

Facilitateurs identifiés par les patients à la mise en place de la prévention des maladies cardiovasculaires dans le Pays Centre-Ouest Bretagne

Emmanuelle Dagorn

▶ To cite this version:

Emmanuelle Dagorn. Facilitateurs identifiés par les patients à la mise en place de la prévention des maladies cardiovasculaires dans le Pays Centre-Ouest Bretagne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02166313

HAL Id: dumas-02166313 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02166313

Submitted on 26 Jun 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.



THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année: 2019

Thèse présentée par :

Madame Emmanuelle DAGORN Née le 02 Juillet 1990 à Quimper (29)

Thèse soutenue publiquement le 20 Juin 2019

Titre de la thèse :

Facilitateurs identifiés par les patients à la mise en place de la prévention des maladies cardiovasculaires dans le Pays Centre-Ouest Bretagne

Président: M. le Professeur LE RESTE Jean-Yves

Membres du jury : Mme le Docteur MILHADE Marion

M. le Docteur ODORICO Michele

M. le Professeur LE FLOCH Bernard

M. 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
CENAC Arnaud Médecine interne
COLLET Michel Gynécologie obstétrique
JOUQUAN Jean Médecine interne
LEHN Pierre Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique Thérapeutique
YOUINOU Pierre Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

LEFEVRE Christian Anatomie

OZIER Yves Anesthésiologie-réanimation

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian Hématologie
COCHENER-LAMARD Béatrice Ophtalmologie

DEWITTE Jean-Dominique Médecine et santé au travail

FEREC Claude Génétique **FOURNIER** Georges Urologie

GENTRIC Armelle Gériatrie et biologie du vieillissement

GILARD Martine Cardiologie

GOUNY Pierre Chirurgie vasculaire

NONENT Michel Radiologie et imagerie médicale 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

BOTBOL Michel Pédopsychiatrie (jusqu'en décembre 2018)

BRESSOLLETTE Luc Médecine vasculaire

CARRE Jean-Luc Biochimie et biologie moléculaire

DE PARSCAU DU PLESSIX LoïcPédiatrieDELARUE JacquesNutritionDEVAUCHELLE-PENSEC ValérieRhumatologie

DUBRANA Frédéric Chirurgie orthopédique et traumatologique

FENOLL Bertrand Chirurgie infantile

HU WeiguoChirurgie plastique, reconstructrice et esthétique **KERLAN Véronique**Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

LACUT KarineThérapeutiqueLE MEUR YannickNéphrologie

LE NEN Dominique Chirurgie orthopédique et traumatologique

LEROYER Christophe Pneumologie
MANSOURATI Jacques Cardiologie

MARIANOWSKI RémiOto-rhino-laryngologieMERVIEL PhilippeGynécologie obstétriqueMISERY LaurentDermato-vénérologieNEVEZ GillesParasitologie et mycologiePAYAN ChristopherBactériologie-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 DouraiedRadiologie et imagerie médicaleBERNARD-MARCORELLES PascaleAnatomie et cytologie pathologiquesBROCHARD SylvainMédecine 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 ErwanRéanimationLE GAC GéraldGénétiqueLE MARECHAL CédricGénétique

LE ROUX Pierre-Yves Biophysique et médecine nucléaire

LIPPERT ÉricHématologieMONTIER TristanBiologie cellulaireNOUSBAUM Jean-BaptisteGastroentérologiePRADIER OlivierCancérologieRENAUDINEAU YvesImmunologieSEIZEUR RomualdAnatomie

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^{ere} 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 EmmanuelleBiochimie et biologie moléculaireQUERELLOU SolèneBiophysique et médecine nucléaireTALAGAS MatthieuHistologie, embryologie et cytogénétique

UGUEN Arnaud Anatomie et cytologie pathologiques

VALLET Sophie Bactériologie-virologie

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

BERROUIGUET SofianPsychiatrie d'adultesBRENAUT EmilieDermato-vénéréologie

CORNEC-LE GALL Emilie Néphrologie
GUILLOU Morgane Addictologie
MAGRO Elsa Neurochirurgie

ROBIN Philippe Biophysique et médecine nucléaire **SALIOU** Philippe Epidémiologie, économie de la santé et

prévention

SCHICK Ulrike Cancérologie

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

NABBE Patrice

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

BARAIS Marie

BEURTON COURAUD Lucas

DERRIENNIC Jérémy

Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

BERNARD Delphine Biochimie et biologie moléculaire

BOUSSE Alexandre Génie informatique, automatique et traitement du signal

DANY Antoine Epidémiologie et santé publique

DERBEZ Benjamin Sociologie démographie

LE CORNEC Anne-HélènePsychologieLANCIEN FrédéricPhysiologieLE CORRE RozennBiologie cellulaireMIGNEN OlivierPhysiologie

MORIN Vincent Electronique et informatique

Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)

MERCADIE Lolita Rhumatologie

Attaché temporaire d'enseignement et de recherche

GUELLEC-LAHAYE Julie Marie Charlotte Biochimie et biologie moléculaire

Professeurs certifiés / agrégés du second degré

MONOT AlainFrançaisRIOU MorganAnglais

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

NGUYEN BA Vinh ROUSSET Jean DULOU Bruno Anesthésie-Réanimation Radiologie et imagerie médicale Neurochirurgie

I. TABLE DES MATIERES

I. 7	TABLE DES MATIERES	7
II. I	REMERCIEMENTS	9
III.	RESUME	10
IV.	ABSTRACT	11
V. I	LISTE DES ABREVIATIONS	12
VI.	INTRODUCTION:	13
VII.	METHODE:	16
A.	Choix de la méthode	16
B.	Echantillonnage	16
C.	Entretiens	17
VIII.	RESULTATS	20
D.	Echantillonnage	20
E.	Entretiens:	21
F.	Analyse thématique des résultats :	24
-	Prévention des maladies cardiovasculaires dans le Pays COB du point de vue d Etat des lieux global	•
	a) Acteurs de la prévention	24
	b) Vecteurs de la prévention	25
	c) Patients non touchés par la prévention	25
	d) Elus non mentionnés	25
_	2. Les facilitateurs de la prévention des maladies cardiovasculaires dans le Pays C de vue des patients : Résultats principaux	-
	e) Etat des lieux des facilitateurs :	26
	f) Suggestions de facilitateurs	30
	3. Les facilitateurs de la prévention des maladies cardiovasculaires dans le pays C de vue des patients : Résultats étonnants	
IX.	DISCUSSION	33
A.	Synthèse des résultats	34
B.	Résultats principaux	34
C.	Comparaison des résultats à la littérature	35
D.	Forces et limites de l'étude	39
CON	CLUSION:	40
v i	RIRI IOCE APHIE	41

XI.	ANNEXES	47
A.	Annexe 1 : SPICES Project : Situational Analysis Work Package	47
B.	Annexe 2 : L'Etat des Lieux	53
C.	Annexe 3 : Questionnaires issus de la traduction	58
XII.	SERMENT D'HIPPOCRATE	60

II. REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean Yves le Reste pour me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Recevez ici ma reconnaissance et mon respect.

A Monsieur le Professeur Bernard Le Floc'h pour avoir accepté de juger mon travail en faisant partie de mon jury de thèse. Recevez ici ma reconnaissance et mon respect.

A Monsieur le Professeur Benoit Chiron pour avoir accepté de juger mon travail en faisant partie de mon jury de thèse. Recevez ici ma reconnaissance et mon respect.

A Monsieur le Docteur Michele Odorico, mon directeur de thèse, pour avoir accepté de m'accompagner et me guider dans ce travail. Reçois ici ma reconnaissance mon respect.

A Madame le Docteur Marion Milhade pour avoir accepté de juger mon travail, après m'avoir accompagnée tout au long de l'internat. Une pensée pour ces belles années passées ensemble et aux nombreuses à venir, entourées de nos tribus.

A Madame le Docteur Delphine Le Goff pour son accompagnement et ses conseils avisés dans la phase de recherche.

Aux personnes qui ont accepté de participer à cette étude et aux médecins généralistes qui ont aidé à recruter.

A Francesco, pour ton enthousiasme, ta motivation et ta bonne humeur dans ce travail collaboratif.

Aux Drs Muriel Augustin, Véronique Magadur, Estelle Michelet, Stéphane Richard, Yann Crenn, Florence Guinoiseau, Thierry Devaux, pour m'avoir accompagné avec bienveillance dans l'apprentissage de la médecine.

A toutes les équipes soignantes qui m'ont accompagnée tout au long de mon parcours.

A tous les co-internes avec qui j'ai pu travailler, apprendre et rire, et à ceux qui sont devenus des amis.

A mes parents et mon frère, pour votre soutien inconditionnel depuis la première minute, et pour tout le reste...

Aux « Michelles » Ethel, Loise et Sophie, qui ont tellement égayé les premières années, et l'aventure continue.

A Marie, pour ton soutien dans les moments de doute, les fou-rires, et ta si précieuse présence.

A Antoine Collin, ma première prise de tension en « semaine théorique », le début d'une belle amitié.

A Guillaume.

A mes amis : Anne-Lise, Claire, Antoine Bougeant, Charles, Maxence, Damien, Pierre, Gwen, Jacques, Anthony, Jean-Baptiste, Carole, et tous ceux qui m'ont accompagnée durant ces années.

Et puis à Jean-Philippe, qui m'a toujours supportée avec le (sou)rire. Avec toi je suis devenue médecin, mais surtout une femme et une maman comblée.

A Mia, mon soleil.

III. RESUME

Introduction: Les maladies cardiovasculaires (MCV) étaient la première cause de mortalité dans le monde, la majorité des décès survenant dans les pays à revenus faibles. La prévention des MCV via la modification des facteurs de risque modifiables (FDRCV) est efficace. Le projet international SPICES avait pour but de mettre en place des interventions de prévention innovantes dans des populations dites vulnérables en Europe et en Afrique Sub-Saharienne. En France, l'attention s'est portée sur le Pays Centre-Ouest Bretagne (Pays COB). Ce travail avait pour but d'identifier les facilitateurs à la mise en place de la prévention des MCV, selon les patients du Pays COB.

Méthode: Au cours de cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés, deux investigateurs ont interrogé des patients du Pays COB. L'échantillonnage était raisonné à variation maximale. Les entretiens étaient ensuite retranscrits et codés en double aveugle, puis les résultats étaient analysés selon de modèle de l'analyse thématique.

Résultats: Les facilitateurs à la mise en place de la prévention des MCV selon les patients étaient : leur connaissance des facteurs de risque et des messages de prévention, l'accès aisé dans le Pays COB à une bonne hygiène de vie. L'intérêt pour ces sujets était surtout véhiculé par les médias. Les femmes étaient plus sensibles aux mesures hygiéno-diététiques de par l'image du corps véhiculée par les médias. Des suggestions d'amélioration de cette prévention ont également été proposées.

Conclusion: Différents facilitateurs à la mise en place de la prévention des MCV dans le Pays COB ont été mis en évidence. Une étude miroir visant à définir les freins à la mise en place de la prévention était réalisée parallèlement. Les résultats de cette étude seront utilisés pour définir des interventions de prévention et les adapter au contexte local du Pays COB.

IV. ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases (CVD) were the first cause of mortality worldwide, most of deaths occurring in low income countries. The modification of risk factors is efficient for CVD prevention. International project SPICES purpose was to implement innovative prevention interventions in vulnerable populations, in Europe and Sub-Saharan Africa. In France, the project focused on ''Pays Centre-Ouest Bretagne'' (Pays COB). The aim of this work is to identify facilitators for the implementation of CVD prevention, according to patients of the Pays COB.

Method: A qualitative study based on patient semi-structured individual interviews was conducted until data saturation. A thematic analysis with double blind coding was conducted by two independent investigators.

Results: According to patients, facilitators for CVD prevention were: knowledge of risk factors and prevention messages and easy access to a healthy lifestyle in Pays COB. Their interest for CVD prevention was mainly conveyed by the media. Women were more sensitive to lifestyle and dietary measures, because of the body image. Suggestions to improve prevention have been proposed.

Conclusion : Some facilitators for the implementation of CVD prevention in the Pays COB were highlighted. A mirror study was conducted to define obstacles for prevention. These results will be gathered together to define prevention interventions and adapt them to the Pays COB situation.

V. LISTE DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MCV: Maladies cardio-vasculaires

AVC : Accident vasculaire cérébral

FDRCV: Facteur de risque cardiovasculaire

COB: Centre-Ouest Bretagne

VI. INTRODUCTION:

La prévention des maladies cardiovasculaires était l'une des priorités de l'organisation mondiale de la santé (OMS), d'après son plan d'action global pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles 2013-2020 (1). Les maladies cardiovasculaires (MCV) étaient la première cause de mortalité dans le monde. En 2015, le nombre de décès imputable aux MCV était estimé à 17.7 millions, soit 31% de la mortalité mondiale totale. L'OMS estimait que parmi ces décès, 7.4 millions résultaient d'une coronaropathie et 6.7 millions d'un accident vasculaire cérébral (AVC) (2).

La mortalité cardiovasculaire était inégalement répartie dans le monde, 80% des décès survenant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (1)(3). Dans ces pays, l'OMS estimait à 3760 milliards de dollars le coût cumulé des MCV sur la période 2011 – 2025 (4).

Des facteurs de risque des MCV ont été identifiés. Ce sont les facteurs de risques cardiovasculaires (FDRCV). Il se répartissaient en facteurs de risques modifiables (tabagisme, obésité, sédentarité, hypercholestérolémie, hypertension artérielle, diabète, usage nocif de l'alcool) et non modifiables (âge, sexe masculin, antécédent familial d'accident cardiovasculaire précoce)(5)(6).

Ces facteurs de risques modifiables sont accessibles à la prévention. Grâce à une association de stratégies de prévention à l'échelle de la population et de l'individu, la mortalité cardiovasculaire diminuait dans de nombreux pays à revenu élevé au cours des deux dernières décennies (7)(8)(9).

Nombre de ces stratégies utilisées dans les pays à revenu élevé étaient centrée sur les médecins et sur les médicaments. Les disparités en matière de démographie médicale et de

disponibilité des médicaments empêchaient l'application du modèle des pays riches aux pays en voie de développement (3). Néanmoins, des interventions de prévention efficaces et à coût réduit existent. Ces interventions visent les facteurs de risque modifiables liés aux comportements et peuvent être mise en place dans les pays à faible revenu.

Le projet de recherche SPICES (Scaling-up Packages of Interventions for Cardiovascular disease prevention in selected sites in Europe and Sub-Saharan Africa) est né à partir de ce constat et des données épidémiologiques montrant l'augmentation constante des MCV dans les pays en voie de développement. Il s'agit d'une étude d'implémentation dont le but est de mettre en place des interventions non médicamenteuses innovantes, efficaces et efficientes pour la prévention primaire des MCV. Pour ce faire, SPICES s'inspirait des progrès réalisés dans la prise en charge des maladies chroniques grâce à l'ICCC Framework (Innovative Care for Chronic Conditions, plan de l'OMS), appliqué dans la prise en charge du VIH/SIDA en Afrique Sub-Saharienne (10)(11). Le projet est entièrement financé par l'Union Européenne via le programme de financement de la recherche et de l'innovation Horizon 2020. Ce travail de thèse s'inscrit dans le cadre du projet SPICES.

Cinq pays de revenus différents participent à cette étude : la France avec l'Université de Bretagne Occidentale, la Belgique avec l'Université d'Anvers, l'Angleterre avec les Universités de Nottingham et Manchester, l'Afrique du Sud avec l'Université de Limpopo, l'Ouganda avec l'Université de Makerere. Malgré les différences socio-économiques, le point commun du projet était de cibler des populations dites « vulnérables », présentes dans les cinq pays. En l'absence dans la littérature médicale, d'une définition consensuelle de « vulnérabilité » (12), l'équipe de recherche a défini cela par la difficulté d'accès aux soins, la faible réception des messages de prévention, la forte prévalence et /ou incidence des MCV et un faible niveau socio-économique.

En France, l'attention s'est portée sur le Pays Centre Ouest Bretagne (Pays COB) qui répondait aux critères mentionnés. Ce territoire de 3294 m², était le moins peuplé de la région Bretagne avec en 2013 29.33 habitants par km² (13)(14). Il était touché par une faible démographie médicale avec 79.5 médecins généralistes libéraux installés pour 100 000 habitants, contre 90.9 pour 100 000 habitants pour la moyenne nationale (15). C'était également une région où la prévalence des maladies cardiovasculaires était supérieure à la moyenne nationale (15), et dont les revenus moyens étaient inférieurs à ceux de la Bretagne et de la France (16).

La première étape du projet était de réaliser un état des lieux de la prévention des MCV au niveau national et local dans chacun des pays participant au projet.

Cette analyse de la situation devait permettre de mettre en évidence les points forts, les points à améliorer, les freins et les facilitateurs à la prévention des MCV.

L'Université de Makerere, partenaire de l'Université de Brest dans le cadre du projet SPICES, avait produit un questionnaire en Anglais qui devait servir de guide (Annexe 1).

Ce guide a été traduit et adapté au contexte national français et du Pays COB (17). A partir de ce guide, ce travail de thèse devait réaliser l'état des lieux des mesures de prévention primaire des MCV présentes dans le Pays COB. En particulier ce travail devait étudier le point de vue des patients. L'objectif était de recenser les facilitateurs identifiés par les patients à la mise en place de la prévention primaire des MCV dans le Pays COB.

VII. METHODE:

A. Choix de la méthode

Il a été choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi directifs avec analyse des données selon le modèle de l'analyse thématique.

B. Echantillonnage

L'échantillonnage devait être raisonné et respecter le principe de la variation maximale.

Les critères d'échantillonnage étaient définis préalablement en groupe de thèse: sexe, âge, prévention primaire ou tertiaire, niveau socio-économique, retraité ou actif. Si cela était pertinent, d'autres critères pouvaient être ajoutés en cours d'étude après validation par le groupe de recherche composé d'internes en médecine générale et de chercheurs plus expérimentés.

Les personnes interrogées ont été recrutées via leur médecin généraliste mais aussi par effet boule de neige ou via le réseau des investigateurs. Certains avaient répondu volontairement à un appel à participation lors d'une présentation du projet SPICES dans le journal local. L'investigateur contactait le patient par téléphone pour convenir d'un rendez-vous pour l'entretien. L'inclusion des patients a commencé en Novembre 2017.

Les critères d'inclusions étaient :

- Résidence primaire dans le pays COB
- Âge supérieur ou égal à 18 ans
- Toute personne capable de donner son consentement.

C. Entretiens

Les entretiens avaient lieu au domicile des patients, dans une salle dédiée dans des cabinets de médecine générale, ou dans un autre lieu de leur choix. Les entretiens étaient enregistrés puis étaient retranscrits en totalité sur un fichier Word et anonymisés. Les patients interrogés signaient un consentement écrit. Un accord du CPP (Comité de Protection des Personnes) avait été obtenu pour l'étude.

Lors de l'entretien, l'investigateur s'aidait d'un guide composé de plusieurs questions qui devait permettre de démarrer, de relancer la discussion par le biais des « relances »et de la focaliser sur les sujets à explorer.

Ce guide d'entretien était issu de la traduction en Français du questionnaire rédigé en Anglais par l'Université de Makerere. Après traduction ce questionnaire avait été adapté au contexte local français et plus particulier du Pays COB. Cette traduction et adaptation avait fait l'objet d'un travail de thèse (17) La traduction adaptée est disponible en annexes 1, 2 et 3.

Un texte d'introduction pour expliquer le cadre de l'entretien et définir le terme de prévention primaire précédait les questions. Les questions étaient ouvertes afin de ne pas limiter les réponses du patient. La première question était une question ouverte « briseglace » qui permettait d'initier la discussion. Tout au long du travail de recueil de données et d'analyse, les investigateurs relevaient leurs impressions dans un carnet de bord.

Le guide d'entretien initial était le suivant :

- 1. Pouvez-vous me raconter la dernière fois où vous avez discuté ou entendu parler de prévention des maladies cardiovasculaires ?
- 2. Quels sont, selon vous, les groupes de personnes les plus à risque des MCV ?
- 3. Dans les groupes à risque que vous avez identifié pensez-vous qu'ils aient des préoccupations particulières ?
- 4. Qui n'est pas atteint par le message (ou les mesures de prévention) ? Pourquoi ? Comment pouvons-nous les atteindre ?
- 5. Pouvez- vous me raconter la dernière fois où vous avez discuté de prise en charge de facteurs de risque des MCV ?
- 6. Qui prend en charge les facteurs de risque des MCV ? Comment ?

Relance : par exemple l'obésité ou l'hypertension

- 7. Comment se passe votre suivi concernant les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires ? Est-il planifié ? Par qui ?
- 8. Que pensez-vous des programmes actuels de prévention des maladies cardiovasculaires ? Comment peut-on les améliorer ?

Relance: manger bouger, 5 fruits et légumes

- 9. Quels sont, pour vous, les principales limites du système de soins actuel dans la prévention des maladies cardiovasculaires ? (Personnel de santé, planification des programmes de santé ? structures ?)Comment améliorer le système de soins ?
- 10. Avez-vous déjà modifié vos traitements par vous-même?
- 11. Comment peut-on vous permettre de vous autonomiser dans la prévention des maladies cardiovasculaire ? Qu'est-ce qui vous aiderai à le faire ?

Relance : dans les comportements à risques et dans le contrôle des facteurs de risques ?

- 12. Comment pensez-vous que le contexte culturel (*croyances*, *valeurs*, *code de conduites*, *idées reçues*, *etc.*.) influence la mise en œuvre des programmes de prévention des MCV?
- 13. Y a-t-il un sujet que vous désirez aborder et dont nous n'avons pas discuté?

Les entretiens retranscrits étaient analysés à l'aide des notes prises pendant l'entretien. Les données recueillies étaient codées selon les principes de l'analyse thématique.

Les verbatims (mots exacts prononcés par les interviewés) exprimant une idée considérée pertinente étaient identifiés et cette « idée clef » était résumée en un code ouvert.

Les codes ouverts étaient regroupés par unités de sens en codes axiaux, qui étaient eux même regroupés en thèmes. Le travail de codage a été réalisé sur un tableur Excel. Le tableau de codage est disponible en annexe sur clé USB.

L'inclusion et les entretiens étaient menés jusqu'à saturation des données, définie par l'absence de nouveau code axial sur deux entretiens consécutifs. Une interprétation visuelle du codage était fournie via une carte heuristique, réalisée via le logiciel *Bubbl.us*. Afin de limiter les biais de subjectivité et de respecter le principe de triangulation, le travail d'analyse et de codage était réalisé séparément par deux investigateurs puis confronté. Après le premier codage ouvert, il était proposé à la personne interviewée de relire le verbatim et ce codage pour le valider ou proposer une modification.

VIII. RESULTATS

A. Echantillonnage

Douze entretiens (cinq hommes et sept femmes) ont été réalisés pour arriver à saturation. Les entretiens ont eu lieu entre novembre 2017 et décembre 2018. L'âge médian des personnes interrogées était de 50 ans. Le patient le plus âgé avait 75 ans, le plus jeune avait 19 ans. Deux patients étaient en prévention tertiaire. Quatre patients étaient retraités, un était en invalidité et sept étaient actifs. Sept patients étaient en couple, deux étaient célibataires, un était divorcé et un était veuf. Sur le plan socioprofessionnel, les métiers du secteur primaire, secondaire et tertiaire étaient représentés.

Quatre patients ont été recrutés grâce à leur intérêt spontané à l'étude. Quatre patients ont été recrutés via le réseau des investigateurs. Quatre patients ont été recrutés dans les salles d'attente des cabinets de médecine générale. Dans le tableau n°1 sont présentés les patients interrogés. Les personnes interviewées résidaient dans différents cantons du Pays COB. Pour une question d'anonymisation des données, la commune de résidence n'est pas rapportée.

Tableau 1 : Patients interrogés :

N• entretien	Sexe	Age	Activité	Profession exercée	Prévention	Durée entretien	Situation familiale
1	M	75	Retraité	Représentant en proc vétérinaires	luits Secondaire	52:17:00	En couple
2	M	46	Actif	Comptable conseil	Secondaire	52:29:00	Célibataire
3	F	58	Retraitée	Assistante sociale	Primaire	36:39:00	En couple
4	M	53	Invalidité	Grossiste en matériel d'irrigation	on Primaire	28:50:00	Veuf
5	M	41	Actif	Technicien de maison de retrai	te Primaire	22:14	En couple
6	F	50	Active	Conductrice de four	Primaire	20:24:00	En couple
7	F	50	Active	Agricultrice	Primaire	22:47:00	Divorcée
8	F	48	Retraitée	Veilleuse de nuit	Primaire	16:31:00	Célibataire
9	F	61	Active	Secrétaire de kinésithérapeute	Primaire	15 :35 :00	En couple
10	F	68	Retraitée	Couturière retraitée	Primaire	10 :57 :00	En couple
11	F	39	Active	Enseignante en lycée agricole	Primaire	19 :31 :00	En couple
12	М	19	Actif	Apprentissage en machini agricoles	sme Primaire	09 :48 :00	En couple

B. Entretiens:

Les entretiens ont été réalisés au domicile des patients, dans une salle de réunion de cabinets de médecine générale ou dans un lycée agricole.

La durée moyenne des entretiens était de 27 minutes et 6 secondes, le plus long durait 52 minutes et 29 secondes, le plus court 9 minutes et quarante-huit secondes.

La grille d'entretien a été modifiée à deux reprises et les modifications ont été discutées et validées au cours d'un groupe de thèse en présence du directeur de thèse.

La première modification est intervenue après deux entretiens, du fait de la mauvaise compréhension de certaines questions: soit le vocabulaire n'était pas adapté, soit les questions n'étaient pas assez personnalisées. Certaines questions ont fusionné ou ont été supprimées.

Le deuxième guide d'entretien était le suivant :

- 1. Pouvez-vous me raconter la dernière fois où vous avez discuté ou entendu parler de prévention des Maladies cardiaques / accident vasculaire IDM / attaques ?
- 2. Décrivez-nous ce qui pour vous est une personne à risque de maladies cardiaques ? *Relance : Et le tabac qu'en pensez-vous ?*
 - 3. Et vous comment vous décririez-vous ?

Relance : selon vous quel est votre niveau de risque cardio vasculaire ?

4. Qui n'est pas atteint par les messages (ou les mesures) de prévention ?

Relance : Y a-t-il des personnes pour qui ne sont pas touchées par les messages de prévention cardiovasculaire ? Y a-t-il des personnes pour lequelles vous pensez que les messages de prévention passent complètement à côté ?Pourquoi ? Comment pouvons-nous les atteindre ? Comment pouvons-nous les faire se sentir plus concernés ? Comment vous sentiriez-vous plus concerné ?

Reprendre ce qui s'est passé au début de l'entretien.

5. Comment sont pris en charge les facteurs de risques cardiovasculaires ? Quelles sont les personnes qui interviennent dans cette prise en charge ?

Relance : par exemple obésité et hypertension.

- 6. Comment se passe votre suivi concernant les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires ? Vous sentez vous bien pris en charge concernant la prise en charge des maladies cardio vasculaire qu'en pensez-vous ?
- 7. Comment pourrait-on améliorer le système de soins ?
- 8. Voyez-vous un programme de prévention dans le pays COB?

Relance: manger bouger, 5 fruits et légumes par jour

9. On recommande de plus en plus d'être autonome par rapport aux maladies cardiovasculaires, comment voyez-vous votre autonomie par rapport à la prévention des maladies cardiovasculaires ?

Relance : dans les comportements à risques et dans le contrôle des facteurs de risque ?

- 10. Quels sont selon vous les éléments culturels qui influencent les programmes de prévention des maladies cardiovasculaires ? (Croyances, valeurs, code de conduites, idées reçues, etc..)
- 11. Y a-t-il un sujet que vous désirez aborder et dont nous n'avons pas discuté?

Ce guide a été de nouveau modifié au bout de dix entretiens. Les questions ont été reformulées et réorganisées dans un ordre plus logique.

Le guide final était le suivant :

- 1. Pouvez-vous me raconter la dernière fois où vous avez discuté ou entendu parler de prévention des Maladies cardiaques / accident vasculaire IDM / attaques ?
- 2. Décrivez-moi ce qui pour vous est une personne à risque de maladies cardiaques.

Relance: Et le tabac qu'en pensez-vous?

3. Et vous comment vous décririez-vous ?

Relance : selon vous quel est votre niveau de risque cardio vasculaire ?

- 4. Qu'avez-vous entrepris de vous-même dans l'objectif de prévenir les maladies cardio vasculaire (AVC et IDM) et pourquoi ?
- 5. Comment sont pris en charge vos facteurs de risques cardiovasculaires?
- 6. Qui intervient dans cette prise en charge?
- 7. Qui n'est pas atteint par le message (ou les mesures) de prévention ?

Relance : Y a-t-il des personnes pour qui ne sont pas touchées par les messages de prévention cardiovasculaire ? Y a-t-il des personnes pour lequel vous pensez que les messages de prévention passent complètement à côté ?

- 8. Après tout ce que nous venons de dire, comment pourrait-on améliorer le système de prévention ?
- 9. Comment pouvons-nous atteindre les personnes dont nous avons parlé, (qui ne sont pas touchées par la prévention) ?
- 10. Existe-t-il un ou des programmes de prévention dans le pays COB?

Relance : manger bouger, 5 fruits et légumes

Le pays COB est une partie de la Bretagne avec une forte identité culturelle.

11. Selon vous, quel impact a cette culture sur la prévention des maladies cardiovasculaires ?

Relance: environnement, habitudes, influence familiale?

12. Y a-t-il un sujet que vous désirez aborder et dont nous n'avons pas discuté?

C. Analyse thématique des résultats :

Le codage axial a commencé après le codage ouvert de 7 entretiens. Le codage thématique a commencé après 8 entretiens. L'analyse des entretiens a permis d'obtenir 240 codes ouverts regroupés en 96 codes axiaux eux-mêmes classés en 26 thèmes. La saturation des données a été obtenue à partir du dixième entretien, confirmée par l'analyse des entretiens 11 et 12.

1. <u>Prévention des maladies cardiovasculaires dans le Pays COB du point de vue des patients : Etat des lieux global</u>

a) Acteurs de la prévention

Les patients interrogés ont identifié nombreux acteurs de la prévention dans le Pays COB :

Des intervenants médicaux (médecins généralistes, cardiologues, pneumologues, endocrinologues), et paramédicaux (diététiciens, nutritionnistes, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, pompiers).

Entretien 3	« Le médecin généraliste j'imagine aussi quand ils reçoivent des patients ils peuvent
	mettre en garde quand même contre les risques. »
Entretien 2	« Les acteurs bah c'est le cardiologue. »
Entretien 3	« Le kiné il est dans la capacité de faire le lien et ça a aussi des incidences au niveau cardio vasculaire. »

A noter que le médecin généraliste avait un rôle central dans la prévention.

Entretien 2	« Ah je dirai le médecin traitant déjà, [], c'est lui qui coordonne tout »

L'entourage social jouerait également un rôle dans la prévention, par le biais de la famille, des associations et club sportifs.

Entretien 4	« Patient : J'ai ma fillequi est infirmière à Anger que je vois régulièrement.
	Investigateur : Par exemple pensez-vous que votre fille pourrait vous aider à arrêter de
	fumer?
	Patient : Ah oui oui tous d'ailleurs j'ai 5 enfants donc tous. »

Entretien 9	« Maintenant ben par chez nous je sais que Famille Rurale, c'est une association,
	elle fait des ateliers et des fois aussi des ateliers culinaires. »

La caisse de sécurité sociale agricole MSA a également été citée dans les intervenants de la prévention dans le Pays COB.

Entretien 2	« Je sais qu'il y a la MSA des fois qui organise [] des réunions comme ça la MSA bah
	c'est milieu rural aussi [] Je ne sais plus il n'y a pas longtemps c'était sur les AVC je
	crois [] y a quelqu'un qui vient je pense, il y a un médecin aussi de la MSA. »

b) Vecteurs de la prévention

Six médias principaux ont été identifiés par les patients comme vecteurs de la prévention dans le Pays COB : Presse papier, radio, télévision, publicité, prospectus, numérique.

c) Patients non touchés par la prévention

Selon les patients, les jeunes sont la population la moins touchée par la prévention cardiovasculaire.

Entretien 11:	« Investigateur : Qui n'est pas atteint ?
	Patient : J'aurai tendance à dire les plus jeunes. Peut-être parce que j'en côtoie beaucoup
	à l'école aussi, qui ne sont pas très à cheval sur leur santé, qui vont pas forcément
	consulter quand ils sont malades. »

d) Elus non mentionnés

En dehors de la notion de prêt de salle par la commune pour les interventions d'associations ou de la MSA, le rôle des élus locaux n'était pas mentionné par les patients dans la prévention cardiovasculaire dans le Pays COB.

2. <u>Les facilitateurs de la prévention des maladies cardiovasculaires dans le Pays COB du point de vue des patients : Résultats principaux</u>

e) Etat des lieux des facilitateurs :

Spécificités du Pays Centre Ouest Bretagne :

Les patients estimaient qu'il existait des particularités comportementales propres au Pays COB pouvant favoriser la prévention, notamment le recours aux marchés et aux produits frais, et l'accès facile au potager.

Entretien 9 :	« il y a quand même des marchés. Il y a des marchés fin dans beaucoup de communes il y a beaucoup de produits bio et je m'aperçois qu'il y a quand des des jeunes euh ben qui s'orientent vers ça. Et donc ça c'est quand même une bonne chose quoi. Mais ces ces ces familles-là n'ont pas besoin d'être convaincues, parce qu'ils le font, ils le font déjà en fait dans leurs choix, ils vont acheter des fruits, des légumes chez le maraicher, fin voilà des produits laitiers, voilà de bonne qualité. »
Entretien 5:	« Ça c'est une qualité de vie je pense aussi d'avoir son jardin manger ses légumes»

Les patients considéraient la population du Pays COB comme soudée, ce qui pouvait faciliter la communication autour de la prévention.

Entretien 11:	« Je pense que les gens sont assez soudés, en fait en famille ou entre amis. Peut-être effectivement que les gens parlent de ça plus facilement que si on était euh je sais pas moi dans une grande ville où les gens se croisent et voilà. Euh parce que même nous à
	la pause-café on a parlé d'infarctus par exemple nous, alors c'est pas très gai mais euh, sans tabou ou sans euh enfin il n'y a pas de jugement à avoir d'ailleurs mais euh Ça permet peut être de dénouer quelque chose ou de se dire ben voilà merde je souffre de ça ou euh ou quelqu'un dans ma famille souffre de ça et du coup j'ai envie de vider mon sac et tout ça, donc on écoute. »

Le caractère isolé du Pays COB pouvait être un facilitateur via le défaut d'accès à la restauration rapide.

Entretien 12:	« - Peut-être la consommation est plus facile dans les villes que ben en campagne
	quoi.
	- Hum hum, la consommation de quoi par exemple ?
	- Ben de fast-food ou de trucs euh qui sont grasses quoi. C'est pas c'est pas
	tellement local mais c'est local pour les gens qui sont de la ville. »

L'éloignement du stress de la ville a également été relevé par les patients.

Entretien 5	« Pour autant je trouve que dans le centre Bretagne on a une qualité de vie quand
	même qui est sympa on n'est pas dans le stress de la ville avec toute ces choses-là!
	On est pas mal quoi! On est perdu ça c'est clair mais on est pas si mal finalement! »

***** Facteurs de risques cardiovasculaires :

Ils étaient bien connus des patients, qui ont fait ressortir vingt-deux facteurs de risques des maladies cardiovasculaires, répartis en facteurs modifiables et non modifiables.

Entretien 8	« - Qu'est ce qui pour vous est une personne à risque de maladie cardiaque ? - Alors ben lele surpoids, forcément les gensl'obésité, le surpoids, euh le chômage,
	l'alcool, le tabac, les drogues, euh le stress aussi, la dépression, ouais. »
Entretien 10	« - Pour vous, qu'est-ce qu'une personne à risque de maladie cardiaque ? Comment vous la décririez ? - Comment je la décrirai ? Bon alors là je ne sais pas. C'est peut être quelqu'un qui
	qui bouge pas beaucoup, qui reste un petit peu, comment dirais-je, dans son fauteuil toute la journée je dirai? Il y a ça et il y a l'alimentation aussi je pense? Pour moi c'est les deux gros trucs, après c'est peut être aussi le facteur euh chance un petit peu? »
Entretien 11	« Euh je mettrai peut être je dirai plutôt quelqu'un qui manque d'activité physique. Euh quelqu'un peut être qui aurait des problèmes peut-être de poids ou de charge pondérale, quelque chose comme ça. Hmm je sais pas si les antécédents familiaux ont forcément un lien avec. Après euh, est-ce que une une le stress. »

Le stress notamment au travail et le rythme de vie ont souvent été évoqués comme facteurs de risque de maladie cardiovasculaire.

Entretien 4	« Les gens aussi éventuellement qui ont beaucoup beaucoup de travail qui travaillent
	beaucoup qui ne se reposent pas tropet qui donc ça peut être les gens à risque ne
	pas faire de sport. »

Messages de prévention des maladies cardiovasculaires :

Les messages de prévention étaient, selon les patients, déjà bien connus. La prévention était même un sujet récurrent.

Entretien2	«Le tabac je pense que le message est passé enfin mais il ne passera jamais assez
	mais le tabac et l'alimentation les gens savent »
Entretien 3	« C'est quand même de notoriété maintenant »
Entretien 6	« Ca fait un moment oh ouais mais c'est vrai qu'on entend tous les jours »

Médias

Les messages de prévention étaient connus grâce au relais par les nombreux médias identifiés par les patients : presse papier, télévision, internet, radio, prospectus.

Entretien 10	« La dernière fois que je m'y suis intéressée je pense c'est quand j'ai vu l'article sur le
	journal euh, c'était à l'automne je ne me souviens plus. Mais autrement c'est vrai
	qu'on en entend parler de temps à autres à la radio, à la télé euh, j'écoute beaucoup la
	radio le matin, et à la télé des fois quand il y a des émissions de santé ou autre »

***** Facilité d'application des messages de prévention

Les messages de prévention étaient considérés comme facilement applicables du fait de l'accessibilité de l'exercice physique et l'accès à une alimentation saine dans le Pays COB. Le prix du tabac était également relevé ainsi que les facilités d'accès au soin par le biais du remboursement de la consultation médicale.

Entretien 2	« De la marche marche rapide Déjà ça coute pas cher c'est simple : une paire
	de tennis et voilà! »

❖ Politique de santé

Les politiques gouvernementales en matière de santé étaient donc mises en avant, via le prix du tabac et le Nutri-Score dans les supermarchés.

Entretien 8 «	«Je pense qu'en règle générale effectivement aussi sur l'alimentation dans les
	supermarchés, les hypermarchés ou je crois qu'il y a un code-là qui va être mis en
	place euh donc c'est important »

La visibilité de la campagne « Manger ! Bouger ! » a également été relevée par les patients.

Entretien 2	« Tel qu'on l'entend, qu'on les voit moi euh la seule chose que je peux on entend
	manger bouger. »

Prise de conscience du risque

Un intérêt spontané pour la prévention des maladies cardiovasculaires, qui était un sujet fréquemment abordé par les patients, a été relevé.

Entretien 9	«On parle assez régulièrement de l'alimentation, de la prévention par le sport»
	« On se documente beaucoup quand même, je lis beaucoup de choses, il y a longtemps
	qu'on est quand même sensible à ça, à l'alimentation, a bien être »

❖ Application individuelle de la prévention cardiovasculaire

Une bonne partie des patients a mentionné des stratégies d'application de la prévention cardiovasculaire qu'elle utilise au quotidien avec une certaine autonomie, sur le plan alimentaire, de l'activité physique et dans le sevrage tabagique.

Entretien 9	« Moi je suis passée un peu à l'huile d'olive, mais depuis des années, m'enfin bon, le
	beurre euh, c'est quelque chose, voilà. »
Entretien 2	« Ouais peut-être mais oui ah oui je n'ai pas pensé au tabac oui mais j'ai arrêté de
	fumer maintenanteuhdepuis quatre ans »
Entretien 3	« Euh je pense que je suis plutôt en bonne santé (rire). Euh je fais attention à ce
	que je mange, on a une alimentation relativement saine euh je ne fume pas, je
	consomme de l'alcool de manière modérée euh j'ai un exercice physique pas très
	régulier mais je bouge pas tous les jours mais je ne fais pas une semaine sans bouger,
	sans aller marcher, je vais en montagne »

***** Femmes et prévention cardiovasculaire

Il a été relevé par certaines des femmes interrogées l'influence de la mode et de l'image du corps sur les comportements hygiéno-diététiques des femmes, qui serait plus importante que chez les hommes.

Entretien 8	« Et il y a un phénomène de société aussi, c'est le poids, ça forcément c'est le cheval de bataille de beaucoup de femmes »
Entretien 9	« Alors les femmes font des fois plus attention à ce qu'elles mangent par rapport à l'image. Les hommes peut-être un peu moins. »

Confiance dans le médecin généraliste

La confiance des patients dans leur médecin traitant a été relevée comme un facilitateur à la prévention des maladies cardiovasculaires.

Entretien 1	« Ah je le pense parce que ce sont quand même des médecins moi je fais toujours
	confiance à mon médecin traitant, je n'ai aucune raison de m'en plaindre. »

f) Suggestions de facilitateurs

Les patients ont suggéré un grand nombre d'améliorations pour faciliter la prévention des maladies cardiovasculaires dans le Pays COB.

Une des principales suggestions était la mise en place de la prévention dès l'école, que ce soit dans les cantines ou par une intégration de la prévention dans les programmes scolaires.

Entretien 8	« Ben déjà je pense qu'il y a en amont il y a une d'éducation au niveau scolaire quoi, je pense que tout petit euh voilà, il faut effectivement être dans la prévention que ça soit
	dans les cantines, que ça soit les les infirmières qui interviennent en milieu
	scolaire. »
Entretien 5	« Bah dans les écoles aussi peut être je ne sais pas s'ils font des trucs sur l'alcool le
	tabac joint et compagnie peut être qu'ils pourraient en parler de ça aussi en même
	temps fin je ne sais pas dans les lycées déjà collège peut être. »
Entretien 7	« Dans les écoles des choses faciles à comprendre en cours d'SVT on pourrait leur
	parler de ça quoi »
Entretien 10	« Ben déjà moi je pense que le la meilleure des préventions ce serait de
	commencer à l'école hein! Dans les écoles déjà, je pense. »

La prévention des maladies cardiovasculaires au travail a également été fréquemment abordée.

Entretien 10	« Après quand on arrive dans la vie active, bon les entreprises »
Entretien 6	« Sur le lieu de travail »

Des moyens humains non médicaux étaient proposés, notamment la prévention par le biais de patients atteints de maladie cardiovasculaire autrement dit patients-experts.

Entretien 2	« Mais je pense que les personnes qui ont fait un problème peuvent facilement ouais
	euh en parler puis faire de la prévention »

Il a été évoqué la formation de personnes spécialisées dans la prévention.

Entretien 2	« Former je ne sais pas, des « préventionnistes » »

La prévention par le biais des entraîneurs sportifs dans les associations sportives a été suggérée.

Entretien 8	« Que ça soit associatif euh voilà, parce que c'est vrai qu'il y a énormément
	d'associations sportives, voilà chaque coach effectivement avant de commencer un
	match ou en début de saison devrait être un petit peu euh voilà parler justement de
	de toutes ces préventions »

Les mesures générales citées mentionnaient un ciblage des populations, la diversification des intervenants et une nécessité de proximité avec les patients.

Entretien 3	« Tout le monde n'est pas sensible à la même parole, à la même chose donc je pense
	que l'intérêt, l'importance c'est de diversifier le plus possible »
	« Pour moi c'est une relation de proximité et personnalisée. »

Même si cette relation devrait être personnalisée, la notion de collectif a souvent été soulevée et semblait importante parce que permettrait un entretien de la motivation. Une relation personnalisée mais dans le cadre d'un travail collectif était envisageable.

Entretien 3	« Le collectif il a de l'intérêt aussi parce que une fois que les gens ils sont rentrés dans
	le collectif, ils se rendent compte que ça leur apporte, que c'est enrichissant pour eux,
	qu'ils apprennent avec les autres, qu'ils ne sont pas tout seuls »
Entretien 6	« Parce que monsieur il avait arrêté et donc il a fallu que j'arrête aussi » (tabac)

Dans le cas des personnes dans une situation précaire, il était prôné un accompagnement individuel dans un renforcement du travail social.

Entretien 3	« - Les gens de niveau socioéconomique précaire, comment pensez-vous qu'on pourrait
	les atteindre ?
	- Euh c'est un grand chemin parce que c'est le boulot que je faisais et c'est le boulot
	que fait bah la collègue infirmière qui travaille pour le département dont je parlais
	tout à l'heure c'est exactement ce qu'elles fontc'est ça leur boulot accompagner les
	gens dans déjà la prise en compte de soi, de prendre soins de soi aller voir un
	médecin, elle voit des gens qui n'ont pas vu de médecin depuis des années
	d'accompagner la dedans pour moi c'est de l'accompagnement individuel»

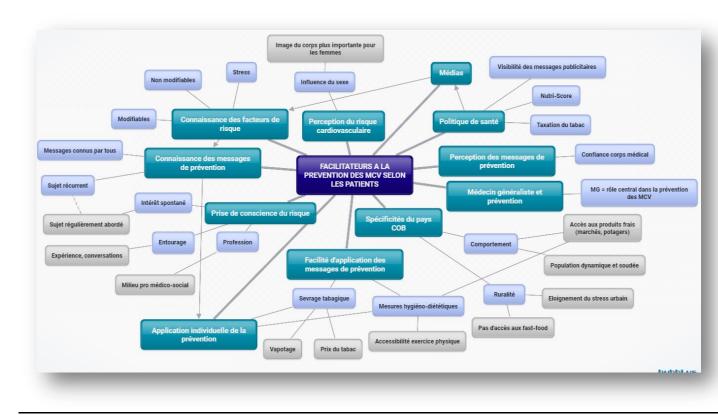
3. <u>Les facilitateurs de la prévention des maladies cardiovasculaires dans le pays COB du point de vue des patients : Résultats étonnants</u>

Le rôle des médecins généralistes n'était pas mentionné dans les suggestions d'amélioration des stratégies de prévention.

Certains patients ont soulevé que la prévention cardiovasculaire n'était pas abordée par leur médecin traitant.

Entretien 5	« Non, avec mon médecin traitant on en a jamais parlé »

Présentation des résultats sous forme de carte heuristique :



IX. DISCUSSION

A. Synthèse des résultats

Les patients ont mis en avant différents facilitateurs à la mise en place de la prévention des MCV, certains inhérents au Pays COB, d'autres liées à l'impact des programmes nationaux de prévention.

B. Résultats principaux

D'après les patients, les facilitateurs à la prévention des maladies cardiovasculaires dans le Pays COB étaient la connaissance des facteurs de risque, ainsi que des principaux messages de prévention.

De plus, leur application était considérée comme aisée en Pays COB du fait de certaines spécificités : accès à une alimentation saine et basée sur des produits frais grâce à l'agriculture locale, éloignement des chaînes de restauration rapide (un seul établissement sur le Pays COB pour la chaîne la plus connue) et l'éloignement vis-à-vis du stress du mode de vie urbain.

Ont également été relevés un intérêt spontané des patients pour la prévention des maladies

cardiovasculaires et une application des mesures hygiéno-diététiques en relative autonomie.

Cet intérêt était plutôt favorisé par le relais des programmes nationaux de prévention par les nombreux médias, que par la prévention délivrée par les médecins généralistes, bien que son

rôle central ait été identifié. Les femmes se considéraient comme plus concernées par

l'application des mesures hygiéno-diététiques, de par l'influence des médias sur l'image du

corps.

Des suggestions de mesures pouvant faciliter la prévention dans le Pays COB ont été récoltées. Elles consistaient en une prévention collective pas le biais d'intervention en groupe, et par des patients-experts. Le principal axe d'amélioration selon les patients était la prévention en milieu scolaire, afin de sensibiliser les jeunes qui étaient selon eux moins

touchés par les messages de prévention.

C. Comparaison des résultats à la littérature.

Les patients interrogés ont identifié l'accessibilité à une alimentation saine et variée par le biais des maraichers et la possibilité d'avoir un potager, comme facilitateurs à la prévention des maladies cardio vasculaire. Cette notion avait également été retrouvée dans une thèse de médecine générale réalisée dans le cadre du projet SPICES, cherchant à identifier les facilitateurs à la prévention des MCV dans le Pays COB selon les médecins généralistes (18).

Selon certains patients, pratiquer une activité physique était aisé et bon marché en Pays COB, de par l'accès facile à une activité de plein air. Dans l'étude miroir étudiant les freins à la prévention dans le Pays COB, le manque de moyens financiers faisait partie de ces obstacles. Les données dans la littérature étaient contradictoires à ce sujet. Une étude chez les patients à risque cardiovasculaire retrouvait que le coût était un frein à la pratique d'une activité physique régulière (19), alors qu'une étude anglaise montrait que la gratuité d'accès à des structures sportives ne les rendait pas plus attrayantes (20).

La grande majorité des facteurs de risque cardiovasculaires était connue des patients interrogés au cours de l'étude. Une partie d'entre eux a affirmé présenter un intérêt spontané à l'amélioration de leur hygiène de vie et appliquer régulièrement des mesures de prévention, telles que le recours à une alimentation saine ou à une activité sportive régulière. Ces résultats sont corroborés par une étude européenne qui relatait que 85% des patients interrogés dans des cabinets médicaux considéraient l'activité physique et les habitudes alimentaires comme importantes pour leur santé et la moitié souhaitait améliorer ses habitudes alimentaires et augmenter son activité physique (21).

Le médecin généraliste semblait avoir un rôle central pour les patients en matière de prévention des MCV, ce qui était le cas également au niveau national (22). En revanche, certains ont affirmé que leur médecin traitant ne leur avait jamais parlé de prévention. Certaines caisses d'assurance maladie commençaient à le proposer à leurs assurés, mais globalement le système de soins français ne prévoyait pas des consultations dédiées à la prévention des MCV, la cotation spécifique d'actes de prévention ne faisant pas partie des grilles tarifaires de l'assurance maladie. Des recommandations de pratique clinique à destination des médecins et centrées sur la prévention primaire existaient (23)(24), mais elles étaient peu appliquées d'après plusieurs études européennes (25)(26).

Les patients de cette étude ont également mis en avant les politiques gouvernementales en matière de santé comme la hausse du prix du tabac dans le cadre de la législation anti-tabac (27), et le Programme National Nutrition Santé (PNNS), avec « Manger ! Bouger ! » et le Nutri-Score dans la prévention des maladies cardiovasculaires. Dans une thèse sur les freins et les motivations au sevrage tabagique chez les diabétiques de type 2, les raisons économiques et le renforcement de la législation anti-tabac faisaient partie des principaux moteurs de l'arrêt du tabac (28). Concernant le PNNS, les messages de ces programmes sont bien perçus et compris par la population, comme en témoigne le post-test des messages apposés sur les publicités alimentaires réalisé par l'INPES auprès des enfants de 8 ans et plus : celui-ci rapportait une mémorisation et une compréhension des messages sanitaires élevée chez les enfants, ainsi qu'une incitation aux échanges parents/enfants (29). Créé en 2017 par le Programme Nutrition Santé, le Nutri Score était un système d'étiquetage alimentaire par code couleur établi en fonction de la valeur nutritionnelle d'un produit alimentaire. Ce code couleur a été identifié comme le plus clairement compris dans différents contextes socio-culturels lors d'une étude réalisée dans 12 pays (30).

La mode et l'image du corps dans les magazines pouvaient avoir une influence plus particulière sur les femmes que sur les hommes en matière d'hygiène de vie. Cette notion était également apparue dans une étude allemande explorant la motivation des patients à adopter une hygiène de vie saine dans une petite communauté dotée d'un programme spécial de médecine générale et d'éducation sanitaire. Les groupes participants aux cours d'éducation à la santé étaient majoritairement féminins, et leur motivation était plutôt basée sur le « plaisir », le « fitness » et le « bien-être », que sur la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires (32).

Le Pays COB restait touché par une sur-mortalité et sur-morbidité cardiovasculaires par rapport à la moyenne nationale (15). D'où l'intérêt de la mise en place de stratégies innovantes de prévention pouvant avoir une incidence sur la motivation des patients à modifier leurs habitudes. La difficulté au changement a été mise en avant par une grande partie des patients interrogés. Une revue de la littérature montrait que l'implication de la famille, les rappels et la définition d'objectifs en accord avec le patient permettaient d'augmenter l'adhésion aux recommandations en matière de santé (33). Ces résultats sont en accord avec les réponses des patients interrogés dans cette étude : l'entourage familial y était considéré comme un facilitateur de la prévention et la prise en charge collective était une des suggestions d'amélioration de cette prévention.

La dimension collective était importante pour un grand nombre de patients interrogés, qui considéraient que le groupe était un moteur dans la motivation au changement. Les groupes de pairs (« Peer group » dans les pays anglo-saxons), sont définis comme un ensemble de personnes présentant des éléments communs avec un individu (âge, milieu social, préoccupations, aspirations, etc.) et susceptibles d'influencer celui-ci. Des interventions de prévention par le biais de groupe de pairs semblent avoir un impact positif sur le mode de

vie des patients étudiés. Leur intérêt a été démontré dans la prévention du VIH chez les femmes au Botswana (34). Ils semblent également avoir un intérêt dans la prévention cardiovasculaire : dans une étude américaine chez des patient diabétiques, il a été retrouvé une amélioration des chiffres tensionnels pour les groupe de pairs (35). En 2017, une intervention en groupes de pairs menée sur un réseau social a été jugée utile par 80% des participants et a également eu un impact significatif sur certains comportements alimentaires dans les familles américaines avec des nourrissons à haut risque d'obésité (36).

Une autre des suggestions apportées par les patients était la prévention par le biais des « patients-experts ». C'est ainsi qu'on appelle un patient qui a acquis, au cours de sa maladie, des connaissances médicales sur sa pathologie grâce notamment à l'éducation thérapeutique. A ces connaissances « techniques », il apporte son expérience et son vécu en tant que patient. Le patient-expert permettrait de favoriser le dialogue entre les malades et les équipes médicales en facilitant l'expression des premiers et améliorant la compréhension du discours des seconds. Ce statut n'est pas encore reconnu au plan institutionnel, mais des hôpitaux et associations de patients se penchent sur des formations à l'attention de ces patients-experts (37). Leur rôle pourrait être intéressant dans la prévention primaire des MCV. Les patients de cette étude on très largement évoqué une nécessité d'initier la prévention des MCV dès le plus jeune âge en milieu scolaire, dans les cantines, par le biais des programmes scolaires ou en prônant une activité physique régulière. En France, Les Parcours du Cœur Scolaires, proposés par la Fédération Française de Cardiologie, sont des évènements qui ont pour but de sensibiliser les enfants aux messages de prévention : l'importance d'une alimentation équilibrée, les bienfaits de l'activité physique ou sportive régulière, la nocivité du tabac, l'importance de connaître les gestes de premier secours (38). En 2019, 240 000 enfants y participeront.

D. Forces et limites de l'étude

Le biais de sélection a été limité par l'échantillonnage raisonné à variation maximale, permettant un échantillonnage diversifié de la population du Pays COB. Les catégories qui devaient être représentées avaient été définies au préalable. Toutes les tranches d'âge et nombreuses catégories socio-professionnelles étaient représentées. Le choix d'inclure plus de patients relevant de la prévention primaire que de la prévention tertiaire était assumé, les investigateurs souhaitant interroger les patients concernés par le sujet de l'étude (ciblé sur la prévention primaire). Le biais de sélection a été limité par la réalisation d'entretiens jusqu'à saturation des données.

Un biais d'information pouvait exister du fait de l'inexpérience des enquêteurs. Ce biais a été minimisé par la réalisation du travail d'analyse par deux investigateurs indépendants. Ce travail à deux de façon indépendante et le respect du principe de triangulation ont permis de limiter le biais d'information lié à l'interprétation subjective des données. Il pouvait exister un biais d'information lié à la compréhensibilité du guide d'entretien par les patients interrogés. Bien que ses différentes évolutions aient permis de le rendre plus compréhensible et pertinent, certains termes employés pouvaient être complexes à assimiler pour des personnes n'appartenant pas au milieu médical.

Le biais de confusion a pu être limité par la retranscription exacte des entretiens et le double codage. Un biais de désirabilité sociale était possible.

CONCLUSION:

Cette étude a permis de décrire les facilitateurs à la prévention des maladies cardiovasculaires dans le Pays COB selon les patients.

Ils étaient soit inhérents au Pays COB comme l'accès aisé à une alimentation saine et à une activité physique, soit liés aux programmes nationaux relayés par les médias qui favorisaient la connaissance des facteurs de risque. D'autres facilitateurs étaient l'intérêt spontané pour les mesures de prévention et l'image du corps chez la femme.

Ce travail a permis d'apporter des suggestions pour l'amélioration de la prévention des MCV : prévention collective en groupe, «patient-expert », prévention à l'école.

Ces résultats, associés à ceux recueillis lors de l'étude miroir étudiant les freins à la prévention des MCV et ceux des études conjointes réalisées auprès de l'entourage des patients, des médecins généralistes, des pharmaciens, des infirmiers, et des élus locaux, vont permettre une vue d'ensemble sur la prévention cardiovasculaire dans le Pays COB. L'objectif de ces études sera de mettre en place des stratégies de prévention des MCV adaptées à la population et au contexte socio-économique du Pays COB.

X. BIBLIOGRAPHIE

- 1. 2013-2020 GLOBAL ACTION PLAN FOR THE PREVENTION AND CONTROL
 OF NONCOMMUNICABLE DISEASES [Internet]. 2013 [Cité le 12 janvier 2019].
 Disponible sur : www.who.int
- 2. WHO | Noncommunicable diseases country profiles 2018. WHO [Internet]. 2018 [Cité le 6 janvier 2019]; Disponible sur : https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/
- 3. Schwalm JD, McKee M, Huffman MD, Yusuf S. Resource Effective Strategies to Prevent and Treat Cardiovascular Disease. Circulation. 2016 Feb;133(8):742–55.
- 4. World Health Organization [WHO]. From Burden to "Best Buys": Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. World Econ Forum. 2011;1–12.
- 5. WHO. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. 2015 [cité le 12 janvier 2019] Disponible sur : https://www.who.int/cardiovascular diseases/publications/atlas_cvd/en/
- 6. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks [Internet]. 2009 [Cité le 12 janvier 2019]. Disponible sur : https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full. pdf
- 7. Alwan A, World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization; 2011. 162 p.
- 8. Tunstall-Pedoe H, World Health Organization. MONICA Project., World Health Organization. MONICA, monograph and multimedia sourcebook: world's largest study of heart disease, stroke, risk factors, and population trends 1979-2002 [Internet]. World Health Organization; 2003 [Cité le 13 janvier 2019]. 244 p. Disponible sur:

 $\frac{\text{https://books.google.fr/books?id=8s8Gfynp7AsC\&pg=PA62\&lpg=PA62\&dq=Tunstall-Pedoe+H,+ed.+World+largest+study+of+heart+disease,+stroke,+risk+factors+and+population}{\text{+trends,+1979\%E2\%80\%932002.+MONICA+Monograph+and+Multimedia+Sourcebook,+MONICA+Project.+Geneva\#v=onepage\&q=Tunstall-}}$

Pedoe% 20H% 2C% 20ed.% 20World% 20largest% 20study% 20of% 20heart% 20disease% 2C% 20stroke% 2C% 20risk% 20factors% 20and% 20population% 20trends% 2C% 201979% E2% 80% 932002.% 20MONICA% 20Monograph% 20and% 20Multimedia% 20Sourcebook% 2C% 20MONICA% 20Project.% 20Geneva&f=false

- 9. Unal B, Critchley JA, Capewell S. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. Circulation. 2004 Mar;109(9):1101–7.
- 10. WHO. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. 2002.
 [cité le 12 janvier 2019]. Disponible sur :
 https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccreport/en/
- 11. Sweat M, Morin S, Celentano D, Mulawa M, Singh B, Mbwambo J, et al. Community-based intervention to increase HIV testing and case detection in people aged 16–32 years in Tanzania, Zimbabwe, and Thailand (NIMH Project Accept, HPTN 043): a randomised study. Lancet Infect Dis. 2011 Jul;11(7):525–32.
- 12. Even L. Quelle est la définition du concept de vulnérabilité dans la littérature médicale? Revue systématique. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Brest. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01926226
- 13. Territoire Le Pays Centre Ouest Bretagne vous accueille durablement [Internet]. [Cité le 2 février 2019]. Disponible sur : http://www.centre-ouest-bretagne.org/territoire
- 14. PORTRAIT STATISTIQUE EN SANTE PRECARITE Pays du Centre-Ouest Bretagne [Internet]. [Cité le 2 février 2019]. Disponible sur :

- https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-04/2018-04 Obs terr Fiche_Pays du Centre-Ouest Bretagne.pdf
- 15. Observatoire Régional de Santé Bretagne. Tableau de bord santé pays Bretagne. 2014 [cité le 2 février 2019] Disponible sur : http://www.santepays.bzh/pages/tableau-de-bord-sante-focus-22GUIN.html
- 16. Observatoire Régional Santé Bretagne. La santé dans le pays du Centre-Ouest Bretagne

 Centre-Ouest Bretagne Centre-Ouest Bretagne. 2010 [Cité le 2 février 2019]

 Disponible sur : https://orsbretagne.typepad.fr/2010/Pays COB_leger.pdf
- 17. Le Goff E. Projet SPICES : état des lieux de la prévention cardio-vasculaire en France.Thèse de médecine. FAculté de médecine. Brest. 2018.
- 18. Chevrel A. 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. Thèse de médecine. Facuté de médecine. Brest. 2019
- 19. Daulier F. Freins à la pratique d'activité physique régulière chez les patients à risque cardiovasculaire au cours de l'étude activité physique en soins primaires : Analyse du questionnaire patient à 1 mois et 3 mois. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Créteil (Paris EST). 2013.
- 20. Tai SS, Gould M, Smith P, Iliffe S. Promoting physical activity in general practice: should prescribed exercise be free? J R Soc Med [Internet]. 1999 Feb [Cité le 25 avril 2019];92(2):65–7. Disponible sur : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10450214
- 21. Durrer D., Broton C., Bulc M., Schutz Y. Point de vue des patients concernant la nutrition et l'activité physique en médecine générale, une étude européenne. Exercer. 2011; 99: 88-89.

- 22. Nouguès P. Prévention primaire des maladies cardiovasculaires : Etat des lieux en France à partir du questionnaire du projet SPICES. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Brest. 2018
- 23. Haute Autorité de Santé Évaluation et prise en charge du risque cardio-vasculaire Recommandation abrogée [Internet]. [Cité le 1er mai 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2754387/fr/evaluation-et-prise-en-charge-du-risque-cardio-vasculaire-recommandation-abrogee
- 24. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J [Internet]. 2016 Aug 1 [Cité le 1er mai 2019];37(29):2315–81. Disponible sur : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27222591
- 25. Reiner Ž, Sonicki Z, Tedeschi-Reiner E. Physicians' perception, knowledge and awareness of cardiovascular risk factors and adherence to prevention guidelines: The PERCRO-DOC survey. Atherosclerosis [Internet]. 2010 Dec [Cité le 1er mai 2019];213(2):598–603. Disponible sur : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20947087
- 26. Brotons C, Lobos JM, Royo-Bordonada MÁ, Maiques A, Santiago A de, Castellanos Á, et al. Implementation of Spanish adaptation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in primary care. BMC Fam Pract [Internet]. 2013

 Mar 18 [Cité le 1er mai 2019];14:36. Disponible sur : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23506390
- 27. Tabac La législation antitabac en France [Internet]. [Cité le 25 avril 2019]. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/legislation.asp
- 28. Bruiet A. Quels sont les freins et les motivations au sevrage tabagique ches les patients diabétiques de type II? Recrutement en médecine générale dans le Nord-Pas de Calais.

- Thèse de médecine. Faculté de médecine. Lille. 2014. Disponible sur : https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/d8f467d9-ed02-4cf9-b8d5-fe44e4e4f5e3
- 29. Inpes. POST-TEST DES MESSAGES SANITAIRES apposés sur les publicités alimentaires auprès des 8 ans et plus [Internet]. [Cité le 25 avril 2019]. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/messages_sanitaires_etude_INPES.pdf
- 30. 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 [Internet]. 2018 Oct 18 [Cité le 25 avril 2019];10(10):1542. Disponible sur : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30340388
- 32. Wiesemann A, Ludt S, Szecsenyi J, Scheuermann W, Scheidt R. Cardiovascular risk factors and motivation for a healthy life-style in a German community—results of the GP-based Oestringen study. Patient Educ Couns [Internet]. 2004 Oct [Cité le 21 mars 2019];55(1):40–7. Disponible sur : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15476988
- 33. Cohen SM, Kataoka-Yahiro M. Themes in the Literature Related to Cardiovascular Disease Risk Reduction. J Cardiovasc Nurs [Internet]. 2009 Jul [Cité le 11 avril 2019];24(4):268–76. Disponible sur : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21206349
- 34. Norr K, Tlou S, Moeti M. IMPACT OF PEER GROUP EDUCATION ON HIV PREVENTION AMONG WOMEN IN BOTSWANA. Health Care Women Int [Internet]. 2004 Mar [Cité le 3 mai 2019] ;25(3):210–26. Disponible sur : http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399330490272723
- 35. Patil SJ, Ruppar T, Koopman RJ, Lindbloom EJ, Elliott SG, Mehr DR, et al. Effect of peer support interventions on cardiovascular disease risk factors in adults with diabetes: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health [Internet]. 2018 Dec 23 [Cité le 6 mai 2019] ;18(1):398. Disponible sur : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29566684

- 36. Fiks AG, Gruver RS, Bishop-Gilyard CT, Shults J, Virudachalam S, Suh AW, et al. A Social Media Peer Group for Mothers To Prevent Obesity from Infancy: The Grow2Gether Randomized Trial. Child Obes [Internet]. 2017 Oct [Cité le 6 mai 2019];13(5):356–68. Disponible sur : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28557558
- 37. Haute Autorité de Santé Patients et soignants, vers un nécessaire partenariat [Internet]. [Cité le 6 mai 2019]. Disponible sur : https://www.hassante.fr/portail/jcms/c_2728261/en/patients-et-soignants-vers-un-necessaire-partenariat
- 38. Les Parcours du Coeur Scolaires : Guide pédagogique [Internet]. [Cité le 7 mai 2019].

 Disponible sur : https://www.fedecardio.org/sites/default/files/image_article/FFC-Guide-Pedagogique-parcours-du-coeur-scolaires.pdf

XI. ANNEXES

A. 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

- 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 indepth 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

<u>Note:</u> 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

- 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.

B. Annexe 2: L'Etat des Lieux

Contexte

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

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

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

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

Les objectifs de l'état des lieux

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

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

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

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

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

Instruments de l'état des lieux

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

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

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

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

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

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

Offre de soins existante

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

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

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

- 5. Quels facteurs de risque cardio-vasculaires sont pris en charge en soins primaires ? Quels professionnels s'occupent de la prévention des MCV et quel est leur rôle?
- 6. Quels sont les recommandations de pratique clinique qui vous paraissent pertinentes pour votre exercice ?
- 7. Quelles sont les relations entre les professionnels de santé dans la prévention des MCV ? (adresser un patient)
- 8. Quelles sont les relations entre les professionnels de santé dans la prévention des MCV ? (adresser un patient)

C. Annexe 3: Questionnaires issus de la traduction

Ouestionnaire pour les entretiens locaux

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

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

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

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

Offre de soins existante

- •Promotion de la santé en lien avec les MCV dans le Pays COB: y a-t-il des programmes de promotion de la santé en lien avec les MCV ? Qui est concerné ? Qui en sont les acteurs ? où, quand et comment est-ce fait au sein et en dehors de structures de soins ? Qui est ciblé ? Quels en sont les succès et les difficultés ?
- •L'estimation du risque cardio-vasculaire est-elle réalisée? Par qui, chez qui et comment ? avec quels outils ?
- •Prise en charge de la prévention primaire des MCV: recommandations et procédures. Qui fait les diagnostics, revoit le patients investigue et prescrit les médicaments ?
- •Suivi et autonomisation des patients en prévention primaire des MCV: quel est la planification du suivi ? Comment les patients perdus de vue sont repérés et relancés? Par qui et comment est surveillée l'observance des patients?

Quelle est le taux actuel de patients observant?

Quels sont les succès et les difficultés ?

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

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

- •Dans quelle mesure les programmes actuels de prévention des MCV réalisés dans les soins primaires échouent à répondre aux besoins de la population?
- •Comment sont vécus les programmes de prévention des MCV par les patients, les effecteurs et les politiques ? Quel est votre avis ?

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

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

D. Annexe 4: Clé USB

Une clé USB avec le tableau de codage et les entretiens retranscrits et anonymisés a été remise aux membres du jury.

XII. 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.

DAGORN (Emmanuelle) – Facilitateurs identifiés par les patients à la mise en place de la prévention primaire des maladies cardiovasculaires dans le Pays Centre-Ouest Bretagne.

Th: Med.: BREST 2019

RESUME

Introduction: Les maladies cardiovasculaires (MCV) étaient la première cause de mortalité dans le monde, la majorité des décès survenant dans les pays à revenus faibles. La prévention des MCV via la modification des facteurs de risque modifiables (FDRCV) est efficace. Le projet international SPICES avait pour but de mettre en place des interventions de prévention innovantes dans des populations dites vulnérables en Europe et en Afrique Sub-Saharienne. En France, l'attention s'est portée sur le Pays Centre-Ouest Bretagne (Pays COB). Ce travail avait pour but d'identifier les facilitateurs à la mise en place de la prévention des MCV, selon les patients du Pays COB.

<u>Matériel et Méthode</u>: Au cours de cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés, deux investigateurs ont interrogé des patients du Pays COB. L'échantillonnage était raisonné à variation maximale. Les entretiens étaient ensuite retranscrits et codés en double aveugle, puis les résultats étaient analysés selon de modèle de l'analyse thématique.

<u>Résultats</u>: Les facilitateurs à la mise en place de la prévention des MCV selon les patients étaient : leur connaissance des facteurs de risque et des messages de prévention, l'accès aisé dans le Pays COB à une bonne hygiène de vie. L'intérêt pour ces sujets était surtout véhiculé par les médias. Les femmes étaient plus sensibles aux mesures hygiéno-diététiques de par l'image du corps véhiculée par les médias. Des suggestions d'amélioration de cette prévention ont également été proposées.

<u>Conclusion</u>: Différents facilitateurs à la mise en place de la prévention des MCV dans le Pays COB ont été mis en évidence. Une étude miroir visant à définir les freins à la mise en place de la prévention était réalisée parallèlement. Les résultats de cette étude seront utilisés pour définir des interventions de prévention et les adapter au contexte local du Pays COB.

MOTS CLES:

Maladies cardio-vasculaires Prévention primaire Patients Facilitateurs Projet SPICES

JURY:

Président : M. Le Professeur LE RESTE Jean-Yves

Membres: Mme le Docteur MILHADE Marion

M. Le Professeur LE FLOCH Bernard M. Le Professeur CHIRON Benoit

DATE DE SOUTENANCE: Le 20 Juin 2019

61