

PROGRAMME DE PREVENTION ET DE GESTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES



Sommaire

Introduction.....	2
Contexte.....	2
Méthode.....	3
Première partie : état des lieux	4
Enjeux épidémiologiques	4
Les réponses actuelles pour la prévention et pour le soin des MCV.....	10
Diagnostic partagé : repérage des difficultés et des points critiques	13
Deuxième partie : stratégies et références internationales.....	16
Stratégies populationnelles de prévention.....	16
Stratégie du haut risque : l'initiative HEARTS (OMS).....	16
Stratégie d'optimisation des parcours des patients.....	18
Prise en charge des épisodes ischémiques aigus.....	20
Troisième partie : stratégie et objectifs, mesures opérationnelles.....	22
Axes stratégiques et objectifs spécifiques.....	22
Tableau des résultats attendus	25
Déclinaison en mesures opérationnelles.....	26
Stratégie de mise en œuvre, partenariat et gouvernance.....	34
Conclusion.....	36
Abréviations.....	37
Références.....	38
Annexes : synthèses des visites et ateliers.....	40

INTRODUCTION

1. Contexte

Les maladies cardiovasculaires (MCV) constituent un fardeau important et croissant pour la santé publique du Maroc. Elles représentent la première cause de mortalité avec près d'un décès sur trois. Pour faire face à ce fléau, le Ministère de la Santé (MS), avec l'appui technique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a mobilisé une consultation internationale pour l'élaboration d'un programme de prévention et de gestion des MCV pour le Maroc pour la période 2018-2021.

Le périmètre du programme englobe les différents aspects de la santé cardiovasculaire : les déterminants et facteurs de risque cardiovasculaires, les maladies du cœur et des vaisseaux mais aussi les maladies cérébrovasculaires dont l'accident vasculaire cérébral (AVC). Il inclut toute l'étendue des réponses actuelles ou virtuelles : la prévention en amont, le dépistage et le suivi des facteurs de risque et maladies prédisposantes (HTA, cardiopathies rhumatismales, diabète principalement de type 2), les réponses en termes de soins à tous les niveaux, y compris aux stades avancés des maladies.

L'actuel projet de programme MCV concrétise un mouvement amorcé depuis plusieurs années dans la stratégie sectorielle du Ministère de la santé pour les périodes 2008-2012 puis 2012-2016, autour des maladies non transmissibles dont les MCV et le diabète.

Ce programme s'inscrit dans la stratégie de coopération entre l'OMS et le Maroc pour la période allant de 2017 à 2021. Il répond aux objectifs du Plan d'action mondial 2013-2020 de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT).

Le programme s'inscrit dans le sillage de plusieurs plans et actions récents au plan national avec un impact sur le secteur des maladies cardiovasculaires et notamment :

- Le Plan national de prévention et de contrôle du diabète 2010-2015
- Le Plan stratégique de prévention et de contrôle des maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle et rhumatisme articulaire aigu) 2010-2015
- Le plan cancer 2010-2019 qui comporte plusieurs mesures qui affecteront aussi les MCV et notamment celles qui ont trait à la lutte contre le tabagisme
- Le Programme Pour Résultats (PPR) d'amélioration de la santé primaire dans les zones rurales 2015-2018, qui comprend un sous-programme dédié aux MNT (renforcer la détection et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaire en milieu rural)
- La campagne 2016 de promotion des modes de vie sains

2. Méthode

L'état des lieux qui a formé la première phase du programme s'est appuyé sur trois principales sources :

- La consultation de données, études et documentation disponibles relatives à l'épidémiologie et à l'existant.
- Un constat sur le terrain, avec visite de sites et entretiens individuels et de groupe réalisés avec la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies (DELM) du Ministère de la Santé (point focal Dr RAHHAOUI) auprès de professionnels de santé au sein de 14 structures visitées en secteur rural et urbain : établissements de soins de santé primaires, services hospitaliers publics, clinique privée. Plusieurs entretiens ont aussi été réalisés auprès de patients et proches.
- Un diagnostic partagé qui s'est principalement dessiné lors d'un atelier réuni le 3 novembre 2017 avec 34 professionnels de santé multidisciplinaires de différents niveaux de soins (primaire, secondaire et tertiaire) et milieux d'exercice (urbain et rural). Ce diagnostic partagé s'est appuyé sur des regards croisés et des échanges interprofessionnels, impliquant aussi les sociétés et institutions parties prenantes (sociétés savantes, assurance-maladie, directions ministérielles, directions régionales ...).

La formulation des orientations stratégiques et du cadre logique a été alimentée par la convergence de trois démarches :

- La consultation de données scientifiques et les consensus internationaux relatifs aux stratégies de lutte contre les MCV
- La réunion à Rabat, d'un atelier interprofessionnel de préconisations stratégiques et opérationnelles, en date des 22 et 23 novembre 2017. Comme le précédent, cet atelier a réuni professionnels de santé multidisciplinaires de différents niveaux de soins (primaire, secondaire et tertiaire) et milieux d'exercice (urbain et rural) ainsi que les sociétés et institutions parties prenantes (sociétés savantes, assurance-maladie, directions ministérielles, directions régionales ...).
- Les échanges avec la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies et son point focal, le Dr RAHHAOUI.

PREMIERE PARTIE

ETAT DES LIEUX

1. Enjeux épidémiologiques

1.1 Les MCV dans le monde : un vaste ensemble qui représente une cause majeure de mortalité

Au niveau mondial, on estime que les maladies non transmissibles (MNT) entraînent chaque année 40 millions de décès – soit 70 % des 57 millions de décès survenus dans le monde (source OMS – 2017).

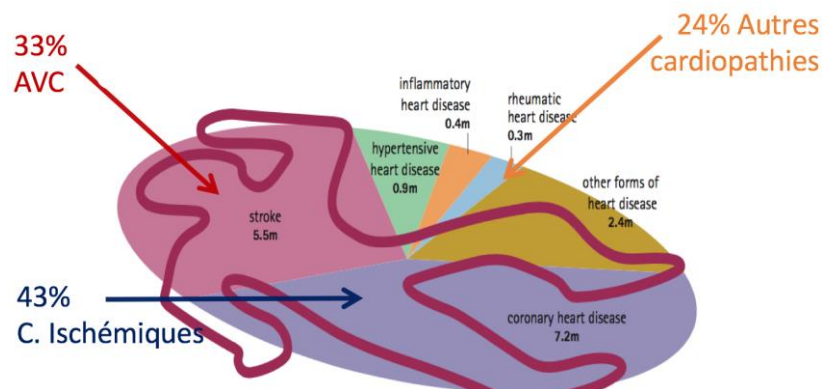
Parmi ces 40 millions de décès, 15 millions surviennent chez des personnes de 30 à 69 ans et 80% de cette mortalité prématurée survient dans les pays à revenu bas ou à revenu intermédiaire comme le Maroc.

Du point de vue de la mortalité, le groupe des maladies cardiovasculaires qui occasionne un décès sur 2 dans le monde et 17,7 millions de décès par an, loin devant le cancer (21 %) et les affections respiratoires chroniques (12 %) se présente comme un ensemble hétérogène de maladies touchant différents organes ou parties du corps - cœur, cerveau, vaisseaux périphériques, rein, organes sensoriels.

L'unité de ce groupe des MCV tient en un dénominateur commun, la dégradation de la physiologie circulatoire, dégradation qui se trouve largement mais non exclusivement sous la dépendance de déterminants de santé ou facteurs de risques modifiables : surpoids, sédentarité, anomalies lipidiques, diabète, hypertension artérielle, déterminants dont certains sont des maladies autonomes.

Les statistiques de mortalité mondiales désignent trois principaux sous-ensembles au sein du groupe MCV :

- Les cardiopathies ischémiques dont la forme aiguë est le syndrome coronarien aigu (SCA) représentent 43% de l'ensemble des décès par MCV au niveau mondial
- Les autres cardiopathies, insuffisances cardiaques et pathologies vasculaires (dont les cardiopathies hypertensives, rhumatismales, associées à des valvulopathies congénitales ou acquises, thromboemboliques, infectieuses, liées aux troubles du rythme ou de la conduction cardiaque ainsi que les artériopathies) : 24% des décès MCV
- La pathologie cérébrovasculaire dont la forme aiguë est l'accident vasculaire cérébral (AVC) représente 33% des décès par MCV. On peut rattacher à ce groupe toute la pathologie cérébrovasculaire chronique dont la partie des démences à composante vasculaire ou mixte (associée à la maladie d'alzheimer).



Source OMS 2014

1.2 Les MCV et la transition épidémiologique au Maroc : comparaisons internationales

Le Maroc se situe dans une position de transition épidémiologique avancée, avec 3 décès sur 4 imputables aux MNT et 1 décès sur 3 imputable aux MCV (34%). Il faut mentionner la part importante du diabète de type 2, considéré à la fois comme une maladie autonome et une maladie vasculaire ainsi qu'un facteur de risque majeur pour toutes les MCV et qui représente 12% des décès.

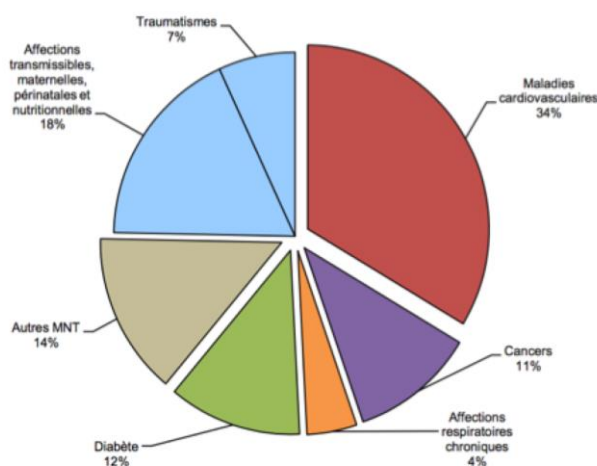
Finalement près d'un décès sur deux au Maroc est imputable aux MCV au sens large incluant le diabète. Ce qui place le Maroc, comme les autres pays du Maghreb parmi les pays les plus exposés au fardeau de mortalité cardiovasculaire et par diabète (pour la Tunisie, la mortalité cardiovasculaire représente 49% des décès et le diabète 5%, pour l'Algérie les chiffres sont respectivement de 41% et 7%).

Dans la transition épidémiologique, le Maroc se distingue de pays où le profil de mortalité est encore marqué par une très forte mortalité sur les composantes de mortalité infantile, nutritionnelle et infectieuse.

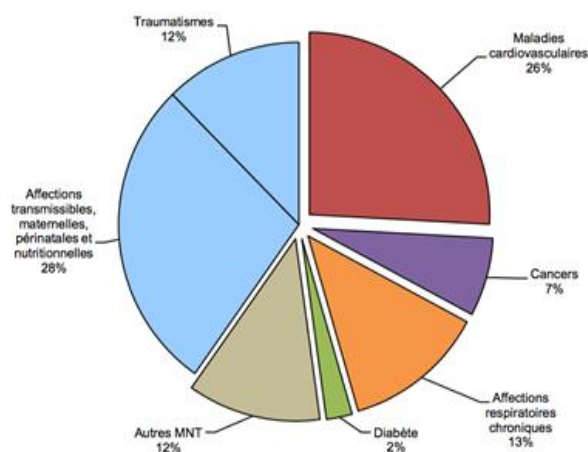
1.2.1 Comparaison avec l'Inde

- Les proportions des décès liés aux maladies transmissibles, maternelles et périnatales et nutritionnelles au Maroc et en Inde sont respectivement de 18% et 26%.
- L'espérance de vie à la naissance est sensiblement différente : 74,3 au Maroc versus 68,3 en Inde.
- Les proportions de décès liés aux MNT sont respectivement de 75% pour le Maroc et 60% pour l'Inde.

Le graphique ci-dessous illustre bien les stades différents atteints par ces deux pays dans la transition épidémiologique (source OMS 2014).



MAROC

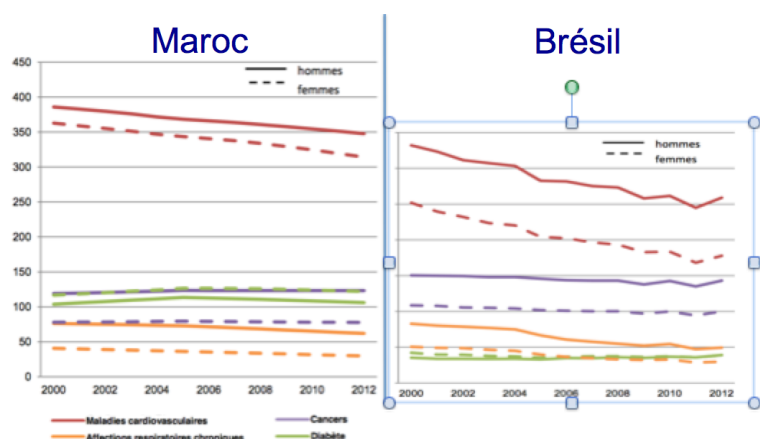


INDE

1.2.2 Comparaison avec le Brésil :

La structure de la mortalité par grandes causes au Maroc (et des autres pays du Maghreb), apparaît proche de celle du Brésil, avec les mêmes parts relatives des MNT et des MCV dans les statistiques de causes de décès.

En revanche, en termes de tendance évolutive, il existe des différences sensibles entre le Maroc et le Brésil. Comme le montre le graphique ci-dessous pour la décennie 2000-2012, la baisse de la mortalité a été plus forte au Brésil (trait rouge continu pour les hommes et discontinu pour les femmes) :



Evolution comparée de la mortalité cardiovasculaires entre 2000 et 2012

. En taux standardisés de mortalité annuelle pour 100 000 h (courbe en rouge diabète non compris).

. La prise en compte du diabète (courbes en vert) accuse encore plus la différence.

Source OMS 2014

Ce graphique montre qu'en 2012, le Maroc se trouve dans une position analogue à celle du Brésil 12 ans plus tôt avec une situation encore plus préoccupante pour les femmes marocaines. L'explication de ce décalage demanderait un benchmark ou des recherches comparatives approfondies. Mais il faut noter un fait majeur qui accompagne cette tendance épidémiologique : pendant cette période, le Brésil a mis en place une stratégie de soins de santé primaire sur tout son territoire avec des moyens importants.

Soins de santé primaires et médecine de famille au Brésil depuis 1994

Au Brésil, la santé est un droit du citoyen depuis la Constitution fédérale de 1988. Depuis 1994, les soins de santé primaires forment la pierre angulaire et la porte d'entrée du système selon les principes définis par l'OMS à Alma-Ata (1978). Une stratégie de médecine de famille a été progressivement mise en place selon une approche territoriale et populationnelle et sous l'égide des municipalités : une équipe de santé de la famille se compose d'un médecin, d'une infirmière, de trois auxiliaires et de six agents communautaires de santé. 32.000 équipes de santé de la famille couvrent à peu près 93% des 5570 municipalités du Brésil.

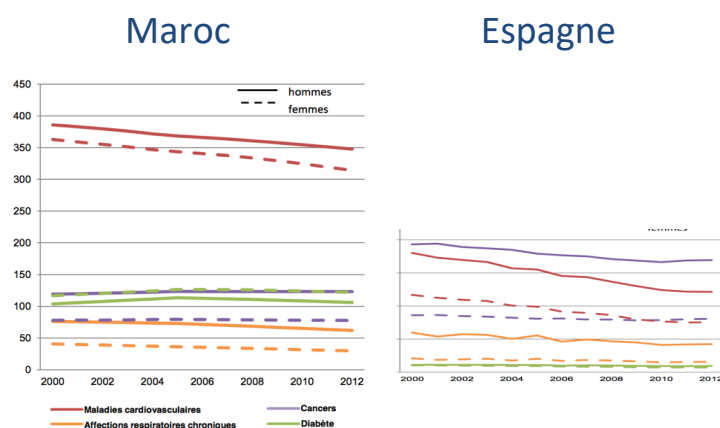
Cette approche de médecine de famille implique d'aller à la rencontre des personnes au sein des familles et dans leurs localités. Les agents de santé sont responsables du suivi d'environ 1000 familles chacun et doivent effectuer au moins une visite mensuelle à chaque famille. Il ne s'agit plus de soigner les malades, mais d'aider les gens à se maintenir en bonne santé et à favoriser, de plus en plus, l'autonomie et la responsabilité de l'individu pour sa propre santé et celle de la communauté. Différents sondages indiquent un taux assez élevé de satisfaction de la part des citoyens à l'égard du travail des équipes de santé de la famille, surtout dans les villes petites et de taille moyenne.

Les résultats sanitaires de cette stratégie ont été soulignés par l'OMS dès 2008 : la réduction importante de la mortalité infantile, l'augmentation de l'espérance de vie, la diminution des hospitalisations pour les maladies chroniques, la réduction du nombre de complications des maladies cardiovasculaires comptent parmi les meilleures réussites (D'après Dr Cupertino – 2014).

1.2.3 Comparaison avec les pays européens :

La comparaison du Maroc avec les pays de l'Europe occidentale, région où la transition épidémiologique est achevée, est intéressante si l'on se met dans une perspective d'évolution à moyen et long terme pour les MCV. Quelques indications chiffrées peuvent être données ici.

- Le poids des MCV dans la mortalité des pays d'Europe occidentale demeure très élevée avec 1 décès sur 3, ce qui est comparable à la proportion marocaine.
- Des différences importantes existent néanmoins en termes de niveaux de mortalité cardiovasculaire comme le montre le graphique ci-dessous qui compare le Maroc et l'Espagne :



Espagne (vs Maroc) :

.Espérance de vie 88,4 ans (74,3)
.92% décès sont dus aux MNT (74%)

Mortalité CV hommes :
.Espagne : 120 p.100 000
.Maroc : 350 p.100 000

Source OMS 2014

On constate ainsi que la mortalité cardiovasculaire est dramatiquement plus élevée au Maroc, cette différence étant encore plus marquée pour les femmes.

Cette comparaison suggère de rechercher les moyens pour accélérer la réduction du fardeau cardiovasculaire du Maroc en s'appuyant sur les stratégies de lutte qui ont fait la preuve de leur efficacité ailleurs.

1.3 Un fardeau sanitaire, social et économique majeur

Les maladies cardiovasculaires constituent un lourd fardeau de mortalité et ces statistiques de mortalité donnent une indication partielle et indirecte du fardeau de santé publique en termes de qualité de vie altérée et d'incapacités induites pesant sur la population.

Le fardeau semble peser plus lourd sur les milieux ruraux. Une étude coordonnée par YUSUF et conduite auprès de 156 000 personnes dans 17 pays répartis en trois niveaux de revenus (haut, intermédiaire et bas), constate des différences très importantes entre le milieu rural et urbain : la mortalité et la fréquence des événements CV majeurs sont doublées en milieu rural en comparaison du milieu urbain (NEJM, 08, 2014). Bien que le Maroc ne fasse pas partie de l'étude, il est licite de considérer que ce constat pour les pays à revenu intermédiaire lui est applicable.

A propos des conséquences économiques liées aux MCV : le reste à charge pour les ménages est élevée avec plus de la moitié des dépenses de santé laissées à la charge des ménages (54% en 2010). L'impact économique indirect est aussi important dans un pays où le soutien aux personnes fragilisées par l'âge, la maladie ou le handicap repose en grande partie sur une forte solidarité familiale.

La prise en charge des maladies à un stade avancé représente un coût sensible pour la sécurité sociale, la solidarité nationale et l'état. Une illustration du poids économique des maladies non transmissibles MNT est donnée par la proportion suivante issue des statistiques de l'assurance maladie obligatoire (AMO) en 2012 : 50% des dépenses du régime de l'assurance maladie obligatoire (AMO) vont vers 3% des affiliés.

Cette mobilisation de ressources au stade des maladies chroniques évoluées indique une évolution économique non soutenable si une prévention de ces maladies n'est pas accentuée. En effet, la plupart de ces maladies chroniques étant accessible à la prévention - ceci est particulièrement établi pour les maladies cardiovasculaires - il est essentiel d'amplifier l'effort sur la prévention.

L'allègement de ce fardeau aura donc des conséquences bénéfiques majeures pour la population en terme de santé mais aussi de mieux-être économique et social et d'équité selon les territoires. Cet allègement forme l'enjeu du programme de prévention et de gestion des MCV qui pourrait amorcer une nouvelle période de la lutte contre les MNT au Maroc.

1.4 Des facteurs de risque importants et cumulés

Les facteurs de risque des MCV sont répartis en deux catégories : les risques non modifiables (âge, sexe, hérédité) et les facteurs modifiables pour lesquels une action préventive ou correctrice est possible (RR=Risque Relatif).

- Tabac, facteur majeur pour les cardiopathies ischémiques (RR de 5 pour l'homme de 40 à 49 ans et RR de 8 pour la femme de 40 à 49 ans) mais aussi pour l'AVC (RRx3 et x5 respectivement pour hommes et femmes de 30 à 59 ans)
- Sédentarité RRx2 pour les cardiopathies ischémiques
- HTA facteur majeur pour l'AVC (avec un risque relatif multiplié par 7 - RRx7), l'infarctus du myocarde (RRx3), les artériopathies, l'insuffisance cardiaque
- Dyslipidémie (LDL élevé), RRx2 au moins, pour AVC et cardiopathies ischémiques
- Diabète, risque relatif accru pour toutes les MCV (RRx2 au moins)
- Obésité abdominale
- Alcool, dont l'impact n'est pas clairement quantifié mais dont l'usage abusif est un risque certain
- La pollution atmosphérique a aussi été identifiée comme facteur de risque cardiovasculaire
- Facteurs psychosociaux et stress

Le cumul des facteurs de risques chez une même personne crée un effet démultiplicateur. A titre d'exemple, le cumul de 4 facteurs de risque majeurs (tabac, diabète, HTA, hyper-LDL) n'aboutit pas à la somme de leurs RR respectifs (de l'ordre de 10) mais à un RR amplifié x42.

Les facteurs de risque majeurs des MCV sont présents au Maroc, dans des proportions comparables à ceux des pays du pourtour méditerranéen. L'enquête du Ministère de la Santé sur les facteurs de risque cardiovasculaires (2002) qui portait sur un échantillon significatif de marocains de plus de 20 ans enquêtés en 2000 fait encore référence.

Parmi les facteurs de risque majeurs pris en compte dans l'étude (HTA, Diabète, Tabagisme, Hypercholestérolémie et HDL bas, Obésité) on notait :

- Une prévalence de l'HTA sensiblement plus élevée au Maroc et touchant plus les femmes et le milieu rural
- Une prévalence déjà élevée du diabète (6, 6% avec 9% en milieu urbain) qui s'est certainement accrue (10% au niveau mondial en 2014),
- Une prévalence marquée de l'obésité chez les femmes, un tabagisme élevé chez hommes (exceptionnel chez les femmes)

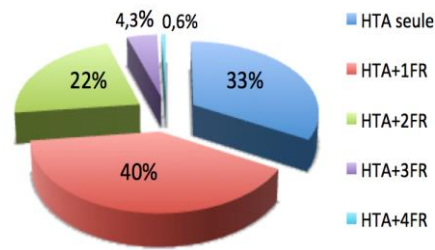
A propos des cumuls de risques qui sont les plus nocifs :

- 1 adulte sur 3 au Maroc présentait un seul facteur de risque majeur
- 1 adulte sur 3 présentait au moins 2 facteur de risque

A propos des cumuls de risque avec l'HTA :

- 2 hypertendus sur 3 avaient au moins un autre facteur de risque associé

- 1 hypertendu sur 4 avait au moins 2 autres facteur de risque associés



Tazi et coll. 2002

Le vieillissement démographique et l'accroissement de l'espérance de vie au Maroc expose inéluctablement à un accroissement des MCV, car l'âge est un FR important et non modifiable des MCV.

Il existe en revanche une potentialisation du fait de l'accroissement général des facteurs de risque tels que la sédentarité, l'obésité et le diabète et la perpétuation du tabagisme et de l'HTA. C'est le cumul de ces facteurs de risque qui forme le plus grand pourvoyeur épidémiologique. Le rôle de la pollution atmosphérique certainement sensible notamment dans les zones urbanisées mais encore mal évalué.

Le Maroc apparaît ainsi comme un pays marqué par une transition démographique et une transition épidémiologique avancées et, de ce fait, durablement exposé à l'impact des maladies chroniques non transmissibles, avec en premier lieu les maladies cardiovasculaires. La nouvelle étude de prévalence des facteurs de risques des MNT, lancée en 2017, apportera de précieux renseignements sur les tendances évolutives de ces dernières années.

2 Les réponses engagées en prévention et soins

2.1 Prévention et gestion des facteurs de risque : les programmes thématiques

Depuis plusieurs années, des programmes et actions de santé ont été mis en place autour des maladies cardiovasculaires et du diabète, au niveau national.

- Des actions de prévention et de promotion de la santé :

Plusieurs programmes nationaux de prévention et de promotion de santé ont été mis en place :

- Le programme national de lutte contre le tabac
- La stratégie nationale de la nutrition (DP)
- Une unité de promotion des modes de vie sains a été mise en place à la DELM

Plusieurs campagnes nationales ont été conduites :

- Les campagnes nationales de sensibilisation aux dangers du tabac
- La campagne nationale de communication sur le diabète (2015-2016)
- La campagne nationale pour les modes de vie sains en avril 2016 (activité physique, alimentation et tabagisme)

- Des programmes articulant prévention, dépistage et soins de santé primaire pour développer la lutte contre les facteurs de risques et maladies prédisposantes (diabète, HTA, RAA)

- Le plan stratégique de prévention et contrôle de l'HTA (1996)
- Le plan stratégique de prévention et contrôle du rhumatisme articulaire aigu (1996)
- Le plan national de prévention et contrôle de diabète (1995)

Ces programmes se sont traduits sur le terrain par le déploiement de mesures concrètes, analogues à celles qui ont pu être déployées avec efficacité sur d'autres thèmes tels la santé maternelle et infantile :

- La formulation des filières de soins pour l'HTA et le diabète, avec procédures de référence vers les niveaux de soins en fonction des besoins de soin
- La disponibilité d'une large palette de médicaments cardiovasculaires essentiels au niveau des Etablissements de soins de santé primaires ESSP : bêtabloquants, diurétiques, IEC et ARA2, statines, aspirine à faible dose, antidiabétiques oraux et insulines,
- La mise à disposition de brochures d'information sur les risques et les maladies pour les patients ainsi que de brochure de promotions de mode de vie sain (alimentation).
- Le plan de formation continue 2008-2012 en matière des MNT (HTA, diabète, santé mentale et RAA...)
- Le plan de formation continue 2016 en matière de prise en charge et de gestion de l'HTA (1300 professionnels formés en 2016)
- L'élaboration et la diffusion, à destination des professionnels de santé des ESSP, de logigrammes de diagnostic, d'aide à la décision thérapeutique et de suivi, l'HTA et le RAA.
- La réservation des plages horaires dédiés à la prise en charge et le suivi des aux MNT (et par conséquent bénéficiant aux patients MCV) au niveau des ESSP (circulaire du MS - 2009)
- Un plan d'équipement en matériels (tensiomètres électroniques, glucomètres, appareils d'hémoglobine glyquée) et une politique de généralisation des ECG accompagnée localement par la formation continue des médecins
- La mise en place de systèmes d'information pour le suivi de la performance des programmes sanitaires des MNT

2.2 La réponse du système de soins

En matière d'organisation du système de santé, « si des développements sont constatés au niveau des infrastructures, des inégalités subsistent, toutefois, entre les différentes régions du royaume ainsi qu'une insuffisance des ressources financières, une sous- utilisation des services curatifs et une limitation du taux d'hospitalisation qui peut s'expliquer en grande partie par la qualité des prestations offertes et une pénurie des ressources humaines à tous les niveaux » (Document conjoint Ministère de la Santé – OMS – *Marché de l'emploi et formation des professionnels de santé au Maroc* – Août 2017).

Pour les ressources humaines, de manière générale, « malgré les efforts consentis ces dernières années en matière de formation des médecins et du personnel infirmier, de sage-femme et de spécialistes en techniques de santé, le déficit en personnel de santé constitue un handicap majeur du système marocain de santé » (*idem*).

- Densité des professionnels de santé

La densité médicale, publique et privée est basse : 52 médecins pour 100 000 h, soit moins de la moitié de la densité moyenne mondiale (130/100 000h) et 6 fois moins que la région européenne (320/100 000h).

Les 17 121 médecins marocains se répartissent en :

- 48% en secteur public, 52% en secteur privé
- 48,5% de médecins généralistes, se répartissant eux-mêmes en :
 - 60% en secteur public
 - 40% en secteur privé

Les effectifs infirmiers apparaissent aussi insuffisants avec une densité de 85 infirmiers pour 100 000 H (environ 26 000 infirmiers pour l'ensemble du pays), ce qui donne un ratio atypique de 2 médecins pour 3 infirmiers.

La densité marocaine de professionnels de santé du Maroc est de 18 pour 10 000 habitants, en ne comptant que les médecins, infirmiers et sages-femmes. Ce chiffre est nettement inférieur au seuil de 23 pour 10 000 h en dessous duquel l'OMS estime « improbable » d'obtenir des taux de couverture convenables pour les interventions essentielles en matière de soins de santé primaires considérées comme prioritaires par les Objectifs du millénaire pour le développement (document OMS 2009).

La réponse amorcée par le Ministère de la santé consiste en un effort de formation de nouveaux professionnels pour tenter de compenser les départs en retraites massifs. Un objectif de 100 médecins pour 100 000 habitants a été énoncé pour l'horizon 2020.

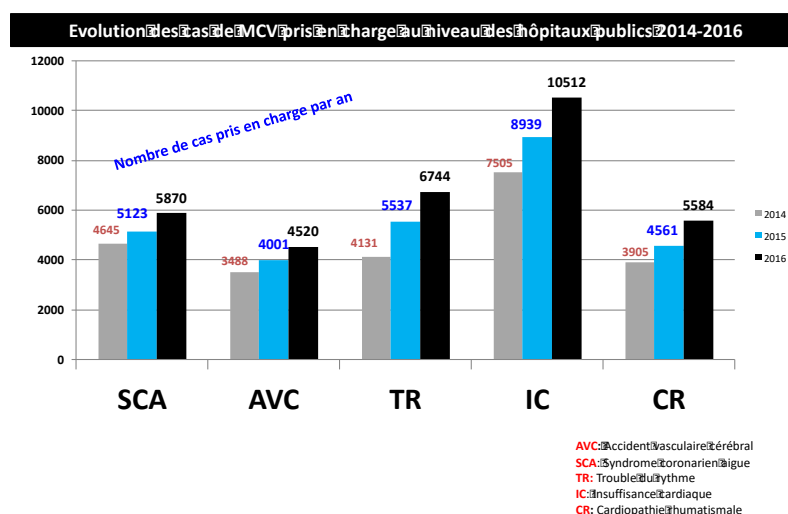
- Soins de santé primaire : le Maroc comporte un maillage du territoire avec 2759 Etablissements de Soins de Santé Primaires (ESSP) urbains et ruraux, répartis en deux catégories :
 - Le centre de santé (CS) de premier niveau assurant de manière médicalisée les soins préventifs et curatifs de proximité
 - Le centre de santé de deuxième niveau qui comporte une unité d'accouchement et qui peut être associé à une unité d'urgence médicale de proximité (UMP)
- Pour l'offre de soins cardiologique spécialisée, les données disponibles montrent que de nombreuses provinces ne disposent pas de coronarographie et cardiologie interventionnelle. La densité en cardiologue est faible (environ 1000 cardiologue pour tout le pays) avec une répartition est déséquilibrée : 2 cardiologues sur 3 exercent en secteur privé, 1 sur 4 en secteur public relevant du ministère de la santé ; 1 cardiologue sur 2 et 3 chirurgiens cardiovasculaires sur 4 exercent dans l'axe Casablanca et Rabat ce qui révèle une disparité territoriale importante.
- La capacité hospitalière globale du pays correspond à 32 000 lits se répartissant en deux secteurs :

- Un secteur public important relevant principalement du Ministère de la santé : 144 hôpitaux publics avec 22 075 lits, répartis pour les Hôpitaux du ministère de la santé en Hôpitaux Provinciaux, Régionaux et Centre Hospitalo-Universitaires (Chiffres de la santé – édition 2016).
- Un secteur privé composé de 373 cliniques privées avec 10 300 lits

On constate une sous-utilisation paradoxale des services curatifs des soins de santé primaires avec moins de 0,6 contact par personne par an et un taux d'hospitalisation dans les hôpitaux publics inférieur à 5 %. Cette sous-utilisation peut être expliquée par un sous-fonctionnement de ces centres en raison notamment de leur pénurie en ressources humaines.

Les textes réglementaires prévoient une régulation de la répartition territoriale de l'offre de soins sur une carte sanitaire ainsi que la mise en place de schémas régionaux de l'offre de soins (SROS). Les questions de démographie médicale et paramédicale sous-jacentes font l'objet d'études et de plans d'action au niveau des ministères concernés.

- Pour les MCV, les données d'activité du secteur public hospitalier, de 2014 à 2016, sont résumées dans le tableau ci-dessous :



On constate donc, pour l'hospitalisation publique :

- Une croissance d'activité de plus de 10% par an pour chaque catégorie de MCV
- La part importante des cardiopathies évoluées (insuffisances cardiaques)
- La persistance des cardiopathies rhumatismales à un niveau élevé
- La part élevée des troubles du rythme et de la conduction

Par ailleurs, on ne dispose pas actuellement de données d'activité analogues pour l'hospitalisation privée.

En conclusion de ce bref bilan de l'offre de prévention et de soin orientée vers les MCV, il apparaît que des réponses ont été nettement amorcées ces dernières années sur le plan de la prévention et des soins de santé primaire. Subsistent des difficultés majeures liées au manque de ressources humaines et de certaines réponses spécialisées cardiologiques et neurovasculaires (cathétérisme, cardiologie interventionnelle..) avec des difficultés liées à la répartition territoriale des structures hospitalières et des ressources humaines. Dans l'état, la réponse actuelle ne semble pas en mesure d'enrayer suffisamment le fardeau des maladies cardiovasculaires au Maroc.

3 Diagnostic partagé : difficultés et points critiques des parcours

3.1 Diagnostic partagé avec les professionnels

Des visites sur sites ont permis la rencontre de plusieurs professionnels de santé et responsables dans différents établissements. Ces visites et entretiens sont restitués en Annexe 1, sous forme de tableaux synthétiques autour de trois temps forts des parcours : 1/ prévention et gestion des facteurs de risque au niveau des ESSP ; 2/ gestion de la phase aiguë et de l'urgence impliquant les établissements hospitaliers ; 3/ organisation du suivi de proximité des patients au stade de la maladie chronique parfois sévère.

Les conclusions de l'atelier de diagnostic partagé qui s'est déroulé à Rabat le 3 novembre 2017 convergent avec les constats des difficultés sur le terrain. Cet atelier a associé des compétences variées issues de différentes organisations, métiers et territoires. La méthode a consisté en regards croisés autour des trois principaux types de parcours principaux de MCV :

- cardiopathies ischémiques
- insuffisances cardiaques et autres cardiopathies
- Pathologie neurovasculaire – AVC

A la suite de ces deux démarches, le diagnostic partagé révèle plusieurs points positifs de la réponse à ces problèmes de santé ont été soulignés :

- La prise de conscience des enjeux au niveau du pays
- Les programmes sanitaires nationaux
- La dynamique locale et régionale
- Le réseau et l'action des soins de santé primaire
- Le dynamisme de sociétés thématiques et savantes
- La qualité et la formation des professionnels de santé
- L'appui de l'OMS et des organismes de la coopération internationale

Néanmoins, de nombreux problèmes ont été relevés, dont la prise en compte sera déterminante pour répondre au défi du fardeau des MCV. Ces problèmes et besoins sont les suivants :

Autour de la santé de la population :

- Besoins exprimés de la population pour une meilleure prise en charge (qualité des soins)
- Le besoin de prévention et d'éducation de la population sur les FR est situé comme un problème et un besoin majeurs, de tout premier plan.
- Le besoin de renforcer un processus structuré d'information, de communication et d'éducation auprès des patients est souligné au niveau des ESSP.
- Le besoin de programmes intégrés réunissant les différentes thématiques au niveau des soins de santé primaire afin de dépasser la juxtaposition des actuels programmes verticaux par pathologie - juxtaposition qui génère des difficultés de gestion pour les équipes.

Autour des parcours des patients :

- Le déficit général de la filière d'urgence notamment pour les accidents ischémiques, cardiaques et neurovasculaires est apparu comme un point critique majeur des parcours des patients.
- L'absence de suivi à domicile de patients âgés ou chroniques ou relevant de soins palliatifs est noté par les participants ; la gériatrie et les soins palliatifs sont encore inexistantes.

- La quasi absence de la réadaptation a été soulignée notamment pour les personnes atteintes d'accidents vasculaires cérébraux.
- Dysfonctionnement et lenteur des d'adressage du patient (références et contre-références), étant données les disparités d'accès et les insuffisances hospitalières dans certains secteurs.
- Le manque de coordination autour du parcours du patient cardiovasculaire, entre les professionnels de santé et entre les différents niveaux du système de soins (niveau 1 primaire, niveau 2 et 3 hospitaliers) a été mentionné à plusieurs reprises.

Autour de l'organisation du système de santé :

- Déséquilibre entre le privé et le public et le manque de régulation du privé ont été notés. L'absence de passerelles public-privé pour fluidifier les parcours des patients relevant du RAMED a été soulignée, notamment dans les situations urgentes.
- Besoin d'une structuration de l'offre de soins hospitalière publique cardiovasculaire et neurovasculaire : problèmes de pénurie des ressources humaines et de déséquilibre dans la composition des équipes. De plus d'importantes difficultés logistiques (locaux, équipements, maintenance) ont été maintes fois évoquées.
- Le besoin d'un système d'information unifié comportant le monitoring clinique des patients et le suivi d'activité des structures.
- Les problèmes liés au circuit du médicament, avec de nombreux dysfonctionnements ou ruptures d'approvisionnement ou non prise en charge pour certains médicaments en ESSP et en CH.

Autour des ressources humaines :

- Besoin de renforcement des équipes dans les secteurs déficitaires et de rééquilibrage des compétences (médecins, paramédicaux)
- Besoin de formation spécifique des professionnels sur les MCV tant pour la gestion des prestations de soin que pour la sensibilisation des patients et de leurs familles.

3.2 Les points critiques des parcours des patients atteints de MCV

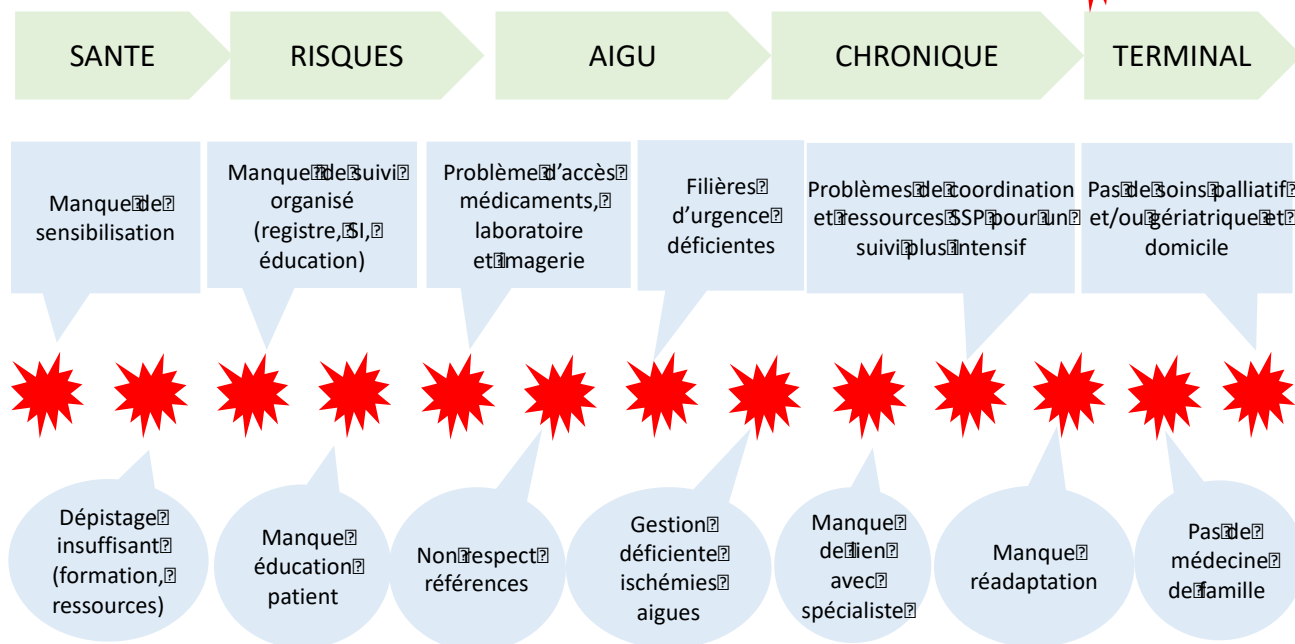
La méthode du diagnostic partagé a pris pour point de départ les parcours de santé cardiovasculaire pris dans leur globalité temporelle depuis l'amont de la maladie jusqu'au stade terminal, autour de 5 stades :

- | | | |
|--|----|-----------|
| • l'état sain, en amont de la maladie | >> | SANTE |
| • le stade d'exposition aux facteurs de risque | >> | RISQUES |
| • les épisodes aigus | >> | AIGU |
| • le stade chronique | >> | CHRONIQUE |
| • les phases avancées et/ou gériatriques | >> | TERMINAL |

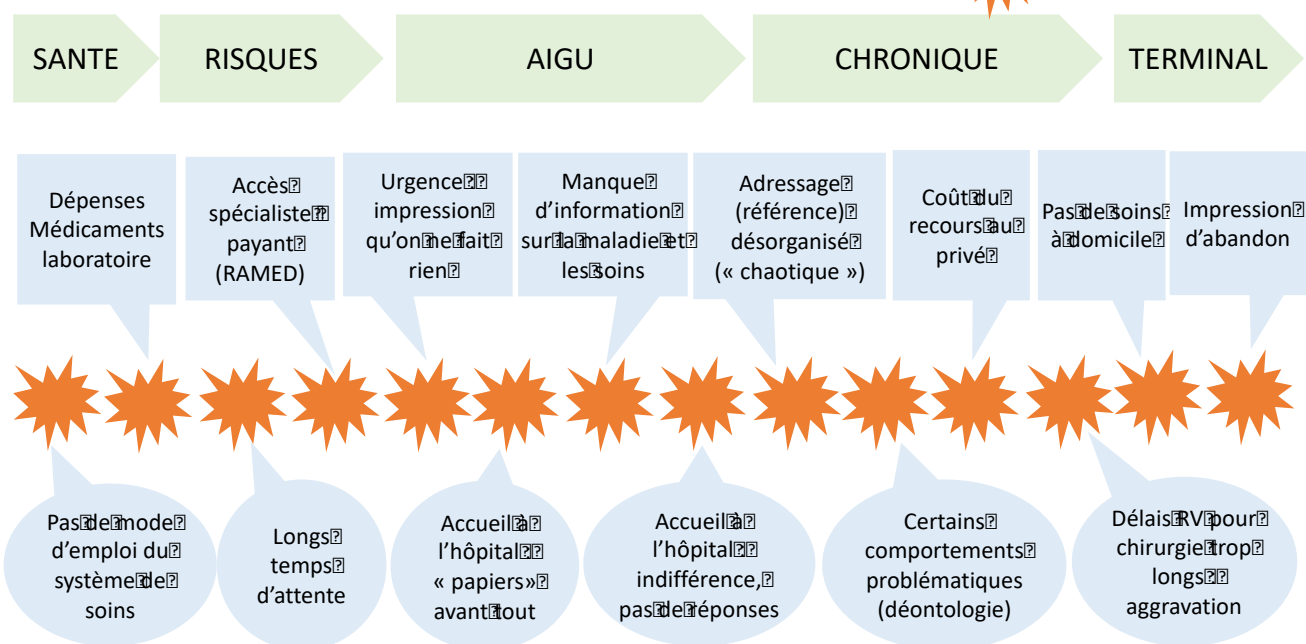


Plusieurs points critiques des parcours CV ont été formulés par les professionnels et les patients et leurs proches. Ces points critiques qui représentant des points de ruptures majeurs compromettent la fluidité et la qualité des parcours des patients, sont résumés ci-après :

Points critiques des parcours MCV selon les professionnels



Points critiques selon les patients et proches



Le diagnostic partagé fait donc apparaître des difficultés associées à la prévention et la gestion actuelle des MCV au Maroc. Ces difficultés sont vivement perçues par les usagers et citoyens. Certaines sont systémiques et renvoient à la politique de santé et l'organisation générale du système de prévention et de soin. D'autres apparaissent plus spécifiques des maladies cardiovasculaires. C'est à ces dernières que le programme de prévention et de gestion des MCV doit s'attacher.

DEUXIEME PARTIE

CONSENSUS INTERNATIONAUX ET DONNEES SCIENTIFIQUES

On mentionne ici les tendances récentes les plus importantes en matière de stratégies de lutte contre les MCV. On signale aussi leur intérêt pour le programme de prévention et de gestion des MCV au Maroc envisagé.

1. Stratégies populationnelles de prévention

Selon l'OMS, au moins 50% de la mortalité CV dans les pays à haut revenu peut être prévenue par action concertée de lutte contre les facteurs de risques modifiables, autour de deux types d'actions : des actions de prévention au niveau populationnel, d'une part et des interventions sanitaires individuelles pour les personnes à haut risque CV, d'autre part.

Parmi les facteurs modifiables les plus importants on trouve le tabac, le régime alimentaire et la sédentarité, l'hypertension, le cholestérol, le surpoids et le diabète. L'action populationnelle sur les trois premiers facteurs (tabac, régime alimentaire et sédentarité) est essentielle et primordiale et ses effets dépassent largement le cadre des MCV. Au niveau international, on met aujourd'hui l'accent sur la lutte contre le tabagisme et sur la promotion de modes de vie sains qui permet une approche intégrée de la prévention des facteurs de risque (alimentation et activité physique notamment). Le Maroc est actuellement bien engagé dans cette voie, qui serait à conforter.

La promotion des modes de vie sains relève d'actions populationnelles, impliquant une forte dimension de communication (campagne) et d'éducation (système éducatif). Elles sont largement intersectorielles, comme le montrent les politiques de promotion de l'activité physique, qui associent des dimensions promotionnelles, éducatives, de transport, d'aménagement urbain etc... ou la politique de réduction du sel dans l'alimentation qui passe par des dimensions éducatives et communicationnelles mais aussi de l'engagement de l'industrie agro-alimentaire. La lutte contre le tabagisme relève d'une sensibilité collective mais aussi d'une volonté politique au plus haut niveau.

Implications pour le programme :

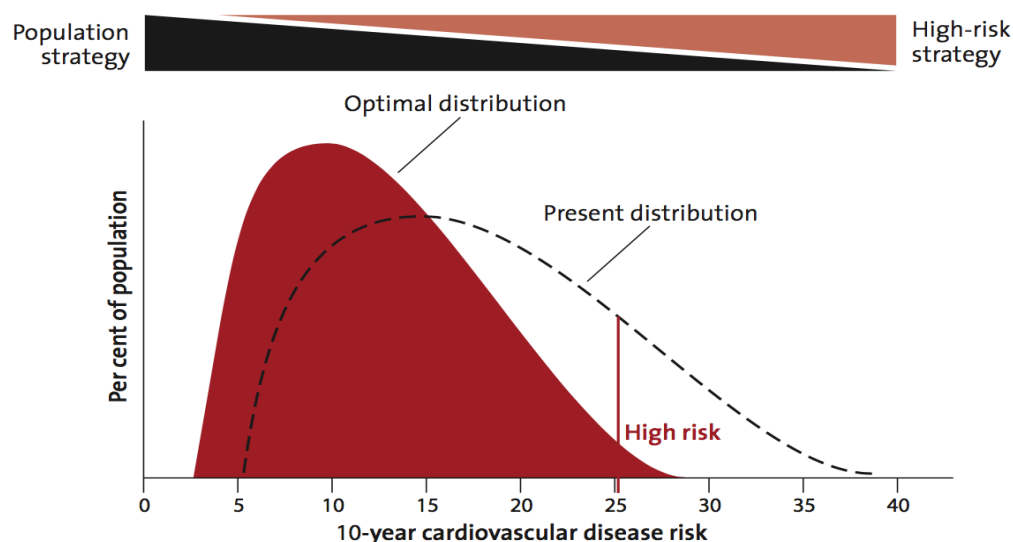
- l'action populationnelle et de promotion des modes de vie sain aura une synergie particulièrement forte avec le programme de prévention et de gestion des MCV
- la coordination et l'articulation des messages et des initiatives entre ces deux types d'action publique seront déterminantes.

2. Stratégie du haut risque : l'initiative Hearts (OMS)

L'étude citée de YUSUF (2014) portant sur 17 pays répartis en trois catégories économiques a mis en évidence le paradoxe suivant : d'une part les scores de risque cardiovasculaire (score Interheart) sont plus élevés dans les pays à haut revenu et plus bas dans les pays à bas revenu et intermédiaires ; d'autre part, la fréquence des événements majeurs (Infarctus, AVC, Insuffisance cardiaque décompensée, décès) et la mortalité sont beaucoup plus élevées dans les pays intermédiaires et pays à bas revenus que dans les pays à haut revenu. En particulier, la mortalité CV apparaît deux fois plus élevée dans les pays intermédiaires en comparaison des pays à revenu élevé (16/100 000 personnes-années versus 6,5/100 000).

Les auteurs proposent une explication du paradoxe : ce décalage qui bénéficie aux pays à haut revenu provient d'une médicalisation avancée des MCV, avec un emploi courant de thérapeutiques éprouvées et la généralisation de techniques de revascularisation pour les patients à haut risque cardiovasculaire.

Dans l'initiative *Global Hearts* (2016), l'OMS recommande de conjuguer l'approche populationnelle de prévention et le management clinique individuel des patients à haut risque. Tandis que l'approche populationnelle déplace globalement la courbe de distribution sans la déformer, la stratégie du haut risque permet de la « comprimer » en réduisant la part relative des risques élevés :

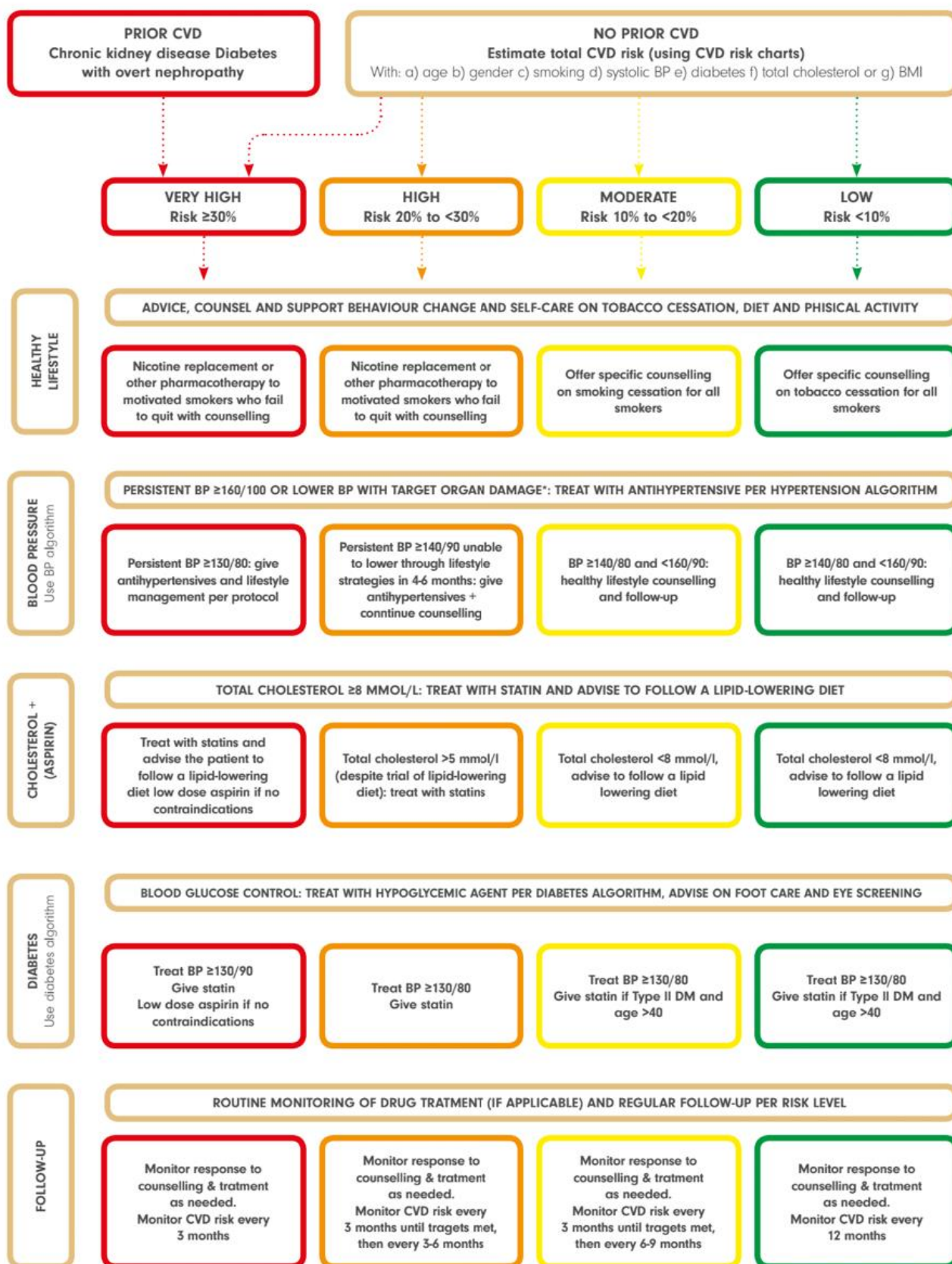


HEARTS Technical Package: Risk based management, Draft Version 0.2 Sept 2017

Le risque cardiovasculaire global pour un individu est une notion clé pour un programme de prévention et de gestion des MCV. Comme on l'a vu, les facteurs de risques ont un impact multiplié quand ils sont associés. Il existe un véritable enjeu d'évaluer l'exposition « multirisque » des patients. À l'aide d'un score global, on peut stratifier le niveau de risque d'un individu. Il existe plusieurs scores de risques validés scientifiquement et qui sont assez proches (score européen et score OMS-ISHC) et qui indiquent le risque de développer à 10 ans un événement CV majeur (fatal selon le score européen, fatal ou non fatal selon le score OMS-ISHC). Les paramètres utilisés sont l'âge, le sexe, le tabagisme, la pression artérielle systolique, le cholestérol. Ce qui permet ensuite d'ajuster la prise en charge et le management clinique intégré du patient. C'est ce que propose l'initiative *Global Hearts* de l'OMS.

Des tables de prédiction permettent rapidement de situer le patient dans la stratification des niveaux de risque : à un niveau bas (<10%), moyen (de 10 à 20%), élevé (de 20 à 30%), très élevé (plus de 30%). Le risque supérieur est par ailleurs affecté dans les conditions suivantes : antécédents d'AVC ou d'IDM, diabète ou Insuffisance rénale chronique, TA>160 ou Cholestérol > 8 mmol/l.

L'initiative *Global Hearts* lancée en septembre 2016 par l'OMS représente une initiative sans précédent pour soutenir le management intégré du risque CV au niveau des soins de santé primaire. *Global Hearts* représente un appui pour l'implémentation, le pilotage et le management, la formation et les protocoles, d'une démarche intégrée, à mettre en place en premier lieu dans des sites pilotes. À partir de l'évaluation du risque global, cette initiative, un système algorithmique propose différentes réponses, pour chacun des 5 volets de réponses à apporter à chaque patient : éducation et *counselling* du patient (tabac, activité physique, alimentation, *self-care*) ; HTA (traitement et conseils) ; cholestérol (traitement et conseils) ; diabète (traitement et conseils) ; adaptation du suivi du patient en fonction de la stratification du risque global. Le tableau ci-dessous, extrait du *package* technique de l'initiative de l'OMS, résume ce système algorithmique intégré.



Implications pour le programme :

- Ces données suggèrent de mettre l'accent sur le suivi et le traitement des patients à haut et à très haut risque ainsi que des patients déjà atteints de MCV et susceptibles de faire des événements majeurs.
- Enjeu d'assurer un suivi renforcé de ces patients au niveau des soins de santé primaire avec accès amélioré aux spécialistes et aux structures.
- Enjeu de renouveler et structurer l'éducation et le counselling des patients et leurs familles, dans la lutte contre les facteurs de risque (FR), la promotion de nouvelles habitudes de vie et le développement du self-care.
- Opportunité d'un soutien de l'OMS par le biais de l'initiative *Global Hearts* et des outils associés (modules de formation, algorithmes, guides etc...)

3. Stratégies de coordination des parcours des patients

L'approche visant l'optimisation des parcours des patients est mobilisée aujourd'hui dans de nombreux pays pour améliorer les prises en charge et les organisations de santé tant au niveau des établissements que des territoires ou à l'échelle nationale. Plusieurs pays européens ont tenté récemment d'engager leur système de soins autour d'une « médecine de parcours », afin d'améliorer la continuité et la cohérence des soins auprès des malades chroniques. Ces démarches permettent ainsi de renouveler les méthodes d'amélioration de la qualité des soins et des systèmes de soins, en cherchant à répondre aux exigences principales de la qualité : efficacité et efficience, continuité des soins, approche globale, soins centrés sur la personne.

Dans la plupart de ces pays, il s'agit en priorité de répondre aux dysfonctionnements de leurs systèmes de soins liés à leur fragmentation et aux manques de coordination associés délétères pour la prise en charge des maladies chroniques. La problématique des dépenses évitables est aussi au premier plan de la politique de parcours : constats de ré-hospitalisations évitables car liées à un suivi insuffisamment coordonné et pouvant être sources de non qualité pour le patient et de coût pour la collectivité. La France, la Suisse, le Danemark, Canada pour ne citer que quelques exemples, dans la foulée d'expériences historiques comme celle de l'Institut du *Kayser Permanente* se sont orientées vers ces politiques des « parcours de santé ».

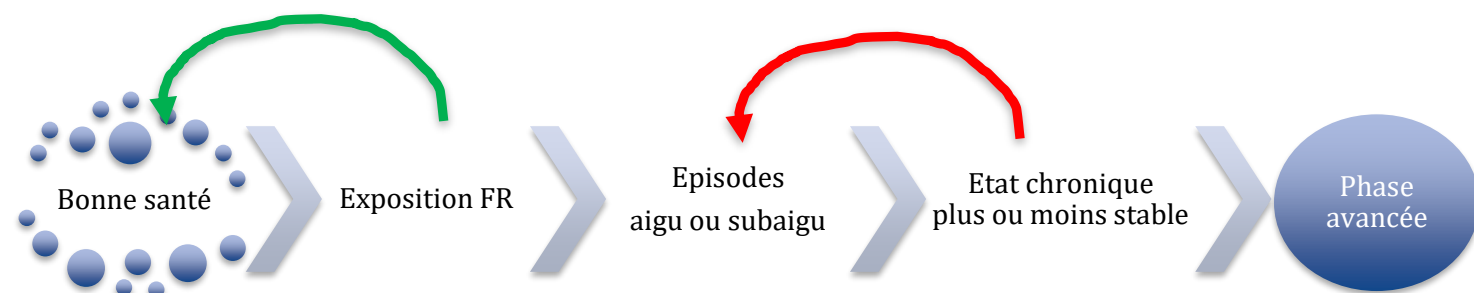
De nombreuses institutions et établissements de santé ont aussi pris pour finalité l'amélioration des parcours de leurs patients : organisation du parcours de soins interne à la structure (chemins cliniques, *clinical pathways*) ; coordination entre médecine hospitalière et médecine de ville... De nouvelles modalités de financement des acteurs sont recherchées dans cette perspective (financement à l'épisode de soin ou financement au parcours).

Sur le terrain, ces méthodes centrées parcours se déclinent à partir de deux prémisses méthodologiques :

- ce sont des méthodes centrées patient : le patient est au cœur de son parcours, il en est le sujet et l'acteur principal. L'optimisation de son parcours repose en grande partie sur son action. Les méthodes parcours visent à structurer et renforcer les approches d'information, de communication et d'éducation du patient et plus généralement à conforter sa capacité d'action autonome dans la gestion de sa maladie (notion de *selfcare*). Les méthodes d'optimisation des parcours font largement appel à l'expérience des patients pour élaborer leurs programmes et leurs actions (notion d'expérience patient et de patient-expert).
- ce sont des méthodes centrées sur la coordination entre les professionnels de santé. Cette coordination au niveau clinique forme une condition essentielle pour assurer la continuité et la cohérence des soins dans la durée. Plusieurs niveaux de coordination sont explicités qui vont de la *liaison* (nécessaire à la continuité des soins), jusqu'à une *coordination active* (impliquant de nombreuses interactions) et enfin parfois un niveau d'*intégration* élevé (situations complexes de *case management*, par exemple). Le médecin généraliste, ou médecin de famille est la plupart du temps un acteur clé de la coordination et du suivi coordonné des patients.

Le schéma suivant montre les phases du parcours de santé et de maladie qui doivent être prises en compte dans une démarche de santé publique aujourd'hui. A chaque grande phase correspondent des enjeux spécifiques, qui sont mentionnées ci-dessous.

SCHEMA DU PARCOURS DE SANTE CARDIOVASCULAIRE



Prévention	Dépistage suivi FR	Gestion de l'aigu	Suivi maladie chronique	Palliatif
Enjeux de promotion de santé et de prévention (alimentation, activité physique)	En priorité les FR les plus nocifs (tabac, HTA, diabète, RAA) Enjeu d'un suivi renforcé pour les scores de risque élevés	La gestion des épisodes aigus majeurs (SCA, AVC, décompensation cardiaque), inauguraux ou en récurrence, diminue la mortalité et les handicaps	Le suivi coordonné et personnalisé avec observance, évite les récurrences et décompensations, améliore le pronostic et la qualité de vie	Enjeu du suivi coordonné des patients en phases avancées et/ou polyopathologiques et/ou âgés fragiles

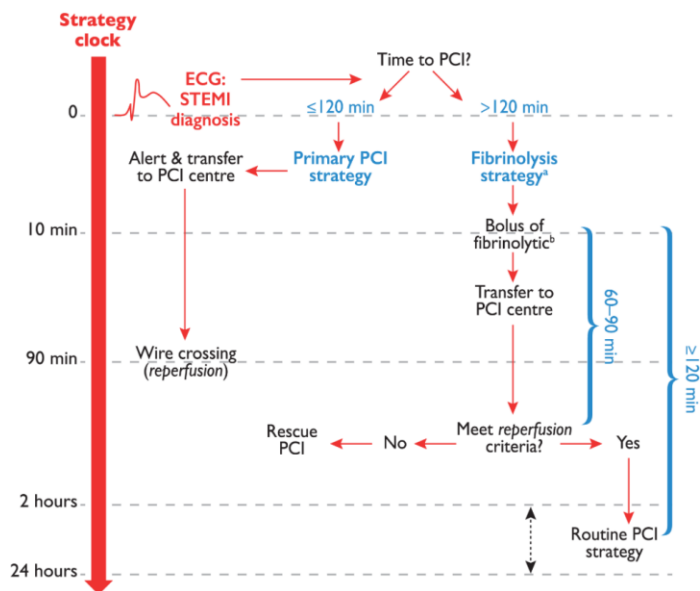
Implications pour le programme :

- prendre en compte la totalité du parcours, de la prévention jusqu'aux phases terminales de la maladie
- prendre en compte l'expérience du patient, encourager son autonomie, le *self-care*
- place centrale du médecin généraliste dans cette médecine de parcours
- enjeu de développer le système de suivi et le système d'information pour faciliter le parcours

4. Prise en charge des épisodes ischémiques aigus

4.1 Pour l'infarctus du myocarde (Syndrome Coronarien Aigu avec sus décalage ST : SCA-ST+ ou STEMI)

Les recommandations de la Société Européenne de Cardiologie mettent l'accent sur la rapidité des premiers gestes, qui permettent d'obtenir une reperfusion de 60% (thrombolyse) à 90% (angioplastie coronaire percutanée – *Percutaneous coronary intervention* - PCI). La stratégie primaire de PCI dans les 2H suivant le début des symptômes est devenu le traitement de référence. Si le délai écoulé dépasse 2H, la stratégie initiale de thrombolyse est recommandée, suivi secondairement d'une PCI soit de sauvetage si la reperfusion n'est pas présente, soit de routine en cas de reperfusion thrombolytique.



Extrait de ESC (European Society of Cardiology 2017)

Ainsi, bien que l'angioplastie soit devenue le traitement de référence, dans les territoires où cette technique n'est pas accessible dans ces délais, il est admis que la réalisation d'une fibrinolyse apporte un bénéfice important, pourvu qu'elle soit réalisée le plus rapidement possible, le bénéfice s'atténuant à partir de 1H et s'annulant au-delà de 12H après le début des symptômes.

4.2 Pour l'accident vasculaire cérébral :

Les recommandations internationales sont les suivantes :

- thrombolyse intraveineuse qui doit être réalisée dans un délai < 4h30 depuis le début des symptômes
- thrombectomie mécanique par cathétérisme jusqu'à 6H, soit dans les suites d'une thrombolyse soit d'emblée en cas de contre-indication à la thrombolyse.

Ces stratégies permettent un niveau de reperfusion élevé (près de 60% pour la thrombolyse seule, près de 90% pour la thrombectomie seule ou l'association des deux), une réduction de la mortalité et une récupération très importante. De nouvelles études explorent actuellement le bénéfice d'une thrombectomie réalisée entre 6h et 24h.

Implications pour le programme :

- développement de la thrombolyse coronaire de proximité partout sur le territoire
- développement de la thrombolyse pour AVC dans les centres hospitaliers
- enjeu d'accessibilité de l'imagerie coronaire et cérébrale
- implantation des centres de neurologie interventionnelle en fonction des contraintes temporelles données par les recommandations (évolutives) et des contraintes organisationnelles (ressources, compétences, permanence, coût)

TROISIEME PARTIE

STRATEGIE ET OBJECTIFS, MESURES OPERATIONNELLES

Les maladies cardiovasculaires sont d'abord des maladies chroniques responsables d'un important fardeau de mortalité et d'incapacité avec un impact sur le développement socio-économique, des enjeux en termes de prévention en direction du public et d'éducation des patients sont relevés. Leur prise en charge au long cours, en tant que maladies chroniques, représente également un enjeu majeur pour réduire la mortalité et les handicaps induits, comme le montrent les stratégies des pays qui se sont engagés avec succès dans cette voie. Elles comportent des phases aiguës potentiellement mortelles ou invalidantes (syndrome coronarien aigu, accident vasculaire cérébral, autres ischémies aiguës, décompensations cardiaques...).

Trois orientations stratégiques répondent à ces défis : une stratégie de prévention et de réduction des risques en amont des maladies (1) complétée par deux stratégies visant à réduire la mortalité et les incapacités liées aux phases de maladies avérées : une stratégie de la gestion de l'urgence et de l'aigu (2), une stratégie de la gestion coordonnée des patients atteints de MCV et/ou présentant un risque cardiovasculaire élevé et très élevé (3). A chaque orientation stratégique est associé un objectif général formulé en terme de résultats à atteindre.

1. Orientations stratégiques et objectifs spécifiques

Orientation stratégique n°1 : prévenir et dépister précocement les facteurs de risques cardiovasculaires

L'objectif général est ici de faire reculer l'incidence des maladies en agissant le plus en amont possible, auprès des populations. **Le résultat attendu est une réduction de 25 % la prévalence des niveaux de risques cardiovasculaires élevés** dans la population générale d'ici 2025.

Pour parvenir à cet objectif général, **quatre objectifs spécifiques** sont retenus :

1-1 Renforcer la lutte contre le tabagisme, mentionnée dans plusieurs autres programmes et dans le plan cancer, forme une priorité essentielle pour la prévention des maladies cardiovasculaires. Un objectif réaliste et significatif doit être mis en œuvre à court et à moyen terme : baisse de 15% de la prévalence du tabagisme chez les jeunes et dans la population générale d'ici 2025. (en conformité avec les cibles fixées par le Maroc dans la stratégie de prévention et de lutte contre les MNT)

1-2 Assurer la promotion et le développement des modes de vie sains, forme le deuxième objectif spécifique, dont le degré d'atteinte sera mesuré par l'évolution d'indicateurs associés aux pratiques alimentaires et à l'activité physique de la population générale et de populations ciblées (les enfants et les jeunes adultes, les femmes). Deux cibles ont été fixées dans le plan stratégique multisectoriel de prévention et de contrôle des MNT :

- Réduction de l'activité physique insuffisante (sédentarité) de 5% d'ici 2025 ;
- Réduction de la consommation de sel chez la population d'environ 15% d'ici 2025

1-3 Œuvrer à la réduction de l'incidence du rhumatisme articulaire aigu : cette maladie encore présente chez les jeunes et les enfants est à l'origine de graves maladies cardiovasculaires qui seraient évitables si les angines de l'enfant étaient plus systématiquement repérées et traitées. C'est pourquoi elle justifie un objectif spécifique autour de l'angine bactérienne.

Le résultat d'ici 2025 serait de réduire l'incidence du rhumatisme articulaire aigu de 50%.

1-4 Dépister précocement les facteurs de risques et stratifier les niveaux de risque cardiovasculaire à l'aide d'un score de risque cardiovasculaire validé.

Cet objectif spécifique implique l'engagement des professionnels de santé. Il peut s'appuyer sur le package technique du dispositif Healths de l'OMS.

Le résultat proposé est que d'ici 2025, 50% de la patientèle de médecine générale et de soins primaire de plus de 45 ans ait bénéficié au moins une fois de l'évaluation du risque cardiovasculaire en utilisant un score de risque validé.

Orientation stratégique n°2 : améliorer la réponse à l'urgence neuro-cardio-vasculaire et aux épisodes aigus

Les phases urgentes et/ou aiguës (syndrome coronarien aigu, AVC, autres ischémies aiguës, décompensations cardiaques...) soulèvent des enjeux majeurs d'organisation de l'offre de soins autour des délais associés à l'issue pronostique.

L'objectif général est de faire reculer la mortalité et les handicaps générés à court terme par les attaques cardiovasculaires, en agissant le plus rapidement possible sur ces événements. **Le résultat attendu est une réduction de moitié d'ici 2025 de la mortalité à 1 mois des accidents cardio-neuro-vasculaires chez les personnes de moins de 70 ans.**

Pour parvenir à cet objectif général, **quatre objectifs spécifiques** sont retenus :

2-1 Assurer la promotion dans la population des gestes qui sauvent. Cet objectif spécifique vise la sensibilisation et l'information de la population générale sur les symptômes des urgences cardiovasculaires par des messages du type « chaque minute compte », il vise aussi l'amélioration du conditionnement et du transport du patient à l'hôpital. Son atteinte dépend de la réussite des autres objectifs ci-dessous et notamment 2-2.

2-2 Ischémie cardiaque en urgence : étendre au territoire national l'accès à une procédure d'urgence coronaire de proximité incluant le diagnostic clinique et ECG immédiat et la possibilité d'une thrombolyse.

Des pertes de vies humaines sont évitables par la généralisation d'interventions thrombolytiques pour les situations d'infarctus du myocarde. Le bénéfice de la thrombolyse est important (réduction de la mortalité et des séquelles), ce bénéfice décroît avec le temps et s'annule au-delà de 12H. Pour pouvoir pratiquer une thrombolyse, il faut un diagnostic électrocardiographique ECG et en l'absence de contre-indication majeure, injecter par voie intra-veineuse le produit thrombolytique. Cette action peut être réalisée dans une structure de proximité disposant d'un médecin formé (généraliste, cardiologue, urgentiste), d'un ECG, le cas échéant, d'une possibilité de transmission du tracé par internet (auprès d'un cardiologue) et de la disponibilité sur place du médicament.

L'objectif doit être formulé sous forme de délai horaire et d'accessibilité à la thrombolyse : proposition (à soumettre à concertation et à réajuster le cas échéant) d'atteindre d'ici 2025 un délai de 3H à partir de l'alerte déclenchée par le patient, pour toute personne de moins de 70 ans.

2-3 Syndrome coronarien aigu : étendre au territoire national l'accès à une procédure d'angioplastie coronaire.

L'objectif doit être formulé sous forme de délai horaire et d'accessibilité à une procédure d'angioplastie percutanée coronaire qu'elle soit secondaire ou de « sauvetage » (*rescue* PCI). Proposition (à soumettre à concertation et à réajuster le cas échéant) d'atteindre d'ici 2025 un délai de 24H à partir de l'alerte déclenchée par le patient, pour toute personne de moins de 70 ans.

2-4 Accident vasculaire cérébral ischémique : étendre au territoire national l'accès à une procédure de thrombolyse et/ou thrombectomie.

L'objectif doit être formulé sous forme de délai horaire et d'accessibilité à une procédure.

Proposition (à soumettre à concertation et réajuster le cas échéant) d'atteindre d'ici 2025 l'accès dans un délai de 24H, à partir de l'alerte déclenchée par le patient, à une procédure diagnostique et thérapeutique en centre (imagerie cérébrale, thrombolyse, thrombectomie) pour tous les patients de moins de 70 ans présentant un AVC.

Orientation stratégique n° 3 : optimiser et coordonner les parcours des patients cardiovasculaires

Qu'elles soient à haut risque cardiovasculaire ou porteurs d'une maladie cardiovasculaire avérée, les personnes sont affectées de problèmes chroniques et exposées, de manière continue et au long cours, aux risques de décompensation, de survenue d'incapacités, d'altération de la qualité de vie et de décès. Ici l'enjeu est de coordonner les parcours des patients pour éviter les ruptures, prendre en charge les complications, accompagner de manière globale et permettre la ré-autonomisation.

L'objectif général est de réduire les complications des phases aiguës, rechutes, limitations, incapacités et décès. **Un résultat attendu serait de diminuer de moitié d'ici 2025 la mortalité et les événements cardiovasculaires majeurs annuels pour les patients à haut et très haut score de risque cardiovasculaire et la mortalité à un an des patients ayant un antécédent d'événement majeur non mortel.**

A cet objectif général **trois objectifs spécifiques** sont rattachés :

3-1 Mettre en œuvre une stratégie du haut risque reposant sur le management intégré des patients à haut risque, au niveau des soins de santé primaires et en médecine générale.

Patients concernés : porteurs de score de risque élevé et/ou antécédent d'événement cardiovasculaire et/ou cardite rhumatismale.

L'atteinte de cet objectif passe par la mise en œuvre de protocoles (logigrammes) adaptés à chaque situation, l'organisation de l'agenda de suivi médical des patients, l'accompagnement informatif et éducatif individualisé favorisant le self-care ainsi que la disponibilité des médicaments de prévention des événements cardiovasculaires tels que l'aspirine à faible dose et les statines au niveau des ESSP.

Proposition de résultat d'ici 2025 : 75% des patients à haut risque bénéficieront d'un plan de suivi médical et éducatif conforme.

3-2 Promouvoir la prise en soin globale des patients cardiovasculaires au niveau des soins primaires et en médecine générale. Cet objectif spécifique se déclinera en cinq dimensions principales :

- Dimension psychosociale : prise en compte des facteurs de vulnérabilité, qu'ils soient psychologiques ou sociaux, ces facteurs interagissant avec la santé cardiovasculaire.
- Dimension éducative et informative reposant sur une capacité communicationnelle et d'accompagner le changement du patient vers une motivation, une adhésion et une plus grande autonomie dans ses comportements de santé
- Intégration plus prononcée du contexte de vie et de l'environnement familial, pour aller vers une médecine de famille personnalisée et visant l'implication des proches et aidants naturels.
- Accompagnement des patients dans les phases avancées et terminales de leur maladie par une culture et une compétence de soins palliatifs en médecine de soins primaires

- Inclure la dimension gériatrique des soins aux personnes âgées fragiles dans le soin primaire et la médecine générale.

Un résultat attendu de ces évolutions sera le développement de prises en charge pluriprofessionnelles pour des patients cardiovasculaires fragiles, qu'ils soient âgés (souvent polyopathologiques et à risque de perte d'autonomie) ou plus jeunes, en phase avancée et/ou terminale de leur maladie : un patient fragile sur deux en ESSP devrait ainsi bénéficier d'un plan de soins et d'accompagnement personnalisé et explicite, d'ici 2025.

3-3 Optimiser et coordonner les parcours des malades autour de quatre parcours principaux. Cet objectif implique l'organisation d'un management médical de proximité optimisé en soins primaires et en médecine générale, coordonné par le médecin généraliste en lien avec les spécialistes concernés. L'optimisation des parcours coordonnés s'appuiera sur des maquettes (logigrammes, algorithmes, filières de soins) spécifiant les rôles et la coordination des différents professionnels de santé aux différentes phases et niveaux des parcours. Quatre parcours principaux sont identifiés :

- Parcours de cardiopathie ischémique, depuis le haut risque jusqu'à la réadaptation après l'épisode aigu
- Parcours neuro-vasculaire, depuis le haut risque jusqu'à la phase de réadaptation après AVC
- Parcours des valvulopathies rhumatismales, depuis le diagnostic précoce de la cardite rhumatismale jusqu'à la chirurgie et la réadaptation
- Parcours d'insuffisance cardiaque (cardiopathie hypertensive ; troubles du rythme/conduction)

L'objectif est que les patients diagnostiqués bénéficient de plans de soins et de suivi conformes aux maquettes des parcours. Le résultat attendu d'ici 2021 serait l'intégration de 50% de patients diagnostiqués dans un plan de soins et de parcours individualisé (indicateur à intégrer dans le système d'information des soins de première ligne).

2. Tableau des résultats attendus

L'évaluation du degré d'atteinte des objectifs généraux (orientations stratégique) et des objectifs spécifiques associés, forme un élément important pour le pilotage du programme. Le tableau ci-dessous récapitule les résultats attendus pour les trois orientations stratégiques et leurs objectifs spécifiques.

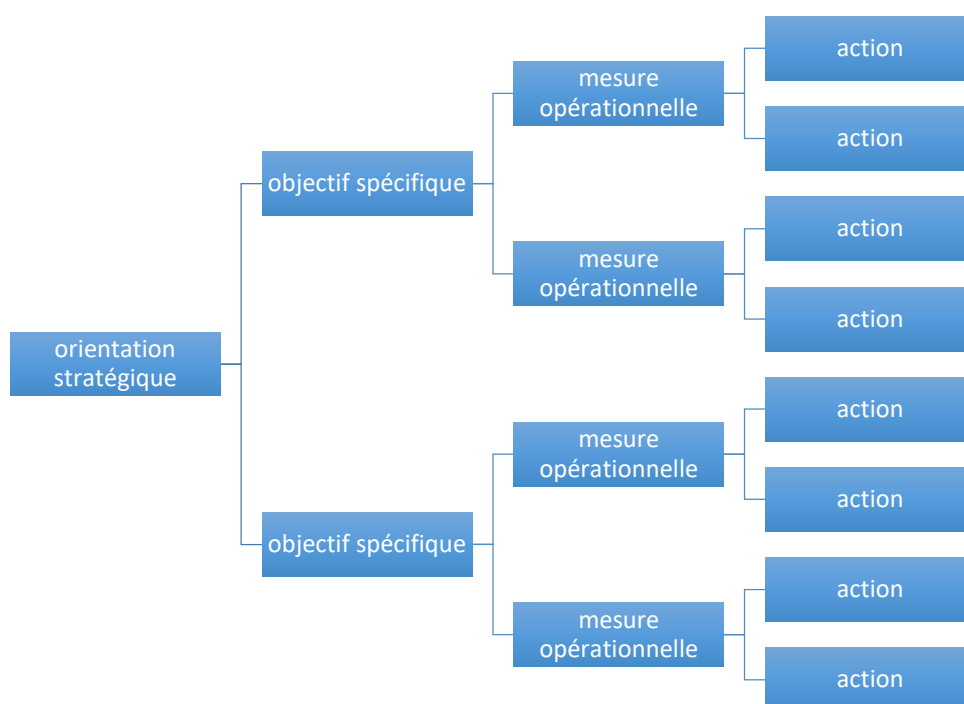
ORIENTATIONS STRATEGIQUES		OBJECTIFS SPECIFIQUES	
Enoncé	Résultat attendu d'ici 2025	Enoncé	Résultat attendu 5 ans
Prévenir et dépister précocement les facteurs de risques cardiovasculaires	Réduction de 25 % la prévalence des niveaux de risques CV élevés dans la population générale	Renforcer la lutte contre le tabagisme	baisse de 15% du tabagisme chez les jeunes et population générale
		Assurer la promotion et le développement des modes de vie sains	A déterminer (par exemple % de +18 a en surpoids IMC>25)
		Œuvrer à la réduction du RAA	Réduction de l'incidence de 50%
		Dépister précocement les FR et évaluer par un score de risque CV	50% patients MG et SSP de plus de 45 ans ont eu au moins une fois un score de risque CV
Améliorer la réponse à l'urgence et aux épisodes aigus	Réduction de moitié de la mortalité à 1 mois des accidents cardio-neuro-vasculaires - moins de 70 ans	Assurer la promotion dans la population des gestes qui sauvent	A déterminer
		Etendre au territoire national l'accès à une procédure d'urgence coronaire de proximité	Délai de 3H à partir de l'alerte déclenchée par le patient - moins de 70 ans
		Etendre au territoire national l'accès à une	Délai de 24H à partir de l'alerte déclenchée par le patient - moins de 70 ans

		procédure d'angioplastie coronaire	
		Etendre au territoire national l'accès à une procédure de thrombolyse et/ou thrombectomie	Délai de 24H à partir de l'alerte déclenchée par le patient - moins de 70 ans
Optimiser et coordonner les parcours des patients cardiovasculaires	Diminuer de moitié en 5 ans : - la mortalité et les événements cardiovasculaires majeurs annuels pour les patients à haut score de risque CV - la mortalité à un an des patients ayant un antécédent d'événement majeur	Promouvoir le management intégré des patients à haut risque, au niveau des SSP et de la MG	75% des patients à haut risque bénéficient d'un plan de suivi médical et éducatif conforme.
		Promouvoir la prise en soin globale des patients CV en SSP et MG	Un patient fragile sur deux en ESSP bénéficie d'un plan de soins personnalisé et explicite,
		Optimiser et coordonner les parcours des malades autour de quatre parcours principaux	50% de patients diagnostiqués ont un plan de soin et de parcours individualisé

3. Déclinaison en mesures opérationnelles et actions

Les deux séminaires ont fortement contribué à une exigence d'opérationnalité concrète. Les mesures opérationnelles qui sont présentées dans les tableaux qui suivent souscrivent à cette exigence.

Au total, les **orientations stratégiques** sont déclinées en **objectifs spécifiques** qui sont à leur tour déclinées en **mesures opérationnelles** à leur tour déclinées sous forme **d'actions** comme illustré ci-dessous :



Les tableaux qui suivent décrivent dans ce cadre logique les mesures opérationnelles. Pour chaque mesure opérationnelle, il est proposé :

- un intitulé formulé le plus clairement possible de la mesure opérationnelle
- les principales actions à envisager
- les responsables et partenaires de la mesure
- évocation de conditions de réussite et des risques

Orientation stratégique n°1 : prévenir et dépister précocement les facteurs de risques cardiovasculaires

Objectif spécifique 1-1 : renforcer la lutte contre le tabagisme

Mesures opérationnelles	Principales actions	Pilotes/partenaires	Conditions de réussite/ risques
Informier et éduquer contre le tabagisme	- En priorité, renforcer l'action en milieu scolaire - Renforcer les campagnes de sensibilisation et information du grand public - Associer les médias	Gouvernement/MS/MEN/médias/société civile/ONG	Volonté gouvernementale Intersectorialité Impliquer des personnalités connues
Renforcer la gouvernance en matière de lutte anti-Tabac	- Faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux publics et dans les institutions et lieu de travail - Faire appliquer l'interdiction de la promotion du tabac - Augmenter la taxation sur les produits tabagiques	Gouvernement/MS/Ministère de l'intérieur/Ministère de l'industrie	Volonté gouvernementale Intersectorialité
Aider les fumeurs à arrêter	- Soutenir les associations d'aide à l'arrêt - Développer l'aide au sevrage en ESSP	MS	Renforcer les pratiques éducatives en SP

Objectif spécifique 1-2 : assurer la promotion et le développement des modes de vie sains

Mesures opérationnelles	Principales actions	Pilotes/partenaires	Conditions de réussite/ risques
Sensibiliser et éduquer aux pratiques alimentaire saines et à la pratique de l'activité physique	- Concevoir des messages valorisant la bonne forme (sucre, sel, apport calorique, activité physique) - Mettre en œuvre en priorité en milieu scolaire - Communication auprès des jeunes - Communication grand public - Charte et labels du type « c'est ma vie, c'est ma forme, c'est un développement durable » en direction industrie et médias - Taxation des industries non respectueuses de la santé pour financer l'effort de prévention et de soins	Gouvernement/MS/Médias/Ministère des finances/MEN/ONG/sociétés savantes/industrie agro-alimentaire/personnalités de la société civile/stars	Volonté gouvernementale Nombreux acteurs mobilisables

Objectif spécifique 1-3 : Réduire l'incidence du rhumatisme articulaire aigu

Mesures opérationnelles	Principales actions	Pilotes/partenaires	Conditions de réussite/ risques
Sensibiliser et éduquer le grand public	- Développement de la communication grand public (à destination des parents et des jeunes) - Sensibilisation des enseignants par les services de santé scolaire (déplacer du tableau en bas) - Impliquer les médias (« ensemble faire disparaître cette maladie »)	MS/Médias/Personnalités de la société civile/stars	Message facile à faire comprendre Implication du MS déjà forte
Renforcer le dépistage et la prise en charge des angines streptococciques Surtout en milieu scolaire	- Incorporer le thème du RAA dans l'enseignement aux élèves - Formation des PS et des enseignants - Sensibilisation des élèves, parents - Elaboration et diffusion des logigrammes - Disponibilité des tests TDR au niveau des ESSP - Disponibilité du traitement adéquat	MEN/MS/sociétés savantes/organisations professionnelles	<i>Réticences possibles de certains enseignants et PS : motivation possible avec l'argument du pronostic de la cardite rhumatismale</i> Etudier la possibilité d'une procédure de signalement obligatoire avec éviction scolaire
Renforcer la prise en charge adéquate du RAA en médecine générale et en soins primaires – ESSP	- Aides pour l'éducation et la sensibilisation des parents et des jeunes : messages pour renforcer la motivation - Formation des PS - Actualiser le SI disponible au niveau des ESSP et l'intégrer au sein de l'hôpital	MS/Directions régionales	Disponibilité des tests TDR Enjeu éducatif majeur <i>Risques : manque de disponibilité éducative si effectifs RH trop réduits</i>

Objectif spécifique 1-4 : dépister précocement les facteurs de risques et stratifier les niveaux de risque pour tous les patients

Mesures opérationnelles	Principales actions	Pilotes/partenaires	Conditions de réussite/ risques
Ajustement de l'objectif spécifique	- Réunion pour ajustement des dispositifs et scores choisis - Ajustement du résultat attendu d'ici 2021	MS/OMS/sociétés savantes/experts	Ressource technique de l'OMS
Formation initiale des professionnels (médecins et infirmiers)	- Définir des contenus de formations utiles (principaux messages pour les PS) - Diffusion et communications - Mise en œuvre par les universités et les ISPITS	MS/Directions régionales/CHU/Universités/Ecoles /OMS/ENSP/sociétés savantes	Implication des sociétés savantes Appui sur les documents techniques OMS
Implantation de l'approche évaluation et prise en charge du RCV au niveau des ESSP et médecine générale	- Soins primaires - ESSP : déploiement des logigrammes et formations dans plusieurs régions pilotes - Généralisation à l'ensemble des régions	MS/Directions régionales/OMS/ENSP/sociétés savantes	Bonne réceptivité du thème MCV par les ESSP grâce aux programmes thématiques depuis plusieurs années (HTA, RAA, Diabète)

	Communication en direction de la médecine générale autour du score, mise en place de formations par e-learning validée par sociétés savantes	Assurance maladie/MS/ENSP/sociétés savantes/ organisations professionnelles	<i>Limites liées à la démographie médicale Disponibilité et coût de la biologie</i>
--	--	--	---

Orientation stratégique n°2 : améliorer la réponse à l'urgence neuro-cardiovasculaire et aux épisodes aigus

Objectif spécifique 2-1 : assurer la promotion dans la population des bonnes attitudes et des gestes qui sauvent

Mesures opérationnelles	Principales actions	Pilotes/partenaires	Conditions de réussite/ risques
Campagne de communication autour des symptômes aigus et des gestes qui sauvent	- Campagne ciblée infarctus du myocarde - Campagne ciblée sur l'AVC	MS/sociétés savantes	Campagne à prévoir si objectifs 2-2 et 2-3 sont engagés
Améliorer le conditionnement et transport pré-hospitalier du patient	- Sensibilisation et formation pompiers et sécurité civile sur les deux thèmes AVC et IDM - Elaboration et diffusion des Cartes des lieux d'accueil de l'urgence CV par région	MS/ministère de l'intérieur/sociétés savantes Directions régionales/société civile	Intersectorialité prioritaire sur ce sujet majeur

Objectif spécifique 2-2 : pour l'ischémie cardiaque en urgence, accès à une procédure d'urgence de proximité partout sur le territoire national

Mesures opérationnelles	Principales actions	Pilotes/partenaires	Conditions de réussite/ risques
Elaboration du référentiel « thrombolyse coronaire »	- Cahier des charges pour un site d'urgence ischémique cardiaque (UIC) de proximité - Elaboration de l'algorithme UIC - Conception des formations	MS/société savante/experts	Possibilité d'utiliser les Unités d'Urgence Médicale de Proximité (UMP) pour les zones non couvertes
Conception des organisations au niveau de chaque région	- Sur la base du référentiel précédent, cartographie par région des sites d'UIC - Mise en place d'un système d'interprétation ECG par télétransmission régional ou interrégional (ou autre) - Option : généralisation d'emblée ou débiter par plusieurs régions pilotes	Directions régionales/CHU/CHR/société civile/ONG	Implication des cardiologues, MG, infirmiers, urgentistes Possibilités de financements par la société civile ou ONG <i>Coût du médicament</i> <i>Possibilité de réticences de PS en UMP</i>

Mise en œuvre des organisations par région	- Mise en œuvre progressive en commençant par plusieurs régions pilotes - Organisation de la disponibilité locale du thrombolytique (pharmacie) - Mise en place des formations (médecins et infirmiers) par région	Directions régionales/CHU/CHR/société civile/ONG	Possibilité d'une mise en œuvre progressive Nécessité d'un travail parallèle sur l'organisation des filières d'urgence générale des hôpitaux publics <i>Coût du médicament</i> <i>Contraintes pour la pharmacie (organiser la disponibilité et la fiabilité)</i>
--	--	---	---

Objectif spécifique 2-3 : pour le syndrome coronarien aigu, accès à une procédure d'angioplastie partout sur le territoire national

Mesures opérationnelles	Principales actions	Pilotes/partenaires	Conditions de réussite/ risques
Elaboration du référentiel « SCA au stade aigu »	- Elaboration d'un consensus sur l'accès à la PCI, adapté au contexte marocain et tenant compte des avancées scientifiques - Elaboration d'algorithme décisionnel « SCA au stade aigu » - Cahier des charges pour les centres de cardiologie interventionnelle et de soins intensifs (organisation, matériel, compétences, activité)	MS/société savante /experts internationaux	Coût élevé des centres Nécessite aussi une filière d'urgence généraliste fonctionnelle <i>Ressources humaines</i> <i>Forte dimension économique (RH, investissement, maintenance)</i>
Mise en œuvre régionale	- Planification des centres dans le cadre régional (SROS), mais aussi possibilité de centres interrégionaux - Mise en œuvre progressive en commençant par plusieurs régions pilotes - Formalisation du recours au cas par cas et par convention au secteur privé pour éviter les ruptures des parcours aigus des patients (Ramed), là où l'offre publique est durablement déficiente	Directions régionales/CHU/CHR/société civile/ONG ANAM/ Directions régionales/CHU/CHR/société civile/ONG	Forte mutualisation nécessaire des compétences cardiologiques spécialisées et des plateaux techniques <i>Nécessité d'évaluer strictement le respect des règles par les acteurs (déconventionnement AM)</i>

Objectif spécifique 2-4 : pour l'AVC ischémique, accès à une procédure de thrombolyse et/ou thrombectomie

Mesures opérationnelles	Principales actions	Pilotes/partenaires	Conditions de réussite/ risques
Elaboration du référentiel « AVC au stade aigu »	- Elaboration d'un consensus sur l'accès à la revascularisation, adapté au contexte marocain et tenant compte des avancées scientifiques - Elaboration d'algorithme décisionnel « AVC au stade aigu » - Cahier des charges pour les centres de neurologie interventionnelle et de neurologie aigue (organisation, matériel, compétences, activité)	MS/société savante /experts internationaux	

Mise en œuvre régionale	- Planification des centres dans le cadre régional (SROS), mais aussi et surtout de centres interrégionaux - Mise en œuvre progressive en commençant par plusieurs régions pilotes - Formalisation du recours au cas par cas et par convention au secteur privé pour éviter les ruptures des parcours aigus des patients (RAMED), là où l'offre publique est durablement déficiente.	Directions régionales/CHU/CHR/société civile/ONG ANAM/ Directions régionales/CHU/CHR/société civile/ONG	Forte mutualisation nécessaire des compétences cardiologiques spécialisées et des plateaux techniques <i>Nécessité d'évaluer strictement le respect des règles par les acteurs : déconventionnement AM possible</i>
-------------------------	--	--	--

Orientation stratégique n°3 : optimiser et coordonner les parcours des patients cardiovasculaires

Objectif spécifique 3-1 : mettre en œuvre le management intégré des patients à haut risque CV en soins primaires et médecine générale

Mesures opérationnelles	Principales actions	Pilotes/partenaires	Conditions de réussite/ risques
Implantation du management du haut risque CV et suivi des malades MCV en ESSP	- Conception à partir du dispositif Healths (OMS) : logigrammes, algorithmes, formation, organisation - Intégration dans le SI du monitoring clinique du patient et du suivi d'activité des centres - Mise en œuvre dans 3 régions pilotes (formation, suivi du programme pilote, évaluation) - Généralisation à l'ensemble des régions - Intégration dans la formation initiale des médecins, d'un module management du patient à haut risque CV	MS/OMS/sociétés savantes/société civile/collectivités locales	Motivation des équipes locales Support technique de l'OMS Formations sur modèle OMS Extension liste de médicaments Biologie sur place (automate) ou accord biologiste privé Nouveaux équipements <i>Ressources humaines et physiques</i>
Harmoniser les approches informatives et éducatives en ESSP	- Création d'un réseau national et d'un centre ressource en approche communicationnelle et éducative en santé - Mise en place de formations au niveau régional, d'abord pour les trois régions pilotes - Puis généralisation à l'ensemble des régions	ENSP/MS/Universités/experts en ETP/société civile	Généralisable aux MNT Ressources de l'ENSP Implication d'équipe et interprofessionnalité <i>Ressources humaines</i>

Objectif spécifique 3-2 : promouvoir la prise en soin globale des patients CV en soins primaires et médecine générale

Mesures opérationnelles	Principales actions	Pilotes/partenaires	Conditions de réussite/ risques
Formation initiale des PS aux 5 dimensions du soin global au patient chronique	- Mise en place d'un groupe de travail national sur ce sujet - Conception des contenus et modalités par profession (différents pour médecins et IDE) - Mise en œuvre	Gouvernement/MS/EN/Universités/Ecoles/ENSP/ organis. professionnelles (OP)	Mesure transversale pour les maladies chroniques et le cancer Attentes des jeunes professionnels Intersectorialité majeure (EN) <i>Résistances aux changements</i>
Implémentation au niveau des ESSP	- Définir les contenus de formation continue pour les PS (en lien avec le point précédent) - Régions pilotes (MG, infirmiers...), extensions aux autres régions après évaluation - Indicateurs de qualité correspondants à mettre en place	MS/ENSP soc savantes/ENSP/OP	Mesure transversale aidante pour le secteur des MNT Dynamique interprofessionnelle <i>Résistances aux changements</i> <i>Problème si effectifs trop limités</i>
Implantation de la réadaptation des patients fragiles au niveau des ESSP	- Définir patients MCV fragiles : âgés (fragilité gériatrique) – non âgés (maladie avancée) - Elaboration et mise en œuvre des modules de formation en réadaptation des patients fragiles - Expérimentation sur un territoire (MG, Infirmiers, MK) : formation; évaluation - Intégration dans les nomenclatures d'actes professionnels (MG, Infirmiers, MK)	MS/soc savantes/ENSP MS/ANAM/OP MS/ ANAM/soc savantes/ENSP/OP MS/ANAM/ /ENSP ANAM/MS	Forte implication des sociétés savantes Implication de l'ANAM Implication de l'ENSP <i>Démographie médicale</i> <i>Démographie infirmière</i>

Objectif spécifique 3-3 : optimiser et coordonner les parcours des malades pour 4 parcours principaux

Mesures opérationnelles	Principales actions	Pilotes/partenaires	Conditions de réussite/ risques
Elaborer et diffuser les maquettes des 4 parcours coordonnés au niveau ESSP et des structures hospitalières	- Conception des logigrammes des 4 parcours - Evolution des services ESSP pour x 4 parcours : actes, équipements, médicaments, ETP, télémédecine - Organiser liens avec spécialistes et télémédecine - Formation des PS en ESSP - SI : système de monitoring des activités des ESSP et des structures hospitalières en MCV - SI : système dossier et suivi clinique du patient MCV - Mise en place d'une région pilote « parcours » - Puis généralisation aux autres régions	MS/sociétés savantes /OMS MS ENSP/MS MS/sociétés savantes/ENSP MS Directions régionales/MS/soc. savantes	Impliquer des professionnels de terrain Et responsables régionaux SRES, DR Associer société civile Pour la mise en œuvre, adaptation aux spécificités régionales <i>Effectif des PS dans les ESSP</i> <i>Investissements nécessaires</i>

Organiser les 4 filières MCV au niveau des régions	- Définir organisation type/structures spécialisées - Structuration filières x4 pour une région pilote - Généralisation aux régions (SROS) - Formalisations accords avec secteur privé (cliniques) au cas par cas, notamment pour les patients RAMED	MS/sociétés savantes Directions régionales/ sociétés savantes Directions régionales/MS MS/ANAM/organismes AMO	Adaptation aux spécificités régionales Conventionnement AM avec privé clauses à respecter et contrôles <i>Pénurie des personnels</i> <i>Importants investissements</i>
Implication de la médecine générale et infirmiers privés dans la coordination des parcours	- Définition des actes ou forfaits AM sur la base des maquettes parcours (actes et ETP) - Intégration de modules de formation aux parcours MCV dans la formation initiale des MG, IDE, kinésithérapeutes	Assurance Maladie&MS/sociétés savantes/ordres/organisations représentatives MS/MEN/ENSP/Université/ CHU/Ecoles	Implication des MG libéraux Implications en terme de tarifications nouvelles (actes ou forfaits) <i>Démographie médicale insuffisante dans certains territoires</i>

4. Axe stratégique de mise en œuvre, gouvernance et partenariat

Cet axe stratégique majeur autour de la mise en œuvre vient compléter les trois orientations stratégiques détaillées ci-dessus. Six objectifs spécifiques sont proposés pour une mise en œuvre réussie :

Objectif spécifique 4-1 : énoncer un plaidoyer en direction du gouvernement et du Royaume

Argument : la problématique de la santé cardiovasculaire au sens large touche de près la vie de millions de marocains. Ce plaidoyer peut avoir un impact important sur la mise en œuvre du programme et sur les ressources qui seront allouées pour atteindre les objectifs. Les arguments du plaidoyer figurent dans le présent rapport.

En pratique (premier semestre 2018) :

- Présentation du plaidoyer et du programme en direction du gouvernement
- La recherche d'arbitrages favorables relativement au budget du programme
- La préparation d'un événement majeur public de lancement du programme et campagne de communication avec implication du gouvernement

Objectif spécifique 4-2 : assurer la validation du programme puis le choix et la priorisation des mesures opérationnelles

Argument : cette étape très importante comprendra plusieurs séquences :

1. **Un nécessaire *feed-back*** de la part des différents contributeurs : Il est essentiel qu'elle capitalise la dynamique collective engagée depuis novembre 2017 avec les différentes consultations sur le terrain et les deux ateliers du programme. Cette dynamique qui a associé des directions régionales, des médecins territoriaux, des hospitaliers, des experts, des sociétés savantes, plusieurs directions du ministère et l'agence nationale de l'assurance maladie, représente une ressource importante pour la mise en œuvre du programme.
2. **Une validation du cadre logique du programme** par le MS : c'est une séquence essentielle en vue de la mise en œuvre. Elle prend pour point de départ un travail de relecture croisée des propositions du présent rapport. Il s'agit de confirmer ou préciser certains éléments du constat et du cadre logique d'ensemble incluant les trois premières orientations stratégiques et les objectifs spécifiques.
3. **Un travail de choix et de priorisation des mesures opérationnelles** :
 - **Choix** : les mesures opérationnelles qui ne pourront pas être réalisés d'ici 2025 seront écartées.
 - **Priorisation** : parmi les mesures opérationnelles retenues, une priorisation sera faite au plus près du contexte et des besoins.

A l'occasion de ce travail, plusieurs mesures seront affinées voire, réajustées.

En pratique (2018) :

- Feed-back aux personnes consultées et associées depuis novembre 2017 et recueil des remarques
- Session de validation-choix-priorisation, par le MS en lien avec secteurs concernés.
- Consultation du comité technique des maladies cardiovasculaires pour avis sur le programme
- Restitution du programme finalisé auprès du Ministre de la santé
- Création d'un événement majeur public

Objectif spécifique 4-3 : piloter et coordonner la mise en œuvre du programme

Argument : le pilotage par la DELM correspond au management d'un projet complexe. Ce management implique la gestion d'une large intersectorialité, la budgétisation des mesures, l'adoption d'une feuille de route annuelle avec tableau de bord, la mise en place d'un dispositif d'évaluation.

En pratique :

- Une gouvernance du projet structurée autour :
 - de l'équipe projet du programme au sein du MS
 - d'un comité de pilotage intersectoriel du programme MCV, associant les différentes directions du MS, les organismes d'assurance maladie, les représentants d'autres ministères et les principaux partenaires impliqués dans le programme et les sociétés savantes concernées
- Une liaison au niveau du gouvernement car certaines mesures impliquent l'action coordonnée au niveau du gouvernement et des liaisons avec les ministères clés.
- La réunion du Comité des maladies cardiovasculaires, dont l'avis sera sollicité sur le plan et qui pourra contribuer à des propositions complémentaires ; le Comité des maladies cardiovasculaires aurait aussi la mission de donner son avis sur la réalisation du programme
- Le cas échéant, l'accompagnement de la DELM par un consultant pourra aider au lancement

Objectif spécifique 4-4 : coordonner la mise en œuvre du programme au niveau des régions

Argument :

La qualité de mise en œuvre du programme dans les régions sera déterminante pour la réussite du programme. Cela concerne l'ensemble des régions concernées par les mesures opérationnelles transversales et d'autres parts, les régions pilotes pour des mesures spécifiques.

En pratique (dès 2018 et durant la mise en œuvre du programme) :

- Prendre appui sur la coordination des directions régionales par le MS (réunions dédiées)
- Opportunité d'une mission d'appui technique auprès de régions pilotes pour accompagner le déploiement de mesures spécifiques dans ces régions.
- Mise en place d'un système de *reporting* au niveau national

Objectif spécifique 4-5 : développer et réguler le partenariat public/privé

Argument : dans les fréquentes situations de tension entre l'offre et la demande de soin cardio-neurovasculaires, la co-existence du secteur public et du secteur privé instaure une complémentarité utile :

- dans le domaine de soins primaires : professionnels libéraux, établissements de SSP
- pour les soins spécialisés : libéraux et spécialistes hospitaliers
- pour l'hospitalisation et les actes techniques : cliniques privés, hôpitaux publics et militaires.

La priorité pour la stratégie nationale de santé dans les années à venir est le soutien et l'organisation d'une offre de soin publique graduée dans tous les territoires, afin de répondre de la manière la moins hétérogène possible aux besoins de toutes les catégories de la population dont les moins aisées. Cette politique de filières publiques est un choix stratégique fait au niveau du gouvernement.

Par défaut et afin de pallier à certains obstacles ou manques provisoires des filières cardiovasculaires ou neurovasculaires dans certains territoires, des partenariats entre le secteur public et le secteur privé doivent être mise en place. Le but est de permettre dans l'attente de la structuration complète de l'offre publique une réponse sanitaire de la meilleure qualité possible sur les territoires. Ces partenariats publics-privés devraient être conduits sous la supervision des services de l'Etat de l'Assurance maladie et construits autour d'un contrat impliquant plusieurs conditions :

- un objet circonscrit : par exemple accès d'urgence à la coronarographie et la cardiologie interventionnelle des patients médicalement éligibles, d'un territoire donné, y compris les patients relevant du Ramed, dans un secteur où les établissements publics sont encore dépourvus de cette technique.
- une durée délimitée dans le temps, dans l'attente du renforcement de la filière publique
- des modalités de tarification permettant d'assurer l'accès aux soins de tous
- une procédure d'évaluation rigoureuse assortie de sanctions possibles, individuelles ou collectives (déconventionnement), en cas de non-respect ou de détournement

En pratique (dès 2018 et durant la mise en œuvre du programme) :

- engager une réflexion entre le MS et l'assurance maladie sur ce secteur (2018)
- conduire une expérimentation suivie d'évaluation (2019)
- le cas échéant, étendre ce partenariat aux territoires en tension, et ce durant toute la durée du programme
- procéder à une évaluation d'ensemble de cette politique publique (en fin de programme)

Objectif spécifique 4-6 : développer le partenariat et l'implication de la société civile

Argument :

Le partenariat et l'implication de la société civile seront nécessaires au soutien du programme, opérationnel et/ou financier ; sa diffusion du programme, son acceptation civile et son efficacité. Les partenaires potentiels sont nombreux : organismes internationaux et ONG ; ils sont à rechercher aussi au niveau national, régional et local.

Des personnalités de la société civile pourraient aussi jouer un rôle important en s'impliquant personnellement en faveur du programme. Enfin, une forme de représentation de la société civile par des « usagers » du système de santé serait aidante. De manière générale, deux tendances sont à concilier dans ce domaine du partenariat : la diversité utile et la nécessaire coordination.

En pratique dès 2018 :

- Poursuivre la recherche des partenaires et des contributions (une consultation sur ce point auprès de la DELM pourrait être pertinente)
- Installer une représentation des usagers dans une instance de gouvernance du programme
- Envisager de mettre en place un Comité des partenaires du programme pour faciliter la coordination des partenaires (alternative : inviter quelques grands partenaires dans le comité technique).

Conclusion

Avec les maladies cardiovasculaires, le Maroc doit faire face aujourd'hui à un fardeau majeur de santé publique. Ce besoin correspond aussi à une forte attente de population qui, après avoir vu nettement progresser la couverture de santé et les nouveaux droits d'accès pour tous aux services de santé, est en droit d'attendre des prestations de santé plus soutenues et dans de meilleurs délais. Cette attente légitime est ancrée dans cette valeur individuelle et collective très forte qu'est aujourd'hui la santé.

Les atouts du Maroc sont considérables avec une volonté d'aller de l'avant dans la foulée des réformes très importantes engagées dans la décennie et qui ont permis aujourd'hui à une majeure partie de la population de disposer de soins de santé dans le secteur public et dans le secteur privé. Les priorités mises dans la prévention et dans la mise en place d'un réseau national de soins de santé primaire forment de solides fondations pour le système de prévention et de soins public. Les programmes thématiques qui sont en place depuis plusieurs années ont beaucoup fait pour animer cette politique de soins primaires conforme aux préconisations de l'OMS. La politique d'investissement dans le domaine hospitalier a permis la construction de plusieurs hôpitaux et d'envisager la rénovation du parc hospitalier du pays dans son ensemble. Un effort sensible a été réalisé pour former plus de professionnels de santé et pallier à la pénurie. Les secteurs ruraux font l'objet d'une politique d'accessibilité des services, incluant, pour les zones les plus éloignées, la mobilité des services de santé. Ces atouts forment le socle du programme de santé cardiovasculaire.

La réussite de ce programme s'appuiera sur le pilotage de sa mise en œuvre et sa gouvernance, tout au long de son exécution. A cette fin les moyens propres dont disposera le programme seront essentiels. Il importe en particulier que les différentes mesures retenues fassent l'objet d'un budget spécifique.

Une autre condition essentielle pour la réussite du programme est l'intersectorialité, d'abord au plus haut niveau. L'engagement du gouvernement sera essentiel sur des mesures fortes telles que l'accentuation de la lutte contre le tabagisme, enjeu majeur qui implique la mobilisation de plusieurs ministères et l'engagement d'acteurs de la société civile. L'implication du Ministère de l'éducation nationale apparaît aussi primordiale sur toutes les questions cruciales de la prévention qui engagent l'avenir et la santé des générations présentes et à venir et qui peuvent sauver des vies dès à présent, comme autour du rhumatisme articulaire aigu, qui forme encore une véritable menace pour la vie des enfants. Le secteur de l'éducation apparaît aujourd'hui avec celui de la santé comme un vecteur essentiel du progrès social et humain et les professionnels de ces secteurs doivent être reconnus, soutenus et guidés car ils sont les acteurs de ce progrès. L'intersectorialité doit fonctionner enfin avec les autres ministères, dont certains peuvent jouer un rôle stratégique dans le développement de la santé. Les services de l'assurance maladie représentent aussi une clé de l'avenir de la gestion et de l'harmonisation non seulement de la couverture de santé mais aussi de l'offre de soins, en particulier l'offre privée conventionnée.

Pour que le programme réussisse, il sera enfin nécessaire qu'il s'appuie sur des conditions systémiques telles que le renforcement des ressources accordées au secteur de la santé, notamment public, qu'il soit ambulatoire ou hospitalier. Au premier rang de ces ressources à conforter figurent les ressources humaines. De nombreuses mesures du programme dépendent d'effectifs suffisants de professionnels de santé pour pouvoir assumer leur mission. Pour pallier la pénurie, des efforts très importants de formation et de recrutement doivent être faits, notamment dans certains secteurs géographiques, grâce à un renforcement des équipes et une mutualisation ou des regroupements si besoin afin d'éviter de disperser des ressources déjà peu importantes. La composition harmonieuse des équipes hospitalières et de soins primaires en différents profils, afin d'optimiser leur fonctionnement, devrait aussi faire l'objet d'attention prioritaire, ainsi que leur management.

En conclusion et porté par ces conditions de réussite, le programme de prévention et de gestion des maladies cardiovasculaires permettra une avancée sensible pour la santé des populations mais aussi pour la satisfaction de la société civile et des citoyens.

Principales abréviations utilisées

AVC	Accident vasculaire cérébral
AMO	Assurance maladie obligatoire
ANAM	Agence nationale d'assurance maladie
AVK	Anti vitamine K
CH	Centre hospitalier
CHP	Centre hospitalier provincial
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CI	Cardiopathie ischémique
CR	Cardiopathie rhumatismale
CV	Cardiovasculaire
DELM	Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies
DHSA	Direction de l'hospitalisation et des soins ambulatoires
ECG	Electrocardiogramme (Electrocardiographique)
ENSP	Ecole nationale de santé publique
ESSP	Etablissement de soins de santé primaire
FR	Facteur de risque
HTA	Hypertension artérielle
IC	Insuffisance cardiaque
MAPA	Mesure automatique de la pression artérielle
MEN	Ministère de l'éducation nationale
MCV	Maladie(s) cardiovasculaire(s)
MG	Médecine générale (médecin généraliste)
MK	Masseur kinésithérapeute
MNT	Maladie(s) non transmissible(s)
MS	Ministère de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisations non gouvernementales
RAMED	Régime d'assistance médicale aux économiquement démunis
PCI	Percutaneous coronary intervention
PS	Professionnel(s) de santé
RAA	Rhumatisme articulaire aigu
RH	Ressources humaines
SCA	Syndrome coronarien aigu
SI	Système d'information
SSP	Soins de santé primaires
TR	Troubles du rythme
OP	Organisations professionnelles
UIC	Urgence ischémique coronaire
UMP	Urgence médicale de proximité
TDR	Test de détection rapide

REFERENCES

Ministère de la santé

1. Santé en chiffres 2015, Ministère de la santé, Royaume du Maroc, édition 2016
2. Décret relatif à l'organisation de l'offre de soin, la carte sanitaire, les schémas régionaux de l'offre de soins – Ministère de la santé – version du 21 juillet 2014
3. Comptes nationaux de la santé 2010, Ministère de la santé, Royaume du Maroc, 2013
4. Enquête nationale sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, TAZI MA et coll., DELM, Ministère de la santé, Royaume du Maroc, 2010
5. Organisation des prises en charge des maladies chroniques dans les centres de santé, RAZANAMPARANY HM, 2015
6. Programme Pour Résultats d'amélioration de la santé primaire dans les zones rurales - Évaluation des systèmes de gestion environnementale et sociale – Document de la Banque Mondiale - 7 avril 2015
7. Livre blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé, Deuxième conférence nationale de santé, Ministère de la santé, Royaume du Maroc, Juillet 2013
8. Stratégie de coopération Maroc–OMS, 2017-2021, Ministère de la santé, Royaume du Maroc – OMS, 2016
9. Plan stratégique de prévention et de contrôle des maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle et rhumatisme articulaire aigu), Ministère de la santé, Royaume du Maroc, 2010
10. Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2010-2019, Ministère de la santé, Royaume du Maroc, 2010
11. Plan national de prévention et de contrôle du diabète 2010-2015, Ministère de la santé, Royaume du Maroc, 2010
12. Stratégie nationale de nutrition 2011-2019, Ministère de la santé, Royaume du Maroc, 2011
13. Portail web SEHATI, dédié à l'éducation et l'information pour la santé, Ministère de la santé, <http://sehati.gov.ma>
14. Marché d'emploi et formation des professionnels de santé au Maroc, Ministère de la santé, Bureau régional de l'OMS, 2017

Organisation Mondiale de la Santé

15. Plan d'action global pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles 2013-2020 – OMS 2013
16. Global health estimates : deaths by cause, age, sex and country, 2000–2012. WHO, 2014.
17. Profils des pays pour les maladies non transmissibles, OMS, 2014. <http://www.who.int/nmh/countries/fr/>
18. Package of essential non communicable (PEN) disease interventions for primary health care. WHO, 2010 http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/implementation_tools_WHO_PEN/en/
19. Abegunde DO, Shengelia B, Luyten A, Cameron A, Celletti F, Nishtar S et al. Can non- physician health-care workers assess and manage cardiovascular risk in primary care? Bull World Health Organ. 2007; 85:432–40.
20. Assessing national capacity for the prevention and control of non communicable diseases. Global Survey. Geneva: World Health Organization; 2016
21. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions to TB patients in primary care. Geneva: World Health Organization; 2014
22. Self-care in the context of primary health care. Report of the regional consultation, Bangkok, Thailand, 7–9 January 2009. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2009.
23. Hearts : Technical Package for Cardiovascular Disease Management in Primary Health Care – WHO, 2016 <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252661/1/9789241511377-eng.pdf?ua=1>
24. Hearts Technical Package : Healthy Lifestyle Counselling, draft for pilot testing, WHO, 2017
25. Hearts Technical Package : Evidence Based Treatments Protocols, draft for pilot testing, WHO, 2017
26. Hearts Technical Package : Access to Essential Medicine and Technology, draft for pilot testing, WHO, 2017
27. Hearts Technical Package : Risk Based Management, draft for pilot testing, WHO, 2017
28. Hearts Technical Package : Team Care and Task Sharing, draft for pilot testing, WHO, 2017
29. Hearts Technical Package : Risk based Management, draft for pilot testing, WHO, 2017

Bibliographie scientifique

30. Baigent C, Keech A, Kearney PM, Blackwell L, Buck G, Pollicino C et al. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet*. 2005 ; 366 : 1267–78.
31. D'Agostino RB Sr, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2008 ; 117 : 743–53.
32. Kontis V, Mathers CD, Rehm J, Stevens GA, Shield KD, Bonita R, Riley LM, Poznyak V, Beaglehole R, Ezzati M. Contribution of six risk factors to achieving the 25 X 25 non- communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *Lancet*. 2014 ; 384 : 427- 37.
33. Ezzati M, Obermeyer Z, Tzoulaki I, Mayosi BM, Elliott P, Leon DA. Contributions of risk factors and medical care to cardiovascular mortality trends. *Nat Rev Cardiol*. 2015 ; 12 : 508–30.
34. Khatib R, McKee M, Shannon H, Chow C, Rangarajan S, Teo K et al. Availability and affordability of cardiovascular disease medicines and their effect on use in high-income, middle-income, and low-income countries: an analysis of the PURE study data. *Lancet*. 2016 ; 387 : 61–69.
35. Huffman M, Yusuf S. Polypills: essential medicines for cardiovascular disease secondary prevention *J Am Coll Cardiol*. 2014 ; 63 : 1368–70.
36. 2016 ESC Guidelines for CVD Prevention in Clinical Practice. European Society of Cardiology. 2016).
<https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/29/2315/1748952>
37. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation : The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (European Society of Cardiology)
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx637>
38. Turnbull F. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events : results of prospectively- designed overviews of randomized trials. *Lancet*. 2003 ; 362 : 1527–35.
39. Yusuf S et coll. Cardiovascular Risk and Events in 17 Low-, Middle-, and High-Income Countries, *N Engl J Med* 2014 ; 371 : 818-27.
40. Yusuf S, Islam S, Chow CK, Rangarajan S, Dagenais G, Diaz R et al. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle- income, and low-income countries (the PURE study): a prospective epidemiological survey. *Lancet*. 2011 ; 378 : 1231–43.
41. Yusuf S, Lonn E, Pais P, Bosch J, López Jaramillo P, Zhu J et al. Blood-pressure and cholesterol lowering in persons without cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 2016 ; 374 : 2032–43.

ANNEXE 1

Synthèse des visites sur le terrain du 30 octobre au 2 novembre 2017

Des visites sur sites ont permis la rencontre de plusieurs professionnels de santé et responsables dans différents établissements : centres de santé (ESSP), centres hospitaliers publics provincial, régional, hospitalo-universitaire, clinique médico-chirurgicale, Directions régionales et délégations provinciales du Ministère de la Santé. 14 sites ont été visités dans la région de Rabat et les provinces de Kenitra, Sidi-Slimane et Fès. Quarante-cinq personnes ont été rencontrées au cours de ces visites. Ces visites et entretiens sont restitués en Annexe 1 sous forme de tableaux synthétiques autour de trois temps forts des parcours : 1/ prévention et gestion des facteurs de risque au niveau des ESSP ; 2/ gestion de la phase aiguë et de l'urgence impliquant les établissements hospitaliers ; 3/ organisation du suivi de proximité des patients au stade de la maladie chronique parfois sévère.

Prévention et gestion des facteurs de risques au niveau des ESSP	
FR CV Suivi en ESSP HTA, Tabac, Diabète, Dyslipidémie, Obésité	
Points forts	Points faibles
- Les programmes diabète, HTA, RAA mis en place depuis 1996 - Formations des professionnels des ESSP (formations, logigrammes...) - Activité éducative et informative, brochures - Tensiomètres fonctionnels - Médicaments gratuits - Dynamisme des équipes et démarches qualité	- Effectifs médicaux réduits, pénurie d'infirmières - Problèmes de gestion et des approvisionnements en médicaments - Des traitements non référencés (ex. anticoagulants) - Patients AMO médicaments payés par le Ramed - Observance/patient faible surtout en rural - Information-éducation peu structurée - Système d'information insuffisant - Pas ou peu de suivi médical spécialisé
Menaces	Opportunités
- Risque d'aggravation de la pénurie des ressources humaines face à la montée des besoins et attentes pour les maladies chroniques - Risque d'épuisement de certaines équipes - Répondre aux nouveaux programmes de santé par moyens constants - Exigences croissantes du public	- Avec la société civile, les associations, les collectivités locales (aides, ressources...) - Approche intégrée des facteurs de risque - Informatisation pour le suivi des patients et le monitoring de l'activité

Plusieurs pistes d'action ont été suggérées à l'occasion des visites :

- Former les équipes et les professionnels des ESSP en vue d'un suivi des patients selon la stratification des niveaux de risque (cf scores de risques intégrés multifactoriels)
- Equiper en dispositifs de suivi (type MAPA, automates de biologie) et former les professionnels de santé pour une meilleure utilisation de ces équipements
- Informatiser le système d'information clinique (dossiers patients et registres) et le monitoring de l'activité

Gestion du stade aigu en établissement hospitalier

Points forts	Points faibles
- Construction d'établissements et services neufs - Potentiel de compétences médicales pour les revascularisations - Quelques filières de gestion en aigu/urgence existent et peuvent servir de modèles - Implication des médecins et équipes paramédicales en dépit de la surcharge - Travaux et propositions des Sociétés Savantes (Neurologie, Cardiologie) - Aides des associations pour la prise en charge financière de certains patients	- Pénurie des personnels médicaux et infirmiers - Inadéquations structure RH/capacité - Vétusté problèmes d'entretien-maintenance - Gestion des flux difficiles (affluence) - Pertes de temps critique pour les parcours aigus (ischémie), rares filières de revascularisation 24/24 - La plupart des CHP et CHR ne pratiquent pas ou pratiquent très peu la thrombolyse - Manque de coronarographie et d'imagerie neuro - Délais aggravés en aigu/urgence du motif de référence (perte de chance) - Ruptures pour les médicaments essentiels - Pas d'urgence préhospitalière
Menaces	Opportunités
- Risque d'aggravation du décalage entre les besoins et l'offre - Risque d'aggravation du décalage existant entre secteur privé et secteur public - Risque de maintenir ou aggraver la répartition inégale sur le territoire - Expression plus forte de l'insatisfaction des citoyens et usagers	- Volonté d'agir au niveau national - Implication des Sociétés Savantes et de la Société civile sur un sujet mobilisateur (sauver des vies) - Télétransmissions pour diagnostic immédiat - Réduction attendue des coûts des thrombolytiques

Plusieurs pistes d'action ont été suggérées autour de l'urgence CV et autour de la gestion des épisodes aigus :

- Structurer les filières d'urgence publique
- S'appuyer sur les unités d'urgence de proximité (UMP) pour la thrombolyse
- Revoir les procédures de référence/contre-référence en aigu pour ne pas faire perdre de chance au patient
- Permettre à des patients RAMED, sous critères médicaux précis, d'accéder à des prestations privées quand l'offre publique ne le permet pas
- Diversifier les sources de financements

Suivi du stade maladie chronique en ESSP

Points forts	Points faibles
- Compétences médicales existent partout notamment pour les maladies prioritaires - Implication et loyauté des équipes paramédicales en dépit de la surcharge - La vision en filière de soins est adaptée aux maladies chroniques (place des SSP) - Développement d'une offre éducative - Dynamique de formation en place - Coordination des programmes de santé - Outils : logigrammes, affiches, matériels - Coordination régionale et locale en place avec les DRS, Délégations provinciales, RES	- Pénurie des personnels médicaux et infirmiers - Forte activité - Manque de spécialistes venant en ESSP pour le suivi de patients (endocrinologue, cardiologue, néphrologue) - Le médecin généraliste réajuste rarement la prescription si le spécialiste n'est pas accessible - Circuit d'approvisionnement des médicaments - Vagues d'équipements encore modestes (ECG) - Pas de possibilité de suivi à domicile - Recours au suivi hospitalier (encombré) pour des suivis qui pourraient être faits en ESSP ou dispensation d'AVK
Menaces	Opportunités
- Risque d'arriver au seuil de rupture avec des départs de personnel (retraite), non compensés - Dans le contexte de moyens limités, la mise en place de nouveaux programmes peut être problématique - Plus de personnes polypathologiques et/ou âgées fragiles, voire, dépendantes	- Stratégie nationale de soutien des SSP - Appuis techniques OMS et Sociétés Savantes - Éléments de médecine pour bien vivre avec spécialistes - Informatisation pour dossier et suivi du patient - Évolution technologique et baisse des coûts des équipements (automates de biologie, équipements) - Essor du thème de la médecine de famille

Plusieurs pistes d'action ont été évoquées autour de cette dimension de la chronicité cardiovasculaire :

- . Conforter les médecins des ESSP : équipement ECG, automates biologiques, formation plus poussée des professionnels de santé et des médecins généralistes aux MCV, généralisation et diffusion de nouveaux algorithmes décisionnels...
- . Renforcer et renouveler l'éducation thérapeutique et l'autonomisation des patients
- . Développer la gériatrie, et développer les soins palliatifs aussi pour les MCV

ANNEXE 2

Synthèse de l'atelier du 3 novembre 2017

Participants

Dr Bouchra AABYDI
Dr Zakaria AIL LAHRAM
Dr Moustapha AMIRICH
Dr Sarra BEZZAA
Mr Said BOUDA
Mr Ahmed BOURAZZA
Mr Redouane BOUSSAFI
Dr Driss CHERIFI
Pr Mohammed CHERTI
Dr Daniel DREUIL
Dr Hichem EL BERRI
Dr Karima EL KARIM
Mme Naima EL KHAMMAS
Dr Zineb EL HOUSAOU
Pr Nabil EL MALKI BERRADA
Dr Abrid ibissan EL MOUSAOU

Pr Nadia FELLAT
Mme GRIHOUE
Dr Fatima GUIWANE
Dr Hafid HACHRI
Dr Olmani ILHAM
Mr Said KABOUR
Dr Amine KAFSAOU
Mr Abdelkhalik KATOF
Pr Mohammed LAAROUSSI
Dr Aicha MEHDIOU
Mr Fz MOUZOUNI
Mr Mohammed OUSKHOR
Dr Fadoua RAHHOU
Mr Abdelouahid RIDOUANE
Mme Imane ROUZHOU
Dr Zoukhair SIDKI

Introduction des travaux

Introduction par le Docteur EL BERRI, Chef de la Division des maladies non transmissibles à la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies (DELM), qui précise la démarche engagée autour de l'élaboration du Programme de Prévention et de Contrôle des Maladies Cardiovasculaires.

Ce projet donne suite à la volonté à l'échelle nationale d'agir sur le fléau des maladies cardiovasculaires qui représentent la première cause de mortalité du pays, avec de nombreuses conséquences négatives en terme non seulement de mortalité évitable mais aussi d'incapacités induites, d'altération de la qualité de vie et d'impact économique négatif pour le pays.

Cette décision a conduit le Ministère de la Santé à solliciter l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé, sous la forme d'une consultation pour conforter la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies (DELM) dans l'élaboration dudit programme.

Ce programme englobe les différents aspects de la santé cardiovasculaire : les déterminants et facteurs de risque cardiovasculaires, les maladies du cœur et des vaisseaux mais aussi les maladies cérébro-vasculaires dont l'accident vasculaire cérébral qui en représente la principale pathologie au stade aigu.

Ce premier atelier du 3 novembre 2017 forme un jalon important pour cette phase d'élaboration car il réunit dès le départ les compétences de professionnels de santé, médecins ou paramédicaux, responsables de santé publique et d'administration de la santé en vue d'élaborer un état des lieux partagé. Cette concertation s'étendra aussi, dans les semaines qui viennent à d'autres compétences et parties prenantes actuelles ou potentielles et qui n'ont pas pu être présentes à cet atelier.

L'objectif de la journée est d'apporter une contribution à un premier état des lieux de la santé cardiovasculaire dans le pays. La finalisation de l'état de lieux qui sera proposé pour la fin du mois de novembre qui comprendra d'autres données et études dont certaines sont en cours. Ce premier état des lieux formera une base essentielle pour un deuxième atelier qui permettra de formuler les premières orientations stratégiques du programme - atelier qui se déroulera les 22 et 23 novembre 2017. La finalisation du programme aura lieu le début de l'année 2018.

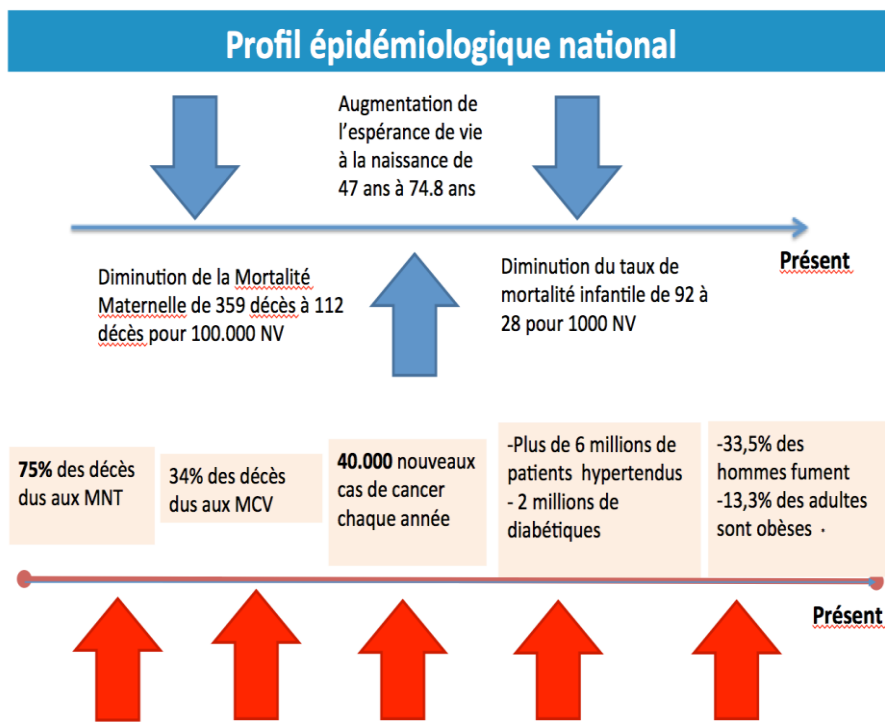
La contribution spécifique attendue de l'atelier de ce jour est de fournir une vision partagée des principaux problèmes affectant l'ensemble du périmètre cardiovasculaire de manière globale, incluant la prévention et la prise en charge en insistant sur l'organisation du système de soins – y compris hospitalier public et privé.

Première étape de l'état des lieux

Extraits des présentations des Docteurs RAHHAOUI et DREUIL

1. Introduction épidémiologique

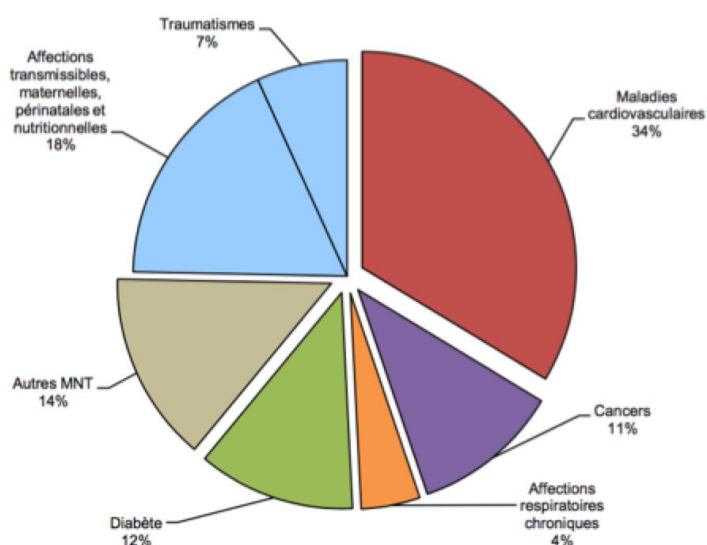
- Aperçu général de la situation de transition épidémiologique au Maroc :



- En ce qui concerne la mortalité cardiovasculaire

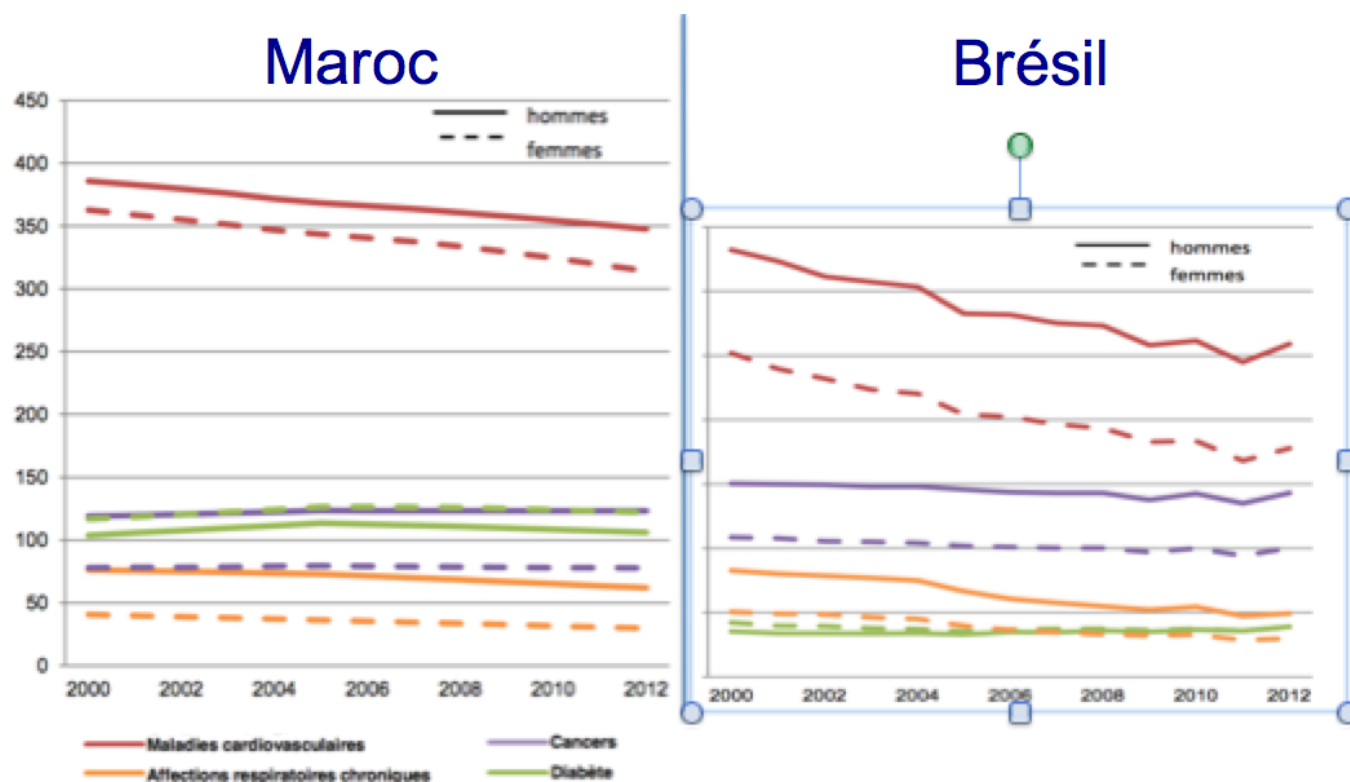
Les décès par maladies cardiovasculaires représentent aujourd'hui la première cause de mortalité au Maroc, avec 34% des décès :

Cette proportion se rapproche de celle des pays qui ont achevé leur transition épidémiologique, comme l'Espagne par exemple (En Espagne, 31% des décès sont liés aux MCV et 9 décès sur 10 sont liés à de maladies non transmissibles versus 3 sur 4 au Maroc) – *source OMS 2014*



La transition épidémiologique du Maroc est tout à fait proche de celle du Brésil : ¾ des décès sont liés aux maladies non transmissibles et 1/3 sont dus aux MCV.

Cependant la baisse de la mortalité a été plus forte au Brésil qu'au Maroc ces dernières années comme le montre la comparaison des deux graphiques ci-dessous (source OMS 2014, mortalité cardiovasculaire en traits rouges continu pour les hommes et discontinu pour les femmes) :

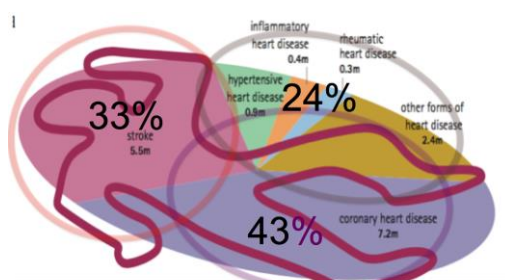


Cette différence sensible d'évolution entre deux pays par ailleurs proches du point de vue de leur structure épidémiologique en terme de décès, suggère clairement de renforcer les actions de lutte contre les MCV au Maroc.

• Trois principaux groupes de maladies cardiovasculaires :

Au niveau mondial les MCV sont responsables de 17 millions de décès annuels, qui se répartissent en trois grands groupes (source OMS 2014) :

- en premier lieu, les décès par cardiopathies ischémiques 43%
- les accidents vasculaires cérébraux 33%
- les autres cardiopathies et insuffisances cardiaques (dont cardiopathie hypertensives, rhumatismales) représentent 24%

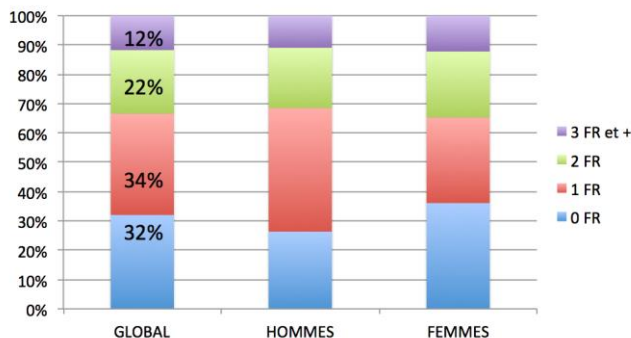


Source OMS 2014

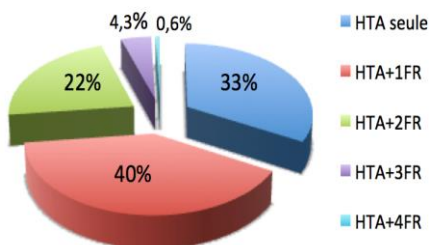
- **A propos des facteurs de risques et maladies prédisposantes :**

2 adultes sur 3 ont au moins un facteur de risque (FR) majeur de MCV (source : Enquête nationale sur les facteurs de risque – 2000 ; nouvelle enquête nationale en cours en 2017, données non encore disponibles)

Facteurs de risque majeur (HTA, Diabète, Tabagisme, Hypercholestérolémie, HDL bas, Obésité) :



Parmi les hypertendus : 2 personnes sur 3 ont au moins un autre facteur de risque (FR) :



2. Rappel : les programmes en cours de prévention et de contrôle des facteurs de risque

- **Enjeu économique majeur de la prévention avec l'exemple des affections de longue durée (ALD) :**
 - 50% des dépenses du régime de l'assurance maladie obligatoire (AMO) vont aux 3% de la population assurée AMO, ces 3% correspondant aux personnes en ALD (source : données AMO 2012)
 - Cette mobilisation de ressources au stade des maladies chroniques évoluées, suggère une évolution économique non soutenable si une prévention de ces maladies n'est pas accentuée. En effet, la plupart de ces maladies chroniques sont accessible à la prévention. Ceci est particulièrement établi pour les maladies cardiovasculaires. D'où l'enjeu de poursuivre et d'amplifier l'effort sur la prévention.
- **Rappels des programmes et des actions de prévention et de promotion de la santé engagés au niveau national :**
 - Programme national de lutte contre le tabac
 - Stratégie nationale de la nutrition (DP)
 - Création d'une unité de mode de vie sain - Division des Maladies non transmissibles (DELM)
 - Organisation d'une campagne nationale de sensibilisation et de promotion de modes de vie sains en avril 2016 (activité physique, alimentation et tabagisme)
 - Organisation d'une campagne nationale de communication sur le diabète (2015-2016)
 - Organisation de campagnes nationales de sensibilisation aux dangers du tabac
 - Création d'espaces verts, pistes cyclables et terrains de sport de proximité.

- **Rappel des programmes et des actions de lutte contre les facteurs de risques et maladies non transmissibles :**
 - Programme national de prévention et contrôle de l'HTA ;
 - Programme national de prévention et contrôle de diabète ;
 - Programme national de prévention et contrôle rhumatisme articulaire aigu ;
 - Disponibilité des statines et de l'aspirine à faible dose au niveau des ESSP pour la prévention des événements cardiovasculaires ;
 - Elaboration des filières de soins pour l'HTA-Diabète.

Le nouveau programme MCV aura vocation de prolonger et d'intégrer ces différents programmes en prenant en compte la prévention et l'organisation de l'offre de soins.

3. Première analyse stratégique à partir de l'état des lieux et indication de la méthodologie entreprise pour élaborer le programme national de prévention et de contrôle des MCV

- **Spécificités des maladies cardiovasculaires à prendre en compte pour le programme :**
 - **Les maladies cardiovasculaires sont d'abord des maladies chroniques** responsables d'un important fardeau de mortalité et d'incapacité et d'un impact économique très important, avec des enjeux en terme de :
 - prévention de la population générale et d'éducation des patients ;
 - suivi coordonné au long cours dans le système de soins
 - **Elles comportent de redoutables phases aiguës** (SCA, AVC, décompensations cardiaques...), toutes potentiellement mortelles ou gravement invalidantes, avec des enjeux majeurs de :
 - gestion d'urgence (notion de délais avec impact pronostique majeur)
 - prise en charge au stade aigu

Ces deux dimensions de l'aigu et du chronique devront être prise en compte dans l'élaboration du programme MCV.

- **Une première matrice stratégique est proposée**, s'appuyant sur le constat précédent, le recensement de données concernant l'offre de soins et les visites sur le terrain (cf diaporamas associés).

Il s'agit d'identifier d'abord de manière globale:

- Pour l'environnement interne : les points forts et points faibles de l'existant
- Pour l'environnement externe : les menaces et les opportunités que l'on peut facilement anticiper

Le tableau ci-après résume ces différents points :

Points forts actuels	Points faibles actuels
.Accès aux soins : AMO et RAMED .Couverture territoriale en SSP .Organisation en filière à 3 niveaux .Programmes diabète, HTA, cardiopathies rhumatismales depuis 2010 .Progrès de la prévention et communication .Compétences des professionnels. .SROS	.Inadéquation entre la demande devenue massive et la réponse en offre de soins .Couverture territoriale restant hétérogène .Problème de la réponse aux urgences CV .Pénurie persistante des professionnels paramédicaux et médicaux .Organisations, infrastructures, équipements .Faible coordination entre niveaux Faible sensibilisation et communication de la population générale
Menaces pour l'avenir	Opportunités pour l'avenir
.Essor des maladies chroniques dont les MCV .Massification de la demande de soins, aux 3 niveaux (les soins de base aux recours) .Risque de clivage définitif public/privé .Exigences et insatisfaction du public ...	.Volonté politique, secteur prioritaire .Impulsions et attentes de la société civile .Vision intégrée de la stratégie de santé .Attente forte des acteurs de santé ...



- **Pour résumer cet état des lieux provisoire, les maladies cardiovasculaires au Maroc posent au pays trois importants défis qui justifient un programme ambitieux :**
 - Ce sont des maladies chroniques responsables d'un fardeau de mortalité et morbidité en partie évitables, avec un impact socio-économique et sur la qualité de vie des marocains ;
 - Ces pathologies mettent au premier plan les enjeux de prévention globale, intersectorielle sur les déterminants de la santé et les enjeux de dépistage et de suivi des facteurs de risque ;
 - et l'amélioration de la réponse aux maladies cardiovasculaires rencontre un problème d'organisation du système de soins, qui éprouve des difficultés à :
 - Répondre à la massification récente de la demande de santé, à tous les niveaux de la filière de soins
 - Répondre aux défis de l'organisation en « parcours-filières », qu'il s'agisse de la prise en charge en aigu ou du suivi coordonné de ces pathologies chroniques

Ces défis suggèrent l'élaboration d'un programme innovant, autour d'un diagnostic de l'état des lieux largement partagé, puis l'identification des orientations stratégiques associées à un souci d'efficacité et d'efficience quant à la mise en œuvre.

Autour de la méthode

1. Présentation d'une méthode privilégiant la concertation (Docteurs EL BERRI, RAHHAOUI, DREUIL)

Il s'agit dès la première phase de constitution de l'état des lieux, d'associer les professionnels et secteurs concernés dans toute leur diversité. De sorte que l'état des lieux comporte à la fois :

- Une vision partagée des problèmes et de leur importance, par les acteurs eux-mêmes
- Des éléments objectifs nourris par des études, données et la littérature existante

L'atelier du 3 novembre permettra des regards croisés et une première vision partagée autour des principaux problèmes posés par les parcours des patients affectés par les 3 grands groupes d'affections : 1. Cardiopathies ischémiques, 2. Autres cardiopathies et insuffisances cardiaques, 3. Pathologies neurovasculaires et AVC.

Pour chaque grand groupe de maladies, les problèmes seront évoqués par les professionnels autour de 5 phases de la maladie vue dans la temporalité étendue (parcours du patient dans le temps) :

- En amont, la période de la prévention des facteurs de risque et maladies prédisposantes
- Le stade des facteurs de risque installés avec enjeux de dépistage et de suivi des risques
- Les moments aigus : crises, accidents, décompensations
- Le stade du suivi des maladies installées et chroniques
- La phase avancée de la maladie

La restitution de ces travaux permettra de mettre en évidence les points de convergence, les problèmes communs à toutes les affections et ceux qui leurs sont spécifiques. Pourra aussi se dégager une vision partagée de l'importance des différents problèmes. A l'occasion de ces travaux de groupe, des pistes de solution seront parfois évoquées.

C'est sur la base de ce diagnostic partagé que s'amorcera la réflexion stratégique qui conduira aux orientations stratégiques et aux objectifs ainsi qu'aux mesures concrètes du programme.

2. Echanges autour de la méthodologie

La méthodologie dans son ensemble a fait l'objet d'un échange très riche avec les participants. Plusieurs questions et remarques ont permis de souligner des enjeux de méthodologie importants, restitués ici de manière synthétique.

- **Autour de l'état des lieux : conjuguer les constats et attentes « subjectives » des acteurs avec des données objectives.**

Un risque de subjectivité est associé aux travaux privilégiant les points de vue de professionnels basés sur leur expérience. L'état des lieux comportera, en effet, des données objectives quant à l'épidémiologie cardiovasculaire, le point sur les programmes nationaux antérieurement engagés et des données relatives à l'offre de soins publique et privée sur le territoire. Certaines de ces données sont existantes (études des sociétés savantes thématiques) ou en voie de finalisation (étude nationale sur l'offre de soins par niveau de soins et par région – DELM) ou en cours (étude nationale 2017 sur les facteurs de risque des MNT). L'état des lieux finalisé comportera toutes ces données qui pourront, le cas échéant, permettre un réajustement du programme.

Au-delà de la question de la subjectivité, c'est l'implication de l'ensemble des parties prenantes qui est recherchée dans un but de conjuguer et d'associer pour un programme ambitieux et ce, dès le départ.

- **Intégration : l'intégration des actions doit être le leitmotiv de ce nouveau programme**

Les programmes antérieurs déclinés de manière indépendante, par pathologie ou facteur de risque, ont permis un premier niveau d'intégration autour des axes prévention-dépistage-soins avec plusieurs niveaux de recours et de références depuis les ESSP aux CH de troisième niveau. Ils ont permis aussi un travail intersectoriel notamment autour de la prévention. Plusieurs remarques et attentes vont aujourd'hui dans le sens d'une intégration plus poussée avec le programme cardiovasculaire et ce, au moins à deux niveaux :

- **Dépasser la verticalité de programmes par pathologies**, grâce à un programme plus vaste englobant en un seul ensemble opérationnel les facteurs de risque (la pollution comme facteur de risque cardiovasculaire important devrait intégrer le programme), les facteurs-maladies (tels que l'HTA, le diabète et le RAA), les affections cardiovasculaires et les maladies cérébrovasculaires. Cette intégration ne peut qu'être bénéfique sur le terrain en évitant l'arrivée de programmes indépendants avec leurs approches parfois distinctes, leur système d'information indépendant etc...
- **Intégrer l'action publique en opérant un décroisement et une intersectorialité plus marqués** que dans les précédents programmes ciblés sur les MNT, les problèmes abordés pour les MCV étant vastes et abordant souvent l'organisation du système de soins, voire, touchant des enjeux très intersectoriels à l'image de **l'impact de la pollution** sur la santé respiratoire et cardiovasculaire.

- **Pour un programme efficace et consistant : des objectifs et des mesures qui doivent être suivis d'effet.**

Plusieurs participants ont souligné les inconvénients et risques qui résulteraient d'un programme cohérent du point de vue des objectifs et des mesures visés mais dont la mise en œuvre demeurerait floue et livrée à l'incertitude. Plusieurs préconisations ont été énoncées par les participants :

- **Agir de manière pragmatique en s'appuyant sur les ressources qui sont déjà là** : pour réussir les actions, il faudra s'appuyer sur des acteurs et des relais « stratégiques » déjà en place. A titre d'exemple :
 - Les étudiants en santé et les jeunes professionnels peuvent être facilement sensibilisés et mobilisés dans le cadre de l'Université aujourd'hui. Ils seront les professionnels de demain et devront être aussi les acteurs des transformations des pratiques et organisations nécessaires.
 - Les implications des Sociétés savantes médicales (comme les Sociétés marocaines de Cardiologie et de Neurologie, de Chirurgie cardiaque, l'Association des médecins du travail...) seront cruciales pour la mise en œuvre grâce au relais que peuvent assurer ces Sociétés auprès des professionnels.
- **Priorisation et budgétisation**
 - Attente formulée pour une priorisation rigoureuse des mesures dans l'élaboration du plan. Comme il ne sera pas possible de tout faire (répondre à tous les problèmes simultanément), il faudra éviter la liste idéale. Il faudra distinguer les actions prioritaires à court terme (ce qui est « urgent ») et les priorités à plus long terme et qui exigeront une planification, un travail intersectoriel de plus longue haleine etc...)
 - Autre remarque des participants, une budgétisation des mesures, voire du programme dans son ensemble apparaît comme une condition nécessaire à la mise en œuvre.

Regards croisés sur les points critiques des parcours de santé cardiovasculaires

Les principaux problèmes ou points critiques rencontrés pour chaque grande étape des parcours des patients ont été énoncés grâce aux discussions pluriprofessionnelles au sein de trois groupes de travail thématiques (cardiopathies ischémiques, AVC, insuffisances cardiaques). Leur restitution apparaît dans les 5 tableaux ci-dessous, chaque tableau correspondant à une étape du parcours du patient.

ETAPE DE PREVENTION DES FACTEURS DE RISQUE (DONT MALADIES PREDISPOSANTES : diabète, HTA, RAA...)		
Groupe « Cardiopathies ischémiques »	Groupe « AVC »	Groupe « Insuffisances cardiaques »
- Pas de plan de communication autour des facteurs de risque chez les populations cible (population générale, population scolarisée et professionnels de santé) - Difficultés de changement de comportement pour certains facteurs de risque tel le tabagisme	- Insuffisance de sensibilisation autour des FR - Pénurie des RH à tous les niveaux de PEC - Insuffisance de moyens de dépistage et équipements en qualité et quantité - Insuffisance de formation des PS - Insuffisance de la sensibilisation et dépistage dans la stratégie mobile - Faible encadrement des ONG - Faible coordination entre les ES et les ONG - Faible implication de la société thématique - Insuffisance d'implication des différents intervenants en matière de FR (M.J.S, M.E.N, M.Ag, M.Habous,)	- Insuffisance du dépistage systématique des FR - Problème de qualité de dépistage - Accès aux soins limité - Faible sensibilisation de la population générale (méconnaissance des FDCVx) - Manque de communication médecin /malade - Actions sur les déterminent sociaux (coordination multisectorielle insuffisante)
NB remarques plus générales : - Manque d'information sur l'incidence et sur la prévalence de la maladie coronarienne (enquête/registre/système d'information) - La thématique maladie coronarienne n'a jamais figuré dans les plans de formations continue (2008/2012 ET 2012/2016)		

ETAPE DE DEPISTAGE ET SUIVI DES FACTEURS DE RISQUE (DONT MALADIES PREDISPOSANTES : diabète, HTA, RAA...)		
Groupe « Cardiopathies ischémiques »	Groupe « AVC »	Groupe « Insuffisances cardiaques »
▪ Insuffisance de l'offre de soins en matière de cardiologie (infrastructure, équipements et ressources humaines) ▪ Absence de certains médicaments indispensables dans la nomenclature nationale	▪ Suivi irrégulier des malades ▪ Manque d'éducation thérapeutique et la non observance du traitement (MNT) ▪ Pénurie de professionnels de santé ▪ Lourdeur du Système d'information sanitaire (ESSP et CH) ▪ Manque de médicaments et de moyens d'analyses de laboratoires et radiologie ▪ Déficit d'organisation de la PEC des MNT (ESSP et CHP) ▪ Manque de guidelines sur les bonnes pratiques sur les FR	▪ Faible qualité de prise en charge ▪ Non-respect des filières de soins ▪ Faible observance du traitement ▪ Irrégularités de la formation continue des professionnels de santé ▪ Disponibilités limitées des outils de biologie et de radiologie et des médicaments

STADE AIGU DE LA MALADIE CARDIOVASCULAIRE		
Groupe « Cardiopathies ischémiques »	Groupe « AVC »	Groupe « Insuffisances cardiaques »
▪ Faible communication sur la disponibilité de l'offre de soins par les professionnels de santé et la population générale ▪ Problèmes de répartition des ressources humaines spécialisées ▪ Inadaptation de l'offre de soins en matière de diagnostic et de prise en charge (thrombolyse, cathétérisme, chirurgie) en plateau technique, ressources humaines qualifiées, infrastructures, salles de cathétérisme cardiaque etc... ▪ Faible coordination entre les différents niveaux ▪ Absence de généralisation de SAMU et de réanimation cardiologique ▪ Pas de protocoles pour la prise en charge des cas urgents ▪ Insuffisance de formation continue des professionnels de santé exerçant au niveau des urgences ▪ Conditions de transfert insatisfaisantes ▪ Pénurie en ressources humaines et profils non adaptés	▪ Défaillance de la filière de soins et de la contre-référence (à tous les niveaux) ▪ Pénurie de professionnels de santé ▪ Insuffisance du Système d'information sanitaire du CH (à exploiter SAA) ▪ Insuffisance des plateaux technique de diagnostic et PEC au niveau des Services des urgences des CH et des UMP ▪ Insuffisance dans l'organisation au niveau des Services des urgences des CH (absence de tri et d'identification du circuit) ▪ Insuffisance de formation des PS des Services des urgences des CH sur la PEC des AVC ▪ Manque de <i>guidelines</i> sur les bonnes pratiques et CAT et protocoles référentiels sur les AVC	▪ Retard de diagnostic ▪ Manque de disponibilité des médecins spécialistes ▪ Mauvaise répartition intra et extrarégionale ▪ Manque de formation en urgentologie ▪ Indisponibilité des plateaux techniques aux services des urgences

--	--	--

ETAPE DE GESTION ET SUIVI DE LA MALADIE INSTALLEE (STADE CHRONIQUE)		
Groupe « Cardiopathies ischémiques »	Groupe « AVC »	Groupe « Insuffisances cardiaques »
- Indisponibilité du personnel et de structures qualifiées - Non généralisation de la couverture médicale - Manque d'éducation thérapeutique des patients - Absence de réseau coordonné de soins - Cout élevé des prises en charge - Cout élevé de PEC	- Insuffisance en orientation des malades et collaboration entre les niveaux de PEC - Pénurie de professionnels de santé - Lourdeur du Système d'information sanitaire (ESSP et CH) - Insuffisance de PEC pluridisciplinaire post AVC - Absence de structure spécialisée médicosociale - Manque de médicaments et de moyens d'analyses de laboratoires et radiologie - Insuffisance de la rééducation fonctionnelle et orthophonique - Manque de guidelines sur les bonnes pratiques sur les AVC (maladie chronique)	(non) respect des filières de soins - Accessibilité au traitement - Délais des RDV très éloignés (pb) d'observances thérapeutiques - Absence de centre spécialisé de Réadaptation - Faible partenariat public-privé

AU STADE AVANCE : MALADIES INTRIQUEES, FRAGILITE GERIATRIQUE, MALADIE TERMINALE		
Groupe « Cardiopathies ischémiques »	Groupe « AVC »	Groupe « Insuffisances cardiaques »
- Manque de soins palliatifs - Pas de prise en charge multidisciplinaire - Manque d'éducation du patient	- Absence de suivi des malades dans les états avancés (médecine de famille) - Insuffisance d'implication des différents intervenants en matière de l'AVC (M. Solidarité, AMO...) - Insuffisance de la capacité litière de service de neurologie et de soins palliatifs - Pénurie de professionnels de santé - Absence de système d'information sanitaire (ESSP et CH)	- Coût élevé de la prise en charge - Lourdeur de la prise en charge hospitalière - Couverture médicale non généralisée - Ressources Humaines non adaptées

- **Synthèse des échanges**

Des problèmes transversaux majeurs ont fait l'objet de convergences entre les groupes et lors du débat qui a suivi les restitutions :

- le problème majeur du manque de prévention et d'éducation, au niveau de la population
- le manque de formation spécifique des professionnels
- les besoins de formation et de renfort en logigrammes, protocoles, brochures, équipements, de l'offre de soins primaire
- le manque d'éducation du patient structurée au niveau des ESSP
- les limites de la juxtaposition de programmes verticaux avec fragmentation des messages et des organisations au niveau des ESSP
- au premier plan : le manque de structuration de l'offre de soins spécifique cardiovasculaire ou neurovasculaire (problèmes de ressources humaines, en pénurie mais souvent déséquilibrées dans leur métiers ; difficultés liées aux locaux, équipements, maintenance)
- le déficit général de la filière d'urgence notamment pour les accidents ischémiques
- le mot de pénurie de personnel a été employé à de nombreuses reprises et pour toutes les phases du parcours des patients
- manque d'un système d'information unifié entre programmes et intégré permettant de suivre les patients au niveau des ESSP
- les problèmes liés au circuit du médicament, avec de nombreux dysfonctionnements ou ruptures d'approvisionnement ou non prise en charge pour certains médicaments, en ESSP et en CH
- l'impossibilité de faire fonctionner la logique des références sur le territoire, avec une offre de soins cardiologique globalement pauvre, concentrée sur Rabat-Casa et dispersée ailleurs sur le territoire autour de fonctionnement précaire
- le déséquilibre et l'absence de coopération entre le privé et le public
- l'absence de passerelles public-privé pour les parcours des patients Ramedistes notamment
- l'émergence du problème de suivi à domicile de patients âgés ou relevant de soins palliatifs

Ces remarques issues des groupes recoupent le compte-rendu des visites sur le terrain (cf restitution des Drs DREUIL et RAHHAOUI après les visites du 29 octobre au 2 novembre 2017) qui n'a pu être présenté en séance (diaporama joint). Un complément d'information est apporté autour des premiers résultats de l'enquête nationale sur l'offre de soins cardiovasculaire, qui corroborent le constat d'hétérogénéité et de couverture territoriale insuffisante en cardiologie (cf diaporama Dr SIDKI).

La suite des travaux

En remerciant les participants pour leur implication et pour la qualité des travaux, le Docteur EL BERRI énonce les perspectives :

- retour sous forme de compte-rendu synthétique vers les participants afin de solliciter leur avis, remarques et propositions
- un état des lieux finalisé sur la base précédente et les compléments d'études
- la première étape d'élaboration des orientations stratégique en atelier les 22 et 23 novembre 2017,
- la finalisation du programme est envisagée pour le début de l'année 2018.

ANNEXE 3

Synthèse de l'atelier des 22&23 novembre 2017

Participants :

- La représentante de l'ANAM
- Le représentant de l'Ecole Nationale de Santé Publique
- Le neurologue et le cardiologue de l'Hôpital Militaire de Rabat
- Le médecin chef de SRES à la province de Nouacer
- Le médecin chef de SRES à la Province de Meknès
- Le chef de service de l'offre de soins à la DRS de Rabat-Salé-Kenitra
- La directrice du CHR de Rabat
- Le directeur du CHP de Sidi Slimane
- Les représentants de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
- Le chef de service de la chirurgie cardiovasculaire au centre hospitalier Ibn Sina de Rabat
- Le chef de service de la cardiologie A au centre hospitalier Ibn Sina de Rabat;
- Le chef de service de la cardiologie B au centre hospitalier Ibn Sina de Rabat.
- La cardiologue du service des urgences médicale au centre hospitalier Ibn Sina de Rabat
- Le Président de la Société Marocaine de Neurologie
- Le chef de service de la réanimation Néonatale au centre hospitalier Ibn Sina de Rabat
- Le chef de la division des maladies non transmissibles à la DELM
- Le chef de service des maladies métaboliques et endocriniennes à la DELM
- Le chef de service des maladies cardiovasculaires à la DELM
- Les cadres du service des maladies métaboliques et endocriniennes, du service de prévention et de contrôle du cancer et du service des maladies cardiovasculaires à la DELM.

Ordre du jour :

- Présentation d'un point d'étape par le consultant et discussions
- Formulation de traits saillants et prioritaires par les participants
- Formulation de préconisations stratégiques et opérationnelles (travaux de groupes)

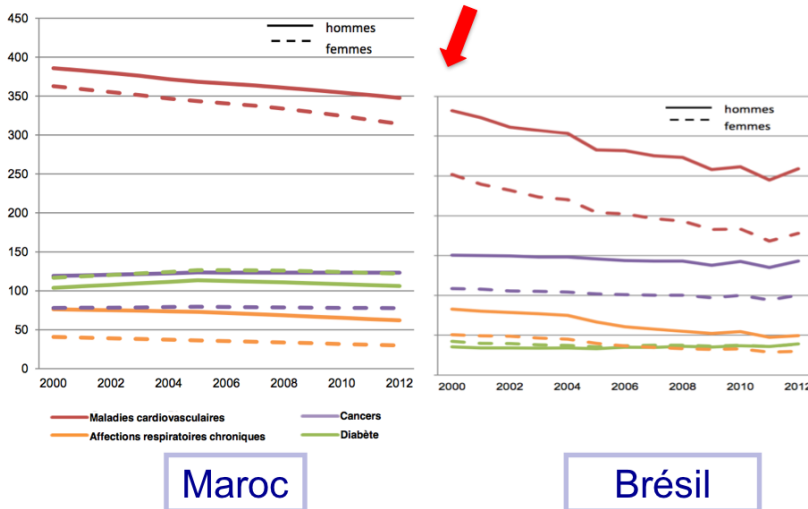
Présentation d'un point d'étape par le consultant et discussions

Présentation d'un point d'étape par le Dr Daniel DREUIL, sur la base de l'atelier précédent du 3 novembre et complété par des éléments de documentation. Ce point d'étape présenté et discuté aujourd'hui viendra compléter et enrichir l'état des lieux en cours de rédaction.

Premier sujet de discussion : la comparaison avec le Brésil (à partir de la diapositive ci-dessous, source OMS : MNT profils par pays 2014)

Le Maroc et le Brésil ont des profils de causes mortalité comparables et ceci suggère qu'ils sont proches en terme de transition épidémiologique. Pourtant, il existe des différences sensibles entre les deux pays si l'on regarde de plus près l'évolution de la mortalité CV. Ainsi selon les dernières données disponibles, cette évolution comparée illustrée par le graphique ci-dessous, montre de nettes différences.

Contrastes



Ainsi, pour la période 2000 à 2012, on constate que :

- la mortalité CV du Brésil en 2000 correspond à celle du Maroc en 2012
- la pente de décroissance de la mortalité CV est plus soutenue au Brésil
- la mortalité CV des femmes au Maroc demeure élevée et proche de celle des hommes

Quelle explication apporter à ces différences ? Une réponse apportée lors de l'échange est que le Brésil a entamé depuis plusieurs décennies une politique de soins de santé primaire et de médecine de famille qui semble avoir porté ses fruits. Il serait intéressant d'avoir des précisions sur l'évaluation de cette politique, qui pourraient être très utiles au programme MCV du Maroc.

Place du suivi des patients à hauts risques et des malades

Dès 2014, une étude de grande envergure de (Yusuf et coll.) montrait l'importance et l'impact positif du suivi médicalisé des patients à haut facteur de risque ainsi que des malades CV avérés sur la survenue d'événements CV majeurs et de mortalité CV. C'est ainsi que les pays à haut revenu, avec des moyennes élevées des scores de risque CV dans leurs populations, bénéficient des taux de mortalité les plus bas.

N Engl J Med. 2014 Aug 28;371(9):818-27. doi: 10.1056/NEJMoa1311890.

Cardiovascular risk and events in 17 low-, middle-, and high-income countries.

Yusuf S¹, Rangarajan S, Teo K, Islam S, Li W, Liu L, Bo J, Lou Q, Lu F, Liu T, Yu L, Zhang S, Mony P, Swaminathan S, Mohan V, Gupta R, Kumar R, Vijayakumar K, Lear S, Anand S, Wielgosz A, Diaz R, Avezum A, Lopez-Jaramillo P, Lanas F, Yusuf K, Ismail N, Iqbal R, Rahman O, Rosengren A, Yusufali A, Kelishadi R, Kruger A, Puaane T, Szuba A, Chifamba J, Oguz A, McQueen M, McKee M, Dagenais G; PURE Investigators.

Collaborators (371)

Author information

Abstract

BACKGROUND: More than 80% of deaths from cardiovascular disease are estimated to occur in low-income and middle-income countries, but the reasons are unknown.

METHODS: We enrolled 156,424 persons from 628 urban and rural communities in 17 countries (3 high-income, 10 middle-income, and 4 low-income countries) and assessed their cardiovascular risk using the INTERHEART Risk Score, a validated score for quantifying risk-factor burden without the use of laboratory testing (with higher scores indicating greater risk-factor burden). Participants were followed for incident cardiovascular disease and death for a mean of 4.1 years.

RESULTS: The mean INTERHEART Risk Score was highest in high-income countries, intermediate in middle-income countries, and lowest in low-income countries ($P < 0.001$). However, the rates of major cardiovascular events (death from cardiovascular causes, myocardial infarction, stroke, or heart failure) were lower in high-income countries than in middle- and low-income countries (3.99 events per 1000 person-years vs. 5.38 and 6.43 events per 1000 person-years, respectively; $P < 0.001$). Case fatality rates were also lowest in high-income countries (6.5%, 15.9%, and 17.3% in high-, middle-, and low-income countries, respectively; $P = 0.01$). Urban communities had a higher risk-factor burden than rural communities but lower rates of cardiovascular events (4.83 vs. 6.25 events per 1000 person-years, $P < 0.001$) and case fatality rates (13.52% vs. 17.25%, $P < 0.001$). The use of preventive medications and revascularization procedures was significantly more common in high-income countries than in middle- or low-income countries ($P < 0.001$).

CONCLUSIONS: Although the risk-factor burden was lowest in low-income countries, the rates of major cardiovascular disease and death were substantially higher in low-income countries than in high-income countries. The high burden of risk factors in high-income countries may have been mitigated by better control of risk factors and more frequent use of proven pharmacologic therapies and revascularization. (Funded by the Population Health Research Institute and others.).

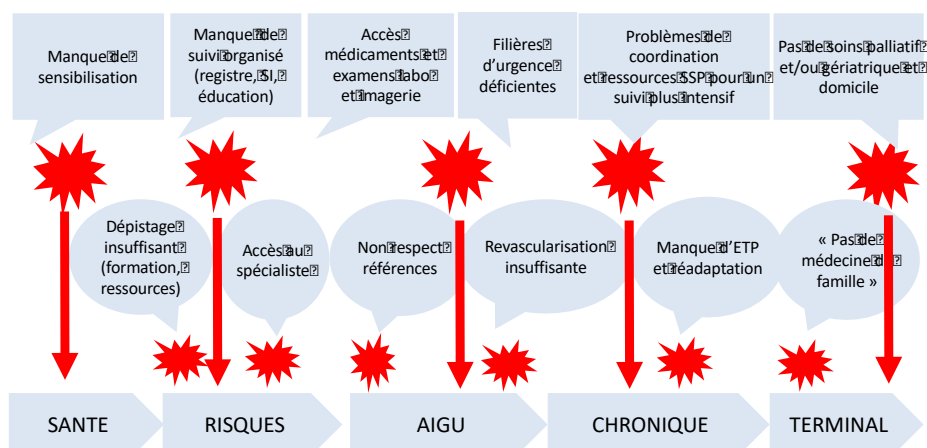
Les conclusions de cette étude peuvent intéresser le programme MCV du Maroc. Il ne suffira pas d'abaisser le niveau des facteurs de risque par la prévention pour réduire la fréquence des événements pathologiques et les décès cardiovasculaires. En fait, le paradoxe peut être résolu par une politique de santé complète, associant prévention, dépistage et suivi individuel des patients avec hauts risques CV et des malades avec ATCV cardiovasculaires. La prévention en amont, par l'éducation et les mesures populationnelles est cruciale mais il apparaît stratégique aussi, en terme de santé publique, de développer le suivi et le traitement individuels des personnes à haut risque ainsi que des malades : évaluation médicale des scores de risque pour ajuster les traitements pharmacologiques en fonction des niveaux de risque mais aussi généralisation progressive des techniques de revascularisation les plus accessibles pour le cœur et pour le cerveau. Pour ces techniques de revascularisation qui sont encore coûteuses mais dont le début de leur généralisation peut être envisagé, le meilleur compromis possible devra être recherché pour leur implantation territoriale à partir d'un choix d'équilibre - évolutif - entre le coût de ces structures et les critères d'accessibilité définis sur une base de délais et de distance maximale.

Cette nécessaire association d'une approche populationnelle de prévention des risques CV et d'une approche basée sur le suivi médical individualisé des patients forme aujourd'hui un consensus scientifique et également au sein l'OMS. Elle place au premier plan la politique des soins de santé primaire et le besoin de développer les suivis et l'éducation des malades et leurs familles dans le cadre d'une médecine de famille renforcée.

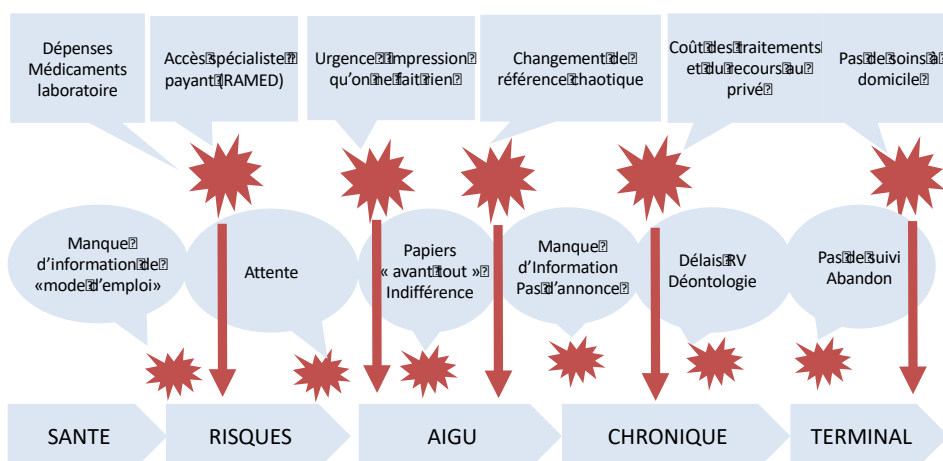
Autour des points critiques des parcours cardiovasculaires

Dans la continuité du premier atelier du 3/11, il est proposé une représentation en points critiques du parcours, en distinguant les point de vue des professionnels de santé, au sens large, incluant les responsables institutionnels, et quelques points de vue de patients et proches (société civile) recueillis par le consultant. Ces principaux points critiques sont disposés au long d'un parcours virtuel de santé, partant de l'état de bonne santé (stade SANTE), passant par la période silencieuse d'exposition aux facteurs de risque (stade RISQUES), aboutissant à la maladie CV patente, d'abord aigue (stade AIGU) puis la phase de maladie chronique (stade CHRONIQUE) pouvant être émaillée à son tour de décompensations aigues et enfin les phases avancées, voire terminales de la maladie (stade TERMINAL). Ces points critiques sont mentionnés dans les tableaux qui suivent selon les points de vue des professionnels puis des patients et proches.

Points critiques des parcours MCV selon les professionnels



Points critiques selon les patients



Formulations des principaux traits saillants par les participants de l'atelier

A la suite de la présentation du consultant et des échanges, l'atelier s'est réparti en deux groupes afin de formuler les principaux traits saillants en vue des orientations stratégiques. A partir d'une expression de tous les participants (supports écrits) et d'échanges pléniers, il est ressorti les regroupements suivants dans le tableau ci-dessous. Des reformulations et compléments ont été ajoutés aux expressions des participants pour faciliter la lecture. Elles figurent en italique.

Traits saillants et propositions	Premier groupe	Deuxième groupe
Prévention	Promouvoir les modes de vie sains (<i>cf programme national modes de vie sains</i>)	Pour une véritable stratégie de prévention intégrée
	Agir au niveau populations simultanément sur 3 FR cruciaux : alimentation (dont sel), activité physique, tabac	Priorité sur les 3 facteurs modifiables : alimentation, activité physique et tabac
	Sensibilisation multifactorielle	Sensibilisation prioritaire <i>sur les différents facteurs de manière coordonnée</i>
	Campagnes de communication et sensibilisation Mobiliser les médias / Lancer une TV santé	
Dépistage et suivi médical des FR CV	Renforcer le dépistage (système de soins)	Faire des campagnes de sensibilisation et de dépistage
	Former les PS à la communication éducative sur les facteurs de risque pour qu'ils communiquent tout au long du parcours du patient	
	Former les PS à la communication (<i>counseling</i>) l'éducation thérapeutique, au niveau régional en lien avec le national	Enjeu de changer les comportements (pas seulement un enjeu de « sensibilisation »)
Pour les malades CV (maladie patente)		
	Renforcer les parcours de soins dans le secteur public et les mettre en place en secteur privé	Travailler les filières et les et réorganiser les parcours de soins CV
	Renforcer le rôle des ESSP dans les circuits des patients	Renforcer le suivi des MCV <i>au niveau des ESSP</i>
	<i>Sensibiliser et former les PS</i> aux parcours de soins (« faire connaître »)	
	Elaborer des guidelines et arbres décisionnels pour les PS	
		<i>Améliorer l'accès au spécialiste</i>
	Renforcer la prise en charge (suivi médical) des pathologies lourdes en SSP en lien avec les ES	Coordonner les différents niveaux de prise en charge
	Développer une médecine de famille et <i>une médecine de suivi (maladies non transmissibles et chroniques)</i>	Intégrer les stratégies de prise en charge des maladies chroniques au niveau ESSP (<i>ce sont des stratégies voisines avec des points communs majeurs</i>)
	Rendre les examens de laboratoire accessibles à tous <i>dès le niveau primaire</i>	
		Elargir la liste des médicaments disponibles <i>en ESSP à l'ensemble des problèmes CV</i>
Pour l'urgence et l'aigu		Renforcer les compétences des professionnels notamment de proximité
	Renforcer <i>la réponse</i> de l'hôpital public pour les urgences CV	Mise à niveau des structures <i>pour l'aigu</i>
	Remettre en place les filières de l'aigu, en tenant compte des différences <i>locales</i>	<i>Etapes à expliciter</i> : 1-mise en condition du patient, 2-dianostic, 3-référence, 4-transfert, 5-prise en charge finale
	Mettre en place des partenariats public-privé <i>en priorité pour les situations d'urgence</i>	Partenariat public-privé <i>souhaité sous la supervision Etat et Assurance maladie</i>

Pour les patients chroniques et phases avancées	Améliorer la prise en charge <i>des phases avancées, des patients âgés fragiles</i> et soins palliatifs dans une médecine de famille	Mieux <i>coordonner les interventions auprès du patient</i> , associer les autres intervenants <i>et la famille au plan de soin</i>
	Développer la gériatrie et les soins palliatifs en secteur hospitalier	
	Mettre en place des personnels « aides-soignants » pour les patients chroniques avancés <i>ou dépendants</i>	Pour les patients chroniques, développer la formation des MG, les structures, <i>mettre en place le métier aide-soignant</i>
Système d'information et TIC	Investir dans un système d'information qui part du suivi <i>clinique (dossier patient)</i> jusqu'au registre avec <i>indicateurs de pilotage</i>	Renforcer le système d'information
	Revoir le système de déclaration des causes de décès, peu fiable	
		Pour pallier aux manques et gagner du temps, utiliser les TIC : télémédecine, régulation des urgences...
Améliorations structurelles	Augmenter le financement de la santé (<i>prévention et soins</i>) et la promotion environnementale	
	Renforcer les ressources humaines à tous les niveaux ESSP et hôpital public	
	Conforter les plateaux techniques en ESSP soins primaire et à l'hôpital	
	Améliorer l'offre de soins pour les patients du Ramed : <i>en public d'abord mais accès nécessaire au privé (régulation et réglementation nécessaires)</i>	
	Développer les études, la recherche avec la participation des sociétés thématiques	
	<i>Impliquer plus la société civile à tous les niveaux : participation des associations, financement etc...</i>	
	Veiller à la part des ménages dans les dépenses de santé (<i>parfois occulte avec dépassement de tarifs</i>)	
	<i>Régulation et contrôle de comportements professionnels déviants du point de vue déontologique</i>	

Il est ressorti des échanges une attente pour l'élaboration d'un **plan de santé cardiovasculaire**. Le niveau du plan a été en effet jugé indispensable pour répondre aux défis majeurs soulevés par la santé cardiovasculaire. L'exemple du plan cancer et de ses avancées vient à l'appui de ce souhait émis par les participants. A cette fin, un plaidoyer pourrait être élaboré.

Formulation de préconisations stratégiques et opérationnelles

Deux groupes de travail ont été constitués pour décliner des préconisations stratégiques et opérationnelles en réponse à 6 thématiques sur les thèmes suivants (cf encadré des thématiques ci-dessous avec une problématique pour amorcer le travail d'élaboration des préconisations) :

1. Prévention
2. Soins primaires
3. Gestion des patients à haut risque CV et des malades
4. Aigu et urgence CV
5. Retour du patient à la vie normale
6. Stades avancés et patients âgés

Chaque préconisation a été déclinée selon la grille de questionnement ci-dessous :

- i. But de la préconisation
- ii. Existant, contraintes et leviers pour atteindre le but
- iii. Quelles parties prenantes 1. Responsables 2. Acteurs 3. Contributeurs 4. Informés
- iv. Options : plusieurs scénarios pour atteindre le but ? indication pour le délai : court terme, moyen terme, long terme
- v. Comment ? Préconisation détaillée selon les modalités et plan d'action (scénarios le cas échéant) et avec acteurs porteurs
- vi. Qui fait quoi et avec qui ? 1. rôles et leur évolution des acteurs et métiers 2. liaisons et coopérations
- vii. Spécificités selon pathologies AVC, CI, IC, RAA, diabète, HTA ?

ENCADRE : PROBLEMATIQUES POUR AMORCER LE TRAVAIL D'ELABORATION DES PRECONISATIONS

1. Prévenir et éduquer : est-ce seulement l'affaire des pouvoirs publics ? Peut-on construire une stratégie pour que la promotion de la santé CV devienne vraiment l'affaire de tous ? Comment ? Dans cette stratégie, les professionnels de santé pourraient jouer un rôle plus important, lequel et comment ? Comment une action d'influence sur cette question d'intérêt général pourrait s'amorcer rapidement ? Avec qui ?

2. Au niveau des soins de santé primaire, peut-on passer rapidement à un suivi plurifactoriel et intégré des facteurs de risque ? Si oui, comment ? Quels référentiels de prestations ? Avec quels soutiens en terme de supports organisationnels, d'équipements correspondants, de soutiens formatifs, de ressources pharmaceutiques étendues, biologiques et médico-techniques et en terme de management ? Comment structurer et professionnaliser l'éducation thérapeutique qui est intrinsèquement liée à la performance de la gestion des FR ?

3. Malades chroniques parfois sévères : faut-il attendre que l'hôpital soit suffisamment renforcé pour absorber les files d'attente ? A court terme, comment permettre aux ESSP de gérer des malades CV pouvant être sévères ? Avec quels supports ? Comment formaliser l'autonomie accrue du médecin généraliste pour le diagnostic et le traitement ? Autour de quels problèmes pathologiques concrets ? Comment gérer les agendas autour de plans de suivi personnalisés des patients ? Médicaments : comment améliorer brève échéance la gestion des stocks et la continuité d'approvisionnement de médicaments ?

4. Filières d'urgence et de revascularisation cardiovasculaires et neurovasculaires : faut-il se contenter de quelques rares îlots sur le territoire où des filières fonctionnent ? Comment prévoir dès à présent des "standards" minimums pour l'urgence ischémique ? Comment structurer l'urgence CV de proximité et au niveau hospitalier ? Pour la revascularisation et la chirurgie, quel référentiel pour le plateau technique les compétences et une masse critique d'activité ? Comment reformuler les références et contre références dans les situations aiguës ou urgentes ? Le secteur privé peut-il suppléer ? Dans quelles conditions, dans quelles limites ?

5. Pour réduire "l'effort patient" en vue du retour à la vie la plus normale possible, faut-il attendre la constitution de centres de réadaptation sur tout le territoire ? Peut-on commencer par un support de proximité en terme d'accompagnement psychologique et social et en terme de réadaptation fonctionnelle ? Comment envisager ce développement en proximité, avec quelles ressources, professionnels ou non professionnels ? Pour quelles indications devrait-on réserver une prestation spécialisée de réadaptation, selon quelles modalités ?

6. Pour les stades tardifs de la maladie ou pour des personnes âgées : doit-on préconiser la constitution de services hospitaliers de soins palliatifs et de soins gériatriques ? A court terme, peut-on au contraire s'orienter les services de soins qu'ils soient hospitaliers ou de proximité, vers une adaptation aux décisions éthiques partagées, aux notions de soins palliatifs et de soins à la personne âgée fragile ? Dans ce dernier cas, comment développer l'approche globale de "médecine de famille" ? Comment permettre au niveau de la médecine générale que soient intégrées des pratiques d'éthique clinique, de communication psycho-relationnelle, de soins palliatifs et de gériatrie ?

Lors des échanges associés aux restitutions, ont été mis en relief les points essentiels suivants (pour lire les propositions des deux groupes autour des 6 thèmes, voir leur restitution intégrale à la suite) :

Pour le point 1 (prévention) :

- nécessité d'une coordination des programmes entre eux, au niveau sectoriel (MS) et intersectoriel (gouvernement), afin d'éviter les doublons, de rationaliser les ressources mais aussi de travailler en synergie

maximale : coordination au niveau MS, rôle du comité de suivi...

- impliquer des acteurs qui peuvent sensibiliser les personnes exposées aux risques : les pharmaciens des officines ont été mentionnés à plusieurs reprises

Pour le point 2 (facteurs de risque MCV au niveau soins primaires) :

- enjeu d'un programme multifactoriel MCV
- au cœur de la démarche : l'évaluation des risques CV des patients, grâce à l'utilisation d'outils tels que les scores de risque ; selon les niveaux de risques (stratification), des conduites à tenir de traitement et de suivi sont mises en place, selon des formations et guides à mettre en place
- une approche renouvelée de la communication et du conseil-éducation au patient
- la formation des équipes de SSP est au cœur de la démarche et doit être un point fort du programme

Pour le point 3 (maladie CV avérée) :

- importance de définir des parcours types (cardiopathies ischémiques, neuro-vasculaires etc....) avec des filières de soins, logigrammes
- permettre un suivi de proximité en SSP de patients plus sévères, en lien avec les spécialistes
- le conseil et l'éducation thérapeutiques doivent être repensés et renforcés pour en améliorer l'efficacité auprès des patients : intérêt de faire des programmes d'éducation thérapeutiques MCV, multirisques et multi pathologies, en regroupant des patients ayant des pathologies différentes mais beaucoup de points communs (maladies chroniques, gestion des médicaments et compliance, motivation à changer pour des modes de vie plus sain etc...)
- la formation des équipes SSP dans un cadre régional ou local est venue au premier plan : intérêt de la concevoir localement et d'associer étroitement les spécialistes locaux afin de faciliter les liens de coordination et pour améliorer ensuite la référence/contre référence des patients
- pour les soins spécialisés hospitaliers publics, un renforcement sera nécessaire selon les besoins locaux :
 - renforcement des effectifs et/ou réorganisation de la structuration RH et/ou managérial
 - renforcement relatif par mutualisation/regroupement interprovincial, voire interrégional pour certaines unités qui ne pourront pas être implantées partout (par exemple : unités neuro-vasculaires spécialisées ou chirurgie cardiaque) : SROS et Schémas interrégionaux
 - lien nécessaire avec une politique nationale des ressources humaines dans le secteur public de la santé (formation, attractivité, management, définition des référentiels métiers, GRH)

Pour le point 4 (urgence et aigu) :

- l'atelier a souligné le drame des urgences non assumées, sur la majorité du territoire et notamment les urgences coronaires : la réalisation de la thrombolyse dans les délais courts implique que la mise à disposition soit effective partout, au minimum au niveau provincial, et aussi dans les unités médicales de proximité, là où l'hôpital provincial est trop loin. Cela implique :
 - la formation des médecins de SSP (aspects cliniques, ECG, gestion de la thrombolyse, surveillance et transfert du patient)

- l'organisation de la mise à disposition des thrombolytiques en territoires de proximité (délais courts)
- une approche financière sur les coûts des produits (tarifs actuellement élevés)
- une gestion rigoureuse pour éviter les détournements
- la formation des médecins sur ces secteurs devraient être amplifiée : formation initiale universitaire et formation continue
- les urgences cardiovasculaires doivent mobiliser non seulement le ministère de la santé mais aussi d'autres acteurs : sécurité civile (pour le pré-hospitalier), secteur privé, associations, société civile
- les urgences neurovasculaires obéissent à une logique proche mais si la thrombolyse demande au préalable une imagerie et un environnement hospitalier : il est prioritaire d'adapter région par région l'organisation hospitalière publique et privée pour améliorer la prise en charge aiguë et urgente des AVC.

Pour les point 5 (réadaptation) et 6 (stades avancés)

- des compétences de rééducation seraient nécessaires dans les SSP afin de promouvoir une réautonomisation des patients sortant d'un épisode aigu (AVC ou infarctus du myocarde) : la rééducation ambulatoire doit être privilégiée (contribution du secteur privé ?). Des visites à domicile doivent être planifiées pour éviter le déplacement de certains patients handicapés.
- la prise en soin du patient âgé fragile (à risque de cascade gériatrique) doit être promue, pour les patients cardiaques âgés. C'est un besoin général pour le Maroc, qui dépasse le cadre des MCV.
- il en est de même pour les soins palliatifs, pour lesquels la prise en soin au domicile est de loin préférable car plus accessible et moins coûteuse (en comparaison de la prise en charge hospitalière)
- pour ces dimensions (handicap et réautonomisation, gériatrie, soins palliatifs), la notion de médecine de famille en soins primaires est au premier plan : travail d'équipe, évaluation du patient, plan personnalisé de soin, visites à domicile.

Pour les points 2 à 6

- il sera nécessaire d'impliquer fortement les régions au plan stratégique et opérationnel : bilan de l'offre de prévention et de soins (état des lieux région par région), partenariats avec associations et société civile, priorités en fonction des spécificités régionales et locales : adaptation des filières, mise en place des SROS ; mise en place des actions relatives aux programmes, à l'organisation de l'offre hospitalière et de SSP, des formations...
- la mise en place d'une médecine de famille a souvent été évoquée : permettant des suivis personnalisés, des visites à domicile, des pratiques d'adaptation de traitement plus actives au niveau des soins primaires, un travail d'équipe plus soutenu, une activité d'éducation du patient plus impactante.
- un système d'information renouvelé et intégrant les différents facteurs de risque et pathologies CV (en perspective, un SI permettant le suivi clinique et un monitoring de l'activité autour des maladies chroniques) ; plus spécifiquement, un dossier patient MCV serait indispensable.
- la télémédecine qui a commencée à être déployée au Maroc devrait être développée, non seulement pour l'urgence (transmission d'un ECG pour confirmation en cas de doute sur un infarctus par exemple) mais aussi pour des demandes d'avis de spécialistes à distance (les spécialistes, peu nombreux ne pouvant être sur place dans les ESSP)

- autour du secteur privé (hospitalier mais aussi ambulatoire) : la notion de « partenariat public-privé » a été souvent suggérée pour répondre aux ruptures parfois dramatiques des parcours CV (par exemple accès indispensable à une imagerie coronaire ou cérébrale au stade aigu, quand le secteur public est saturé ou insuffisamment équipé). Mais cette notion de partenariat est apparue insuffisante et trop floue dans cette formulation. Il faut, selon l'atelier, agir sur plusieurs composantes :
 - Améliorer l'offre publique est la priorité (cf ci-dessus).
 - Mieux intégrer le privé dans le système de soins passe selon l'atelier par :
 - . une meilleure connaissance de son activité (impliquer le niveau régional pour l'état des lieux)
 - . une régulation accrue par l'Etat et l'Assurance Maladie (par le biais des conventions et des évaluations)
 - . une contractualisation au cas par cas, là où l'offre publique ne peut assumer la totalité des prises en charge, de manière provisoire ou permanente
 - . une contribution accrue du privé à l'offre de soins publique pour des points de blocage du parcours (patients Ramed notamment).
- le non-respect des règles par certains acteurs (en secteur privé et en secteur public), des conflits d'intérêts public-privé, des transgressions de règles ont été évoquées à plusieurs reprises. Il apparaît important pour le programme que les efforts collectifs ne soient pas réduits par quelques comportements individuels. Un contrôle renforcé devrait être engagé sur quelques points cibles, afin d'accompagner les mesures du programme et les préserver.

Les productions des deux groupes sont restituées ci-après. Elles viendront alimenter la rédaction du programme.

RESTITUTION DES TRAVAUX DE GROUPE AUTOUR DES ACTIONS OPERATIONNELLES

1. Prévenir et éduquer

But	Acteurs	Comment ? Préconisation détaillée selon les modalités et plan d'action (scenarios le cas échéant)	Qui fait quoi et avec qui? 1 Rôle et leur évolution
Réduire l'incidence et la prévalence des MCV Développer et renforcer les connaissances en matière de prévention des MCV Prioriser les activités de promotion de la santé au haut niveau national	Responsables MS Gouvernement	Plaidoyer pour un PA phare de la Promotion de la Santé Réduire la consommation du sel de 30 % Réduire la consommation Du sucre Réduire la consommation Du tabac à 15 % Renforcer l'activité physique de 5 % Appui et plaidoyer pour la MOE du Pg de mode de vie saine Intégrer les différents activités ouvrant dans la lutte contre les FDR instaurer des programmes complémentaires Encourager la recherche Renforcer la coordination entre les Directions centrales (DP, DELM, DHSA,DC,DRH,DFC sur les MCV Renforcer les activités du PSSU (MOE le partenariat MEN, MI,MJS,MS)	Monitoring et suivi des différents activités et actions instaurés Repositionner le rôle du personnel paramédical dans le suivi et la PEC des MCV
	Acteurs M. Agriculture MI, MI, M.EN, MH, MH,MJS ANAM		
	Contributeurs (partenaires) Autres départements Société civile, ONG Thématiques, Collectivités locales, INDH, Fonds internationaux		modalités de liaison et de pratique de coopération Elaborer des PA bilatéraux Convention de partenariat Coordination des activités Assurer la continuité de financement des actions et de activités des différents programmes
	Informés Population générale	Les autres acteurs Secteur privé, population générale Usagers des établissements de santé	

2. Suivi plurifactoriel et intégration des facteurs de risque en soins de santé primaire

But	Acteurs	Comment ? Préconisation détaillée selon les modalités et plan d'action (scenarios le cas échéant)	Qui fait quoi et avec qui? 1 Rôle et leur évolution
Gérer et réduire les facteurs de risque	Responsables Gouvernement MS	Formation des PS en matière d'éducation thérapeutique Maintenir la continuité des activités Unifier voir intégrer les activités des Pg HTA/DIABETE Intégrer les différents activités ouvrant dans la lutte contre les FDR Renforcer Le rôle de médecin de famille MOE du Pg de mode de vie saine Disponibilité des médicaments Renforcer le plateau technique des ESSP par es outils de dépistage et de diagnostic au niveau des ESSP (ECG, Bandelette U/S, hémoglobine gluqué) Définir un parcours de soins (adapter le suivi au FDR existants) des maladies CV Unifier et adapter un système d'information groupant les MC (HTA/DIABE) Renforcer les activités du PSSU	Monitoring et suivi des différents activités et actions instaurés
	2 Acteurs M. Agriculture MI, MI M.EN, MH, MH,MJS ANAM		modalités de liaison et de pratique de coopération Impliquer les partenaires dans la conception et l'élaboration des PA
	3 Autres contributeurs Autres départements Société civile, ONG Thématiques, Collectivités locales, INDH, Fonds internationaux		
	4 Informés Population générale		

3. Maladies chroniques et sévères

Rappel du But Reformulation possible	Acteurs	Comment ? Préconisation détaillée selon les modalités et plan d'action (scenarios le cas échéant)	Qui fait quoi et avec qui? 1 Rôle et leur évolution
Améliorer la gestion des maladies CV au niveau des ESSP	Responsable : MS	Formation des PS en matière de diagnostic et de PEC des complications des MC Relire le paquet des activités des ESSP Renforcer Le rôle de médecin de famille Définir un parcours de soins (adapter le suivi selon les complications) des maladies CV Unifier et adapter un système d'information groupant les MCV Intégrer les MCV dans le dossier de famille	Monitoring et suivi des différentes activités et actions instaurés Monitoring et suivi des différents activités et actions instaurés
	Acteurs M. Agriculture MI, MI M.EN, MH, MH,MJS ANAM		
	3 Contributeurs (partenaires) Autres départements Société civile, ONG Thématiques, Collectivités locales, INDH, Fonds internationaux		modalités de liaison et de pratique de coopération Impliquer les partenaires dans la conception et l'élaboration des PA
	4 Informés Population générale		

4. Urgence et prise en charge des épisodes aigus

But pour améliorer la préconisation	Existant, contraintes et leviers pour atteindre le but	RACI 1. Responsables 2. Acteurs 3. Contributeurs (partenaires)4. Informés	Options possibles et différents scénarios pour l'action Et dimensions CT, MT, LT	Spécificités selon pathologies AVC, CI, IC
- Réduire le délai de PEC des MCV - Réduire les décès évitables - Améliorer la qualité de PEC des urgences NCV	1. Existants : -RISUMS (SAMU, SMUR, HéliSMUR) -RH spécialisées -Médicaments 2. Contraintes : -Manque de la sensibilisation de la population générale sur les symptômes des MCV -Cloisonnement entre les secteurs publics et privés ; -Insuffisance de plateaux techniques des services des urgences -Insuffisance des transports pré hospitaliers -Insuffisance de la formation des RH -Insuffisance des examens de laboratoires et de radiologies -Absence de protocoles et de conduites à tenir et de procédures	1. MS Sociétés savantes 2. PS à tous les niveaux du secteur public et privé et des personnels de soutien 3. Protection civile collectivités locales Medias ONG 4. Personnes malades personnes à risque gestionnaires de santé PS	CT : - Renforcement des capacités - Mise à niveau des plateaux techniques des urgences hospitalières - Institutionnalisation du comité technique MCV - Elaborations des procédures et des protocoles des PS MT : - Elaboration et institutionnalisation des filières de soins LT : - Création des structures régionales spécialisées en neurocardiovasculaire PPP	-Spécificité des AVC en fonction de l'état de conscience des malades et de leur gravité (pas la même PEC) -Cardiopathies ischémiques est l'urgence des urgences

5. Pour réduire "l'effort patient" en vue du retour à la vie la plus normale possible, faut il attendre la constitution de centres de réadaptation sur tout le territoire

But pour améliorer la préconisation	Existant, contraintes et leviers pour atteindre le but	RACI 1. Responsables 2. Acteurs 3. Contributeurs (partenaires) 4. Informés	Options possibles et différents scénarios pour l'action Et dimensions CT, MT, LT	Spécificités selon pathologies AVC, CI, IC
Accompagner les malades à récupérer son état de santé satisfaisant	1. Existent : -Rares RH de spécialisées en réadaptation -Offre de soin insuffisant en matière de réadaptation 2. Contraintes -Implication des autres secteurs limitée -PEC lourde et coûteuse	1. MS, Ministère de la famille et de solidarité et les départements sociaux -Organismes de prévoyance sociaux 2. PS spécialisés en réadaptation -Assistants sociaux Infirmiers et kinésithérapeutes psychologues et psychiatres 3. Contributeurs : -Société civiles -INDH -Fondation Mohammed V -Les familles	CT : -Renforcer les compétences des RH spécialisées -Renforcement des équipements de réadaptation MT/ LT : -Créer des structures de réadaptation ambulatoires -Renforcement de l'effectif des RH spécialisées	

6. Pour les stades tardifs de la maladie ou pour des personnes âgées

But pour améliorer la préconisation	Existant, contraintes et leviers pour atteindre le but	RACI 1. Responsables 2. Acteurs 3. Contributeurs (partenaires) 4. Informés	Options possibles et différents scénarios pour l'action Et dimensions CT, MT, LT	Spécificités selon pathologies AVC, CI, IC
Améliorer la qualité de vie des patients avec séquelles neurocardiovasculaires	1. Existants () 2. Contraintes : -Coût élevé des soins palliatifs -Insuffisance des RH spécialisées	1 MS 2. PS médicaux et paramédicaux, ONG Fondations, Départements sociaux Assistants sociaux 3 Contributeurs : -Familles -ONG - Patients et leurs familles et PS	MT/ LT : -Renforcement des capacités des RH -Création d'un réseau de soins palliatifs (CHU DRS CHR CHP délégations du MS)	