



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

Amélie Chevrel

► To cite this version:

Amélie Chevrel. Recherche des facilitateurs 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-02099899

HAL Id: dumas-02099899

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02099899>

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

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2019

Thèse présentée par :

Madame CHEVREL Amélie

Née le 30 Janvier 1991 à SAINT-NAZAIRE

Thèse soutenue publiquement le 11 avril 2019

Titre de la thèse :

**Recherche des facilitateurs 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 : Mme le Docteur LE GOFF Delphine

Mr le Professeur LE FLOCH Bernard

Mr le Professeur CHIRON Benoit

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
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
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

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 1^{ère} Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive

BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
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-vénéréologie
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 2^{ème} 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
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 1^{ère} 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 2^{ème} 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

NARRE Patrice

BARAIS Marie
BEURTON COURAUD Lucas
DERRIENNIC Jérémy

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

MERCADIE Lolita Rhumatologie

GUELLEC-LAHAYE Julie Marie Charlotte Biochimie et biologie moléculaire

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

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

LE COAT Anne	Médecine Générale
SCELLOS Olivia	Médecine Générale

1. TABLE DES MATIERES

- 1. TABLE DES MATIERES**
- 2. REMERCIEMENTS**
- 3. RESUME**
- 4. ABSTRACT**
- 5. LISTE DES ABREVIATIONS**
- 6. INTRODUCTION**
- 7. MATERIEL ET METHODES**
- 8. RESULTATS**
 - 8.1. Echantillon raisonné**
 - 8.2. Analyse thématique**
 - 8.3. Métier de médecin généraliste**
 - 8.4. Spécificités individuelles du médecin généraliste**
 - 8.5. Les patients**
 - 8.6. Les autres professionnels de santé**
 - 8.7. L'organisation locale**
 - 8.8. L'organisation nationale**
 - 8.9. Les pistes d'amélioration**
- 9. DISCUSSION**
 - 9.1. Synthèse et analyse des résultats**
 - 9.2. Forces et limites de l'étude**
 - 9.3. Comparaison des résultats avec la littérature internationale**
- 10. CONCLUSION**
- 11. BIBLIOGRAPHIE**
- 12. ANNEXES**
 - 12.1. Annexe 1: SPICES Project: Situational Analysis Work Package**
 - 12.2. Annexe 2 : Guide d'entretien**
 - 12.3. Annexe 3 : Formulaire de consentement**
 - 12.4. Annexe 4 : Livre de codage**

2.REMERCIEMENTS

A Monsieur Le Professeur Jean-Yves LE RESTE, professeur des universités de médecine générale à Brest. Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. En témoignage de notre respect.

A Madame Le Docteur Delphine LE GOFF, merci de nous avoir fait confiance pour ce travail au sein du projet SPICES. Merci pour ta disponibilité, ton écoute et tes précieux conseils tout au long de ce travail. Nous espérons que ce travail sera à la hauteur de ta confiance.

A Monsieur Le Professeur Bernard LE FLOCH, professeur des universités de médecine générale à Brest. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

A Monsieur Le Professeur Benoit CHIRON, professeur des Universités associé de Médecine Générale à Brest. Je vous remercie d'avoir témoigné de l'intérêt pour notre travail et d'avoir accepté d'être membre de notre jury de thèse.

Merci à tous les médecins du Pays COB qui ont accepté de participer aux entretiens et au projet SPICES.

A mon co-thésard Geoffrey LE BRIS,

Merci pour cette année de thèse passée ensemble, de m'avoir intégrée facilement au cours de ton travail. C'était un plaisir de travailler avec toi.

Aux co-internes rencontrés lors des stages finistériens et costarmoricains !

Merci à toute la famille Nazairienne,

Papa, maman, vous êtes et avez toujours été présents pour me soutenir dans les bons comme dans les mauvais moments : c'est le plus beau des cadeaux !

Aux deux frangins Matthieu et Adrien (et à Pauline et Julie !!). Promis, un jour, je me mets au golf ! Bienvenue à la vie Junior ! Et bel avenir bordelais pour voir la vie en rose !

A mon soutien indéfectible depuis de nombreuses années pour les heures de travail passées sur le canapé, près de la cheminée : Ioula (et Vanille !).

A la meilleure des secrétaires pour ses nombreuses heures de relecture et de retranscription pour ces entretiens : Merci maman pour ta disponibilité permanente !!!

Au frangin toulousain pour sa maîtrise parfaite de l'informatique et son art de la perfection : Merci Matthieu, ton aide a été précieuse !!

Aux amis Nazairiens,

Solenne, Camille, Céline et Santy, Cécile, Leïla, Maëlle, Simon, Quentin, Wiwi, Célia et Florian, Mat et Elo, Florelle

Merci aux bons moments passés ensemble et ceux encore à venir !!

Un grand merci aux anglophones de ce groupe pour votre aide !

Si les véritables amis ne sont pas nombreux, ils en sont d'autant plus infiniment précieux...

Au groupe de Toubib (or not toubib),

Sandrine, Hicham et Leïla, la super famille belgo-maghrébine en terre morlaisienne !

A Solène, la meilleure des Bouénis (j'étais obligée !)

Camille, notre angevine sportive !

L'adorable Momo (mon premier co-interne !) et Sarah (la spécialiste des polyradiculonévrites et eczémas dyshydrosiques !)

Malgré les kilomètres qui nous séparent, c'était un plaisir de partager tous ces moments ensemble au cours de l'internat brestois.

Je vous souhaite à chacun un bel épanouissement personnel et professionnel !

A la coloc' de l'amour (qui dure, qui dure !) :

Perrine, Sara, Nathan, Audrey (et Ilyes), Ophélie, Julia, Fanch, et Tom (et Frimousse ?)

Ma famille Pluguffanaise,

Merci pour les nombreuses rigolades, les soirées jeux de société, les soirées Thés ou autre !

Aux copains nantais avec qui j'ai partagé l'externat,

Fanny, Thomas, Romain, Paul, Gaël, etc!

Ces jeudis après-midi passés ensemble ont été aussi instructifs que les SERAM !

Et à tous ceux que j'ai oublié de citer, mais qui j'en suis sûre se reconnaîtront !

3. RÉSUMÉ

Introduction

Les maladies cardio-vasculaires (MCV) représentaient la première cause de mortalité dans le monde en 2015. L'objectif du projet SPICES était de mettre en œuvre un programme de prévention des MCV dans différents types de population. Avant d'implémenter ce projet, un état des lieux de la prévention des MCV a été réalisé. La question de recherche était : quels sont les facilitateurs de la mise en place de la prévention des MCV primaire du point de vue des médecins dans le Pays COB.

Matériel et Méthode

Une étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi dirigés auprès de médecins généralistes (MG) dans le Pays COB. L'échantillonnage raisonné était poursuivi jusqu'à saturation théorique des données. Les entretiens ont été retranscrits puis codés en double aveugle par les deux chercheurs. L'analyse de l'ensemble des données était de type thématique en utilisant des outils issus de la théorisation ancrée.

Résultats

Sept facilitateurs ont été déterminés : le métier de médecin généraliste et ses spécificités individuelles, les patients, les autres professionnels de santé, l'organisation locale et nationale ainsi que les pistes d'amélioration. L'agriculture locale était un facilitateur inattendu. L'idée d'un coordinateur local rémunéré par l'ARS ainsi que la modification des taxes étaient évoquées et perçues comme intéressantes.

Conclusion

Cette étude a relevé les facilitateurs de la mise en place de la prévention CV dans le pays COB. Une étude miroir a décrit les freins. Les facilitateurs et les freins à la mise en place de la prévention CV d'autres acteurs locaux seront analysés pour mettre en place des stratégies de prévention adaptées.

4.ABSTRACT

Background

Cardiovascular disease (CVD) was the leading cause of death in the world in 2015. The objective of the SPICES project was to implement a CVD prevention program in different population types. Before implementing this project, an inventory of the prevention of CVD was carried out. The research question was: What are the facilitators of the implementation of primary CVD prevention from the point of view of physicians in the COB Country.

Method

A qualitative study was conducted using individual semi-directed interviews as data collection technique with general practitioners (GPs) in the COB country. Purposive sampling was continued until reaching theoretical saturation. The interviews were transcribed and then analyzed by two researchers working blind with a pooling at each coding step. The analysis of all data was thematic using tools issued from grounded theory techniques.

Results

Seven facilitators were identified: the profession of general practitioner and its individual specificities, patients, other health professionals, the local and national organization and the areas for improvement. Local agriculture was an unexpected facilitator. The idea of a local coordinator remunerated by the LRA as well as the modification of taxes was mentioned and perceived as interesting.

Conclusion

This study identified the facilitators of the implementation of CV prevention in the COB country. A mirror study described the brakes. Facilitators and obstacles to the implementation of CV prevention of other local actors will be analyzed to put in place appropriate prevention strategies.

5. LISTE DES ABRÉVIATIONS

MCV : Maladies Cardiovasculaires

FDRCV : Facteur de risque cardiovasculaire

HTA : Hypertension artérielle

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

COB : Centre Ouest Bretagne

MSU : Maître de Stage Universitaire

CV : Cardiovasculaire

PEC : Prise en Charge

RCV : Risque Cardio Vasculaire

RHD : Règles Hygiéno Diététiques

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

ARS : Agence Régionale de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

6. INTRODUCTION

Les maladies cardiovasculaires (MCV) constituent un ensemble de troubles qui affectent l'activité cardiaque et la circulation sanguine, comprenant les cardiopathies coronariennes, les maladies cérébraux-vasculaires, artériopathies périphériques, cardiopathies rhumatismales, malformations cardiaques congénitales, thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires (1).

Les MCV représentaient la première cause de mortalité dans le monde (2). En 2015, l'OMS estimait à 17,7 millions le nombre de décès imputables aux MCV, soit 31% de la mortalité mondiale totale (2). Sur le plan national 25,1% des français sont décédés d'une MCV en 2013 : cela constituait la première cause de décès chez les femmes et la deuxième chez les hommes (3). Le coût dédié à la prise en charge des MCV en 2016 en France avoisinait 25 milliards d'euros, soit 18% des dépenses d'assurance maladie (4).

Les MCV sont la conséquence de facteurs de risques cardio vasculaire (FDRCV). Les FDRCV non modifiables sont l'âge, le sexe et les antécédents cardiovasculaires familiaux. D'autres FDRCV sont modifiables. Ce sont le tabagisme, l'hypertension artérielle (HTA), le diabète, l'hypercholestérolémie, la mauvaise alimentation, l'obésité abdominale, la sédentarité ainsi que les facteurs psychosociaux (5). Le risque cardio-vasculaire global d'une personne est défini comme étant la probabilité individuelle de survenue d'une MCV, dans un délai donné et dépend du cumul de ses FDRCV.

La prévention des MCV est efficace. Il est possible de prévenir l'apparition des MCV en menant des actions parfois peu coûteuses. Celles-ci peuvent s'effectuer à l'aide de stratégies à l'échelle de l'individu mais aussi de la population (2).

La prévention des MCV dans les pays en voie de développement était la principale cible du

Plan d'action mondial de l'OMS 2013-2020 pour la lutte contre les maladies non transmissibles (4). Plus de trois quarts des décès par MCV survenaient dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires (4). D'ici 2030, les MCV resteront la première cause de mortalité dans le monde selon les projections de l'OMS (6), la plus forte augmentation surviendra dans les régions à revenu faible ou intermédiaire (7). L'incidence de ces MCV dans ces pays à faible revenus est secondaire aux effets négatifs de la mondialisation, de l'urbanisation anarchique rapide et de la sédentarité croissante (7).

Le projet SPICES (Scaling-up Packages of Intervention for Cardiovascular disease prevention in selected sites in Europe and Sub-Saharan Africa) a été financé par la Commission européenne dans le cadre de l'action de recherche et d'Innovation Horizon 2020. L'objectif de ce projet international était de mettre en œuvre un programme de prévention des MCV dans trois situations : une population rurale et semi-urbaine dans un pays à faible revenu (Ouganda), une population d'un pays à revenu intermédiaire (Afrique du Sud) et des groupes vulnérables dans trois pays à revenu élevé (Belgique, France, Royaume Uni). Une population vulnérable était définie par l'équipe de recherche comme une population à l'accès aux soins limité (faible démographie médicale, couverture sociale insuffisante, faible revenu etc.), à forte prévalence ou incidence de MCV et difficilement atteinte par les messages de prévention des MCV (8).

En 2010-2012, la Bretagne se plaçait au 2ème rang français des plus fortes mortalités régionales liées aux MCV après le Nord Pas de Calais Picardie (9). Il s'agissait également d'une région avec des revenus peu élevés (9). En Bretagne, le projet SPICES sera mené dans le Pays Centre Ouest Bretagne (Pays COB). Il y avait une faible démographie médicale : 8,5 médecins généralistes pour 10 000 habitants contre 10,4 pour la moyenne nationale (10).

Avant d'implémenter ce projet, un état des lieux de la prévention des MCV dans le pays COB a été réalisé. Les différents acteurs et professionnels de santé ainsi que les patients du pays

COB ont été interrogés.

La question de recherche de ce travail était : Quels sont les facilitateurs de la mise en place de la prévention cardio-vasculaire primaire du point de vue des médecins dans le pays COB ?

La question des freins de la mise en place de la prévention cardio-vasculaire primaire a été abordée dans une étude en miroir.

7. MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'équipe a fait le choix d'une méthode qualitative, par son approche compréhensive (11). Les individus étant l'objet principal de la recherche, la perspective de l'équipe était phénoménologique (12). Les chercheurs étaient internes en médecine générale ou médecins généralistes enseignants chercheurs.

L'équipe a effectué des entretiens semi-structurés individuels auprès de médecins, permettant aux personnes interrogées d'exprimer librement leur opinion et leur expérience.

Le guide d'entretien a été élaboré à partir d'une grille générale destinée à l'ensemble des populations des cinq pays du projet fournie par l'université de Makerere (Cf Annexe 1). L'équipe a créé à partir de cette grille un guide d'entretien pour les médecins en groupe de travail incluant deux médecins généralistes et plusieurs internes de médecine générale impliqués dans l'étude SPICES. La pertinence et de la compréhension du guide et de chaque question y a été discutée. Le guide d'entretien abordait six thématiques : la promotion de la santé cardiovasculaire dans le pays COB, les acteurs de la prévention des MCV, la réalisation de la prévention, la représentation des programmes de prévention et des acteurs de la prévention, les forces et les freins du système de prévention actuel, ainsi que les solutions envisagées par les médecins. L'équipe a créé des relances aux questions en cas d'absence de réponse aux questions du guide. Le guide d'entretien a été modifié au fur et à mesure de l'analyse lorsque les réponses devenaient redondantes, que les questions n'étaient pas intelligibles ou que de nouveaux thèmes apparaissaient. Chaque modification du guide d'entretien a été débattue en groupe de travail.

Les interviewés ont été recrutés pour créer un échantillon raisonné. Tous les interviewés étaient médecins généralistes, ayant une activité principale de médecine générale, un statut d'installé ou de collaborateur dans le pays COB. L'échantillonnage était poursuivi jusqu'à saturation théorique des données. La variation maximale était recherchée selon :

- L'âge
- Le sexe
- Le nombre d'années d'exercice
- Le lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain)
- L'implication ou non dans l'enseignement de la médecine générale
- Le mode d'exercice : isolé, maison médicale, maison de santé pluridisciplinaire, pôle de santé

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

Une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) est une structure pluri professionnelle dotée d'une personne morale et constituée entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens (14). Un pôle de santé, lui, est 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 (15). Un cabinet de groupe est mono-professionnel, c'est à dire regroupant uniquement des médecins. L'exercice n'y est pas coordonné comme en MSP (16).

Chaque entretien s'est déroulé individuellement, en face à face. Il pouvait se dérouler dans différents endroits selon le souhait de chaque médecin. Celui-ci était informé de l'étude SPICES

et de ses objectifs. L'accès à la transcription des entretiens et à la conclusion de l'étude a été systématiquement proposé. Avant chaque entretien, le consentement oral de l'enregistrement de l'entretien était recueilli et un consentement écrit était signé (Cf Annexe 3). Le recueil des données des entretiens a été réalisé par un dictaphone et un smartphone.

La retranscription des entretiens a été effectuée mot-à-mot et a compris la retranscription des réponses non verbales du médecin interrogé, constituant les verbatims. La retranscription s'est faite à l'aide du logiciel WORD. Chaque entretien a été anonymisé en supprimant les éléments permettant d'identifier le médecin (nom du médecin généraliste, des collègues, communes, réseaux locaux).

Deux chercheurs ont codé les entretiens en double aveugle puis ont mis en commun les codages (11). L'analyse de l'ensemble des données était de type thématique, inspirée de la théorisation ancrée (13). A partir des verbatims, des codes ouverts ont été créés puis hiérarchisés en codes axiaux, en sous thèmes puis en thèmes dans le but de répondre à la question de recherche posée. Le codage a été réalisé avec le logiciel EXCEL®. Le livre de codage était remanié au fur et à mesure des entretiens et des nouvelles données. Les entretiens se sont terminés après vérification de l'obtention de la saturation théorique des données, c'est à dire lorsque l'analyse des verbatims n'apportait plus de nouveaux éléments (11). Un entretien supplémentaire a confirmé cette saturation.

La présentation des résultats a été résumée sous la forme d'un tableau et d'une carte heuristique.

8. RÉSULTATS

Onze entretiens se sont déroulés au cabinet de chaque médecin, un entretien à la Faculté de Médecine de Brest au Département de Médecine Générale et un au domicile du médecin. Les entretiens ont duré de 46 minutes à 85 minutes. La durée moyenne des entretiens a été de 61 minutes. L'intégralité des entretiens est disponible sur le lien suivant :

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

Le premier guide d'entretien a été utilisé de l'entretien 1 à 5, puis le second de l'entretien 6 à 8, pour finir avec le troisième guide de l'entretien 8 à 13. (Cf Annexe 2). La saturation des données a été obtenue au douzième entretien. Le treizième entretien a confirmé cette saturation. L'analyse thématique a abouti à 7 thèmes, 42 codes axiaux et 112 codes ouverts.

Le livre de codage complet est présenté en Annexe 4.

8.1 Echantillon raisonné

L'échantillon et ses critères de variation sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau : Echantillon raisonné

	Age	Années d'exercice	Genre	Type d'exercice	Lieu d'exercice	Nombre d'habitants	MSU
02/10/17	34	7	M	MSP	RURAL	1945	OUI
04/10/17	34	8	M	Pôle de santé	RURAL	1855	OUI
05/10/17	32	4	F	CDG	SEMI RURAL	8003	OUI
05/10/17	34	7	F	MSP	SEMI RURAL	3803	OUI
13/10/17	50	17	F	Isolé	RURAL	797	OUI
05/10/17	60	35	M	CDG	SEMI RURAL	8003	NON
28/11/17	35	6	F	MSP	SEMI RURAL	2819	OUI
22/03/18	62	33	M	Isolé	RURAL	2284	NON
17/10/18	32	2	F	CDG	RURAL	919	OUI
06/11/18	32	3	M	MSP	SEMI RURAL	3743	OUI
07/11/18	50	22	M	CDG	RURAL	919	NON
02/12/18	61	36	F	MSP	SEMI RURAL	3972	OUI
06/12/18	38	9	M	MSP	SEMI RURAL	3743	OUI

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire ; M : Masculin ; F : Féminin

MSU : Maître de stage universitaire, CDG : Cabinet de Groupe

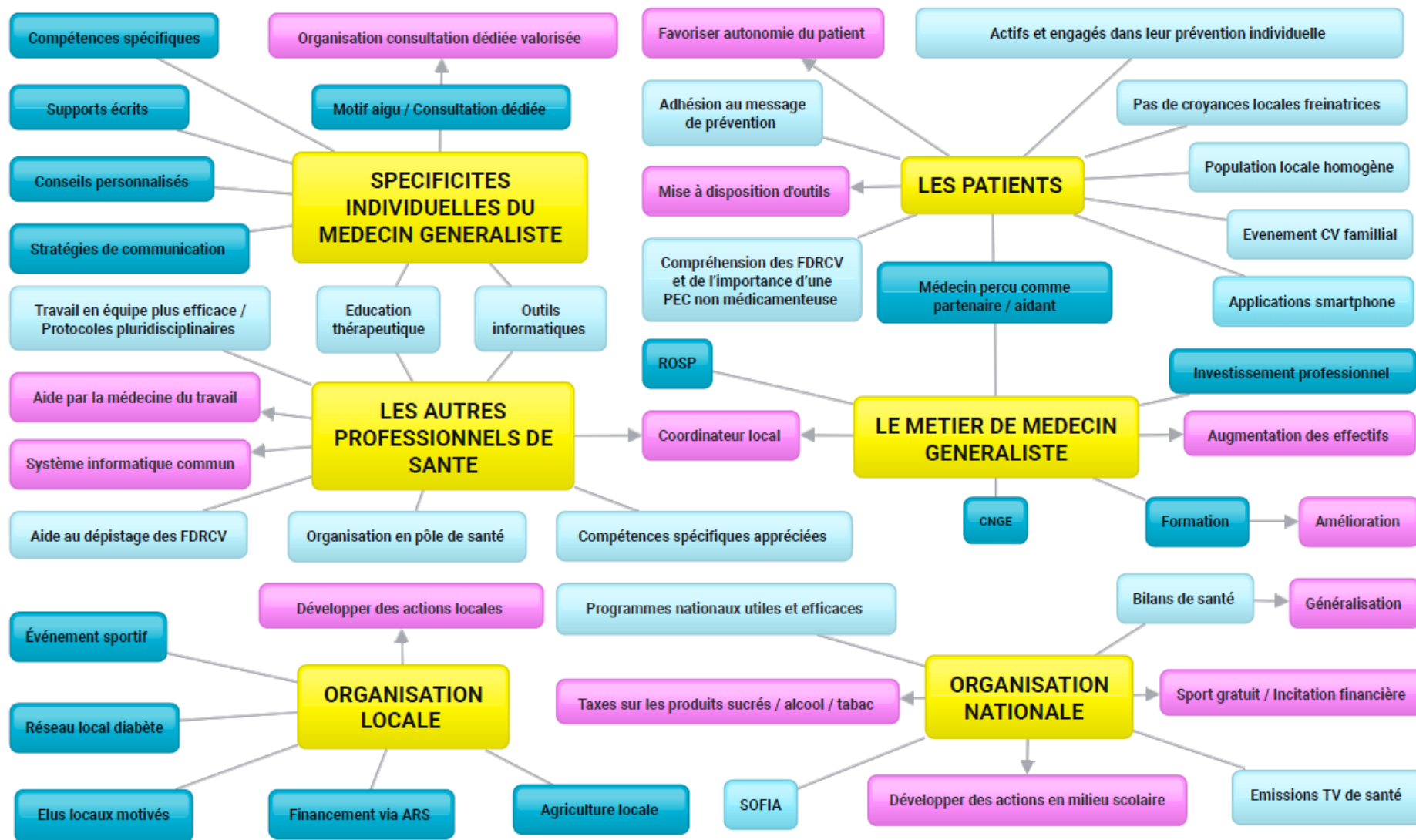
8.2 Analyse thématique

Sept thèmes ont émergé lors du codage :

- Le métier de médecin généraliste
- Les spécificités individuelles du médecin généraliste
- Les autres professionnels de santé
- Les patients
- L'organisation locale
- L'organisation nationale
- Les pistes d'amélioration

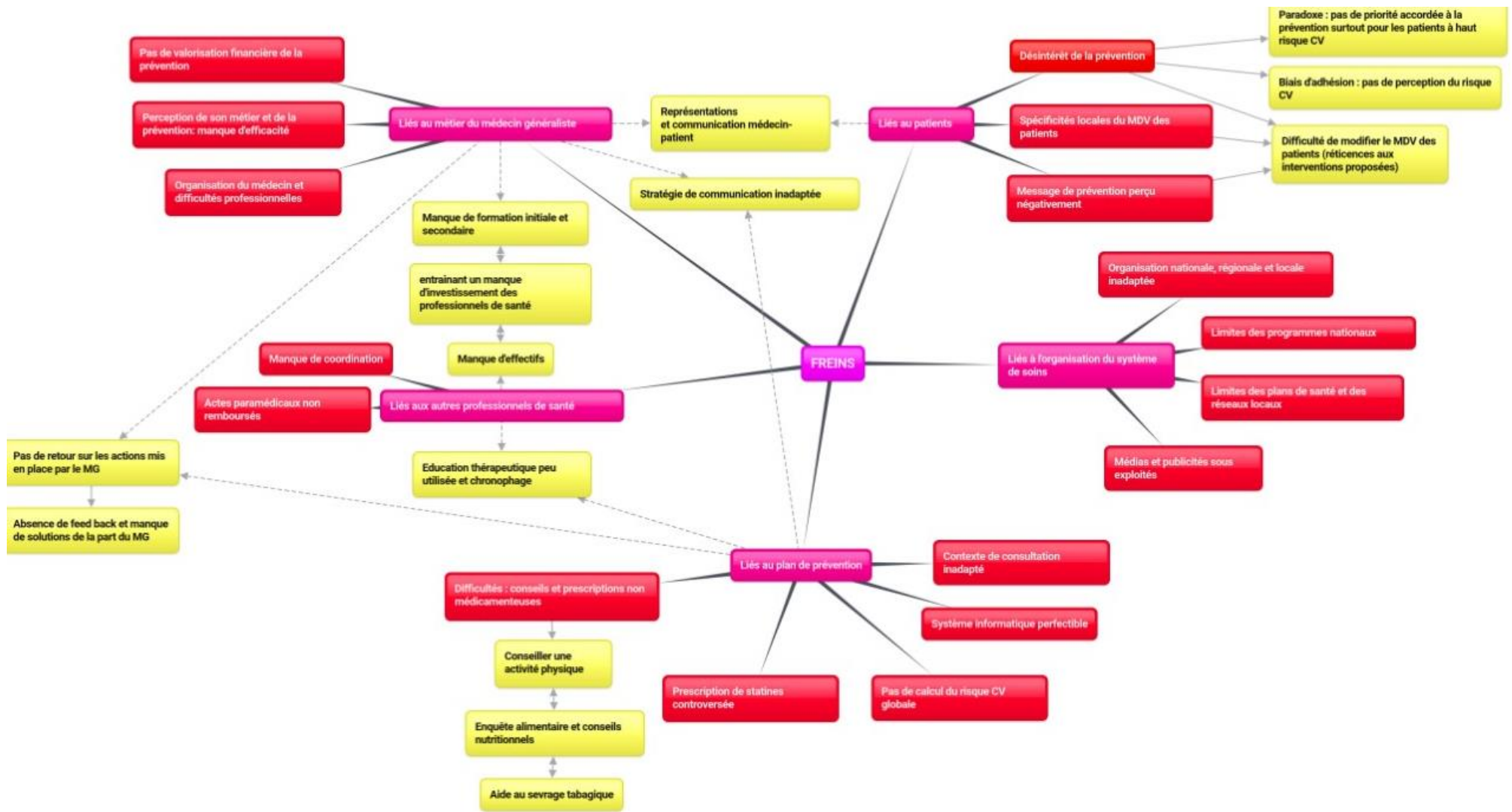
La schématisation de l'analyse est exposée dans la carte heuristique ci-dessous.

Une étude miroir a décrit les freins à la mise en place de la prévention CV par les médecins, dans le pays COB, schématisée par la deuxième carte heuristique.



Carte heuristique : Facilitateurs de la mise en place de la prévention CV par les médecins dans le pays COB

Jaune : thèmes, bleu : sous thèmes, rose : pistes d'amélioration



© crochard aortho-accus.fr/2014/10/

Carte Heuristique : Freins à la mise en place de la prévention CV par les médecins dans le pays COB

8.3 Métier de Médecin Généraliste

Les médecins effectuaient une prévention de qualité, accompagnée d'une prise de conscience progressive de l'importance des traitements non médicamenteux. Ils étaient investis dans cette prévention.

E1, L38	« on essaye qu'elle soit la meilleure possible »
E11, L354	« les médecins de nouvelle génération ne font plus des listes trop longues de médicaments sur l'ordonnance »

Les médecins participaient aux formations médicales continues et groupe qualité. Ils les utilisaient pour mettre en œuvre des actions de prévention CV.

E7, L359	« C'est l'occasion de discuter ensemble, et de se donner des tuyaux. »
----------	--

Un médecin mettait en valeur l'avis de sa société savante, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), qui l'avait aidé dans son choix sur l'indication des statines.

E5, L491	« juste on a le CNGE qui nous sort un petit papier, facile à lire, et on se dit que c'est quand même plus facile en prenant leur point de vue. »
----------	--

Le médecin appréciait la relation de confiance tissée avec le patient, ce qui facilitait l'adhésion des patients à la mise en œuvre de la prévention.

E4, L262	« on instaure des choses quand même, on arrive à avoir des... on arrive à avoir des résultats... quand même.. »
----------	---

La ROSP (Rémunération sur Objectifs de santé publique) permettait au médecin de percevoir

une rémunération contre la diminution du RCV de leur patient.

E6, L229	« Rémunérations sur des objectifs tout ça aussi, au niveau des médecins, oui réduction du tabac »
----------	---

Il n'y a pas eu de code exprimant un facteur facilitant les médecins à évaluer le risque cardio vasculaire.

8.4 Spécificités individuelles du médecin généraliste

Certains médecins utilisaient des motifs aigus de consultation (troubles ostéo articulaires, épisodes viraux hivernaux, certificat de non contre-indication à une activité physique) pour aborder la prévention CV. Certains en profitaient pour proposer une consultation ultérieure dédiée à la prévention.

E11, L137	« surpoids on va les voir un peu plus facilement parce qu'ils vont avoir des troubles ostéoarticulaires »
E9, L254	« l'hiver quand ils sont malades, on leur rappelle que....on saute un peu sur l'occasion »
E4, L85	« je vais representer une consultation pour discuter »

Plusieurs médecins interrogés utilisaient des compétences spécifiques comme l'hypnose ou l'acupuncture, et le proposaient aux patients, dans le cadre du sevrage tabagique par exemple.

E10, L461	« on peut être amener à leur proposer d'aller faire un petit peu d'hypnose »
-----------	--

Plusieurs stratégies de communication ont été citées par des médecins pour améliorer l'adhésion des patients : une décision partagée avec le patient, ne pas culpabiliser, transmettre

des messages simples et concis, motiver les patients.

E13, L555	« Je suis plus pragmatique dans le sens que je vais utiliser celle que le patient veut bien »
E6, L486	« C'est moins direct, on leur dit pas vous y allez parce qu'il y a des facteurs de risques, vous allez voir comment vous vous sentez bien après »
E9, L311	« Je leur dis qu'il faut qu'il compte tout le sucre qu'il mange, et qu'ils réduisent...En général, je suis surprise du nombre de résultats positifs. »

Certains médecins utilisaient des supports écrits, comme des schémas explicatifs, ou la rédaction des RHD sur une ordonnance afin de valoriser l'importance du message de prévention.

E8, L444	« Ah oui. Rien que ce schéma là, ça les frappe. Celui qui refuse une statine, il la prend. »
E12, L299	« J'écris toujours sur mes ordonnances "marcher 1/2 Heure par jour" "diminuer consommation du sucre" j'écris tout ça »
E12, L323	« Donc j'ai arrêté le STAGID et j'ai prescrit 1/2 heure de marche par jour minimum, elle a accepté et je vais voir dans 3 mois »

Des médecins utilisaient certains outils informatiques proposés par leur logiciel. Des graphiques d'évolution du poids ou de la tension artérielle sur plusieurs mois, ou permettant de visualiser l'impact de la suppression d'un FDRCV facilitaient la compréhension du message de prévention.

E11, L380	« Regarder l'évolution notamment du poids, mais aussi de la tension sur plusieurs mois, plusieurs années, c'est toujours intéressant de leur montrer »
E10, L533	« que j'utilise quelque chose de visuel sur l'ordinateur pour que le patient se rende compte de l'intérêt du bénéfice attendu »

Des médecins effectuaient des conseils personnalisés et adaptés aux habitudes de vie des

patients, à leur pathologie, ce qui facilite leur adhésion. Certains faisaient des enquêtes alimentaires en consultation pour partir des habitudes du patient. Certains délivraient des conseils d'activité physique adaptés au patient. D'autres médecins effectuaient des conseils généraux.

E12, L373	« Pour travailler individuellement, des conseils de façon globale il faut partir du patient, qu'est-ce qu'il fait et qu'est-ce qu'il peut changer en fait »
E11, L324	« Conseil de bouger davantage, essayer de faire du sport, tel ou tel sport +/- adaptée selon les différents types de pathologies comme l'arthrose. »
E10, L463	« Il y a des trucs que je proposerais pas à certains patients parce que je suis certain que ça leur correspondra pas »
E12, L365	« Je leur fais remplir aussi des enquêtes alimentaires quelque fois »
E8, L303	« Je dis si vous venez à la boulangerie et que vous habitez à tel coin, plutôt que de prendre votre voiture, allez à pied. Des petits trucs comme ça. »

8.5 Les patients

La population locale était perçue comme « homogène » par les médecins interrogés.

E1, L188	« j'ai pas l'impression qu'il y a des populations qui se distinguent particulièrement. »
----------	--

Les patients étaient à l'écoute des conseils et percevaient le message de prévention positivement, selon la majorité des médecins interrogés.

E2, L474	« Il y a une certaine volonté majoritaire d'y adhérer »
E12, L799	« Tu vois bien le monsieur que j'ai vu avant hier soir, il me dit qu'il n'y avait même pas pensé. Alors il me remerciait presque de leur avoir donné quelque chose de basique. »

Les médecins trouvaient que leurs patients comprenaient la notion de risque cardiovasculaire, ainsi que les bénéfices à supprimer des FDRCV. La majorité de la patientèle était préoccupée par les FDRCV, et était engagée dans sa prévention CV individuelle.

E9, L629	« Pour l'hypertension, on leur explique qu'on traite un risque. Je trouve qu'ils comprennent assez bien la notion de risque, qu'on met en place des outils pour diminuer le risque d'un accident plus tard ».
E7, L313	« L'HTA, au final c'est souvent la perte de poids qui va jouer. Souvent, ce qui peut aider, c'est leur dire si vous arrivez à perdre du poids, on arrivera peut-être à arrêter votre médicament. Ça les stimule au final, ça les aide »
E7, L208	« Préoccupés par les différents facteurs de risque cardio vasculaire ? M : oui oui »

Certains patients assimilaient progressivement l'importance d'une prise en charge thérapeutique non médicamenteuse.

E11, L551	« Certains patients commencent à prendre conscience que la médecine, c'est pas forcément traiter par les médicaments, c'est aussi par la prévention »
-----------	---

Les patients appréciaient le rôle du médecin, perçu comme un partenaire.

E9, L487	« Si tu restes juste disponible quand ils auront besoin d'arrêter de fumer, c'est plutôt bien perçu en fait »
----------	---

Les médecins n'identifiaient aucune croyance locale freinant la mise en place de la prévention.

E7, L379	« Non pas trop, ça va. »
----------	--------------------------

La présence d'antécédents CV familiaux inquiétait davantage le patient concerné le poussant à demander conseil à son médecin.

E9, L135	« je pense que ceux qui sont plus atteignables et qui viennent le plus »
E9, L158	« C'est souvent : mes parents sont morts de ça »

Les médecins soulignaient la demande régulière d'aide des patients pour la prise en charge d'un FDRCV (dépistage de diabète, aide au sevrage tabagique, HTA, prise en charge surpoids, consultation vers un diététicien).

E9, L141	« ils viennent vous voir pour des choses précises, par exemple je veux une prise de sang pour ça M : Oui, pour le dépistage de diabète »
E11, L287	« Là il y a une grande demande, des fumeurs, qui ont une volonté d'arrêter »
E11, L147	« Oui qui viennent nous voir spécifiquement pour un amaigrissement »

Un médecin a évoqué de nouvelles applications sur smartphone permettant par exemple de connaître la composition des aliments facilement, ou d'évaluer leur activité physique.

E11, L702	« Ça c'est intéressant. D'après les premières études, c'est celui qui aurait le meilleur impact sur le fait que le consommateur suit ou pas. »
E6, L480	« au fait que les gens viennent avec un carnet de marche, un podomètre je ne sais quoi, donc prise en main active par des gens qui constatent eux-mêmes »

8.6 Les autres professionnels de santé

D'autres professionnels de santé médicaux et paramédicaux (pharmaciens, médecins du travail, infirmières) dépistaient des FDRCV et orientaient le patient vers leur médecin généraliste.

E2, L316	« pharmacie aussi, elle peut être amenée à prendre la tension et m'a alerté à plusieurs reprises pour que je voie des patients en consultation. »
E11, L129	« Hypertension dépistée à la médecine du travail »

L'éducation thérapeutique, pratiquée par les infirmières ou réseaux locaux, était fortement appréciée, perçue comme efficace. Des ateliers thérapeutiques effectués par des médecins généralistes, podologues, infirmières ont été mis en place sous forme d'ateliers individuels et collectifs. Ces ateliers étaient financés par l'ARS et gratuit pour les patients.

E7, L481	« Tout ce qui est réseau XXXX avec l'éducation thérapeutique, ça marche bien.... »
E1, L259	« Pour l'éducation par exemple le diabète, mais elle l'a fait aussi pour des conseils nutritionnels »

Certains médecins utilisaient un système informatique partagé avec d'autres professionnels de santé, permettant de mutualiser les informations des patients.

E4, L346	« on a les infirmières qui font partie du pôle avec qui ça fonctionne très bien »
----------	---

Des protocoles pluridisciplinaires ont été élaborés localement, par exemple concernant la surveillance de l'HTA. Ceci grâce à une très bonne relation entre les professionnels de santé constatée par plusieurs médecins interrogés. Ce travail d'équipe potentialisait les actions menées.

E2, L568	« Oui, déjà ça facilite parce que l'on propose aux patients et le fait de dialoguer entre nous. »
E6, L594	« on a des relations faciles »

D'autres professionnels de santé disposaient de compétences spécifiques à proposer aux patients. C'était le cas de paramédicaux pratiquant l'hypnose ou l'acupuncture qui pouvaient être proposées dans le sevrage tabagique par exemple. Le kinésithérapeute proposait aux patients des séances d'activité physique ou de Pilates pour les accompagner au mieux.

E7, L305	« on a la chance d'avoir quelqu'un qui fait de l'hypnose et de l'acupuncture aussi .. »
E4, L411	« Deux collègues qui font de l'hypnose aussi, ça marche bien en sevrage tabagique. J'adresse les patients qui sont motivés »
E1, L65	« La kiné ici propose toutes les semaines des séances de Pilate »

L'organisation en pôle de santé permettait d'organiser des projets de santé fédérateurs, en mettant des dispositifs impossibles à mettre en place par un médecin seul.

E2, L283	« Le pôle de santé permet d'avoir une énergie commune et un échange entre les différents acteurs du canton. »
E1, L514	« des choses qu'on n'aurait jamais faits tout seul »

E2, L283	« Le pôle de santé permet d’avoir une énergie commune et un échange entre les différents acteurs du canton. »
----------	---

8.7 L’organisation locale

L’ARS proposait une possibilité de financement d’un projet local, pouvant être consacré à de la prévention CV.

E4, L221	« budget thérapeutique pour la prévention cardiovasculaire, c'est tout à fait possible. »
----------	---

Localement, plusieurs initiatives étaient appréciées. C’était le cas du Réseau Local Diabète efficace et multidisciplinaire, cité par plusieurs médecins.

E7, L112	« Réseau local Diabète, je sais que les gens sont ravis, ils adhèrent à ça, ils trouvent ça super. »
E7, L94	« Par le biais du réseau local Diabète il y a des ateliers exercice physique et diététique »

Un évènement sportif était organisé par les cardiologues de la région, permettant de sensibiliser la population, avec une approche moins médicalisée, en dehors des cabinets médicaux. Cet évènement avait l’avantage d’être organisé par des acteurs de soins locaux, connus des patients qui venaient donc avec moins d’appréhension.

E3, L503	« ça fonctionne parce que les gens n’ont pas l'impression de venir consulter »
E3, L109	« comment c'est l'équipe de cardio de XXX les gens savent qui c'est alors ils y vont »

Au niveau de la politique locale, les élus locaux paraissaient engagés à s’investir pour l’amélioration de la prévention CV.

E2, L697	« J’ai le sentiment qu’ils sont motivés sur ça. »
----------	---

De plus, l'agriculture présente à proximité facilitait l'accès à une alimentation saine.

E12, L690	« c'est même facilitateur en leur disant qu'on a des marchés locaux, des marchés bio. Ils peuvent même avoir accès à une alimentation saine »
-----------	---

8.8 L'organisation nationale

Les programmes nationaux étaient majoritairement connus et relayés par les médecins en consultation. Le mois sans tabac était parfois un motif de consultation à part entière.

E12, L757	« Je pense que c'est bien tous ces programmes, qu'il faut en parler. Parce que nous ça nous facilite »
E10, L126	« ça va peut-être plus toucher le patient du fait qu'il en a aussi entendu parler en dehors. Il va me dire : « Ah bah tiens justement c'est l'occasion »
E9, L521	« Ah il y en a qui viennent, oui oui. En consultation exprès pour arrêter de fumer, suite à ça. Moi j'en ai eu au moins 3 je pense »

Les médecins étaient convaincus d'une efficacité de ces programmes nationaux et de la nécessité de les poursuivre. Ils pointaient plusieurs avantages : la répétition des programmes nationaux dans les différents médias (face à une difficulté de répéter le message à chaque consultation), la médiatisation importante qui touche une immense partie de la population (alors que le médecin parle ponctuellement de prévention).

E2, L551	« Je pense qu'on a pour le tabac une médiatisation importante qui touche quand même une grande partie de la population »
E6, L1143	« je pense que ça nous façonne jusque dans l'inconscient, sans qu'on s'en rende compte, c'est certain »
E2, L213	« J'ai l'impression que malgré tout il y a du fait des campagnes nationales peut être une prise de conscience »

Les médecins généralistes trouvaient que l'information nutritionnelle délivrée par le score Nutri-SCORE diffusé depuis 2017 était utile.

E11, L702	« Ça c'est intéressant. D'après les premières études, c'est celui qui aurait le meilleur impact, sur le fait que le consommateur suit ou pas. »
-----------	---

Des actions nationales préventives diverses étaient appréciées des médecins généralistes. Les bilans de santé étaient proposés aux assurés de certaines caisses de sécurité sociale, permettant au médecin d'avoir une consultation dédiée à la prévention en discutant des résultats du bilan. Certaines caisses incitaient, via une compensation financière, les jeunes patients à se rendre chez leur médecin pour une consultation prévention.

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 »
E2, L558	« Certains patients qui n'étaient pas très rigoureux, ont apprécié cette aide-là »
E5, L274	« Consultations prévention pour les jeunes. Pour venir chercher un ticket sport avec nous. Ils avaient le droit à 30 euros sur leur licence. »
E5, L285	« Là c'était assez intéressant, ça a bien marché, mais il y avait un enjeu. »

Des programmes d'accompagnements des patients comme SOFIA pour le diabète, venaient en complément du médecin traitant.

E2, L558	« Certains patients qui n'étaient pas très rigoureux, ont apprécié cette aide-là »
E1, L229	« Il y a beaucoup de gens qui accrochent »

Certaines émissions TV de santé avaient un rôle de santé publique. Elles permettaient de vulgariser la médecine pour faciliter la compréhension du message de prévention aux patients.

E4, L725	« qui font des émissions des fois hyper intéressantes des fois sur la santé »
----------	---

8.9 Les pistes d'amélioration

Selon les médecins, une augmentation des effectifs médicaux et paramédicaux, ainsi que des formations complémentaires destinées à la prévention amélioreraient sa mise en œuvre.

E10, L781	« Euh plus de cardiologues, et plus facilement »
E5, L339	« viennent nous former à ça parce qu'on a pas forcément d'appétence »

Les médecins étaient intéressés par une valorisation financière de la prévention, avec la possibilité d'une cotation spécifique à la prévention cardiovasculaire. Une organisation de consultation dédiée à la prévention était une solution abordée, afin de permettre au médecin de concentrer une consultation sur ce sujet.

E5, L685	« 45 ans, consultation dédiée, et qu'on débloque un questionnaire, qu'il y ait une information ciblée »
E6, L745	« M- Mais ça mériterait ouais »
E6, L732	« je regardais les nouvelles consultations dédiées plus longues qu'ils mettent en place là, y'a du bon justement parce que si vous vous dites tiens je prends une consultation à 70 € votre visite longue Alzheimer 60 + 10 = 70, évidemment vous allez y mettre plus de contenu psychologiquement »

Certains médecins souhaitaient voir un système informatique plus efficace, plus simple, commun à tous les professionnels de santé pour obtenir une action synergique.

E12, L922	« ça pourrait être un financement de l'ARS pour faciliter une plateforme informatique commune »
-----------	---

Des outils comme des tensiomètres individuels ou les podomètres pourraient être mis à la disposition des patients, qui seraient autonomes dans leur prévention individuelle.

E6, L977	« Je pense que la SECU pourrait amener un tensiomètre chez chaque famille. »
----------	--

La généralisation des bilans de santé proposée par certaines caisses de sécurité sociale aurait pu permettre de prendre en charge de manière équivalente tous les individus.

E3, L564	« généraliser les trucs MSA, les bilans de santé systématique en fait par les caisses »
----------	---

Certains proposaient l'aide de la médecine du travail pour compléter l'action du médecin généraliste. Ils souhaitaient disposer de moyens techniques et humains pour développer l'éducation thérapeutique.

E4, L696	« c'est l'éducation thérapeutique qui nous permettrait de travailler ensemble pour faire ça »
E2, L648	« la médecine du travail pourrait avoir un discours peut être un peu plus axé sur la prévention, ou inciter à une consultation dédiée à la prévention »

Beaucoup d'interviewés étaient favorables à une action de prévention plus précoce dès le milieu scolaire, afin de pouvoir inculquer au jeune public une bonne hygiène de vie sur le plan alimentaire et sur l'activité physique dès le plus jeune âge.

E8, L669	« Commencer très jeunes. Les petits allemands ont beaucoup plus de sport que nous »
E11, L655	« Que les parents aient le message autre que chez le médecin. »

L'organisation locale de campagnes, avec l'idée d'un coordinateur non médical organisant ces activités seraient une bonne initiative pour certains médecins, et pourraient davantage plaire aux patients face aux programmes nationaux non personnalisés.

E11, L652	« ça leur parlerait plus si c'est XXX qui leur parle, plutôt que si c'est Paris. Certainement oui »
E12, L901	« Pas médecin forcément. Quelqu'un qui coordonne tout ça. Et pour arriver à mobiliser les troupes »

Une législation renforcée concernant la mauvaise hygiène alimentaire, le tabac et l'alcool a été proposée. Une augmentation de la taxe sur les produits sucrés et alcoolisés a été évoquée plusieurs fois, voire une diminution de la taxe sur les produits sains. Le tabac était abordé, sa taxation voire son interdiction. Une interdiction des publicités sur tous les aliments trop gras

ou trop sucrés était proposée.

E13, L354	« Pour faire arrêter les gens de fumer il vaut mieux augmenter le prix du paquet de tabac »
E9, L640	« pour le tabac, il suffit d'interdire la vente du tabac en France. »
E8, L590	« Vous interdiriez les pubs de produits alimentaires qui soient trop sucrés M : Ah oui »
E8, L588	« Le nutella, il y a 50% de sucre. Ça devrait être retiré du marché très vite. ils font de la pub à la télé »
E9, L653	« Ce serait de taxer plus les pizzas ou autres produits ? M : Oui. Ou les fruits et légumes moins chers »

Une incitation financière nationale à pratiquer une activité physique ou rendre les licences sportives gratuites était proposée pour permettre à l'ensemble de la population une pratique régulière d'une activité physique.

E13, L664	« que le sport devienne gratuit. Les licences de sport, c'est pas normal que les gens paient »
-----------	--

9. DISCUSSION

9.1 Synthèse et analyse des résultats

Sept facilitateurs à la mise en place de la prévention primaire des FDRCV ont été déterminés par les médecins généralistes : le métier de médecin généraliste, les spécificités individuelles du médecin généraliste, les patients, les autres professionnels de santé, l'organisation locale, l'organisation nationale et les pistes d'amélioration.

Ce travail a permis de relever deux facilitateurs nouveaux qui n'ont pas été retrouvés dans d'autres études : l'agriculture locale prédominant dans le pays COB facilitant l'accès à une alimentation saine et l'idée qu'un coordinateur local rémunéré par l'ARS pourrait faire l'intermédiaire entre les professionnels de santé libéraux, s'occuper des tâches administratives, et être le référent des actions de prévention sur le plan local. Ce travail s'intègre avec une étude miroir explorant les freins de la mise en place de la prévention, au sein d'un projet qualitatif d'entretiens semi-structurés des autres professions, à visée de théorisation ancrée. Cette étude a permis de récolter des résultats spécifiques au pays COB, qui aboutira à des actions de prévention dans cette région.

Une méthode qualitative observationnelle aurait pu être utilisée, mais le ressenti des médecins n'aurait pas été retrouvé.

9.2 Limites et forces de l'étude

L'échantillon était exhaustif permettant de s'assurer de l'absence de biais de sélection.

Les biais de confusion ont été limités par le codage en aveugle par deux chercheurs avec une

mise en commun à chaque étape du codage (ce qui a également limité les biais d'information).

Les médecins interrogés ont pu oublier certaines données, des relances ont été nécessaires par exemple pour qu'ils se souviennent d'éléments facilitateurs comme le mois sans tabac provoquant un possible biais d'information. Un autre biais d'information était possible, dans l'optique de vouloir trouver des facilitateurs que le médecin ne constate pas réellement dans sa pratique en médecine générale. Cependant les biais d'information ont été limités par la retranscription exhaustive des entretiens et la réalisation d'un double codage.

9.3 Comparaison des résultats avec la littérature internationale

Le dynamisme des patients était un facilitateur décrit par les médecins. Les patients étaient décrits comme entreprenants et investis dans leur prévention individuelle CV. Les patients désiraient une bonne hygiène de vie au quotidien en luttant contre les FDRCV. Une étude européenne montrait que la moitié des patients interrogés dans les cabinets médicaux voulait améliorer ses habitudes alimentaires et augmenter son activité physique (17). Près de 85% d'entre eux considéraient les habitudes alimentaires et l'activité physique comme importants pour leur santé. (17).

Les patients appréciaient le fait de pouvoir être accompagnés et conseillés par leur médecin généraliste tout en conservant leur autonomie. Une thèse abordant les connaissances et perceptions de la notion de FDRCV chez les patients retrouvait le même résultat (18). Ils ressentaient le besoin d'être accompagnés par des personnes compétentes pour améliorer leur hygiène de vie sur le long terme (19).

Une étude soulignait l'importance de la relation médecin-patient : la moitié des médecins interrogés citaient la relation de confiance médecin-patient (la communication, la

compréhension, l'éducation) comme le principal facteur d'une bonne prise en charge des MCV par ces médecins (20). Ceci permettait aux médecins de personnaliser la prise en charge et d'adopter une attitude adaptée aux habitudes de vies du patient.

Ces patients investis et engagés dans leur prévention individuelle n'étaient peut-être pas les plus à risque de MCV. Cela n'a pas été l'avis de certains médecins au cours de notre étude. Plusieurs études confirment que le manque de motivation (21) et le manque d'écoute (22) des conseils étaient des causes de poursuite d'une mauvaise hygiène de vie. La difficulté résidait à une meilleure prise en charge des populations à risque.

La mise en place d'initiatives locales comme des protocoles demandaient trop de travail pour les médecins interrogés. Ils évoquaient une difficulté à organiser des protocoles pluridisciplinaires destinés à la prévention CV. Ceci pouvait s'expliquer par le fait que la mise en place de ces protocoles demande du temps et de l'organisation hors consultation (23). Les professionnels de santé exerçaient tous une profession libérale, indépendante les uns des autres, ce qui demandait de se coordonner pour organiser des initiatives. Dans une étude anglaise de 2012, les professionnels de santé médicaux et paramédicaux ont estimé que le manque de coordination des soins et de communication entre les professionnels de santé nuisait à une prise en charge optimale du patient dans la prévention CV individuelle (24).

Une des solutions évoquées par un médecin au cours de nos entretiens était la présence d'un coordinateur local facilitant l'organisation d'initiatives locales et déchargeant le travail administratif des professionnels de santé. Une revue de la littérature confirme que la présence d'un soutien formel physique (comprenant une supervision, une surveillance et des

conseils) renforçait le maintien d'un changement de comportement dans le mode de vie chez les personnes à risque CV élevé (25).

Les autres initiatives locales tels que le réseau local Diabète ont été appréciés des médecins.

Il était prouvé que le suivi régulier et coordonné des patients au sein d'un programme les aidait à modifier leur mode de vie (26). Malheureusement, peu de médecins avaient connaissance de ce genre d'initiatives. Les médecins évoquaient difficilement un événement présent ou passé dans leur région.

L'action des professionnels paramédicaux était appréciée. Les médecins soulignaient l'efficacité des professionnels paramédicaux intervenant dans l'accompagnement des patients : c'est le cas de la diététicienne, instaurant un suivi alimentaire régulier, de kinésithérapeutes dans l'activité physique adaptée. Dans une revue systématique, les médecins interrogés avaient le même point de vue, confortant l'idée que les diététiciens ou autres cliniciens étaient mieux à même de prendre en charge les patients sur un FDRCV spécifique, une fois mis en évidence (27). Eduquer les patients sur le régime alimentaire afin de prévenir les MCV était considéré par certains médecins de cette étude comme « hors de leur intérêt et de leur expertise », trouvant que les diététiciens étaient mieux à même de conseiller les patients sur leur habitudes alimentaires.

Seulement, l'intervention de ces professionnels paramédicaux dans l'activité physique adaptée dépendait du médecin prescripteur et les modalités de prescription étaient souvent méconnues. (28). Presque aucun médecin de notre étude n'a prescrit d'activité physique adaptée pour ses patients, mise en place depuis 2016 (29). Un rapport de la HAS destiné à développer la prescription de thérapies non médicamenteuses validées soulignait les difficultés que

rencontraient les professionnels de santé comme l'impression que leurs patients ne sont pas prêts à accepter ces mesures non médicamenteuses (30).

Les médecins interrogés dans notre étude préféraient adresser les patients en surpoids ou en obésité vers un diététicien. En France, les honoraires d'un diététicien sont libres et ne donne droit à aucune prise en charge par la Sécurité Sociale. Il appartient à chaque patient de s'assurer du remboursement partiel de cette consultation auprès de sa Mutuelle. Ceci peut être un frein pour les patients. La contrainte financière était un frein à la mise en œuvre et au maintien des modifications de mode de vie des patients. Une thèse consacrée à l'étude des patients en surpoids et obésité soulevait aussi le coût de la prise en charge comme un frein (31).

Des avancées dans les programmes nationaux ont été réalisées. Les programmes nationaux tels « Le mois sans tabac » ou « Programme nutrition santé » ont recueilli des avis mitigés de la part des médecins. Si une partie appréciait l'action et l'impact des programmes de santé, menant des actions en parallèle à celles du médecin, l'autre doutait de leur efficacité, véhiculant un message répressif voire culpabilisant, faisant doublon avec l'action du médecin. Ceci a été pris en compte dans l'évaluation du Programme Nutrition Santé 2011-2015 et 2016, veillant à se réformer en profondeur pour rompre avec une image hygiéniste et répressive et attirer la sympathie du public (32). Les programmes nationaux ont des avantages comme leur caractère répétitif et leur omniprésence dans les différents types de médias. Les premiers résultats de la campagne « Mois sans tabac » étaient encourageant (33).

Un médecin a cité le score Nutri score, conçu par le programme national Nutrition Santé en 2017, qui a permis un meilleur étiquetage alimentaire sur la teneur en nutriment clés avec un code couleur. Il s'agissait même du logo le plus efficace pour ce qui est de transmettre

les informations sur la qualité nutritionnelle des aliments et d'aider ainsi les consommateurs à faire la distinction entre les produits. Il semblait clairement compris par la population dans divers contextes socio culturels (34). Ce Nutri-score a pourtant des difficultés à faire face au lobbying des industries agroalimentaires (35) (36).

La taxation des produits alimentaires a été citée. En parallèle à la mise en place ancienne d'une législation concernant l'alcool (37) et le tabac (38), plusieurs médecins ont évoqué la taxation des produits trop sucrés et/ou gras. La taxation des aliments contenant trop de graisses saturées a été instaurée au Danemark en 2011, avant d'être retirée une année plus tard, essentiellement pour des raisons économiques selon le gouvernement danois (39). Une revue systématique de la littérature n'a pas montré d'effet significatif de l'augmentation des prix des aliments gras, sucrés et salés sur les résultats liés à l'obésité, bien qu'il existe de fortes preuves que de telles mesures ont une influence sur la consommation de ces produits. (40)

Une piste d'amélioration dans cette étude était, contrairement à l'augmentation des prix des produits sucrés et/ou gras, une diminution du prix des fruits et légumes grâce par exemple à une TVA abaissée au lieu de 5,5% actuellement (41).

Rendre le sport gratuit ou inciter financièrement à pratiquer une activité physique a été cité comme une solution potentielle par les médecins généralistes. Le manque de moyens financiers avait aussi été cité comme un frein à la poursuite d'une activité physique régulière chez les patients à haut risque cardio vasculaire (42). Une étude anglaise a montré pourtant que le fait de rendre gratuit des programmes d'exercices n'a pas encouragé à l'adhésion, y compris

chez les personnes qui ont cité le manque d'argent comme un obstacle antérieur (43).

Les enfants étaient la cible privilégiée des messages de prévention CV dans les solutions abordées par les médecins. Plusieurs médecins ont évoqué l'importance d'aborder la prévention CV dès le plus jeune âge en milieu scolaire, en les encourageant à pratiquer une activité physique régulière par exemple. Les parcours du cœur scolaires organisés par la Fédération Française de Cardiologie, proposaient aux établissements scolaires de les aider à organiser un évènement au sein de l'établissement associant activité physique, information de santé et conseils sous une forme adaptée aux élèves (44). Était évoquée aussi l'interdiction de publicités sur la malbouffe dans les programmes télévisuels pour enfants. Cette mesure est inscrite dans la stratégie nationale de santé publique 2018-2022 du gouvernement (45).

Les résultats ont montré que les médecins appréciaient la réalisation des bilans de santé. Certains médecins ont évoqué la généralisation de ceux-ci. Une étude anglaise allait dans ce sens, en recueillant les avis des patients à propos des bilans de santé : les patients acceptaient volontiers des invitations à des contrôles de prévention ou de dépistage, « fournissant une occasion précieuse pour des problèmes de santé autrement cachés » (46). Une méta analyse prouve que cette stratégie de prévention est inefficace, montrant que les bilans de santé généraux n'ont pas réduit la morbidité ni la mortalité concernant les causes cardio-vasculaires (47).

Les médecins généralistes bénéficiaient d'une position singulière auprès de leur patient. Ils connaissaient leur patient, son mode de vie, son entourage familial, son niveau scolaire et

statut socioéconomique. Ils pouvaient adapter le message de prévention en fournissant des conseils personnalisés, en adoptant une prise en charge adaptée au patient, pour garantir l'adoption de stratégies de prévention. Une revue systématique australienne de 2018 retrouvait ces mêmes avantages (27).

Une des solutions innovantes abordées était l'organisation d'une consultation uniquement dédiée à la prévention cardio vasculaire, à un âge précis (par exemple à l'âge d'un vaccin). En effet, les médecins se sont plaint du manque de temps à leur disposition pour aborder ce sujet, certains patients consultant très rarement. Ceci permettrait au médecin pendant ce moment dédié de réaliser une expertise de l'état CV du patient, et de proposer des stratégies de prise en charge. L'ensemble de la patientèle serait invité à effectuer cette consultation chez son médecin traitant, à un âge défini. Une revue systématique Cochrane affirmait l'absence d'efficacité des contrôles de santé généraux sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaire (48). La donnée intéressante dans cette idée novatrice serait de centrer le médecin traitant au cœur de la prévention CV de ses patients, durant un temps dédié, et valorisé financièrement par une cotation spécifique.

L'avancée de la technologie mobile a été relevée par les médecins. Dans notre étude, les médecins appréciaient la facilité d'utilisation d'applications sur smartphone promouvant l'activité physique en motivant les utilisateurs, ou fournissant des conseils alimentaires ou informations sur produits alimentaires. Certains médecins ont évoqué une efficacité de ces outils chez certains de leurs patients. Ceci pourrait être un axe de travail intéressant, notamment pour la population jeune plus sensible aux smartphones. En peu de temps, la technologie mobile a pénétré de manière significative dans notre société. Ces applications pourraient permettre

d'accompagner quotidiennement l'utilisateur. Plusieurs essais cliniques sont en cours pour évaluer l'efficacité de certaines applications (49) (50).

L'accès à une alimentation saine est facilité au sein du pays COB. Un facilitateur inattendu était l'accès facilité à une alimentation saine grâce à une agriculture locale importante dans le pays COB. Ceci permettrait à la population locale de s'approvisionner de fruits et légumes frais provenant de maraîchers locaux. Ceci favoriserait une bonne hygiène de vie alimentaire. Cette notion n'avait pas encore été trouvée dans d'autres études.

10. CONCLUSION

Les facilitateurs de la mise en place de la prévention primaire des FDRCV dans le pays COB par les médecins généralistes ont été décrits :

- Les facteurs connus : liés au métier de médecin généraliste (compétences utilisées, relation médecin-patient), liés au dynamisme et à l'investissement des patients, liés aux autres professionnels de santé, et liés à l'organisation locale et nationale.
- Les facteurs nouveaux découverts par cette étude : l'agriculture locale permettant l'accès facilité à une alimentation saine, l'idée d'un coordinateur local rémunéré par l'ARS, ainsi que l'idée d'une consultation axée sur la prévention CV chez le médecin traitant, associée à une cotation spécifique.

Une étude miroir réalisée de façon concomitante a étudié les freins à la mise de celle-ci.

Des formations médicales initiales et continues axées sur la prévention individuelle et le dépistage pourraient être mises en place.

D'autres membres de l'équipe de recherche se sont entretenus avec les pharmaciens, les patients et leur entourage, les infirmiers, et les élus locaux. Ceci permettra d'avoir une vue d'ensemble des freins et des facilitateurs à la mise en place de la prévention CV au sein du pays COB. L'enjeu sera de mettre en œuvre des programmes de prévention des MCV efficaces, adaptés à la population et au contexte local.

11. BIBLIOGRAPHIE

1. Maladies cardiovasculaires. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016 [cité le 2/12/18]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/article/les-maladies-cardiovasculaires>
2. Cardiovascular diseases (CVDs) [Cité le 11/12/18]. Disponible sur : [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
3. Fourcade N, Von Lennep F [DREES], Grémy I, Bourdillon F [Santé Publique France]. L'état de santé de la population en France. 2017 : 12-14
4. ameli.fr - Présentation et principaux résultats. [cité le 07/03/2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/presentation-et-principaux-resultats.php>
5. Collège National des Enseignants de Cardiologie. Société Française de Cardiologie, Isnard R. Cardiologie. 2e édition. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson ;2015,489.
6. Mathers CD, Loncar D (2006) Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. PLoS Med 3 : e442.
7. Hamelin Raynaud M. Maladies cardiovasculaires dans les pays en voie de développement : Les Faits. Pôle francophone africain sur le double fardeau nutritionnel 2009; 1-6.
8. EVEN L. In 2018, what is the definition of the concept of vulnerability for medical literature? A systematic Review. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Brest. 2018
9. État de santé de la population en Bretagne (document provisoire soumis à concertation). ORS Bretagne. [cité le 12/12/18]. 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
10. Développer l'offre de soins - Politique territoriale de santé - Réfléchir et agir - Le Pays Centre Ouest Bretagne vous accueille durablement. [cité le 12/12/18]. Disponible sur : http://www.centre-ouest-bretagne.org/Reflechir-et-agir/Politique-territoriale-de-sante/developper_1_offre_de_soins__1
11. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M ; Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d' »Acteur » à « Interdépendance ». Exercer 2009 ;87 : 74-79
12. Husserl E. Idées directrices pour une phénoménologie. Paris : Gallimard 1950 en livre et ebn article Giorgi A. The status of Husserlian phenomenology in caring research. Scand J Caring Sci. 2000 ;14(1) :3-10.)
13. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. Introduction

à la recherche qualitative. Exercer 2008 ;84 : 142-145

14. DGOS Michel.C. Les maisons de santé. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité le 24/01/19]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

15. Définitions et législations. La fédération française des maisons et pôles de santé. FFMPs. [cité le 24/01/19]. Disponible sur : <https://www.ffmps.fr/definitions-et-legislations/presentation-msp/>

16. Qu'est-ce qu'une Maison de santé pluriprofessionnelle ? | APMSL. [cité LE 24/01/19]. Disponible sur : <https://www.apmsl.fr/page/les-msp/>

17. Durrer D, Broton C, Bulc M, Schutz Y : Point de vue des patients concernant la nutrition sur l'activité physique en médecine générale : une étude européenne. Exercer 2011 ;99(suppl3) : 88S-9S

18. Mansouri L, Coblenz- Baumann : Connaissance et perception de la notion de facteurs de risque cardiovasculaires. Exercer 2013 ;107 :124-5

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

20. Cherry CO, Steichen O, Mathew A, Duhot D, Hebbrecht G, Schuster RJ. A Culture of Care: The French Approach to Cardiovascular Risk Factor Management. J Am Board Fam Med. 1 juill 2012 ;25(4) :477-86.

21. Faure A. Prescription de l'activité physique chez les adultes en surpoids : analyse des freins en médecine générale. Thèse de Médecine. Faculté de Médecine. Paris.2011.

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

23. Haute Autorité de Santé - Élaboration des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours. [cité le 16/02/2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2680226/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours

24. Schütze H, Rix EF, Laws RA, Passey M, Fanaian M, Harris MF. How feasible are lifestyle modification programs for disease prevention in general practice? Aust J Prim Health. 24 mai 2012 ;18(2) :129-37.

25. 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. 1 déc 2012;29(6):733-41.

26 Murray J, Fenton G, Honey S, Bara AC, Hill KM, House A. A qualitative synthesis of factors influencing maintenance of lifestyle behaviour change in individuals with high cardiovascular risk. BMC Cardiovascular Disorders. 6 juill 2013;13(1):48.

27. Ju I, Banks E, Calabria B, Ju A, Agostino J, Korda RJ, et al. General practitioners'

perspectives on the prevention of cardiovascular disease: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*. 1 nov 2018 [cité le 27/01/19] ;8(11). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6224770/>

28. Faure A. Prescription de l'activité physique chez les adultes en surpoids : analyse des freins en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France] : Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie ; 2011.

29. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 144. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/2016-41/jo/article_144

30. Haute Autorité de Santé - Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. [cite le 12/02/2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees

31. Lucas J. Attente et freins des patients en surpoids et en obésité sur la prise en charge de leur médecin généraliste, dans le Morbihan. Thèse de Médecine. Faculté de Médecine. Rennes. 2017

32. Evaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010-2013. :151.

33. Guignard R, Richard JB, Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Smadja O, et al ; le groupe Baromètre santé 2017. Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec Mois sans tabac : premiers résultats observés dans le Baromètre santé 2017. *Bull Epidemiol Hebd*. 2018;(14-15):298-303. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_6.html

34. Egnell M, Talati Z, Hercberg S, Pettigrew S, Julia C. Objective Understanding of Front-of-Package Nutrition Labels: An International Comparative Experimental Study across 12 Countries. *Nutrients*. oct 2018 ;10(10) :1542.

35. Chaignon. Le lobby de la malbouffe brouille les étiquettes. *L'Humanité*. 2018 [cité le 15/02/2019]. Disponible sur : <https://www.humanite.fr/le-lobby-de-la-malbouffe-brouille-les-etiquettes-649417>

36. Etiquetage nutritionnel : pourquoi le Nutri-Score peine à s'étendre sur tous les emballages. *Franceinfo*. 2018 [cité le 15/02/2019]. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/alimentation/etiquetage-nutritionnel-pourquoi-le-nutri-score-peine-a-s-etendre-sur-tous-les-emballages_2741089.html

37. Alcool et publicité. [cité le 28/01/19]. Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/ce-que-dit-la-loi/en-matiere-dalcool/alcool-publicite>

38. Tabac - La législation antitabac en France. [cité le 28/01/19]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/legislation.asp>

39. Strom S. 'Fat Tax' in Denmark Is Repealed After Criticism. *The New York Times*. 12 nov 2012 [cité le 16/02/2019]; Disponible sur: <https://www.nytimes.com/2012/11/13/business/global/fat-tax-in-denmark-is-repealed-after->

criticism.html

40. Maniadas N, Kapaki V, Damianidi L, Kourlaba G. A systematic review of the effectiveness of taxes on nonalcoholic beverages and high-in-fat foods as a means to prevent obesity trends. *Clinicoecon Outcomes Res.* 22 oct 2013 ;5 :519-43.
41. Application des différents taux de TVA. [cité le 12/02/ 2019]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23567>
42. Toupoint P (1983-. . .). A, Dumay, Christian (19.-... ED de thèse, UPEC. Faculté de médecine. Organisme de soutenance. Freins à la pratique d'activité physique régulière chez les patients à risque cardiovasculaire. Université Paris-Est Créteil ; 2013 [cité le 27/11/2018]. Available from : <http://www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1/SET=1/TTL=1/SHW?FRST=6>
43. Tai SS, Gould M, Smith P, Iliffe S. Promoting physical activity in general practice: should prescribed exercise be free? *J R Soc Med.* févr 1999 ;92(2) :65-7.
44. Les Parcours du Coeur | Fédération Française de Cardiologie. [cité le 29/01/19]. Disponible sur : <https://www.fedecardio.org/les-parcours-du-coeur>
45. DICOM_Lisa.C. La stratégie nationale de santé 2018-2022. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité le 12/02/2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
46. 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 Family Practice.* 8 mars 2015 ;16(1) :33.
47. Les bilans de santé généraux chez l'adulte pour la réduction de la morbidité et de la mortalité des suites de maladie. [cité le 12/02/2019]. Disponible sur : [/fr/CD009009/les-bilans-de-sante-generaux-chez-ladulte-pour-la-reduction-de-la-morbidite-et-de-la-mortalite-des](http://fr/CD009009/les-bilans-de-sante-generaux-chez-ladulte-pour-la-reduction-de-la-morbidite-et-de-la-mortalite-des)
48. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 20 nov 2012 [cite le 12/02/2019] ;345. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3502745/>
49. Recio-Rodriguez JI, Gómez-Marcos MA, Agudo-Conde C, Ramirez I, Gonzalez-Viejo N, Gomez-Arranz A, et al. EVIDENT 3 Study: A randomized, controlled clinical trial to reduce inactivity and caloric intake in sedentary and overweight or obese people using a smartphone application. *Medicine (Baltimore).* 12 janv 2018 [cité le 12/02/2019] ;97(2). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5943855/>
50. Granado-Font E, Flores-Mateo G, Sorlí-Aguilar M, Montaña-Carreras X, Ferre-Grau C, Barrera-Uriarte M-L, et al. Effectiveness of a Smartphone application and wearable device for weight loss in overweight or obese primary care patients: protocol for a randomised controlled trial. *BMC Public Health.* 4 juin 2015 [cité le 12/02/2019] ;15. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4455326/>

12.ANNEXES

Annexe 1: 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.

12.1 Annexe 2 : Guides d'entretien

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 termes 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 identifiants ?
 - ii. Quels sont leur besoins/ préoccupations en termes 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 termes 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.

12.2 Annexe 3 : Formulaire de consentement



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

PROJET SPICES – KALON YAC'H

Promoteur : Département Universitaire de Médecine Générale – 22 avenue Camille Desmoulins - 29238 Brest Cedex 3

Interviewé :

Mr/ Mme :

Adresse :

Mr / Mme :

Adresse :

Université de rattachement : Brest

M'a proposé de participer à une étude

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude, et je suis conscient(e) que ma participation est entièrement volontaire et que cette étude n'engendrera aucun surcoût à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de la recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe du médecin investigateur, mandatées par le promoteur.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi Informatique et liberté. J'ai été informé de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Fait en deux exemplaires originaux

à, le

Nom, prénom de l'investigateur :

Nom, prénom de l'interviewé :

Signature

FACULTÉ
DE MÉDECINE &
SCIENCES DE LA SANTÉ



Signature :

INVESTISSEMENT	Volonté d'une prévention de qualité	E4,L26 E6,L1035 E1,L38 E6,L574	je ne rencontre pas de difficultés à faire de la prévention. Sur le plan cardiovasculaire on est bien oui je crois on essaye qu'elle soit la meilleure possible c'est important ils sont motivés
	Prise de conscience importance des RHD	E4,L522 E11,L354	on est venus à la place d'un ancien médecin qui était plutôt agé, qui avait le Crestor facile, nous on est arrivés, on a arrêté des crestor les médecins de nouvelle génération ne font plus des listes trop longues de médicaments sur l'ordonnance
	Expérience professionnelle	E6,L598	... je crois que je le fais de mieux en mieux en prenant de l'âge
FORMATION MEDICALE	Avis du CNGE	E5,L491	juste on a le CNGE qui nous sort un petit papier, facile à lire, et on se dit que c'est quand même plus facile en prenant leur point de vue.
	FMC et groupe qualité national	E12,L649 E7,L346 E7,L359 E13,L422 E9,L21	Et puis après tout ce que j'entends en formation continue. groupe qualité, au moins une fois dans l'année il y a quelque chose sur la prévention cardio vasculaire C'est l'occasion de discuter ensemble, et de se donner des tuyaux c'est de la FMC sous la forme de petits mails très très courts avec un rappel simple j'ai commencé à me former à l'hypnose donc pour le tabac
MEDECIN PERCU COMME PARTENAIRE	relation de confiance médecin-patient	E4,L262	on instaure des choses quand même, on arrive à avoir des... on arrive à avoir des résultats... quand même..
ROSP	ROSP	E6,L229	Rémunérations sur des objectifs tout ça aussi, au niveau des médecins, oui réduction du tabac

Annexe 4 : Livre de codage : Le métier de médecin généraliste

CONTEXTE DE CONSULTATION	Proposition consultation dédiée	E4,L67 E13,L61 E1, L452 E4,L85 E6,L682 E10,L81	je vais des fois lui proposer de le revoir spécifiquement pour discuter de ça. généralement je fais une consultation exprès pour ça lorsque j'identifie les facteurs de risque à l'entretien Pour le tabac, oui. je vais representer une consultation pour discuter que vous avez une biologie qui est parlante, on rebondit là dessus quoi Après, dès qu'on a un point d'attention, {...}. C'est un point d'entrée pour aller regarder au niveau cardio vasculaire
	Motif aigu en lien avec un FDRCV	E9,L254 E12,L155 E11,L137	l'hiver quand ils sont malades, on leur rappelle queon saute un peu sur l'occasion puisqu'il venait pour un abcès dentaire mais je trouvais utile de parler prévention surpoids on va les voir un peu plus facilement parce qu'ils vont avoir des troubles ostéoarticulaires,
	Certificat de sport	E10,L61 E5,L548	pratique sportive. Et bien évidemment, on a un point d'entrée directe pour parler de l'état cardio vasculaire Eh bien il faut qu'on aille voir le docteur.
COMPETENCES UTILISEES	Pratique de l'hypnose	E1, L114 E1, L117 E9,L256 E10,L461 E5,L412	éventuellement pour faire une séance d'hypnose Vous faites de l'hypnose aussi ? M : oui on peut faire l'hypnose, on peut revoir en consultation pour ça. on peut être amener à leur proposer d'aller faire un petit peu d'hypnose Pour certains, oui c'est assez intéressant
STRATEGIES DE COMMUNICATION	Décision médicale partagée essentielle	E13,L555 E13,L112 E7,L79 E4,L36 E1, L363	Je suis plus pragmatique dans le sens que je vais utiliser celle que le patient veut bien En fait ça marche bien et vraiment on peut choisir Ca demande beaucoup de coopération de leur part, ça c'est sur. Ensuite c'est des discussions qu'on amène avec les patients sur leur facteurs de risques Une négociation, enfin une discussion, il n'y a rien de systématique.
	Schéma explicatif	E8,L444	Ah oui. Rien que ce schéma là, ça les frappe. Celui qui refuse une statine, il la prend.
	Ne pas culpabiliser les patients	E5,L600	Je pense que le médecin trop rigide, trop parfait et perfectionniste, on lui ment tout simplement...

Annexe 4 : Livre de codage : Spécificités individuelles du médecin généraliste

SUPPORTS ECRITS	Motiver les patients	E6,L486 E8,L254	C'est moins direct, on leur dit pas vous y allez parce qu'il y a des facteurs de risques, vous allez voir comment vous vous sentez bien après Quelqu'un qui est prêt à le faire, on peut le booster pour qu'il y aille.
	Prescription écrite	E12,L299 E12,L323 E3,L682	J'écris toujours sur mes ordonnances "marcher 1/2 Heure par jour" "diminuer consommation du sucre" j'écris tout ça Donc j'ai arrêté le STAGID et j'ai prescrit 1/2 heure de marche par jour minimum, elle a accepté et je vais voir dans 3 mois Je l'écris pas forcément,, ça m'est arrivé 2 – 3 fois
	Messages simples et concis de RHD	E9,L311 E9,L312 E9,L578	Je leur dis qu'il faut qu'il compte tout le sucre qu'il mange, et qu'il réduisent En général, je suis surprise du nombre de résultats positifs. Qu'en diminuant la quantité de sucre ingérée, on va éviter les médicaments et quand ils voient leur hémoglobine glyquée, ça marche bien
OUTILS INFORMATIQUES	dossiers informatisés utiles	E2,L613 E4,L35 E11,L380	L'outil informatique est pour nous un outil utile. Déjà nous on a des dossiers informatisés Regarder l'évolution notamment du poids, mais aussi de la tension sur plusieurs mois, années, c'est toujours intéressant de leur montrer
	CV risk calculator pratique	E10,L548 E10,L523 E10,L533 E13,L108	L'avantage c'est qu'il est visuel, qu'on peut montrer aux patients, Je l'utilise en la remplissant avec les patients et leur montrant l'intérêt ou non d'aller introduire tel ou tel action Que j'utilise quelque chose de visuel sur l'ordinateur pour que le patient se rende compte de l'intérêt du bénéfice attendu Et après y'a intervention par intervention on voit comment ça module le risque, avec des petits icônes
CONSEILS PERSONNALISES	Personnalisation des propositions de sevrage	E10,L463 E10,L457	Il y a des trucs que je proposerai pas à certains patients parce que je suis certain que ça leur correspondra pas Proposition de sevrage, c'est vraiment personne dépendant, c'est extrêmement personnalisable
	Délivrance de conseils d'activité physique adaptée	E11,L324 E12,L304 E12,L738 E8,L303	Conseil de bouger davantage, essayer de faire du sport, tel ou tel sport +/- adaptée selon les différents types de pathologies comme l'arthrose. J'ai même dit à un patient qui trouvait que c'était trop dur de faire 1/2 heure et bien faites par fractions 3 fois 10 Minutes. J'ai écrit ça 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 Je dis si vous venez à la boulangerie et que vous habitez à tel coin, plutôt que de prendre votre voiture, allez à pied. Des petits trucs comme ça.
	Enquetes alimentaires	E1,L96 E12,L365 E12,L387 E12,L373 E5,L426	je dois bien le dire mais j'essaie de faire le point sur l'alimentation que me déclare les gens et puis j'essaie de voir quelles sont les grosses erreurs et de voir éventuellement si je peux les aider avec ça Je leur fais remplir aussi des enquêtes alimentaires quelque fois Tout ça prend du temps mais ça vaut la peine Pour travailler individuellement, des conseils de façon globale il faut partir du patient, qu'est ce qu'il fait et qu'est ce qu'il peut changer en fait » il me dit « vous voulez dire le pain beurre ? » ah parce que vous mangez du pain beurre à chaque repas . Oui , il faudrait arreter

Annexe 4 : Livre de codage : Spécificités individuelles du médecin généraliste (Suite et Fin)

PATIENTS ACTIFS ET ENGAGES DANS LEUR PREVENTION INDIVIDUELLE	Demande de surveillance biologique	E2,L73 E9,L141 E9,L400 E9,L297 E9,L302 E4,L21 E9,L304	Il voulait que je lui fasse un ECG et une prise de sang Ils viennent vous voir pour des choses précises, par exemple je veux une prise de sang pour ça M : Oui, pour le dépistage de diabète Donc c'est ceux qui font déjà attention à leurs facteurs de risque.... M : Oui La plupart des gens ils veulent, ils sont habitués. Ils sont motivés ? M : Oui, ils sont motivés pour avoir la prise de sang complète Qu'ils sont plutôt demandeurs de bilans, ils adorent faire des prises de sang globalement. Si elle est bonne c'est que c'est bon
	Demande consultation cardiologue	E9,L145	Il y en a qui veulent voir le cardiologue, ou au moins faire un ECG pour
	Demande consultation diététicienne	E9,L357	Sinon les diététiciennes, heu, non souvent c'est les gens qui demandent
	Amélioration des habitudes de vie	E7,L73 E8,L506 E2,L212 E8,L507 E5,L637	Il s'est mis à faire du sport il va à la piscine tous les 3 jours et marche 1h par jour avec ses chiens quand il ne va pas à la piscine. Il a perdu 15 kgs Maintenant il faut une grande ferme qui n'est sans doute plus destinée à nourrir une famille . Il faut produire. Tabac je trouve que ça bouge un peu plus Donc c'est un mode de vie qui a changé complètement Quelqu'un qui fume, qui s'arrête, elle peut faire boue de neige vers les autres.
	Demande de contrôle de l'HTA	E3,L456 E5,L525 E7,L212	Ils sont inquiets pour l'hypertension Ils vont accrocher à des chiffres quand même. La tension artérielle Une prise de sang ou tout va bien et une tension qui est bien
	Demande d'aide au sevrage tabagique	E1, L199 E3,L207 E2,L218 E8,L294 E11,L287	Le plus gros problème dans ce cas là, je crois que c'est le tabac Quelles sont leurs préoccupations, vous disiez le tabac ? M : oui C'est une demande exprimée oui. Mais ça arrive quand même qu'il y ait une demande de leur part ? M : Aide au sevrage tabagique. La il y a une grande demande, des fumeurs, qui ont une volonté d'arrêter
	Demande PEC surpoids	E11,L142 E11,L143 E11,L147 E11,L152	Sauf quand même depuis quelques années, c'est très récent Généralisation des By Pass Gastrique. Là quand même on voit quelques patients. Oui qui viennent nous voir spécifiquement pour un amaigrissement La motivation était selon l'âge soit esthétique, soit..... cardiovasculaire non. Plus pour limiter les douleurs articulaires, c'est ce qui les motive, en sachant qu'ils seront en meilleure santé s'ils perdent du poids.
	Comprendre la nécessité des RHD et d'une activité physique régulière	E6,L600 E7,L218	y'a une demande des gens, ils se disent qu'est ce que je devrais faire... Comprendre qu'il faut bouger pour être en bonne santé

Annexe 4 : Livre de codage : Patients

POPULATION LOCALE HOMOGENE		E1, L182 E3,L187 E1, L188	la population est finalement assez homogène ici. C'est assez homogène comme classe sociale J'ai pas l'impression qu'il y a des populations qui se distinguent particulièrement.
COMPREHENSION DE L'IMPORTANCE D'UNE PREVENTION NON MEDICAMENTEUSE		E11,L551 E4,L549 E4,L524 E11,L553	Certains commencent à prendre conscience que la médecine c'est pas forcément traiter par médicaments, c'est aussi par la prévention Je pense qu'ils voient qu'on prescrit moins, on a allégé beaucoup d'ordonnances On change du modèle pathologie aiguë, je soigne, ordonnance à qu'est ce que vous pouvez faire pour votre santé Mais l'alimentation très clairement et de plus en plus. Euh déjà par le régime alimentaire, et on voit de plus en plus par le bio
APPRECIATION DU MEDECIN CONSIDERE COMME PARTENAIRE /AIDANT		E9,L487 E12,L799 E12,L456 E9,L322 E12,L677	Si tu restes juste disponible quand ils auront besoin d'arrêter de fumer, c'est plutôt bien perçu en fait Tu vois bien le monsieur que j'ai vu avant hier soir, il me dit qu'il y avait même pas pensé. Alors il me remerciait presque de leur avoir donné quelque chose de basique ou d'élémentaire. Si on prend le temps de s'occuper d'eux, ils adhèrent plutôt. En fait on décide ensemble Donc qui ont confiance en le médecin. Si le médecin « dit », et bien je pense qu'ils sont plus susceptibles de faire ce que le médecin a dit
PAS DE CROYANCES LOCALES FREINATRICES		E2,L457 E3,L433 E1, L419 E7,L379	Non M : Non Non, je ne saurais pas dire. Non pas trop, ça va.
EVENEMENT CV FAMILIAL		E5,L213 E5,L223 E9,L135 E9,L158	Quand il y a un événement cardio vasculaire chez quelqu'un de jeune, ça interpelle C'est pas suivi d'effets mais il y a une prise de conscience Je pense que ceux qui sont plus atteignables et qui viennent le plus, C'est souvent : mes parents sont morts de ça
APPLIS SMARTPHONE	Information nutritionnelle	E11,L710 E11,L720	Il y a aussi des applications maintenant sur smartphone Il y a des applications aussi apparemment ça peut amuser certaines personnes de scanner les produits.

Annexe 4 : Livre de codage : Patients (Suite)

COMPREHENSION DE LA NOTION DE FDRCV	Réceptif aux explications sur les bénéfices d'une diminution du RCV	E9,L622 E9,L629 E7,L313	Ou ils aiment bien avoir des exemples précis somatiques sur les bénéfices ? M : Oui, je pense que c'est plus ça ouais Pour l'hypertension, on leur explique qu'on traite un risque. Je trouve qu'ils comprennent assez bien la notion de risques, qu'on met en place des outils pour diminuer le risque d'un accident plus tard L'HTA, au final c'est souvent la perte de poids qui va jouer. Souvent, ce qui peut aider, c'est leur dire si vous arrivez à perdre du poids, on arrivera peut être à arrêter votre médicament . Ca les stimule au final, ça les aide
	Compréhension des FDRCV	E8,L624 E6,L133 E2,L646 E9,L544 E6,L125 E6,L130 E7,L198 E6,L877	Tout le monde est au courant qu'on risque sa peau en fumant Tout le monde sait que les facteurs de risques c'est pas de la plaisanterie, Pas mal de patients informés maintenant, que ce soit par une information commune à tous, ou sur internet, sur les réseaux Les gens ils ont bien compris qu'est ce qui était bien et qu'est ce qui était mal. Tout le monde est très conscient que l'alimentation joue beaucoup Que ça intervient sur les artères, sur le cœur en général. Sont au courant que c'est pas bon d'avoir trop de cholestérol Les gens sont assez, ils sont conscients, ils sont informés maintenant hein
ADHESION AU MESSAGE DE PREVENTION	A l'écoute des conseils	E1, L413 E7, L420 E4, L350 E12,L799	En règle générale je trouve que les gens sont à l'écoute de ce qu'on peut leur dire. C'est un message qu'ils entendent et qu'ils comprennent Je pense le patient aussi écoute leur pharmacien. Tu vois bien le monsieur que j'ai vu avant hier soir, il me dit qu'il y avait même pas pensé. Alors il me remerciait presque de lui avoir donné quelque chose de basique
	Perception positive de la prévention	E1, L425 E6,L878 E7,L172 E11,L567 E2,L474 E1, L431 E2,L462 E3,L448 E3,L463 E4,L21 E6,L372 E1, L424 E9,L486	Conseils et les programmes de prévention qu'on leur donne sont bien reçus Non non je crois que c'est très bien perçu Il y a d'autres personnes qui sont réfractaires à ce message de prévention ?M- Globalement non, j'ai pas l'impression M : Non non je pense que c'est bien, c'est plutôt positif. Il y a une certaine volonté majoritaire d'y adhérer. Oui tout à fait. Plutôt positivement, c'est ça. Ils reçoivent le discours assez facilement, positivement, Ils sont assez sensibles je pense Je crois pas trop, je crois pas trop En général les patients qui viennent ici sont plutôt ouverts Je crois que les gens sont assez sensibles au truc Il y en a qui sont très préventions et généralement ils se gèrent beaucoup Je pense que tant qu'on reste dans le fait de proposer des choses, et pas de stigmatiser ..Euh.. C'est bien perçu
	Préoccupation vis-à-vis de la prévention	E9,L238 E7,L208 E11,L558 E8,L254 E12,L809 E11,L133 E7,L203	Euh, les gens demandent beaucoup au pharmacien avant de venir nous voir Préoccupés par les différents facteurs de risque cardio vasculaire ? M : oui oui Globalement il y a un message positif, et les gens écoutent, ils essaient de suivre plus ou moins, ou en tout cas comprennent ce qu'ont leur dit dans les médias. Quelqu'un qui est prêt à le faire, on peut le booster pour qu'il y aille. Au niveau sociétal, on sent bien qu'il y a une préoccupation pour la santé, pour une bonne hygiène de vie, de lutter contre la malbouffe, contre la sédentarité I : Au final, le facteurs de risque qui les importe ou les préoccupe plus, ce serait plus l'hypertension par rapport au tabagisme ou au surpoids ? M : Ah bah oui. Préoccupations, c'est de vieillir en bonne santé.

Annexe 4 : Livre de codage : Patients (Suite et Fin)

AIDE AU DEPISTAGE DES FDRCV	HTA et Surpoids par IDE	E2,L142	Les infirmières qui seront amenées à contrôler la tension des patients à domicile.
		E2,L314	Pour le dépistage...nous bien sûr. Les infirmières ont un potentiel important à ce niveau là.
		E2,L314	Développer les capacités des infirmières à mettre en évidence une problématique de maladie cardiovasculaire notamment l'HTA
		E8,L375	M- Ça arrive
		E2,L327	Contrôle du poids aussi.
	HTA et Tabagisme par pharmacien	E2,L316	Pharmacie aussi, elle peut être amenée à prendre la tension et m'a alerté à plusieurs reprises pour que je voie des patients en
		E9,L230	Ah oui (Affirmatif) . Ils nous appelle pas, il nous les envoie.
		E1, L515	Si on avait pas eu les paramédicaux, les pharmaciens qui s'intéressent à ça, on n'aurait rien fait, ça c'est sur.
		E9,L237	Ils nous les envoient pour le tabac, quand il faut la prescription des patchs
	HTA par Médecin du travail	E8,L379	Oui. Le médecin du travail aussi. Il y a pas mal de gens qui sont adressés par le médecin du travail
		E11,L129	Hypertension dépistée à la médecine du travail
		E13,L380	Si la médecine du travail un peu
EDUCATION THERAPEUTIQUE EFFICACE ET APPRECIÉ DES PATENTS	Pluri professionnalité	E7,L454	Je pense que les professionnels, ils seraient intéressés
		E1, L256	Les infirmiers font aussi. On a mis en place avec le pôle de santé un temps avec une infirmière que ça intéresse
		E4,L214	Y a aussi la podologue du pôle de santé qui est formée ainsi que 2 ou 3 infirmières
		E2,L128	Il y a un certains nombres d'agents principalement médecins et infirmiers
		E12,L246	Ils ont commencé à travailler sur l'éducation thérapeutique
		E4,L214	Y a aussi la podologue du pôle de santé qui est formée ainsi que 2 ou 3 infirmières
		E3,L749	Infirmière de l'hosto avec la pharmacienne de l'hosto qui ont déjà leur .D.U
	Financement par ARS	E4,L219	Cette année on a choisi le sujet diabète de type 2
	Atelier thérapeutique de groupe	E4,L234	Et les ateliers de groupe il y a une dizaine de patients, 2 ou 3 éducateurs et ça dure 2 heures.
		E4,L213	2 éducateurs thérapeutiques à faire des ateliers de groupe
		E4,L232	C'est des ateliers de groupe ou des ateliers individuels sur des sujets
		E4,L226	On fait des bilans d'éducation avec les patients..
		E2,L122	Je sais que l'on met en place des ateliers d'éducation thérapeutique auprès de patient
		E1, L259	Pour l'éducation par exemple le diabète, mais elle l'a fait aussi pour Des conseils nutritionnels
		E3,L723	Il faut que je recrute des infirmières, la réunion de mardi prochain va démarrer pour le D.U
	Efficacité de l'éducation thérapeutique	E1, L294	Oui. (Affirmatif) Tant pour le bien être que pour la nutrition oui
		E7,L439	Tout ce qui est réseau XXXX avec l'éducation thérapeutique, ça marche bien.

Annexe 4 : Les autres Professionnels de santé

TRAVAIL PLUS EFFICACE GRACE A UN TRAVAIL D'EQUIPE	Staff pluridisciplinaire	E1, L316 E2,L338 E12,L188 E12,L205 E2,L128 E1, L256 E3,L722	Staff tous les mardis midi avec les infirmiers, les kinés, et ceux qui veulent On est en voie de développement alors aux réunions de pôle on présente des cas complexes C'est les médecins, dentistes, des fois avec l'assistante, les infirmiers, les kinés, podologues..I : D'accord.M : Psychologues J'ai organisé deux grandes réunions sur le diabète Il y a un certain nombre d'agents principalement médecins et infirmiers Les infirmiers font aussi. On a mis en place avec le pôle de santé un temps avec une infirmière que ça intéresse Donc la pharmacienne m'a demandé justement de sensibiliser
	Système informatique partagé utile	E1, L537 E2,L342 E4,L347 E4,L346 E4,L440 E2,L578 E4,L348 E2,L587	Système d'informations partagées avec les médecins, les infirmiers, les pharmaciens, ils ont accès au dossier. Système informatique partagé où on va pouvoir mettre en place des réunions pluri professionnelles par ordinateur. On adhère à un logiciel commun avec elles On a les infirmières qui font partie du pôle avec qui ça fonctionne très bien Dans le bloc notes d'un commun accord et c'est noté dans les antécédents aussi Entre nous tous, les infirmières, les pharmaciens ont aussi accès au système. Logiciel commun avec les pharmaciens qui eux peuvent faire de la prévention On peut recevoir une alerte sur le dossier, oui
	Bonne relation avec les professionnels de santé locaux	E9,L239 E9,L245 E4,L366 E1, L330 E6,L594 E10,L380 E13,L474	Bonne relation avec les pharmaciens Oui en général, même pour tout M : oui Oui, oui On a des relations faciles Je dirai qu'elles sont plutôt bonnes dans l'ensemble Moi je travaille en bonne entente avec les autres
	Protocole pluridisciplinaire de surveillance de l'HTA	E1, L141 E2,L568 E4,L383 E4,L290	Lors de la dernière réunion on a statué sur la rédaction finale du protocole Oui, déjà ça facilite parce que l'on propose aux patients et le fait de dialoguer entre nous. Sur l'hypertension vous avez le protocole Nous on a fait un protocole avec le pôle de santé pour l'hypertension
COMPETENCES SPECIFIQUES APPRECIÉES	Hypnose, Acupuncture	E7,L305 E4,L411 E10,L461 E5,L407 E7,L305 E5,L407	On a la chance d'avoir quelqu'un qui fait de l'hypnose et de l'acupuncture aussi.. Deux collègues qui font de l'hypnose aussi, ça marche bien en sevrage tabagique. J'adresse les patients qui sont motivés On peut être amené à leur proposer d'aller faire un peu d'acupuncture Infirmiers qui font de l'hypnose, ou de l'acupuncture on a la chance d'avoir quelqu'un qui fait de l'hypnose et de l'acupuncture aussi.. Infirmiers qui font de l'hypnose, ou de l'acupuncture
	Séances sport par Kinésithérapeute	E1, L307 E1, L65 E11,L332	Mise en place des séances de sport toutes les semaines que fait une des kinés. La kiné ici propose toutes les semaines des séances de pilate, Mais en prescrivant avec un paramédical, je pense que ça va être un petit peu plus suivi par les patients.

Annexe 4 : Livre de codage : Autres Professionnels de santé (Suite)

AIDE AU DEPISTAGE DES FDRCV	HTA et Surpoids par IDE	E2,L142	Les infirmières qui seront amenées à contrôler la tension des patients à domicile.
		E2,L314	Pour le dépistage...nous bien sûr. Les infirmières ont un potentiel important à ce niveau là.
		E2,L314	Développer les capacités des infirmières à mettre en évidence une problématique de maladie cardiovasculaire notamment l'HTA
		E8,L375	M- Ça arrive
		E2,L327	Contrôle du poids aussi.
	HTA et Tabagisme par pharmacien	E2,L316	Pharmacie aussi, elle peut être amenée à prendre la tension et m'a alerté à plusieurs reprises pour que je voie des patients en
		E9,L230	Ah oui (Affirmatif) . Ils nous appelle pas, il nous les envoie.
		E1, L515	Si on avait pas eu les paramédicaux, les pharmaciens qui s'intéressent à ça, on n'aurait rien fait, ça c'est sur.
		E9,L237	Ils nous les envoient pour le tabac, quand il faut la prescription des patchs
	HTA par Médecin du travail	E8,L379	Oui. Le médecin du travail aussi. Il y a pas mal de gens qui sont adressés par le médecin du travail
		E11,L129	Hypertension dépistée à la médecine du travail
		E13,L380	Si la médecine du travail un peu
EDUCATION THERAPEUTIQUE EFFICACE ET APPRECIÉ DES PATENTS	Pluri professionnalité	E7,L454	Je pense que les professionnels, ils seraient intéressés
		E1, L256	Les infirmiers font aussi. On a mis en place avec le pôle de santé un temps avec une infirmière que ça intéresse
		E4,L214	Y a aussi la podologue du pôle de santé qui est formée ainsi que 2 ou 3 infirmières
		E2,L128	Il y a un certains nombres d'agents principalement médecins et infirmiers
		E12,L246	Ils ont commencé à travailler sur l'éducation thérapeutique
		E4,L214	Y a aussi la podologue du pôle de santé qui est formée ainsi que 2 ou 3 infirmières
		E3,L749	Infirmière de l'hosto avec la pharmacienne de l'hosto qui ont déjà leur .D.U
	Financement par ARS	E4,L219	Cette année on a choisi le sujet diabète de type 2
	Atelier thérapeutique de groupe	E4,L234	Et les ateliers de groupe il y a une dizaine de patients, 2 ou 3 éducateurs et ça dure 2 heures.
		E4,L213	2 éducateurs thérapeutiques à faire des ateliers de groupe
		E4,L232	C'est des ateliers de groupe ou des ateliers individuels sur des sujets
		E4,L226	On fait des bilans d'éducation avec les patients..
		E2,L122	Je sais que l'on met en place des ateliers d'éducation thérapeutique auprès de patient
		E1, L259	Pour l'éducation par exemple le diabète, mais elle l'a fait aussi pour Des conseils nutritionnels
		E3,L723	Il faut que je recrute des infirmières, la réunion de mardi prochain va démarrer pour le D.U
	Efficacité de l'éducation thérapeutique	E1, L294	Oui. (Affirmatif) Tant pour le bien être que pour la nutrition oui
		E7,L439	Tout ce qui est réseau XXXX avec l'éducation thérapeutique, ça marche bien.

Annexe 4 : Livre de codage : Les autres professionnels de santé (Suite et fin)

RESEAU LOCAL DIABETE EFFICACE	PEC Pluridisciplinaire	E7,L94	Par le biais du réseau local { Diabète } il y a des ateliers exercice physique et diététique
		E2,L120	un réseau de prévention de diabète,
		E2,L121	on peut y assister et proposer des consultations surtout avec des infirmiers, des podologues et des nutritionnistes.
	Adhésion des patients	E7,L439	l'éducation thérapeutique, ça marche bien.
		E7,L112	{Réseau local Diabète} , je sais que les gens sont ravis, ils adhèrent à ça, ils trouvent ça super.
		E2,L556	, les réseaux locaux comme [Réseau local Diabète] ça fonctionne relativement bien.
FINANCEMENT PROJET LOCAL PAR ARS		E2,L285	où on nous fait part des objectifs que l'on doit remplir au niveau de notre pôle.
		E3,L733	C'est l'ARS qui décide
		E4,L306	qu'on pourrait proposer un sujet prévention ce serait probablement accepté
		E1, L258	Temps rémunérés par le pôle de santé
		E4,L221	Budget thérapeutique pour la prévention cardiovasculaire, c'est tout à fait possible.
		E4,L230	C'est sur notre temps de consultation, et après ... donc financée par l'ARS en fait,
		E3,L735	C'est l'ARS qui donne des fonds
		E3,L728	C'est l'ARS qui pilote le truc, donc ça va être valorisé par l'ARS
		E1, L270	On répartit l'argent comme on veut.
		E3,L747	Les consultations d'éducation thérapeutique dans ce projet là, dans leur charte, doivent se faire par les hospitaliers dans des cabinets libéraux

Annexe 4 : Livre de codage : L'organisation locale

AGRICULTURE	Accès facilité par une agriculture locale	E11,L561	par le régime alimentaire, et on voit de plus en plus par le bio et le local
		E12,L690	C'est même facilitateur en leur disant qu'on a des marchés locaux, des marchés bio. Ils peuvent même avoir accès à une alimentation saine
		E12,L702	Et donc je dis à mes patients qu'ils feraient bien d'aller au marché plutôt que d'acheter des produits en grande surface
		E12,L812	Il y a beaucoup de gens qui viennent s'installer en agriculture biologique.
POLITIQUE	Elus locaux motivés	E2,L697	J'ai le sentiment qu'ils sont motivés sur ça.
EVENEMENT SPORTIF LOCAL	Organisé par cardiologues	E3,L112	Et c'est une fois par an ? M : oui ca doit être la 2ème ou 3ème édition que je sache
		E3,L105	Le service cardio fait une marche début septembre
		E3,L109	comment c'est l'équipe de cardio de XXX les gens savent qui c'est alors ils y vont
	Dépistage de l'HTA	E6,L964	venaient voir le médecin pour se faire prendre la tension , tiens c'est important aussi les appareils, les tensiomètres,
		E3,L110	on leur prend la tension avant
	PEC moins médicalisée appréciée	E3,L494	Après ça rattrape des gens
		E3,L503	ça fonctionne parce que les gens ont pas l'impression de venir consulter
		E3,L508	ils prennent les informations, ils prennent un peu juste ce qu'ils veulent en fait ? M : ouais c'est un peu ca
		E3,L506	ça répond à une curiosité
		E6,L952	on avait moins de mal à parler aux gens de prévention cardiovasculaire grâce à cette histoire là

Annexe 4 : Livre de codage : L'organisation locale (Suite et fin)

PROGRAMMES NATIONAUX CONNUS	Mois sans Tabac connu	E4,L579	Le mois sans tabac,
	SOFIA connu	E5,L118	Oui SOFIA la, il y a des programmes
		E7,L86	SOFIA avec la sécu, ou les gens diabétiques reçoivent des infos et des conseils diététiques
		E8,L108	Ya SOFIA pour le diabète. Euh
		E10,L96	Je pense à certains plans de la SECU, en particulier type SOFIA
		E11,L41	Pour le diabète, avec l'assurance maladie, qui contacte certains patients avec...I : SOFIA ?M : Oui SOFIA
		E12,L226	Ben y'a la SECU qui fait pour le diabète, qui... j'ai oublié comment ils appellent ça I : SOFIA
		E12,L229	Oui, SOFIA, j'ai des patients qui adhèrent à ça ,
	« Manger Bouger » connu	E11,L47	Si bouger manger moins, ce genre de choses , quand même
	« Nutrition Santé « connu	E4,L96	Par exemple le plan national « nutrition-santé ». M : Oui
		E12,L222	Y'a le programme de prévention nutrition-santé déjà
	« 5 Fruits et légumes par jour » connu	E11,L48	5 fruits et légumes par jour
		E4,L132	5 fruits et légumes par jour, ont globalement ça dans la tête, donc, c'est bien,
	Mois sans Tabac connu	E4,L579	Le mois sans tabac,
EMISSION TV DE SANTE	SOFIA connu	E5,L118	Oui SOFIA la, il y a des programmes
		E7,L86	SOFIA avec la sécu, ou les gens diabétiques reçoivent des infos et des conseils diététiques
		E8,L108	Ya SOFIA pour le diabète. Euh
		E10,L96	Je pense à certains plans de la SECU, en particulier type SOFIA
		E11,L41	Pour le diabète, avec l'assurance maladie, qui contacte certains patients avec...I : SOFIA ?M : Oui SOFIA
		E12,L226	Ben y'a la SECU qui fait pour le diabète, qui... j'ai oublié comment ils appellent ça I : SOFIA
		E12,L229	Oui, SOFIA, j'ai des patients qui adhèrent à ça ,
	« Manger Bouger » connu	E11,L47	Si bouger manger moins, ce genre de choses , quand même
	« Nutrition Santé « connu	E4,L96	Par exemple le plan national « nutrition-santé ». M : Oui
		E12,L222	Y'a le programme de prévention nutrition-santé déjà
	« 5 Fruits et légumes par jour » connu	E11,L48	5 fruits et légumes par jour
		E4,L132	5 fruits et légumes par jour, ont globalement ça dans la tête, donc, c'est bien,
APPLICATIONS SMARTPHONE	Activité physique	E4,L725	qui font des émissions des fois hyper intéressantes des fois sur la santé
		E11,L596	il y a des émissions de vulgarisation médicale qui sont très suivi,
PROGRAMMES NATIONAUX UTILES ET EFFICACES	Caractère répétitif	E6,L1002	pour son activité podomètre , il en a acheté un mécanique et il s'est rendu compte que finalement dans son petit smartphone y'avait le nombre de pas qui était
		E6,L480	au fait que les gens viennent avec un carnet de marche, un podomètre je ne sais quoi , donc prise en main active par des gens qui constatent eux-mêmes
		E3,L150	impact positif, en tout cas que ça a un impact ? M : oui, ça rappelle un message
		E3,L488	ça peut faire son chemin quand même
		E6,L1143	je pense que ça nous façonne jusque dans l'inconscient, sans qu'on s'en rende compte, c'est certain
		E8,L619	Sur les paquets, « Tabac tue » .
		E8,L623	pubs télévisés

Annexe 4 : Livre de codage : L'organisation nationale

PROGRAMMES NATIONAUX UTILES ET EFFICACES	Efficacité du mois sans tabac	E4,L126 E2,L551 E11,L220 E11,L550	j'ai eu l'impression que ça a marché. Je pense qu'on a pour le tabac une médiatisation importante qui touche quand même une grande partie de la population Oui qui ont quand même un impact plutôt positivement, quand même oui
	Immense partie de la population sensibilisée	E3,L143 E11,L410 E11,L584 E11,L585 E11,L216 E6,L130	c'est progressivement que ça fait son chemin par imprégnation quoi. Peut être des messages qu'ils ont entendu à la radio, à la télé et maintenant c'est les annonceurs publicitaires qui aussi mettent les messages écrits en bas des pubs Tout ça c'est quand même lu. Je pense que c'est bien, je pense qu'il faut continuer à le faire En première ligne, c'est quand même les médecins généralistes + les messages télé radio diffusés puis bon les modes d'informations, les gens sont très très au courant de ce qu'il faut,
ACTIONS NATIONALES PREVENTIVES	SOFIA	E2,L558 E1, L229	Certains patients qui n'étaient pas très rigoureux, ont apprécié cette aide là Il y a beaucoup de gens qui accrochent
	Consultation dédiée via bilan de santé	E5,L253 E5,L253 E2,L621 E4,L608 E1, L457 E3,L69 E3,L75 E3,L272 E1,L459 E4,L602 E11,L130 E4,L603 E6,L501 E6,L502	Si les bilans épisodiques de la MSA Des camions qui se déplaçaient et qui faisaient que tous les agriculteurs MSA et RSI ? M Oui c'est cela. Là j'ai fait deux consultations récentes où c'était assez intéressant. Après on leur propose de revenir en parler et d'en profiter pour venir me reparler de leur cholestérol Bilan CPAM ou MSA. Pour le coup, on fait une consultation de prévention Ils sont tous en train d'arriver avec leur bilan MSA Une consultation tous les 5 ans, un bilan qui leur est proposé MSA, ça aussi, ça c'est des campagnes de dépistage, après c'est par catégorie professionnelle pour le coup, mais ça ça marche bien Là on a un axe prévention, plus que ce qu'on ne ferait spontanément. Convoqués par leur caisse pour des bilans de santé Hypertension dépistées par des visites CPAM ou MSA ? Un bilan énorme avec une prise de sang, y'a plein de choses dedans Les mutuelles proposent aussi, ça bouge dans tous les sens donc il y a des bilans de santé qui sont proposés, Bilans de santé qui sont proposés, qui renvoient vers le médecin généraliste qui fait rebondir sur les côtés pratiques après
	Incitation financière par la MSA	E5,L274 E5,L285	Consultations prévention pour les jeunes. Pour venir chercher un ticket sport avec nous. Ils avaient le droit à 30 euros sur leur licence. Là c'était assez intéressant, ça a bien marché, mais il y avait un enjeu.

Annexe 4 : Livre de codage : L'organisation nationale (Suite)

PROGRAMMES NATIONAUX UTILES ET EFFICACES	Abord des programmes en consultation	E11,L53 E12,L288 E12,L499 E12,L793 E12,L755 E11,L600 E12,L757 E12,L769	5 Fruits et Légumes, il y a un moment j'en parlais quand c'était très médiatisé, et les patients nous en parlaient Vous faites le relais des programmes aux patients ? M : Ouais Si le médecin ne parle pas de ça aux patients, ils vont pas être touchés Je pense que c'est pareil, c'est à nous de les relayer derrière. s'il n'y a pas un relais pas les professionnels de santé, je suis pas sûre qu'ils vont en faire quelque chose de ces messages. Donc si c'est un relais pour qu'on nous en parle et que nos patients, là dessus, et nous font part de leur petites angoisses Je pense que c'est bien tous ces programmes, qu'il faut en parler. Parce que nous ça nous facilite I : j'ai vu ça à la télé, j'ai lu ça dans les journaux ? M : Oui oui (Convaincue) Ils le disent quand même
	Consultation pour mois sans tabac	E9,L521 E1, L129 E10,L115 E10,L121 E12,L757	Ah il y en a qui viennent, oui oui . En consultation exprès pour arrêter de fumer, suite à ça. Moi j'en ai eu au moins 3 je pense . on commence à parler du mois sans tabac au mois de novembre le mois sans tabac. M : Oui alors ça c'est des choses que je peux évoquer à mes patients effectivement. sur une aide au sevrage, et souvent dans ce cas là, c'est le patient qui en a entendu parler et qui vient m'en reparler quand ils ont entendu parler de ça à la télé, et qu'ils voient que j'ai la fiche, je l'ai mise en grand donc du coup ça facilite
	Conseils via le site mangerbouger	E1, L134 E10,L126 E10,L127 E12,L353	ça m'arrive de le donner comme conseil, ça va peut être plus toucher le patient du fait qu'il en a aussi entendu parler en dehors. Il va me dire : « Ah bah tiens justement c'est l'occasion c'est le patient qui va l'amener, potentiellement en réponse à quelque chose que j'ai proposé , mais pas directement. je dois avoir une affiche dans la salle d'attente sur la nutrition
	Nutri-score	E11,L700	il y a des scores sur les produits que les gens achètent en supermarché
		E11,L702	. Ca c'est intéressant. D'après les premières études, c'est celui qui aurait le meilleur impact , sur le fait que le consommateur suit ou pas.
		E11,L720	Il est relativement simple et apparemment
	Programmes efficaces	E11,L573 E2,L213 E4,L109 E1, L515 E6,L1139 E9,L566 E12,L264 E12,L272	Sinon non, je trouve que c'est perçu positivement. Je pense que c'est bien de continuer. J'ai l'impression que malgré tout il y a du fait des campagnes nationales peut être une prise de conscience le mois sans tabac qui va arriver bientôt. C'est bon à prendre Si on avait pas eu les paramédicaux, les pharmaciens qui s'intéressent à ça, on n'aurait rien fait, ça c'est sûr. si c'est l'activité, se bouger tout ça, ces messages, c'est sûr c'est énorme, c'est énorme c'est les programmes qui sont positifs, qui envoient un message positif, qui donnent des idées aux gens sur ceux qu'ils doivent faire Je trouve que c'est bien justement Vous, vous avez l'impression qu'il y a un bénéfice pour les patients ? M : Ah largement, oui.

Annexe 4 : Livre de codage : L'organisation nationale (Suite et fin)

AUGMENTATION EFFECTIFS		E10,L770 E10,L781	ce serait beaucoup plus facile si on pouvait avoir un cardio disponible plus d'échanges avec des spécialistes avec le cardiologue ou autre, ça ça pourrait être plus intéressant
AMELIORER FORMATION	Formation médicale	E5,L339 E13,L720 E9,L594	viennent nous former à ça parce qu'on a pas forcément d'appétence Ben c'est la qu'il faut bien former les étudiants entretiens motivationnels, pour vous, ce serait à intégrer au cursus de l'internat. M : Oui
	Formation paramédicale	E4,L642 E3,L697 E2,L314	peut être de former justement les paramédicaux pour faire de la prévention Il faudrait trouver des infirmières qui font de l'éducation thérapeutique développer les capacités des infirmières à mettre en évidence une problématique de maladie cardiovasculaire
COMPETENCES SPECIFIQUES	Consultations dédiées	E2,L613 E7,L413 E7,L408 E5,L685	Peut être des consultations dédiées, du temps dédié peut être. on va le prendre lui avec son histoire, sa vie, sa façon de vivre et ses antécédents et ses pathologies actuelles consultation d'une heure une fois dans l'année 45 ans, consultation dédiée, et qu'on débloque un questionnaire, qu'il y ait une information ciblée
	Développer l'éducation thérapeutique	E4,L696 E7,L453 E7,L454 E7,L273	c'est l'éducation thérapeutique qui nous permettrait de travailler ensemble pour faire ça c'est quand même ça qui pourrait être le plus efficace je pense que les professionnels, ils seraient intéressés nous faire une formation pour ensuite que les infirmiers puissent à domicile donner des conseils aux patients.
	Généraliser le tiers payant	E4,L639	ça pourrait permettre à des patients à bas niveau socio économique de consulter plus souvent
	Impliquer la médecine du travail	E2,L648	la médecine du travail pourrait avoir un discours peut être un peu plus axé sur la prévention, ou inciter à une consultation dédiée à la prévention
	Valorisation financière	E6,L736 E6,L745 E13,L710	vous allez y mettre plus de contenu psychologiquement puisque vous êtes motivé M- Mais ça mériterait ouais Si je pouvais coder une consultation cardio vasculaire

Annexe 4 : Livre de codage : Les pistes d'amélioration

AMELIORATION DU SYSTEME INFORMATIQUE		E13,L654	Pour leur apprendre à utiliser des outils pour les identifier plus facilement.
		E13,L645	trouver le moyen de toucher ceux et pour qui la balance bénéfice risque est la plus élevée.
		E6,L1026	logiciels qui vont peut être aider comme tu dis, un score de risque d'accident vasculaire,
		E7,L463	Donc ça pourrait être une bonne idée ouai.
		E4,L691	faire des protocoles par patient, on pourrait faire ça via notre logiciel commun
		E12,L922	ça pourrait être un financement de l'ARS pour faciliter une plate forme informatique commune
FAVORISER AUTONOMIE PATIENT	Score de risque CV	E6,L1174	c'est quoi ton score, alors on voit très bien les gens se dire, voir aussi sur mon smartphone, sur mon ordinateur
	Tensiomètre	E6,L977	Je pense que la SECU pourrait amener un tensiomètre chez chaque famille.
		E6,L975	et c'est un bon moyen de dire aux gens, aller vous en acheter un, ils sont solides, ils sont performants
	Podomètre	E6,L923	pour son activité podomètre, il en a acheté un mécanique et il s'est rendu compte que finalement dans son petit smartphone y'avait le nombre de pas qui était
ACTION EN MILIEU SCOLAIRE		E5,L170	parce que c'est l'éducation à la santé qu'il faut faire dans les école
		E5,L172	tellement de changement que si on en a pas entendu parler étant jeunes, eh bien on aura beaucoup de mal à intégrer ça
		E5,L676	insistez sur l'éducation dès le plus jeune âge M : Après le fait d'en parler
		E8,L669	Commencer très jeunes. Les petits allemands ont beaucoup plus de sport que nous.
		E8,L673	Donc pour vous, ce serait dès le plus jeune âge, l'éducation et l'enseignement ont un rôle à jouer dans ... ? M : Ah oui
	Personnel en milieu scolaire	E11,L653	ce serait bien aussi, qu'il y ait du personnel formé pour dépister les problèmes d'obésité à l'école
		E11,L655	Que les parents aient le message autre que chez le médecin.
		E4,L646	Et puis l'impact serait beaucoup plus important.
POLITIQUE LOCALE	Organiser campagnes localement	E1, L249	si on décide collectivement et localement de mettre en place un programme que tout le monde acceptera bien
		E11,L646	Des campagnes locales, moi je crois que ça leur parlerait. On l'a évoqué déjà dans les journaux
		E6,L479	faudrait un concept comme ça tous les dimanches... [...] ici on a des sentiers de randonnée
		E11,L652	ça leur parlerait plus si c'est XXX qui leur parle, plutôt que si c'est Paris. Certainement oui
	Coordinateur	E12,L901	Pas médecin forcément. Quelqu'un qui coordonne tout ça. Et pour arriver à mobiliser les troupes

Annexe 4 : Livre de codage : Les pistes d'amélioration (Suite)

AUGMENTATION EFFECTIFS		E10,L770 E10,L781	ce serait beaucoup plus facile si on pouvait avoir un cardio disponible plus d'échanges avec des spécialistes avec le cardiologue ou autre, ça ça pourrait être plus intéressant
AMELIORER FORMATION	Formation médicale	E5,L339 E13,L720 E9,L594	viennent nous former à ça parce qu'on a pas forcément d'appétence Ben c'est la qu'il faut bien former les étudiants entretiens motivationnels, pour vous, ce serait à intégrer au cursus de l'internat. M : Oui
	Formation paramédicale	E4,L642 E3,L697 E2,L314	peut être de former justement les paramédicaux pour faire de la prévention Il faudrait trouver des infirmières qui font de l'éducation thérapeutique développer les capacités des infirmières à mettre en évidence une problématique de maladie cardiovasculaire
COMPETENCES SPECIFIQUES	Consultations dédiées	E2,L613 E7,L413 E7,L408 E5,L685	Peut être des consultations dédiées, du temps dédié peut être. on va le prendre lui avec son histoire, sa vie, sa façon de vivre et ses antécédents et ses pathologies actuelles consultation d'une heure une fois dans l'année 45 ans, consultation dédiée, et qu'on débloque un questionnaire, qu'il y ait une information ciblée
	Développer l'éducation thérapeutique	E4,L696 E7,L453 E7,L454 E7,L273	c'est l'éducation thérapeutique qui nous permettrait de travailler ensemble pour faire ça c'est quand même ça qui pourrait être le plus efficace je pense que les professionnels, ils seraient intéressés nous faire une formation pour ensuite que les infirmiers puissent à domicile donner des conseils aux patients.
	Généraliser le tiers payant	E4,L639	ça pourrait permettre à des patients à bas niveau socio économique de consulter plus souvent
	Impliquer la médecine du travail	E2,L648	la médecine du travail pourrait avoir un discours peut être un peu plus axé sur la prévention, ou inciter à une consultation dédiée à la prévention
	Valorisation financière	E6,L736 E6,L745 E13,L710	vous allez y mettre plus de contenu psychologiquement puisque vous êtes motivé M- Mais ça mériterait ouais Si je pouvais coder une consultation cardio vasculaire

Annexe 4 : Livre de codage : Les pistes d'amélioration (Fin

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.

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

INTERNE

Madame Amélie CHEVREL
Inscrit-e en DES de Médecine Générale

Titre définitif de la thèse soutenue :
« Recherche des facilitateurs de la mise en œuvre de la prévention des maladies cardiovasculaires
primaire d'un 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 17 mars 2019

Le président du jury de thèse

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

C. BERTHOUD

CHEVREL (Amélie) - Recherche des facilitateurs de la mise en œuvre de la prévention cardio vasculaire primaire du point de vue des médecins dans le pays Centre Ouest Bretagne

Th : Med. : BREST 2019

RESUME :

Introduction : Les maladies cardio-vasculaires (MCV) représentaient la première cause de mortalité dans le monde en 2015. L'objectif du projet SPICES était de mettre en œuvre un programme de prévention des MCV dans différents types de population. Avant d'implémenter ce projet, un état des lieux de la prévention des MCV a été réalisé. La question de recherche était : quels sont les facilitateurs de la mise en place de la prévention des MCV primaire du point de vue des médecins dans le Pays COB.

Matériel et Méthode : Une étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi dirigés auprès de médecins généralistes (MG) dans le Pays COB. L'échantillonnage raisonné était poursuivi jusqu'à saturation théorique des données. Les entretiens ont été retranscrits puis codés en double aveugle par les deux chercheurs. L'analyse de l'ensemble des données était de type thématique en utilisant des outils issus de la théorisation ancrée.

Résultats : Sept facilitateurs ont été déterminés : le métier de médecin généraliste et ses spécificités individuelles, les patients, les autres professionnels de santé, l'organisation locale et nationale ainsi que les pistes d'amélioration. L'agriculture locale était un facilitateur inattendu. L'idée d'un coordinateur local rémunéré par l'ARS ainsi que la modification des taxes étaient évoquées et perçues comme intéressantes.

Conclusion : Cette étude a relevé les facilitateurs de la mise en place de la prévention CV dans le pays COB. Une étude miroir a décrit les freins. Les facilitateurs et les freins à la mise en place de la prévention CV d'autres acteurs locaux seront analysés pour mettre en place des stratégies de prévention adaptées.

MOTS CLES :

Facilitateurs
Prévention cardiovasculaire
Maladies cardiovasculaires
Projet SPICES

JURY :

Président : M. Le Professeur LE RESTE Jean-Yves
Membres : Mme Le Docteur Delphine LE GOFF
Mr Le Professeur LE FLOCH Bernard
Mr Le Professeur CHIRON Benoit

DATE DE SOUTENANCE : Le 11 Avril 2019

ADRESSE DE L'AUTEUR : 120 Route du Marais d'ust 44600 SAINT-NAZAIRE