HAL
open science

Recherche des barrières de la mise en oeuvre de la prévention cardio vasculaire primaire du point de vue des médecins dans le pays Centre Ouest Bretagne

Geoffrey Le Bris

To cite this version:

Geoffrey Le Bris. Recherche des barrières de la mise en oeuvre de la prévention cardio vasculaire primaire du point de vue des médecins dans le pays Centre Ouest Bretagne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02099866

HAL Id: dumas-02099866

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02099866v1

Submitted on 15 Apr 2019

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

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

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

FACULTÉ
DE MÉDECINE &
SCIENCES DE LA SANTÉ

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2019

Thèse présentée par :

Monsieur LE BRIS Geoffrey
Né le 11 mars 1991 à Mulhouse

Thèse soutenue publiquement le 11 avril 2019

Titre de la thèse :

Recherche des barrières de la mise en œuvre de la prévention cardio vasculaire primaire du point de vue des médecins dans le pays Centre Ouest Bretagne

Président : Mr le Professeur LE RESTE Jean-Yves

Membres du jury : Mr le Professeur LE FLOCH Bernard
Mr le Professeur CHIRON Benoit
Mme le Docteur LE GOFF Delphine

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

Doyens honoraires

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

Doyen

BERTHOU Christian

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel	Réanimation
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

LEFEVRE Christian	Anatomie
OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian	Hématologie
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
SARAUX Alain	Rhumatologie
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1ère Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive

BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie *(jusqu'en décembre 2018)*
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie infantile
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LACUT Karine	Thérapeutique
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SIZUN Jacques	Pédiatrie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2ème Classe

ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie *(à compter du 1er décembre 2018)*
CORNEC Divi	Rhumatologie
COUTURAUD Francis	Pneumologie
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan	Réanimation
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LIPPERT Éric	Hématologie
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie

SEIZEUR Romuald	Anatomie
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard
LE RESTE Jean-Yves

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

BARRAINE Pierre
CHIRON Benoît

Professeur des Universités

BORDRON Anne	Biologie cellulaire

Professeur des Universités Associé (à mi-temps)

METGES Jean-Philippe	Cancérologie

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 1ère Classe

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LE VEN Florent	Cardiologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MIALON Philippe	Physiologie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2ème Classe

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
BRENAUT Emilie	Dermato-vénéréologie

CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
GUILLOU Morgane	Addictologie
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SCHICK Ulrike	Cancérologie

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

NABBE Patrice

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

BARAIS Marie
BEURTON COURAUD Lucas
DERRIENNIC Jérémy

Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
BOUSSE Alexandre	Génie informatique, automatique et traitement du signal
DANY Antoine	Epidémiologie et santé publique
DERBEZ Benjamin	Sociologie démographie
LE CORNEC Anne-Hélène	Psychologie
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

Attaché temporaire d'enseignement et de recherche

GUELLEC-LAHAYE Julie Marie Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire

Professeurs certifiés / agrégés du second degré

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

Professeurs agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

NGUYEN BA Vinh	Anesthésie-réanimation
ROUSSET Jean	Radiologie et imagerie médicale
DULOU Renaud	Neurochirurgie

REMERCIEMENTS

- Au Professeur LE RESTE Jean-Yves, pour avoir accepté la présidence de mon jury de thèse ;

- Au Professeur CHIRON Benoit et au Professeur LE FLOCH Bernard d'avoir accepté de faire partie de mon jury ;

- Au Docteur LE GOFF Delphine, ma directrice de thèse, pour ses conseils, sa disponibilité et son soutien tout au long de ce travail ;

- A ma collègue du projet SPICES, Amélie, qui partage ma soutenance de thèse. L'expression « se serrer les coudes » n'a jamais eu autant de sens ;

- A tous mes maitres de stage, pour m'avoir transmis leurs compétences et leur passion de la médecine ;

- A mes amis d'enfance, Maxr, Maxk, Matthieu et Julien (TPG), pour leur amitié pure et éternelle ;

- A mes amis d'étude, pour tous ces moments partagés, parfois studieux souvent festifs, qui ont presque fait passer mes études pour un « long fleuve tranquille ». La TLM sera toujours là ;

- A toute ma famille, pour la force qu'elle m'a donnée ;

- A mes grands parents, pour leur constante bienveillance et leur enseignement. A mamie Jeannette qui aurait dû être là, « j'espère te rendre fière » ;

- A mon frère, Arthur, pour notre incroyable complicité et nos bagarres ;

- A mes parents, qui m'ont tout donné, qui m'ont inculqué le goût du travail et le plaisir d'être en famille et pour leur dévouement infaillible ;

- A ma petite femme, Alexandra, qui m'a tant porté et surtout supporté sur ce long chemin universitaire ;

- A mon fils, Côme, qui remplit mon quotidien de bonheur ;

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **6**

RÉSUMÉ **9**

ABSTRACT **10**

LISTE DES ABRÉVIATIONS **11**

INTRODUCTION **12**

MATÉRIEL ET MÉTHODE **16**

RÉSULTATS **19**

A-Métier du MG (compétences) **23**

B-Autres professionnels de santé **26**

C-Patients **27**

D-Mise en place d'un plan de prévention (stratégie et pratique médicale) **30**

E-Organisation du système de soins de santé **33**

DISCUSSION **36**

A-Résultats principaux **36**

B-Apports de l'étude au regard de la littérature **36**

C-Forces et faiblesses **36**

1-Forces de l'étude 36

2-Limites de l'étude 37

3-Les perspectives 43

CONCLUSION **45**

BIBLIOGRAPHIE **46**

ANNEXES **50**

Annexe 1 : SPICES Project : Situational Analysis Work Package **50**

Annexe 2 : Guides d'entretiens **56**

Annexe 3 : Livre de codage des verbatims **62**

SERMENT D'HIPPOCRATE **119**

RÉSUMÉ

Mots clés : freins/barrières, prévention cardiovasculaire, maladies cardiovasculaires, projet SPICES

Introduction : Les maladies cardio vasculaires (MCV) étaient la première cause de mortalité dans le monde en 2015. Le projet SPICES est une étude d'implémentation qui vise la mise en place d'interventions de prévention des MCV (PMCV) non médicamenteuses, centrées sur une communauté vulnérable, pour la France dans le pays Centre Ouest Bretagne (COB). L'objectif de ce travail était de définir les freins à la mise en place de la PMCV du point de vue des médecins.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi dirigés menés chez treize médecins généralistes (MG). Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données. Une analyse thématique avec double codage en aveugle a été menée.

Résultats : Cinq dimensions freinaient la mise en place de la PMCV. Les freins liés au métier du MG et à ses compétences montraient un manque d'organisation et de formation du MG. Un plan de prévention adapté et efficace était difficile à mettre en place. Un manque de coordination existait avec les autres professionnels de santé. Les patients ne percevaient pas le risque CV et se désintéressaient de la prévention. L'organisation du système de soins français n'était pas tournée vers la prévention primaire mais vers les soins curatifs.

Conclusion : Cette étude a précisé les freins à la mise en place de la PMCV et a montré que les barrières intéressent tous les acteurs du système de soins. Une étude miroir a décrit les facilitateurs. D'autres études qualitatives ont été menées auprès d'autres acteurs locaux pour compléter la cartographie des freins et facilitateurs. L'ensemble de ces données sera colligé pour adapter les interventions de SPICES aux spécificités du Pays COB.

ABSTRACT

Key words: brakes / barriers, cardiovascular prevention, cardiovascular diseases, SPICES project

Introduction: Cardiovascular disease (CVD) was the leading cause of death in the world in 2015. The SPICES project is an implementation study that aims at implementing non-drug CVD prevention (CVDP) interventions, centered on a vulnerable community, for France in Central West Brittany (COB). The purpose of this work was to define the barriers to the establishment of CVDP from the point of view of practitioners.

Method: A qualitative study was conducted based on semi-directed individual interviews conducted with thirteen general practitioners (GP). The interviews were continued until saturation of the data. A thematic analysis with double blind coding was conducted.

Results: Five dimensions hindered the implementation of the CVDP. The brakes related to the profession of GP and their skills showed a lack of organization and training of GP. An adapted and effective prevention plan was difficult to implement. A lack of coordination existed with other health professionals. Patients did not perceive the CV risk and were not interested in prevention. The organization of the French health care system was not focused on primary prevention but on curative care.

Conclusion: This study has clarified the barriers to the establishment of the CVDP and showed that the barriers are of interest to all actors in the healthcare system. A mirror study described the facilitators. Other qualitative studies have been conducted with other local actors to complete the mapping of brakes and facilitators. All these data will be collected to adapt the SPICES interventions to the specificities of the COB Country.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

MCV : Maladie Cardio Vasculaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

FDRCV : Facteur De Risque Cardio Vasculaire

HTA : Hypertension Artérielle

PVD : Pays en Voie de Développement

SPICES: Scaling-up Packages of Intervention for Cardiovascular disease prevention in selected sites in Europe and Sub Saharan Africa

CV : Cardio Vasculaire

COB : Centre Ouest Bretagne

MG : Médecin Généraliste

PMCV : Prévention des Maladies Cardio Vasculaires

MSU : Maitre de Stage Universitaire

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

CDG : Cabinet De Groupe

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

RHD : Règles Hygiéno Diététiques

MDV : Mode De Vie

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les maladies cardio vasculaires (MCV) comme un ensemble de troubles affectant le système cardio circulatoire : les cardiopathies coronariennes, les maladies cérébro-vasculaires, les artériopathies périphériques, les cardiopathies rhumatismales, les malformations cardiaques congénitales, les maladies thrombo emboliques veineuses (1).

Les MCV ou neuro vasculaires étaient la première cause de mortalité dans le monde selon l'OMS (1). En effet, en 2015, l'OMS estimait à 17,7 millions le nombre de décès secondaires aux MCV, correspondant à 31% de la mortalité mondiale. Le nombre de décès par accident vasculaire cérébral et cardiopathie ischémique s'élevait à 14,1 millions (1). En France, les MCV représentaient 25,1% des décès (140 000 morts par an) soit la première cause de décès chez les femmes et la deuxième chez les hommes (2). Elles étaient aussi en France l'une des principales causes de morbidité avec 3,5 millions de personnes traitées en 2012, et plus de 11 millions pour risque vasculaire ou diabète (3). Un certain nombre de déterminants sous-jacents des MCV proviennent de l'évolution sociale, économique et culturelle des populations comme la mondialisation, l'urbanisation et le vieillissement. D'autres déterminants sont la pauvreté, le stress et les facteurs héréditaires (1).

Les MCV sont la conséquence de la présence et de l'association de facteurs de risques cardio vasculaires (FDRCV). Certains sont intrinsèques à l'individu et non modifiables : l'âge, le sexe et les antécédents familiaux. D'autres peuvent être modifiés par une intervention : hypertension artérielle (HTA), tabagisme, consommation d'alcool, diabète, hypercholestérolémie, sédentarité, surpoids et obésité ou facteurs psychosociaux (4)(1).

80% des décès prématurés par MCV auraient pu être évités en luttant contre les FDRCV (5). Des interventions de prévention primaire à l'échelle nationale et individuelle (3) sont possibles.

Les mesures de prévention des MCV ont démontré leur efficacité (6). La mortalité et la morbidité par MCV en France diminuent depuis quatre décennies (3). Cependant, la prévention laissait souvent pour compte une grande partie des gens qui devait en bénéficier.

L'optimisation des dépenses pour les soins de santé devient un enjeu prioritaire pour les pays développés. Les dépenses de santé pour la prise en charge des MCV représentaient 24,7 milliard d'euros, soit 19% des dépenses de l'assurance maladie en 2015 en France.

Dans les pays en voie de développement (PVD), pays à revenu faible ou intermédiaire, la mondialisation et l'urbanisation croissante ont entraîné une croissance des maladies non transmissibles et particulièrement des MCV. Plus des trois quarts des décès par MCV dans le monde sont survenus dans les PVD (1). En 2030, les MCV seront la première cause de mortalité dans le monde, et entraîneront un nombre de décès supérieur à la somme des maladies infectieuses, nutritionnelles, maternelles et périnatales (7)(8). Les lacunes dans le système de soins et les programmes de soins primaires des PVD ne permettent pas aux habitants de bénéficier d'un dépistage et d'une prise en charge précoce des MCV. Cette situation a été à l'origine d'une augmentation de la mortalité et des dépenses de santé ayant des conséquences négatives sur l'économie des PVD(1)(8).

La prévention des MCV dans les PVD a été au cœur du plan d'action mondiale de l'OMS de lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 (1). L'OMS y avait recensé des interventions au rapport coût/efficacité très favorable à l'échelle de la population et à l'échelle individuelle comme

la lutte contre la consommation tabagique ou le développement de l'activité physique (1). Le modèle de soins des pays développés (approche individuelle du patient, centrée sur l'hôpital et le spécialiste) n'était pas applicable aux PVD du fait de la limitation des ressources. Des programmes de prévention des maladies chroniques inspirés de la prise en charge du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne ont été créés. L'ICCC Framework (Innovative Care for Chronic Conditions) s'est ensuite basé sur ce modèle pour développer d'autres programmes de prévention. Ils mobilisaient les communautés des PVD avant d'utiliser leurs soignants. Ils se concentraient sur leurs besoins et sur leurs forces (9). L'étude SPICES (Scaling-up Packages of Intervention for Cardiovascular disease prevention in selected sites in Europe and Sub Saharan Africa) suit ce nouveau modèle.

Le projet SPICES est une étude d'implémentation internationale, financée par l'Union Européenne dans le cadre de l'action de recherche et d'innovation Horizon 2020. Elle intègre en consortium six équipes de recherche dans cinq pays européens (trois pays développés et deux PVD) : France - Université de Brest, Royaume Uni – Universités de Manchester et Nottingham Trent, Belgique – Université d'Anvers, Ouganda – Université de Makerere, Afrique du Sud – Université de Limpopo. L'objectif de l'étude était de mettre en place des interventions de prévention des MCV novatrices au rapport coût/bénéfice favorable centrées sur une communauté selon le modèle de l'ICCC Framework (9). Le projet SPICES ciblait des communautés vulnérables c'est à dire pour lesquelles l'accès aux soins était limité ou difficile (faible démographie médicale, couverture sociale insuffisante, faible revenu), à forte prévalence de MCV et difficilement atteintes par les messages de prévention (10).

En France, le projet sera réalisé dans le pays Centre Ouest Bretagne (COB) qui répond aux critères de vulnérabilité défini par le consortium. Ce territoire a été le premier à s'impliquer dans la santé de ses citoyens par la création d'un contrat local de santé (11). Le pays COB se trouve sur trois

départements bretons : le Finistère, le Morbihan et les Côtes d'Armor. La mortalité par MCV y était supérieure et l'espérance de vie inférieure à la moyenne française en 2013 (12). La démographie médicale était de 8,6 médecins généralistes (MG) pour 10 000 habitants contre 10,4 pour la moyenne nationale (13). Sur le plan social, les revenus des habitants étaient peu élevés malgré un taux de chômage légèrement inférieur à la moyenne française (12).

La première étape du projet SPICES était une phase d'observation afin de faire l'état des lieux de la prévention dans le pays COB pour cibler les interventions les plus adaptées et mettre en évidence les facilitateurs et les barrières à la mise en place de la prévention primaire des MCV. Des entretiens avec différents professionnels de santé, des élus locaux, des patients et leurs entourages ont été réalisés.

L'objectif de cette étude était la recherche des freins à la mise en place de la prévention primaire des MCV du point de vue du MG dans le pays COB.

La question des facilitateurs a été abordée dans une étude miroir par une deuxième interne de médecine générale.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cette étude était une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés avec analyse thématique utilisant les outils de la théorisation ancrée (14)(15).

Le guide d'entretien a été élaboré à partir d'un questionnaire en anglais, concernant l'ensemble des populations des cinq pays du projet, fournie par l'Université de Makerere (Ouganda) (Annexe 1). Le guide a été adapté pour correspondre aux MG du pays COB. Une première version a été obtenue après discussions et modifications lors d'un groupe de thèse réunissant deux médecins et plusieurs internes de médecine générale impliqués dans le projet SPICES. Il comportait alors huit questions principales évoquant : la prévention des maladies cardio vasculaires (PMCV) en général, la promotion de la santé en lien avec la MCV dans le pays COB, les acteurs de la PMCV, les moyens de réalisation de la prévention, les représentations des patients et des professionnels de santé, les forces et les freins de la mise en place de la PMCV, les solutions potentielles et une question ouverte complémentaire. Des relances étaient travaillées pour les proposer aux MG en l'absence d'idée spontanée.

L'analyse et le recueil des données étaient simultanés, permettant l'adaptation du guide d'entretien. Ces modifications ont été discutées et validées lors de groupes de thèse (Annexe 2).

Un échantillonnage raisonné a été réalisé parmi les médecins du pays COB selon les critères suivants : l'âge, le nombre d'années d'exercice de la médecine, le genre, le type d'exercice (en maison de santé pluridisciplinaire (MSP), en pôle de santé (PDS), en cabinet de groupe (CDG) ou un exercice isolé, rural ou semi rural, et le fait d'être ou non maitre de stage universitaire (MSU)).

Une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) a été définie comme une structure pluri professionnelle dotée de la personnalité morale et constituée entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les professionnels de santé exerçant en son sein (essentiellement des professionnels libéraux) doivent élaborer un projet de santé attestant de leur

exercice coordonné (16).

Un pôle de santé a été défini comme un regroupement de professionnels de santé unis par les mêmes règles et objectifs de fonctionnement que ceux d'une MSP, mais avec un exercice dans et (ou) hors les murs. Un pôle de santé n'implique pas le regroupement dans un seul lieu des professionnels qui y sont attachés. Il peut comprendre plusieurs sites : une ou plusieurs maisons de santé, des cabinets individuels, des cabinets secondaires… En pratique, une MSP peut s'intégrer dans un pôle de santé (17).

Un cabinet de groupe a été défini comme mono-professionnel, c'est à dire regroupant uniquement des médecins. L'exercice n'y est pas coordonné comme en MSP (18).

Un médecin isolé est un médecin exerçant seul une activité libérale dans une structure définie.

Le recrutement des médecins généralistes a débuté via une liste des coordonnées des MG MSU à la faculté de Brest et d'une liste des MG non MSU tirée de l'annuaire des pages jaunes. Les médecins étaient contactés par mail et/ou par téléphone afin de recueillir leur accord et de convenir d'un rendez vous d'entretien.

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés en face à face entre un interne du projet de recherche et les MG. Les entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin ou au domicile du médecin ou au département de médecine générale (DUMG) de la faculté de Brest. Un consentement écrit était signé avant l'entretien. Les entretiens étaient enregistrés avec l'accord du médecin. Les participants n'étaient pas connus de l'interne avant l'étude. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à l'obtention de la saturation théorique des données correspondant à l'absence de nouveaux éléments à l'analyse des données (14).

La retranscription des entretiens pour obtenir les verbatims a été réalisée en intégralité par les deux internes participants en miroir, proposée à la relecture pour validation aux médecins interviewés, puis anonymisée sur le logiciel WORD.

L'analyse des données des entretiens était réalisée en utilisant des outils issus de la théorisation ancrée(15). La perspective de recherche était phénoménologique. Des codes ouverts ont été créés de façon inductive à partir des verbatims puis les codes ouverts ont été réunis en codes axiaux, eux mêmes réunis en sous thèmes puis en thèmes. Les verbatims et codes ont été regroupés dans le livre de codage, sous forme de tableur Excel®. A chaque entretien, le livre de codage était enrichi et remanié. Un codage en double aveugle a été effectué : chacun des deux internes codait tous les entretiens indépendamment puis leurs codes étaient mis en commun à chaque étape du processus. La validité interne a été assurée par cette triangulation des données.

La présentation des résultats a été résumée sous la forme d'un tableau et de cartes heuristiques. Une carte heuristique a intégré les résultats des freins de cette étude (Figure 1). Une autre carte, extraite de l'étude miroir, a intégré les facilitateurs de la mise en place de la PMCV (Figure 2).

RÉSULTATS

Treize MG âgés de 32 à 62 ans ont participé à l'étude. Onze entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin, un au domicile du médecin et un au DUMG de Brest. Dix MG étaient MSU et trois non MSU. Sept exerçaient en territoire semi rural et six en rural. Deux MG avaient un exercice isolé de la médecine et onze travaillaient en groupe (en maison médicale, en maison de santé pluridisciplinaire ou en pôle de santé). Leur nombre d'années d'exercice de la médecine variait entre sept et trente cinq ans. Sept hommes et six femmes ont été interrogés. Les caractéristiques de l'échantillon sont résumées dans le tableau 1 démontrant son exhaustivité.

Les entretiens ont débuté le 02/10/2017 et se sont terminés le 06/12/2018.

Ils ont duré entre 46 et 85 minutes avec une durée moyenne de 61 minutes.

L'intégralité des entretiens est disponible sur le lien suivant :

https://drive.google.com/drive/folders/10H6mYXwOtCZ95m8NtknSA9LWKqADnVqO?usp=sharing

Le guide d'entretien a été modifié à deux reprises (trois versions successives). Le premier guide a été utilisé de l'entretien 1 à 5, le deuxième de l'entretien 6 à 8 et le troisième et dernier de l'entretien 9 à 13 (Annexe 2).

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon raisonné

	Age	Année d'exercice	Genre	Type d'exercice	Structure d'exercice	MSU
1- 02/10/17	34	7	M	RURAL	PDS	OUI
2- 04/10/17	34	8	M	RURAL	PDS	OUI
3- 05/10/17	32	4	F	SEMI RURAL	CDG	OUI
4- 05/10/17	34	7	F	SEMI RURAL	PDS	OUI
5- 13/10/17	50	17	F	RURAL	ISOLE	OUI
6- 22/11/17	60	35	M	SEMI RURAL	CDG	NON
7- 28/11/17	35	6	F	SEMI RURAL	MSP	OUI
8- 22/03/18	62	33	M	RURAL	ISOLE	NON
9- 17/10/18	32	2	F	RURAL	CDG	OUI
10- 06/11/18	32	3	M	SEMI RURAL	MSP	OUI
11- 07/11/18	50	22	M	RURAL	CDG	NON
12- 02/12/18	61	36	F	SEMI RURAL	MSP	OUI
13- 06/12/18	38	9	M	SEMI RURAL	MSP	OUI

La saturation théorique des données est apparue au douzième entretien. Un 13ème entretien a été effectué pour valider cette saturation.

L'analyse thématique a abouti à la création de 165 codes ouverts, 49 codes axiaux et 5 thèmes principaux : le métier du MG (compétences), les autres professionnels de santé, les patients, les freins de la mise en place d'un plan de prévention (stratégie et pratique médicale) et l'organisation du système de soins de santé. Le livre de codage est présenté en annexe 3.

La synthèse de l'analyse thématique des verbatims est exposée dans une carte heuristique (Figure 1).

Figure 1 : Freins de la mise en oeuvre de la prévention CV par les MG dans le pays COB

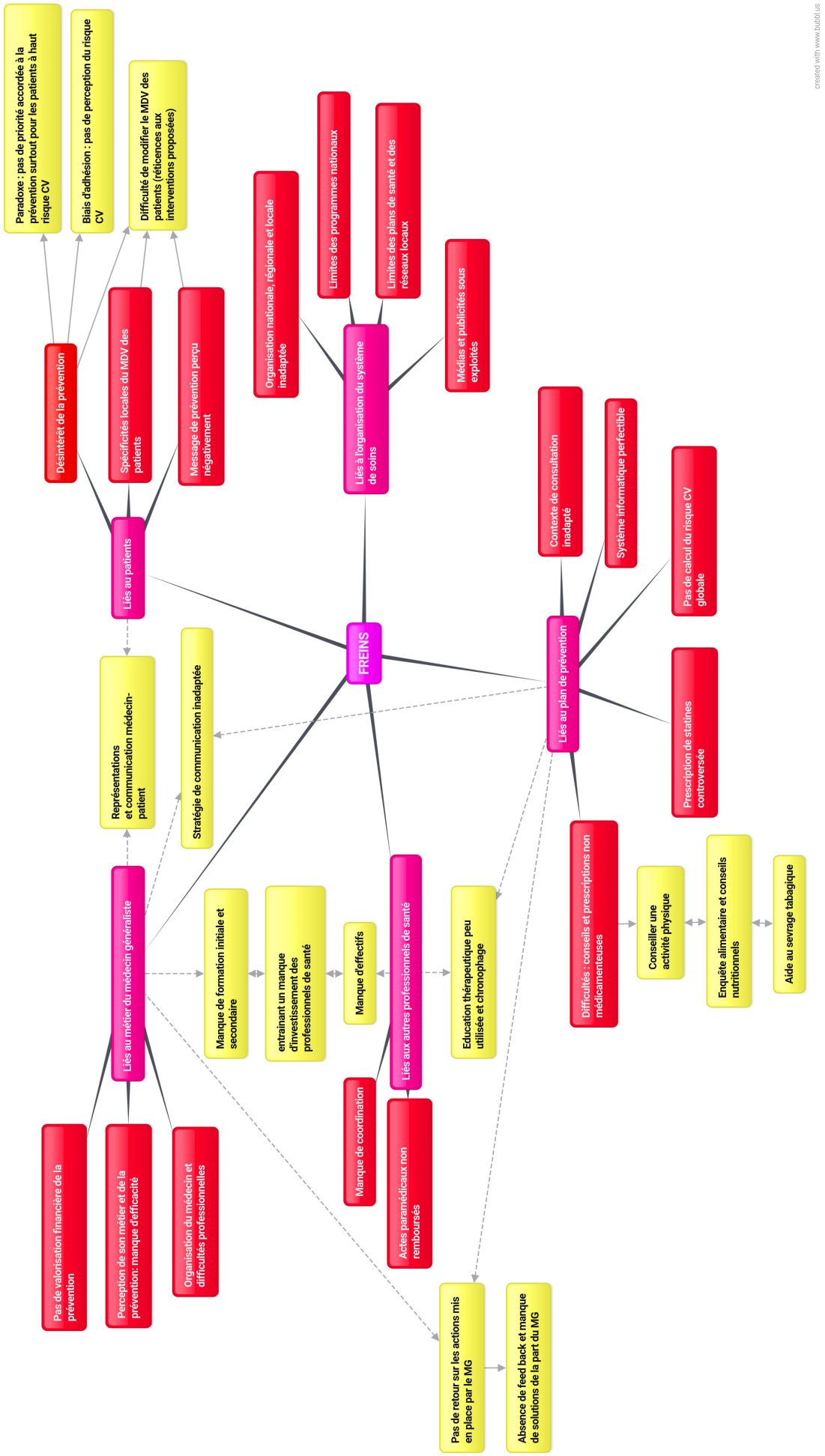
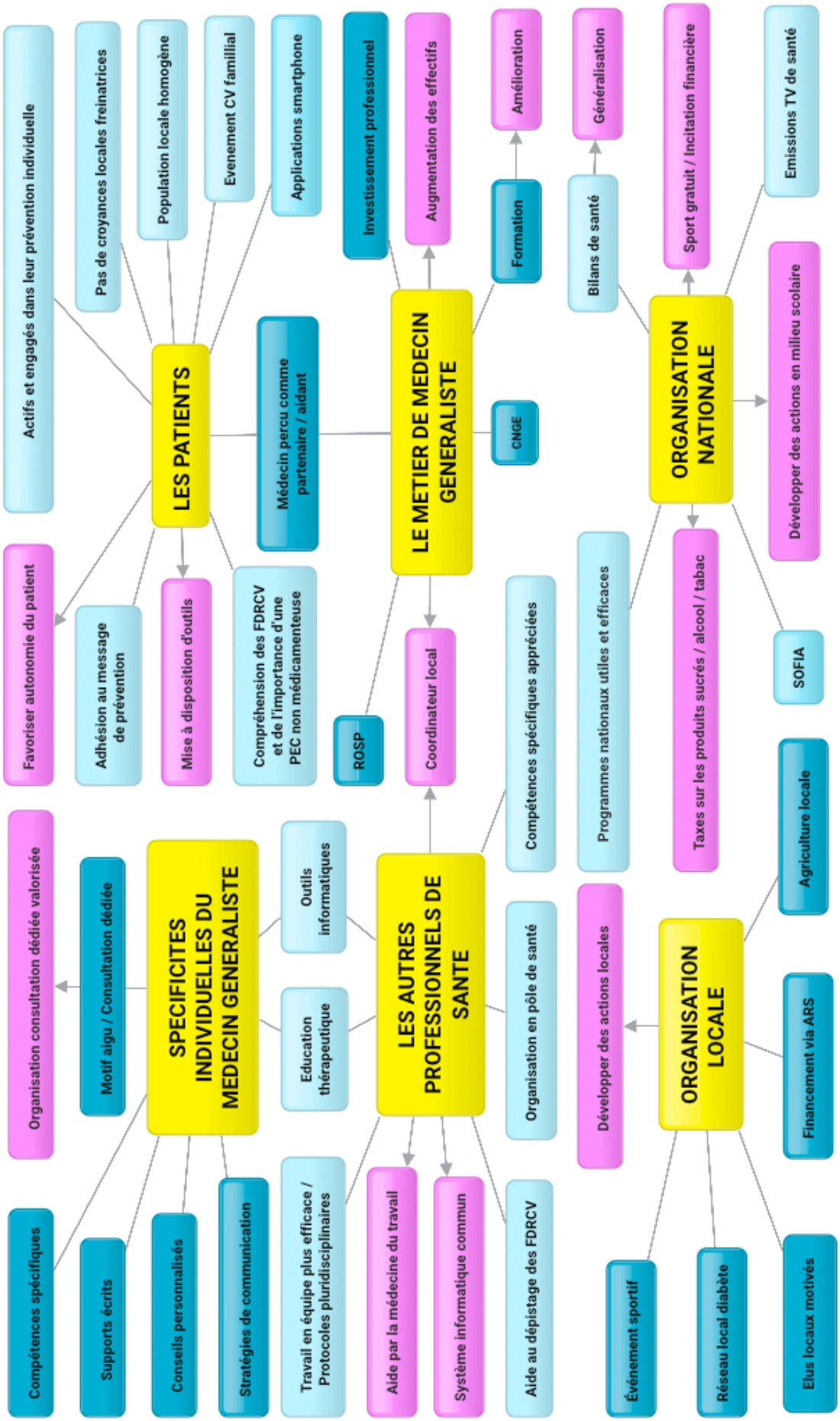


Figure 2 : Facilitateurs de la mise en place de la prévention CV par les MG dans le pays COB



A-Métier du MG (compétences)

Le manque d'efficacité a été le premier frein mis en évidence. Le MG rapportait un manque d'efficacité de la prévention qu'il réalise en consultation : *« après notre discours fonctionne parfois. Quand ca marche, c'est super mais c'est quand même pas souvent (E7, L446) »*, « *leur efficacité est inégale en fonction des patients (E1, L32) ».*

Les représentations par les MG de leurs patients étaient limitantes. Les MG imaginaient des patients malades ou avec de nombreux FDRCV, ils avaient du mal à imaginer des patients « sains » en prévention primaire : « *qui doit être informé par la prévention cardiovasculaire primaire ? M : Les hypertendus, les diabétiques, les obèses, les fumeurs essentiellement. J'oublie un peu volontairement les dyslipidémiques (E11, L86) ».*

Les MG se plaignaient d'**un manque de formation pour la prévention CV**. Ils manquaient de temps : « *Y a plein de thèmes qui me séduisent, mais on ne peut pas tout faire non plus quoi... (E5, L746) ».* Ils manquaient de formation sur les méthodes pour aider les patients à réduire les FDRCV, sur la diététique et sur l'éducation thérapeutique : « *c'est quelque chose au final auquel on a pas été très bien formé. On a été bien formé sur la liste des facteurs cardiovasculaires, mais qu'est ce qu'il faut faire pour aider les gens à changer leurs habitudes, on a quasiment pas été formé (E9, L13) »* ou *: « Oui, moi je n'ai eu aucun enseignement (E5, L635) ».* Ils avaient aussi des lacunes concernant la pratique des entretiens motivationnels et de l'hypnose *: « on a été très peu formé à tout ce qui est entretien motivationnel, etc. (E9, L23) ».* Ce manque de formation se traduisait par une utilisation de vocabulaire erronée, les médecins parlant de prévention secondaire pour des situations relevant de la prévention tertiaire : *« Plutôt quand il y a eu un souci, quand on est déjà en secondaire (E7, L231) ».*

La culture médicale et la formation initiale des MG n'étaient pas centrées sur la prévention. La formation des internes de MG pour la prévention était très pauvre et faite dans une structure

inadaptée, l'hôpital : « *le fait que les médecins généralistes soient formés à l'hôpital, c'est pas l'idéal pour apprendre à le faire (E4, L775) ».* Cette situation était à l'origine d'un manque d'investissements des MG : *« nous médecins on aime faire de beaux diagnostics et faire dans le thérapeutique, soigner des gens avec de vraies maladies, à tort sans doute. On a peut être pas cette culture chevillée au corps (E1, L506) ».*

Les MG ont pointé aussi les limites de **l'utilisation des recommandations de pratiques cliniques**. Il n'existait pas de recommandation claire de médecine générale sur la prévention CV : « *on n'a pas forcément de recommandations de médecine générale (E4, L487) ».* Les recommandations étaient discordantes poussant parfois les médecins à ne pas appliquer les recommandations : « *souvent on a une discordance (E1, L409) ».*

Une des limites professionnelle du MG était **l'organisation du MG** pour faire de la prévention : « *je rencontre des difficultés sur mon territoire qui est très concerné par cette problématique (E2, L50) ».* La prévention était plus dure à pratiquer que des soins curatifs de pathologies aigues : « *qui font que de la patho aigue, c'est beaucoup plus facile que ce que je fais (E4, L635) »* et représentait une charge de travail importante : « *C'est un travail où il faut répéter, répéter et re répéter et ça ne porte pas forcément ses fruits (E7, L56) ».* Le sentiment de solitude par rapport à la prévention était prédominant chez les MG : *« j'ai un peu l'impression qu'on est les seuls à le dire quoi (E11, L656) ».* Les MG étaient les seuls interlocuteurs à parler de PMCV en soins primaires: « *Oui en tant que structure de soins primaire, je pense qu'on a une place prépondérante dans la prévention, parce que justement, si on était pas là, il n'y aurait pas grand monde pour la faire (E10, L291) ».*

Le manque d'effectifs des MG était un problème repris par l'ensemble des interviewés et qui va s'accentuer dans les prochaines années : « *dans le territoire ça va être de pire en pire dans les années à venir (E2, L542) ».*

L'absence de valorisation financière était un frein à la bonne pratique de la prévention par les MG. En effet, le paiement à l'acte n'était pas adapté à cette pratique : « *le paiement à l'acte c'est pas judicieux pour ça, ça incite pas les médecins à prendre leur temps justement pour parler de ces choses là (E4, L657) ».* La prévention n'était donc pas rentable financièrement pour les MG : « *Parce que ce temps là n'est pas rémunéré. C'est un vrai problème (E12, L529) ».*

Enfin, **le manque de solutions des MG** était révélateur de la situation. Ils étaient en difficulté pour comprendre les origines de l'échec de la prévention et pour trouver des solutions : *« qu'est ce qui fait que ça échoue ou au contraire que ça marche ? M : Qu'est ce qui fait que ça marche pas ? (SILENCE) (E2, L505) »* et *« qui permettrait de mettre de nouvelles stratégies de prévention en place ou d'améliorer la stratégie déjà ? M : Ben je sais pas… (E3, L578) »*

B-Autres professionnels de santé

Le manque de formation des autres professionnels de santé a été souligné comme le fait que les Infirmières ne connaissent pas les FDRCV : *« parce que quand on parle aux infirmières de facteurs de risques ça leur parle pas (E4, L294) ».*

Les professionnels médicaux et paramédicaux étaient en **manque d'effectif** : « *Et du coup, les gens finissent par se lasser, comme on a beaucoup de travail, les kinés sont pas assez nombreux, les infirmières ont beaucoup de boulot (E12, L879) »* entrainant **un manque de temps consacré à la prévention** : « *ça ne les intéresse pas forcément, c'est de la prévention primaire alors c'est vrai que c'est pas évident, les médecins en font quand même, on est obligé. M : et elles, elles arrivent sur des patients déjà dépendants bien souvent, sinon y'a pas de soins infirmiers.., c'est pas pour une prise de sang qu'elles vont faire à 6 H et demi du mat. qu'elles vont rappeler ça. Voilà c'est ça rentre pas dans leur boulot quoi. (E3, L706) ».* Les MG ont souligné la difficulté d'accès aux

cardiologues en prévention primaire : « *pour les cardios quoi, qui sont à flux tendu, pour le coup ils sont vraiment sur de la prévention secondaire (E3, L548) ».*

Le manque de coordination entre les acteurs de soins ne permettait pas une prévention efficace : « *Ben elle est trop morcelée, il n'y a pas assez de coordination entre les acteurs de santé (E12, L873) ».* On notait des discordances entre discours des MG et des paramédicaux concernant surtout les RHD : « *parce qu'on a des messages contradictoires. Entre diététicien et médecin généraliste, moi je ne suis pas diététicien. Mais par rapport aux glucides, je trouve qu'on a des messages contradictoires (E11, L226) »* et *« que derrière la diététicienne ou le pharmacien leur dise « ben attendez j'ai le complément nutritionnel qui va vous faire maigrir » ça sabre tout le travail que j'ai fait (E4, L676) ».*

Le non remboursement de certains actes paramédicaux comme ceux réalisés par les diététiciennes étaient préjudiciables : « *ce n'est pas remboursé, là pareil, c'est quand même un gros frein pour les gens (E4, L377) ».*

L'inefficacité de certains actes paramédicaux l'était tout autant : « *j'ai l'impression que ça sert à rien. A chaque fois, ça a toujours été un échec. Même avec les diabétiques (E11, L225) ».*

C-Patients

Les spécificités du mode de vie des patients du pays COB étaient nombreuses. Les images du bon vivant ou de l'épicurien été citées : « *Oui. C'est l'image du bon vivant qui ressort…(E9, L448) ».* Il y avait beaucoup de croyances locales des patients ne facilitant pas le travail du MG notamment le sentiment de fatalité: « *beaucoup de fatalités, ma mère était pareille donc c'est évident, c'est une fatalité, on ne peut pas changer les choses (E4, L507) ».* Surtout chez les catholiques : *« l'imprégnation catho, voilà, c'est normal que ça m'arrive quoi (E4, L512) ».* La précarité et les difficultés financières étaient au premier plan : « *Ah oui, parce qu'ici les gens*

quand même il y a beaucoup de précarité (E4, L167) » ayant pour conséquence une mauvaise hygiène alimentaire des patients : « *La pauvreté, les gens qui ont des difficultés financières ont quand même du mal à manger 5 fruits et légumes par jour (E12, L425) »*. Les conditions de travail difficiles (charge et horaires de travail) étaient un frein à la pratique d'une activité physique : « *ils font du travail tellement difficile que leur dire de marcher trente minutes par jour … euh, c'est assez difficile de leur expliquer ça... (E4, L180) ».*

Le modèle de rôle était un frein à la communication. En effet, les patients ignoraient parfois les compétences du MG c'est à dire de pouvoir les aider à diminuer leur risque CV : « *Par contre, ils ont pas forcément compris qu'on pouvait les aider (E9, L500) ».*

Les représentations par les patients de leur MG étaient un frein à la perception du patient de la prévention. Les MG ont mis en évidence l'importance de leur l'image auprès du patient et surtout l'image négative d'un MG possédant de nombreux FDRCV : « *l'image du médecin est importante pour la perception du patient. Donc ça c'est un frein : un médecin gros, fumeur sédentaire ? M : Oui ça peut être un frein (E5, L607) ».*

Les messages de prévention ont été perçus négativement ou ont été mal interprétés par les patients. En effet, les patients ont perçu la prévention comme une répression : « *De ce que j'entends des patients, ils voient ça plutôt comme une répression que comme une prévention, heu…ça s'est un gros frein (E2, L495) ».*

Les MG ressentaient un **désintérêt de la PMCV de la part des patients**. Les patients étaient désintéressés de la prévention de telle sorte que la prévention n'était que très rarement à l'initiative du patient : « *C'est très très rarement une demande du patient (E2, L74) »* et *« j'en ai plein qui sont pas atteints pat le message de prévention (E9, L188) »*. Ils étaient pourtant conscients d'être négligents révélant un paradoxe : « *je pense qu'ils se rendent bien compte qu'ils sont peut être négligents, plus négligents avec leur santé (E4, L206) ».*

Un autre paradoxe a été **l'absence de priorité accordée à la prévention CV pour les groupes à risques CV** notamment **les patients à bas niveau socio économique**. Les patients au niveau socio économique faible étaient moins sensibilisés au risque CV : « *Ils sont moins réceptifs aussi aux messages de prévention que vous pourriez leur faire ? M : Oui (E9, L118) ».* Les patients au niveau socio économique faible étaient plus à risque CV mais n'étaient pas préoccupés par leur état de santé et par la prévention CV : « *c'est plutôt de s'en sortir dans la vie plutôt que de penser à un potentiel risque cardiovasculaire, ça fait pas partie de leurs urgences (E3, L231) ».* Les patients atteints par les messages et programmes de prévention n'étaient donc pas les patients à risque CV mais plutôt les patients au niveau socio économique plus élevé : « *Mais je pense que paradoxalement, on ne touche pas les gens qui en bénéficieraient le plus (E13, L647) ».*

Il y a eu aussi des **problèmes d'adhésion des patients aux messages de prévention**. **La difficulté de perception du risque CV par les patients** était un obstacle important car ces derniers ne se sentaient pas malades. C'était le cas principalement des patients entre 20 et 40 ans qui ne se sentaient pas concernées: « *Au delà de 40 oui ils sont adultes, ça c'est sur. En dessous de 20, peut être pas encore tout à fait. Entre les 2, en fait on pratique on les voit pas trop donc on se pose pas la question (E10, L48) ».* Le faible niveau scolaire ou l'adolescence étaient des facteurs limitant l'adhésion : « *Beaucoup n'ont peut être pas le niveau de scolarité ou la formation nécessaire pour avoir accès à cette prévention de part leur propre initiative (E2, L185) »* et « *ah l'adolescence c 'est un domaine très particulier, c'est l'opposition à tout (E6, L390) ».*

Les besoins de soins des groupes à risque étaient plus importants basculant rapidement en prévention CV secondaire : « *Les besoins finalement sont plus importants. Ce qui aurait pu être réglé plus facilement avant, va être plus difficile à régler (E10, L255) ».*

Les patients étaient réticents aux interventions pour diminuer leur risque CV proposés par les professionnels de santé. Ils étaient **réticents à participer à des consultations dédiées** : « *avoir*

une consultation pour la prévention, ils savant pas pourquoi ils sont venus quoi (E3, L560) » et à consulter des spécialistes notamment les cardiologues : « *ici les gens ne vont pas chez les spécialistes facilement, faut les convaincre (E4, L168) ».*

Les MG rencontraient des **difficultés pour modifier les habitudes de vie des patients**. La tâche était compliquée par l'état d'esprit local : « *On est dans un état d'esprit d'un naturel méfiant (E10, L599) ».* Les difficultés portaient surtout sur les Règles Hygiéno Diététiques (RHD) : « *Je crois que c'est le plus compliqué avec le surpoids. En effet, c'est des habitudes de vie, des comportements, des addictions qu'ont les patients (E7, L300) ».*

D-Mise en place d'un plan de prévention (stratégie et pratique médicale)

Il n'était pas facile pour les MG de **calculer le risque CV global des patients**. Ils n'utilisaient pas d'échelle pour le calculer : « *je n'utilise pas d'outils, j'avoue (E7, L326) ».* Les échelles d'estimation du risque CV comme SCORE n'était pas utilisées car peu connues : *« je la connais mais la détailler ça je ne pourrai pas te le dire (E2, L384) ».* Elles étaient complexes et difficile à utiliser pour les MG : *« personne ici ne l'utilise devant cette complexité (E4, L472) »* et « *si c'était si intuitif je pense qu'il serait dans la pratique quotidienne, il manque un petit quelque chose (E6, L1211) ».* Pour certains MG, il n'y avait pas de bénéfice à utiliser une telle échelle : « *Moi je pense que ce patient est à risque et je sais pas si j'ai besoin de reprendre du temps encore pour le faire entrer dans une grille. Est ce que ça va changer quelque chose dans sa prise en charge? (E12, L632) ».*

Les lacunes pour conseiller une activité physique et du sport étaient multiples. Le MG ne rappelait pas à ses patients l'intérêt de pratiquer une activité physique : « *c'est pas le truc que je fais le plus souvent, en fait euh.... non je fais pas.... (E9, L378) ».* La prescription de sport était récente et rare : « *Oh très peu, ça ne m'est pas arrivé souvent (E1, L72) »* sans doute car les MG

méconnaissaient les conditions de prescription : « *j'ai pas trouvé de réponse très claire de la manière pour le prescrire (E1, L79)* » et parce qu'il y avait un manque de structures sportives adaptées : « *mais il n'y a pas de débouchés, il n'y a pas d'acteur pour mettre en place cette activité sportive de prévention (E2, L705)* ».

La réalisation d'enquêtes alimentaires et la délivrance de conseils nutritionnels étaient source de barrières. Les MG n'avaient pas d'intérêt pour parler des RHD et pour le suivi du patient : « *choses qui nous coûtent un peu nous MG car on baigne tellement dans d'autres choses à coté que reparler des légumes, des féculents, des rapports des modes de cuisson etc. (E6, L605)* » car cela nécessitait la réalisation de consultations très régulières *: « ça demande du temps en consultation, c'est toujours aussi pareil, c'est très long à la fois pour la consultation et pour le suivi qu'il faudrait qu'on mettre en place. Faudrait être un peu coach et les revoir assez fréquemment pour passer le message et pour rediscuter de tout ça. C'est un peu ça qui manque en formation (E11, L264) »*. L'enquête alimentaire semblait nécessaire mais difficile à mettre en place car chronophage *: « Tout ça prend du temps mais ça vaut la peine (E12, L387) ».* A cela s'est ajouté un paradoxe de la communication médecin-patient : certaines solutions paraissaient évidentes pour le MG mais restaient inconnues du patient entrainant un manque d'information : *« au lieu d'aller en voiture pour chercher le pain, ou aller à la poste, ben venez à pied. Il y avait pas pensé, donc c'est des choses toutes bêtes auxquelles il n'avait pas pensé. Qu'il faut qu'on leur dise. En plus il fait des économies d'essence ou de gazole. Il m'a dit l'autre jour : ben je n'y avais même pas pensé. Que le médecin pourrait penser : ça paraît une évidence pour nous » (E12, L739) ».*

La prescription médicamenteuse notamment de Statine était compliquée. Les MG doutaient de la réelle indication des statines en prévention primaire : « *pour le coup en prévention primaire*

j'en sais rien (E3, L346) ». Les patients étaient méfiants vis à vis de cette prescription : « *patients sont beaucoup plus méfiants vis à vis notamment des statines (E2, L403) ».*

L'aide au sevrage tabagique était laborieuse à mettre en place car la motivation du patient était indispensable et le déclic de l'arrêt difficile à connaitre : « *il faut qu'ils soient motivés et qu'ils aient envie d'arrêter, sinon ca marche pas (E7, L303) ».* Le non remboursement de certaines aides au sevrage était un frein majeur : « *la plupart du temps ce n'est pas remboursé (E9, L271) ».*

Le contexte de consultation pour parler prévention CV était inadapté. Il y avait un manque de temps dédié à la prévention selon tous les MG : *je pense que c'est par manque de temps que les confrères ne le font pas toujours (E12, L279) ».* L'absence de consultation dédiée était une barrière importante : « *Non ce n'est pas de la consultation dédiée (E11, L374) ».*

Selon les MG, **les bilans de santé initiés par la sécurité sociale et les mutuelles** avaient un rôle limité car faisant doublon avec les compétences du MG : « *je pense que c'est un doublon (E4, L628) ».* Cette situation était paradoxale car les MG répétaient qu'ils n'avaient pas le temps pour faire de la PMCV. **Le programme SOFIA**, centre de prévention, est un autre exemple de ce paradoxe : « *ça vient en doublon de ce qu'on fait déjà, ça doit coûter un bras pour une efficacité que j'ignore (E4, L612) »*

Certaines stratégies de communication utilisées par le MG étaient inadaptées comme par exemple la stigmatisation des patients cumulant les FDRCV : « *Il y a un peu une stigmatisation dans ce que vous dites des obèses, des fumeurs ? M : Ah oui, j'ai entendu ces propos là en formation, de la part des médecins généralistes. C'est choquant (E11, L310) ».*

L'éducation thérapeutique représentait un investissement professionnel important car chronophage : « *ça demande beaucoup de travail quand même (E4, L725) ».* Elle **était peu utilisée car difficile à mettre en place** : « *consultations d'éducation thérapeutique. Ici on a*

évoqué ça mais c'est un petit peu dur de monopoliser, enfin de faire bouger tout le monde (E12, L251) ».

Le système informatique même partagé entre les professionnels de santé était perfectible et n'avait que peu d'intérêt : « *Est ce que ça aiderait, pour la prévention cardiovasculaire primaire? M : Franchement non. Pour autre chose, oui, mais pas pour ça (E13, L677) ».*

L'absence de retour sur l'efficacité des actions du MG était un frein car le MG pouvait difficilement remettre en question ses compétences: « *est ce que les résultats sont là, je ne sais pas (E6, L552) ».*

E-Organisation du système de soins de santé

L'organisation nationale du système de soins était inadaptée selon les MG. Il en ressortait une impression d'absence ou de mauvaise organisation du système : « *Je n'ai pas l'impression qu'il y ait vraiment une organisation en fait (E1, L229) ».* Ce système était essentiellement centré sur la prévention tertiaire : « *plutôt quand il y a eu un souci, quand on est déjà en secondaire (E7, L231) » (formulation de l'interviewé erronée).* La médecine préventive semblait manquer de valorisation et ainsi être peu développée en France : « *je pense quand même qu'en France on fait pas encore assez de prévention, on est plus dans la médecine de soins curative (E12, L523) ».*

L'organisation régionale semblait inadaptée et même absente : « *Et il n'y a pas vraiment d'organisation sur le plan régional ou national... M : Pas dans le domaine prévention cardiovasculaire primaire plus que ça (E10, L311) ».* Il n'y avait pas d'aide de l'organisation régionale pour mettre en place des mesures de prévention localement : « *donc au final oui on est tout seul, je n'ai pas d'aide de l'état, je n'ai pas d'aide (E4, L306) ».*

L'organisation locale était également inadaptée. En effet, il n'existait pas de projet local organisé c'est à dire qu'il n'y avait pas d'échange entre les pôles de santé qu'ainsi qu'entre les pôles de santé et les élus locaux : « *Il n'y a pas trop d'échanges entre ce qui se passe ici dans le pôle de santé médical et les élus locaux par exemple ? Ah non rien ! (E2, L687) ».*

Les programmes nationaux de prévention présentaient de très nombreuses limites.

En premier lieu, **ils n'étaient pas connus** ni des médecins : « *Il existe quelque chose, qu'on connaît plus ou moins bien d'ailleurs, qu'on ne connaît pas forcément très bien. Dont on ne sait pas exactement quels sont les critères d'applications, le champ, et surtout qu'est ce que ça recouvre en pratique (E10, L135)* ni des patients : *ils ne sont pas au courant (E8, L519) ».*

Les programmes étaient également peu utilisés par les MG : « *ces programmes là on les connaît mais on ne les utilise pas vraiment (E1, L482) »* de telle sorte que le MG n'abordait pas les programmes nationaux de prévention avec les patients en consultation : « *Comment est ce que les patients perçoivent les programmes de prévention? Déjà, si vous leur en parlez pas, c'est difficile d'avoir leur ressenti sur leur perception des programmes. M : C'est ça. J'ai un peu du mal à répondre à votre question là (E10, L612) ».* Les programmes étaient aussi peu utilisés par les patients eux même comme « le mois sans tabac » ou le programmes « manger bouger » : « *bouger et manger moins, aucun de mes patients ne m'en parle. Jamais (E11, L52) ».*

Les programmes nationaux (notamment le programme SOFIA) étaient peu appréciés aussi bien par les professionnels de santé : « *Mais ça n 'accroche pas avec nous le programme SOFIA (E1, L235) »* que par les patients : « *pour les diabétiques, c'est pas adapté, je n'y retournerai plus (E5, L715) ».*

Une donnée importante a été **le manque d'efficacité de ces programmes sur les patients** : *« c'est pas ça qui va servir de déclic (E3, L137) ».* Les MG jugeaient leurs messages de prévention stigmatisants et basés sur la culpabilisation : « *ça marche sur la culpabilisation, la culpabilisation*

ça fonctionne pas très bien avec les gens (E13, L208) ». Les programmes n'étaient pas personnalisés et donc difficilement applicables au niveau local : « *Quelque chose qui est nationale, qui justement est très globalisée et qui n'est pas forcément très facilement adaptable aux situations un petit peu particulières des patients (E10, L104) ».* Ce manque d'efficacité s'expliquait en partie par la délivrance, par les programmes, de messages inadaptés qui insistaient sur les risques CV mais ne proposaient pas de solutions ou d'outils pratiques : « *après charge à nous d'apporter les solutions quoi ... De leur proposer des choses pour les aider aux changements... Et ça, on a pas toujours les outils disponibles et c'est pas forcément mis en avant non plus (E9, L497) »* et par la non implication des MG dans la mise en place des programmes : « *Ça a pas pris en compte l'avis des acteurs de soins primaire, avant d'élaborer tel ou tel programme, tel ou tel recommandation (E10, L628) ».*

Les médias et les publicités étaient sous exploités. Ils ne véhiculaient que peu de messages de prévention : « *la télévision reste un bon vecteur, on sait qu'il n'y a pas grand chose qui passe à la télé (E13, L322) ».* A cela ce rajoutait le fait que les messages de prévention étaient noyés parmi tous les informations transmis par les médias : « *Les différents messages même potentiellement institutionnels ou bien fondées au départ sont noyées au milieu de messages qui sont totalement publicitaires (E10, L801) ».* Les MG étaient méfiants vis à vis des messages délivrés par les médias et luttaient souvent contre la désinformation : « *Donc il y a beaucoup d'informations mais pas adaptées, du coup vous derrière vous êtes obligés de corriger le tir. M: ouais (E4, L766) ».*

Les réseaux de soins locaux étaient très peu utilisés : « *Et qu'est ce que vous en pensez de ce réseau? Vous l'utilisez souvent ? M : Peu (E7, L99) ».*

Les plans de santé locaux n'existaient pas avant le lancement du projet SPICES. Les MG ne connaissaient donc pas de plans locaux : « *J'ignorais totalement que le pays COB était acteur pour la prévention cardiovasculaire (E4, L138) ».*

DISCUSSION

A-Résultats principaux

Des freins à la mise en œuvre de la PMCV du point de vue des médecins dans le pays COB ont été mis en évidence. Selon les MG, cinq dimensions clés freinaient la mise en place de la PMCV. Les freins liés au métier du MG et à ses compétences étaient un manque d'organisation et de formation. En effet, la prévention primaire n'était pas développée en formation initiale à tel point que le MG méconnaissait les différents niveaux de prévention. Un plan de prévention adapté et efficace était difficile à mettre en place notamment par l'absence de retour/feedback du MG sur les résultats de sa pratique de la prévention. Un manque de coordination existait entre les autres professionnels de santé, mais malgré ce constat, l'intérêt d'un système informatique partagé semblait limité. Les patients ne percevaient pas le risque CV et se désintéressaient de la problématique de prévention. La communication médecin-patient était paradoxale : certaines solutions pour modifier le mode de vie (MDV) des patients paraissaient évidentes pour le MG mais restaient inconnues du patient entrainant un manque d'information. L'organisation du système de soins français n'était pas tournée vers la prévention primaire mais d'avantage vers les soins curatifs.

B-Forces et faiblesses

1-Forces de l'étude

Les choix méthodologiques d'une étude qualitative avec un codage en double aveugle assurant la triangulation des données ont été pertinents pour mettre en évidence les freins à la PMCV. Des idées originales ont pu être révélées comme par exemple l'absence de retour du MG sur l'efficacité de sa prévention. Les résultats obtenus étaient congruents avec les données de la littérature :

(19)(20)(21)(22)(23)(24)(25)(26)(29)(34)(35)(37)(38).

L'échantillon a ciblé des médecins exerçant dans le pays COB. La diversification de l'échantillon a été recherchée en contactant les MG du pays COB par tous les moyens disponibles. Elle était diversifiée en ce qui concerne l'âge, le sexe, le type et la structure d'exercice, être MSU.

Ce travail de recherche constituait la première étude spécifique et adaptée au pays COB. Son objectif était de répondre aux difficultés que va rencontrer SPICES dans la suite du projet.

2-Limites de l'étude

Le recrutement des MG non MSU a été difficile pouvant introduire un **biais de sélection**. Les raisons n'étaient pas connues, car elles n'ont pas été verbalisées lors du refus de participation des MG. Aucune étude dans la littérature n'avait été retrouvée pour expliquer cette difficulté. Cependant l'exhaustivité de l'échantillon a été respectée permettant d'écarter ce biais.

Le biais d'information a été limité par l'utilisation d'un guide d'entretien commun aux deux enquêteurs et par l'analyse par deux chercheurs. Les entretiens semi dirigés ont permis d'offrir une liberté de paroles permettant aux MG de s'exprimer librement en toute anonymat. Cela leur a permis de verbaliser des constats déplaisants et délivrer des informations parfois sensibles. A l'inverse, le risque de désirabilité sociale du MG était possible, celui ci voulant plaire au chercheur en profitant de sa position de médecin titulaire face à un chercheur interne de médecine générale.

Les biais d'information et de confusion ont été limités par la retranscription rigoureuse des entretiens, leur validation par les sujets et la réalisation d'un double codage. Les MGs interrogés n'ayant pas fait de remarques sur les verbatims, il est possible qu'ils les aient validés sans relecture entrainant un possible biais de confusion.

C-Apports de l'étude au regard de la littérature

Changements de mode de vie des patients asymptomatiques : un grand défi

C'est un véritable défi de modifier le MDV des patients surtout s'ils sont à haut risque CV (19). L'étude de Jenkinson (20) était une étude qualitative basée sur des entretiens téléphoniques de patients invités à participer à un programme de prévention britannique. Elle a mis en évidence un paradoxe chez les patients. Ils n'accordaient pas de priorité à la prévention primaire, surtout les patients les plus à risque. Ils pouvaient avoir des priorités concurrentes sur le plan médical mais surtout sur le plan socio économique (21). En effet, l'étude qualitative de Nielsen de 2017 (21) démontrait l'existence d'une inégalité sociale dans la capacité de prendre des mesures préventives appropriées en modifiant son mode de vie pour rester en bonne santé. Ces données sont en accord avec les résultats de cette étude.

Le désintérêt des patients pour la prévention est retrouvé dans plusieurs études (22) (23). En effet, une étude qualitative en focus group (24) a souligné la difficulté du patient à percevoir son risque CV. Les patients en prévention primaire étant asymptomatiques, ils ne se sentaient pas malades. Ils ne consultaient pas à ce propos et surtout ne comprenaient pas pourquoi il était nécessaire de modifier leur MDV. La précarité socio économique était un facteur aggravant : même si les patients étaient conscients de leur risque CV et d'être négligents, la contrainte financière empêchait la modification de leur MDV et la mise en œuvre de la plupart des interventions proposées par les professionnels de santé (25) (26). Cela a concerné surtout l'hygiène alimentaire car les aliments sains comme les fruits et les légumes étaient trop chers selon les patients (21). Cette perception était à relativiser car selon une étude anglaise, suivre des RHD n'est pas plus onéreux (27). L'environnement social actuel avec la progression de la malbouffe n'est pas propice au changement de MDV (24).

Une communication médecin-patient ambivalente.

D'une part, les patients souhaitaient éviter de parler de leur santé car ils n'aimaient pas être conseillés par les professionnels de santé. En effet, intervenir sur le MDV présupposait que le patient avait un risque lié à ses mauvaises habitudes. Cela lui donnait la responsabilité morale de son risque et de faire des choix plus sains (20). D'autre part, les patients se plaignaient d'un manque d'information de la part de leur MG sur leur santé et sur les ressources communautaires disponibles (28). La communication entre les deux parties était peu développée ou inadaptée car trop technique ou stigmatisante pour le patient (29)(19). Les conseils étaient donc perçus comme manquants, peu clairs ou exagérés ne satisfaisant pas le patient. Ces données concernant le point de vue du patient complètent les perceptions des MG sur le désintérêt des patients pour la prévention primaire.

Difficulté de changer les habitudes de vie des patients.

Plusieurs études se sont penchées sur les freins de la mise en place du sevrage tabagique mettant en évidence les essais d'arrêt multiples, le partenaire restant fumeur (21) et le manque d'écoute des patients par les professionnels de santé (19).

Des travaux ont été menés sur les freins à la modification de l'hygiène alimentaire des patients mettant en évidence surtout des barrières liées au patient : manque de volonté, difficulté de suivre un régime différent du reste de la famille, coût financier (30), charge de travail, manque de temps pour cuisiner et le manque de plaisir à manger plus sainement (21)(31) mais aussi liés au MG : manque de conseils personnalisés délivrés au patient par le professionnel de santé (30)(32). Cette étude a exploré le point de vue du MG et a fait remarqué de façon inédite un paradoxe de la communication médecin-patient : certaines solutions pour modifier le MDV et les RHD des patients paraissaient évidentes pour le MG mais restaient inconnues du patient entrainant une

inadéquation de l'information.

Concernant l'activité physique, les données de la littérature rapportaient essentiellement des freins en lien avec le patient : manque de temps et impact de l'activité professionnelle (21), manque de motivation (33), comorbidités, coût financier, statut d'obèse et le sexe féminin. D'autres freins étaient en lien avec le MG : manque de conseils personnalisés (19), manque de soutien (32), et avec l'organisation locale : manque de structures (32). Dans cette étude, certains freins étaient attribuables au MG comme la méconnaissance des conditions de prescription de l'activité physique (33). Un rapport d'orientation édité par l'HAS (34) signalait que les professionnels de santé n'étaient ni incités ni habitués à prescrire des thérapeutiques non médicamenteuses. Le manque de temps était encore un frein car la prescription non médicamenteuse prend du temps rendant le système de paiement à l'acte inadapté à la prévention primaire.

Difficulté du MG à faire de la prévention

Le manque de formation et de compétences des MG à la mise en œuvre des recommandations de PMCV était un frein de cette étude et confirmé par les données de la littérature (35). Par contre, une donnée originale de cette étude était la perception de la prévention par le MG. En effet, pour ce dernier, la prévention primaire n'est pas développée dans sa formation initiale ni dans sa culture médicale. Le manque de formation initiale des MG en terme de prévention se traduisait par la méconnaissance des différents niveaux de prévention et l'utilisation de vocabulaire erronée. Le terme de prévention secondaire était utilisé à la place de prévention tertiaire. On peut donc se poser la question : comment faire de la PMCV si on ne connaît pas les niveaux de prévention ? Il n'était pas possible d'avoir des attentes et des objectifs précis de prévention dans cette situation. L'OMS réunissait sous le vocable de prévention primaire l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie et donc de réduire l'apparition de nouveaux cas. L'objectif de la

prévention secondaire était de diminuer la prévalence d'une maladie. Ainsi, ce stade de la prévention recouvrait les actes destinés à agir au tout début de l'apparition de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaitre les facteurs de risque. La prévention tertiaire intervenait pour diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie (36).

Cette lacune ressentie dans la formation initiale des MG était à l'origine d'un manque d'investissement de la prévention. Le MG n'investissait pas le suivi et le soutien indispensables au patient pour conserver sa motivation afin d'adopter au long court les changements de MDV (19).

Selon l'étude Brotons C (35) de 2013 basée sur une méthodologie mixte (quantitative et qualitative) visant à interroger des médecins en Espagne, les MG n'appliquaient pas les recommandations de pratique clinique. En effet, seulement un tiers appliquaient les recommandations européennes et moins de la moitié utilisaient les outils de calcul du risque CV (35). En Croatie, les MG estimaient les recommandations utiles et nécessaires mais limitant leur pratique selon une étude qualitative de 2010 de Reiner (37). Ils critiquaient les recommandations comme étant trop complexes, non personnalisées, trop nombreuses et mal connues, comme lors de cette étude. L'étude de Brotons (35) et de Reiner (37) affirmaient que les MG se plaignaient du manque de moyens pour appliquer les recommandations et de l'absence de valorisation financière du temps consacré à faire de la prévention primaire à cause du paiement à l'acte (38).

Le manque d'effectifs des MG était à l'origine d'un manque de suivi des patients (25). La charge de travail importante laissait peu de place au quotidien pour la prévention primaire. Le MG se sentait isolé du fait du manque d'implication des autres professionnels de santé. Le non remboursement des actes paramédicaux comme ceux des diététiciennes en était une des principales raisons selon l'étude qualitative de Görig de 2014 basée sur des interviews de MG en Allemagne (39). Par contre notre étude est la seule à avoir remis en question l'intérêt d'un système

informatique partagé entre les acteurs de soins. En effet, les MG de cette étude trouvaient l'idée séduisante en théorie, mais en pratique ils ne trouvaient pas d'intérêt de partager un logiciel commun avec les différents professionnels de santé pour développer la PMCV.

L'étude de Brotons (35) affirmaient que les MG espagnols étaient en manque de solutions et en difficulté pour comprendre les causes de l'échec de la prévention. En effet, les MG ont perçu que les conseils en matière de modification du MDV n'étaient pas efficaces (35). Un des freins inédits ici mis en évidence était l'absence de retour au MG sur l'efficacité de sa pratique de la prévention. Il pouvait ainsi difficilement cibler les freins pour améliorer ses stratégies de prise en charge des patients.

Le système de santé était très peu organisé autour de la prévention primaire mais essentiellement autour de la prévention tertiaire. L'organisation du système aux niveaux national, régional et local était inadaptée et à revoir en profondeur. C'était un frein clé dans cette étude et pourtant peu retrouvé dans la littérature. Actuellement, il n'existe pas en France de consultations dédiées qui développeraient beaucoup la prévention des MCV. Au niveau local, il existait peu de projet de PMCV (25). La communication et la coordination manquaient avec les autres acteurs de santé mais aussi avec les acteurs politiques et les structures associatives. D'autres données inédites mises en évidence dans cette étude étaient les limites des programmes nationaux (mal connus, peu appréciés, peu utilisés par le MG et les patients, peu efficaces), les limites des plan de santé locaux et la sous utilisation des médias et de la publicité. Dans la société actuelle, où l'information est partout, l'optimisation de la transmission des messages de prévention par les médias détient un potentiel important.

D-Les perspectives

Cette étude a précisé les freins à la mise en place de la PMCV selon les médecins. Une étude miroir a décrit les facilitateurs. D'autres études qualitatives ont été menées auprès des autres professionnels de santé, des patients et des élus locaux pour compléter la cartographie des freins et facilitateurs. L'ensemble de ces données sera ensuite colligé pour adapter les interventions aux spécificités de la région. La prochaine étape sera la mise en œuvre d'interventions non médicamenteuses en exploitant les freins et facilitateurs spécifiquement décrit par tous les acteurs pour la prévention primaire des MCV au niveau local, dans le pays COB.

Cette étude a mis en évidence de nombreuses perspectives concernant l'**exercice de la PMCV par le MG**. Développer et habituer les patients à des consultations dédiées de prévention primaire CV paraissait très important (40). Ces consultations devraient être valorisées médicalement par le prisme de la formation médicale et financièrement. Le haut conseil de santé publique proposait des solutions financières par le développement des nouveaux modes de rémunérations (40). Un projet de loi de financement de la sécurité sociale pourrait introduire une cotation CCAM rémunérant les MG pour des consultations de prévention primaire CV comme c'est déjà le cas pour la prévention des infections sexuelles transmissibles chez les jeunes femmes (41)(42). Il serait essentiel que les MG obtiennent un retour sur leur efficacité en PMCV pour pouvoir améliorer leur prise en charge. Les MG et l'ensemble des professionnelles de santé devraient pourvoir harmonisation leur pratique de la prévention par l'utilisation de référentiels (40). Le dispositif ASALEE, lancé en 2006, avait pour objectif de développer la coopération pluri professionnelle entre MG et IDE de prévention. Ces IDE avaient pour mission de prendre en charge en prévention primaire des patients aux FDRCV par l'utilisation, entre autre, de l'éducation thérapeutique (43). Certaines de ses compétences étaient communes à celles du MG. Il est primordial que le MG s'investisse davantage dans la prévention primaire afin de ne pas réduire son champ de compétences (44).

Concernant la pédagogie, il existe un travail à mener pour développer les formations médicales initiale et continue. La formation médicale initiale a été récemment renforcée avec l'instauration du service sanitaire par la loi Macron 2018. Les étudiants en santé en deuxième et troisième années (soit 50 000 étudiants) ont dû monter ou adhérer à un projet de prévention pendant six semaines. Le dispositif visait à familiariser les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention et à changer le prisme d'apprentissage des étudiants dès le début de leur formation (45). L'introduction des scores permettant de calculer un risque CV en prévention primaire n'était pas assez présent en formation initiale. En conséquence, beaucoup d'internes de médecine continuent actuellement de sommer les FDRCV au lieu d'utiliser des équations plus fines pour déterminer un risque CV et initier une éventuelle intervention médicamenteuse ou non médicamenteuse (4).

En formation continue, le constat était similaire, les médecins titulaires n'utilisaient pas d'outils de décision partagée. Il était pourtant indispensable que les MG connaissent et utilisent des outils pour faire prendre conscience aux patients de leur risque CV puis pour leur permettre de diminuer ce risque. Est ce qu'une formation continue obligatoire ou la valorisation financière de certains indicateurs de la ROSP (rémunération sur objectif de santé publique) pourraient répondre à ces difficultés ? Si la formation reste la solution évidente, elle devrait concerner les MG mais aussi tous les professionnels de santé afin de délivrer un discours cohérent aux patients et d'optimiser les prises en charge.

CONCLUSION

Ce travail de thèse intégré au projet SPICES, a répertorié les freins à la mise en place de la prévention primaire des MCV du point de vue des MG dans le pays COB.

Cinq dimensions ont été mises en évidence. Les freins liés au métier du MG et à ses compétences montraient un manque d'organisation, de temps et de formation. En effet, la prévention primaire n'était pas développée dans sa formation initiale à tel point que le MG méconnaissait les différents niveaux de prévention. Ces derniers étaient en difficulté pour mettre en place un plan de prévention adapté et efficace notamment par l'absence de retour du MG sur l'efficacité de sa PMCV. D'autant plus qu'il existait un manque de coordination avec les autres professionnels de santé. Malgré ce constat, l'intérêt pour un système informatique partagé semblait limité. Beaucoup de barrières étaient en lien avec les patients qui ne percevaient pas le risque CV et se désintéressaient de la prévention. La communication médecin-patient était paradoxale : certaines solutions pour modifier le MDV des patients paraissaient évidentes pour le MG mais restaient inconnues du patient suite à un manque d'information. Enfin, l'organisation du système de soins français n'était pas tournée vers la prévention primaire mais vers les soins curatifs.

Une étude miroir à ce travail de recherche a décrit les facilitateurs et les solutions envisagés par les MG pour répondre aux freins. D'autres études qualitatives ont été menées auprès des autres professionnels de santé, des patients et des élus locaux pour compléter la cartographie des freins et facilitateurs. L'ensemble de ces données sera ensuite regroupé dans une même étude visant à adapter les interventions aux spécificités de la région. La prochaine étape sera la mise en œuvre d'interventions non médicamenteuses pour la prévention primaire des MCV au niveau local, dans le pays COB.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS : organisation mondiale de la santé. Maladies cardio vasculaires. 2017. Disponible à https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds) (consulté le 13 décembre 2018)

2. Santé publique France, DREES: direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de la santé de la population en France. Rapport. 2017. Disponible à https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf (consulté le 13 décembre 2018)

3. Ministère des Solidarités et de la Santé. Maladies cardiovasculaires. 2017. Disponible à https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladMaladies cardiovasculaires.ies/maladies/maladies-cardiovasculaires/article/les-maladies-cardiovasculaires (consulté le 13 décembre 2018)

4. Isnard R, Lacroix D. Collège National des Enseignants de Cardiologie. Société Française de Cardiologie. 2e édition. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2015,489 (Les référentiels des Collèges).

5. WHO: World health organization, regional office for Europe. Cardiovascular diseases. Disponible à http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases (consulté le 14 décembre 2018)

6. WHO: World health organization, regional office for Europe. Cardiovascular diseases. Disponible à http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/ (consulté le 14 décembre 2018)

7. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006;3(11): 2011-30.

8. Pôle francophone africain sur le double fardeau nutritionnel. Le double fardeau nutritionnel. 2014. Disponible à http://poledfn.org/le-double-fardeau-nutritionnel/ (consulté le 13 décembre 2018)

9. WHO: World health organization, regional. Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action. Disponible à http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccreport/en/ (consulté le 15 décembre 2018)

10. Even L. En 2018, Quelle est la définition du concept de vulnérabilité dans la littérature médicale? Thèse d'exercice de médecine. Université de Bretagne occidentale;2018,54.

11. Le pays Centre Ouest Bretagne. Le Contrat Local de Santé (CLS) - Politique territoriale de santé - Réfléchir et agir - Le Pays Centre Ouest Bretagne vous accueille durablement. 2017. Disponible à http://www.centre-ouest-bretagne.org/Reflechir-et-agir/Politique-territoriale-de-sante/Le-Contrat-Local-de-Sante-CLS (consulté le 15 décembre 2018)

12. ARS : agence régionale de santé. Etat de santé de la population en Bretagne. Projet Régional de santé (PRS). 2016. Disponible sur: https://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/2017/02/projet-r%C3%A9gional-de-sant%C3%A9-2-2018-2022%C3%A9tat-de-sant%C3%A9-de-la-population-et-bilan-de-loffre-de-sant%C3%A9-en-r%C3%A9gion-le-prs-actu.html (consulté le 13 décembre 2018)

13. Le pays Centre Ouest Bretagne. Développer l'offre de soins - Politique territoriale de santé - Réfléchir et agir - Le Pays Centre Ouest Bretagne vous accueille durablement. 2017. Disponible à http://www.centre-ouest-bretagne.org/Reflechir-et-agir/Politique-territoriale-de-sante/developper_l_offre_de_soins__1 (consulté le 13 décembre 2018)

14. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer.2008;19(84):142-45.

15. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. Recherches qualitatives. 2013;hors série 5:435-52.

16. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les maisons de santé. 2018. Disponible à https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889 (consulté le 19 janvier 2019)

17. FFMPS: Fédération française des maisons et pôles de santé. Présentation - définitions et législations. 2018. Disponible à https://www.ffmps.fr/definitions-et-legislations/presentation-msp/ (consulté le 19 janvier 2019)

18. APMSL pays de Loire: association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en pays de Loire. La maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) - Une équipe aux compétences multiples pour "travailler ensemble". 2019. Disponible à https://www.apmsl.fr/page/les-msp/ (consulté le 19 janvier 2019)

19. Ismail H, Atkin K. The NHS Health Check programme: insights from a qualitative study of patients. Health Expect. 2016;19(2):345-55.

20. Jenkinson CE, Asprey A, Clark CE, Richards SH. Patients' willingness to attend the NHS cardiovascular health checks in primary care: a qualitative interview study. BMC Fam Pract. 8 mars 2015;16(1):33.

21. Nielsen JB, Leppin A, Gyrd-Hansen D e, Jarbøl DE, Søndergaard J, Larsen PV. Barriers to lifestyle changes for prevention of cardiovascular disease – a survey among 40–60-year old Danes. BMC Cardiovasc Disord. 2017;17:245.

22. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GHMI, Gorgels APM, van Ree JW. Experiences of doctors and nurses implementing nurse-delivered cardiovascular prevention in primary care: a qualitative study. J Adv Nurs. août 2011;67(8):1758-66.

23. George CE, Ramadas D, Norman G, Mukherjee D, Rao T. Barriers to cardiovascular disease risk reduction: Does physicians' perspective matter? Indian Heart J. juin 2016;68(3):278-85.

24. Doolan-Noble F, Mann S. Why are there gaps in our management of those with high cardiovascular risk? Qual Res. 2012;4(1):9.

25. A Abanilla PK, Huang K-Y, Shinners D, Levy A, Ayernor K, de-Graft Aikins A, et al. Cardiovascular disease prevention in Ghana: feasibility of a faith-based organizational approach. Bull World Health Organ. 1 sept 2011;89(9):648-56.

26. Álvarez-Bueno C, Cavero-Redondo I, Martínez-Andrés M, Arias-Palencia N, Ramos-Blanes R, Salcedo-Aguilar F. Effectiveness of multifactorial interventions in primary health care

settings for primary prevention of cardiovascular disease: A systematic review of systematic reviews. Prev Med. juill 2015;76 Suppl:S68-75.

27. Reidlinger DP, Sanders TA, Goff LM. How expensive is a cardioprotective diet? Analysis from the CRESSIDA study. Public Health Nutr. juin 2017;20(8):1423-30.

28. Lalonde L, Goudreau J, Hudon É, Lussier M-T, Duhamel F, Bélanger D, et al. Priorities for action to improve cardiovascular preventive care of patients with multimorbid conditions in primary care-a participatory action research project. Fam Pract. déc 2012;29(6):733-41.

29. Mansouri L, Coblentz-Baumann L. Connaissances et perceptions de la notion de facteur de risque cardiovasculaire chez les patients en médecine générale. Exercer. 2013;107:124-5

30. Serour M, Alqhenaei H, Al-Saqabi S, Mustafa A-R, Ben-Nakhi A. Cultural factors and patients' adherence to lifestyle measures. Br J Gen Pract. avr 2007;57(537):291-5.

31. Lebon C, Plenecassagnes L, Phillips J. Les freins au changement des habitudes alimentaires dans le cadre du diabète de type 2. Thèse d'exercice de médecine. Université Paul Sabatier, Toulouse 3;2016,64 p.

32. Nemeth LS, Rice LJ, Potts M, Melvin C, Jefferson M, Hughes-Halbert C. Priorities and Preferences for Weight Management and Cardiovascular Risk Reduction in Primary Care. Fam Community Health. sept 2017;40(3):245-52.

33. Faure A. Prescription de l'activité physique chez les adultes en surpoids: analyse des freins en médecine générale. Thèse d'exercice de médecine. Université Pierre et Marie Curie, Paris; 2011, 93 p.

34. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. avril 2011. Disponible à https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees (consulté le 4 janvier 2019)

35. Brotons C, Lobos JM, Royo-Bordonada MÁ, Maiques A, de Santiago A, Castellanos Á, et al. Implementation of Spanish adaptation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in primary care. BMC Fam Pract. 18 mars 2013;14:36.

36. Ministère des solidarités et de la santé. Rapport Flajolet annexe 1: La prévention : définitions et comparaisons. . Disponible à https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf (consulté le 15 février 2019)

37. Reiner Z, Sonicki Z, Tedeschi-Reiner E. Physicians' perception, knowledge and awareness of cardiovascular risk factors and adherence to prevention guidelines: the PERCRO-DOC survey. Atherosclerosis. déc 2010;213(2):598-603.

38. Lucas J. Attentes et freins des patients en surpoids et en obésité sur la prise en charge de leur médecin généraliste, dans le Morbihan. Thèse d'exercice de médecine. Université de Rennes 1;2017:50 p.

39. Görig T, Mayer M, Bock C, Diehl K, Hilger J, Herr RM, et al. Dietary counselling for cardiovascular disease prevention in primary care settings: results from a German physician survey. Fam Pract. juin 2014;31(3):325-32.

40. Haut conseil de la santé publique. Consultations de prévention: constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Rapport. mars 2009. Disponible à www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20090325 ConsultPrev.pdf (consulté le 15 février 2019)

41. MG France le syndicat des médecins généralistes. De nouvelles cotations au 1er novembre. septembre 2017. Disponible à https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1730-de-nouvelles-cotations-au-1er-novembre (consulté le 15 février 2019)

42. Le portail du service public de la Sécurité sociale. Loi de financement de la sécurité sociale LFSS 2019. 2019. Disponible à http://www.securite-sociale.fr/-LFSS-2019- (consulté le 15 février 2019)

43. MG France le syndicat des médecins généralistes. Ce que vous voulez savoir sur ASALEE sans oser le demander. 2014. Disponible à https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1496-ce-que-vous-voulez-savoir-sur-asalee-sans-oser-le-demander (consulté le 15 février 2019)

44. Collège national des généralistes enseignants. Présentation du D.E.S. 2012. Disponible à https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/ (consulté le 15 février 2019)

45. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Les études de santé : un service sanitaire de six semaines à la rentrée 2018. 2018. Disponible à //m.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid126995/etudes-de-sante-un-service-sanitaire-de-six-semaines-a-la-rentree-2018.html (consulté le 15 février 2019)

ANNEXES

Annexe 1: SPICES Project : Situational Analysis Work Package

SPICES PROJECT: SITUATIONAL ANALYSIS WORK PACKAGE

Background

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

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

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

Situational Analysis Objectives

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

1. The burden of CVDs and CVD risk factors at the country level or (selected communities depending on contextual feasibility)

2. The current policies and practices in CVD prevention specifically in relation to implementation of the four key SPICES interventions

3. The successes and challenges to implementation of current interventions in the four SPICES intervention areas (CVD profiling, Health promotion, Care and management & self-management and follow-up)

4. The readiness to implement the four SPICES intervention areas, desired modifications and change process to facilitate their implementation

Situational analysis implementation approach

1. The situational analysis will be done through mixed methods approach in order to quantify the relative importance of key potential facilitators and barriers as well as in-depth experiences of critical stakeholders, and mechanisms for operationalising the proposed interventions.

2. The process will start with a mapping and/or documentation of stakeholders in CVD prevention and management at the national and subnational levels in order to identify the appropriate respondents for the situational analysis questions, stakeholder engagement plan, and eventual dissemination and knowledge translation.

3. Note: In some countries, the information required for the situational analysis is better organised and easily available whereas in others there could be major evidence gaps in basic information—the situational analysis focus may thus vary across sites.

4. Even in countries with better documentation, it will be necessary to assemble information in critical baseline parameters.

    a. This will provide a better understanding of the contextual differences and similarities across partner countries, to consortium members and other stakeholders in order to situate and appropriately interpret the findings—effectiveness of the planned models.

    b. It will also enable participating teams within the consortium to clearly appreciate the differences across the countries, potential facilitators, and barriers and inform the joint decision on appropriate interventions and methodologies.

5. Approach for the situational analysis may differ in some aspects—some countries may require more in-depth assessments to generate critical baseline data

6. Primary health care facility guides will be administered face-to-face or through other approaches e.g. telephone or Skype calls, etc. to relevant heads of units/department at Primary healthcare level. This could be a health center or hospital for Uganda and South Africa, or could be the GP, nurses or other relevant persons for UK/France/Belgium)

Situational Analysis Tools/Instruments

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

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

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

2. What are the common chronic diseases reported in this district/region/population

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

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

General questions on policy and healthcare systems—Literature and interviews

1. Is there any national/regional/district policy for CVD prevention, care and management? List the documents

2. Is there a national or district health plan that addresses CVD prevention? What is included in the plan?

3. How is the health care system organised in terms of CVD prevention?

4. What are the main problems in the current health care system? (health personnel? health programme planning, programme implementation/management, health facilities/infrastructure, health care supplies)?

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

- Health Promotion in relation to CVDs: Is there any health promotion in relation to CVDs? Who does it, where, when and how is it done within and outside the facilities—community outreaches; who is targeted by the promotion; what are its successes and challenges?

- NCD profiling: Is profiling done (at facility, community level, etc.), how is it done (characterisation based on risk factors, diagnosis, etc.), by who? What tools are used?

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

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

1. How prepared is this primary healthcare facility to address CVDs prevention, care and management?
2. How does the infrastructure at this health facility facilitate/hinder the implementation of CVD prevention, care and management programs?
3. What kinds of infrastructure changes are needed to effectively and efficiently implement CVD prevention, care and management programs? (Changes in scope of practice? Changes in formal policies? Changes in information systems or electronic records systems? Other?)
4. Can you describe the process that will be needed to make these changes?
5. Which CVDs are treated at the health facility? Probe: whether they should be treated at that level according to the norm, any constraints faced and the reasoning behind unexpected treatment.
6. Which cadres are providing any CVD prevention, care and management? Probe: whether they are the right cadres according to the norms to be providing these services, any constraints faced and the reasoning behind the constraints.
7. In your opinion, does the facility have adequate transportation for: 1) Evacuation of emergency CVD cases? 2) Providing outreach services for CVD prevention, care and management and control? Probe: Why for any given response?

8. Does the health facility have any CVD prevention, control and management guidelines in place? Which guidelines are in use?

9. Describe the role different staffing groups within the health facility play in the delivery of CVD programs.

10. What are your thoughts on the suitability of this health facility/primary healthcare to provide/deliver public health services in general? [geography, opening hours, ease of access, time pressures, privacy, space, pharmacist/pharmacy assistant training]

11. Describe your working relationship with other professionals involved in cardiovascular healthcare. [Referrals to and from GPs, any areas of conflict, professional identity, impact on service]

12. What are the CVD referral mechanisms used by health facility staff to refer patients to other health facilities?

References

1. Ferrante D, Konfino J, Linetzky B, Tambussi A, Laspiur S. Barriers to prevention of cardiovascular disease in primary care settings in Argentina. Argentina Rev Panam Salud Publica Rev Panam Salud Publica. 2013;33(334):259–66. Available from: http://www.scielosp.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 : Guides d'entretiens

Guide d'entretien 1

1. **Brise glace**

a. Qu'est ce que vous pensez de la prévention cardio vasculaire de vos patients ?

b. Comment la mettez vous en œuvre ? Relance : Pouvez vous me parler de vos dernières consultations ?

2. **Promotion de la santé en lien avec la MCV dans le pays COB (organisation)**

a. Pouvez vous me donner votre avis sur les programmes et plans de santé locaux qui s'adressent à la prévention des MCV dans le pays COB ?

b. Qui est ciblé ?

c. *i. Qui sont les principaux groupes à risque pour les MCV dans le Pays COB ? Relance : Dans votre communauté, sur le territoire, avez vous l'impression qu'il a des zones, des endroits ou des conditions qui font que ces gens sont plus regroupés ou plus identifiables ?*

ii. Quels sont leur besoins/ préoccupations en terme de soins de santé?

iii. Qui n'est pas atteint par la prévention ?

3. **Qui sont les acteurs de la prévention des MCV ?**

a. Comment le système de santé est organisé en termes de prévention des MCV ? Relance : Dans quelle mesure les structures de soins primaires sont prêtes à s'occuper de la prévention des MCV ?

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

Relance 1 : qui fait les diagnostics, revoit les patients, investigue et prescrit les médicaments?

Relance 2 : Quelles sont les relations entre les professionnels de santé impliqués dans la prévention des MCV ? (Adresser un patient)

4. **Comment est réalisée la prévention ?**

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

b. L'estimation du risque cardiovasculaire est-elle réalisée? Par qui, chez qui et comment ? Avec quels outils?

c. Quels sont les recommandations de pratique clinique qui vous paraissent pertinentes pour votre exercice ?

5. Représentations

a. Comment pensez-vous que le contexte culturel du pays COB influence la mise en œuvre des programmes de prévention des MCV (Croyances, valeurs, codes de conduite, idées reçues...) ? Relance : Qu'est ce qui peut être aidant ou être un frein ?

b. Comment imaginez vous que les patients perçoivent les programmes de prévention CV ?

c. Et les acteurs de la prévention ?

6. Forces et freins

a. Dans quelle mesure les programmes actuels de prévention des MCV échouent à répondre aux besoins de la population ?

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

c. Dans quelle mesure diriez vous que les programmes de prévention des MCV marchent ?

d. Qu'est-ce qui facilite la mise en œuvre de la prévention des MCV ?

7. Les solutions potentielles

a. Si l'on voulait mettre en place efficacement des stratégies de prévention CV, qu'est ce qu'il faudrait changer par rapport au système actuel ?(Changements des pratiques/des systèmes informatiques? autres ?)

b. Avez vous l'impression que dans les politiques officielles ou dans les informations, faudrait il mettre en place des changements pour améliorer la prévention des MCV ?

8. Divers

Y a t'il un sujet qui vous semble important que nous n'ayons pas abordé ? Si oui merci de le décrire.

Guide d'entretien 2

1. **Brise glace**

a. Qu'est ce que vous pensez de la prévention cardio vasculaire de vos patients ?

b. Pouvez vous me parler de vos dernières consultations ?

2. **Promotion de la santé en lien avec la MCV dans le pays COB (organisation)**

a. Pouvez vous me donner votre avis sur les programmes et plans de santé locaux qui s'adressent à la prévention des MCV dans le pays COB ?

b. Qui est ciblé ?

c. *i. Qui sont les principaux groupes à risque pour les MCV dans le Pays COB ? Relance : Dans votre communauté, sur le territoire, avez vous l'impression qu'il a des zones, des endroits ou des conditions qui font que ces gens sont plus regroupés ou plus identifiables ?*

ii. Quels sont leur besoins/ préoccupations en terme de soins de santé?

iii. Qui n'est pas atteint par le message de prévention ?

3. **Qui sont les acteurs de la prévention des MCV ?**

a. Comment le système de santé est organisé en termes de prévention des MCV ? Relance : Dans quelle mesure les structures de soins primaires sont prêtes à s'occuper de la prévention des MCV ?

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

Relance 1 : qui fait les diagnostics, revoit les patients, investigue et prescrit les médicaments?

Relance 2 : Quelles sont les relations entre les professionnels de santé impliqués dans la prévention des MCV ? (Adresser un patient)

4. **Comment est réalisée la prévention ?**

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

Relance 1 : Comment mettez vous en œuvre la prévention?

b. L'estimation du risque cardiovasculaire est-elle réalisée? Par qui, chez qui et comment ? Avec quels outils?

c. Quels sont les recommandations de pratique clinique qui vous paraissent pertinentes pour votre exercice ?

5. Représentations

a. Comment pensez-vous que le contexte culturel du pays COB influence la mise en œuvre des programmes de prévention des MCV (Croyances, valeurs, codes de conduite, idées reçues...) ? Relance : Qu'est ce qui peut être aidant ou être un frein ?

b. Comment imaginez vous que les patients perçoivent les programmes de prévention CV ?

c. Et les acteurs de la prévention ?

6. Forces et freins

a. Dans quelle mesure les programmes actuels de prévention des MCV échouent à répondre aux besoins de la population ?

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

c. Dans quelle mesure diriez vous que les programmes de prévention des MCV marchent ?

7. Les solutions potentielles

a. Si l'on voulait mettre en place efficacement des stratégies de prévention CV, qu'est ce qu'il faudrait changer par rapport au système actuel ?(Changements des pratiques/des systèmes informatiques? autres ?)

b. Avez vous l'impression que dans les politiques officielles ou dans les informations, faudrait il mettre en place des changements pour améliorer la prévention des MCV ?

8. Divers

Y a t'il un sujet qui vous semble important que nous n'ayons pas abordé ? Si oui merci de le décrire.

Guide d'entretien 3

1. **Brise glace**

a. Qu'est ce que vous pensez de la prévention cardio vasculaire de vos patients ?

b. Pouvez vous me parler de vos dernières consultations ?

2. **Promotion de la santé en lien avec la MCV dans le pays COB (organisation)**

a. Pouvez vous me donner votre avis sur les programmes et plans de santé locaux qui s'adressent à la prévention des MCV dans le pays COB ?

b. Qui est ciblé ?

c. *i. Qui sont les principaux groupes à risque pour les MCV dans le Pays COB ? Relance : Dans votre communauté, sur le territoire, avez vous l'impression qu'il a des zones, des endroits ou des conditions qui font que ces gens sont plus regroupés ou plus identifiables ?*

ii. Quels sont leur besoins/ préoccupations en terme de soins de santé?

iii. Qui n'est pas atteint par le message de prévention ?

3. **Qui sont les acteurs de la prévention des MCV ?**

a. Comment le système de santé est organisé en termes de prévention des MCV ? Relance : Dans quelle mesure les structures de soins primaires sont prêtes à s'occuper de la prévention des MCV ?

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

Relance 1 : Quelles sont les relations entre les professionnels de santé impliqués dans la prévention des MCV ? (Adresser un patient)

4. **Comment est réalisée la prévention ?**

a. Comment mettez vous en œuvre la prévention?

b. L'estimation du risque cardiovasculaire est-elle réalisée? Par qui, chez qui et comment ? Avec quels outils?

c. Quels sont les recommandations de pratique clinique qui vous paraissent pertinentes pour votre exercice ?

5. Représentations

a. Comment pensez-vous que le contexte culturel du pays COB influence la mise en œuvre des programmes de prévention des MCV (Croyances, valeurs, codes de conduite, idées reçues...) ? Relance : Qu'est ce qui peut être aidant ou être un frein ?

b. Comment imaginez vous que les patients perçoivent les programmes de prévention CV ?

c. Et les acteurs de la prévention ?

6. Forces et freins

a. Dans quelle mesure les programmes actuels de prévention des MCV échouent à répondre aux besoins de la population ?

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

c. Dans quelle mesure diriez vous que les programmes de prévention des MCV marchent ?

7. Les solutions potentielles

a. Si l'on voulait mettre en place efficacement des stratégies de prévention CV, qu'est ce qu'il faudrait changer par rapport au système actuel ?(Changements des pratiques/des systèmes informatiques? autres ?)

b. Avez vous l'impression que dans les politiques officielles ou dans les informations, faudrait il mettre en place des changements pour améliorer la prévention des MCV ?

8. Divers

Y a t'il un sujet qui vous semble important que nous n'ayons pas abordé ? Si oui merci de le décrire.

Annexe 3 : Livre de codage des verbatims

Thème ou codage sélectif	Codes axiaux	Codes ouverts	Verbatim ID	Verbatim in integrum
Métier du médecin généraliste (compétences)	Utilisation des recommandations	Médecin conscient de ne pas appliquer les recommandations actuels	E4,l449	C'est ça. Qui ne sont plus les recos actuels d'ailleurs.
		Pas de recommandation de médecine générale sur la prévention CV	E4,l487	Qu'on n'a pas forcément de recommandations de médecine générale
		Recommandations non à jour ou biaisées	E1,l393	Recommandations sont pas à jour ou sont biaisées
		Discordance entre les recommandations médicales	E1,l409	Souvent on a une discordance.
			E1,l397	Souvent, les interventions qu'ils proposent sont prématurées par rapport à ce qu'on peut voir ailleurs
		Remise en question des recommandations de pratiques cliniques pour l'HTA	E1,l387	Pour l'hypertension artérielle c'est pareil. (rire) on peut les critiquer aussi, je trouve. A partir de quand est-ce qu'on traite quelqu'un qui a une tension a 15 /9 et qui n'a pas de facteurs de risques cardiovasculaires ? Est-ce qu'on traite ou pas ?
		Pas d'utilisations de recommandations ou de lectures spécifiques	E6,l760	Non j'ai pas, c'est ce qui est partout, je crois que j'ai pas l'impression que ce soit plus has qu'autre chose c'est les recos.

			E9,l429	Non..... (silence) c'est pas le sujet qui me passionne le plus
		Trop de recommandations : difficile pour le MG de savoir quelles recommandations méritent son application	E10,l646	Donc finalement, on pourrait les mettre dans le même sac alors que si ça se trouve ils ne le méritent pas
	Perception de son métier et de la prévention : manque d'efficacité	Manque d'efficacité de la prévention	E1,l32	Leur efficacité est inégale en fonction des patients.
			E7,l446	Après notre discours fonctionne parfois. Quand ça marche, c'est super mais c'est quand même pas souvent
	Représentations de leurs patients	Manque de données : le médecins imagine des patients malades ou avec de nombreux FDRCV mais a du mal à imaginer des patients sains en prévention primaire	E11,l86	Quels patients, qui est ciblé, qui doit être informé par la prévention cardiovasculaire primaire ? M : les hypertendus, les diabétiques, les obèses, les fumeurs essentiellement. J'oublie un peu volontairement les dyslipidémiques.
			E11,l247	Oui oui, mais essentiellement chez les diabétiques
			E12,l595	Je pense à un diabétique, hypertendu, il est coronarien donc on est en prévention secondaire
	Organisation du MG et difficultés professionnelles	Difficultés professionnelles de faire de la prévention	E2,l50	Je rencontre des difficultés sur mon territoire qui est très concerné par cette problématique
			E7,l57	De façon très

				générale, c'est plutôt difficile
			E11,l356	Les patients à l'époque avaient l'impression que plus il y avait de médicaments sur l'ordonnance, mieux ils étaient soignés.
		Prévention plus dur à pratiquer que les pathologies aiguës	E4,l635	Qui font que de la patho aigue, c'est beaucoup plus facile que ce que je fais
		Investissement professionnel/ charge de travail importante	E2,l61	Quelque chose de quotidien, que vous faites au quotidien ? M : oui complètement
			E7,l56	C'est un travail où il faut répéter, répéter et re répéter et ça ne porte pas forcément ses fruits
			E2,l51	Bonne partie de mon activité
			E12,l145	Je prends du temps pour parler de prévention
		Sentiment de solitude du MG/MG et structures de soins primaires sont les seuls interlocuteurs à parler de prévention	E11,l656	J'ai un peu l'impression qu'on est les seuls à le dire quoi
			E12,l508	Le médecin généraliste, oui complètement. Si le médecin généraliste ne le fait pas, bah à mon avis personne le fera.
			E11,l212	Mais des choses qui sont organisées en dehors de la médecine général, je vois pas.

			E10,l291	Oui en tant que structure de soins primaire, je pense qu'on a une place prépondérante dans la prévention, parce que justement, si on était pas là, il n'y aurait pas grand monde pour la faire.
			E2,l511	En terme de cholestérol j'ai l'impression d'être le principal interlocuteur en terme de prévention cardiovasculaire pour les patients, j'ai l'impression qu'à part moi personne n'en parle
			E4,l288	J'ai l'impression que c'est nous qui faisons tout le boulot
		Difficulté pour trier les informations qu'il reçoit	E1,l147	Inondés de mails je trouve mais finalement, enfin sur ce genre de choses, mais en fait c'est inefficace, je ne les lis pas.
	Manque d'effectif des MG	Manque d'effectif des MG	E2,l539	Il manque des effectifs
			E4,l665	Ils ont pas de moyens de consulter
			E2,l542	Dans le territoire ça va être de pire en pire dans les années à venir
			E3,l536	Oui pareil, oui, c'est sûr que j'y consacre pas des consults
			E7,l257	C'est globalement compliqué quand même. Que ce soit les médecins généralistes ou les

				spés, dans le pays COB, on n'est pas très très nombreux
			E8,l207	Dans un premier temps, il faudrait des médecins.
			E10,l670	Alors le nombre de personnel de santé, je dirai oui. On est quand même sur des zones où on est un peu juste en terme de médecins
		Difficulté pour les médecins de faire de la prévention pour des patients des communes voisines qui n'ont pas de médecin généraliste	E4,l667	Dépannés d'un renouvellement, dépannés pour de la patho aigue mais là on va pas s'éterniser...
	Pas de valorisation financière	Paiement à l'acte non adapté a la pratique de la prévention	E4,l657	Le paiement à l'acte c'est pas judicieux pour ça, ça incite pas les médecins à prendre leur temps justement pour parler de ces choses là
			E6,l1123	Des problèmes de l'acte à l'acte, du travail à l'acte, c'est sûr qu'on reste rémunéré à l'acte sinon si c'est à la pathologie
			E12,l524	Et le paiement à l'acte favorise ça aussi.
			E13,l758	Le paiement à l'acte n'est pas la meilleure solution.
		La prévention n'est pas rentable financièrement pour un médecin généraliste car temps de prévention non rémunéré	E4,l637	Pour parler de ces choses là qui sont pas lucratives en fait

			E6,l736	Vous allez y mettre plus de contenu psychologiquement puisque vous êtes motivé, voilà, c'est normal et pas parce qu'on va mettre 70 euros que vous faites votre consultation en 10 mn
			E12,l529	Parce que ce temps là n'est pas rémunéré. C'est un vrai problème.
			E12,l878	Pour mobiliser tout le monde, ça demande quand même beaucoup d'énergie et ce temps là n'est pas rémunéré quand même tu vois
			E13,l693	Et la prévention cardiovasculaire par exemple? M : c'est pas rentable .
			E13,l704	Elle est pas valorisée. Enfin, très peu
	Manque de solutions des MG	Difficulté à la compréhension de l'échec de la prévention	E2,l505	Qu'est ce qui fait que ça échoue ou au contraire que ça marche ? M qu'est ce qui fait que ça ne marche pas? « silence »
			E3,l599	J'en sais rien
		Difficulté de cibler les besoins de soins des patients	E4,l208	Difficile de cibler leurs besoins en termes de soins pour pouvoir ensuite leur proposer qu'ils soient réceptifs ? M : oui
		Pas de solution attendue des politiques	E2,l649	Au niveau de la politique heu …

		Peu de solutions pour mieux informer les patients	E2,l660	Mais comment oui « perplexe » ?
			E3,l599	Surement oui, mais après quoi ?
		Difficulté pour trouver des solutions afin d'améliorer la prévention	E3,l578	Qui permettrait de mettre de nouvelles stratégies de prévention en place ou d'améliorer la stratégie déjà ? M: ben je sais pas...
			E9,l16	Toi, comment tu fais en vrai, c'est un petit peu plus compliqué (rires)
	Manque de formation	Manque de temps pour se former	E5,l746	Ya plein de thèmes qui me séduisent, mais on ne peut pas tout faire non plus quoi
		Manque de formation des médecins généralistes sur la prévention CV et notamment sur les méthodes pour aider les patients a réduire les FDRCV	E9,l13	C'est quelque chose au final auquel on a pas été très bien formé. On a été bien formé sur la liste des facteurs cardiovasculaires, mais qu'est ce qu'il faut faire pour aider les gens à changer leurs habitudes, on a quasiment pas été formé
			E9,l543	Il manquerait de l'information pour nous. Pour qu'on soit mieux formés
		Manque de formation des médecins à la diététique	E2,l524	C'est difficile de dire après concrètement de donner des détails au niveau nutritionnel pour les patients
			E1,l369	On dit « c'est pas bien, faut pas faire ça ». Et voilà.

				(rires)
			E2,l526	J'ai quelques notions mais je ne suis pas nutritionniste non plus
		Manque de formation des médecins à l'éducation thérapeutique notamment pour bien faire passer les RHD auprès des patients	E5,l635	Oui, moi je n'ai eu aucun enseignement.
			E11,l255	C'est pas seulement sur le conseil diététique particulier qu'on va leur donner « manger tel chose, ou manger plus de ça ». C'est plus sur la façon de leur dire
		Manque de formation aux outils de prévention comme entretien motivationnel ou hypnose	E9,l23	On a été très peu formé à tout ce qui est entretien motivationnel, etc.
		MG non formés à la communication collective	E9,l200	Je suis pas sûre qu'on soit les mieux placés pour faire de la communication grande ampleur, au niveau formation
		Méconnaissance du MG de l'intérêt pratique des échelles d'estimation du risque CV	E11,l489	Voila donc l'intérêt de ça, je sais même pas ce que c'est
		Utilisation d'un vocabulaire erronée : méconnaissance de la définition des 3 niveaux de prévention (primaire,	E12,l595	Je pense à un diabétique, hypertendu, il est coronarien donc on est en prévention secondaire

		secondaire, tertiaire) et amalgame entre prévention secondaire et tertiaire		
			E3,l530	Pour les cardios quoi, qui sont a flux tendu, pour le coup ils sont vraiment sur de la prévention secondaire
			E7,l231	Plutôt quand il y a eu un souci, quand on est déjà en secondaire
	Culture et formation initiale du médecin non concentre sur la prévention	Formation initiale des internes à la prévention très pauvre dans une structure inadaptée : l'hôpital	E4,l775	Le fait que les médecins généralistes soient formés à l'hôpital, c'est pas l'idéal pour apprendre a le faire.
			E9,l21	Bah au niveau de la formation primaire, non
			E4,l791	On a trois autres formations sur la prévention sur tout notre internat, sur 3 ans d'études, on a ….. M : alors qu'on est censé être le pilier.
			E4,l760	Comment à la fin de son cursus il peut savoir faire de la prévention, enfin … pour peu qu'en prat il est allé que chez des médecins qui voient 30 patients par jour, là...
	Entrainant un manque d investissement des médecins	Désintérêt du médecin pour la prévention	E1,l506	Nous médecins on aime faire de beaux diagnostics et faire dans le thérapeutique, soigner des gens avec de vraies maladies, a tort sans

				doute. On a peut être pas cette culture chevillée au corps.
			E5,l346	Voilà, on est plutôt dans la médecin curative quoi.
			E8,l555	Je sais qu'il y a des médecins, la prévention primaire, ça les intéresse pas
			E7,l430	Il y a un problème de valorisation de la prévention, et de l'implication des professionnels de santé la dedans
			E10,l676	La prévention va forcément pas être le premier point sur lequel on va.. Ça arrive un petit peu en deuxième. I : il y a des choses plus importantes? M : c'est pas le plus important mais disons que c'est des choses qu'on va pas faire en priorité.
		Le cardiologue investit uniquement en prévention secondaire par manque de temps et d'intérêt	E1,l338	Pas en prévention cardiovasculaire, c'est compliqué. Pour qu'on puisse les toucher, il faut vraiment que ce soit sur des choses graves. Ils ne sont pas du tout partie prenante de ça.
			E3,l320	Les cardios interviennent surtout en prévention secondaire
			E4,l294	Patient va voir le cardiologue c'est que c'est déjà du secondaire.

			E4,l299	A part les parisiens qui vont voir le cardiologue, histoire de voir le cardiologue
			E8,l318	Non le cardiologue, lui il lui faut un symptôme
Mise en place d'un plan de prévention (stratégie et pratique médicale)	Difficulté pour le calcul du risque CV global	Pas d'utilisation d'échelles pour calculer le risque CV globale	E1,l375	Non, je n'utilise pas d'échelles.
			E2,l382	Non je n'ai pas d'outils.
			E3,l404	Pas pour l'instant non. Après c'est aussi un début d'exercice
			E8,l404	Est ce que vous utilisez des outils particuliers? Non c'est d'après les symptômes
			E5,l462	Et du coup, j'ai arrêté.
			E7,l326	Je n'utilise pas d'outils, j'avoue
			E11,l420	Non je le fais pas.
			E9,l411	Non, je fais pas.
			E3,l389	Est ce que vous estimez le risque cardiovasculaire ? M : non
			E4,l428	Ah le framingham je fais peu
		Echelle d'estimation du risque CV comme score non utilisée car peu connue des MG	E2,l384	Je la connais mais la détailler ça je ne pourrai pas te le dire
			E3,l399	Ouais mais je la calcule pas
			E6,l716	Ca me dit quelque chose mais je ne la pratique pas

		Echelle d'estimation du risque CV comme score non utilisée car difficulté d'utilisation/complexe	E4,l432	L'échelle score j'ai essayé et j'ai pas compris.
			E6,l1211	Si c'était si intuitif je pense qu'il serait dans la pratique quotidienne, il manque un petit quelque chose
			E5,l487	C'est pas forcément des outils adaptés.
			E10,l550	Vous utilisez pas score, c'est un score M : non c'est pas celle là que je vais utiliser
			E13,l528	Score, j'ai utilisé une fois, j'ai pas été convaincu par le graphisme en fait
			E11,l453	Non non, c'est pas simple, non plus
			E4,l472	Personne ici l'utilise devant cette complexité.
			E13,l123	Pour vous , le cv risk calculator, c'est vraiment un outil qui fonctionne au quotidien ? M : ça fonctionne, il faut avoir le temps.
		Pas de score français pour estimer le risque CV	E5,l416	Déjà, il n'y a pas de score français
		Pour MG : pas de bénéfice supplémentaire a utiliser une échelle d'estimation du risque CV	E5,l442	On nous dit que c'est pas adapté, qu'on sait pas quoi faire, on est un petit peu... Pour débuter les statine
			E1,l390	Non, absolument pas. Qu'est ce que

				ça nous apporterait ?
			E12,l632	Moi je pense que ce patient est à risque et je sais pas si j'ai besoin de reprendre du temps encore pour le faire entrer dans une grille. Est ce que ça va changer quelque chose dans sa prise en charge ?
		Doute du MG de la réelle efficacité de sur informer les patients quand à leur risque d'événement cardiovasculaire/craint de faire peur au patient	E11,l444	Je sais bien que c'est notre rôle d'informer, mais est ce que trop d'informations..
			E11,l432	Si c'est pour aller dire au patient : vous avez tant de risque d'avoir un événement cardiovasculaire dans l'année, parce que ça revient à ça. Ouais c'est notre rôle, mais même si vous leur dites, : » vous avez 1% ». C'est super flippant je trouve pour eux. 1%, 2%, je crois....peut être que mon message aurait un impact plus important...
	Lacunes pour conseiller une activité physique et du sport	Pas de rappel ni de motivation pour les activités physiques	E9,l378	C'est pas le truc que je fais le plus souvent, en fait euh.... Non je fais pas....
		Prescription de sport récente et rare	E3,l635	Ça m'est arrivé 2 – 3 fois
			E1,l72	Oh très peu, ça ne m'est pas arrivé

				souvent
			E11,l323	Non jamais. Je sais que ça va se mettre en place
		Méconnaissance des conditions de prescription d'activité physique	E1,l79	Pas trouvé de réponse très claire de la manière pour le prescrire
			E11,l325	Mais c'est tellement vague, dans quelles conditions, on sait pas bien tout ça.
	Manque de structures sportives	Manques de structures sportives adaptées	E2,l726	Je prescris mais j'envoie mon patient où après
			E2,l705	Mais il n'y a pas de débouchés, il n'y a pas d'acteur pour mettre en place cette activité sportive de prévention.
		Modalités inconnues de l'obtention de l'accréditation sport santé	E2, l716	Patient prof de sport dans une salle a xxxx et qui m'a demandé « est ce qu'on met cela en place ?
		Médecin demandeur de structures sportives adaptées	E2,l734	On est demandeur !
	Enquête alimentaire et délivrance de conseils nutritionnels	Désintérêt du médecin de parler des RHD et suivi diététique irrégulier initié par le médecin	E1,l94	Pas de manière très soutenue
			E6,l605	Choses qui nous coûtent un peu nous médecins généralistes car on baigne tellement dans d'autres choses à coté que reparler des légumes des féculents des rapports des modes de cuisson etc

			E6,l658	C'est difficile de tout faire
		Enquête alimentaire nécessaire mais difficile à mettre en place car chronophage	E6,l650	Mais après c'est les quantités et après il faudrait une enquête alimentaire chez eux
			E11,l268	Et ça vous arrive de faire des enquêtes alimentaires comme les diététiciens font? M : de façon aussi précise, non
			E12,l387	Tout ça prend du temps mais ça vaut la peine
		Suivi diététique efficace chronophage (nécessite du temps en consultation et des consultations très régulières pour obtenir une efficacité)	E11,l264	Ça demande du temps en consultation, c'est toujours aussi pareil, c'est très long à la fois pour la consultation et pour le suivi qu'il faudrait qu'on mettre en place. Faudrait être un peu coach et les revoir assez fréquemment pour passer le message et pour rediscuter de tout ça. C'est un peu ça qui manque en formation.
		Paradoxe : parfois des solutions paraissent évidente pour le médecin mais ne l'est absolument pas pour le patient entrainant un manque d'information du patient	E12,l739	Au lieu d'aller en voiture pour chercher le pain, ou aller a la poste, ben venez a pied. Il y avait pas pensé, donc c'est des choses toutes bêtes auxquelles il n'avait pas pensé. Qu'il faut qu'on leur dise. En plus il fait des économies d'essence ou de gas-oil. Il m'a dit l'autre jour : ben je n'y avais même pas

				pensé. Que le médecin pourrait penser : ça paraît une évidence pour nous.
		Doute du médecin sur l'intérêts des omégas	E6,l783	Il faut peut être qu'il y ait de l'oméga 3 et de l'oméga 6 et pas simplement 1 mais euh oui ben bon la qualité de l'huile d'olive devenue compacte mais a perdu de ses qualités
	Prescription médicamenteuse notamment des statines compliquée	Doute du MG sur l'indication des statines en prévention primaire	E1,l56	Polémique sur les statines auxquels on n'adhère pas
			E3,l346	Le grand flou pour le coup en prévention primaire j'en sais rien
		Intérêt des statines en prévention secondaire	E1,l57	On considère qu'en prévention secondaire il y a un intérêt aux statines
		Doute du MG sur le fait de considérer la dyslipidémie comme un FDRCV//difficulté de changer le message de prévention	E11,l184	Et changer de message en disant, « maintenant, c'est plus le sucre que le cholestérol ça va être compliqué » I : d'accord. Donc on hérite d'un message ancien M : d'un message ancien qui a été porté mondialement sur des études qui étaient sans doute erronées. On va dire sans doute.
			E11,l99	J'aimerai avoir des précisions si la dyslipidémie seule sans facteur de risque soit vraiment un risque

		Discordance entre les recommandations et l'expérience du médecin concernant la prescription de statines	E5,l44	Déception autour de la polémique des statines. Voilà. Parce qu'il y a des patients qui ne rentrent pas dans le cadre d'un traitement mais qui pourtant pour moi sont très à risque
		Changements des recommandations concernant les statines	E5,l49	Des traitements qui ont été mis en place par des collègues il y a 15 ans ou des choses comme ça. Et maintenant on nous dit stop
	Difficulté de mise en place d'une aide au sevrage tabagique	Motivation du patient indispensable	E7,l303	Il faut qu'ils soient motivés et qu'ils aient envie d'arrêter, sinon ca marche pas.
			E9,l262	Bon s'ils sont pas prêts, ils sont pas prêts
		Pas d'impact des messages non personnalisés sur la consommation tabagique	E4,l583	Personnellement je ne pense pas que ce soit très efficace
		Pas d'envoi vers un tabacologue	E7,l304	Alors j'ai jamais envoyé un tabacologue ou autre
		Doute sur la supériorité de l'efficacité des tabacologues	E11,l672	Alors j'ai adressé des patients à des tabacologues, je sais pas s'ils ont beaucoup plus de résultats que nous
		Techniques de sevrage non remboursées	E9,l271	Tous ces champs d'actions sont possibles, que la plupart du temps ce n'est pas remboursé
		Déclic de l'arrêt du tabac difficile a connaitre : souvent raison personnelle,	E5,l640	On se dit «pourquoi?» donc j'essaye de savoir, on en parle, j'essaye

		et non le mois sans tabac		de savoir qu'est ce qui a fait le déclic.
		Difficile d'évaluer l'efficacité du sevrage tabagique	E9,l549	Pour le tabac avec l'hypnose les patchs on arrive à s'en sortir... J'ai du mal à évaluer le pourcentage de réussite, mais globalement les gens qui sont venus d'eux même, ça marche assez bien. Après pour l'hypertension, ça marche assez bien
		Aucun résultat positif des substituts nicotiniques selon MG	E11,l676	Je crois que j'ai jamais eu de résultats positifs.
		Doute sur l'impact réel de l'augmentation du prix du tabac sur la consommation notamment des jeunes	E11,l729	Est ce que ça a eu vraiment un impact sur la limitation de la consommation du tabac, sur le fait qu'il y ait moins de jeunes fumeurs ? Je sais pas.... J'ai pas les chiffres
	Contexte de consultation inadapté pour parler prévention	Manque de temps dédié à la prévention/ prévention chronophage	E1,l438	Quand c'est le matin et qu'on est en forme et qu'on est pas débordé, on aura tendance je pense à plus prendre le temps
			E3,l550	C'est surtout le temps plus que les diététiciennes...
			E2,l519	Le temps est une contrainte pour tout le monde, c'est vrai qu'en consultation on peut être amené à reporter un discours en terme de prévention
			E4,l637	Ça incite pas les médecins à prendre leur temps

				justement pour parler de ces choses là
			E5,l362	Il y a des fois on se dit « ils nous rajoutent encore ça » quoi.
			E7,l316	Parce qu'on a pas beaucoup de temps pour le faire.
			E12,l279	Je pense que c'est par manque de temps que les confrères ne le font pas toujours
		Pas de consultations dédiées	E1,l452	Pour la nutrition non clairement, ce n'est pas quelque chose qu'il m'est arrivé de faire.
			E2,l65	Vous avez des consultations dédiées ? M non,… non non
			E3,l40	Ça vient lors d'une consultation pour autre chose ? M : ouais
			E5,l251	Pas de temps de consultation dédié à ça
			E6,l727	Qui n'a pas lieu pour le moment
			E10,l437	Non, il n'y en a pas, du moins estampillés en tant que telles
			E10,l446	On a pas tellement de consultation en primaire, dédiée à ça quoi.
			E11,l374	Non ce n'est pas de la consultation dédiée
		MG ne parle pas de prévention lors des consultations pour	E10,l79	Quand ils viennent pour de la pathologie aiguë,

		problèmes aiguës		qui n'a rien à voir. C'est vrai que ce n'est pas le sujet donc on en parle pas forcément.
			E7,l168	Aller leur parler de prévention cardiovasculaire ce jour là, c'est un peu compliqué
		Consultation dédiée CV essentiellement en prévention secondaire	E10,l438	Mais on est pas vraiment dans le cadre de la prévention primaire. Si par exemple, on a un nouveau patient assez lourd en terme d'antécédents, de problèmes de santé tout ça, on va lui reproposer de revenir en plusieurs fois, sur 2 ou 3 consultations en axant chacune des consultations sur un des domaines qu'il a. Et dans ce cas c'est pas rare qu'on leur demande de revenir spécifiquement sur une consultation uniquement pour parler de cardiovasculaire. Mais c'est pas en tant que tel une consultation prévention.
		En fin de consultation	E1,l113	C'était en fin de consultation comme souvent
		Long délai pour avoir un rdv	E1,l509	Patients mettent beaucoup de temps a avoir un rdv
		Maison médical de garde : lieux totalement inapproprié pour faire de la	E4,l676	Donc là le lieu ne s'y prête pas du tout, on le fait très mal, enfin c'est dommage.

		prévention		
		Difficulté pour les médecin conseil ou du travail de faire la prévention sur une seule consultation	E4,l324	Peut être qu'ils abordent mais pour eux c'est difficile ils voient les patients une fois ... Tous les...
		Consultation dédiée via le bilan de santé initié par la MSA uniquement pour une classe professionnelle	E3,l272	MSA, ça aussi, ça c'est des campagnes de dépistage, après c'est par catégorie professionnelle pour le coup, mais ça ça marche bien
		Pas de consultations conjointes pour parler prévention CV	E1,l271	On rémunère par exemple des consultations conjointes mais ça n'a pas de rapport avec la prévention cardiovasculaire
	Limites et paradoxe des bilans de santé initiés par la sécurité sociale et les mutuelles	Réalisés uniquement par les patients sensibilisés	E4,l605	Ceux qui sont déjà suivis vont aisément aller là dedans,
		Intérêt limité : fait doublon avec le rôle du MG	E4,l628	Ça j'ai pas vu moi, je pense que c'est un doublon
			E4,l619	Peut être, moi j'en ai pas eu.
		Doute du MG sur la réelle efficacité des bilans de santé : non personnalisé et pas de suivi ultérieur	E6,l518	Après le problème c'est le patient qui a fait son bilan, qui vient voir son médecin, euh après est ce que ça marche, après c'est ça... La boucle finale, le feed back, est ce que ça marche,
			E5,l323	TSH, mais elles ne l'ont pas parce que c'est pas dans le truc.
	Stratégies de communication	Stigmatisation de la part de certains médecins des	E11,l310	Il y a un peu une stigmatisation dans ce que vous dites

	inadaptées	patients fumeurs ou obèses		des obèses, des fumeurs ? M : ah oui, j'ai entendu ces propos là en formation, de la part des médecins généralistes. C'est choquant
		Le médecin ne perçoit pas forcement les déclencheurs du patients	E5,l701	Peut-être qu'il y a des déclencheurs qu'on ne perçoit pas.
	Education thérapeutique	Investissement professionnel important/chronophage	E4,l725	Ça demande beaucoup de travail quand même
			E5,l715	Je sais pas où on trouve le temps
	Système informatique	Système informatique perfectible	E1,l550	Le système informatique n'est pas optimal du tout.
			E1,l556	Certains items qui s'affichent automatiquement. Tabagisme, LDL, glycémie. On le regarde, mais pas plus que ça.
		Doute sur l'intérêt d'un système informatique partagé	E3,l574	Ouais peut être. Peut être mais encore que (doute)
			E13,l677	On parlait de système informatique, est ce que pour vous ce serait bien d'avoir un système informatique commun avec les autres professionnels de santé. Est ce que ça aiderait, pour la prévention cardiovasculaire primaire? M : franchement non. Pour autre chose,

				oui, mais pas pour ça
		Efficacité sur la prévention difficile à évaluer car récent	E2,l586	C'est difficile oui car c'est tout récent
	Pas de retour sur l'action du MG	Mise en place de stratégies/plan de prévention mais peu de retour sur les résultats	E5,l37	On a l'impression d'essayer de mettre des choses en place mais on ne sait pas si c'est suivi d'effet
			E6,l518	Après le problème c'est le patient qui a fait son bilan, qui vient voir son médecin, euh après est ce que ça marche, après c'est ça... La boucle finale, le feed back, est ce que ça marche
			E6,l552	Est ce que les résultats sont là, je ne sais pas
			E13,l343	On parlait des médias, on disait que les patients entendaient ce que disaient les médias, la radio, la télévision, les journaux mais c'est pas pour autant que ça a un impact sur eux? M : c'est ça, je ne suis pas bien placé pour évaluer cet impact
Autres professionnels de sante	Manque d'effectif	Manque d'effectifs des paramédicaux et des dentistes...	E3,l528	Le manque de paramédicaux
			E5,l574	Voilà, du vrai personnel de santé
			E12,l879	Et du coup, les gens finissent par se lasser, comme on a beaucoup de travail, les kinés sont pas assez nombreux, les

				infirmières ont beaucoup de boulot
		…Entrainant un manque de temps consacré à la prévention	E3,l706	Ça ne les intéresse pas forcément, c'est de la prévention primaire alors c'est vrai que c'est pas évident, les médecins en font quand même, on est obligé.
				M : et elles, elles arrivent sur des patients déjà dépendants bien souvent, sinon y'a pas de soins infirmiers.., c'est pas pour une prise de sang qu'elles vont faire à 6 h et demi du mat. Qu'elles vont rappeler ça. Voilà c'est ça rentre pas dans leur boulot quoi.
			E12,l838	Mais je lui ai dis : est ce que le dentiste vous a parlé du tabac? Parce que c'est le boulot du dentiste non? Alors qu'il fume 30 cigarettes par jour au moins.
		Manque d'effectifs des diététiciennes	E2,l526	L'accès aux diététiciens ou aux nutritionnistes n'est pas forcément facile.
			E3,l387	Oui y'a pas de diét
			E1,l89	Passe de temps à autre
			E4,l370	Il nous manquerait une diététicienne
			E6,l594	Oui on aimerait peut être plus facilement les

				nutritionnistes
			E5,l568	La disponibilité : le fait qu'il faille aller à xxxx ou à xxxx pour la diet'
			E10,l361	Est ce que par exemple vous avez une diététicienne ? Ou nutritionniste ? M : pas ici.
			E6,l608	Il faut remplacer tous les étiopathes, les ostéopathes auto-proclamés … les nutritionnistes ce serait pas mal
		Difficulté d'accès aux cardiologues en prévention primaire par manque d'effectifs	E1,l334	Non, on n'en a pas ici.
			E3,l548	Pour les cardios quoi, qui sont a flux tendu, pour le coup ils sont vraiment sur de la prévention secondaire
			E4,l360	Pour de la prévention ou pour un suivi on va être un délai a 6 mois
			E7,l257	Alors, c'est globalement compliqué quand même
			E8,l36	Ça fait assez loin. Ça fait 100km aller retour
			E5,l389	On a des délais avec les cardiologues
			E10,l698	Le manque de relais spécialisé même en soins primaire, je prends l'exemple du cardiologue, c'est très compliqué d'avoir un rdv cardiologue pour un

				patient ici à xxx si on le veut dans un délai inférieur a 6 mois.
	Manque de formation	IDE ne connaissent pas les FDRCV	E4,l294	Parce que quand on parle aux infirmières de facteurs de risques ça leur parle pas
	Manque de coordination entre professionnels de sante	Manque de coordination entre acteurs de santé pour une prévention efficace	E12,l873	Ben elle est trop morcelée, il n'y a pas assez de coordination entre les acteurs de santé.
			E10,l330	Par exemple un pharmacien qui va nous contacter directement, c'est plus pour des problèmes aigus où le patient serait spontanément allé d'abord à la pharmacie et le pharmacien va considérer que ça nécessite avant un avis médical et va nous recontacter. Dans le domaine de la prévention cardiovasculaire, la comme ça de mémoire, je n'ai pas trop eu le cas.
			E9,l269	Je travaille avec personne en particulier
		Discordance des discours entre médecin et paramédicaux	E4,l676	Que derrière la diététicienne ou le pharmacien leur dise « ben attendez j'ai le complément nutritionnel qui va vous faire maigrir « ça sabre tout le travail que j'ai fait
			E11,l226	Soit parce qu'on a des messages contradictoires

			E9,l345	C'est les seules difficultés que j'ai et je n'arrive pas très bien à comprendre pourquoi ils comprennent ça des messages du diététicien de l'hôpital.
		Pas d'intervention du kinésithérapeute pour la prévention	E10,l507	Donc les kinés ne rentrent pas forcément dans la boucle de la pratique sportive dans le cadre de la prévention primaire? M : pas plus que ça
			E10,l348	Kinés. Après je sais pas si sur la partie cardiovasculaire, c'est eux qui font le plus de prévention, c'est pour ça que j'en avais pas parlé pour l'instant
	Actes paramédicaux non rembourses	Freins majeurs : le non remboursement de certains actes paramédicaux	E5,l536	Il y a des interventions para médicaux qui soient non remboursées
	Diététiciennes non remboursées et inefficaces	Consultation diététique non remboursée	E5,l387	Le problème c'est le prix de la consultation chez la diététicienne. Qui n'est pas remboursée. Même chez les diabétiques. C'est une hérésie.
			E4,l377	Ce n'est pas remboursé, là pareil, c'est quand même un gros frein pour les gens.
			E7,l484	C'est les consultations avec les diététiciens, c'est pas pris en charge.
			E9,l357	Je leur explique que

				c'est pas remboursé
			E11,l639	J'avoue que je sais même pas comment c'est remboursé
		Nécessité d'aller jusqu'à l'hôpital pour voir une diététicienne	E8,l324	Faut qu'ils soient hospitalisés pour qu'ils voient ce que c'est qu'une diététicienne
			E8,l395	Dans le cadre d'un hôpital de jour que les patients voient une diététicienne et qui seront suivis ensuite? M: oui
			E8,l391	Non j'adresse à une diététicienne. Hospitalière le plus souvent parce que par ici il y en a pas tellement.
		Sentiments d'échec des prise en charge par les diététiciennes	E11,l225	J'ai l'impression que ça sert a rien. A chaque fois, ça a toujours été un échec. Même avec les diabétiques
	Education thérapeutique peu utilisée car difficile à mettre en place	Peu utilisée car difficile à mettre en place (besoin d'une motivation commune des professionnels de santés locaux)	E1,l290	L'infirmière qui gère? M : ça fait 1 an qu'elle en a parlé. Elle a dû en faire quelques fois, ça n'a pas été très fréquent.
			E12,l251	Consultations d'éducation thérapeutique. Ici on a évoqué ça mais c'est un petit peu dur de monopoliser, enfin de faire bouger tout le monde,
		Education thérapeutique en prévention secondaire initialement	E3,l737	Le projet initial c'était éducation thérapeutique chez l'insuffisant cardiaque chronique

Patients	Spécificités du mode de vie des patients du pays COB	Epicurisme/ image du bon vivant	E9,l448	Oui. C'est l'image du bon vivant qui ressort...
			E9,l459	Oui là c'est l'épicurisme
			E9,l169	Pour eux, c'est bien vivre en fait: boire, fumer, et bien manger c'est bien vivre. Et si on vit pas comme ça, ça ne vaut pas le coup.
			E6,l436	Ils veulent pas avoir conscience, ils veulent pas, y'a une lutte, les gens vivent dans l'instant présent aussi, ils veulent pas forcément si on ne leur donne pas le message, ils vont aller où c'est le plus savoureux, le plus bon marché, plus convivial
			E8,l499	Je crois que tout est en train de se planifier. Il fut un temps on mangeait beaucoup trop de charcuterie. Le xxxx était numéro un question alcool. Je crois que maintenant ça se généralise de partout.
		Beaucoup de croyances locales	E4,l492	Ya beaucoup de croyances
			E7,l368	Certains patients qui avant de venir nous voir, vont aller voir le magnétiseur, celui qui compte avec les mains
		Fatalité, résignation et déterminisme lié à la religion	E4,l507	Beaucoup de fatalités, ma mère était pareille donc

		catholique		c'est évident, c'est une fatalité, on ne peut pas changer les choses.
			E5,l513	Si il y a un espèce de fatalisme aussi quelque fois
			E8,l235	Ya plein de gens qui disent : « toute façon, il faut mourir de quelque chose »
			E4,l512	L'imprégnation catho, voilà, c'est normal que ça m'arrive quoi, un peu...
			E10,l589	Il y a des états d'esprit, des gens, des habitudes qui font qui, j'aurai tendance à dire, pas facilitatrice, j'aurai tendance à dire des éléments limitant
		Difficultés financières plus importantes dans pays COB	E9,l76	Je pense qu'on a pas la population la plus favorisée de Bretagne.
			E9,l79	Donc des gens qui sont financièrement en difficulté ? M : ouais
			E4,l167	Ah oui, parce qu'ici, les gens quand même il y a beaucoup de précarité
		Précarité entraine mauvaise hygiène alimentaire	E6,l306	La précarité les amène à consommer des féculents en grande quantité et puis des choses trop riches
			E6,l897	Les fruits encore oui mais t'as vu au prix où ils sont cette année mais y'a des choses comme ça

				qui sont importantes
			E4,l181	J'avais des patients qui ne pouvaient pas manger trois repas par jour parce qu'ils n'avaient pas d'argent
			E7,l160	Probablement pas de possibilité de manger équilibré
			E12,l425	La pauvreté, les gens qui ont des difficultés financières ont quand même du mal à manger 5 fruits et légumes par jour.
			E9,l87	Au niveau moyens, ce sont des gens qui ont moins de moyen pour les courses, pour l'alimentation générale, ils utilisent une alimentation de moins bonne qualité,
		Conditions de travail difficiles (charge et horaire de travail) : frein à l'activité physique et à une bonne hygiène alimentaire	E6,l341	Il y a des gens qui sont pas sensibilisés effectivement parce qu'ils ont d'autres intérêts, ils sont pas intéressés par le sport
			E8,l664	Je le fais pas. Il faut finir tôt pour avoir le temps d'aller courir
			E7,l180	Les gens qui travaillent en usine avec les horaires décalés, on voit bien que c'est souvent hyper compliqué pour eux, notamment sur le plan alimentaire.
			E9,l102	Plein de gens qui ont des conditions

				de travail pas exceptionnelles dans le secteur, dans l'agro-alimentaire
			E4,l180	Ils font du travail tellement difficile que leur dire de marcher trente minutes par jour … euh, c'est assez difficile de leur expliquer ça..
			E6,l698	Un travail très dur, trop costaud, il va se venger sur la nourriture en rentrant chez lui le soir
	Modèle de rôle	Ignorance des compétences du MG (à pouvoir l'aider pour diminuer son risque CV)	E9,l500	Par contre, ils ont pas forcément compris qu'on pouvait les aider.
	Représentations de leurs MG	Image négative d'un médecin possédant de nombreux FDRCV/importance de l'image du médecin par le patient pour la perception de la prévention	E5,l607	Donc l'image du médecin est importante pour la perception du patient. Donc ça c'est un frein : un médecin gros, fumeur sédentaire ? M : oui ça peut être un frein
	Message de prévention perçu négativement ou mal interprété	Impression de répression et d'un message culpabilisant	E2,l495	De ce que j'entends des patients, ils voient ça plutôt comme une répression que comme une prévention, heu…ça s'est un gros frein
			E6,l879	Ce qui est culpabilisant c'est là où ils peuvent pas faire face a leur truc, bon je peux pas m'arrêter de fumer, alors là c'est des culpabilisations,

				alors en rajouter
		Défiance de certains patients face aux messages de prévention	E9,l475	Défiants vis a vis de tout ce qui pourrait venir d'une autorité quelconque
			E8,l249	Mais quelqu'un qui est opposant, on fera pas de miracles
		Méfiance des patients vis a vis des statines	E2,l403	Patients sont beaucoup plus méfiants vis a vis notamment des statines.
			E3,l339	Non clairement pas. Pour les patients non plus
			E7,l194	C'est souvent poser pas mal de questions notamment statines
	Désintérêt de la prévention	Désintérêt pour la prévention et très peu d'initiative des patients (la prévention n'est que très rarement à l'initiative du patient)	E2,l74	C'est très très « insiste » rarement une demande du patient.
			E8,l290	Non, un de temps en temps
			E5,l142	Vos patients ne sont pas forcément réceptifs à ce genre de choses? M : oui
			E4,l534	Oui il y en a clairement que j'embête
			E1,l214	En tout cas qui au contraire disent la prévention ce n'est pas pour moi ? Y a t il beaucoup de gens qui vous disent ça ? M : euh oui
			E7,l58	Ils se disent que ça reste des risques et que ça m'arrivera

				pas, ça arrivera aux autres
			E9,l188	J'en ai plein qui sont pas atteints par le message de prévention
			E6,l432	Non non on sent qu'ils devraient avoir ces préoccupations qu'ils n'ont pas
		Pas d'inquiétude des patients concernant le surpoids	E11,l136	Oui le surpoids les inquiète pas beaucoup en général
		Patient conscient d'être négligent (paradoxe chez les patients : connaissance des effets néfastes sur leur santé mais pour autant ils continuent de surconsommer)	E9,l175	Ils ont conscience que c'est pas bien, mais ils font le choix de.
			E6,l354	Moi ça m'intéresse pas votre truc là, moi le tabac, j'aime fumer je fumerai, j'aime boire je boirai etc et je fais ce que je veux
			E4,l206	Je pense qu'ils se rendent bien compte qu'ils sont peut être négligents, plus négligents avec leur santé
			E12,l1034	C'est à dire il y a trop de choses contradictoires. Tout le monde sait ce que c'est la malbouffe, mais finalement on en vend plein partout.
	Paradoxe : pas de priorité accordée a la prévention pour les groupes à risque	Les patients au milieu socio économique moins élevé ou en	E9,l118	Ils sont moins réceptifs aussi aux messages de prévention que vous

	notamment les patients avec un bas niveau socio économique	difficulté sociale (les patients précaires) sont moins sensibilisés au risque cardiovasculaire		pourriez leur faire ? M : oui
			E9,l86	Bah aussi parce que c'est lié à un milieu socio-culturel moins élevé
			E9,l92	Et puis ils ont été moins sensibilisés à l'hygiène de vie globalement.
			E2,l242	Oui… toujours pareil, des gens d'un bas niveau socio économique ? M oui plutôt…
		Paradoxe : patients au niveau socio économique faible sont plus à risque CV mais ne sont pas préoccupés par leur état de santé et par la prévention CV(ont des préoccupations plus importantes que la prévention CV)/la population atteinte par les programmes de prévention n'est pas la population la plus à risque	E10,l244	Leur préoccupation n'est pas la santé,
			E10,l280	Je dirai que ces gens là en fait finalement (convaincu). C'est un ensemble. Ils se préoccupent moins, donc ils sont moins vigilants aux messages de prévention. C'est le serpent qui se mord la queue quoi.
			E12,l450	Est ce qu'ils s'en préoccupent? Je suis pas très sure

				car ils viennent souvent pour un problème aigu ces gens là, c'est difficile de fidéliser ces gens là
			E3,l231	C'est plutôt de s'en sortir dans la vie plutôt que de penser à un potentiel risque cardiovasculaire, ça fait pas partie de leurs urgences, non
			E6,l893	Les précaires ils se disent c'est bien joli mais.....
			E13,l647	Mais je pense que paradoxalement, on ne touche pas les gens qui en bénéficieraient le plus
		Paradoxe : patients inquiets et intéressés par la prévention CV sont les patients au bon niveau socio économique, c'est à dire rarement ceux qui sont les plus a risque CV	E13,l495	Les gens les plus inquiets et les plus au courant sont souvent les gens qui ont un bon niveau socio culturel. Et c'est pas ceux là qui nous intéressent en termes de prévention
	Biais d'adhésion des patients au message de prévention : notamment les difficultés dans la perception individuelle du risque CV	Les patients déjà sensibilités adhèrent aux programmes de prévention locaux ou nationaux	E12,l489	Les personnes déjà sensibilisées adhèrent aux programmes de prévention
			E4,l579	Ben les programmes de santé vont parler a des gens qui y ont déjà pensé
			E4,l725	Qui sont très intéressantes mais je pense qu'il y a un biais des gens qui écoutent ces

				émissions, faut pouvoir suivre
			E3,l489	Après sur les programmes locaux type la marche des cardios là, ben déjà il faut y aller et je pense que ça va être des gens déjà sensibilisés
		Niveau scolaire faible limitant l'adhésion à la prévention (difficulté de compréhension de l'origine pluri factorielle des maladies CV)	E2,l185	Beaucoup n'ont peut être pas le niveau de scolarité ou la formation nécessaire pour avoir accès à cette prévention de part leur propre initiative
			E11,l181	Il faut pas leur dire que les maladies cardio vasculaires sont louées à tel tel tel facteur de risque cardiovasculaire. En rajouter 50 000
		Les patients adolescents	E6,l390	Ah l'adolescence c'est un domaine très particulier c'est l'opposition a tout
			E8,l601	On va avoir le droit à une flambée de diabète de nouveau
			E7,l174	Après c'est des gens qui vont pas venir consulter.
		Les patients jeunes entre 20 et 40 ans ne sont pas atteints pas le message de prévention car ne se sentent pas malade	E10,l48	Au delà de 40 oui ils sont adultes, ça c'est sûr. En dessous de 20, peut être pas encore tout a fait. Entre les 2, en fait en pratique on les voit pas trop donc on se pose pas la question.
			E5,l241	C'est des patients qu'on ne voit que quand ils se

				blessent, voilà
			E7,l166	Certains patient qu'on ne voit, pas, il y a certaines personnes qui ne viennent jamais consulter, à qui on a pas accès
			E13,l311	Je pense qu'on n'est pas atteint par le message de prévention à partir du moment on ne se sent pas malade et comme on se sent rarement malade lorsqu'on est jeune
		Population locale hétérogène	E8,l240	Ça dépend des gens.
			E5,l21	Distinction entre les patients qui viennent me consulter et ceux qui sont mes patients dont je suis le médecin traitant mais que je ne vois jamais
			E11,l171	Bah oui, c'est pareil. Il y a toujours de tout dans notre patientèle
	Besoins de soins des groupes à risque plus importants basculant rapidement en prévention secondaire		E10,l244	En fait on va arriver plus tard sur telle ou telle chose et donc quelque soit le problème de santé, on va arriver plus tard. On risque d'arriver sur un stade plus avancé, un problème plus profond et qui sera plus difficile à résoudre et d'autant plus que ce n’est pas leur préoccupation première

			E10,l255	Les besoins finalement sont plus importants. Ce qui aurait pu être réglé plus facilement avant, va être plus difficile à régler
			E10,l236	Oui ils ont des besoins spécifiques dans le sens où aucun des messages ne va pouvoir directement les toucher. C'est beaucoup plus global. C'est pas que le problème cardiovasculaire. Il y a un problème dès le départ finalement
	Réticence à une consultation dédiée à la prévention	Manque d'adhésion des patients à des consultations dédiées chez le MG	E3,l560	D'avoir une consultation pour de la prévention, ils savent pas pourquoi ils sont venus quoi.
			E4,l71	Des fois c'est un peu plus dur d'obtenir un consentement, c'est plus dur de faire revenir les gens que pour ça
			E11,l279	Je leur demandais de revenir me voir, et je les revoyais pas, donc c'est pour ça que j'ai arrêté
		Réticence à consulter un spécialiste notamment un cardiologue par crainte de se faire réprimander	E11,l289	Pas forcément envie d'aller voir le cardiologue parce qu'ils savent très bien que le message qu'ils vont avoir de la part des cardiologues : des messages pas toujours... Qui ont un peu l'effet contraire

			E4,l168	Et ici les gens ne vont pas chez le spécialiste facilement, faut les convaincre,
	Difficulté de modifier les habitudes de vie	A cause de l'état d'esprit local	E10,l599	On est dans un état d'esprit qui est d'un naturel méfiant. Qui n'est pas d'un naturel qui est très changeant, la population ici c'est pas celle qui va se jeter sur le dernier médicament qui vient de sortir, ça tombe bien moi non plus, mais il va y avoir une réticence aux changements, à aller sur quelque chose qu'on ne connaît pas
			E3,l448	C'est pas pour autant que ça implique des changements
			E6,l320	Et puis déjà je voyais les parents, obèses, diabétiques, mauvaises habitudes, sédentarité, impossible de changer
			E6,l810	Maintenant on peut pas changer les modes de vie des gens brutalement, ils voudraient pas, ils sont pas pour ça, ils ont leurs habitudes
			E1,l370	Mais inciter au changement c'est compliqué.
			E3,l463	Mais de là à impliquer un changement non plus quoi

			E4,l203	Et c'est ça qui est très difficile.
		A cause du mauvais temps breton	E6,l906	C'est plus facile dans le sud de la France de faire un régime fruit et légumes que ici, quand il va faire froid, humide,
		Surtout les RHD	E3,l437	Ah l'alimentation on va pas la changer comme ça
			E7,l300	Je crois que c'est le plus compliqué avec le surpoids. En effet, c'est des habitudes de vie, des comportements, des addictions qu'ont les patients
			E6,l776	Dire aux gens de prendre une margarine végétale ça a été un choc culturel ouais, ah ouais
			E7,l198	Ou envie de faire des efforts sur le plan alimentaire
			E6,l831	Patient il a sa susceptibilité, chaque verre de vin qu'on veut réduire il faut le discuter, il faut rationaliser ça un petit peu
		Difficultés dans la vie quotidienne face aux patients cumulant les FDRCV	E9,l41	Qui quand elle arrête de fumer, recommence à boire. Et quand elle arrête de boire, elle se remet à bouffer du sucre
Organisation du système de soins de sante	Organisation nationale inadaptée	Impression d'absence ou de mauvaise organisation du système de santé, pas de relai du MG	E1,l229	Je n'ai pas l'impression qu'il y ait vraiment une organisation en fait.

			E1,l231	On a l'impression que ça vient plutôt de nos connaissances, de ce qu'on croit bon pour les patients, plutôt que d'une organisation institutionnel.
			E2,l267	Je ne vois pas trop le relais avec nous sur le terrain.
			E2,l686	Mais le patient malgré toutes les infos que nous percevons, n'a pas forcément de relai.
			E3,l266	Vous avez l'impression qu'il y a une organisation, un système de santé ? M : sur la prévention? I : ouais M : non
			E3,l277	Qu'il y a une organisation, est ce que vous la ressentez en tout cas ici ? M : non
			E5,l251	Mal organisé, pas organisé
			E7,l226	Euh, pas trop.
			E10,l311	Et il n' y a pas vraiment d'organisation sur le plan régional ou national... M : pas dans le domaine prévention cardiovasculaire primaire plus que ça
		Système de santé organisé uniquement pour la prévention secondaire	E7,l231	Plutôt quand il y a eu un souci, quand on est déjà en secondaire
		Médecine préventive non valorisée et peu	E1,l437	Pas toujours mise au premier plan

		développée dans le système de soins français		
			E7,l430	Il y a un problème de valorisation de la prévention
			E12,l523	Je pense quand même qu'en France on fait pas encore assez de prévention, on est plus dans la médecine de soins curative
			E12,l544	C'est du temps tout ça, mais c'est vrai que c'est pas valorisé dans le système de santé.
		Disparition des bilan MSA fait par camion, entrainant une diminution du recrutement	E5,l265	Il n'y aura plus de camions à se déplacer. On va leur envoyer une lettre ou on va leur dire qu'ils peuvent avoir une consultation, un bilan sanguin. Mais du coup rien ne viendra vers eux, donc les gens qui ne viennent pas vers nous, je doute qu'ils viennent de la même façon, quoi.
		Dossier médical partagé : difficulté de mise en place	E6,l1061	DMP ça a beau tarder tarder tarder, c'est vrai qu'ils se sont pris comme des manches
			E6,l1111	Les gens craignent apparemment c'est le HIV, le cancer, quelques facteurs de risque des choses comme ça, donc une femme qui veut pas laisser savoir à d'autres qu'elle a eu une fausse couche ou une interruption volontaire de grossesse,

				maintenant c'est des petites choses, avec la technique, on peut... On laisse l'information à la personne,
	Programmes nationaux non connus	Programmes et plans de santé non connus des médecins (pouvant être à l'origine d'une méfiance des médecins)	E2,l93	Des programmes de prévention ?? « complètement perdue » locaux « heue… » non ; nationaux….alors là « sèche complètement »
			E2, l273	Des campagnes de prévention comme tu m'en as parlé que je ne connaissais pas.
			E2,l105	Plan national de restriction de consommation de tabac, de lutte contre le tabac. M : je ne connais pas.
			E1,l139	Plan AVC je ne connaissais pas
			E4,l131	Pour les plans nutrition - santé, c'est vague pour moi
			E3,l122	Est ce que vous connaissez des programmes nationaux qui s'attaquent au programme de la prévention cardiovasculaire ? M : j'en sais rien
			E5,l121	Plan national nutrition santé ; M : ah si. Oui c'est vrai
			E6,l212	Nutrition santé, je crois que ça ne me dit rien
			E11,l30	Est ce que vous connaissez des programmes de

				santé nationaux ou des plans de santé locaux qui s'intéressent à la prévention des maladies cardiovasculaires dans le pays COB ? M : non
			E10,l642	On a d'autres programmes qui sont pas dans le domaine cardio vasculaire clairement où on se dit : ils sont complètement à coté de la plaque, c'est absolument pas applicable sur le terrain, ça ne correspond pas à mon exercice, ce n'est même pas faisable. Donc après on est pas forcément bien informé sur les programmes de prévention cardiovasculaire. On est méfiant à cause des autres, et on est mal informés
		Actions précises des programmes nationaux méconnues des médecins	E5,l694	Je sais pas ce qu'ils font. On a aucune visibilité
			E6,l510	C'est pas un coup d'état mais c'est pas très vieux, alors l'ARS qu'est ce qu'elle... Oui déjà elle doit être derrière tous les projets diabète
			E7,l105	Ok, je connais pas, je suis peut être pas aller fouiller, mais j'ai pas l'impression que l'on n'ai non

				plus beaucoup d'infos là dessus
			E10,l144	Si on me demande concrètement, en quoi ça consiste exactement en pratique au jour d'aujourd'hui, je suis incapable de répondre. Je sais que ça existe, je connais vaguement, mais je sais pas exactement ce que c'est.
			E2,l99	Je connais de nom, le contenu, précisément…non « prrrr »
			E10,l135	Il existe quelque chose, qu'on connaît plus ou moins bien d'ailleurs, qu'on ne connaît pas forcément très bien. Dont on ne sait pas exactement quels sont les critères d'applications, le champ, et surtout qu'est ce que ça recouvre en pratique
		Programmes nationaux non connus des patients	E8,l519	Ils sont pas au courant
			E8,l536	Le manque d'information.
	Programmes nationaux peu utilisés par MG		E1,l482	Ces programmes là on les connaît mais on ne les utilise pas vraiment
			E8,l74	Pas selon un programme national
			E7,l101	Programme nationaux : j'avoue que je ne m'y suis pas beaucoup intéressée

			E1,l237	Ca cible plus les patients que nous
			E10,l135	On en est pas les relais finalement
		Mois sans tabac	E4,l111	Euh j'en ai pas profité plus que ça, moi, pour en parler du tabac
			E11,l74	Je suis pas sûr de motiver spécialement des participants à les motiver
		MG n'aborde pas les programmes nationaux de prévention avec les patients en consultation	E10,l612	Comment est ce que les patients perçoivent les programmes de prévention? Déjà, si vous leur en parlez pas, c'est difficile d'avoir leur ressenti sur leur perception des programmes. M : c'est ça. J'ai un peu du mal a répondre à votre question là
			E13,l607	Euh par exemple, comment ils perçoivent le mois sans tabac, manger 5 fruits et légumes par jour? M : honnêtement, je sais pas. Je pourrai pas répondre à cette question, je n'en parle pas avec eux.
	Programme nationaux peu utilisés par les patients	Mois sans tabac	E11,l79	Non je n'ai pas eu cette impression en tout cas pas cette année. Alors pour me remémorer les autres années, peut être qu'il y a eu un impact 1 fois ou 2 sur les années passées
		Manger bouger	E11,l52	Bouger et manger moins, aucun de mes patients ne

				m'en parle. Jamais
			E3,l136	Ca vous arrive qu'il y a des gens qui viennent vous voir en disant ah j'ai vu tel ou tel programme de prévention ? M : non
	Programmes nationaux peu appréciés (notamment SOFIA)	Programmes non appréciés des patients	E5,l715	Pour les diabétiques, c'est pas adapté, « je n'y retournerai plus »
			E2,l541	J'ai quand même un certains nombres de patients qui m'ont parlé du protocole ou du service SOFIA avec un discours mitigé
			E5,l631	Ben j'ai l'impression que ça glisse sur les patients
			E5,l138	Ils ne sont pas forcément bien accueillis chez les patients ? Par vous ? M : non
			E13,l620	Je pense que ça les intéresse pas beaucoup plus en fait.
			E8,l79	Non, ça les intéresse pas.
		Programmes non appréciés des médecins et autres professionnels de santé car faisant doublon avec l'action du MG	E1,l235	Mais ça n'accroche pas avec nous, le programme SOFIA
			E4,l590	Par exemple pour le diabète il y a SOFIA, je comprends pas ce truc

			E10,l103	On a plus l'impression de quelque chose qui vient un peu télescoper ce qu'on peut faire
			E4,l612	Ça vient en doublon de ce qu'on fait déjà, ça doit coûter un bras pour une efficacité que j'ignore
	Programmes nationaux peu ou pas efficaces	Perte de confiance des patients envers message nationaux	E4,l715	Et puis il y a une telle perte de confiance aussi je pense pas que les gens vont continuer à écouter.
		Faible efficacité sur les patients	E4,l710	Faire passer des grands messages, oui pourquoi pas, mais au final est ce que l'individu qui a ses facteurs de risques en retient, j'y crois pas trop.
			E3,l137	C'est pas ça qui va servir de déclic
			E5,l651	Non, ça marche pas forcément terrible
			E10,l621	Même moi de temps en temps, je ne me reconnais pas forcément complètement dedans.
			E4,l730	Des informations qu'on peut voir je pense que ça a un faible poids
			E13,l212	Ça peut fonctionner toujours sur une marge, de toute façon tous les individus ont un mode de fonctionnement différent

			E13,l173	Alors par exemple programmes nationaux, programme de nutrition santé "manger 5 fruits et légumes par jour" par exemple. M :ah mais ça marche pas ça.
		Messages de prévention jugés stigmatisants et basés sur la culpabilisation	E13,l208	Ça marche sur la culpabilisation, la culpabilisation ça fonctionne pas très bien avec les gens
			E7,l403	Faut faire ci, faut manger comme ca ». Ce n'est pas concret.
			E9,l507	Ben vous avez pas la volonté d'arrêter c'est pas bien, bah vous êtes nuls quoi. Et le message je trouve que ça devrait être plus : « on sait que c'est pas facile d'arrêter, on peut vous proposer des outils » .
			E9,l496	Je trouve un peu stigmatisant comme message
		Programmes nationaux non personnalisés et donc difficilement applicables au niveau local	E3,l487	Les programmes globaux sont un peu impersonnels
			E5,l163	Je pense que c'est pas ciblé sur leur façon de vivre
			E7,l400	Je pense que c'est trop global et pas assez individuel
			E10,l104	Quelque chose qui est national, qui justement est très

				globalisé et qui n'est pas forcément très facilement adaptable aux situations un petit peu particulières des patients
			E12,l831	Ben parce que c'est pas personnalisé.
		Les programmes délivrent une information inadaptée : insistent trop sur la constatation des risques mais ne proposent pas de solutions ou d'outils pratiques	E9,l497	Après charge à nous d'apporter les solutions quoi. De leur proposer des choses pour les aider aux changements... Et ça, on a pas toujours les outils disponibles et c'est pas forcément mis en avant non plus
			E9,l530	Les gens savent très bien qu'est ce qu'ils ne doivent pas manger, enfin plutôt qu'est ce qu'ils ne devraient pas manger, mais ils ne savent pas très bien qu'est ce qu'ils devraient manger
		MG non impliqué dans la mise en place des programmes	E10,l131	Il y a le plan nutrition santé. Il y a ce genre de choses qu'on connaît. M : qu'on connaît mais....on y pense pas parce que…(hésitation) je dirais qu'on est pas impliqué dedans donc on ne se l'approprie pas nous en tant que médecin
			E10,l628	Ça a pas pris en compte l'avis des acteurs de soins primaire, avant d'élaborer tel ou tel programme, telle ou telle

				recommandation.
	Médias/publicités sous exploités	Les médias (télévision et journaux surtout) ne véhiculent que peu de message de prévention CV	E1,l564	Peu de messages sur les risques du tabac dans les médias, ou je ne les vois pas, je ne sais pas.
			E8,l539	Ya pas beaucoup de spots à la télé ou à la radio qui font que…M : non et c'est ca qui frappe le plus
			E7,l477	On dit juste « faut bouger, et faut moins manger »mais pourquoi ?
			E11,l609	Alors là je sais pas s'il y a des choses qui sont faites, j'ai pas eu de retour là dessus.
			E2,l486	Les campagnes de préventions alcool ne sont pas très développées
			E13,l322	La télévision reste un bon vecteur, on sait qu'il n'y a pas grand chose qui passe a la télé,
		Méfiance des médecins vis-à-vis des messages délivrés par les médias	E1,l570	Il faut se méfier du traitement par les médias de l'information de santé
		MG lutte contre la désinformation véhiculée par les médias	E4,l735	Mais bon quand on a des gens qui arrêtent de manger du gluten, qui arrêtent de manger du lait, qui arrêtent de manger des protéines animales maintenant, on veut bien s'adapter mais…

			E4,l766	Donc il y a beaucoup d'informations mais pas adaptées, du coup vous derrière vous êtes obligés de corriger le tir. M : ouais
		Tous les messages véhiculés par les médias sont au même niveau et donc le message de prévention est noyé dans l'ensemble des informations	E10,l827	Vous regardez un spot de publicité, vous voyez 4 messages de produits cosmétiques, où c'est marqué à la fin de chaque message à chaque fois que des études cliniques qui l'ont prouvées. Les gens ils voient ça : il y a des études. C'est vrai! Et donc derrière, le énième message sur le fait qu'il faut bien manger, bouger, et manger ses 5 fruits et légumes, ben finalement il a la même importance pour les gens.
			E10,l801	Les différents messages même potentiellement institutionnels ou bien fondés au départ sont noyés au milieu de messages qui sont totalement publicitaires
			E3,l612	Faire attention que ce ne soit pas noyé dans tout le panel de prévention
		Opposition entre la publicité alimentaire véhiculant la malbouffe et les recommandations nationales » manger 5 fruits et légumes	E6,l150	Donc il y a une distorsion entre les messages délivrés par les médecins de prévention entre guillemets de faire attention et de ce que propose la

		par jour » : cela perd le patient		société en général? M : ben on va dire oui
	Organisation régionale inadaptée	Impression d'absence ou de mauvaise organisation régionale	E10,l311	Et il n'y a pas vraiment d'organisation sur le plan régional ou national... M : pas dans le domaine prévention cardiovasculaire primaire plus que ça
		Pas d'aide de l'organisation régionale pour mettre en place des mesures de prévention	E4,l306	Donc au final oui on est tout seul, je n'ai pas d'aide de l'état, je n'ai pas d'aide
			E7,l422	Là on est forcément limité parce que c'est pas organisé
		Refus du médecin de recevoir des ordres de l'ARS et des institutions supérieures	E6,l826	On aime bien le partenariat quoi mais voilà, je pense que c'est ce que tout le monde veut dans tous les sens, à tous les niveaux, maintenant quand ça descend trop verticalement à fond et que vous recevez ça sur la figure presque comme vous n'avez rien fait dans ce domaine, vous avez un rejet quoi, vous dites qu'est ce que c'est, ils inventent quoi là. Donc ils ont intérêt à faire attention aussi mais enfin bon il y a une structure technocratique c'est normal
			E1,l248	On préfère que ce genre de choses viennent de nous, plutôt que d'en haut. Je pense que si on

				décide collectivement et localement de mettre en place un programme que tout le monde acceptera bien, on le fera sans doute. Mais par contre, des directives « d'en haut », enfin cette organisation, on n'a pas hâte
	Organisation locale inadaptée	Pas de projet local organisé : pas d'échange entre les pôles de santé ainsi qu'entre les pôles de santé et les élus locaux	E2,l687	Il n'y a pas trop d'échanges entre ce qui se passe ici dans le pôle de santé médical et les élus locaux par exemple ? M : ah non rien ! « avec assurance ».
			E1,l171	Pas d'échanges sans doute de notre faute aussi.
			E2,l148	Sinon plus large que le pays COB, je ne connais pas.
		Impression d'absence ou de mauvaise organisation locale	E11,l199	Pas d'organisation d'un point de vue local ? M : non, franchement non (convaincu)
			E1,l484	L'une des limites jusqu'alors, c'était l'isolement de chacun des professionnels
		Projet de santé actuel n'intègre pas de projet de prévention CV	E10,l402	Il n'y a rien de lancé spécifiquement là dessus, mais ces des choses qui vont peut être bouger par la suite
		Difficulté de créer des évènements sportifs fédérateurs	E6,l970	Maintenant créer l'événement c'est peut être difficile
	Réseau local	Réseau [prévention diabète] peu utilisé	E7,l99	Et qu'est ce que vous en pensez de

				ce réseau? Vous l'utilisez souvent? M : peu
	Limites des plans de sante du pays COB	Plans de santé du pays COB non connus des médecins	E3,l116	Que vous connaissez je sais pas ? M : non
			E1,l153	Non, à l'échelle de la COB, non
			E2,l154	Je n'ai pas connaissance de cela.
			E4,l138	J'ignorais totalement que le pays COB était acteur pour la prévention cardiovasculaire
			E6,l204	Alors s'il y a un plan de lancé localement je connais pas du tout
			E5,l104	Mises en place à l'échelle de la COB ? Est-ce que vous en connaissez? M : non, je crois pas
			E8,l117	Non. Pas par ici
			E10,l95	Parce que finalement euh en local, ça va être assez rapide : là comme ça spontanément, j'en ai pas qui me viennent en tête
			E9,l64	Non (affirmatif)
			E11,l37	Au niveau local non
		Le patient sélectionne les infos et ne met en place que ce dont il a envie	E3,l514	Il prend juste ce qu'il veut et après il met en place juste ce qu'il a besoin ? M : oui
		Journée diabète difficile à organiser car maladie	E11,l665	Glycémie non je vois pas faire des campagnes de dépistage : journée

		complexe		diabète. Je pense pas, c'est compliqué

Université de Bretagne Occidentale
FACULTÉ DE MÉDECINE & SCIENCES DE LA SANTÉ

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

INTERNE

Monsieur LE BRIS Geoffrey
Inscrit en DES de Médecine Générale

Titre définitif de la thèse soutenue :

Recherche des barrières de la mise en œuvre de la prévention cardio vasculaire primaire du point de vue des médecins dans le pays Centre Ouest Bretagne

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.

Brest, le 15 mars 2019.

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

C. BERTHOU

Le président du jury de thèse

Pr Jean Yves Le Reste

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.

Serment prononcé par le Docteur LE BRIS Geoffrey

Le 11 avril 2019

Pour l'ordre national des médecins Le médecin