

Plusieurs paramètres ont été retrouvés pouvant expliquer l'échec des programmes actuels de prévention des MCV à répondre aux besoins de la population.

Représentations erronées du risque cardiovasculaire

Il a été montré que les patients auraient des représentations erronées du risque cardiovasculaire et des moyens de le prévenir. Les patients auraient connaissance de facteurs de risque cardiovasculaires (tabac, alcool, mauvaise hygiène alimentaire), mais ils les associeraient aux plaisirs de la vie. Cette perception serait un des facteurs d'échec dans la prévention des MCV(59).

Inégalités sociales dans la prise en charge nutritionnelle

Dans le PNNS, plusieurs objectifs initialement fixés ont été atteints. Mais il a été démontré que les améliorations obtenues n'ont pas concerné de façon homogène les populations. Les inégalités sociales de santé se seraient accentuées dans le domaine de la nutrition. Cet échec serait dû à l'environnement économique et social des populations à risque, moins réceptives

aux messages de prévention. Il a été démontré l'importance de l'amélioration de la prise en charge dans les pratiques alimentaires de ces populations à risque (23) (60).

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?)

Des changements et des modifications dans la prise en charge des Maladies Cardiovasculaires ainsi que de leur prévention en soins primaires étaient nécessaires.

Différentes propositions ont été mises en évidence (12) (17) (55) (61) (62).

Au niveau des professionnels de santé

- Mettre en œuvre des modes de prise en charge spécialisée et transversale dans chaque territoire entre filières gynécologique et cardiologique en lien avec le médecin généraliste ;
- Améliorer l'attractivité des carrières des médecins rééducateurs mais aussi des kinésithérapeutes exerçant en établissement de santé;
- Adapter la prévention cardiovasculaire à la population féminine en ciblant les périodes clés : contraception, grossesse et ménopause et sensibiliser les professionnels à la santé cardiovasculaire des femmes ;
- Faire évoluer la relation soignant-soigné en développant de nouveaux modes de formation des professionnels de santé intégrant des patients sources ;
- Mieux évaluer et prendre en compte la dimension psychologique inhérente aux MCV et à leurs facteurs de risque.

Au niveau de l'organisation du système de soins

- Développer des équipes pluridisciplinaires;
- Développer la télémédecine dans les territoires les plus éloignés des centres de soins spécialisés ;
- Amélioration des moyens mis à disposition des actions de prévention et adaptation de la rémunération des professionnels;
- Réduire les inégalités géographiques d'accès aux soins ;
- Développer les programmes d'éducation thérapeutique hors hôpital en étendant la prise en charge aux prestations assurées par des soignants en cabinet et des associations ;
- Poursuivre le développement de l'éducation thérapeutique en y impliquant des patients ressources;
- Renforcer le rôle et les moyens du médecin du travail dans les parcours de soins afin de favoriser la prévention primaire et le dépistage des facteurs de risques des maladies cardio-neuro-vasculaires au travail ;
- Demander à la HAS de concevoir des recommandations de bonnes pratiques cardiologiques en santé au travail ;
- Créer des documents d'information et des sites internet en collaboration avec des patients.

Au niveau des communautés :

- Inciter les collectivités locales gestionnaires d'équipements sportifs à faciliter l'accès du public aux installations sportives à un coût modéré ;
- Favoriser par des dispositifs financiers l'accessibilité à la pratique d'activité physique dans la vie quotidienne et à l'activité sportive encadrée ;
- Favoriser les structures de déplacements actifs dans les villes.

Au niveau des ressources nationales (17)

- Elaborer un Plan Cœur ;
- Affirmer une volonté politique (au plus haut niveau) sur les politiques de prévention et organiser ses déclinaisons territoriales ;
- Viser la suppression de la consommation de tabac à horizon 2050 ;
- Prévenir l'initiation au tabagisme chez les enfants à l'école et dans les familles ;
- Appliquer les dispositions de la convention-cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT) et en particulier instaurer des paquets de cigarettes neutres ;
- Mettre en place un système de prise en charge simplifié et intégral de la dépendance tabagique, sur le plan médical, paramédical et médicamenteux ;
- Pérenniser une politique nationale nutritionnelle de santé publique ;
- Développer les campagnes de sensibilisation télévisée sur l'activité physique et l'équilibre nutritionnel ;
- Mener des actions de sensibilisation et de formation liant gastronomie et diététique, régime alimentaire et plaisir ;
- Simplifier la lisibilité de l'étiquetage des aliments et mieux hiérarchiser les risques nutritionnels ;
- Interdire la publicité télévisée sur les produits alimentaires à destination des enfants ;
- Encadrer la publicité en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments d'une part et des heures d'écoute d'autre part ;
- Réformer les actions d'éducation en santé en milieu scolaire et évaluer les programmes.
- Développer l'activité physique à hauteur de 50% du temps périscolaire dans le cadre de la réforme de la loi des rythmes scolaires ;
- Obtenir à la gratuité des campagnes de communication pour l'INPES sur les chaînes de télévision publiques et privées ;

- Doter l'ARS de fonds d'intervention afin de soutenir financièrement les programmes de prévention développés et mis en œuvre dans les associations.

Discussion

Analyse et projections concernant la prévention des Maladies Cardiovasculaires en France

Ce travail de thèse a permis de répondre au questionnaire de l'Université de Makerere et ainsi de souligner les points forts et les points à améliorer dans la prévention des maladies cardiovasculaires en France au niveau national.

Les programmes actuels apparaissaient décevants pour répondre aux besoins de la population en termes de prévention cardio-vasculaire. Cependant, il n'existait pas de réel manque de moyens dans la prévention des MCV en France : « La lutte contre les maladies cardiovasculaires souffre moins du manque de moyens que d'un manque de coordination des nombreux plans de prévention, de recherche et de suivi des personnes à risque ou malades » (17).

De nombreuses mesures concernant la prévention des MCV ont été retrouvées, cependant il existait des limites dans le système de soins actuel. Malgré la multiplicité de plans de santé publique, il n'existait pas de politique nationale structurée et cohérente en matière de santé cardiovasculaire. Selon le Professeur Didier Houssin, ancien directeur général de la santé : « *Le portage et la visibilité des préoccupations de santé cardiovasculaire ne sont pas aussi forts que dans d'autres domaines, le cancer par exemple. Cela tient peut-être à la nature des pathologies concernées qui sont malgré tout assez diverses et donc n'arrivent pas facilement à rassembler* » (17).

Les plans de santé se superposaient et comportaient des mesures principalement incitatives mais il y avait un cloisonnement entre les pathologies concernées. Le manque de coordination était évident. Le Collège National des Cardiologues Français a évoqué ce problème de coordination lors des Etats Généraux en vue de l'élaboration d'un Plan Cœur (17) . Pour ce collège professionnel, le cardiologue de référence dans les MCV est le plus souvent un cardiologue libéral. Du fait, du raccourcissement du temps d'hospitalisation, le travail de prévention et de réadaptation était effectué par les professionnels médicaux libéraux. Le cardiologue libéral se retrouvait face à un manque de coordination des différentes étapes du chemin clinique du patient cardiaque. Le cardiologue libéral voudrait être plus impliqué dans cette coordination d'autant plus qu'il s'occupait souvent des actions de prévention. La prise en charge globale du patient par le cardiologue devrait inclure la réadaptation cardiovasculaire, l'optimisation thérapeutique, l'éducation thérapeutique et le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire. En France, il y avait une nécessité d'améliorer la coordination des soins, l'accès à la réadaptation et de la faire évoluer vers des modes ambulatoires (17) (63). Le cardiologue avait des obligations communautaires. Avec ses collaborateurs, il devrait devenir un des acteurs principaux de la mise en œuvre sur le terrain de l'éducation thérapeutique afin d'améliorer le pronostic des maladies cardiovasculaires et de diminuer leurs rechutes (64). Tous ces arguments développés par le Collège des cardiologues français sont en totale contradiction avec le virage ambulatoire des soins qui dédie la prévention à la médecine générale.

Le médecin du travail était également concerné par ce manque de coordination : il était, par exemple, très rarement informé d'un accident cardiovasculaire, sauf au moment de la reprise du travail du patient concerné (17). A nouveau, il est surprenant de constater l'absence de

concertation avec la médecine générale et d'oublier le fait que les MCV touchent souvent des personnes retraitées.

Concernant la prise en charge de la prévention sur le terrain par les élus locaux, des enjeux politiques territoriaux entraient en ligne de compte. La politique de santé publique était essentiellement nationale sur des thématiques spécifiques (nutrition, environnement etc.) avec l'application au niveau local via les ARS. Les Conseils régionaux, généraux et municipaux avaient la possibilité d'intervenir dans le cadre des politiques de l'Etat. Mais, la hiérarchisation des enjeux d'action publique locaux était floue et territoire-dépendante (65).

Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (60) sur l'Evaluation des programmes PNNS2 2006-2010 soulignait des insuffisances au regard des enjeux de santé publique, notamment la gouvernance et l'organisation, mais aussi le faible engagement dans la lutte contre l'obésité et la dénutrition. Dans ce rapport, il avait été conclu à la nécessité de pérenniser ce programme mais qu'il devait être modifié et adapté pour tenir compte des différentes populations cibles en fonction de leur âge ou de leur niveau socio-économique.

Les instances de santé s'accordaient sur le fait que la nutrition était un enjeu de santé publique, mais restaient partagées sur le rôle de chaque déterminant.

Des inégalités sociales et régionales dans la prise en charge des MCV ont été mises en évidence sur le territoire français. La France présentait des disparités régionales de mortalité prématurée (< 65 ans) pour les pathologies cardiovasculaires. Cette analyse a mis en évidence une surmortalité dans les Départements d'Outre-Mer, le Nord-Est, les régions Auvergne, Limousin et Corse. La prévalence élevée de certains facteurs de risque cardiovasculaire et les disparités d'offre de soins permettraient d'expliquer une part importante de la surmortalité

prématurée dans certaines régions, même si on ne peut exclure des variations régionales de la qualité de la prise en charge lors de la phase aigüe (57).

Ce travail de thèse a également permis de souligner quelques pistes d'amélioration possibles.

La désertification médicale de certaines régions entraînait une disparité dans l'accès aux soins. Augmenter le nombre de médecins avec une meilleure répartition sur le territoire permettrait d'améliorer l'accès aux soins et à la prévention des MCV(58).

Une approche pluridisciplinaire via des réseaux de santé permettrait d'améliorer la prise en charge des patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire. Ces structures de proximité accueilleraient les patients adressés par leur médecin traitant afin de coordonner leur prise en charge (17).

Mettre le patient au centre de sa prise en charge permettrait aussi d'améliorer la prévention des MCV. A ce sujet, l'éducation thérapeutique du patient présentant une Maladie Cardiovasculaire ou des facteurs de risque était centrale. En France, elle est reconnue comme un pilier dans la prise en charge des patients porteurs de maladie chronique depuis 2007. Il a été montré que l'éducation thérapeutique, dans le cadre des MCV, était surtout dispensée dans des établissements de santé. Il faudrait la développer en ambulatoire, en ville ou au sein de réseaux de santé (17). L'éducation thérapeutique semblait permettre une amélioration de la qualité de vie des patients porteurs de maladies cardiovasculaires (56). Il a été démontré que l'éducation thérapeutique améliorait l'hygiène de vie en soins primaires des patients (66). Elle optimisait la prise en charge des facteurs de risque, aboutissant à une rééducation des événements cardiovasculaires.

Une enquête réalisée par l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) auprès d'un échantillon représentatif de 2 000 Français révélait l'état de leurs connaissances sur le cœur, les maladies cardiovasculaires et la manière dont ils comprenaient et mettaient en pratique les conseils de prévention. Les interviewés étaient sensibilisés aux maladies cardiovasculaires mais en sous-estimaient l'impact (67). L'éducation thérapeutique pourrait avoir un rôle important en agissant également sur cet élément.

La prévention primaire des MCV commence par l'évaluation individuelle du risque cardiovasculaire (43). L'absence d'outil consensuel d'estimation du risque cardio-vasculaire adapté à la population française limitait le dépistage et la prise en charge des facteurs de risque. Le Collège de Médecine Générale travaille depuis plusieurs mois sur un référentiel d'outils d'aide à la décision sur l'évaluation du risque cardiovasculaire en médecine générale. Cet outil permettrait au médecin généraliste et au patient d'avoir une décision informée et partagée. Le référentiel (68) et l'auto-questionnaire (69) sont en cours d'évaluation. Le patient serait impliqué de plus en plus dans sa prise en charge.

De nouvelles approches utilisant les technologies connectées sont en cours de développement. Dans l'Etude CardioSens (70), le patient pouvait évaluer en ligne sa santé cardiovasculaire. Les premiers résultats de cette étude, encadrée par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, seront attendus pour la deuxième partie de l'année 2018 (71). De plus, des enseignements spécifiques concernant cette approche connectée au sein d'universités sont en cours de développement (Université Paris-Diderot, Diplôme Université « Enseignement pluridisciplinaire pratique de santé connectée» (72)). Ce type de formation multidisciplinaire est accessible aux soignants, administratifs, startupper, informaticiens et investisseurs

souhaitant acquérir des connaissances et compétences pour mener à bien des projets de santé connectée (72). Cependant, la faible réflexion sur le fond et la focalisation de la forme de ces programmes fait d'emblée douter de leur efficacité.

Concernant les politiques de santé futures, le Ministère de la santé a mis en consultation publique son Projet de Stratégie nationale de santé 2018-2022 (73) qui fixe les priorités du gouvernement en matière de santé pour une durée de cinq ans. Son objectif était de donner de la cohérence à l'action collective de tous les ministères dans le domaine de la santé. Elle réaffirmait le principe porté par l'Organisation Mondiale de la Santé, selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées en France et dans le monde.

Quatre priorités avaient été définies par la Ministre des Solidarités et de la Santé. Une large concertation avait été lancée en 2017 auprès des principales organisations syndicales et professionnelles, des établissements de santé, des élus ainsi que des représentants des usagers et des aidants.

Les 4 thèmes prioritaires définis par la Ministre étaient les suivants :

- La prévention et la promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux ;
- La lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
- La nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins ;
- L'innovation.

Dans ce nouveau projet, de nombreuses dimensions contribuant à la prévention des MCV étaient évoquées :

- Promouvoir une alimentation saine ;

- Promouvoir la santé au travail et développer une culture de prévention dans les milieux professionnels et réduire la sévérité des pathologies liées aux conditions de travail dont les maladies cardiovasculaires ;
- Développer une politique de repérage, de dépistage et de prise en charge précoce des pathologies chroniques.

Cette stratégie nationale de santé 2018-2022 mettait en avant la notion de prévention des maladies chroniques, dont les MCV, et visait à la réduction des inégalités territoriales de prise en charge des patients. Ce projet comptait déterminer, de manière pluriannuelle, les domaines d'action prioritaires et les objectifs d'amélioration de la santé. Les différents axes évoqués dans cette stratégie nationale de santé serviront de fil rouge pour la mise en place des politiques futures (73).

Malgré des efforts indiscutables, l'ensemble des éléments collationnés démontre une absence de concertation et d'objectif qui nuit à la cohérence de la prévention des MCV en France.

Forces et Limites

Le recueil de données a consisté en une revue narrative de la littérature complétée par l'obtention de données auprès de parties prenantes concernées. La recherche a été focalisée et centralisée sur les institutions concernées par la prise en charge des MCV, les documents produits par ces institutions et leurs sites internet. Pour ce travail de thèse, le recueil des données a été complété par des interviews de responsables des instances nationales en charge de la prévention des Maladies Cardiovasculaires, ce qui est une force dans ce travail.

Face à la quantité d'informations disponibles sur la thématique des Maladies Cardiovasculaires, une sélection des données a été faite de façon collégiale avec des échanges entre les deux Internes impliquées et les chercheurs de l'équipe de recherche. Ce travail collégial avait pour objectif de limiter un biais de sélection.

Pour limiter les biais de sélection et d'information, ce travail a été réalisé en double par deux chercheurs de façon indépendante. Les deux Internes en Médecine générale ont travaillé en parallèle sur la revue de littérature puis leurs informations ont été confrontées.

Le contact des parties prenantes a pu permettre d'obtenir l'accès à des documents ou des informations non disponibles sur internet ou via les revues scientifiques (ex : Livre Blanc en vue d'un Plan Cœur, Auto-questionnaire pour l'évaluation du risque cardiovasculaire etc.).

Il faut noter que certaines personnes contactées n'ont pas répondu. Ainsi des données n'ont pas pu être collectées. Ceci a pu entraîner un biais d'information.

Les entretiens réalisés avec les parties prenantes n'ayant pas été enregistrés, une étude qualitative avec codage de ces données n'a pas été possible. Ceci a pu entraîner une perte d'informations. Néanmoins, une confirmation d'informations données par voie orale a été transmise par courriels par les interviewés.

Conclusion

Malgré des efforts des autorités et des organismes professionnels, la prévention des Maladies Cardiovasculaires en France apparaît désorganisée. La multiplicité des intervenants et l'absence de l'implication des patients et des citoyens sont surprenantes par rapport à un sujet de prévention primaire.

Ainsi de nombreuses recommandations et initiatives étaient mises en place avec des résultats mitigés. L'échec résidait en partie dans le manque de coordination entre les infrastructures décisionnelles et les professionnels impliqués dans la prévention des MCV, mais aussi dans le manque de cohérence, structuration et organisation des différents plans nationaux. Les pistes d'amélioration proposées incluaient l'implication du patient dans sa prise en charge et le développement de l'éducation thérapeutique et du travail des professionnels de santé en équipe pluridisciplinaire.

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. Ensuite, une revue de la littérature permettra d'identifier les interventions non médicamenteuses les plus efficaces en termes de prévention cardio-vasculaire. Après ces étapes, le projet SPICES aboutira à la mise en place d'interventions efficaces et adaptées aux contextes locaux pour la prévention primaire des Maladies Cardiovasculaires.

Bibliographie

1. WHO. Cardiovascular diseases. WHO. 2015. cité 28 juin 2017. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
2. European Heart Network. European Cardiovascular Disease Statistics 2017 edition. European Heart Network. Bruxelles; 2017. cité 28 juin 2017. Disponible sur: <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>
3. WHO. France: WHO statistical profile. cité 28 juin 2017. Disponible sur: <http://www.who.int/countries/fra/fr/>
4. WHO. About cardiovascular diseases. cité 28 juin 2017. Disponible sur: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/en/
5. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006;3(11):2011-30. cité 28 juin 2017. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1664601/>
6. WHO. Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. 2013. cité 28 juin 2017. Disponible sur: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-fr.pdf?ua=1
7. Ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche et de l'Innovation. Programme Horizon 2020. cité 23 juill 2017. Disponible sur: <http://www.horizon2020.gouv.fr/>
8. WHO. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. 2003. cité 28 juin 2017. Disponible sur: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccreport/en/#>
9. Commission des Comptes de Sécurité sociale. La prise en charge des pathologies Cardio-Vasculaires en Europe. 2010. cité 18 juill 2017. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss201006_fic-10-4.pdf

10. ORS. La santé dans le pays du Centre-Ouest Bretagne. 2010. cité 10 juill 2017.
Disponible sur: http://orsbretagne.typepad.fr/2010/Pays_COB_leger.pdf
11. INVS. Mortalité liée au diabète. 2016. cité 22 fév 2018. Disponible sur:
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Mortalite-liee-au-diabete>
12. Ministère des Solidarités et de la Santé. Maladies cardiovasculaires. cité 29 juill 2017.
Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/article/les-maladies-cardiovasculaires>
13. WHO. Action Plan for implementation of European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016. cité 1 août 2017. Disponible sur:
<http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>
14. WHO. Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region 2016-2025. Copenhague; 2016. cité 1 août 2017.
Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/346328/NCD-ActionPlan-GB.pdf?ua=1
15. Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 ». 2010. cité 10 juill 2017. Disponible sur:
http://www.cnsa.fr/documentation/plan_actions_avc_-_17avr2010.pdf
16. Ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé. Plan obésité 2010-2013. 2011. cité 18 juill 2017. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf
17. Fédération Française de Cardiologie. Livre blanc. Etats généraux vers un plan coeur. Paris: Fédération Française de Cardiologie; 2012. 1-223.

18. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Programme National de Réduction du Tabagisme 2014-2019. Rapport annuel 2016. 2016. cité 10 juill 2017. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_pnrt_2016.pdf
19. Minisitère des Affaires Sociales et de la Santé. Programme National de Réduction du Tabagisme 2014-2019. 2014. cité 10 juill 2017. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
20. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Décret n°2016-1671 du 5 décembre 2016 portant création d'un fonds de lutte contre le tabac. Paris; 2016.
21. Ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé. Programme National Nutrition Santé 2011-2015. 2011. cité le 18 juill 2017. Disponible sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
22. Chauliac M. Programme national nutrition santé et maladies cardio-vasculaires. Adsp. 2004;28-30.
23. Ministère chargé de la santé. Manger Bouger . PNNS. cité 18 juill 2017. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/PNNS>
24. Haut Conseil de la Santé Publique. Pour une Politique nationale nutrition santé en France (PNNS) 2017-2021. 2017. cité 13 août 2017. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=632>
25. Ministère des sports. Plan Santé sport bien-être. 2013. cité 13 août 2017. Disponible sur: <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre/article/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre>
26. Agence Régionale Santé Bretagne. Plan Sport Santé Bien-Etre en Bretagne. 2013. cité 13 août 2017. Disponible sur: <https://bretagne-sport-sante.fr/>
27. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le plan national santé environnement (PNSE3) 2015-2019. 2015. cité 2 août 2017. Disponible sur: <http://solidarites-s>

sante.gouv.fr/sante-et-environnement/les-plans-d-action-nationaux/article/le-plan-national-sante-environnement-pnse3-2015-2019

28. Ministère de l'Ecologie du Développement Durable et de l'Energie, Ministère des Affaires sociales de la Santé et des Droits des Femmes. Plan National Santé Environnement (PNSE 3) 2015-2019. 2015. cité 2 août 2017. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE3_v_finale.pdf
29. Ministère du Travail. Plan de santé au travail 2016-2020 (PST3). 2016. cité 2 août 2017. Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/exe_pst_2016-2020_ok_v7_web.pdf
30. Inspection générale des affaires sociales. Articulation entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardiovasculaires. 2014. cité 12 juill 2017. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2013-127R_Articulation_sante_au_W_sante_pub_2.pdf
31. Direction générale de l'offre de soins. Pourquoi un « plan d'actions national AVC 2010-2014 » ? 2010. cité 10 juill 2017. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pourquoi_un_plan_AVC.pdf
32. Fédération Française de Cardiologie. Livre Blanc « Pour un plan coeur ». 2014. cité 22 août 2017. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/La-Federation-Francaise-de-Cardiologie/Presse/livre-blancpour-un-plan-coeur>
33. Fédération Française de Cardiologie. Etats Généraux vers un Plan Coeur. Présentation de la démarche. Paris; 2012. cité 23 août 2017. Disponible sur : <http://www.bdsp.ehesp.fr/content/uploads/Colloques/2012/01/7915/presentation-demarche-vers-un-plan-coeur.pdf>
34. Ministère des Solidarités et de la Santé. Système de santé, médico-social et social. cité 16 août 2017. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et->

medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social

35. Sagnes C. Organisation Générale du système de santé en France. Toulouse; 2010. cité 2 août 2017. Disponible sur: http://www.medecine.upstlse.fr/DCEM2/module1/module01/Organisation_CSR_sept2009.pdf
36. INVS. Le programme de surveillance des maladies cardio-neuro-vasculaires. cité 11 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>
37. Collège de la Médecine Générale. Collège de la Médecine Générale. cité 3 juill 2017. Disponible sur: <http://www.lecmg.fr/internet/index.php>
38. Société Française de Cardiologie. Société Française de Cardiologie. cité 3 juill 2017. Disponible sur: <https://www.sfcadio.fr/>
39. Assurance Maladie. Risque cardiovasculaire. cité 11 août 2017. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/risque-cardiovasculaire>
40. AMELI. Accompagnement des maladies chroniques : le service sophia. cité 31 août 2017. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/sophia>
41. Assurance Maladie. Le rôle du médecin dans la prévention du risque cardiovasculaire. cité 1 sept 2017. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/risque-cardiovasculaire/role-medecin-traitant>
42. Fédération Française de Cardiologie. Les associations de patients cardiaques. cité 23 août 2017. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/Les-maladies-cardio-vasculaires/Vivre-avec-la-maladie/les-associations-de-patients-cardiaques>
43. HAS. Evaluation et prise en charge du risque cardio-vasculaire. 2017. cité 1 août 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2754387/fr/evaluation-et-prise-

en-charge-du-risque-cardio-vasculaire

44. HAS. Fiche mémo Modifications du mode de vie dans la prise en charge du risque cardio-vasculaire. 2017. cité 1 août 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir4/fiche_memo_-_modifications_du_mode_de_vie.pdf
45. HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014. cité 1 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
46. HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. 2012. cité 1 août 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
47. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*. 2016; 37:2315-81.
48. Pavy B, Iliou MC, Vergès-Patois B, Brion R, Monpère C, Carré F, et al. French Society of Cardiology guidelines for cardiac rehabilitation in adults. *Archives of Cardiovascular Diseases*. 2012; 105:309-28.
49. De Haas P. Le médecin généraliste au cœur du parcours de soins. La coordination du parcours en soins primaires: l'exemple des maisons de santé. *Med des Mal Metab*. 2017;11(1):18-21. cité 5 août 2017. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1957255717300056>
50. HAS. Guide parcours de soins. Maladie coronarienne stable. 2014. cité 3 août 2017 . Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1761792/fr/guide-parcours-de-

soins-maladie-coronarienne-stable

51. HAS. Guide parcours de soins. Diabète de type 2 de l'adulte. 2014. cité 3 août 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1735060/fr/guide-parcours-de-soins-diabete-de-type-2-de-l-adulte
52. Académie nationale de Pharmacie. Rapport de l'Académie nationale de Pharmacie. «Observance des traitements médicamenteux en France». 2015. cité 1 sept 2017. Disponible sur : http://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_1_observance_medicamenteuse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf
53. Jaffiol C. Place du médecin généraliste, en France, dans le parcours de soins des maladies chroniques. *Int J Med Surg*. 2017;4:14-20.
54. Cothenet J, Kretz S, Lelong H, Blacher J. Observance et maladies cardiovasculaires. *La Lett du Cardiol*. 2017;502-503:20-39.
55. Pavy B, Barbet R, Carré F, Champion C, Iliou M-C, Jourdain P, et al. Education Therapeutique dans la maladie coronarienne : Position du Gers (Groupe Exercice, Readaptation Et Sport) et de la Commission d'éducation thérapeutique de la Societe Française de Cardiologie. 2013. cité 2 sept 2017. Disponible sur: http://www.sfcardio.fr/sites/default/files/pdf/ETP_maladiecoronaire-222.pdf
56. Baudet M, Daugareil C. Éducation thérapeutique en prévention primaire cardiovasculaire. Intérêts et limites. *Ann Cardiol Angeiol*. 2014;63(4):235-239.
57. Gabet A. Disparités régionales de la mortalité prématurée par maladie cardiovasculaire en France (2008-2010) et évolutions depuis 2000-2002. *BEH*. 2014;429-38. cité 2 oct 2017. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/26/2014_26_1.html
58. Conseil national de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale 2017. 2017. cité 26 déc 2017. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2365>

59. Coblenz-Baumann L., Mansouri L. Connaissances et perception de la notion de facteur de risque cardiovasculaire chez les patients en médecine générale. *Exercer*. 2013;24(107):124-5.
60. Jourdain Menninger D., Lecoq G., Guedj J., Boutet P., Danel JB, Mathieu G. Evaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010. 2010. cité 1 août 2017. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article99>
61. Académie Nationale de Médecine. Rapport du Groupe de travail « Culture de prévention en santé ». La Culture de prévention en santé : des questions fondamentales. 2013. cité 23 août 2017. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/11/DreuxRapport-Culture-de-pr%C3%A9vention-en-sant%C3%A9.pdf>
62. Lombrail P. Pour une stratégie nationale de santé qui ne se limite pas à l'optimisation des parcours de soins individuels. *Santé publique*. 2013;25(4):385-8.
63. Girerd X. La prévention des maladies cardio-vasculaires. *Adsp*. 2004;20-2.
64. Ferrières J, Durack-Bown I, Giral P, Chadarevian R, Benkrtly A, Bruckert E. Éducation thérapeutique et patient à haut risque: Une nouvelle approche en cardiologie. *Ann Cardiol Angeiol*. 2006;55(1):27-31.
65. Clavier C. Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux. *Sci Soc Sante*. 2009;27:47-74.
66. Baudet M, Daugareil C. Intérêt de l'éducation thérapeutique en prévention primaire cardiovasculaire. In: Colloque international sur la recherche en Éducation Thérapeutique du Patient. Paris; 2015. cité 1 sept 2017. Disponible sur: <http://www.iresp.net/files/2015/02/Baudet-Daugareil-ETP-IRESP-2015.pdf>
67. Fédération Française de Cardiologie. Communiqué de presse. 2017. cité 23 août 2017. Disponible sur: https://www.fedecardio.org/sites/default/files/image_article/FFC-

68. Collège de la Médecine Générale. Référentiel - Évaluer le risque cardiovasculaire en médecine générale en prévention primaire: un outil d'aide à la décision informée et partagée avec le patient. Neuilly-sur-Seine; 2017.
69. Collège de la Médecine Générale. Auto-questionnaire pour l'évaluation de votre risque de maladie cardiovasculaire . Neuilly-sur-Seine; 2017.
70. Smart Santé. CardioSens. cité 10 janv 2018. Disponible sur: <https://www.cardiosens.com/vitrine/>
71. AP-HP. Santé connectée : Lancement de la première grande étude française sur les risques cardiovasculaires. 2017. cité 10 janv 2018. Disponible sur: <https://www.aphp.fr/contenu/sante-connectee-lancement-de-la-premiere-grande-etude-francaise-sur-les-risques>
72. Université Paris-Diderot. Enseignement pluridisciplinaire pratique de santé connectée. cité 9 janv 2018. Disponible sur: https://www.medecine.univ-paris-diderot.fr/media/fichiers/Programme_2017_2018.pdf
73. Ministère des Solidarités et de la Santé. La stratégie nationale de santé 2018-2022. cité 28 déc 2017. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

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 Annexe 1

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. Questionnaire national issu de la traduction du Projet SPICES.

Fardeau des maladies cardiovasculaires (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. Quelles 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 patient 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? Quel est le taux actuel de patients observants ? 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?

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 les 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.

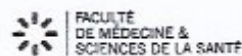
Serment prononcé par le Docteur NOUGUÈS Pauline,

Le 24 Mai 2018

Pour l'ordre national des médecins

Le médecin

Autorisation d'imprimer



FACULTÉ
DE MÉDECINE &
SCIENCES DE LA SANTÉ

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

INTERNE

Madame NOUGUÈS Pauline
Née le 29/04/1985 à Jonzac (Charente-Maritime)

Inscrit en DES de Médecine Générale

Titre définitif de la thèse soutenue :

Prévention primaire des Maladies Cardiovasculaires:
état des lieux en France à partir du questionnaire du Projet SPICES.

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

OUI : ☒

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

Bowling Green (USA), le 09/04/2018

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

Pr C. BERTHOU

Le président du jury de thèse

Pr Jean-Yves Le Reste

NOUGUÈS (Pauline) – Prévention primaire des Maladies Cardiovasculaires : état des lieux en France à partir du questionnaire du Projet SPICES.

Th. : Méd. : Brest 2018

RESUME

Introduction : Les Maladies Cardiovasculaires (MCV) sont la première cause de mortalité mondiale. La prévention des facteurs de risque modifiables des MCV est efficace.

Le projet international SPICES propose d'implémenter des interventions novatrices concernant la prévention des MCV en Europe et Afrique Sub-Saharienne. La première étape du projet était de faire l'état des lieux de mesures de prévention des MCV existant dans chaque pays participant. L'objectif de ce travail était de réaliser cet état des lieux en France.

Méthodologie : L'Université de Makerere (Ouganda) a proposé un guide en anglais pour effectuer l'état des lieux. Ce guide a été traduit et adapté au contexte français. La récolte des données a été faite indépendamment par deux chercheurs via une revue narrative de la littérature, complétée par l'obtention de données auprès de parties prenantes concernées. Ces données ont été assemblées en une version définitive permettant de proposer une réponse aux items du guide.

Résultats : En France, la mortalité liée aux MCV était de 28%. Différents plans et programmes de santé ont été proposés (Plan national nutrition santé, Plan de Réduction du tabagisme, etc.). De nombreux intervenants et professionnels de santé étaient impliqués. Le médecin généraliste était le pivot de la prise en charge dans le cadre de la prévention des MCV. L'observance médicamenteuse était difficile à évaluer, mais était estimée à 50%. L'éducation thérapeutique apparaissait comme un point central de la prévention des MCV.

Conclusion : De nombreuses mesures concernant la prévention des MCV en France ont été retrouvées. Des limites dans le système de soins actuel ont été relevées. La limite principale semblait être l'absence d'une politique nationale structurée et cohérente en matière de santé cardiovasculaire avec une absence de coordination entre les différents intervenants. Les propositions d'amélioration reposaient sur le développement des équipes pluridisciplinaires ainsi que de l'éducation thérapeutique.

MOTS CLES :

MALADIES CARDIOVASCULAIRES
PREVENTION CARDIOVASCULAIRE
POLITIQUE DE PREVENTION EN FRANCE

JURY :

Président : Pr LE RESTE

Membres : Dr DANY

Dr SALIOU

Dr ODORICO

DATE DE SOUTENANCE : 24 Mai 2018

ADRESSE DE L'AUTEUR :