



HAL
open science

Étude qualitative des freins à la prévention primaire des maladies cardiovasculaires en Pays Centre Ouest Bretagne selon des pharmaciens installés

Pierre-Philippe de Lajudie

► To cite this version:

Pierre-Philippe de Lajudie. Étude qualitative des freins à la prévention primaire des maladies cardiovasculaires en Pays Centre Ouest Bretagne selon des pharmaciens installés. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03120109

HAL Id: dumas-03120109

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03120109>

Submitted on 25 Jan 2021

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

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



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



THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2020

Thèse présentée par :

Monsieur DE LAJUDIE Pierre-Philippe

Né le 15 mars 1990 à Dakar (Sénégal)

Thèse soutenue publiquement le 17 décembre 2020

Titre de la thèse :

**Etude qualitative des freins à la prévention primaire des maladies
cardiovasculaires en Pays Centre Ouest
Bretagne selon des pharmaciens installés**

Président : Professeur LE FLOCH Bernard

Membres du jury : Professeur LE RESTE Jean-Yves

Docteur LE GOFF Delphine

Professeur CHIRON Benoît



UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST
1^{er} SEPTEMBRE 2020

Doyens honoraires

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

Doyen

BERTHOU Christian

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel	Réanimation
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian	Hématologie
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophthalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
TIMSIT Serge	Neurologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes


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

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUEYMES Maryvonne	Immunologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan	Réanimation
LACUT Karine	Thérapeutique
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
VALERI Antoine	Urologie

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

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
IANOTTO Jean-Christophe	Hématologie
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LE VEN Florent	Cardiologie
LIPPERT Éric	Hématologie
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

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

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe
(en attente des avancements de classe 2020)

BRENAUT Emilie	Dermato-vénéréologie
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
MIALON Philippe	Physiologie

PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
SCHICK Ulrike	Cancérologie
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe
(en attente des avancements de classe 2020)

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
GUILLOU Morgane	Addictologie
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
ROUE Jean-Michel	Pédiatrie
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TROMEUR Cécile	Pneumologie

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard
LE RESTE Jean-Yves

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

BARAIS Marie
NABBE Patrice
Praticiens Hospitaliers Universitaires

BEAURUELLE Clémence	Bactériologie virologie
BAGACEAN Cristina	Hématologie
CHAUVEAU Aurélie	Hématologie biologique
KERFANT Nathalie	Chirurgie plastique
ROPARS Juliette	Pédiatrie
THULLIER Philippe	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Professeur des Universités Associé

METGES Jean-Philippe Cancérologie

Maître de Conférences des Universités Associé

GURIEC Nathalie Nutrition

Professeurs des Universités Associés de Médecine Générale

BARRAINE Pierre
CHIRON Benoît

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

BEURTON-COURAUD Lucas
DERRIENNIC Jérémy
VIALA Jeanlin

Professeur des Universités

BORDRON Anne Biologie cellulaire



Maîtres de Conférences des Universités

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
BOUSSE Alexandre	Génie informatique, automatique et traitement du signal
DANY Antoine	Epidémiologie et santé publique

LE CORNEC Anne-Hélène	Psychologie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et informatique

Maîtres de Conférences des Universités Contractuels LRU

GHIS MALFILATRE Marie	Sociologie démographie
MERCADIE Lolita	Psychologie

Attachée Temporaire d'Enseignement et de Recherche

GHANEM Rosy	Biochimie et biologie moléculaire
--------------------	-----------------------------------

Professeurs Certifiés / Agrégés du second degré

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

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

DULOU Renaud	Neurochirurgie
---------------------	----------------

Maîtres de Stages Universitaires - Référénts (Ministère des Armées)

LE COAT Anne	Médecine Générale / Urgence
SCELLOS Olivia	Médecine Générale



REMERCIEMENTS

- **Au Professeur Bernard LE FLOCH**, Professeur des Universités de Médecine Générale à Brest, pour avoir accepté la présidence de mon jury, je vous en suis très reconnaissant. Merci de votre engagement auprès des étudiants de médecine générale.

- **Au Professeur Jean Yves Le Reste**, Professeur des Universités de Médecine Générale, chef de l'équipe de recherche SPURBO et l'un des initiateurs du projet SPICES. Merci d'avoir accepté de participer à cette soutenance au pied levé.

- **Au Docteur Delphine LE GOFF**, ma directrice de thèse ainsi que ma tutrice durant ces trois années d'internat, merci pour ta patience et ton temps précieux, tes multiples conseils et ton suivi qui m'ont permis d'aboutir à ce travail et à cette étape finale du cursus de médecine, mille fois merci.

- **Au Docteur Benoît Chiron, Professeur Associé des Universités de Médecine Générale** d'avoir accepté de faire partie de mon jury, merci à vous.

- **Aux pharmaciens du Pays COB** qui ont accueilli le projet SPICES avec grand intérêt, et qui ont bien voulu participer aux entretiens pharmaceutiques, sans quoi ce projet n'aurait jamais pu aboutir.



- **A mon collègue de thèse Mederic**, et ami depuis le second semestre d'internat à Lannion. A tout ce chemin parcouru, similaire au mien, atypique mais tellement riche. Merci pour ton énorme travail de fond et ta motivation transmissible.

Un grand merci également à Aude, son épouse, pour son aide précieuse dans les moments de rush !

- **A tous les internes qui ont participé à ce projet Spices, à ceux qui y participent et à ceux qui y participeront à l'avenir.** J'espère qu'ensemble nous aurons un impact positif à long terme sur la prévention primaire des maladies cardiovasculaires non pas seulement à l'échelle du pays COB, mais à l'échelle mondiale.

- **A tous mes professeurs de médecine**, hommes et femmes savant(e)s, qui ont partagé leurs connaissances et enseigné avec bienveillance cette science centrée sur l'humain, je dédie cette thèse et vous remercie du fond du cœur.

- **A mes parents, Elisabeth et Philippe**, qui m'ont désiré et conçu, aimé et élevé, soutenus financièrement et moralement sans compter, et qui m'ont permis de me réaliser à tous les niveaux de la vie, merci infiniment, je vous aime.

- **A mon grand frère Joseph**, qui a tracé la voie pour les suivants et a eu une constante réussite dans tout ce qu'il a entrepris. **A ma petite sœur Anaële**, hyperactive sociale aux milles contacts, toujours souriante et avenante. Bravo pour ton parcours également. **A mon petit frère Emilien**, aventurier touche-à-tout aussi



dispersé qu'organisé. Félicitations pour ta thèse (je serai le dernier) ! La bienvenue aux trois petits inconnus qui vont bientôt agrandir la famille.

- **A ma famille proche** : ma « longue lignée de médecins » à qui j'espère faire honneur ; ma **Mamie de Vincennes**, centenaire qui fait mentir la médecine et la pousse dans ses retranchements les plus avancés ; à son mari défunt le **Dr. Pierre de Lajudie**, que je n'ai pas connu mais qui a probablement influencé mes rêves et mes choix. A ma **Mamie de Colmar**, qui est toujours vaillante du haut de ses 96 ans. La prévention tu connais bien, tu l'as enseignée toute ta vie avec brio, cette thèse t'est aussi dédiée. A **mes oncles et tantes**, mes **cousins et cousines** de France ou d'ailleurs.

- **A mes plus vieux amis**, cette belle bande de pieds nickelés, saltimbanques, artistes et joyeux lurons : **Vivien, les frères Meyer Jonas et Jonathan, Bade, Pierre, Christophe, David, Thibaud, Sylvain, Lyes, Lucas et Valentin, Arthur, Théo et tous les autres**. Quoi qu'il se passe je sais que vous serez toujours là pour moi, et je vous rendrai la pareille.

- **A tous les amis croisés à Cluj**, à tous ceux qui ont partagés cette expérience exceptionnelle durant ces 6 années d'études, et qui êtes à présent mes confrères. A vous tous éparpillés maintenant de par le monde, connaissances d'un jour ou amis de toujours, je dédie cette thèse.



- **A mon grigri Marie**, mon « porte-bonheur ». Tu m'aides à voir le positif même dans les moments difficiles. A toi qui m'as aussi aidée pour ce travail quand la motivation n'y était plus.

- **A tous les internes rencontrés lors de mes stages au « bout du monde »**, amis précieux et collègues, qui ont rendu cet internat plus que vivable et m'ont fait découvrir cette merveilleuse région de France où il fait bon vivre, je cite dans l'ordre de rencontre : **Camille, Felix, Youri et Pauline, Céline, Jordaël, Erwan, Paul, Constance, Ysé, Hervé, Iliass, les deux Pauline, Marie, Paul et Morgane, Aurélien, Mathilde, Sophie, Jean-Marie, Neelam, Aude, Mourad, Christine, Pandora, Léa, Lauren, David, Edson, Odilon, Anna, William, Justine, Lucile, Floriane.**

- **A tous ceux que je n'ai pas cité mais qui se reconnaîtront sûrement**, ceux qui d'une manière ou d'une autre ont eu une influence sur ma vie et mes choix jusqu'à présent, un grand merci à tous.



TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	6
RÉSUMÉ.....	12
ABSTRACT.....	14
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	16
INTRODUCTION.....	17
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	23
RÉSULTATS.....	25
A) LES PHARMACIENS ET LEUR MÉTIER.....	29
B) LES PATIENTS.....	33
C) LE SYSTÈME DE SOINS ET SES LIMITES.....	37
D) INFLUENCES SELON LES MODES DE VIE.....	39
E) LES FREINS AUX CAMPAGNES/ PROGRAMMES DE PRÉVENTION.....	41
DISCUSSION.....	44
A) PRINCIPAUX RÉSULTATS.....	44
B) FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	46
C) COMPARAISON DES RÉSULTATS À LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE.....	47
D) PERSPECTIVES : Recherche, enseignement, pratique clinique.....	70
CONCLUSION.....	73
BIBLIOGRAPHIE.....	74



ANNEXES	85
ANNEXE 1 : SPICES Project : Situational Analysis Work Package	85
ANNEXE 2 : Guide d’entretien	90
ANNEXE 3 : Livre de codage des Verbatims	93
SERMENT D’HIPPOCRATE	107
AUTORISATION D’IMPRIMER	109



RESUME

Mots clés : Maladies cardiovasculaires, prévention primaire cardiovasculaire, freins, projet SPICES, pays COB

Introduction : Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la principale cause de décès à l'échelle mondiale. Les MCV résultent d'une association de facteurs de risques cardiovasculaires (FDRCV). La prévention primaire a montré son efficacité pour lutter contre les MCV. Le projet SPICES est un projet international, qui vise à mettre en place un programme de prévention des MCV (PMCV). Un état des lieux de la prévention des MCV a ainsi été réalisé. L'objectif de ce travail était de repérer les freins à cette prévention selon des pharmaciens installés dans le pays Centre Ouest Bretagne (COB).

Matériel et méthode : Une étude qualitative par entretiens semi structurés réalisés auprès de pharmaciens du pays COB a été réalisée, selon un échantillonnage raisonné. Les entretiens ont été retranscrits puis codés en double aveugle et ont été poursuivis jusqu'à saturation théorique des données. Une analyse thématique a été réalisée.

Résultats : Onze pharmaciens ont été interrogés. Cinq thèmes sont apparus : les pharmaciens et leur métier, les patients, le système de soins et ses limites, l'influence selon les modes de vie et les freins aux campagnes/ programmes de prévention.

Conclusion : Les pharmaciens évaluaient quotidiennement le risque cardiovasculaire en officine même s'ils n'en avaient pas toujours conscience. Une revalorisation financière pour le temps passé à réaliser cette prévention en officine serait appréciée des pharmaciens. Un manque de communication et de collaboration entre professionnels de santé a été constaté, de même qu'un manque de



communication des soignants aux patients au sujet de la prévention. La PMCV devait cibler davantage les populations les plus défavorisées. Une étude miroir a décrit les facilitateurs à la prévention primaire des MCV. D'autres études qualitatives ont été réalisés auprès d'autres populations du pays COB. Ces états des lieux permettront d'adapter les interventions de PMCV du projet SPICES.



ABSTRACT

Keywords: cardiovascular diseases, primary cardiovascular prevention, barriers, SPICES project, COB region.

Introduction: Cardiovascular diseases (CVDs) are the main cause of death in the world. CVDs result from a combination of cardiovascular risk factors (CVRF). Primary prevention has proven its effectiveness against CVDs. SPICES is an international project aiming at implementing CVD prevention strategies (CVDP). A situational analysis was carried out to identify barriers in CVD prevention according to pharmacists working in the Centre Ouest Bretagne (COB) region.

Method: A qualitative study by semi-structured interviews was conducted using a purposive sampling of pharmacists of the COB region until theoretical data saturation. A thematic analysis was carried out after double blinded coding of transcribed interviews.

Results: Eleven pharmacists were interviewed. Five themes influencing CVDP were identified: pharmacists and their profession, the patient him/herself, his/her lifestyle, the healthcare system and barriers of prevention campaigns/ programs.

Conclusion : This study describes the obstacles of implementation of CVDP. Pharmacists assessed the daily cardiovascular risk in pharmacies even if they were not always aware of it. A financial revaluation for the time spent carrying out this prevention in pharmacies would be appreciated by pharmacists. A lack of communication and collaboration between health professionals was noted, as well as between them and patients about prevention. The CVDs prevention should target the most disadvantaged populations more. A mirror study described the facilitators to primary prevention of CVDs. Complementary qualitative studies carried out with other



populations in the COB country have been reported. These inventories should allow to adapt the CVDs prevention interventions inside the SPICES project.



LISTE DES ABREVIATIONS

COB : Centre Ouest Bretagne

CV : Cardiovasculaire

DU : Diplôme Universitaire

FDRCV : Facteur De Risque Cardiovasculaire

HTA : Hypertension Artérielle

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MG : Médecin Généraliste

MCV : Maladie Cardio Vasculaire

PMCV : Prévention des maladies cardiovasculaires

PVD : Pays en Voie de Développement

UBO : Université de Bretagne Occidentale

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

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

ARS : Agence Régionale de Santé

DREES : Direction de la Recherche, de Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

APL : indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée

PO : Plan Obésité

PNNS : Plan National Nutrition Santé

PNRT : Plan National de Réduction du Tabagisme

CNGPO : Collectif National des Groupements de Pharmaciens d'Officine

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

HAS : Haute Autorité de Santé



INTRODUCTION

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont un ensemble de plusieurs affections de l'appareil circulatoire. Elles peuvent être congénitales (malformations cardiaques) ou acquises, réparties en fonction de leur étiologie (ischémique ou hémorragique, infectieuse telles que les cardiopathies rhumatismales) ou de leur localisation (maladies cérébro vasculaires, cardiopathies coronariennes, artériopathies périphériques, thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) (1) (2).

De façon plus générale, les MCV font partie des maladies chroniques – ou maladies non transmissibles – comprenant également les cancers et les affections respiratoires chroniques. Elles sont la première cause de mortalité dans le monde, responsables de 63% des décès annuels (OMS 2013). Près de 80% de ces décès surviennent dans des pays à revenu faible ou moyen (3) (4).

Les maladies chroniques ont en commun plusieurs facteurs de risque. La diminution de ces facteurs de risque permettrait d'éviter selon l'OMS près de 80 % des cardiopathies, des accidents vasculaires cérébraux et du diabète de type 2 ainsi que plus d'un tiers des cancers (5).

Les MCV sont souvent la conséquence d'une association de facteurs de risque cardiovasculaires (FDRCV). Ceux-ci sont identifiés. Les FDRCV non modifiables sont l'hérédité, l'âge et le sexe masculin. Les FDRCV modifiables sont l'hypertension artérielle (HTA), le diabète, le tabagisme, l'obésité, la sédentarité, le manque d'exercice physique, le stress, une consommation excessive d'alcool (1). Associés



pour un même patient, ces facteurs de risques se potentialisent, ils s'aggravent les uns les autres (6).

Les MCV sont la première cause de mortalité dans le monde. En 2015, les maladies coronariennes (ischémiques) et les AVC étaient responsables de près de 15 millions de décès dans le monde (1). En France, les MCV sont la deuxième cause de mortalité (150 000 décès soit 28%) par an derrière les cancers (30%). En France, les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et l'insuffisance cardiaque (IC) sont responsables respectivement de 27%, 25% et 23% des décès d'origine cardiovasculaire (6) (7) (8).

A l'échelle mondiale, la mortalité CV a diminué entre 1970 et 2010, avec une chute de près de 70% au cours de cette période dans certains pays industrialisés (Japon, Europe de l'Ouest, Australie, Nouvelle-Zélande, Amérique du Nord). Cette baisse était due pour moitié à l'amélioration des traitements médicaux et pour l'autre moitié à l'amélioration de certains facteurs de risques (baisse importante du tabagisme, réduction des taux de cholestérol sanguin etc.) (9).

Pourtant, une étude menée aux Etats-Unis entre 1999 et 2014 (10) retrouvait une augmentation des décès causés par les MCV chez les femmes âgées de 25 à 50 ans, inverse à l'évolution de la mortalité par MCV chez les femmes plus âgées (9) (10) (11). Cette tendance était commune à tous les pays occidentaux. Selon l'institut national de veille sanitaire (INVS), en France entre 2002 et 2008, le nombre d'hospitalisations pour IDM avait progressé de 17,9% chez les femmes âgées de 45 à 54 ans alors qu'il avait baissé de 8,2% pour les hommes de la même tranche



d'âge. Entre 2002 et 2013, l'INVS a retrouvé une progression de 25,2% des taux d'hospitalisation pour IDM chez les femmes de moins de 65 ans (12). Une augmentation simultanée des hospitalisations pour AVC a été observée chez les femmes de moins de 65 ans (+16.3% entre 2002 et 2012 mais aussi chez les hommes : +13.3%) (13). Cette augmentation était liée à l'évolution du mode de vie des femmes depuis 30 ans qui avaient adopté les mêmes comportements à risque que les hommes. Le premier FRCV en cause était le tabagisme qui a augmenté dans les tranches d'âge les plus exposées. Les autres FRCV tels que la consommation d'alcool, le stress, l'alimentation et l'activité physique insuffisante ont également augmenté. Ces facteurs interagissent avec des facteurs hormonaux physiologiques et médicamenteux (contraception orale, grossesse et ménopause) (9) (10) (11) (12) (13).

Autrefois considérées comme « maladies des pays riches », les MCV touchent maintenant en majorité les pays en voie de développement (PVD) où le taux de mortalité y est supérieur car les infrastructures, le personnel ainsi que les moyens médicaux manquent, et que les dispositifs de prévention mis en place dans les pays occidentaux n'y sont pas transposables (14).

Sous la direction de l'OMS, l'ensemble des États Membres (194 pays) ont souscrit en 2013 à un ensemble d'actions permettant de réduire la charge évitable des maladies non transmissibles notamment par le plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Ce plan vise à réduire de 25% d'ici 2025 le nombre de décès prématurés liés aux maladies non transmissibles



moyennant neuf cibles mondiales volontaires. Deux d'entre elles portent sur la lutte contre les MCV (1) (5).

Le projet SPICES (Scaling-up Packages of Intervention for Cardiovascular disease prevention in selected sites in Europe and Sub Saharan Africa) est inspiré de ce plan et de la volonté d'inventer de nouvelles approches pour mieux contrôler les MCV. Son objectif est la mise en place d'interventions novatrices pour la prévention des MCV (PMCV) en Europe et en Afrique Subsaharienne. Le projet SPICES s'inspire notamment des méthodes de prévention de l'épidémie de SIDA développées en Afrique. Ces méthodes ont prouvé leur efficacité et sont basées sur la mobilisation et l'implication de la population. Il s'inspire également de plusieurs points de l'ICCC Framework (Innovative Care for Chronic Conditions), guide rédigé par l'OMS pour la prise en charge des maladies chroniques ainsi que d'autres programmes de prévention (15) (16) (17) (18). SPICES implémente des actions de prévention centrées sur les besoins et les forces des communautés (autrement dit de la population : habitants, associations, entreprises, élus) pour adapter au terrain des stratégies de prévention validées scientifiquement, améliorer leur diffusion et diminuer leur coût. C'est un projet de prévention primaire, c'est-à-dire avant l'apparition des maladies, pour les populations à risque et ayant des difficultés d'accès aux soins (19). SPICES est un projet international qui a été financé par la Commission Européenne dans le cadre de l'action de recherche et d'Innovation Horizon 2020. Ce programme de recherche se déroule dans 5 pays et 6 sites, comprenant des pays à revenu élevé avec la France (Université de Bretagne occidentale, site du pays COB), le Royaume Uni (Université de Brighton et Trent University de Nottingham) et la Belgique (Université d'Anvers); Des pays à revenu



intermédiaire avec l'Afrique du Sud : Université de Limpopo (Polokwane) et des pays à revenu faible avec l'Ouganda : Université Makerere (Kampala).

En France, le Pays Centre Ouest Bretagne (COB) a été retenu par SPICES. Les MCV sont la première cause de mortalité devant les cancers en Bretagne (8). Selon un rapport de l'Agence Régionale de Santé (ARS) datant de 2017, la mortalité toutes causes confondues est supérieure à la moyenne nationale, surtout chez les hommes (+8,3%) et l'espérance de vie globale dans cette région légèrement inférieure à la moyenne (78,6 ans pour les hommes contre 78,9 pour la moyenne nationale, l'espérance de vie pour les femmes restant la même à 85 ans) (20). Le Pays du Centre Ouest Bretagne est le plus vaste pays de Bretagne. Il a été créé en 1992, sur l'initiative des acteurs locaux dans le but de travailler à l'élaboration d'un projet de développement du territoire. Structuré en réseau de villages et petites villes, son territoire s'étend sur 3 départements (Finistère, Morbihan, Côtes d'Armor). Depuis janvier 2017, il se compose de 79 communes réparties en 5 communautés de communes : Kreizh-Breizh, Monts d'Arrée, Roi Morvan, Poher et Haute Cornouaille (21) (22). Au premier janvier 2008, le Pays COB comprenait 103 674 habitants. La population des plus de 60 ans était proportionnellement supérieure à celle de la région Bretagne et la population des moins de 20 ans plus faible que le reste de la région. Avec 32 habitants au kilomètre carré, la densité de sa population était faible (environ le quart de la densité bretonne) (23).

La densité de médecins libéraux (nombre de médecins libéraux pour 100 000 habitants) y était plus basse que la moyenne régionale ou nationale, puisqu'elle était de 80,7 dans le pays COB contre 93,6% en Bretagne en 2016. Par contre, le nombre d'infirmiers libéraux installés était important (densité de 241 contre 157 de moyenne

régionale), ce qui était adapté à la proportion plus importante de personnes âgées. Concernant les pharmacies, le pays COB était relativement bien doté avec 35 officines, ce qui correspond à une densité de 36,2 pharmacies pour 100000 habitants contre 34 en région Bretagne. Le pays COB concentre plusieurs établissements de santé et dispose d'une politique territoriale de santé comportant notamment depuis 2004 le dispositif d'Animation Territoriale de Santé (24). C'était pour toutes ces raisons un territoire adapté au projet SPICES.

La première étape de ce projet était de dresser un état des lieux de la prévention des MCV en pays COB, du point de vue des différents professionnels de santé (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers), des élus locaux, des patients et de leur entourage. Ces entretiens ont notamment permis d'identifier des freins et des facilitateurs à la prévention des MCV.

La question de recherche de cette thèse était la suivante : quels sont les freins à la prévention primaire des MCV en Pays COB selon des pharmaciens installés ?

Une étude miroir (25) a exploré les facilitateurs à la prévention primaire des MCV en Pays COB selon les pharmaciens.



MATERIEL ET METHODE

Cette étude était une étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés auprès de pharmaciens d'officine du pays COB. Une analyse thématique a été conduite.

Les personnes interrogées étaient tous pharmaciens d'officine dans le Pays COB. Elles ont été recrutées selon leur âge, leur sexe, leurs lieu et nombre d'années d'exercice afin de créer un échantillon raisonné.

Chaque entretien semi-structuré a été réalisé en face à face, entre un chercheur et un pharmacien. Après avoir reçu des informations sur l'étude SPICES et sur ses objectifs, un consentement écrit était signé par le pharmacien avant de débiter l'entretien. Les entretiens étaient enregistrés par dictaphone ou smartphone et l'accès à leurs retranscriptions était proposé aux interviewés.

Le guide d'entretien a été réalisé à partir d'un questionnaire réalisé par l'université de Makerere en Ouganda (Annexe 1) qui était destiné aux cinq pays du projet SPICES. Il a ensuite été adapté pour pouvoir s'adresser aux pharmaciens du Pays COB. Les différentes versions du guide d'entretien devaient être validées lors de groupes de thèse SPICES. Le guide d'entretien initial abordait les sujets suivants : la prévention cardiovasculaire de manière générale, les programmes de promotion de la santé, l'organisation du système de santé avec ses limites et ses potentielles améliorations, les RCV et l'autonomisation des patients. Des relances étaient prévues pour enrichir



l'entretien ou aider la personne interrogée à répondre en cas d'absence d'idée. Le guide devait être modifié au fur et à mesure des entretiens et des codages.

Les entretiens ont été retranscrits et anonymisés par les deux chercheurs en utilisant le logiciel WORD, ce qui a permis l'obtention des verbatims. Le codage était réalisé en double aveugle par les deux chercheurs : chaque chercheur codait seul chaque verbatim, créant les codes ouverts puis les chercheurs se rencontraient pour mettre en commun leurs codages. Un livre de codes a ensuite été créé sur le logiciel EXCEL. Les codes ouverts ont ensuite été regroupés en sous-catégories, codes axiaux puis thèmes. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation théorique des données, obtenue quand aucun nouveau code ne ressortait lors du codage des verbatims.

Les résultats ont été représentés sous forme de tableaux et d'une carte heuristique.



RESULTATS

Au total, onze entretiens ont été réalisés dans des pharmacies individuelles du Pays COB entre le 19 janvier 2018 et le 05 octobre 2018.

Les pharmaciens interrogés étaient âgés de 27 à 64 ans. L'âge moyen des pharmaciens de l'échantillon était de 48,5 ans. 9 femmes et 2 hommes ont été interrogés. Leur durée moyenne d'exercice variait de 3 à 32 ans, avec une moyenne de 23,2 ans. Ils exerçaient dans différentes zones géographiques réparties dans les trois départements du Pays COB. Dix pharmaciens avaient un ou plusieurs diplômes universitaires (DU) ou formations complémentaires, la plupart détenaient un DU d'orthopédie. Un des pharmaciens était en cours de formation sur les MCV.

Les entretiens ont duré de 20,48 minutes à 49,58 minutes. La durée moyenne des entretiens était de 36,93 minutes.

L'échantillon raisonné et les durées d'entretien sont présentés dans le tableau ci-dessous.


Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon raisonné

Entretiens	Age (années)	Sexe	Nombre moyen d'exercice (années)	Zone géographique au sein du Pays COB	Formation(s) complémentaire(s)	Durée entretien (minutes)
1	54	F	32	SUD-OUEST (FINISTERE)	OUI	21,52
2	27	M	3	OUEST (FINISTERE)	OUI	20,48
3	33	M	9	SUD-EST (MORBIHAN)	OUI	37,5
4	54	F	28	CENTRE (MORBIHAN)	OUI	32,19
5	47	F	14	CENTRE (FINISTERE)	OUI	49,1
6	42	F	18	OUEST (FINISTERE)	OUI	40,46
7	57	F	32	SUD (MORBIHAN)	OUI	37,42
8	64	F	42	CENTRE (COTES D'ARMOR)	OUI	24,45
9	57	F	30	EST (COTES D'ARMOR)	NON	49,5
10	54	F	27	CENTRE (FINISTERE)	OUI	44,12
11	45	F	20	NORD (FINISTERE)	OUI	49,58



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

https://drive.google.com/drive/folders/1JprqeA67V_Y6TeW4O6KOKkHHDpSn-nN5?usp=sharing

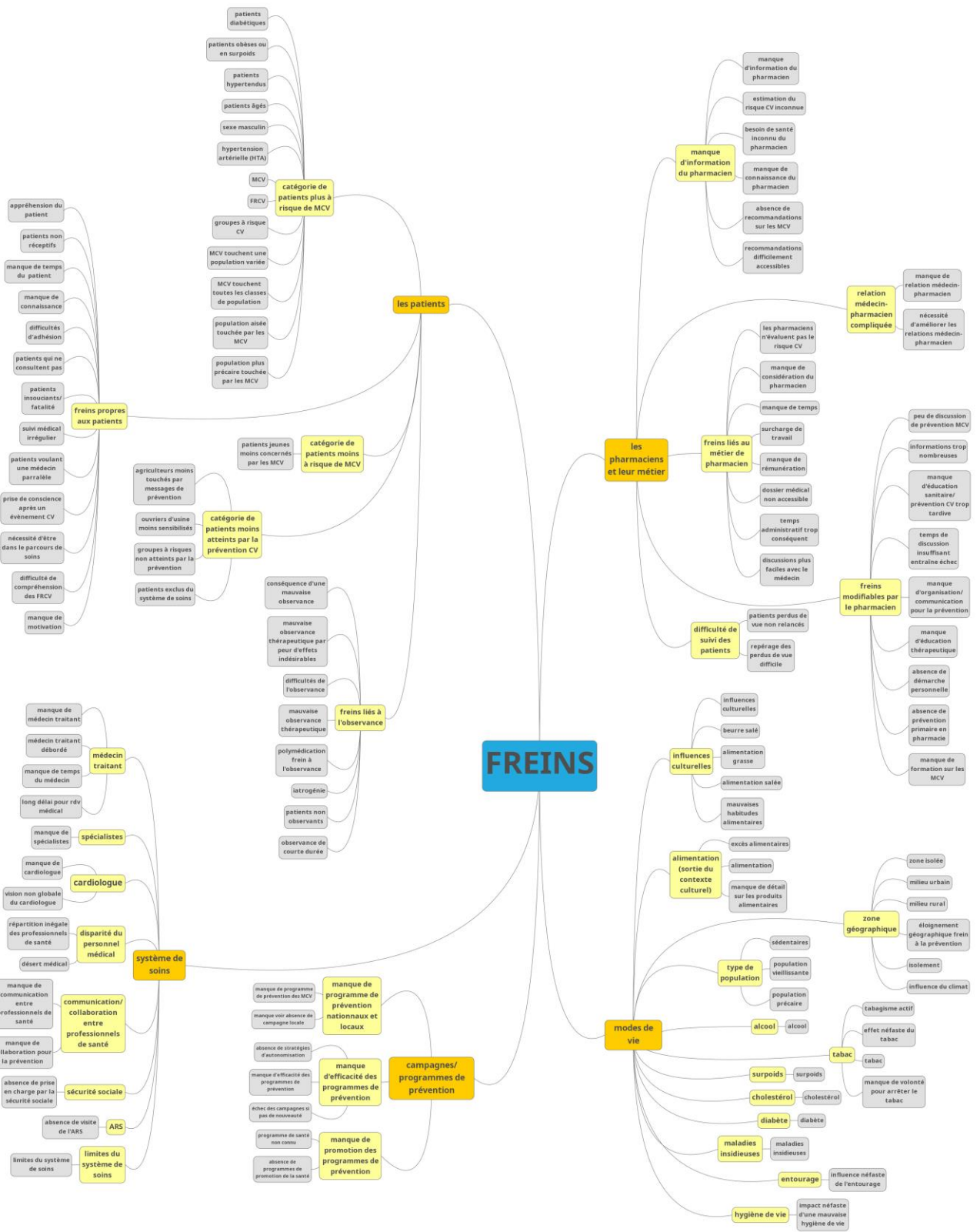
La saturation des données a été obtenue au dixième entretien et confirmée au onzième entretien. L'analyse thématique a donné lieu à la création de 115 codes ouverts, réunis en 33 sous-catégories, regroupées en 5 thèmes : les pharmaciens et leur métier, les patients, le système de soins et ses limites, l'influence selon les modes de vie, et les freins aux campagnes/ programmes de prévention.

Le livre de codes est présenté en Annexe 3.

Une synthèse des freins à la prévention primaire des MCV a été réalisée sous forme de carte heuristique (Figure 1).



Figure 1 : freins à la prévention primaire des maladies cardiovasculaires en Pays Centre Ouest Bretagne selon des pharmaciens installés





A) Les pharmaciens et leur métier

Parmi les freins recensés, les freins liés au métier de pharmacien qui ont été décrits étaient **le manque de temps du pharmacien, sa surcharge de travail** ainsi qu'**un temps consacré à l'administratif trop conséquent.**

E1 L302	"On a plus le temps"
E3 L313	"le temps c'est toujours compliqué"
E5 L425	"on nous en demande toujours plus"
E5 L441	"L'administratif nous épuise"
E5 L547	"je finis à 20h30 parce que j'ai de l'administratif"

Le **manque de rémunération du pharmacien** était également évoqué comme obstacle à la prévention des MCV.

E8 L252	"y'a beaucoup de choses qu'on fait sans rémunération"
E1 L87	"On est jamais rémunérés"
E5 L425	"On nous demande toujours plus pour toujours moins"
E7 L328	"Si on fait ce travail, il faut aussi qu'il soit reconnu"

Certains relevaient **un manque de considération pour le pharmacien**, d'autres estimaient que pour les patients, les **discussions avec le médecin** étaient **plus faciles.**

E1 L92	"on n'est pas que des commerçants"
E1 L144	"on est que pharmaciens on est pas médecins"
E11 L124	"on a souvent l'image du commerçant et peut être pas assez du professionnel"
E1 L147	"D'autres préfèrent le médecin"
E3 L221	"il y en a qui seront plus sensibles au discours du médecin"



Les pharmaciens décrivaient des **difficultés de suivi des patients**, avec notamment des **patients perdus de vue, difficiles à repérer et relancer**.

E8 L213	"ils peuvent être perdus dans la nature ...on ne peut pas les relancer"
E7 L207	"patient qui va venir 2, 3 fois et qui va arrêter du jour au lendemain"
E3 L209	"Encore faut il bien connaître ses patients"
E7 L195	"vu le nombre de personnes qui viennent on peut pas suivre tout le monde c'est impossible"

Cette difficulté de suivi des patients était également en partie due à un **manque de relation médecin / pharmacien**. Certains pharmaciens mettaient en avant la **nécessité d'améliorer les relation médecin/ pharmaciens**.

E4 L282	"y'a pas de relation médecin pharmacien"
E4 L292	"y'a pas d'échange proprement dit"
E4 L312	"les échanges avec les médecins et pharmaciens car c'est rare et compliqué"
E11 L407	"faudrait harmoniser...meilleure coordination médecin pharmacien soignant"

Le manque d'information du pharmacien a été évoqué de façon générale. Ce manque d'information pouvait être liée selon certains par une **absence de recommandations sur les MCV**, ou bien des **recommandations difficilement accessibles**.

E2 L17	"des recommandations, ...non on en a pas"
E10 L78	"il n'y a pas de recommandations sur les MCV"
E11 L110	"Aucun guide"
E3 L53	"c'est pas des infos qui descendent, il faut aller vers ces informations"
E3 L39	"Je pense qu'il faut aller les chercher"



Pour d'autres pharmaciens, ce manque d'information intéressait également la connaissance du patient par le pharmacien, de ses pathologies et de ses facteurs de risque CV. **L'estimation du risque cardiovasculaire en officine n'était pas réalisée et le besoin de santé des patients (c'est à dire une prévention et un suivi axé sur les facteurs de risques CV propres à chaque patient, en accord avec ses attentes)** inconnu. Un pharmacien a évoqué l'impossibilité de vérifier le comportement des patients à domicile.

E2 L79	"leurs besoins, je ne les connais pas"
E1 L276	"nous on sait pas ce qu'ils font à la maison après"

Les pharmaciens étaient critiques sur certains freins à la prévention des MCV en officine ou en cabinet médical, qu'ils pouvaient identifier facilement et sur lesquels ils pouvaient agir. Tout d'abord les pharmaciens ont relevé un **manque d'éducation sanitaire des patients d'une part et un manque d'éducation thérapeutique** d'autre part.

Les pharmaciens ont évoqué le **peu de discussions de prévention autour des MCV**, que ce soit chez le médecin ou en pharmacie, une **prévention CV trop tardive** voire une **absence de prévention primaire en pharmacie**.

E9 L421	"Ils ne sont pas éduqués"
E10 L244	"on a peut être pas assez été explicatif dans nos traitements"
E11 L364	"ils sortent de chez le médecin ils ne savent pas pourquoi on leur a donné ce médicament"
E7 L148	"on a pas très souvent ce dialogue là avec les patients quoi"



E7 L250	"je pense qu'on le fait trop tard, la prévention ca devrait arriver plus tôt"
E9 L10	"la prévention elle même moi j'en fais pas dans le cadre des MCV"
E10 L162	"dans la réalité on le fait pas vraiment , c'est difficile à aborder"

Pour certains pharmaciens, des **informations trop nombreuses** étaient un frein à la prévention, pour d'autres un **temps de discussion insuffisant entraînait l'échec.**

E5 L311	"quand y'a trop d'infos, y'a plus d'informations, c'est noyé"
E6 L550	"pour qu'on prête attention ...faut pas que ca soit trop souvent"
E6L521	"je pense qu'il y'en a trop, c'est un peu noyé"
E3 L99	"si on a pas le temps pour faire passer le message, le message passe pas et c'est l'échec"

Les pharmaciens ont également relevé un **manque d'organisation et de communication pour la prévention.**

E6 L545	"C'est pas organisé du tout"
E10 L103	"ce qu'il manque c'est la communication grand public"
E10 L111	"je pense qu'on manque de visibilité là dessus"
E10 L118	"une vraie difficulté c'est vraiment la communication et comment capter les personnes à risques"



Enfin quelques pharmaciens ont estimé avoir un **manque de formation sur les MCV**.

E3 L391	"On est pas hyper formés"
E2 L173	"peut être aussi être formés la dessus"

B) Les patients

Trois grandes catégories de patients étaient identifiées par les pharmaciens à la fois comme principales cibles pour la prévention, et comme personnes difficiles à atteindre :

- **la catégorie de patients plus à risque de MCV**

Pour les pharmaciens interrogés, il s'agissait des **patients diabétiques, hypertendus, obèses** ou en **surpoids**. Les personnes de **sex masculin étaient plus à risque de MCV**, et ce **risque augmentait avec l'âge**. Les pharmaciens s'accordaient pour dire que les **MCV touchent une population variée** : elles touchent **toutes les classes**, les **populations aisées** comme les **populations plus précaires**.

E2 L61	"Groupes à risque, les diabétiques"
E4 L158	"on va dire les personnes obèses, d'une certaine corpulence, ceux qui ont de l'hypertension artérielle"
E6 L5	"on va la retrouver chez les personnes qui comment à vieillir"
E3 L185	"pathologies qui touchent un ensemble varié de population"
E3 L190	"toutes les classes, les auto entrepreneurs, les chefs d'entreprises, les inactifs"
E10 L209	"gens de plus de 50ans, gens en surpoids, fumeurs, isolés"
E6 L240	"pas très favorisé ...pas mal d'ouvriers ... mange pas sainement"



E9 L162	"Moi je dirai les hommes"
E9 L164	"peut être plus d'hommes en insuffisance cardiaque"

- **la catégorie de patients moins à risque de MCV**

Une pharmacienne a décrit cette catégorie comme étant celle des **patients jeunes, moins concernés par les MCV.**

E9 L344	"les plus jeunes ... ne sont peut être pas les plus concernés"
---------	--

- **la catégorie de patients moins atteints par la prévention CV**

Selon les pharmaciens, les patients les moins atteints par la PMCV étaient les **patients exclus du système de soins. Les ouvriers d'usines étaient moins sensibilisés** selon les pharmaciens, et **les agriculteurs moins touchés par les messages de prévention.**

E3 L187	"c'est peut être dans l'agriculture qu'il y a le moins de prévention"
E5 L297	"beaucoup de gens ici travaillent à l'usine, ils n'ont pas forcément accès aux informations"
E3 L114	"gens exclus du système de santé ...seront pas intégrés au système"
E3 L121	"les gens qui sont chez eux, qui refusent de voir un professionnel de santé, ça les touche pas quoi"
E2 L78	"je ne pense pas qu'ils soient particulièrement atteints par la prévention"
E10 L118	"et comment capter ces personnes là éventuellement à risques "

- **Freins propres aux patients :**

Les pharmaciens interrogés ont également mis en évidence **des freins propres aux patients** et des **freins liés à l’observance**. Beaucoup de freins ont été identifiés dans cette catégorie, parmi lesquels le **manque de temps des patients**, ou un **manque de motivation de leur part**.

E3 L373	"parfois ils ont pas le temps"
E3 L104	"hyper compliqué de motiver quelqu'un à arrêter de fumer"

Des **difficultés d’adhésion** ou **des appréhensions du patient** ont été décrites par les pharmaciens. Certains patients n’étaient pas du tout réceptifs aux discours de prévention des pharmaciens, souvent parce qu’ils ne se sentaient pas concernés.

E1 L59	"ils osent pas tout nous raconter"
E1 L134	"certains n'ont pas du tout envie d'écouter"
E8 L352	"Les autres sont malades c'est pas nous"

Certains patients avaient des **difficultés de compréhension des FRCV**, parfois par **manque de connaissance** ou parce qu’ils étaient **âgés**. Beaucoup de patients n’avaient une **prise de conscience qu’après un évènement CV**.

E11 L282	"patients qui ont plus de 70ans ils sont pas réceptifs"
----------	---



E6 L324	"c'est en prévention secondaire qu'ils sont sensibilisés"
E5 L345	"qui ont fait vraiment le pépin, ...sont très observants"
E8 L144	"faire de la prévention ce n'est pas toujours facile tant que les gens n'ont pas eu de problème"

Certains patients avaient un **suivi médical irrégulier**, d'autres **ne consultaient pas**, d'autres encore préféraient s'orienter vers des **médecines parallèles**.

E5 L278	"on a quand même pas mal de gens qui n'ont pas l'habitude de consulter"
E3 L116	"gens...qui vont vouloir une médecine parallèle"
E3 L415	"Y'a des rebouteux ici"
E6 L275	"y'a des gens hors du circuit qui ne vont jamais voir le médecin"

● Freins liés à l'observance

La **mauvaise observance des patients** a souvent été énoncée par les pharmaciens comme frein à la prévention. **L'observance** était **difficile** pour nombre de patients, notamment chez les plus âgés, et **de courte durée**. La **polymédication**, la **iatrogénie**, la **peur d'effets indésirables** étaient les principales causes identifiées à cette mauvaise observance.

E7 L203	"parce qu'il y'a trop d'effets secondaires ils prennent plus leur traitements"
E1 L195	"sinon il va y avoir un effet rebond"
E10 L193	"diurétiques et hypocholestérolémiants ..c'est bizarre y'en a toujours trop... vu leurs mauvaises pub"
E1 L62	"les mélanges ça peut arriver dans les médicaments"
E10 L200	" il me fait faire pipi tout le temps"



E8 L359	"sur le coup on fait attention mais ça ne dure pas longtemps"
E6 L372	"trop de comprimés ca les barbe"
E10 L243	"en général ils sont pas très observants"
E11 L248	"patients de plus de 70 ans polymédiqués... qui font plus attention"
E11 L326	"c'est trop compliqué, l'âge les troubles cognitifs, la polymédication.."

C) Le système de soins et ses limites

Les limites du système de soin actuel étaient des freins à la prévention selon les pharmaciens, notamment la **disparité du personnel médical : répartition inégale des professionnels de santé** en France et **désert médical** dans le pays COB.

E2 L120	"moins riche de ce côté là que dans certaines régions"
E2 L117	"zone un peu dépourvue de professionnels de santé"

Le pays COB **manquait de spécialistes**, notamment de **cardiologues**. Un pharmacien a exprimé cependant que le **cardiologue** n'avait pas une **vision globale** du patient.

E6 L439	"pas assez de médecin spécialiste"
E6 L447	"délai long pour rendez-vous chez spécialiste"
E4 L275	"ya pas assez de cardiologues"
E6 L197	"trouver un cardiologue c'est compliqué...Un rendez-vous c'est 3-4 mois"
E5 L270	"les cardios oublient que le patient c'est pas uniquement un cœur"



Le pays COB souffrait également d'un **manque de médecins généralistes**. Les **médecins manquaient de temps** et étaient **débordés**. Il fallait parfois un **long délai pour avoir un rendez-vous médical**.

E3 L299	" on est en carence de médecins"
E6 L433	"dans le pays cob il peut y a voir un manque de médecins"
E6 L434	"avoir un médecin référent c'est pas évident"
E9 L391	"Les médecins sont débordés"
E11 L213	"pas rendez vous avant 3 semaines"

Le **manque de communication** et le **manque de collaboration** étaient perçus par les pharmaciens comme deux autres freins à la prévention des MCV.

E6 L472	"on a l'impression qu'entre l'hôpital et la ville il n'y a aucune communication"
E11 L217	"il n'y a aucun réseau organisé entre le MT, les cardios et les pharmaciens ou les IDE"
E8 L246	"mieux communiquer entre nous déjà"
E11 L48	"faudrait harmoniser les pratiques médicales"
E6 L468	"plus de communication entre les différents partenaires de santé... entre médecins pharmaciens infirmières"
E7 L369	"l'équipe de la maison médicale ... il n'ya pas de partage à ce niveau la"

Certains pharmaciens se sentaient seuls et dépourvus pour réaliser cette prévention. Cet abandon pouvait se traduire par l'**absence de visite de l'ARS** ou une **absence de prise en charge par la sécurité sociale**.

E1 L88	"si ça passe pas par la sécu on n'a jamais rien"
--------	--



E3 L66	"ca fait longtemps qu'une personne de l'ARS est passée me voir ...j'ai jamais vu en tout cas"
--------	---

D) Influence selon les modes de vie

Trois types de population étaient particulièrement ciblées par les pharmaciens du pays COB d'après leur mode de vie : **les sédentaires, la population vieillissante et la population précaire.**

E5 L58	"ceux qui sont ... sédentaires ...on en a à la pelle"
E7 L155	"on a une population qui est quand même plutôt vieillissante"
E3 L406	"c'est pas non plus une population qui est très riche, voilà c'est une population fragile"

Ces populations vivaient dans des zones géographiques, des lieux de vie où la prévention pouvait être compliquée : **zone isolée, milieu rural, isolement, éloignement géographique.** L'influence du climat pouvait également être perçue comme un frein à la prévention.

E2 L117	"au niveau local, limites ...zone dépourvue de professionnels"
E3 L403	"c'est un pays quand même avec des paysans ...bonne bouffe charcuterie chasse ..."
E6 L451	"à l'hôpital ya des consultations... mais ici c'est trop loin pour y aller, les gens n'y vont pas"
E6 L262	"l'isolement ca aide pas"
E6 L226-229	"quand il pleut comme ça depuis un mois ... jardiner faut qu'il fasse beau"
E6 L250	"y'a un peu de misère rurale c'est pas la même chose qu'en ville"
E6 L457	"y'a des choses qui sont proposées en ville qu'il n'y a pas à la campagne"



Certaines **influences culturelles**, dont des spécificités bretonnes, étaient perçues comme freins à la prévention : les **mauvaises habitudes alimentaires**, le **beurre (salé)**, l'**alimentation grasse, salée...**

E3 L403	"traditions de bonne bouffe, charcuterie, de chasse, de beurre salé... euh d'alcool aussi"
E6 L152	"pays cob ... les gens n'envisagent pas un repas sans beurre"
E8 L365	"c'est difficile de s'en défaire"
E8 L356	"vivre sans beurre c'est pas possible"
E9 L292	"nous, bretons, on a une alimentation salée"
E11 L460	"Tout ce qui est saucisse bretonne... beaucoup de cochon..."

En dehors des **habitudes alimentaires** gouvernées par les **influences culturelles**, les **excès alimentaires**, la « **malbouffe** » traduits par le **surpoids** des patients étaient inducteurs de FRCV pour les pharmaciens interrogés.

E3 L200	"gens qui ont des FRCV ... gens qui se font plaisir à tous les repas"
E4 L107	"alimentation, ils disent toujours ce qu'ils mangent mais entre guillemets c'est pas vrai"

Les addictions des patients étaient également pointées du doigt par les pharmaciens, tout particulièrement le **tabac** et l'**alcool**.

E3 L403	"incitant à l'arrêt le tabac,... Voir si y'a un peu d'alcool"
E8 L136	"les groupes à risques ce sont les gros fumeurs"
E7 L318	" beaucoup de personnes qui boivent en Bretagne"



Pour beaucoup de pharmaciens, **l'hygiène de vie** des patients était mise en cause, avec ses conséquences à court, moyen et long terme (**le diabète, les maladies insidieuses...**).

E10 L60	"le diabète on fait des dépistages"
E6 L364	"cholestérol, celui-là ils l'oublient facilement"
E2 L64	"maladies un peu silencieuses"
E3 L290	"quantifiable ; ce genre de choses la, donc régime, mesure de tension, diabète"
E9 L193	"les gens qui ont mauvaise hygiène de vie sont les populations les plus à risques"

L'entourage des patients pouvait également exercer une **influence néfaste** sur eux.

E3 L257	"a décidé que le Kardégic® il le prendrait que tous les 3 jours ...surtout si le beau frère fait pareil"
E3 L259	"mon beau frère m'a dit que son médecin ..."

E) Les freins aux campagnes et programmes de prévention

Trois freins de ce type ont été relevés par les pharmaciens du pays COB :

- **Un manque de programmes de prévention des MCV**
- Au niveau national

E4 L268	"y'a pas assez de programmes"
E4 L271	"manque de programme oui"

Les pharmaciens interrogés connaissaient les programmes de prévention des MCV existants à l'échelle nationale comme le mois sans tabac, le programme nutrition

santé ou la journée mondiale du diabète. Ils y participaient tous de façon active chaque année, mais reconnaissaient un manque de programmes de prévention tout au long de l'année.

- Au niveau local

E2 L30	"ce n'est pas spécifique au pays COB"
E7 L121	"j'ai pas du tout d'informations sur quelque chose qui soit spécifique au secteur"
E6 L77	"Non y'a rien de spécifique"
E8 L61	"pour les MCV ...pays COB, euh non y'a rien de spécial"
E11 L98	"Non, au niveau régional"
E11 L115	"pas que je sache ...j'en connais pas en tout cas au niveau du pays cob"

A l'échelle du pays COB, aucun pharmacien n'avait eu connaissance de programmes de prévention spécifiques à la région. Certains pharmaciens proposaient des « journées à thème », dans leur officine et à leur initiative, comme des prises de tensions artérielles, des mesures de glycémie capillaire ou simplement des discussions axées autour de la prévention.

- **Un manque de promotion des programmes de prévention**

Si des programmes de prévention des MCV existaient à l'échelle nationale et/ ou locale, ils n'étaient pas forcément connus des pharmaciens, et donc à fortiori des



patients. Certains pharmaciens relevaient un manque de promotion de ces programmes de prévention, une communication insuffisante sur ces évènements.

E2 L26	"j'en ai pas connaissance"
E2 L30	"des programmes, j'en ai pas qui me viennent à l'esprit là"

- **Un manque d'efficacité des programmes de prévention.**

Les pharmaciens ont souligné l'**absence de stratégies d'autonomisation** et l'**échec prévisible de ces campagnes si elles n'apportaient pas de nouveautés.**

E6 L107	"comme y'avait pas de nouveauté ça leur a pas plu"
E6 L113	"pas refaire tous les ans la même chose"
E4 L241	"ya rien qui existe actuellement"
E8 L338	"les patients je pense qu'ils ne se sentent pas concernés toujours"
E10 L213	"on arrive pas à faire le lien entre les campagnes de prévention et les gens à risques"
E11 L288	"les messages de prévention je trouve que ça les touche pas tellement"
E11 L425	"c'est vécu comme du blabla"

DISCUSSION

A) Résultats principaux

Cinq thèmes ont été mis en évidence lors des entretiens avec les pharmaciens du Pays COB : les pharmaciens et leur métier, les patients, le système de soins et ses limites, l'influence selon les modes de vie, et enfin les freins aux campagnes de prévention et programmes de promotion de la santé.

L'estimation du risque CV en officine par les pharmaciens était peu ou pas réalisée, par manque de temps, en raison d'une surcharge de travail mais aussi par manque de rémunération. Le besoin de santé des patients était inconnu car il y avait peu de discussions de prévention des MCV avec les patients et cette prévention CV arrivait souvent trop tardivement.

Les freins propres aux patients étaient nombreux : patients qui ne se sentaient pas concernés, qui n'étaient pas réceptifs aux discours de prévention par manque de temps ou parce qu'ils éprouvaient des difficultés d'adhésion. Pour beaucoup, la prise de conscience ne survenait qu'après un événement CV. La mauvaise observance des patients était un autre frein à la prévention, notamment chez les personnes âgées. L'observance était de courte durée : la polymédication et la iatrogénie ou la peur d'effets indésirables étaient les principaux vecteurs de cette mauvaise observance. Tous les pharmaciens s'accordaient pour dire que les MCV touchaient toutes les classes sociales, des populations aisées aux populations les plus précaires.

Trois types de population étaient particulièrement ciblées par les pharmaciens du pays COB d'après leur mode de vie : les sédentaires, la population vieillissante et la population précaire. Ces populations vivaient dans des zones géographiques, des



lieux de vie où la prévention pouvait être compliquée (zone isolée, milieu rural, éloignement géographique). Les influences culturelles ancrées dans les mentalités, dont certaines spécificités bretonnes comprenant une alimentation « riche », contribuaient à diminuer l'impact de cette prévention CV. Pour nombre de pharmaciens, le risque de survenue d'un événement cardiovasculaire augmentait considérablement chez les patients ayant une mauvaise hygiène de vie (tabac, alcool, excès alimentaires, sédentarité), et ces patients étaient d'autant plus difficiles à toucher en termes de prévention. L'entourage des patients pouvait également exercer une influence néfaste sur eux.

Les limites du système de soin actuel étaient des freins à la prévention CV, notamment la disparité du personnel médical (répartition territoriale inégale des professionnels de santé entraînant une inégalité d'accès aux soins). Certains pharmaciens se sentaient seuls et dépourvus pour réaliser cette prévention. Le pays COB manquait de médecins généralistes et de spécialistes, et tout particulièrement de cardiologues. En conséquence selon les pharmaciens interrogés, les médecins manquaient de temps et étaient débordés, il fallait parfois un long délai pour obtenir un rendez-vous médical. Des difficultés de communication et de collaboration ont également été décrites entre « l'hôpital et la ville », et plus généralement entre les différents acteurs du système de santé.

Les pharmaciens du pays COB ont relevé un manque de programmes de prévention des MCV à l'échelle nationale. A l'échelle du pays COB, aucun pharmacien n'avait eu connaissance de programmes de prévention spécifique à la région. Si des programmes de prévention des MCV existaient à l'échelle nationale et/ ou locale, ils n'étaient pas forcément connus des pharmaciens et donc à fortiori des patients. Certains pharmaciens relevaient un manque de promotion de ces programmes de



prévention, une communication insuffisante sur ces évènements. Enfin, les pharmaciens ont souligné un manque d'efficacité de ces programmes de prévention, par l'absence de stratégies d'autonomisation des patients. D'après eux, l'échec de ces campagnes était prévisible si elles n'apportaient pas de nouveautés.

B) Forces et limites l'étude

1- Forces de l'étude

Cette étude qualitative auprès des pharmaciens du pays COB aura permis la mise en évidence de nombreux freins à la prévention CV.

Le choix d'une étude qualitative a été guidé par la recherche de réponses variées et spontanées venant des pharmaciens, qui ont pu s'exprimer librement sans présupposés autour de la prévention des maladies cardiovasculaires en officine.

Une étude quantitative aurait exploré les réponses aux présupposés du chercheur et une revue de littérature aurait fourni des données générales nationales ou internationales mais pas de données spécifiques à la PMCV dans le pays COB.

L'échantillon des pharmaciens a été diversifié pour avoir l'expression la plus variée des opinions des pharmaciens autour de la PMCV. Il aurait été intéressant d'intégrer les préparateurs en pharmacie qui prennent en charge les mêmes personnes mais pourraient avoir d'autres opinions, liées à leur formation initiale ou à leur rôle dans l'officine. L'échantillon comprenait peu d'hommes, cependant la profession de pharmacien d'officine s'est très largement féminisée (26).

La durée moyenne des entretiens supérieure à 30 minutes et le nombre de codes ouverts générés est en faveur d'une exploration large du sujet. Le codage en double aveugle a permis d'assurer la validité interne de l'étude.



2- Limites de l'étude

Le manque de diversification géographique de l'échantillonnage, avec l'absence de pharmacien interrogé dans la région des monts d'Arrée notamment peut apparaître comme une limite dans le raisonnement de l'échantillon. Cependant, la réalisation des entretiens pharmaceutiques sur les trois départements (côtes d'Armor, Finistère et Morbihan) atténue cette limite.

Les informations obtenues ont pu être limitées par des relances qui pouvaient influencer l'interlocuteur ou inversement par des oublis des pharmaciens. Le fait que le guide d'entretien n'ait pas été réactualisé au fur et à mesure a pu contribuer à ce biais d'informations avec une saturation des données possiblement obtenue trop précocement. La révision du guide aurait pu permettre d'explorer plus en profondeur les discours sur la prévention primaire des MCV au lieu d'élargir le champ à la prévention cardiovasculaire globale.

Les biais de confusion ont été limités par la retranscription mot à mot des entretiens puis par leur codage en double aveugle avant l'adoption d'un code commun par les deux chercheurs de médecine générale.

C) Comparaison des résultats à la littérature internationale

Concernant les freins à la prévention primaire des MCV, les pharmaciens interrogés ont évoqués de façon unanime et récurrente le **manque de temps** ainsi qu'une **surcharge de travail**. En 2018, les Pharmaciens inscrits à l'Ordre étaient au nombre de 74115 (27), dont plus de la moitié exerçant en officine. Il existait 21 275 pharmacies en France au 1^{er} mars 2020 (28). En France, c'est près de 4 millions de personnes qui franchissent chaque jour les portes d'une pharmacie (29). Cela



correspond à environ 188 patients par jour et par pharmacie, un nombre considérable rapporté à la population des pharmaciens d'officine. La prévention au comptoir est rendue compliquée par l'afflux continu de patients, et le manque de temps à consacrer à chacun d'eux. Le manque de confidentialité au comptoir était un autre problème. Le poids des tâches administratives a également été soulevé par de nombreux pharmaciens.

Un **manque d'éducation sanitaire** ainsi qu'un **manque d'éducation thérapeutique** des patients ont été relevés. L'éducation thérapeutique s'adresse à un patient atteint d'une maladie chronique, elle satisfait à des objectifs de prévention secondaire (prévention des complications de la maladie), ou tertiaire (prévention de l'aggravation des complications). Elle se distingue de l'éducation sanitaire d'une population non malade, qui concerne la prévention primaire à l'égard de l'apparition d'une pathologie.

Par ailleurs, il y avait **peu de discussions de prévention des MCV** avec les patients, que ce soit chez le médecin généraliste ou en officine. Une étude s'attachant à décrire les freins à la mise en œuvre de la prévention CV en pays COB selon des médecins généralistes installés a mis en évidence la difficulté des médecins généralistes à réaliser cette prévention. Le manque de formation initiale des MG en termes de prévention se traduisait par la méconnaissance des différents niveaux de prévention et l'utilisation de vocabulaire erronée. Le terme de prévention secondaire était utilisé à la place de prévention tertiaire. La PMCV est rendue compliquée si on ne connaît pas les différents niveaux de prévention, et on peut difficilement avoir des attentes et des objectifs précis dans cette situation. Cette



lacune ressentie dans la formation initiale des MG était à l'origine d'un manque d'investissement de leur part dans la prévention. Un des freins inédits mis en évidence dans cette étude était l'absence de retour au médecin généraliste sur l'efficacité de sa pratique de la prévention. Il pouvait ainsi difficilement cibler les freins pour améliorer ses stratégies de prise en charge des patients (30).

En officine, l'ensemble des pharmaciens a constaté que les patients étaient peu au fait de leur(s) pathologie(s), et ignoraient souvent pour quelles raisons ils prenaient tel ou tel médicament alors même qu'ils sortaient de chez le médecin. Les pharmaciens jouaient un rôle d'éducation thérapeutique en expliquant au patient et en répondant à leurs questions. Les pharmaciens participaient activement à la prévention secondaire et à la prévention tertiaire mais reconnaissaient un manque de prévention primaire en pharmacie, qui d'après certains était plus du ressort du médecin traitant. Le patient devait être sensibilisé par le médecin tout au long de sa vie, avant l'apparition de MCV afin d'avoir une hygiène de vie saine et de « maîtriser » ses FRCV. Ce n'est bien souvent qu'après un événement cardiovasculaire que le pharmacien entrait en contact régulier avec le patient suite à l'instauration d'un traitement au long cours.

L'estimation du risque cardiovasculaire en officine était peu ou pas réalisée.

Depuis janvier 2011, le dépistage des risques cardiovasculaires en officine est proposé à l'ensemble des pharmaciens de France par le Collectif National des Groupements de Pharmaciens d'officine (CNGPO). Il s'adresse à toutes les personnes à priori en bonne santé de plus de 35 ans. Ce dispositif repose sur la mesure de **cinq** facteurs de risque pouvant entraîner une MCV: l'hypertension, l'indice de masse corporelle et le tour de taille, le tabagisme, la cholestérolémie, la



glycémie. Ce dépistage est accompagné de la remise d'un coffret Santé au client qui comprend un carnet de dépistage personnalisé ainsi qu'un CD-Rom d'une heure d'éducation à la prévention et au maintien du capital santé. Ce nouvel acte pharmaceutique dont le prix conseillé est de 18 euros se réalise en 20 minutes avec ou sans rendez-vous et permet d'obtenir des résultats immédiats. Souvent non remboursé, certaines assurances privées le prennent cependant en charge à 100% (31). En septembre-octobre 2014, une expérimentation pilote a été réalisée dans le Nord-Pas-de-Calais incluant 150 officines partenaires (10% des officines de la région). Le dépistage était proposé gratuitement. Plus de 350 dépistages ont été réalisés sur cette période. Plus de la moitié de la population étudiée présentait un risque cardiovasculaire (48% de femmes et 57% d'hommes). Ces personnes ont été redirigées vers leur médecin traitant pour valider leur risque cardiovasculaire et proposer des mesures adaptées pour un meilleur « contrôle » de leurs facteurs de risque (32).

En 2019, le réseau de pharmaciens Giphar s'est mobilisé aux côtés du groupe de protection sociale Klesia en menant une opération de dépistage des MCV. Il s'agissait d'une expérimentation sur 3 mois, déployée dans 91 pharmacies du réseau Giphar réparties sur 3 départements (Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Vendée). Ces entretiens pharmaceutiques avaient pour objectif premier d'identifier les facteurs cliniques modifiables et non modifiables à l'origine d'un AVC (habitudes alimentaires, activité physique, consommation de tabac...) via un questionnaire puis à réaliser une évaluation de la glycémie capillaire et de la tension artérielle par automesure. Au total, près de 561 personnes ont pu bénéficier d'un entretien de PMCV, un entretien 100% pris en charge pour les assurés du groupe Klesia. Pour leur part, les pharmaciens ont perçu 25 euros par entretien réalisé et se sont vu proposer une

formation en amont du lancement de l'expérimentation ainsi qu'une plateforme de rendez-vous en ligne et des outils pour faciliter la mise en œuvre de ces entretiens préventifs. Sur les 561 patients assurés Klesia qui se sont présentés, 2/3 étaient des retraités. Parmi eux, 20% présentaient des valeurs de glycémie au-dessus de la normale et 1/3 des valeurs de tension artérielle élevées. Via un compte rendu détaillé de RCV, les patients ont pu être accompagnés par leur pharmacien concernant les règles hygiéno-diététiques ou redirigés vers un médecin pour mener des analyses plus approfondies (33). Fort de ce constat, le groupement Giphar (qui fait partie du CNGPO) s'est rapproché d'autres mutuelles de complémentaire santé pour développer ces interventions de prévention à l'échelle nationale.

Une pharmacienne de l'étude SPICES a évoqué sa participation à ce type d'entretien via le groupement de pharmaciens Giphar, sans parler du taux de participation, de la fréquence des entretiens réalisés ni des succès ou des échecs de ces entretiens.

Une autre pharmacienne a évoqué le fait que certaines caisses d'assurances maladies comme la CPAM proposaient chaque année à leurs adhérents des cours de cuisine diététiques ainsi qu'une sensibilisation à l'activité physique pour une meilleure hygiène de vie.

Pour les pharmaciens interrogés, c'est principalement le **médecin qui réalisait l'estimation du RCV**. Cependant tous les pharmaciens interrogés faisaient régulièrement des prises de tension artérielle en officine, proposaient la réalisation de glycémies capillaires et donnaient des conseils « au comptoir », concernant la prévention (tabac, alcool, nutrition), l'éducation sanitaire ou thérapeutique. Un autre élément est revenu régulièrement dans les entretiens : beaucoup de pharmaciens recevaient les résultats des bilans biologiques des patients à l'officine. Les patients



appelait ou passaient à la pharmacie pour discuter de leurs résultats avec le pharmacien, ce qui favorisait le lien patient-pharmacien (certains patients se sentant plus à l'aise d'en discuter avec leur pharmacien qu'avec leur médecin) et favorisait également les discussions autour de la PMCV. **Les pharmaciens réalisaient donc très souvent l'estimation du risque cardiovasculaire en officine mais n'en avaient pas forcément conscience.**

La **PMCV** était souvent trop **tardive** (par exemple après un épisode CV). Comme le rappelle l'OMS, près de 80 % des cardiopathies et des AVC ainsi que plus d'un tiers des cancers pouvait être évité par l'élimination des facteurs de risque que ces pathologies ont en commun (1). Dans les pays industrialisés, l'impact des maladies cardiovasculaires (MCV) sur la mortalité féminine est largement sous-estimé, à la fois par les médecins et par les femmes. Plus d'une femme sur trois meurt aujourd'hui d'une MCV avant 75 ans. Les maladies CV totalisent 42 % des décès chez les femmes européennes, les cancers, 27%. La mortalité CV progresse même chez les femmes jeunes, devenant la deuxième cause de mortalité derrière le cancer pour les 45-64 ans (34) (35) (36) (37) 38) (39). Or le dépistage des MCV reste insuffisant chez les femmes, quel que soit leur âge. La prise en charge thérapeutique est en outre moins agressive que pour les hommes dès la phase aiguë. Presque 2/3 des femmes qui décèdent de MCV n'ont pas eu de symptômes d'alerte. Les femmes font le plus souvent un infarctus massif et rarement un angor instable. Les raisons du retard de diagnostic et de prise en charge sont multiples : des symptômes plus atypiques, une admission hospitalière plus tardive, un accès moins facile à la salle d'angioplastie, mais aussi des préjugés socio-culturels : les femmes seraient hormonalement "protégées" par leurs œstrogènes (40). La maladie coronaire a plus



souvent une présentation aiguë et inaugurale chez les femmes d'âge moyen (38).

Comparé aux hommes, les femmes sont plus vulnérables aux effets artériels délétères du tabac, du cholestérol, du diabète, de l'HTA et du stress (42). Malgré un score élevé de risque, une femme sera plus fréquemment classée en bas risque par ses soignants. Le constat est identique chez les médecins généralistes. On observe aussi des différences de traitement pharmacologiques. À facteurs de risque équivalents, les femmes sont moins souvent traitées (38).

Dans une démarche de prévention, il convient de proposer un dépistage plus précoce de la maladie coronaire chez toute femme à RCV. Il est possible que la réponse thérapeutique et le métabolisme des médicaments soient différents chez les femmes (38). Les seules mesures préventives réellement efficaces sont encore celles de l'hygiène de vie associant une activité physique régulière, l'arrêt du tabac, la réduction de la consommation de sel (< 5 g/j) et d'alcool (2 unités par jour), la prise en charge du stress. Les recommandations américaines et européennes soulignent l'urgence de la mise en place d'études spécifiques épidémiologiques, pharmacologiques et fondamentales pour mieux connaître les spécificités CV des femmes, n'hésitant pas à parler d'alerte rouge (37) (38).

Des **difficultés de suivi des patients** ont été décrites, parfois dues à un **manque de coordination**, de **communication** ou simplement de **relation entre professionnels de santé**. A contrario, l'étude miroir a montré que certains pharmaciens du pays COB avaient de bonnes relations avec les médecins généralistes et les infirmiers, réalisaient des réunions hebdomadaires entre ces différents professionnels de santé qui se réunissaient en « pôles de santé » pour discuter des patients préoccupants. Ces relations étaient appréciées des



pharmaciens, elles facilitaient le suivi des patients (25). Dans une étude anglaise de 2012, les professionnels de santé médicaux et paramédicaux ont estimé que le manque de coordination des soins et de communication entre les professionnels de santé nuisait à une prise en charge optimale du patient dans la PMCV individuelle (43).

Le manque de rémunération était aussi souvent évoqué comme frein à la prévention. La loi HPST de juillet 2009 et la convention nationale de janvier

2012 ont marqué la volonté des pouvoirs publics de renforcer le rôle du pharmacien dans l'accompagnement des patients, notamment au travers de nouvelles missions et d'une évolution de son mode de rémunération. Les missions du pharmacien se sont donc élargies, l'entretien pharmaceutique en faisant partie.

L'entretien pharmaceutique est un moyen permettant aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient (article 10-2 de la convention nationale) (44). Il doit notamment permettre de renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients. Les entretiens pharmaceutiques actuellement rémunérés concernent les patients asthmatiques sous corticoïdes inhalés depuis plus de 6 mois, les patients souffrant d'une pathologie chronique et traités par anti-vitamines K (AVK) ou anti-coagulants oraux d'action directe (AOD), ou bien encore les patients traités pour une HTA. Depuis début 2020, les patients atteints d'un cancer et traités par chimiothérapie orale peuvent également en bénéficier. Il existe encore un autre type d'entretien pharmaceutique rémunéré, le bilan de médication, qui concerne les patients polymédiqués de plus de 65 ans en ALD ou de plus de 75 ans hors ALD. Depuis le 1^{er} janvier 2018, la rémunération des pharmaciens est fixée à 50 euros la première



année d'adhésion du patient à l'entretien pharmaceutique (correspondant à un entretien d'évaluation et au moins 2 entretiens thématiques), et 30 euros les années suivantes (au moins deux entretiens thématiques). Le bilan de médication est quant à lui rémunéré 60 euros la première année puis 20 à 30 euros les années suivantes. La durée moyenne des entretiens est de 30 minutes à une heure. Ces entretiens sont actuellement peu pratiqués, et peu connus des patients (45) (46) (47).

Selon la caisse nationale de l'assurance maladie, en 2016, seulement 9268 patients étaient inscrits aux entretiens AVK, 5609 adhésions pour les entretiens asthme, et 5978 pour les entretiens AOD. Faisant le point sur les entretiens pharmaceutiques en février 2015, Nicolas Revel, le directeur général de l'Assurance maladie, a précisé que l'enquête de satisfaction menée auprès des pharmaciens a montré qu'ils ne s'y impliquaient pas en priorité pour des raisons économiques (48).

Le président de la fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), Philippe Gaertner a confirmé cela, expliquant que la somme versée par l'Assurance Maladie était loin d'atteindre le montant avancé lors de la mise en place des entretiens (3 millions perçus par les officines en 2014 au lieu des 30 millions avancés). Le retard de paiement pour 2014 a eu un effet particulièrement délétère. Beaucoup de pharmaciens considèrent l'exercice trop chronophage, et la rémunération trop peu attrayante. Des difficultés administratives pour déclarer ces entretiens et être rémunéré en retour ont été relayées. Par ailleurs, les critères d'inclusion des patients sont parfois trop stricts et la réalisation des entretiens trop formelle, ce qui peut avoir un effet contre-productif et nuire à la spontanéité de la relation patient-pharmacien. Depuis 2016 pour donner un second souffle à ces entretiens, les conditions de réalisation des entretiens pharmaceutiques se sont assouplies et étendues à plus de patients (patients sous AOD et extension des



conditions de recrutement pour les patients asthmatiques, patients traités par chimiothérapie orale depuis 2020). Cependant, de nombreux pharmaciens souhaiteraient élargir ces entretiens à tous les patients qui en ont besoin, et l'ouvrir à d'autres pathologies comme le diabète, l'obésité ou l'aide au sevrage tabagique (49) (50) (51) (52).

La mauvaise observance des patients a souvent été énoncée comme **frein à la prévention**. Selon une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) datant de 2003, la proportion de malades chroniques respectant leur traitement n'était que de 50 % dans les pays développés (53). Une méta-analyse récente a comparé 771 études s'intéressant aux interventions proposées pour améliorer l'observance. Une amélioration était plus volontiers obtenue par des interventions basées sur l'habitude et sur le comportement, en comparaison aux approches cognitives. Les interventions les plus efficaces étaient celles réalisées en face-à-face, par les pharmaciens et directement aux patients (54). L'objectif d'une approche comportementale est d'apprendre au patient les comportements pathologiques par le biais de l'éducation et d'une psychologie informative, et de déconstruire ces comportements inadaptés afin de les remplacer par de nouveaux modèles plus fonctionnels. L'habitude permet l'acquisition et le renforcement du comportement dans le temps. Une approche cognitive consiste en une revue des difficultés du patient et des stratégies qu'il met en place pour y remédier, par l'analyse d'une situation argumentée, puis par la définition de tâches à accomplir. L'objectif est d'amener le patient à résoudre par la pensée des « situations impasses » (55). Les pharmaciens du pays COB pratiquaient au quotidien cette approche comportementale de la prévention par la



dispensation de conseils au comptoir, par l'éducation sanitaire et thérapeutique des patients.

Selon les pharmaciens interrogés, l'**observance** était **difficile** pour nombre de patients, notamment **chez les plus âgés**, et **de courte durée**. **La polymédication**, **la iatrogénie** ou la **peur d'effets indésirables** ont été les principales causes identifiées à cette mauvaise observance.

Chez les personnes âgées, on peut assister à diverses limitations fonctionnelles qui peuvent avoir un effet délétère sur l'observance, comme le développement de maladies neurologiques, mais aussi une perte musculaire qui peut rendre difficile la déglutition (56) (57). À cela s'ajoutent des spécificités thérapeutiques, telles que le contexte de la polyopathie et de la polymédication, qui en augmentant le nombre de prises et la complexité des schémas de prise en charge mènent à un risque plus élevé d'oublis. On peut également être confronté à des modifications de pharmacocinétique (absorption, distribution, métabolisation et élimination du médicament). L'ensemble de ces éléments accentue le risque de iatrogénie et la gravité de leurs conséquences (58). La mauvaise observance des patients dans le pays COB pouvait en partie s'expliquer par ses caractéristiques de population vieillissante et sédentaire. Ces patients étaient particulièrement ciblés par les pharmaciens du pays COB. Selon les pharmaciens, le manque de connaissance des patients au sujet de leur(s) pathologie(s) et de leur(s) traitement(s) reflétait un manque de communication et d'éducation thérapeutique de la part des professionnels de santé.



Les freins propres aux patients étaient nombreux, parmi lesquels le **suivi médical irrégulier** ou l'**absence de suivi**. Le **manque de temps** des patients était aussi souvent évoqué. Selon un sondage réalisé entre 2015 et 2017 par l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (ODENORE), un assuré sur quatre fréquentant les sites d'accueil de l'Assurance Maladie déclarait rencontrer des difficultés pour se soigner. Ces difficultés pouvaient entraîner le report des soins ou leur abandon total, pendant plusieurs mois voire parfois des années. Les principales raisons citées à ce renoncement étaient la question financière (le reste à charge était cité par 60 % des renonçants et l'avance des frais par 29 %) et la temporalité (les délais pour obtenir un rendez-vous médical étaient cités par 17 % des personnes en renoncement, et les problèmes de disponibilité pour 11 % d'entre eux). D'autres raisons ont été citées, comme l'absence de complémentaire santé ou une couverture complémentaire inadaptée, la méconnaissance du système de santé et de ses droits, les difficultés à se déplacer ou à se rendre chez le professionnel de santé, parfois trop éloigné du domicile (59). Le suivi médical irrégulier ou l'absence de suivi pourraient s'apparenter au report ou à l'abandon de soin des patients. Des solutions individuelles et personnalisées peuvent être proposées pour une meilleure adhésion du patient et un meilleur suivi.

Certains patients n'étaient **pas réceptifs aux messages de prévention**, d'autres éprouaient des **difficultés d'adhésion**. Pour beaucoup, la **prise de conscience** ne survenait qu'**après un événement CV**. Le désintérêt des patients pour la PMCV est retrouvé dans plusieurs études (60) (61). Une étude qualitative en focus group a souligné la difficulté du patient à percevoir son risque CV. Les patients en prévention primaire étant asymptomatiques, ils ne se sentaient pas malades. Ils ne consultaient

pas à ce propos et surtout ne comprenaient pas pourquoi il était nécessaire de modifier leur mode de vie (62). Plusieurs études confirment que le manque de motivation et le manque d'écoute des conseils de la part des patients étaient des causes de poursuite d'une mauvaise hygiène de vie (63) (64).

Trois grandes catégories de patients ont été identifiées et décrites par les pharmaciens du pays COB, à la fois comme étant les **principales cibles de la prévention** et comme **personnes difficiles à atteindre** : la **catégorie de patients plus à risque de MCV (obèses, diabétiques, hypertendus)**, la **catégorie de patients moins à risque de MCV** (les personnes jeunes) et la **catégorie de patients moins atteints par la prévention CV** (certaines catégories socio-professionnelles comme les ouvriers d'usine ou les agriculteurs). Une étude qualitative réalisée en 2015 en Grande Bretagne, l'étude Jenkinson, était réalisée par entretiens téléphoniques de patients invités à participer à un programme de prévention britannique. Elle a mis en évidence un paradoxe chez les patients : ceux-ci n'accordaient pas de priorité à la prévention primaire, surtout les patients les plus à risque (65). Une autre étude qualitative, l'étude de Nielson réalisée en 2017 au Danemark, démontrait l'existence d'une inégalité sociale dans la capacité à prendre des mesures préventives appropriées en modifiant son mode de vie pour rester en bonne santé. Les patients pouvaient avoir des priorités concurrentes sur le plan médical mais surtout sur le plan socio-économique (66).

Les **limites du système de soin** actuel étaient des **freins à la prévention** selon les pharmaciens, notamment la **disparité du personnel médical**. Ceux-ci ont relevé une **répartition inégale des professionnels de santé** en France, avec des zones

où le nombre de médecins généralistes et spécialistes était adapté à la densité de population et parfois même excessif, en comparaison avec certaines zones nommées « **désert médical** ». En 2012, la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) et l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) ont développé conjointement un indicateur d'accessibilité aux soins : l'APL (accessibilité potentielle localisée). Cet indicateur synthétique permet de tenir compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des médecins d'une part et des besoins de soins de la population locale en fonction de l'âge d'autre part. D'après cet indicateur, on estime que près de 5,7 millions de personnes (8,6% de la population) résident en 2016 dans une commune sous-dense en médecins généralistes. 9 142 communes sont en situation de sous-densité. Ce sont le plus souvent des communes rurales périphériques des grands pôles ou des communes hors influence des pôles. Le rapport de la DREES précise que les inégalités interdépartementales en densité de médecins généralistes n'ont pas évolué depuis 1983 (67).

Le **pays COB** manquait autant de **médecins généralistes** que de **spécialistes**, et tout particulièrement de **cardiologues**. D'après une étude de l'Observatoire Régional de Santé (ORS) Bretagne, en 2009, le pays COB comptait 92 médecins généralistes et 12 médecins spécialistes libéraux. La densité en médecins généralistes libéraux était légèrement inférieure à la moyenne bretonne, celle des spécialistes libéraux était particulièrement faible (68). En avril 2018, l'ARS Bretagne a dévoilé une carte des « déserts médicaux » permettant de définir les territoires éligibles aux aides publiques pour favoriser l'installation de médecins généralistes et de spécialistes. Au total, 32 zones apparaissaient comme « prioritaires » et manquaient de



professionnels de santé. Par ailleurs, 70 territoires sur 183 étaient classés en « zone d'action complémentaire », c'est à dire éligibles aux aides de l'ARS et aux aides des collectivités territoriales. Le Centre Ouest Bretagne et les Côtes-d'Armor étaient particulièrement touchés. Les secteurs les plus touchés par le manque de médecins atteignaient 10% de la population bretonne contre 5,5% pour le précédent bilan réalisé en 2014 (69).

En conséquence selon les pharmaciens, les médecins **manquaient de temps** et étaient **débordés**, il fallait parfois **un long délai pour obtenir un rendez-vous médical**. Une enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins réalisée par la DREES en 2018 auprès de 40 000 personnes a révélé qu'un rendez-vous sur deux avec un médecin généraliste était obtenu en moins de deux jours. Pour certaines spécialités médicales, ces délais d'attente étaient de plus de deux mois. Ainsi, chez les médecins généralistes, la moitié des prises de contact aboutissaient à un rendez-vous dans la journée en cas d'apparition ou d'aggravation de symptômes, contre 6 jours pour un contrôle périodique. Les temps d'attente étaient plus longs dans les communes où l'accessibilité géographique aux professionnels de santé était faible, notamment dans les petits et moyens pôles et dans les communes hors influence des pôles. Les délais étaient jugés corrects ou rapides pour huit demandes de rendez-vous sur dix. La quasi-totalité des prises de contact se concrétisaient par l'obtention d'un rendez-vous (70).

Les pharmaciens se sentaient seuls et dépourvus pour réaliser cette prévention. Ceci pouvait se traduire par une **absence de visite de l'ARS** ou une **absence de prise en charge par la sécurité sociale**. Les Délégués d'Assurance Maladie (DAM,



dispositif créé en 2003) ont un rôle de conseil et d'information des professionnels de santé sur les bonnes pratiques médicales, ainsi qu'un rôle d'accompagnement afin de maîtriser les dépenses de santé (soigner mieux en dépensant mieux). Les DAM sont également le relai des mesures prises en faveur de la santé publique, notamment via les campagnes de prévention. Dans le cadre de visites régulières ou d'échanges confraternels téléphonique auprès des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, paramédicaux, établissements de santé), le Délégué d'Assurance Maladie assure la promotion des bonnes pratiques médicales issues des recommandations des autorités en santé (HAS, ANSM, sociétés savantes...). L'accompagnement de chaque professionnel de santé rencontré est personnalisé, le DAM s'appuie sur des éléments concrets reflétant sa pratique et le situant au regard de ses confrères. En 2011 au niveau national, environ 450 000 visites ont été effectuées dont la moitié auprès des médecins généralistes. Chaque année, c'est proportionnellement les médecins généralistes qui semblent être les plus visités par les DAM (71) (72). Aucun pharmacien de notre étude n'a dit avoir été visité ou avoir eu un échange confraternel téléphonique avec un délégué d'Assurance Maladie.

Trois types de population étaient particulièrement ciblées par les pharmaciens du pays COB d'après leur mode de vie : **les sédentaires**, la **population vieillissante** et la **population précaire**. La précarité peut être matérielle (faisant allusion aux biens et aux commodités de la vie) et/ou relationnelle (relations familiales, au travail ou dans la communauté), objective ou subjective (73). La précarité peut entraîner le renoncement aux soins. Concernant la sédentarité, l'OMS la considère comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde (6%). En 2013, les états membres de l'OMS ont convenu comme cible mondiale volontaire pour les maladies

non transmissibles une réduction de 10% de la sédentarité d'ici 2025 (74) (75). Le vieillissement d'une population n'exclut pas son maintien en bonne santé en favorisant notamment l'activité physique à tous les âges. La rencontre des différentes tranches d'âges de la population au cours des activités proposées (qu'elles soient sportives ou non d'ailleurs) favorise le lien social, la communication, l'entraide et le partage entre les générations. Elle ouvre le champ aux initiatives collectives. La force de ces collectivités est à exploiter au sein des petites communautés que composent les milieux ruraux, pour une implication et un élan initié finalement par la population locale et qui s'inscrit dans la durée.

Ces populations vivaient dans des zones géographiques, des lieux de vie où la prévention pouvait être compliquée : **zone isolée, milieu rural, éloignement géographique**. Intervenir dans le monde rural est un exercice acrobatique qui vise à conjuguer des logiques différentes, parfois contradictoires : d'un côté, il s'agit de rapprocher les ressources (mise en réseau) pour optimiser la qualité du service rendu, de l'autre, il importe de disperser ces mêmes ressources pour apporter des réponses au plus près des populations (76).

Dès janvier 2006, le pays COB a fait du développement de l'offre de soin une priorité. Cet engagement a fait suite à un communiqué de l'Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladie (URCAM) évoquant des données préoccupantes concernant la démographie médicale du territoire. C'est pourquoi le Conseil de développement du Pays a proposé de créer une Cellule offre de soins rassemblant professionnels de santé et usagers dans le but de mieux cerner l'offre ambulatoire et hospitalière du Centre Ouest Bretagne. Un diagnostic de l'offre en médecine libérale et à l'hôpital de Carhaix a été réalisé. Ses conclusions ont été à l'origine du



programme d'action du Pays en matière d'offre de soins. Suite au diagnostic réalisé à l'été 2006 et validé par les membres de la cellule "offre de soins", celle-ci a retenu des orientations pour définir un programme d'actions en matière d'offre de soins. Ce dernier s'articule autour de 4 axes qui se déclinent en 10 actions.

L'établissement de ce diagnostic d'offre de soins a permis au Pays COB de se fixer des objectifs et des modalités d'actions précises. Malgré cela, le pays COB peine à attirer les professionnels de santé (77) (78).

Certaines **influences culturelles**, notamment **bretonnes**, étaient perçues comme **freins à la prévention**, comme les **mauvaises habitudes alimentaires**, le **beurre (salé)**, l'**alimentation grasse, salée**. En Bretagne, les MCV sont la première cause de mortalité d'après un rapport de l'ARS Bretagne de 2017 (8) contrairement aux autres régions françaises. Les influences culturelles peuvent-elles être une des raisons avancées pour expliquer ces différences ? Les pharmaciens interrogés étaient unanimes sur l'utilisation excessive de matières grasses et salées dans la cuisine bretonne. Ces habitudes étaient d'autant plus difficiles à combattre qu'elles étaient ancrées dans les mentalités et valorisées par un mouvement d'appartenance culturelle représentatif et spécifique à la région. Pourtant une enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité réalisée en 2012 (79) révélait que la Bretagne faisait partie des régions les moins touchées de France par l'obésité, avec un taux de 12% de la population contre 15% pour la moyenne nationale. En 2017, la prévalence du diabète y était aussi parmi les plus faibles de France avec un taux de 3,33% contre plus de 5% pour la moyenne nationale (80). La culture bretonne accorde une grande importance aux activités physiques et sportives, sur



terre comme en mer. Les influences culturelles bretonnes semblent à la fois des facilitateurs et des barrières à la prévention des MCV en Bretagne par rapport au reste de la France.

En dehors des habitudes alimentaires gouvernées par les influences culturelles, les **excès alimentaires**, la « **malbouffe** » et le **surpoids** des patients de façon générale étaient bien souvent révélateurs de pathologies sous-jacentes pour les pharmaciens interrogés (le **diabète**, les **maladies insidieuses**, etc.). La **mauvaise hygiène de vie** des patients reflétait un mauvais « contrôle » de leurs FRCV, et un risque accru de survenue d'un événement CV chez ces patients à court, moyen ou long terme. L'OMS rappelait que les effets des FR comportementaux pouvaient se traduire chez les personnes par une hypertension, une hyperglycémie, une hyperlipidémie, du surpoids et de l'obésité. L'étude Inter-Heart publiée en 2004 et réalisée dans 52 pays, a testé 9 FR facilement mesurables dans toutes les régions du monde afin d'avoir une estimation fiable du risque d'IDM. Les 9 facteurs de risque pris en compte étaient le tabac, les taux plasmatiques des lipides (le rapport ApoB/ApoA1), l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité, le régime alimentaire, l'activité physique, la consommation d'alcool et les facteurs psychosociaux. Selon cette étude, la consommation de fruits et de légumes permettait une réduction du risque relatif d'IDM de 30% (81). Le score Inter-Heart a été retenu par SPICES pour l'évaluation du RCV dans la population du pays COB, via un questionnaire à remplir d'une dizaine de minute. Des interventions de dépistage sont ainsi proposées régulièrement depuis avril 2019. Les personnes dépistées ont ensuite directement accès aux résultats concernant leur risque de contracter une maladie cardiovasculaire dans les six ans (risque faible, moyen ou élevé). L'objectif de ces



interventions est de dépister 30 000 personnes, et de pouvoir proposer un suivi sur deux ans à environ 2000 personnes.

L'étude décrivant les facilitateurs à la mise en œuvre de la prévention primaire CV selon des médecins généralistes installés en pays COB a retrouvé un facilitateur inattendu : l'accès à une alimentation saine était facilité par une agriculture locale importante (82). Ceci permettait à la population locale de s'approvisionner en fruits et légumes frais provenant de maraichages locaux et favorisait ainsi une bonne hygiène de vie alimentaire. Le pays COB, par son agriculture locale importante, dispose d'un atout de poids dans la prévention primaire des maladies cardiovasculaires.

Certaines **addictions** étaient également soulignées par les pharmaciens, notamment le **tabac** et l'**alcool**. La mortalité imputable à la consommation d'alcool a diminué de 25% en Bretagne entre 2011 et 2013 (proche du niveau national à 25,8%). Toutefois, la mortalité liée à l'alcool en Bretagne restait plus élevée que la moyenne nationale pour cette période. La mortalité imputable au tabagisme représentait en Bretagne 1 décès sur 6 sur la période 2011-2013, soit près de 5 200 décès annuels (8).

Enfin, des **freins aux campagnes et aux programmes de prévention** ont été décrits par les pharmaciens du pays COB. Tout d'abord un **manque de programmes de prévention des MCV**, que ce soit à l'**échelle nationale** ou **locale**. Les pharmaciens interrogés connaissaient les programmes de prévention des MCV existants à l'échelle nationale, comme le mois sans tabac, le programme nutrition santé ou la journée mondiale du diabète. Ils y participaient tous de façon active chaque année, mais reconnaissaient un manque de programmes de prévention per



annuels. Au **niveau national**, 3 plans visant à prendre en charge les FDR des MCV ont été répertoriés (83):

- Le Plan National Nutrition Santé (PNNS) (88) créé en 2001. Le PNNS avait pour objectif la diminution de l'obésité, du surpoids, de l'Hypertension Artérielle (HTA) et de la sédentarité. Il a échoué à réduire les inégalités notamment dans le domaine alimentaire et du surpoids. Les raisons évoquées étaient le contexte économique, le contexte social et familial souvent moins réceptif à l'information et des difficultés financières à la mise en œuvre des conseils médicaux (84) (85) (86).
- Le Plan National de Réduction du Tabagisme (PNRT) (87) qui a été défini pour la période 2014 – 2019. Si les prévalences du tabagisme sont restées stables entre 2010 et 2016, une diminution de 1,4% du total des ventes de tabac a été constatée pour l'année 2017, tandis que les ventes de traitements d'aide au sevrage tabagique ont augmentées de 28,5% en équivalents patients traités. Cependant, le tabagisme a augmenté chez les plus vulnérables pendant qu'il diminuait chez les plus aisés. Le Plan National de Lutte contre le Tabagisme (PNLT) prolonge ce plan avec pour objectifs de protéger prioritairement les jeunes, de lutter contre les inégalités sociales en soutenant les personnes les plus vulnérables, d'accompagner les femmes, en particulier celles qui sont enceintes (88) (89).
- Le Plan National Accident Vasculaire Cérébral (AVC) 2010-2014 (90) a été élaboré en 2009. Il avait pour objectif l'amélioration de la prise en charge et de la prévention des AVC. Ses objectifs étaient des objectifs de prévention secondaire. Malgré ce plan, sur la période 2008-2014 on observait une augmentation des hospitalisations pour AVC ischémique de 14.3 % chez les moins de 65 ans, même si une diminution de 2.1 % était observée chez les plus de 65 ans (91) (92) (93).

A l'échelle du pays COB, aucun pharmacien n'avait eu connaissance de programmes de prévention spécifique à la région. Si des programmes de prévention des MCV existaient à l'échelle nationale et/ ou locale, ils n'étaient pas forcément connus des pharmaciens, et donc à fortiori des patients. Le réseau "codiab et kalon IC", né en 2011 de la fusion de deux associations préexistantes, s'occupaient des patients diabétiques ou à risques CV, ces réseaux étaient appréciés des pharmaciens d'après l'étude miroir centrée sur les facilitateurs (25). Cependant beaucoup de pharmaciens interrogés n'avaient pas connaissance du réseau. L'étude qui s'intéressait aux facilitateurs à la prévention CV selon les médecins installés du pays COB faisait ce même constat (82). Une approche pluridisciplinaire via des réseaux de santé permettrait d'améliorer la prise en charge des patients présentant des FRCV. Ces structures de proximité accueillent les patients adressés par leur médecin traitant afin de coordonner leur prise en charge.

Certains pharmaciens relevaient un **manque de promotion de ces programmes de prévention**, une **communication insuffisante** sur ces événements. La promotion de la santé et la prévention constituent le premier axe de la Stratégie nationale de santé 2018 – 2022 du Gouvernement. Le comité interministériel pour la santé a présenté dans son dossier de presse de mars 2018 les 25 mesures phares de sa politique de prévention (94).

L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) s'intéresse de plus en plus aux médias, notamment pour toucher les jeunes. Des applications pour smartphones ou sites internet ont été créés comme mangerbouger.fr ou tabac-info-service.fr (95). Des essais cliniques évaluant l'intérêt d'applications de prévention CV sont actuellement en cours (96) (97).

Dans son rapport de 2018 visant à développer la prévention en France, l'Ordre des pharmaciens insistait sur la communication en officine, et promouvait l'affichage des messages de santé publique dans les vitrines des pharmacies (98).

Pour finir, les pharmaciens ont souligné un **manque d'efficacité des programmes de prévention**, par **l'absence de stratégies d'autonomisation des patients**.

D'après eux, **l'échec** de ces campagnes était **prévisible** si elles **n'apportaient pas de nouveautés**. L'efficacité des actions de promotion de la santé s'articule autour de trois critères : une approche globale et positive de la santé pour renforcer les compétences et aptitudes individuelles en termes de qualité de vie, une démarche participative permettant à chacun de faire des choix éclairés en matière de santé et des axes d'intervention pluriels sur un espace spatiotemporel défini d'au moins trois années (99). En France, plusieurs programmes nationaux s'adressaient à la PMCV. Malgré la multiplicité des plans de santé publique, il n'existe pas de politique nationale structurée et cohérente de PMCV. La lutte contre les MCV souffre d'un manque de coordination des nombreux plans de prévention, de recherche et de suivi des personnes à risque ou malades (100) (101). Selon le Professeur Didier Houssin, ancien directeur général de la santé: «Le portage et la visibilité des préoccupations de santé cardiovasculaire ne sont pas aussi forts que dans d'autres domaines, le cancer par exemple. Cela tient peut-être à la nature des pathologies concernées qui sont malgré tout assez diverses et donc n'arrivent pas facilement à rassembler ». Il a été démontré que les patients auraient des représentations erronées du risque cardiovasculaire et des moyens de le prévenir (102). Les patients auraient connaissance des facteurs de risque cardiovasculaires (tabac, alcool, mauvaise

hygiène alimentaire), mais ils les associeraient aux plaisirs de la vie. Cette perception serait un des facteurs d'échec dans la prévention des MCV (103).

D) Perspectives : Recherche, enseignement, pratique clinique

Cette étude a décrit les freins à la prévention primaire des MCV selon des pharmaciens installés en officine en pays COB. Une étude miroir en a décrit les facilitateurs. D'autres études qualitatives ont été réalisées auprès d'autres populations du pays COB (professionnels de santé, patients et leur entourage, paramédicaux, élus locaux) pour compléter la recherche des freins et facilitateurs à cette prévention. Ces différents états des lieux permettront d'adapter les interventions du projet SPICES afin de mettre en place des stratégies de prévention adaptées.

L'apprentissage de la prévention primaire cardiovasculaire devrait être plus développé au cours des études de tous les professionnels de la santé. .

L'instauration d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé dont le premier axe est de mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé. Depuis la rentrée 2018, un module de 6 semaines est inclus dans les formations des étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, masso-kinésithérapie et soins infirmiers, et depuis 2019 des étudiants d'autres professions comme l'ergothérapie ou l'orthophonie les ont rejoints amenant à un total de 50 000 étudiants annuellement concernés. Les objectifs de ce service sanitaire sont multiples : initier les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention primaire et de la promotion de la

santé, développer les compétences des étudiants à mener des actions de prévention auprès de publics divers, développer leur autonomie et l'interprofessionnalité par la réalisation de projets communs. Enfin, il vise à contribuer à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé et intégrer la prévention dans les pratiques des professionnels de santé (104).

Les pharmaciens du pays COB ont soulevé des freins à la prévention des MCV. Beaucoup de ces freins sont modifiables. Le manque de communication et de collaboration entre professionnels de santé est probablement le premier frein à lever. Le manque de communication entre les professionnels de santé et les patients au sujet de la prévention CV est un second frein à lever, Le manque de rémunération des pharmaciens pour le temps passé à réaliser cette prévention apparaît être un frein important.

Les messageries sécurisées interprofessionnelles doivent se généraliser, elles permettent l'accès et le partage instantané de multiples informations médicales (résultats biologiques, comptes-rendus et courriers de spécialistes, etc...) et mettent en relation pour un même patient les différents professionnels de santé qui le prennent en charge.

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ont pour rôle de coordonner les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser, à leur initiative, autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile, etc... (105).



A l'échelle locale, les pharmaciens suggéraient plus de campagnes de prévention CV ciblées. Une meilleure communication sur ces évènements serait à développer.

La mission du projet SPICES s'inscrit bel et bien dans les difficultés du pays COB et vise à développer des interventions novatrices de prévention CV.

CONCLUSION

Ce travail de thèse a répertorié des freins à la prévention primaire des maladies cardiovasculaires selon des pharmaciens installés en pays COB.

Cinq grands thèmes étaient issus des entretiens. Des freins liés au métier de pharmacien et au réseau de soins ont été décrits, un manque de communication et de collaboration entre professionnels de santé a été constaté. De nombreux freins liés aux patients et à leur mode de vie ont été identifiés. Les limites du système de soin actuel étaient des freins à la prévention des MCV. Le manque de communication et de coordination sur les programmes et campagnes de prévention et parfois la faible efficacité de ces campagnes orientent vers des pistes d'amélioration de la prévention CV tant à l'échelle nationale que locale. Les pharmaciens du pays COB estimaient le risque CV en officine quotidiennement, même s'ils ne le réalisaient pas de façon structurée. Cibler dès aujourd'hui les populations les plus défavorisées paraissait prioritaire. L'augmentation de la morbi-mortalité féminine par MCV nécessite une réévaluation des stratégies de prévention actuelle.

Une étude miroir a étudié les facilitateurs à la mise en place de la prévention primaire des MCV. D'autres études qualitatives ont été réalisées auprès d'autres professionnels de santé, patients et entourage, et élus locaux pour agrandir cette carte des facilitateurs et freins. Toutes ces données permettront d'adapter des interventions de prévention primaire des MCV, à l'échelle locale, nationale et internationale.



BIBLIOGRAPHIE

1. OMS : Organisation Mondiale de la Santé. Maladies cardiovasculaires. Mai 2017. Disponible sur : [https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) (consulté le 12 octobre 2019)
2. Khanji C. Evaluation de la qualité des soins et des services cardiovasculaires en première ligne. Thèse de pharmacie. Université de Montréal (Canada). Août 2018. Disponible sur : https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/21822/Khanji_Cynthia_2018_these.pdf?sequence=4&isAllowed=y (Consulté le 12 octobre 2019)
3. WHO : World Health Organization. 10 faits sur les maladies non transmissibles. Mars 2013. disponible sur : https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/fr/ (consulté le 12 octobre 2019)
4. WHO : World Health Organization. Thème maladies chroniques - maladies non transmissibles. Profil des pays 2011. disponible sur : https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/ (consulté le 12 octobre)
5. OMS : Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action 2008-2013 pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. 2008. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44253/9789242597417_fre.pdf?sequence=1 (consulté le 12 octobre 2019)
6. Fédération Française de Cardiologie. Réduire le risque cardiovasculaire : les facteurs de risque cardiovasculaires. Disponible sur : <https://www.fedecardio.org/Je-m-informe/Reduire-le-risque-cardio-vasculaire/les-facteurs-de-risque-cardio-vasculaires> (consulté le 13 octobre 2019)
7. INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. Unité 1142 Inserm/UPMC. Laboratoire d'informatique médicale et d'ingénierie des connaissances en e-santé (LIMICS), Paris. Octobre 2016. Disponible sur : <https://www.leem.org/sites/default/files/MaladiesCardioVasculaires.pdf> (consulté le 13 octobre 2019)
8. ARS : Agence Régionale de Santé Bretagne. L'état de santé de la population en France. Rapport. Mai 2017. disponible sur : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017> (consulté le 13 octobre 2019)
9. Juneau M. Une recrudescence des maladies cardiovasculaires à l'horizon. Université de Montréal. Canada. Février 2019. Disponible sur : <https://observatoireprevention.org/2019/02/04/une-recrudescence-des-maladies-cardiovasculaires-a-lhorizon/> (consulté le 15 octobre 2019)



10. Shiels MS, Chernyavskiy P, Anderson WF, Best AF, Haozous EA, Hartge P, Rosenberg PS, Thomas D, Freedman ND, Berrington de Gonzalez A. Trends in premature mortality in the USA by sex, race & ethnicity from 1999 to 2014. *The Lancet* 2017;389:1043-1054.
11. Fédération Française de Cardiologie. Cœur, Artères et femme. Risque cardiovasculaire chez la femme jeune. 2017. Disponible sur : <https://www.fedecardio.org/risque-chez-la-femme-jeune.html> (consulté le 15 octobre 2019)
12. Gabet A, Danchin N, Olié V. Infarctus du myocarde chez la femme. Evolutions des taux d'hospitalisation et de mortalité. 2002-2013. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2016 ;7 :100-108.
13. de Peretti C, Chin F, Tuppin P, Béjot Y, Giroud M, Schnitzler A, Woimant F. Personnes hospitalisées pour accident vasculaire cérébral en France. Tendances 2002-2008. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2012;10:84-94.
14. OMS : organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Afrique. Les maladies cardiovasculaires dans la région Africaine : situation et perspectives. Comité régional de l'Afrique, 55^e session. Août 2005. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77952/AFR%20RC%2055%2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulté le 18 octobre 2019)
15. ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida. Communiqué de Presse. Novembre 2017. Disponible sur : https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2017/november/20171121_righttohealth_report (consulté le 20 octobre 2019)
16. Van Olmen J, Schellevis F, Van Damme W, Kegels G, Rasschaert F. Management of Chronic Diseases in Sub-Saharan Africa: Cross-Fertilisation between HIV/AIDS and Diabetes Care. *J Trop Med*. 2012;2012: 349312. doi:10.1155/2012/349312
17. WHO: World health organization. Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action. 2002. Disponible sur : <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccreport/en/> (consulté le 23 octobre 2019)
18. Le Reste J.Y. Mise en place d'interventions novatrices pour la prévention des maladies cardiovasculaires en Europe et Afrique Subsaharienne. Justification scientifique et description générale de la recherche. Projet SPICES. Faculté de médecine. Brest. 2017.
19. Projet SPICES : Scaling-up Packages of Intervention for Cardiovascular disease prevention in selected sites in Europe and Sub Saharan Africa. Projet de prévention des maladies cardio-vasculaires en Centre Ouest Bretagne. Faculté de médecine. Brest. Disponible sur : <https://rmn.bzh/upload/medias/Projet-SPICES-Kalon-yach.pdf> (consulté le 23 octobre 2019)



20. ARS : Agence Régionale de Santé Bretagne. La santé dans le pays Centre Ouest Bretagne. Rapport. Septembre 2017. Disponible sur : https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/Pays_COB_leger.pdf (consulté le 24 octobre 2019)
21. Le Pays Centre Ouest Bretagne. Vivre en pays COB - Territoire. Un vaste territoire au cœur de trois départements. 2017. Disponible sur : <https://www.centre-ouest-bretagne.org/territoire> (Consulté le 25 octobre 2019)
22. Le Pays Centre Ouest Bretagne. Vivre en pays COB - structures administratives ; Réfléchir et agir - Politique territoriale de santé. 2017. Disponible sur <http://www.centre-ouest-bretagne.org> (consulté le 28 octobre 2019)
23. INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Enquêtes annuelles de recensement de la population. Octant n° 111. Réalisation Pays COB. 2008. Disponible sur : [file:///Users/Pif/Downloads/Donnees_demographique%20\(4\).pdf](file:///Users/Pif/Downloads/Donnees_demographique%20(4).pdf) (consulté le 28 octobre 2019)
24. ARS : Agence Régionale de Santé Bretagne. Portrait statistique en santé précaire dans le Pays du Centre-Ouest Bretagne. 2018. Disponible sur : https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/201804/201804%20%20Obs%20ter%20-%20Fiche_Pays%20du%20Centre-Ouest%20Bretagne.pdf (consulté le 28 octobre 2019)
25. Pappens M. Etude des facilitateurs à la prévention primaire des maladies cardiovasculaires selon des pharmaciens installés en pays COB. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Brest. Décembre 2019. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02406466/document> (consulté le 6 janvier 2020)
26. Wolf-Thal C. Démographie des pharmaciens au premier janvier 2018. Ordre national des pharmaciens. 2018. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/399974/1888607/version/1/file/brochure-la-demographie-+2018.pdf> (consulté le 6 janvier 2020)
27. Ordre national des pharmaciens. Les grandes tendances de la démographie des pharmaciens au 1^{er} janvier 2019. 2019. Disponible sur <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens2> (consulté le 6 janvier 2020)
28. Ordre National de Pharmaciens. Cartes départementales des officines. Mars 2020. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine/Cartes-departementales-Officine/Nombre-d-officines> (consulté le 8 janvier 2020)
29. Nidelet C. Officines : 4 millions de personnes par jour. Le quotidien du pharmacien. Mars 2016. Disponibles sur :



https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2016/03/10/officines-4-millions-de-personnes-par-jour_235916 (consulté le 8 janvier 2020)

30. Le Bris G. Recherche des barrières de la mise en oeuvre de la prévention cardiovasculaire primaire du point de vue des médecins dans le pays Centre Ouest Bretagne. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Brest. Avril 2019. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02099866/document> (consulté le 11 janvier 2020)
31. CNGPO : Collectif National des Groupements de Pharmaciens d'Officine. Dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires à l'officine. Dossier de presse. Janvier 2011. Disponible sur : http://www.collectifgroupementspharmaciens.fr/download/DRCV_18_01_2011.pdf (consulté le 11 janvier 2020)
32. CNGPO : Collectif National des Groupements de Pharmaciens d'Officine. Dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire à l'officine en Bretagne. Rennes. Mars 2015. Disponible sur : http://www.collectif-groupements-pharmaciens.fr/download/DRCV_26_03_2015_Bretagne.pdf (consulté le 5 juin 2020)
33. GIPHAR, KLESIA. Prévention santé cardiovasculaire en officine. Bilan d'expérimentation dans trois départements de l'ouest de la France. Communiqué de presse. Septembre 2019. Disponible sur : <https://www.klesia.fr/actualites/prevention-sante-cardiovasculaire-en-officine-le-reseau-de-pharmacies-giphar-et-le> (consulté le 6 juin 2020)
34. Aouada A, Péquignot F, Le toullec A, Jouglu E. Les causes médicales de décès en France et leur évolution 1980-2004. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire 2007; 35 : 14-308.
35. Mosca L, Appel LJ, Banka CL et al. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women. American Heart Association 2007;115:1481-501.
36. Collins P, Rosano G, Casey C et al. Management of cardiovascular risk in the peri-menopausal woman : a consensus statement of European cardiologists and gynaecologists. Eur Heart J 2007;28:2028-40.
37. Mosca L, Benjamin EJ, Berra K et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women. American Heart Association 2011;123(11):1243-62.
38. Maas AH, van der Schouw YT, Regitz-Zagrosek V et al. Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women. Eur Heart J 2011;32(11):1362-8.
39. Mounier-Vehier C, Delsart P, Assez N. Dépister et traiter efficacement la maladie cardiovasculaire de la femme : une prévention citoyenne. La Lettre du Cardiologue 2013;463 :4-14.



40. Wenger NK. Coronary heart disease: The female heart is vulnerable. Prog Cardiovasc Dis 2003;46:199-229
41. Willingham SM, Kilpatrick ES. Evidence of gender bias when applying the new diagnostic criteria for myocardial infarction. Heart 2005;91:237-8.
42. Mosca L, Barrett-Connor E, Wenger NK. Sex/gender differences in cardiovascular disease prevention: what a difference a decade makes. Circulation 2011;124(19):2145-54.
43. Schütze H, Rix EF, Laws RA, Passey M, Fanaian M, Harris MF. How feasible are lifestyle modification programs for disease prevention in general practice? Aust J Prim Health 2012 ;18(2) :129-37.
44. USPO : Union des Pharmaciens d'Officine. Article 10.2 de l'Avenant 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. Juillet 2017. Disponible sur : <http://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2017/07/2017-77-Avenant-11-Convention-Pharmaceutique-signé.pdf> (consulté le 14 mai 2020)
45. Lichy L. Qu'est-ce qu'un entretien pharmaceutique. Avril 2017. Disponible sur : <https://pharmagest.com/entretien-pharmaceutique/> (consulté le 20 janvier 2020)
46. AMELI : Assurance Maladie En Ligne. Accompagnement pharmaceutique des patients sous traitement AVK : premier bilan à un an. Communiqué de presse. Décembre 2014. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Bilan_1_an_AVK_1412_17_01.pdf (consulté le 6 juin 2020)
47. Lefort L. Entretiens AVK et asthme : les chiffres. Le Moniteur des pharmacies. Actualités. Juillet 2016. Disponible sur : <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socioprofessionnelles/160701-entretiens-avk-et-asthme-les-chiffres.html> (consulté le 6 juin 2020)
48. Tranthimy L. Entretiens pharmaceutiques : Nicolas Revel prêt à améliorer le dispositif. Le Moniteur des pharmacies 2016;2832 :17-25.
49. Tranthimy L., Lefort L. Entretiens pharmaceutiques asthme et AVK : vers un dispositif plus souple. Le Moniteur des pharmacies 2017;3157:15-23.
50. Tranthimy L. Asthme et AVK : le dernier bilan des entretiens pharmaceutiques. Le Moniteur des Pharmacies 2017;3160:8-19.
51. AMELI : Assurance Maladie En Ligne. Avenants à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine. Mars 2020. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/haut-rhin/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants> (consulté le 21 janvier 2020)



52. Simon L. Pourquoi 70% des entretiens pharmaceutiques n'ont pas été payés en 2016. *Le Pharmacien de France* 2020;1318:44-47.
53. WHO : World Health Organization. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. Geneva, Switzerland. 2003. Disponible sur : https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ (consulté le 25 janvier 2020)
54. Conn VS, Ruppert TM. Medication adherence outcomes of 771 intervention trials: Systematic review and meta-analysis. *Prev Med* 2017;99:269-76.
55. C. Mirabel-Sarron, L. Vera. L'entretien en thérapie comportementale et cognitive. *Les ateliers du praticien* 2014;2011:19-22.
56. S. Legrain, «Consommation médicamenteuse chez le Sujet Agé. Consommation, Prescription, Itrogénie et Observance.» Haute autorité de santé. 2005. Disponible sur : http://hassante.fr/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28_16_44_51_580.pdf (Consulté le 28 janvier 2020)
57. J. Vejux, K. Galery, S. Binjamin, A. Ghali, L. De Decker et G. Berrut, «Outils d'évaluation de l'observance de la personne âgée : vers la construction d'une nouvelle échelle.» *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, N°112. 2014 ; 2:139-164.
58. J. Petermans, A. Samalea Suarez et T. Van Hees. Observance thérapeutique en gériatrie. *Rev Med Liège*, N° 165. 2010;161-266.
59. AMELI : Assurance Maladie En Ligne. L'accompagnement personnalisé pour lutter contre le renoncement aux soins. Septembre 2018. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/lutte-contre-le-renoncement-aux-soins> (consulté le 14 mars 2020)
60. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GHMI, Gorgels APM, van Ree JW. Experiences of doctors and nurses implementing nurse-delivered cardiovascular prevention in primary care: a qualitative study. *J Adv Nurs* 2011;67(8):1758-66.
61. George CE, Ramadas D, Norman G, Mukherjee D, Rao T. Barriers to cardiovascular disease risk reduction: Does physicians' perspective matter? *Indian Heart J.* 2016;68(3):278-85.
62. Doolan-Noble F, Mann S. Why are there gaps in our management of those with High cardiovascular risk? *Qual Res.* 2012;4(1):9.
63. Faure A. Prescription de l'activité physique chez les adultes en surpoids : analyse des freins en médecine générale. Thèse de Médecine. Faculté de Médecine. Paris. 2011. Disponible sur : http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/faure_these.pdf (consulté le 18 mars 2020)



64. Ismail H, Atkin K. The NHS Health Check programme: insights from a qualitative study of patients. *Health Expect.* 2016 ;19(2) :345-55.
65. Jenkinson CE, Asprey A, Clark CE, Richards SH. Patients' willingness to attend the NHS cardiovascular health checks in primary care: a qualitative interview study. *BMC Fam Pract.* 2015;16(1):33.
66. Nielsen JB, Leppin A, Gyrd-Hansen D e, Jarbøl DE, Søndergaard J, Larsen PV. Barriers to lifestyle changes for prevention of cardiovascular disease – a survey among 40–60-year old Danes. *BMC Cardiovasc Disord.* 2017;17:245.
67. Anquis M, Chaput H, Marbot C, Millien C, Vergier N. 10000 médecins de plus depuis 2012. Etudes et résultats, n°1061. Mai 2018. Disponible sur https://drees.solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1061.pdf (consulté le 20 mars 2020)
68. ORS : Observatoire Régional de Santé Bretagne. La santé dans le pays du Centre Ouest Bretagne. Mai 2010. Disponible sur : https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/Pays_COB_leger.pdf (consulté le 21 mars 2020)
69. ARS : Agence Régionale de Santé Bretagne. Carte zonage médecin : concertation 2018. Avril 2018. Disponible sur : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/zonage-medecin-lars-bretagne-soumet-la-nouvelle-carte-la-concertation> (consulté le 21 mars 2020)
70. DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. Etudes et résultats, n° 1085. Octobre 2018. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1085-2.pdf> (consulté le 8 juin 2020)
71. AMELI : Assurance Maladie En Ligne. Délégué de l'assurance maladie. Novembre 2018. Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/carrieres/metiers/efficacite-systeme-sante/delegue-assurance-maladie> (consulté le 9 juin 2020)
72. Ministère de la santé. Informations de professionnels de santé sur les produits de santé. Note de synthèse assurance maladie. Mars 2011. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Michele_Carzon_-_CNAMTS_-_Information_des_professionnels_de_sante_sur_les_produits_de_sante.pdf (consulté le 9 juin 2020)
73. Bodenmann P, Vaucher P, Diserens E-A, Althaus F, Madrid C, Bishoff T, Jackson Y, et al. Précarité et déterminants sociaux de la santé: quel(s) rôle(s) pour le médecin de premier recours ?. *La Revue Médicale Suisse* 2009 ; 5 :845-848.
74. OMS : Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. 2004. Disponible sur :



<https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/924159222/fr/> (consulté le 2 avril 2020)

75. OMS : Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé. 2010. Disponible sur : <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/fr/> (consulté le 2 avril 2020)
76. Barthélémy L., Marchand A. Comment intervenir en promotion de la santé dans le monde rural. La Santé de L'Homme 2006;385:19-21.
77. Hemon JP, Colin N. Analyse et diagnostic de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire et au centre hospitalier de Carhaix. Synthèse définitive. Septembre 2006. Disponible sur : <https://www.centre-ouest-bretagne.org/> (consulté le 7 juin 2020)
78. Le Gal I. Cellule offre de soins. Programme d'Action. Mai 2017. Disponible sur : <https://www.centre-ouest-bretagne.org/> (consulté le 7 juin 2020)
79. INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. ObEpi 2012. Disponible sur : https://www.roche.fr/content/dam/rochexx/roche/fr/roche_france/fr_FR/doc/obe_pi_2012.pdf (consulté le 7 juin 2020)
80. Santé Publique France. Journée mondiale du diabète 2015. Suivi du diabète et poids de ses complications sévères en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2015;34:27-28.
81. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. The Lancet 2004;364:937-952.
82. Chevrel A. Recherche des facilitateurs de la mise en oeuvre de la prévention cardiovasculaire primaire du point de vue des médecins dans le pays centre ouest bretagne. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Brest. 2019. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02099899/document> (consulté le 3 avril 2020)
83. Legoff E. Projet SPICES : état des lieux de la prévention cardiovasculaire en France. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Brest. 2018. Disponible sur : <https://pdfs.semanticscholar.org/0616/ada96373dacb1124769f0cd60f46830037cc.pdf> (consulté le 1er avril 2020)
84. Ministère de la Santé. Plan National Nutrition Santé 2011-2015. 2011. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf (consulté le 1er avril 2020)
85. Hercberg S. Elements de bilan du PNNS (2001-2005) et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS2 (2006-2008). 2006. Disponible sur :



[https://solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS Elements de bilan du PNNS 2001-2005 et propositions de nouvelles strategies pour le PNNS2.pdf](https://solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_Elements_de_bilan_du_PNNS_2001-2005_et_propositions_de_nouvelles_strategies_pour_le_PNNS2.pdf) (consulté le 6 juin 2020)

86. Jourdain-Menninger D, Lecoq G, Guedj J, Boutet P, Danel JB, Mathieu G. Evaluation du Plan National Nutrition Santé PNNS2 2006-2010. Rapport d'inspection de l'IGAS. Mai 2010. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/31066-evaluation-du-programme-national-nutrition-sante-pnns2-2006-2010> (consulté le 6 juin 2020)
87. Ministère de la Santé. Programme National de Réduction du Tabagisme : Vers une France sans tabac - PNRT 2014-2019. 2014. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf> (consulté le 1er avril 2020)
88. Ministère de la Santé. Programme National de Réduction du Tabagisme. Rapport annuel. 2017. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_pnrt_2017.pdf (consulté le 6 juin 2020)
89. Santé Publique France. Quelles sont les dispositions de lutte contre le tabagisme en France. Mai 2019. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-dispositions-de-lutte-contre-le-tabagisme-en-france> (consulté le 6 juin 2020)
90. CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Plan d'action AVC. 2010. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/plan_actions_avc_-_17avr2010.pdf (consulté le 1er avril 2020)
91. Ministère de la Santé. La prise en charge des AVC. Juin 2019. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies_cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/la-prise-en-charge-des-avc (consulté le 6 juin 2020)
92. Schnitzler A, Erbault M, Solomiac A, Sainte Croix D, Fouchard A, May Michelangeli L, Grenier C. Impact du plan AVC sur la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ischémiques constitués : évolution 2011-2016 des indicateurs d'évaluation de la Haute Autorité de santé. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2018;5:78-84.
93. Lecoffre C, De Peretti C, Gabet A, Grimaud O. L'accident Vasculaire cérébral en France : Patients hospitalisés en 2014 et évolution 2008-2014. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2016;5:84-94.
94. Comité interministériel pour la santé. Dossier de presse. Mars 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf (consulté le 4 avril 2020)
95. INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Santé publique France. Disponible sur :



- <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1275.pdf>. (Consulté le 4 avril 2020)
96. Recio-Rodriguez JI, Gómez-Marcos MA, Agudo-Conde C, Ramirez I, Gonzalez-Viejo N, Gomez-Arranz A, et al. EVIDENT 3 Study: A randomized, controlled clinical trial to reduce inactivity and caloric intake in sedentary and overweight or obese people using a smartphone application. Faculty of Medicine. Baltimore. 2018.
 97. Granado-Font E, Flores-Mateo G, Sorlí-Aguilar M, Montaña-Carreras X, Ferre-Grau C, Barrera-Uriarte M-L, et al. Effectiveness of a Smartphone application and wearable device for weight loss in overweight or obese primary care patients: protocol for a randomised controlled trial. BMC Public Health. 2015;15:531
 98. Ordre national des pharmaciens. Développer la prévention en France. 15 propositions pour renforcer le rôle des pharmaciens. Rapport. Octobre 2018. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429901/2024808/version/4/file/Rapport+-+Développer+la+prévention+en+France.pdf>. (Consulté le 4 avril 2020)
 99. OMS : organisation Mondiale de la Santé. Soixante-sixième assemblée mondiale de la santé. Résolution WHA66.10. Mai 2013. Disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-fr.pdf (consulté le 2 avril 2020)
 100. Nougues P. Prévention primaire des maladies cardiovasculaires : état des lieux en France à partir du questionnaire du projet Spices. Faculté de Médecine. Brest. Août 2018. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01858319/document> (consulté le 3 avril 2020)
 101. Fédération Française de Cardiologie. Livre blanc. Etats généraux vers un plan coeur. Paris. 2012. Disponible sur : https://www.fedecardio.org/risque-chez-la-femme-jeune/livre_blanc_0.pdf (consulté le 6 juin 2020)
 102. Coblenz-Baumann L., Mansouri L. Connaissances et perception de la notion de facteur de risque cardiovasculaire chez les patients en médecine générale. Exercer 2013;24(107):124-5.
 103. Jourdain Menninger D., Lecoq G., Guedj J., Boutet P., Danel JB, Mathieu G. Evaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010. 2010. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article99> (consulté le 8 juin 2020)
 104. Ministère de la santé. Le service sanitaire. Les formations en santé au service de la prévention. Février 2018. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/le-service-sanitaire> (consulté le 7 juin 2020)



105. Ministère de la santé. Communautés professionnelles territoriales de santé : se mobiliser pour organiser les soins de ville. Juillet 2018. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-se-mobiliser-pour-organiser> (consulté le 8 juin 2020)



ANNEXES

Annexe 1: SPICES Project : Situational Analysis Work Package

SPICES PROJECT: SITUATIONAL ANALYSIS WORK PACKAGE

Background

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

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

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

Situational Analysis Objectives



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

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

Situational analysis implementation approach

1. The situational analysis will be done through mixed methods approach in order to quantify the relative importance of key potential facilitators and barriers as well as in-depth experiences of critical stakeholders, and mechanisms for operationalising the proposed interventions.
2. The process will start with a mapping and/or documentation of stakeholders in CVD prevention and management at the national and subnational levels in order to identify the appropriate respondents for the situational analysis questions, stakeholder engagement plan, and eventual dissemination and knowledge translation.
3. Note: In some countries, the information required for the situational analysis is better organised and easily available whereas in others there could be major evidence gaps in basic information—the situational analysis focus may thus vary across sites.
4. Even in countries with better documentation, it will be necessary to assemble information in critical baseline parameters.
 1. 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.
 2. 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
7. approaches e.g. telephone or Skype calls, etc. to relevant heads of units/department at Primary healthcare level. This could be a health center or hospital for Uganda and South Africa, or could be the GP, nurses or other relevant persons for UK/France/Belgium)

Situational Analysis Tools/Instruments

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



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

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

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

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

General questions on policy and healthcare systems—Literature and interviews

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

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

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



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

1. How prepared is this primary healthcare facility to address CVDs prevention, care and management?
2. How does the infrastructure at this health facility facilitate/hinder the implementation of CVD prevention, care and management programs?
3. What kinds of infrastructure changes are needed to effectively and efficiently implement CVD prevention, care and management programs? (Changes in scope of practice? Changes in formal policies? Changes in information systems or electronic records systems? Other?)
4. Can you describe the process that will be needed to make these changes?
5. Which CVDs are treated at the health facility? Probe: whether they should be treated at that level according to the norm, any constraints faced and the reasoning behind unexpected treatment.
6. Which cadres are providing any CVD prevention, care and management? Probe: whether they are the right cadres according to the norms to be providing these services, any constraints faced and the reasoning behind the constraints.
7. In your opinion, does the facility have adequate transportation for: 1) Evacuation of emergency CVD cases? 2) Providing outreach services for CVD prevention, care and management and control? Probe: Why for any given response?
8. Does the health facility have any CVD prevention, control and management guidelines in place? Which guidelines are in use?
9. Describe the role different staffing groups within the health facility play in the delivery of CVD programs.
10. What are your thoughts on the suitability of this health facility/primary healthcare to provide/deliver public health services in general? [geography, opening hours, ease of access, time pressures, privacy, space, pharmacist/pharmacy assistant training]
11. Describe your working relationship with other professionals involved in cardiovascular healthcare. [Referrals to and from GPs, any areas of conflict, professional identity, impact on service]
12. What are the CVD referral mechanisms used by health facility staff to refer patients to other health facilities?

References

1. Ferrante D, Konfino J, Linetzky B, Tambussi A, Laspiur S. Barriers to prevention of cardiovascular disease in primary care settings in Argentina. *Argentina Rev Panam Salud Publica Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(334):259–66. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v33n4/a04v33n4.pdf>
2. Yehle KS, H Chen AM, Plake KS, Soo Yi J, Moblely AR. A qualitative analysis of coronary heart disease patient views of dietary adherence and web-based and mobile-based nutrition tools.



3. Jansen J, McKinn S, Bonner C, Irwig L, Doust J, Glasziou P, et al. General Practitioners' Decision Making about Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Older Adults: A Qualitative Study. Buchowski M, editor. PLoS One. Sage Publications; 2017 Jan 13 [cited 2017 Apr 10];12(1):e0170228. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0170228>
4. Consolidated Framework for Implementation Research
5. Tomlinson M, Chopra M, Hoosain N, Rudan I, MacLeod S, Millington W. A review of selected research priority setting processes at national level in low and middle income countries: towards fair and legitimate priority setting. Heal Res Policy Syst. BioMed Central; 2011;9(1):19. Available from: <http://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-9-19>
6. Sambo LG, Chatora RR, Goosen ESM. World Health Organization Regional Office for Africa Brazzaville Tools for Assessing the Operationality of District Health Systems G U I D E L I N E S. [cited 2017 Mar 14]; Available from: http://www.who.int/management/district/assessment/assessment_tool.pdf
7. COHRED. A manual for Research Priority Setting using the ENHR Strategy.
8. Christofides Nicola, Rachel Jewkes, June Lopez, Elizabeth Dartnall. How to conduct a situation analysis of Health services for survivors of sexual assault. [cited 2017 Mar 21]; Available from: <http://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2016-04-13/SituationalAna.pdf>
9. An examination of the UK community pharmacist's role in facilitating patient self- management of cardiovascular disease through lifestyle behaviours.



Annexe 2 : Guide d'entretien

1. Question brise glace :

De manière générale, comment se passe la prévention cardiovasculaire de vos patients ?

Relance : Pouvez-vous me raconter la dernière discussion que vous avez eu à ce sujet avec un/une patiente ?

2. Comment êtes-vous, en tant que pharmacien, impliqué dans la prévention cardiovasculaire / prise en charge des facteurs de risque?

Relance : Avez-vous en tant que pharmaciens des recommandations au niveau national ou local au sujet de la prévention des MCV ?

3. Y a-t-il des programmes de promotion de la santé en lien avec les MCV dans le Pays COB ? Comment est-ce fait ? Quels en sont les succès et les difficultés?

Relance : Qui en sont les acteurs ? Qui participe? Ou ça se passe ? Qui est ciblé ?

4. Comment le système de santé au Pays COB est organisé en termes de prévention des MCV?

Qui réalise l'estimation du risque cardiovasculaire? Qui prend en charge les patients à risque ?

Relance: comment les pharmaciens y participent?



5. Qui 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? Sont-ils atteints par la prévention ?

6. Suivi et autonomisation des patients en prévention primaire des MCV.

Comment les patients perdus de vue sont repérés et relancés? Que pensez-vous de l'observance des patients? Quels sont les succès et les difficultés ?

7. Quelles sont les stratégies d'autonomisation des patients actuellement mise en place concernant la prévention des MCV ?

(Comme serait par exemple la gestion des AVK dans la fibrillation atriale).

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

Relance: niveau national et niveau local.

9. Comment peut-on l'améliorer (le système de soin actuel) ? Que proposez-vous? (changements des pratiques/ des politiques officielles/ des systèmes informatiques?/autres?)

Relance: niveau national et niveau local.

10. Comment sont vécus les programmes de prévention des MCV par les patients et les professionnels de santé ? Quel est votre avis ?



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

12. Dans quelle mesure les pharmaciens sont-ils prêts à s'occuper de la prévention des MCV ?

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



Annexe 3 : Livre de codage des verbatims

THEMES	SOUS CODAGES	CODES OUVERTS	VERBATIMS
Les pharmacies et leur métier	Manque d'information du pharmacien	Manque d'information du pharmacien	E1 L276 "nous on sait pas ce qu'ils font à la maison après"
		Estimation du risque CV inconnue	E2 L40 "ben je ne sais pas"
		Besoin de santé inconnu du pharmacien	E2 L79 "leurs besoins, je ne les connais pas"
		Manque de connaissance du pharmacien	E1 L104 "je ne sais pas du tout comment..."
		Absence de recommandations sur les MCV	E2 L17 "des recommandations, ...non on en a pas", E10 L78 "il n'y a pas de recommandation sur les MCV", E11 L110 "aucun guide"
		Recommandations difficilement accessibles	E3 L39 "je pense qu'il faut aller les chercher", E3 L40 "faut qu'on aille chercher ce message", E3 L53 "c'est pas des infos qui descendent, il faut aller vers ces informations"
	Difficultés de suivi des patients	Patients perdus de vue non relancés	E7 L195 "vu le nombre de personnes qui viennent on peut pas suivre tout le monde c'est impossible", E7 L207 "patient qui va venir 2, 3 fois et qui va arrêter du jour au lendemain", E8 L176 "non on en peut pas ça", E8 L213 "peuvent être perdus dans la nature ...on ne peut pas les relancer", E9 L197 "ne sont pas tellement relancés"
		Repérage des perdus de vue difficile	E3 L209 "encore faut il bien connaître ses patients"
	Relations médecin/ Pharmacien compliquée	Manque de relation médecin-pharmacien	E4 L282 "y'a pas de relation médecin pharmaciens", E4 L292 "y'a pas d'échange" proprement dit", E4 L294 ca serait bien qu'il se mette en relation avec cette pharmacie
		Nécessité d'améliorer les relations médecins/pharmaciens	E4 L312 "les échanges avec les médecins et pharmaciens car c'est rare et compliqué", E11 L407 "faudrait harmoniser...meilleur coordination médecin pharmacien soignant"
	Freins liés au métier du pharmacien	Les pharmaciens n'évaluent pas le risque CV	E3 L128 "je pense que c'est le médecin, en tout cas c'est pas nous"
		Manque de considération du pharmacien	E1 L92 "on n'est pas que des commerçants", E1 L93 "être commerçant c'est pas le but", E1 L144 "on est que pharmaciens on est pas médecins", E1 L257 "avant on était plus vendeurs de



			médicaments", E1 L258 "mais à un moment donné ça va quoi", E11 L123 "on a souvent l'image du commerçant ..et peut être pas assez du professionnel"
		Manque de temps du pharmacien	E1 L84 "on a pas toujours le temps", E1 L233 "ben le temps, être peut-être plus présent avec les patients", E1 L302 "on a plus le temps", E2 L173 "après faut avoir le temps", E3 L313 "le temps c'est toujours compliqué", E3 L315 "il faut qu'on s'organise pour pouvoir prendre le temps de tout lui expliquer", E3 L317 "mais le temps c'est quand même un facteur général", E3 L391 "c'est chornophage", E3 L394 "il faut avoir le temps", E3 L431 "à condition d'avoir le temps de le faire aussi...", E3 L456 " c'est vraiment le temps et la formation", E4 L390 "car c'est du temps qu'on passe", E5 L184 "organiser un minimum et sincèrement ici moi je suis le seul pharmacien ..", E5 L200 les difficultés c'est l'organisation, c'est le temps", E5 L425 "on nous en demande toujours plus", E7 L313 "on y consacre pas assez de temps il faudrait pouvoir se dire que une journée entière ou on fait du dépistage", E7 L320 "nous au quotidien c'est compliqué", E8 L254 "on a une limite de temps", E8 L348 "dans la limite du temps qu'on a", E8 L371 "c'est surtout le temps", E8 L378 "on est tous overbooké", E10 L264 "il faut avoir un peu le temps de faire tout ça", E10 L313 "les difficultés d'exercice seul ...on fait comment techniquement", E10 L323 "comment on s'organise dans notre quotidien", E10 L325 "on court tous après le temps", E11 L439 "surcharge de travail", E11 L441 "on a pas toujours le temps nécessaire", E11 L487 "c'est a dire de dégager du temps, euh.."
		Surcharge de travail du pharmacien	E1 L86 "on fait plein de choses tout le temps", E11 L490 le soucisc'est le temps..ils nous développent de nouvelles missions"
			E1 L55 "conseils qui devraient être payants", E1 L87 "on n'est jamais rémunérés", E5 L425 "on nous en demande toujours plus pour toujours moins", E5 L429 "le temps et l'argent oui", L432 "il faut



		Manque de rémunération du pharmacien	repenser le système de rémunération", L455, L459, L469 "c'est 3/4 d'heure qui ne sont pas rémunérés", L543 "marge qui diminue tous les mois", L553 "si on nous rémunère à la hauteur des efforts qu'on fait ça ira", E6 L598 "est ce qu'on doit faire tout ça gratuitement ou pas puisque ça nous prend du temps", E7 L328 "si on fait ce travail il faut aussi que ce soit reconnu", L343, L346 "la rémunération euh..pour le temps passé", E8 L252 "y'a beaucoup de choses qu'on fait sans rémunération", L312 "vous voyez c'est quand même pas la panacée", E10 L357 "on attend pas grand chose financièrement..", E11 L487 "un minimum de rémunération"
		Dossier médical non accessible	E4 L306 "on ne peut pas consulter le dossier médical"
		temps administratif trop conséquent	E5 L436 "c'est pas gérable c'est l'administratif aussi", L441 "l'administratif nous épuise", L461 "remplir les trucs.. c'est impossible, je n'y arrive pas", L547 "je finis à 20h30 parce que j'ai de l'administratif"
		discussions plus faciles avec le médecin	E1 L147 "... d'autres préfèrent le médecin", E3 L221 "y'en a qui seront plus sensibles au discours du médecin"
	Freins modifiables par le pharmacien	Peu de discussion de prévention des MCV	E4 L4 "prévention cardiaque, ben y'en a pas vraiment à ce sujet", E7 L148 "on a pas très souvent ce dialogue là avec les patients quoi"
		Informations trop nombreuses	E5 L311 "quand y'a trop d'infos, y'a plus d'informations, c'est noyé", E6 L521 "je pense qu'il y'en a trop, c'est un peu noyé", L526, L550 "pour qu'on prête attention ...faut pas que ça soit trop souvent"
		Manque d'éducation sanitaire/ prévention CV trop tardive	E7 L250 "je pense qu'on le fait trop tard, la prévention ça devrait arriver plus tôt", E9 L421 "ils ne sont pas éduqués"
		Un temps de discussion insuffisant entraîne un échec	E3 L99 "si on a pas le temps pour faire passer le message, le message passe pas et c'est l'échec"
		Manque d'organisation/ communication pour la prévention	E6 L545 "c'est pas organisé du tout", E10 L103 "ce qu'il manque c'est la communication grand public", L108 "le commun des mortels ne sait pas que c'est en officine", L111 "je pense qu'on manque de visibilité là dessus", L118 "une vraie difficulté c'est vraiment la communication et comment capter les pers à risques"



		Manque d'éducation thérapeutique	E4 L213 "souvent quand ils arrivent ici, ils ne savent pas ce qu'ils ont", E7 L179 "mauvaise information des patients", E10 L244 "on a peut être pas assez été explicatif dans nos traitements", L260 "le manque d'information", E11 L364 "ils sortent de chez le médecin ils ne savent pas pourquoi on leur a donné ce médicament"
		Absence de démarche personnelle	E3 L96 "si il n'y a pas de démarche personnelle ..difficile à faire passer"
		Absence de prévention primaire en pharmacie	E9 L5 "le problème de la pharmacie, c'est qu'on les voit souvent une fois que la maladie est installée", L10 "prévention elle même moi j'en fais pas dans le cadre des MCV", L61 "on intervient une fois que le diagnostic a vraiment été posé par le médecin", E10 L162 "dans la réalité on le fait pas vraiment , c'est difficile à aborder", L178 "recruter des gens indemnes de toute patho c'est compliqué"
		Manque de formation sur les MCV	E2 L173 "peut être aussi être formés la dessus", E3 L391 "on est pas forcément hyper formés"
Les patients	Catégories de patients plus à risque de MCV	Patients diabétiques	E2 L61 "groupes à risques . les diabétiques", E4 L166 "les diabétiques", E5 L58 "ceux qui sont ... diabétiques ..on en a à la pelle", E6 L414 "les diabétiques ils apprennent l'autonomie", E11 L3 "patient diabétique"
		Patients hypertendus	E2 L63 "groupes à risques ... les hypertendus", E4 L158 "on va dire les personnes obèses, d'une certaine corpulence, ceux qu'ont l'hypertension artérielle", L168 "des hypertendus", E5 L58 "ceux qui sont ...hypertendus ..on en a à la pelle",
		Patients obèses ou en surpoids	E2 L63 "groupes à risques ... les patients en surpoids", E4 L158 "on va dire les personnes obèses, d'une certaine corpulence, ceux qu'ont l'hypertension artérielle", L168 "gens d'une certaine corpulence", E5 L58 "ceux qui sont ...en surpoids ..on en a à la pelle", E6 L5 "prennent un peu emboupoint ..prise de poids", E10 L155 "les gens à risques ..les bien portants", L209 "gens en surpoids"
		Patients âgés plus à risque CV	E6 L5 "on va la retrouver chez les personnes qui comment à vieillir", L237



	Les MCV touchent une population variée	E3 L185 "pathologies qui touchent un ensemble varié de population"
	Population aisée touchée par les MCV	E3 L190 "toutes les classes, les autentrepreneurs, les chefs d'entreprises"
	Populations plus précaires touchées par les MCV	E3 L191 "touche toutes les classes ..inactifs, gens qui ont une mauvaise hygiène de vie", E6 L240 "pas tres favorisé ...pas mal d'ouvriers . mange pas sainement", L250 "y'a un peu de misère rurale c'est pas la meme chose qu'en ville"
	Les MCV touchent toutes les classes de population	E3 L187 "touche toutes les classes de la population", L190 "toutes les classes, les autentrepreneurs, les chefs d'entreprises, les fumeurs, les inactifs"
	Groupes à risque CV	E2 L55 "les principaux groupes à risques", L67 "eux qui sont à risques", E7 L163 "des personnes qui sont diabétiques plus jeunes que d'habitudes", E10 L156 "ils passent un peu à la trappe", L209 "gens de plsu de 50ans, gens en surpoids, fumeurs , gens isolés"
	Hypertension artérielle (HTA)	E2 L18 "conseil ...sur l'hypertension artérielle", E3 L82 "on va réfléchir sur comment agir ..sur l'hypertension artérielle", I462 "la tension artérielle", E4 L112 "hypertension artérielle", E5 L116 "alors sur la tension", E6 L330 pour la tension", L333, E7 L158 un traitement pour l'hypertension"
	MCV	E5 L6 "si la personne a déjà une certaine pathologie, à ce moment là on donne des conseils", L124 "selon les pathologies", L244, L293 "une grosse pathologie"
	FR CV	E3 L360 "prendre un dolirhume co alors qu'il a des risques cv", E5 L4 "on est devant



			des FDR... la difficulté c'est d'amener le patient à ce sujet",
		Sexe masculin plus à risque CV	E5 L162 "moi je dirai les hommes", L164 "peut être plus d'hommes en insuffisance cardiaque"
	Catégorie de patient moins à risque de MCV	Patients jeunes moins concernés par les MCV	E9 L344 "les plus jeunes ..ne sont peut être pas les plus concernés"
	Catégorie de patients moins atteints par la prévention CV	Ouvriers d'usine moins sensibilisés	E5 L297 "n'ont pas accès aux informations ..beaucoup de gens ici travaillent à l'usine qui n'ont pas forcément accès"
		Groupes à risques non atteints par la prévention	E2 L78 "je ne pense pas qu'ils soient particulièrement atteints par la prévention", E7 L170 "faut aussi que ces gens la tombent dessus", E10 L118 "et comment capter ces personnes la éventuellement à risques "
		Patients exclus du système de soins	E3 L114 "gens exclus du système de santé ...seront pas intégrés au système", L121 "les gens qui sont chez eux, qui refusent de voir un professionnel de santé, ça les touche pas quoi"
		Agriculteurs moins touchés par les messages de prévention	E3 L187 "c'est peut être dans l'agriculture qu'il y a le moins de prévention", E5 L284 "agriculteurs qui ne sont pas sensibilisés au risque"
	Freins propres aux patients	Appréhension du patient	E1 L59 "ils osent pas tout nous raconter"
		Patients non réceptifs	E1 L134 "certains n'ont pas du tout envie d'écouter", E11 L282 "patients qui ont plus de 70ans ils sont pas réceptifs"
		Manque de temps du patient	E3 L373 "parfois ils ont pas le temps"
		Manque de connaissance du patient	E4 L55 "avec l'ordre des pharmaciens, on a des campagnes"
		Difficulté d'adhésion du patient	E2 L98 "difficultés ... de les impliquer la dedans"
		Patients qui ne consultent pas	E5 L278 "on a quand même pas mal de gens qui n'ont pas l'habitude de consulter", E6 L275 "y'a des gens hors du circuit qui ne vont jamais voir le médecin"
		Patients insouciants/fatalité	E5 L302 "c'est pour les autres", L307 "pensent que ça ne les concerne pas", L351 "ben oui maintenant tout le monde a un traitement", L530 "voilà c'est familial ..pourquoi j'y échapperai", E6 L23 "pour l'instant je prends le risque", L363 "faut bien mourir de quelque chose", L570 vont voir le vieux qui a toujours fumé et qui est toujours



			vivant", E7 L47 "n'ont pas forcément conscience des risques qu'ils encourent", L53 "ca m'arrivera peut être pas quoi", E8 L146 "n'ont pas conscience du risque", L352 les autes sont malades c'est pas nous", L353 "j'ai toujours bu moi et je suis pas malade", E9 L332 "mon père avait de l'hypertension moi j'aurais de l'hypertension c'est comme ca", L352 "mes parents avaient ça donc j'aurais moi", E10 L214 "les gens de se souvient pas trop", L216 "ca c'est pas pour moi"
		Patients voulant une médecine parallèle	E3 L116 "gens..qui vont vouloir une médecine parallèle", L413 "y'a par contre la croyance dans la médecine parallèle", L415 "y'a des rebouteux ici",
		Suivi médical irrégulier	E2 L58 "personnes qui ne consultent pas régulièrement leur médecin traitant", L64 "si on a pas l'habitude de consulter son médecin régulièrement"
		Prise de conscience après un événement CV	E5 L345 "qui ont fait vraiment le pépin, ...sont très observants", E6 L324 "c'est en prévention seconaire qu'ils sont sensibilisés", E7 L30 "la personne nous dit voilà j'ai une prise de sagn avec un taux de cholestérol qui m'inquiete", L43 "les personnes qui ont eu des pb c'est à dire des infzarctus ..sont un peu plus à l'écoute", L352 "après avoir eu un infarctus ..mettent en place des activités physiques", E8 L144 "faire de la prévention ce n'est pas toujours facile tant que les gens n'ont pas eu de problème", E11 L158 "une première hospitalisation ou un petit accident, une phlébite..du coup ils ont été senbilisés", L167 "es gensqui ont eu des petites alertes", L284 "la seule chose qui va toucher ces gens c'est l'alerte"
		Nécessité d'être dans le parcours de soins	E3 L112 "ne sont pas exclus du système de santé, c'est à dire que les gens qui sont déjà dans le parcours", L114 "gens exclus du système de santé ...seront pas intégrés au système"
		difficultés de compréhension des FRCV	E3 L171 "c'est pas quelque chose qui est palpable", L172 "quand on a des fdr ..n'apa sforcément conscience"
		Manque de motivation	E3 L94 "un patient qui n'a pas envie d'arreter de fumer", L97 "si ya pas une motivation c'est quand même difficile, L104



			"hyper compliqué de motiver quelqu'un à arreter de fumer"
Freins liés à l'observance	Conséquences d'une mauvaise observance		E1 L195 "sinon il va y avoir un effet rebond"
	Mauvaise observance thérapeutique par peur d'effets indésirables		E1 L180 "elle voulait pas donner les médicaments à son mari car elle a vu que...", E7 L203 "parce qu'il y'a trop d'effets 2ndr qui prennent plus leur traitement", E9 L252 "diurétiques ..parce que ca les gêne", E10 L193 "diurétiques et hypercholestérolémiant ..c'est bizarre y'en a toujours trop..vue leurs mauvaises pub", L200 " il me fait faire pipi tout le temps", L201 "douleurs musculaires"
	Difficultés de l'observance		E2 L97 "les difficultés ben ca seraient ... de leurs faire comprendre"
	Mauvaise observance thérapeutique		E4 L182 "certains médicaments qu'ils ne vont pas prendre", L230 "ils vont prendre le traitement pendant un mois ..pas d'amélioration, ils arrêtent", L376 "les patients asthmatiques ne font pas bien le traitement", E6 L360 " "je vois pas l'intérêt de prendre les médicaments", E10 L243 "en général ils sont pas très observants", E11 L252 "pas forcément une bonne observance"
	Polymédication, frein à l'observance		E6 L370 "y'a trop de médicaments", L372 "trop de comprimés ca les barbe", L374, E11 L248 patient de plus de 70ans polymédiqués..qui font plus attention", L326 "c'est trop compliqué, l'âge les troubles cognitifs, la polymédication..", L346 "l'impression de bouffer des médicaments"
	Iatrogénie		E1 L62 "les mélanges ça peut arriver dans les médicaments"
	Patients non observants		E2 L59 "font pas spécialement attention à leur maladie", L91 "l'observance.. Je pense qu'elle est plutôt mauvaise", E3 L231 "le kardégic je le prends un jour sur 4", L236 "ca reste une minorité"
	Observance de courte durée		E8 L359 "sur le coup on fait attention mais ca ne dure pas longtemps"
Médecin traitant	Manque de médecin traitant		E3 L299 " on est en carence de médecins", E4 L273 "pas assez de médecin", E5 L131 "parce que les médecins dans nos régions sont débordés", E6 L289 "gens qui n'ont plus de médecin généraliste", L433 "dans le pays cob il peut y a voir un manque de médecins", L434 "avoir un médecin référent"



Système de Soins			c'est pas évident", L439
		Médecins débordés	E3 L302 "c'est vrai que quand il voit 45 ou 50 patients dans la journée", E8 L378 "on est tous overbooké"
		Manque de temps du médecin	E3 L303 " quand il voir 45 ou 50 patients ...il peut pas non plus tout bien faire avec ses patients", L308 "le temps disponible de médecin en tout cas, pour moi c'est une limite",L348 " ca serait bien que les médecins voient moins de gens mais les voient mieux", E7 L51 " est ce que lui il prend le temps aussi d'informerle patient suffisamment longtemps", L361 "le temps qui manque, les médecins ont bcp de patients à voir ..peuvent pas rester 1h avec chaque patient", E8 L378 "on est tous overbooké", E9 L367 "le médecin ben souvent il est débordé", L387 "souvent n'est pas joignable" L391 "médecins sont débordés, E11 L213 "pas rendez vous avant 3 semaines"
		Long délai pour un rendez-vous médical	E5 L365 "difficulté..pour avoir un rdv chez le médecin c'est une semaine", L373
	Spécialistes	Manque de spécialistes	E6 L439 "pas assez de médecin spécialiste", L441, l447 "délai long pour rdv chez spécialiste"
	Cardiologue	Manque de cardiologue	E4 L275 "ya pas assez de cardiologue", E6 L197 "trouver un cardiologue c'est compliqué..un rdv c'est 3/4 mois", L202, L206
		Vision non globale du cardiologue	E5 L270 "les cardio oublient que le patient c'est pas uniquement un cœur"
	Disparité du personnel médical	Répartition inégale des professionnels de santé	E2 L120 "moins riche de ce côté la que dans certaines régions"
		désert médical	E2 L117 "zone un peu dépourvue de professionnels de santé"
	Communication/ collaboration entre professionnels de santé	Manque de communication entre professionnels de santé	E6 L468"plus de communication entre les différents partenaires de santé ..entre médecins pharmaciens infirmières", L472 "on a l'impression qu'entre l'hospital et la ville il n'y a aucune communication", E7 L369 "l'équipe de la maison médicale ..il n'ya pas de partage à ce niveau la", E10 L292 "gros problème de communication entre l'hospital et la ville", E11 L217 "il n'y a aucune réseau organisé entre le MT, les cardios et les pharmaciens ou les IDE"
Manque de collaboration pour la prévention		E6 L542 "ca peut etre interessant si c'était pas chacun dans son coin", E8	



			L246 "mieux communiquer entre nous déjà", E11 L408 "faudrait harmoniser les pratiques médicales"
	Sécurité sociale	Absence de prise en charge par la sécurité sociale	E1 L88 "si ça passe pas par la sécu on n'a jamais rien"
	ARS	Absence de visite de l'ARS	E3 L66 "ca fait longtemps qu'une personne de l'ARS est passée me voir ...j'ai jamais vu en tout cas"
	Limites du système de soins	Limites du système de soins	L117 "au niveau local, limites ...zone dépourvue de professionnels"
Modes de vie	Influences culturelles	Influences culturelles	E1 L284 "génération ou on est moins ancré cuisine au beurre"
		Beurre (salé)	E3 L403 "le beurre salé, c'est un pays quand même avec des paysans ..bonne bouffe charcuterie chasse ..", E4 L15 "ici les bretons ils mangent beaucoup de beurre, L17, L337 "ah c'est terrible ce beurre salé"
		Alimentation grasse	E4 L17 "ils font la cuisine avec le beurre", E8 L356 "vivre sans beurre c'est pas possible", L363 "cuisine au beurre ..on mange n'importe quoi", E9 L304 "on mange énormément de beurre", E11 L460 justement le beurre ..", L460 "tout ce qui est suacisse bretonne", L461 "beaucoup de cochons", L472 "du gras", L479 "demie livre de beurre"
		Alimentation salée	E4 L346 "repasser du beurre salé au beurre doux c'est pas possible", E9 L292 "nous bretons on a une alimentation salée", L304 "moi mes grands parents et mes parents ont été élevés au sel"
		Mauvaises habitudes alimentaires	E3 L403 traditions de bonne bouffe, charcuterie, de chasse, de beurre salé ..eug d'alcool aussi", L405 "alimentation qui est grasse, riche", E4 L14 "les matières grasses", E5 L286 "pas compris que le jour ou ils ne sont plus en activité ils ne faut pas manger autant", L520 l'alimentation est trop riche et trop grasse", E6 L152 pays cob ..gens n'envisagent pas un repa sans beurre", L559 "la cuisine au beurre", E7 L260 "problème d'alimentation chez les jeunes", E8 L365 "c'est difficile de s'en défaire", E9 L307 "c'est les habitudes alimentaires", L324 "étudiants mangent n'importe quoi ...fast food, produits préparés", E10 L34 L64 "les bretons ici du



			pays COB c'est une demie livre de beurre par jour", L249 "ne font plus attention a la facon dont ils mangent", E11 L475 "créêpoes, gateaux..", L479 kig ha farz, L482 "mal bouffe est assez délètere dans le pays cob" 4 "moi je veux mon pain blanc"
Zone géographique/ lieu de vie	Zone isolée		E2 L117 "au niveau local, limites ...zone dépourvue de professionnels"
	Milieu urbain		E3 L150 "a lorient", E6 L250 "y'a un peu de misère rurale c'est pas la meme chose qu'en ville, L457 "ya des choses qui sont proposées en ville qu'il n'y a pas à la campagne"
	Milieu rural		E3 L150 "a carhaix, a pontivy .." , L187 "c'est peut être dans l'agriculture qu'il y a le moins de prévention", L403 "c'est un pays quand même avec des paysans ..bonne bouffe charcuterie chasse ..", E6 L250 "y'a un peu de misère rurale c'est pas la meme chose qu'en ville"
	éloignement géographique, frein à la prévention		E6 L451 "à l'hopital ya des consultations ..mais ici c'est trop loin pour y aller, les gens n'y vont pas", L456
	Isolement		E5 L281 "les personnes qui vivent seules et qui voient personne.. ce sont pas pour autant les plus à risques CV , E6 L262 "l isolement ca aide pas", E10 L210 "gens isolés probablement"
	Influence du climat		E6 L226 "quand il pleut comme depuis un mois ..", L229 "jardiner..faut qu il fasse beau"
Type de population	Sédentaires		E5 L58 "ceux qui sont ... sédentaires ..on en a à la pelle", L292
	Population vieillissante		E7 L155 "on a une population qui est quand même plutot vieillissante"
	Population précaire		E3 L406 "c'est pas non plus une population qui est très riche, voilà c'est une population fragile"
Tabac	Tabagisme actif		E1 L8 "Le tabac aussi", L36 "c'était un fumeur", E2 L5 "consommation de cigarettes", L85 "discuter avec lui de sa consommation de tabac", E3 L103 "tabac", L191 "les fumeurs", L200 "gens ..qui fument", L406 y'a du tabagisme aussi beaucoup", L462 "le tabac", E4 L28 "ceux qui fument je ne leur interdis pas de fumer, je leur dis de diminuer leur consommation", E5



			L15 "les gens qui veulent arreter de fumer", L17 "arreter de fumer", L58 "ceux qui sont fumeurs" ..on en a à la pelle", E6 L165 "bon après y'a le tabac", E8 L136 "les groupes à risques ce sont les gros fumeurs", E9 L57 "est ce que vous fumez?", L157 "fumeurs", E10 L59 "le tabac", E11 L68" ensiute bon il ya le tabac"
		Effets néfastes (du tabac)	E1 L9 "comment ça peut leur nuire", L38 "je lui ai expliqué les méfaits", L42 "ne pas être encombré", E7 L283 "le tabac et le cancer"
		Manque de volonté (arrêt du tabac)	E2 L38 "qui avait pas tellement envie"
		Tabac	E4 L25 "la cigarette", L79 "oui, et le tabac"
L'alimentation (sortie du contexte culturel)		Excès alimentaires	E3 L200 "gens qui ont fdr cv ... gens qui se font plaisir à tous les repas", L403 "c'est un pays quand même avec des paysans ..bonne bouffe charcuterie chasse .."
		L'alimentation	E4 L10 "c'est plus l'alimentation", L14, L61 "les spot qu'on a c'est sur l'alimentation", L107 "alimentation, ils disent toujours ce qu'ils mangent mais entre guillemets c'est pas vrai"
		Manque de détails sur les produits alimentaires	E7 L423 "peut être des choses à faire ..au niveau des affichages dans l'alimentation, L427 "devrait y avoir un code couleur "
Alcool		Alcool	E3 L403"incitant a arret le tabac,.. Voir si y a un peu d'alcool", E7 L378 " bcp de personnes qui boivent en Bretagne", E8 L136 "les groupes à risques ce sont les .. gros buveurs", L353 "j'ai toujours bu moi et je suis pas malade", E10 L211 "gros taux d'alcoolisme"
Surpoids		Surpoids	E5 L47 "c'est des questions de poids ..ils se sentent en excès"
Cholestérol		Cholestérol	E6 L334 "cholesterol, celui la ils l'oublient facilement", E7 L12 "pour le cholestérol", L14, L31"limiter le cholesterol et passer aux statines", L60, E9 L147 "en surveillant le cholestérol", L278
Diabète		Diabète	E3 L290 "quantifiable ; ce genre de choses la, donc régime, mesure de tension, diabète", L291, L339, E5 L75 "pour le diabète", 103, L112,L166, L178, L243, L382, E7 L11 "un traitement pour le diabète", L42 "va venir s'additionner à un traitement pour le diabète", L60, L158 E8 L156, L356 "vivre sans beurre c'est pas



			possible", E10 L60 "le diabète on fait des dépistages"
	Maladies insidieuses	Maladies insidieuses	E2 L64 "un peu silencieuses"
	Hygiène de vie	Impact néfaste d'une mauvaise hygiène de vie	E3 L193 "gens qui ont mauvaise hygiène de vie sont les populations les plus à risques"
	Entourage	Influence néfaste de l'entourage	E3 L257 "a décidé que le kardégic il le prendrait que tous les 3 jours ...surtout si le beau frère fait pareil", L259 "mon beau frère m'a dit que son médecin ..."
Freins aux campagnes/ programmes de prévention	Manque de programmes de prévention nationaux et locaux	Manque de programme de prévention des MCV	E4 L268" y'a pas assez de programmes", L269 "y'ne a pas assez", L271 "manque de programme oui"
		Manque voire absence de campagne locale	E2 L30 "ce n'est pas spécifique au pays COB", E3 L83"locales, non", E6 L80 "non rien n'a été mis en place", E7 L121 "j'ai pas du tout d'informations sur quelque chose qui soit spécifique au secteur",L125 "mais cardiovasculaire non y'a jamais", L171 " je suis pas sur qu'il y ait vraiment grand chose", E8 L59 "bah pas spécialement", L61 "pour les MCV ..pays COB, euh non y'a rien de spécial", L76 "pas de particulière au pays COB", E10 L85 "c'est pas spécifique au pays COB", L98 "je ne pense pas qu'il y ait de chose spécifiques pour les MCV", L100 "CV?non je ne vois pas", E11 L98 "non au niveau régional", L115 "pas que je sache ..j'en connais pas en tout cas au niveau du pays cob"
	Manque d'efficacité des programmes de prévention	Echec des campagnes si pas de nouveauté	E6 L107"comme y'avait pas de nouveauté ca leur a pas plu", L113 "pas refaire tous les ans la meme chose"
		Manque d'efficacité des programmes de prévention	E8 L338 "les patients je pense qu'ils ne se sentent pas concernés toujours", E10 L213 "on arrive pas à faire le lien entre les campagnes de prévention et les gens à risques", E11 L288 "messages de prévention je trouve que ca les touche pas tellement", L425 "c'est vécu comme du blabla"
		Absence de stratégie d'autonomisation	E4 L241 "ya rien qui existe actuellement"
	Manque de promotion des programmes de prévention	Programme de santé non connu	E2 L26 "j'en ai pas connaissance", L30 " des programmes, j'en ai pas qui me viennent à l'esprit la"
		Programme de promotion	E2 L25 "programmes", E6 L77 "non y'a rien"



		de la santé (absence)	de spécifique"
--	--	-----------------------	----------------

SERMENT D'HIPPOCRATE



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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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



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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Serment prononcé par le Docteur de Lajudie Pierre-Philippe

Le 17 décembre 2020

Pour l'ordre national des médecins

Le médecin



De Lajudie Pierre Philippe – Etude qualitative des freins à la prévention primaire des maladies cardiovasculaires en Pays Centre Ouest Bretagne selon des pharmaciens installés

Mots clés : Maladies cardiovasculaires, prévention primaire cardiovasculaire, freins, projet SPICES, pays COB.

Introduction : Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la principale cause de décès à l'échelle mondiale. Les MCV résultent d'une association de facteurs de risques cardiovasculaires (FDRCV). La prévention primaire a montré son efficacité pour lutter contre les MCV. Le projet SPICES est un projet international, qui vise à mettre en place un programme de prévention des MCV (PMCV). Un état des lieux de la prévention des MCV a ainsi été réalisé. L'objectif de ce travail était de repérer les freins à cette prévention selon des pharmaciens installés dans le pays Centre Ouest Bretagne (COB).

Matériel et méthode : Une étude qualitative par entretiens semi structurés réalisés auprès de pharmaciens du pays COB a été réalisée, selon un échantillonnage raisonné. Les entretiens ont été retranscrits puis codés en double aveugle ont été poursuivis jusqu'à saturation théorique des données. Une analyse thématique a été réalisée.

Résultats : onze pharmaciens ont été interrogés. 5 thèmes sont apparus : les pharmaciens et leur métier, les patients, le système de soins et ses limites, l'influence selon les modes de vie et les freins aux campagnes/ programmes de prévention.

Conclusion : Les pharmaciens évaluaient quotidiennement le risque cardiovasculaire en officine même s'ils n'en avaient pas toujours conscience. Une revalorisation financière pour le temps passé à réaliser cette prévention en officine serait appréciée des pharmaciens. Un manque de communication et de collaboration entre professionnels de santé a été constaté, de même qu'un manque de communication des soignants aux patients au sujet de la prévention. La PMCV devait cibler davantage les populations les plus défavorisées. Une étude miroir a décrit les facilitateurs à la prévention primaire des MCV. D'autres études qualitatives ont été réalisées auprès d'autres populations du pays COB. Ces états des lieux permettront d'adapter les interventions de PMCV du projet SPICES.

MOTS CLES : Maladies cardiovasculaires, prévention primaire cardiovasculaire, freins, projet SPICES, pays COB

JURY :

Président : - Professeur Bernard LE FLOCH
Membres : - Professeur Jean-Yves LE RESTE
- Docteur Delphine LE GOFF
- Professeur Benoît CHIRON



DATE DE SOUTENANCE : 17 décembre 2020