

Stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète

2017–2024



Un projet collectif de CardioVasc Suisse

Juin 2016

avec la participation de la Fondation Suisse de Cardiologie,
de la Société Suisse de Cardiologie,
de l'Union des Sociétés Suisses des Maladies Vasculaires,
de la Société Cérébrovasculaire Suisse et
d'organisations suisses dédiées au diabète

Impressum

Editeur

Organisations responsables : Fondation Suisse de Cardiologie, Société Suisse de Cardiologie, Union des Sociétés Suisses des Maladies Vasculaires, Société Cérébrovasculaire Suisse, organisations suisses dédiées au diabète

Les organisations responsables ont été soutenues personnellement et/ou financièrement par les sociétés suivantes :

- Société Suisse de Cardiologie : Société suisse de chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, Société Suisse de Cardiologie pédiatrique (SSCP), Société Suisse d'Hypertension, Swiss Cardiovascular Therapists
- Union des Sociétés Suisses des Maladies Vasculaires : Société Suisse d'Angiologie, Société Suisse de phlébologie, Société Suisse de Chirurgie Vasculaire, Swiss Society of Microcirculation and Vascular Research, Société Suisse de Radiologie Vasculaire et Interventionnelle
- Société Cérébrovasculaire Suisse : Société Suisse de Neurologie, Swiss Federation of Clinical Neurosocieties
- Organisations suisses dédiées au diabète : Association Suisse du Diabète, Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie, Fondation de l'Association Suisse du Diabète

Direction du projet CardioVasc Suisse (CVS)

Felix Mahler (président CVS), Andreas Biedermann (coordinateur CVS), Claudia Kessler (direction du projet, CVS)

Auteurs

Auteure principale : Claudia Kessler

Co-auteurs : membres du groupe de rédaction (ordre alphabétique) :

Andreas Biedermann, Therese Junker, René Lerch, Felix Mahler, Tania Weng-Bornholt

Rédaction des chapitres spécifiques à chaque maladie (ordre alphabétique) :

Peter Diem, Augusto Gallino, Philippe Lyrer, Gian Marco De Marchis, Tania Weng-Bornholt, Matthias Wilhelm

Remerciements

Nous adressons nos plus chaleureux remerciements aux membres du groupe de pilotage, aux responsables des groupes de travail et à leurs membres, aux membres de l'équipe de rédaction ainsi qu'aux nombreux participants aux différentes étapes de la consultation pour le précieux travail qu'ils ont effectué bénévolement (*liste des participants, voir annexe 4*). Sans l'implication remarquable et le travail constructif des personnes et organisations concernées, la présente stratégie n'aurait pas pu être réalisée.

Traduction, accompagnement rédactionnel, graphisme

Bernadette von Arx (traduction allemand-français); Clipper Übersetzungen AG (traduction allemand-italien); Prof. R. Darioli, UNIL (révision rédactionnelle des textes français), Jenny Leibundgut (layout et graphisme).

Pour faciliter la lecture du document, le masculin générique est utilisé pour désigner les deux sexes. Un glossaire est proposé en fin de document pour expliquer les termes techniques ou peu usuels.

Année de publication : 2016

Renseignements et commandes :

Téléchargement sous :

www.cardiovascsuisse.ch/strategie

CardioVasc Suisse

c/o Fondation Suisse de Cardiologie

Dufourstrasse 30

3005 Berne

Tél. 031 388 80 70

info@cardiovascsuisse.ch

Référence bibliographique : CardioVasc Suisse (2016) «Stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète, 2017–2024»

Cette publication est disponible en français et en allemand, avec un résumé en italien et en anglais.

Table des matières

Impressum	2
Message	5
Avant-propos	6
La stratégie en bref	7
The strategy in short	8
Die Strategie in Kürze	9
La strategia in breve	10
1. Introduction	11
1.1 Pourquoi faut-il une Stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète ?	11
1.2 A qui s'adresse la stratégie ?	12
1.3 Comment la stratégie a-t-elle été élaborée ?	12
2. Contexte	14
2.1 Valeur ajoutée de la stratégie dans le contexte national	14
2.2 Au plan international	14
2.3 Ancrage de la stratégie	15
3. Bases	16
3.1 Charge de morbidité et tendances	16
3.2 Facteurs de risque	22
4. Stratégie	24
4.1 Vision et objectifs à long terme	24
4.2 Principes directeurs	24
4.3 Groupes de maladies et interfaces	25
4.4 Besoins prioritaires	26
4.5 Liens avec la stratégie MNT	29
5. Mise en œuvre	30
5.1 Organisation de la mise en œuvre	30
5.2 Opérationnalisation de la stratégie	30
5.3 Responsabilités : organisations de tête et acteurs-partenaires potentiels	30
5.4 Ressources et financement	31
5.5 Monitoring et comptes rendus	31
5.6 Coordination avec d'autres projets stratégiques	31
5.7 Adaptation et actualisation de la stratégie	31

Annexes **32**

1. Tableaux de la stratégie	33
2. Liste des abréviations	48
3. Glossaire	50
4. Composition du groupe de pilotage et des groupes de travail, autres participants	54
5. Références	56

Liste des illustrations

Illustration 1	Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017–2024	11
Illustration 2	Rapport entre le niveau stratégique et d’autres niveaux du système de santé	15
Illustration 3	Principales causes de décès selon le groupe d’âge, en 2014	16
Illustration 4	Pourcentage des personnes de 50 ans et plus présentant aucune, une ou plusieurs maladies chroniques	18
Illustration 5	Décès et personnes hospitalisées pour des maladies cardiovasculaires	20
Illustration 6	Coûts directs en 2011	21
Illustration 7	Surpoids et obésité, 2012	23

Liste des tableaux

Tableau 1	Priorités stratégiques communes	33
Tableau 2	Priorités stratégiques spécifiques Cœur	37
Tableau 3	Priorités stratégiques spécifiques Système vasculaire périphérique	40
Tableau 4	Priorités stratégiques spécifiques Attaque cérébrale	42
Tableau 5	Priorités stratégiques spécifiques Diabète	45

Message



En Suisse, une personne sur quatre est atteinte d'une maladie cardio-vasculaire, de diabète ou d'une autre maladie chronique – une tendance en hausse. Principales causes de décès avec le cancer, les maladies cardio-vasculaires sont aussi souvent à l'origine des décès précoces (avant 70 ans). Quant au diabète, il constitue non seulement une maladie en soi, mais aussi un facteur de risque pour d'autres affections non transmissibles, sans parler des souffrances et des coûts qu'il génère.

La Stratégie nationale contre les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète peut s'appuyer sur l'engagement sans faille des nombreuses organisations impliquées. Avec leur stratégie spécifique aux maladies concernées, elles conjuguent leurs forces et complètent idéalement la Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) de la Confédération, des cantons et de Promotion Santé Suisse.

Une bonne coordination des différents acteurs lors de la mise en œuvre de ces deux stratégies doit permettre d'éviter des doublons. La stratégie développée par les sociétés médicales et les organisations de patients concourra à renforcer encore la qualité de la prise en charge médicale, et donc la qualité de vie en Suisse. Et elle incarne aussi un dicton populaire particulièrement à propos : « Mieux vaut prévenir que guérir ! ».

Alain Berset, conseiller fédéral, chef du Département fédéral de l'intérieur

Avant-propos



Les stratégies en matière de santé ont le vent en poupe ! De multiples thèmes ont fait l'objet de publications ces dernières années. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) participe directement à nombre d'entre elles ; pour d'autres, elle se place en observatrice.

Les stratégies sont des instruments pertinents et essentiels, également dans le domaine de la santé. Elles constituent une base et une orientation qui ouvrent la voie à une approche ciblée, globale et durable. Le risque que la multiplication des stratégies finisse par nuire à la transparence de la politique sanitaire doit être contré par leur intégration et leur association à des concepts généraux.

En s'appuyant sur la Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles, stratégie MNT, et sur les lignes directrices de Santé2020, la stratégie contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète répond à ce principe. Elle met également l'accent sur la prévention et le dépistage précoce, deux branches que notre système de santé n'encourage pas encore suffisamment. Si la Suisse entend maîtriser les grands défis que pose l'évolution démographique, d'importants progrès doivent être réalisés précisément dans ces deux domaines. Une action globale, inspirée de concepts généraux favorise par ailleurs une coordination des soins et participe à la création de points de jonction dans un système de santé aux nombreuses ramifications.

En ma qualité de directeur cantonal de la santé et de président de la CDS, je considère que le système doit être mis à l'épreuve dans son ensemble : tous les domaines de la santé doivent être impliqués ; il y a lieu de chercher systématiquement des solutions financièrement supportables en concertation avec d'autres secteurs, comme la formation, le social et la sécurité. Je salue le fait que la présente stratégie donne une vue d'ensemble de la charge de morbidité liée aux maladies cardio-vasculaires, à l'attaque cérébrale et au diabète et qu'elle mette en évidence les lacunes à combler dans l'ensemble du système. Les représentants de toutes les disciplines doivent faire preuve d'ouverture et s'engager à travailler de manière interdisciplinaire, précisément dans le domaine de la prévention.

La médecine a fait d'énormes progrès ces dernières années. Cette évolution se poursuivra avec, pour corollaire, des tensions toujours plus vives entre ce qui est techniquement faisable, médicalement pertinent et financièrement supportable pour la société. Des initiatives comme «Choosing wisely», mentionné dans la stratégie, gagneront en importance. Je suis convaincu que sur la base des objectifs Santé2020, nous saurons trouver des solutions nous offrant, à l'avenir également, une promotion de la santé efficace et des soins de qualité.

Je remercie CardioVascSuisse et les organisations spécialisées du soin apporté à l'élaboration de cette stratégie et je me réjouis de la collaboration à venir.

Thomas Heiniger, conseiller d'Etat et président de la CDS

La stratégie en bref

Les maladies cardio-vasculaires, les attaques cérébrales et le diabète représentent actuellement la principale charge de morbidité en Suisse. Elles provoquent des décès prématurés et participent à la hausse croissante des coûts de la santé. Des mesures de prévention et un dépistage précoce permettent pourtant de lutter efficacement contre nombre de facteurs à l'origine de ces maladies. Des soins centrés sur les patients, adaptés à leurs attentes et à leurs besoins permettent par ailleurs d'atténuer les souffrances des personnes concernées et d'améliorer leur qualité de vie.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) appellent de leurs vœux des stratégies spécifiques venant compléter la Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles 2017–2024 (stratégie MNT). La Suisse ne s'est encore jamais dotée d'une stratégie contre les maladies cardio-vasculaires et le diabète. Un groupe composé de la Fondation Suisse de Cardiologie, de la Société Suisse de Cardiologie, de l'Union des Sociétés Suisses des Maladies Vasculaires et ses membres, de la Société Cérébrovasculaire Suisse et d'organisations dédiées au diabète a pris l'initiative de combler cette lacune et de proposer la présente Stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète, 2017–2024. La stratégie a été élaborée selon un processus participatif sous la conduite du réseau CardioVasc Suisse, avec la participation de nombreuses organisations des professions de la santé de différentes disciplines, d'organisations de patients et d'autres acteurs importants.

La stratégie définit des priorités et institue un cadre d'action commun pour les acteurs. Cela permettra à l'avenir de mieux répartir les ressources, de les utiliser avec plus d'efficacité et donnera davantage de poids aux demandes politiques des organisations responsables. La stratégie doit être mise en œuvre dans l'optique des patients, autrement dit être axée sur leurs besoins en matière de santé et leur situation souvent complexe.

Etant donné que la Suisse peut se prévaloir d'un système de santé de pointe, la stratégie s'appuie en grande partie sur ce qui existe déjà. Pour cette raison, elle met l'accent sur les principales lacunes du système. Cette approche a permis d'identifier nombre de priorités communes à tous les acteurs impliqués. Les différentes priorités de la stratégie sont énoncées au chapitre 4. Elles peuvent être résumées de la manière suivante :

Priorités de la Stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète, 2017–2024

- Renforcer la prévention et le dépistage précoce
- Promouvoir une prise en charge intégrée, ciblée et de qualité des patients atteints de maladies chroniques et présentant des pathologies multiples
- Améliorer les soins d'urgence dispensés en cas d'infarctus et d'attaque cérébrale
- Intensifier la coordination et la coopération à tous les niveaux
- Développer les bases de données pour la Suisse
- Comblent les lacunes de financement et améliorer les conditions-cadre de la politique sanitaire

Les tableaux figurant en annexe énoncent des objectifs concrets et des mesures précises pour les priorités stratégiques retenues. Ces objectifs et mesures constituent un cadre d'action commun pour les huit prochaines années. La stratégie sera mise en œuvre par des groupes formés de différentes professions et disciplines.

Une attention particulière sera portée à la collaboration avec des acteurs importants, comme les médecins de premier recours, et à une harmonisation avec la stratégie MNT et d'autres initiatives.

Les acteurs s'organiseront à un niveau supérieur pour pouvoir agir de manière coordonnée et concertée dans les années à venir. La progression de la mise en œuvre des mesures fera l'objet de rapports périodiques.

La présente stratégie existe également en version allemande. Tous les documents ainsi qu'un résumé en italien et en anglais sont disponibles sur le site de CardioVasc Suisse, à l'adresse www.cardiovascsuisse.ch/strategie.

The strategy in short

Today, diseases of the heart and the vascular system, stroke and diabetes significantly increase the burden of disease in Switzerland. They cause premature deaths and boost the ever rising costs in the health sector. Yet, many of the underlying risk factors can be effectively mitigated by prevention and targeted early detection. In addition, evidence-based and patient-centered healthcare can reduce the suffering of those concerned and improve their quality of life.

The Swiss Federal Office of Public Health and the Conference of Cantonal Health Directors encourage disease-specific strategies complementing the «National Strategy for the Prevention of Non-communicable diseases 2017–2024» (NCD-strategy). So far, no disease-specific strategy for cardiovascular diseases and diabetes exists in Switzerland. A funding body of the relevant organisations (Swiss Heart Foundation, Swiss Society of Cardiology, Union of Vascular Societies of Switzerland and its member societies, Swiss Stroke Society and the various diabetes organisations) has taken up the initiative to close this gap with the development of the «National Strategy for cardiovascular diseases, stroke, and diabetes 2017–2024». This strategy was developed in an interprofessional and interdisciplinary, participative process under the leadership of the network CardioVasc Suisse. Beside a large number of professional societies and organisations from the healthcare system, patient organisations, leagues and other relevant actors were involved.

The strategy defines strategic priorities and creates a common framework for action. This way, existing resources can be better pooled, resulting in higher efficiency and giving more weight to political demands of the involved societies and organisations. At the level of healthcare provision, this strategy shall be implemented in a patient-centered way, putting the needs and often complex situations of the concerned person in the center.

As Switzerland has one of the highest developed healthcare systems worldwide, the strategy can build on the existing and focus on the most important gaps. Often enough, common priorities were identified with a high relevance for all involved actors. All priorities of the strategy are listed in chapter 4. In short, they can be summarized as follows:

Priorities of the «National Strategy for cardiovascular diseases, stroke, and diabetes 2017–2024»

- Strengthen prevention and early detection
- Promote high-quality, integrated and patient-centered care for chronically ill and multimorbid patients
- Optimise acute care of heart attack and stroke
- Reinforce coordination and cooperation at all levels
- Improve the available data(bases) for Switzerland
- Close funding gaps and improve the health policy framework

The strategic tables in the annex reflect concrete objectives and measures in view of the strategic priorities. They outline the common frame of action for the coming eight years. Interprofessional and interdisciplinary groups shall implement the strategy. Special attention will be given to a good coordination among the relevant stakeholders, such as primary healthcare providers, but also with the NCD-strategy and other relevant initiatives.

With regards to the implementation of the decided actions, the actors will organise themselves to ensure a coordinated and concerted approach over the coming years. The progress of the implementation will be reported on periodically.

The full version of this strategy is available in German and French. All documents, including this present summary as well as its Italian version, can be downloaded from the website of CardioVasc Suisse under www.cardiovascsuisse.ch/strategie

Die Strategie in Kürze

Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes tragen heute in der Schweiz führend zur Krankheitslast bei. Sie verursachen vorzeitige Todesfälle und leisten dem stetigen Anstieg der Gesundheitskosten Vorschub. Viele der zugrundeliegenden Risikofaktoren lassen sich durch Prävention und gezielte Früherkennung jedoch wirkungsvoll bekämpfen. Zudem vermag eine bedürfnis- und bedarfsgerechte, patientenzentrierte Gesundheitsversorgung das Leiden der Betroffenen zu reduzieren und deren Lebensqualität verbessern.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) begrüssen krankheitsspezifische Strategien als Ergänzung zur «Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024» (NCD-Strategie). Bisher fehlte für die Schweiz eine spezifische Strategie für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes. Eine Gruppe von Trägerorganisationen (Schweizerische Herzstiftung, Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie, Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten und ihre Mitglieder, Schweizerische Hirnschlaggesellschaft, Diabetes-Organisationen) hat die Initiative ergriffen und schliesst mit der «Nationalen Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes, 2017–2024» diese Lücke. Die vorliegende Strategie wurde unter dem Lead des Netzwerks CardioVasc Suisse in einem partizipativen Prozess erarbeitet. Beteiligt waren neben vielen Organisationen der Gesundheitsberufe verschiedener Disziplinen und Professionen auch Patientenorganisationen und andere relevante Akteure.

Die Strategie definiert Prioritäten und schafft für die Akteure einen gemeinsamen Handlungsrahmen. So lassen sich zukünftig Ressourcen besser bündeln und effizienter nutzen, und die politischen Forderungen der Trägerorganisationen gewinnen an Gewicht. In der Praxis der Gesundheitsversorgung soll die Strategie patientenzentriert umgesetzt werden, das heisst, die Bedürfnisse und die oft komplexen Situationen der Betroffenen sollen im Mittelpunkt stehen.

Da die Schweiz heute über eines der höchstentwickelten Gesundheitssysteme verfügt, kann die Strategie auf viel Bestehendem aufbauen. Sie fokussiert deshalb auf die wichtigsten Lücken. Vielfach wurden dabei gemeinsame Anliegen identifiziert, welche für alle beteiligten Akteure einen hohen Stellenwert haben. Die einzelnen Prioritäten der Strategie werden in Kapitel 4 aufgeführt. Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Prioritäten der «Nationalen Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes, 2017–2024»

- Prävention und Früherkennung stärken
- Qualitativ hochstehende, integrierte und patientenzentrierte Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Patienten fördern
- Akutversorgung von Herzinfarkt und Hirnschlag optimieren
- Koordination und Kooperation auf allen Ebenen verstärken
- Datengrundlage für die Schweiz verbessern
- Finanzierungslücken schliessen und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen verbessern

Die Strategietabellen im Anhang enthalten konkrete Ziele und Massnahmen zu den strategischen Prioritäten. Sie bilden den gemeinsamen Handlungsrahmen für die kommenden acht Jahre. Die Strategie-Umsetzung wird durch interprofessionell und multidisziplinär zusammengesetzte Gruppen erfolgen.

Dabei wird auf eine gute Abstimmung mit relevanten Akteuren wie den Grundversorgern, mit der NCD-Strategie und anderen Initiativen geachtet.

Im Hinblick auf die Umsetzung der Massnahmen werden sich die Akteure auf einer übergeordneten Ebene organisieren, um in den folgenden Jahren ein koordiniertes und abgestimmtes Vorgehen sicherzustellen. Über die Fortschritte in der Umsetzung wird periodisch Bericht erstattet.

Diese Strategie liegt auch in einer französischen Fassung vor. Alle Dokumente und eine Zusammenfassung auf Italienisch und Englisch können auf der Webseite von CardioVasc Suisse unter www.cardiovascsuisse.ch/strategie heruntergeladen werden.

La strategia in breve

Le malattie cardiovascolari, l'ictus e il diabete sono oggi in Svizzera le patologie che maggiormente incidono sulla mortalità precoce e sulla morbosità nel nostro Paese. Esse contribuiscono in maniera significativa al costante aumento dei costi della sanità. Eppure molti dei fattori di rischio di queste patologie si possono combattere più efficacemente con una migliore prevenzione e una mirata diagnosi precoce. Inoltre un'assistenza sanitaria incentrata sui pazienti e adeguata alle loro necessità ed esigenze consente di alleviarne le sofferenze con il conseguente miglioramento della qualità della vita.

L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) accolgono con favore proposte strategiche specifiche per varie patologie che vanno a integrare la «Strategia nazionale per la prevenzione delle malattie non trasmissibili 2017–2024» (Strategia MNT). Fino a oggi in Svizzera mancava una strategia specifica per le malattie cardiocircolatorie e il diabete. Un gruppo di Società e organizzazioni nazionali promotrici (Fondazione Svizzera di Cardiologia, Società Svizzera di Cardiologia, Unione delle Società Svizzere di malattie vascolari e i suoi membri, Società Cerebrovascolare Svizzera, Associazioni per la lotta contro il diabete) colma ora questa lacuna con la «Strategia nazionale contro le malattie cardiocircolatorie, l'ictus e il diabete, 2017–2024». La presente strategia è stata elaborata sotto la guida della rete CardioVasc Suisse, un'organizzazione mantello che raggruppa diverse società nazionali, ed è frutto di un processo partecipativo dei vari attori coinvolti nella lotta contro queste malattie. Oltre a queste numerose organizzazioni, hanno fornito il proprio contributo molti altri attori che operano nel settore sanitario, in particolare le organizzazioni dei medici di famiglia e di base e le associazioni dei pazienti, nonché altre realtà di rilievo.

La strategia definisce le priorità e propone alle parti in causa un comune quadro d'azione. Ciò dovrebbe consentire in futuro di concertare al meglio le risorse e di sfruttarle in modo più efficiente, conferendo un peso maggiore alle organizzazioni promotrici nel futuro processo strategico-decisionale politico. Nella pratica delle cure sanitarie questa strategia prevede un forte orientamento al paziente, mettendo sempre al centro le sue esigenze in situazioni sempre più complesse.

Poiché attualmente la Svizzera può contare su uno dei sistemi sanitari più sviluppati, la strategia può innestarsi su una base ben strutturata. L'attenzione sarà quindi indirizzata a colmare le maggiori lacune. In varie occasioni sono già stati identificati interessi comuni d'importanza prioritaria per tutte le parti in gioco.

Priorità della Strategia nazionale contro le malattie cardiocircolatorie, l'ictus e il diabete, 2017–2024

- Rafforzare la prevenzione e la diagnosi precoce
- Promuovere un'assistenza di elevato livello qualitativo, integrata e orientata al paziente per i malati cronici e affetti da patologie multiple
- Ottimizzare le cure acute dell'infarto cardiaco e dell'ictus
- Potenziare il coordinamento e la collaborazione a tutti i livelli
- Migliorare le banche dati per la Svizzera
- Colmare le lacune finanziarie e migliorare le condizioni quadro della politica sanitaria

Le ulteriori tabelle allegate a questo documento illustrano la strategia e contengono obiettivi e misure concrete per far fronte alle priorità strategiche specifiche individuate. Esse costituiscono il comune quadro d'azione per i prossimi otto anni. L'attuazione della strategia sarà affidata a gruppi a composizione interprofessionale e interdisciplinare, prestando particolare attenzione ai principali attori, quali i medici di base, e alla strategia MNT, nonché ad altre iniziative.

Nell'intento di attuare le varie misure previste dalla strategia, i rappresentanti dei vari attori si concerteranno in una sovrastruttura organizzativa, in modo di assicurare per gli anni a venire proposte di procedure concordate e coordinate. Periodicamente verranno pubblicati dei rapporti sul grado di avanzamento e sull'attuazione della strategia.

È disponibile una versione tedesco e francese del testo della strategia. Tutti i documenti e un sommario in italiano e in inglese si possono scaricare dal sito web di CardioVasc Suisse, www.cardiovascsuisse.ch/strategie.

1. Introduction

1.1 Pourquoi faut-il une Stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète ?

La Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017–2024 a été élaborée sur la base de la vision d'ensemble « Santé 2020 » de la Confédération [1]. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) appellent de leurs vœux le développement de stratégies complémentaires dédiées spécifiquement à certaines maladies.



Illustration 1 : OFSP, Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017–2024; (adaptation) [2]

En accord avec les instances dirigeantes de l'OFSP et de la CDS, les organisations responsables de la présente stratégie ont pris l'initiative de combler une lacune du système de santé et de développer la Stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète 2017–2024.

L'utilité d'une orientation stratégique des acteurs est évidente. L'ancrage de projets et d'initiatives dans une stratégie globale dotée d'objectifs à long terme contribue à renforcer leur efficacité. La stratégie a été élaborée selon un processus participatif dans le souci de lui conférer une large assise et d'assurer qu'elle soit effectivement mise en œuvre. La valeur ajoutée de cette coopération est apparue dès le stade de l'élaboration de la stratégie avec la mise en réseau interdisciplinaire des acteurs qui détenaient les connaissances requises et la création ou le renforcement de forums d'échange. Le développement de la stratégie a amené les acteurs à poursuivre un objectif commun :

Objectif de la stratégie

En définissant des priorités stratégiques et un cadre d'action commun, les acteurs créent des synergies dans le domaine des maladies cardio-vasculaires, de l'attaque cérébrale et du diabète, utilisent plus efficacement les ressources disponibles et donnent davantage de poids aux requêtes de nature politique. Par la même occasion, ils renforcent l'impact des mesures proposées et les pérennisent.

La stratégie indique les orientations prioritaires qui guident les activités à venir et auxquelles les organisations responsables œuvrent en commun. Comme il ressort des tableaux descriptifs, les acteurs recherchent des partenariats avec d'autres intervenants afin de coopérer plus étroitement et à tous les niveaux, sur

un mode interdisciplinaire et interprofessionnel, en matière de prévention et de soins pour le bien de la population et des personnes concernées. La formation d'alliances permet par ailleurs de faire progresser des propositions de changement sur le plan politique.

Le cadre d'action institué par la stratégie offre une ligne directrice transparente et précise pour les huit prochaines années. Il va sans dire que les initiatives et projets de changement émanant des différentes organisations et associations peuvent aller au-delà des priorités fixées par la présente stratégie.

1.2 A qui s'adresse la stratégie ?

Des soins centrés sur les patients constituent l'un des principes directeurs de la stratégie. Celle-ci ne s'adresse toutefois pas directement aux patients, mais aux décideurs, aux professionnels de sociétés médicales et non médicales ainsi qu'aux responsables d'organisations de soutien et de patients. Elle doit par la même occasion montrer aux responsables politiques et au grand public les principaux axes d'intervention dans le domaine des maladies cardio-vasculaires, de l'attaque cérébrale et du diabète.

1.3 Comment la stratégie a-t-elle été élaborée ?

Le document de base a été élaboré par CardioVasc Suisse (CVS) sur mandat de la Fondation Suisse de Cardiologie et d'autres organisations membres. Le réseau CVS réunit des sociétés médicales ainsi que des organisations de soutien et de patients actives à l'échelle nationale pour lutter contre les maladies cardio-vasculaires et le diabète¹. Les organisations membres de CVS figurent à l'annexe 4.

Le projet a été financé par les organisations suivantes, qui ont également mis d'importantes ressources en personnel à disposition.

Organisations responsables du développement de la stratégie

- Fondation Suisse de Cardiologie (FSC)
- Société Suisse de Cardiologie (SSC)
- Union des Sociétés Suisses des Maladies Vasculaires et ses membres (SSA, SSP, SSCV, SSRCVI, SSMVR)
- Société Cérébrovasculaire Suisse (SCS)
- Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SSED), diabètesuisse (ASD), Fondation de l'Association Suisse du Diabète (SDS)

(abréviations, voir annexe 2)

Les responsables du projet ont été conseillés par un groupe de pilotage auquel ont participé, outre les organisations responsables, un représentant des médecins de premier recours, de l'Office fédéral de la santé publique, des cantons (par l'intermédiaire de la CDS), ainsi qu'un expert des questions de politique de la santé et un expert en santé publique. Les membres du groupe de pilotage et leur appartenance aux différentes organisations impliquées sont mentionnés à l'annexe 4.

Le projet a été présenté à un vaste cercle de parties prenantes à l'occasion d'une rencontre de lancement du projet. Quatre groupes de travail ont ensuite défini les priorités spécifiques aux maladies dans le cadre d'un processus participatif étendu. Les organisations responsables ont été chargées de désigner les membres et les responsables des groupes de travail. Elles ont veillé à une représentation équilibrée des différentes spécialisations, des groupements d'intérêts, de la médecine de premier recours et des disciplines non médicales. Les organisations de patients ont été associées à la démarche et consultées à un stade précoce. Les différentes régions linguistiques ont été prises en considération autant que possible.

1 <http://www.cardiovascsuisse.ch/>

Les objectifs et mesures s'appliquant à plusieurs maladies ont été définis lors d'un atelier de synthèse auquel ont pris part les organisations responsables ainsi que d'autres organisations et participants. D'autres parties prenantes se sont prononcées sur le projet dans le cadre de la procédure de consultation (*composition des groupes d'acteurs, voir annexe 4*).

2. Contexte

2.1 Valeur ajoutée de la stratégie dans le contexte national

Dans sa vue d'ensemble Santé2020, le Conseil fédéral relève trois défis auxquels le système de santé sera confronté ces prochaines années. La Stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète concerne directement les deux premières thématiques, à savoir :

- **l'augmentation des maladies chroniques**
- **l'évolution des soins**

La stratégie MNT publiée en avril 2016 a été élaborée dans le cadre de Santé2020 sous la conduite de Dialogue Politique nationale suisse de la santé (la plateforme commune de la Confédération et des cantons dans le domaine de la santé). Elle constitue la stratégie faitière pour les cinq principaux groupes de maladies non transmissibles, à savoir : les maladies cardio-vasculaires, le diabète, le cancer, les affections des voies respiratoires et les troubles musculo-squelettiques.

Alors que la Suisse dispose d'une stratégie spécifique pour d'autres MNT, notamment pour le cancer, il n'en est rien pour ces domaines majeurs et interdépendants que sont les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète. Cette lacune est désormais comblée. La stratégie a pour but d'approfondir les objectifs et les mesures de la stratégie MNT en matière de prévention et de promotion de la santé spécifiquement pour ces maladies et de les compléter par d'autres objectifs et mesures dans le domaine des soins. Elle aborde également les défis que pose la multimorbidité croissante. Elle permet donc simultanément de développer des synergies avec la stratégie MNT et de compléter d'autres stratégies spécifiques, comme la Stratégie nationale contre le cancer 2014–2017 [3], la Stratégie nationale en matière de démence 2014–2017 [4] et la Stratégie nationale des maladies musculo-squelettiques 2017–2022. Un lien existe également avec la santé psychique, une thématique abordée conjointement par la Confédération, les cantons et un grand nombre d'autres acteurs. Enfin, la stratégie prend en considération des concepts novateurs, comme les nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours [5].

Il existe parallèlement à ces mesures d'autres stratégies et programmes importants au niveau national en rapport avec les maladies cardio-vasculaires et le diabète. Mentionnons à cet égard la Stratégie nationale Addictions 2017–2024 [6], le Concept national maladies rares, 2014 [7] (mise en œuvre d'ici 2017) et la Stratégie alimentaire suisse 2013–2016 [8]. Afin de tirer parti des interfaces existantes et des possibilités de synergies, les acteurs d'autres stratégies pertinentes ont été associés au processus d'élaboration de ce produit.

2.2 Au plan international

La progression des maladies cardio-vasculaires et du diabète est étroitement liée au changement des habitudes de vie et au vieillissement de la population et constitue à ce titre un problème global. Des instances internationales comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Commission de l'UE considèrent déjà depuis des années que la lutte contre ces maladies est une priorité. La présente stratégie a été développée en s'appuyant sur des stratégies et des programmes internationaux, notamment le Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020 et les instruments y relatifs des bureaux régionaux européens de l'OMS. Les stratégies et recommandations d'autres organisations internationales² et de sociétés de médecine nationales et internationales renommées ont également été prises en considération.

2 Par exemple: European Heart Network, World Heart Federation, World Stroke Organisation et Fédération internationale du diabète.

2.3 Ancrage de la stratégie

Comme toutes les autres stratégies du même type, cette stratégie est subordonnée aux conditions-cadre nationales et internationales. Il s'agit des dispositions légales applicables dans le domaine de la santé et des directives de la politique sanitaire. Au niveau stratégique, elle est directement rattachée à la stratégie MNT. Au niveau opérationnel, elle se veut inspiratrice de directives, de déclarations fondées sur des faits probants et de programmes émanant d'organisations de santé et de patients. Elle se fonde sur les travaux existants du niveau opérationnel. Elle complète, soutient et réunit les nombreux programmes, projets et initiatives en cours.



Illustration 2 : Rapport entre le niveau stratégique et d'autres niveaux du système de santé (propre présentation)

3. Bases

3.1 Charge de morbidité³ et tendances

Les maladies cardio-vasculaires regroupent des pathologies cardiaques (p. ex. infarctus du myocarde et insuffisance cardiaque), des troubles liés à une irrigation sanguine insuffisante du cerveau (p. ex. attaque cérébrale) et d'autres troubles de la circulation sanguine (p. ex. artériopathie des membres inférieurs et embolie pulmonaire). Le chapitre 4 traite de manière plus détaillée des principales maladies auxquelles cette stratégie est dédiée, en particulier de la multimorbidité et des principaux facteurs de risque. Mentionnons d'emblée ici le diabète, une maladie chronique largement répandue souvent à l'origine de maladies cardio-vasculaires. Les personnes atteintes de diabète sont deux à quatre fois plus exposées au risque de développer une maladie cardio-vasculaire que le reste de la population. Les maladies cardio-vasculaires constituent d'ailleurs la principale cause de décès parmi des patients diabétiques⁴. C'est pour ces raisons que les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète sont traités ensemble dans cette stratégie. Ces maladies sont toutes des maladies chroniques non transmissibles.

Mortalité

En Suisse, comme dans nombre d'autres pays, les maladies cardio-vasculaires représentent la principale cause de décès, cela depuis des décennies. Un tiers des décès est dû à une maladie cardio-vasculaire et la proportion augmente plus la population vieillit. Selon la statistique fédérale des causes de décès [9], les maladies cardio-vasculaires sont responsables de 37 % des décès chez les hommes et de 41 % chez les femmes de plus de 75 ans. Les décès sont imputables à plusieurs maladies concomitantes dans la majorité des cas, ce qui reflète la fréquence de la multimorbidité parmi cette population [10].

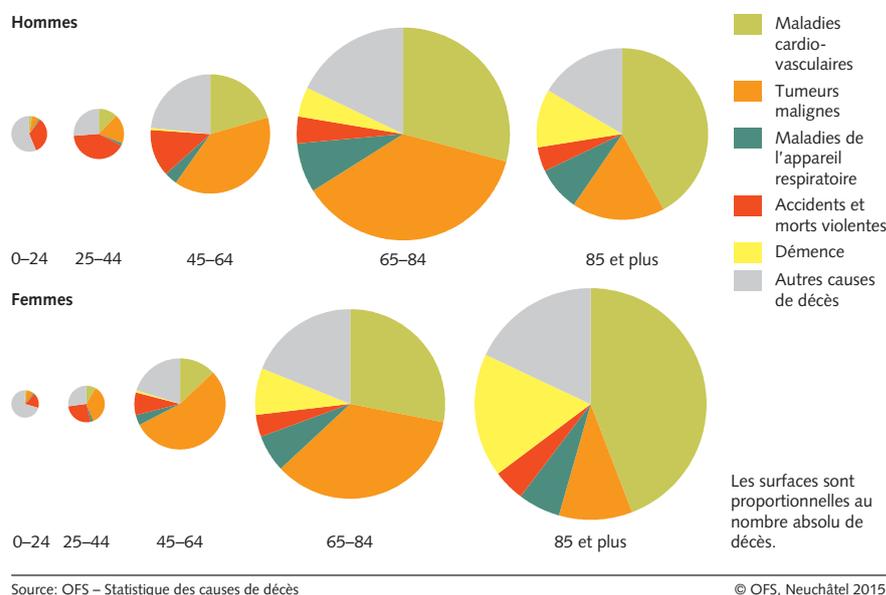


Illustration 3 : Principales causes de décès selon le groupe d'âge, en 2014 [11]

3 La charge de morbidité (burden of disease) est un concept issu de l'épidémiologie. Elle résulte de la fréquence et de la gravité d'une maladie et de ses conséquences sanitaires (p. ex. handicaps physiques), économiques (p. ex. perte d'emploi) et sociales (p. ex. isolement). Elle se mesure en années de vie en bonne santé corrigées de l'incapacité (disability-adjusted life years (DALYs)).

4 <http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/cardiovascular-disease-risk-factors/diabetes/> (consulté le 4.11.2015)

En Suisse, ces maladies viennent également en tête des décès prématurés, autrement dit des décès survenant avant l'âge de 70 ans. Plus de 10 % des décès prématurés chez les femmes et plus de 17 % chez les hommes sont dus à des maladies cardio-vasculaires (OFS 2012 in [12]), ce qui place ce groupe de maladies pratiquement au même niveau que les tumeurs qui, avec 16 %, participent pour la plus grande part aux années de vie perdues prématurément (OMS in [9]). Un examen plus attentif des causes de décès montre qu'en Suisse, les cardiopathies ischémiques occupent le premier rang de la liste des 25 diagnostics les plus souvent à l'origine de décès prématurés, suivies de près par les décès dus à des troubles cérébro-vasculaires (3^e position) et à d'autres maladies cardio-vasculaires (8^e position) [13].

Les efforts déployés pour renforcer la prévention et offrir de meilleurs soins aux malades s'avèrent payants. Au cours des dix dernières années, les décès imputables à des maladies cardio-vasculaires ont nettement reculé dans la plupart des pays, tout comme la mortalité consécutive à un infarctus ou une attaque cérébrale [14]. Cette évolution s'observe également en Suisse où le nombre de décès dus à des maladies du système cardio-vasculaire a fortement baissé, chez les hommes toutefois davantage que chez les femmes [1]. En l'espace de dix-huit ans, le risque de mourir d'une maladie cardio-vasculaire a pratiquement diminué de moitié, et il en va de même de la mortalité à la suite d'une attaque cérébrale [11]. Le nombre de décès dus au diabète a lui aussi reculé de manière significative. Chez les femmes, il a même diminué de moitié entre 1995 et 2009 [15].

Les spécialistes de différents pays d'Europe ont cherché à comprendre les raisons de cette évolution et sont parvenus aux résultats suivants pour les maladies coronariennes : la baisse résulte à 40 % de traitements plus performants et à plus de 50 % d'une diminution des facteurs de risque [16]. Il se peut toutefois que la « pandémie d'obésité » associée à l'hypertension artérielle, à des taux de cholestérol trop élevés et au diabète de type 2⁵ vienne freiner cette tendance favorable. Le risque de mortalité augmente massivement lorsqu'un patient présente simultanément des troubles cardio-vasculaires et un diabète. Il est prouvé que l'espérance de vie d'un homme de 60 ans atteint de diabète et également victime d'un infarctus ou d'une attaque cérébrale diminue en moyenne de douze ans. Chez les femmes, cette baisse est encore plus marquée [17].

Morbidité

Le recul de la mortalité dans les quatre groupes de maladies considérées ne signifie toutefois pas que l'on puisse baisser la garde. En chiffres absolus, le nombre de personnes touchées par ces maladies et leurs conséquences augmente. Ce phénomène s'explique à la fois par de nouveaux modes de vie, l'espérance de vie qui s'allonge et les progrès de la médecine.

Par ailleurs, de nombreuses personnes ne souffrent pas seulement d'une maladie, mais cumulent plusieurs maladies chroniques. La multimorbidité concerne principalement la population âgée de plus de 65 ans. Dans cette tranche d'âge, plus de la moitié de la population présente au moins une maladie chronique. Plus de 20 % des 65 à 69 ans et pratiquement 45 % des personnes à partir de 85 ans souffrent de plusieurs maladies chroniques [9]. Le graphique qui suit indique, en bas et en bleu foncé, le pourcentage de personnes présentant plusieurs maladies chroniques pour les différents groupes d'âge.

5 Les professionnels parlent de syndrome métabolique.

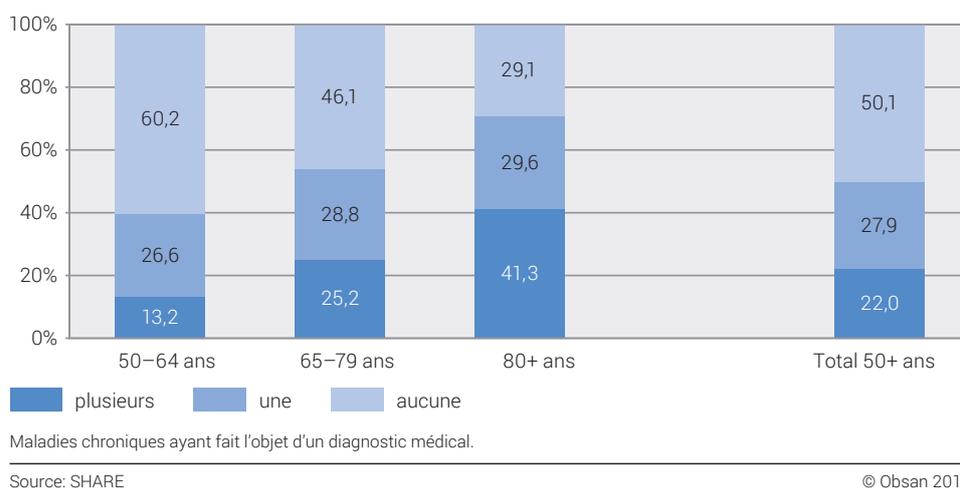


Illustration 4 : Pourcentage des personnes de 50 ans et plus présentant aucune, une ou plusieurs maladies chroniques [9]

Maladies affectant le cœur

La maladie coronarienne, à l'origine de l'infarctus du myocarde, constitue de loin l'affection cardiaque la plus fréquente. Si le taux d'hospitalisation à la suite d'un infarctus a reculé dans certains pays [18], en Suisse, il a progressé entre 2002 et 2012 [19]. Les personnes concernées sont principalement âgées de plus de 55 ans, les hommes l'étant davantage que les femmes. La mortalité précoce après un infarctus a cependant reculé de plus de la moitié en Suisse également au cours des trois dernières décennies. On le doit essentiellement aux techniques de désobstruction des artères coronaires à un stade précoce, une intervention qui, dans notre pays, se pratique presque exclusivement au moyen de cathéters à ballonnet [20]. L'infarctus du myocarde reste cependant la principale cause de décès parmi les maladies cardio-vasculaires.

La baisse de la mortalité des suites d'un infarctus a pour conséquence une augmentation du nombre de patients présentant une maladie coronarienne tout en bénéficiant d'une survie de longue durée. C'est là l'une des raisons de la hausse croissante des cas d'insuffisance cardiaque qui, à un stade avancé, porte sévèrement atteinte à la qualité de la vie. Après un infarctus du myocarde, le risque de subir un nouvel infarctus ou une complication liée à l'artériosclérose, notamment une attaque cérébrale ou une occlusion des artères périphériques, reste élevé. Il est dès lors préoccupant de constater que les patients avec une insuffisance coronarienne avérée bénéficient trop rarement de mesures de prévention secondaire et d'un vrai programme de réadaptation [21]. C'est pourtant précisément dans ces situations qu'une prévention comportementale (p. ex. arrêt de la consommation de tabac, alimentation équilibrée, activité physique, perte de poids) associée à une prévention médicale (p. ex. régulation de la tension artérielle, de la glycémie, du cholestérol) permettrait de freiner la progression de la maladie et d'éviter d'autres épisodes aigus et des décès. Agir sur l'insuffisance cardiaque passe par une combinaison de mesures efficaces de prévention et de dépistage précoce visant à la fois l'ensemble de la population et plus spécifiquement les personnes à risque.

La prévention médicale doit également mettre l'accent sur la fibrillation auriculaire, une affection fréquente parmi la population âgée [22]. Un diagnostic précoce et un traitement adéquat permettent bien souvent de prévenir une attaque cérébrale.

Grâce à des mesures chirurgicales ou interventionnelles, les personnes souffrant d'une malformation cardiaque congénitale sont toujours plus nombreuses à atteindre l'âge adulte [23]. Le système de soins doit prendre leurs besoins en considération.

Maladies affectant le système vasculaire périphérique

La maladie artérielle périphérique (MAP) touche généralement les personnes âgées et présente un risque élevé de mortalité. Les décès résultent fréquemment d'une dégradation simultanée des artères coronaires (infarctus du myocarde) ou des artères cérébrales (attaque cérébrale). L'extrapolation de données issues du registre international REACH indique qu'en Suisse, une personne sur cinq âgée de plus de 60 ans, de sexe masculin, présenterait une maladie artérielle des membres inférieurs. La plupart d'entre elles n'en sont pas conscientes car la maladie évolue souvent longtemps sans symptômes particuliers. Du fait d'une irrigation sanguine déficiente, la MAP provoque, à un stade avancé, une claudication intermittente à la marche et, par la suite, des douleurs au repos. Elle peut également avoir pour conséquence des plaies qui ne cicatrisent pas ou même nécessiter une amputation de la jambe.

En dépit des efforts de prévention et des progrès réalisés dans le domaine des traitements invasifs et non invasifs, la prévalence des MAP et des complications associées tend à augmenter depuis quelques années. Cette tendance principalement due à l'augmentation du nombre de personnes âgées et à la progression de certains facteurs de risque, en particulier le diabète, risque de s'accroître encore davantage.

Tous les ans, quelque 6400 personnes connaissent un premier épisode de thrombose veineuse. Les patients touchés doivent alors se soumettre à un traitement anticoagulant pendant des mois, voire des années. Les maladies thromboemboliques peuvent se déclarer spontanément, mais sont fréquemment liées à une intervention chirurgicale, à une période d'alitement ou à une grossesse. Elles peuvent entraîner des complications mortelles, comme l'embolie pulmonaire. A long terme, elles risquent de se traduire par une insuffisance veineuse chronique dont la forme la plus sévère, l'ulcère variqueux (ulcus cruris), a d'importantes répercussions économiques. Une étude indique que les varices et leurs conséquences médicales touchent environ 16 % de la population suisse et qu'elles présentent un risque d'insuffisance veineuse chronique et d'ulcères [24].

Attaque cérébrale et autres maladies cérébro-vasculaires

Grâce à des mesures de prévention efficaces, les attaques cérébrales sont nettement moins fréquentes que par le passé (incidence à la baisse). Simultanément, le nombre de personnes atteintes d'une maladie cérébro-vasculaire augmente (prévalence à la hausse). Cela s'explique essentiellement par la proportion croissante de personnes âgées parmi la population et les meilleures chances de survie après une attaque cérébrale. Le nombre de personnes hospitalisées à la suite d'une attaque cérébrale augmente donc en conséquence [19].

L'incidence de l'attaque cérébrale augmente avec l'âge, les hommes étant plus souvent touchés que les femmes. Des recherches ont été effectuées ces dernières années pour connaître les raisons des attaques cérébrales frappant des personnes jeunes. Une étude publiée récemment met en évidence l'existence de facteurs de risque vasculaire modifiables dans plus de 70 % des cas. Une prévention efficace permettrait donc d'éviter bon nombre d'attaques cérébrales parmi les jeunes [26].

Le grand public et même les professionnels ignorent encore souvent qu'un nombre non négligeable de démences, entre 15 et 18 % selon certaines études, ne sont pas imputables à des maladies neurodégénératives, comme la maladie d'Alzheimer, mais à des altérations pathologiques des vaisseaux du cerveau. La démence présente par ailleurs souvent des formes mixtes dans lesquelles interviennent à la fois des facteurs neurodégénératifs et vasculaires. Les causes vasculaires de la démence sont modifiables. Des données scientifiques permettent de conclure qu'un examen des facteurs de risque vasculaire constitue une mesure importante dans la prévention des démences [27]. Sachant que la crainte de développer une démence est largement répandue dans la population, ce potentiel de prévention devrait être plus largement exploité.

Diabète sucré

La présente stratégie s'attache en priorité au diabète de type 2, très fréquent, souvent lié au mode de vie et généralement associé à un excès de poids. Une prévention renforcée et un dépistage précoce plus performant permettraient d'éviter nombre de cas de diabète de type 2. Quant au diabète de type 1, plus rare, il s'agit d'une maladie auto-immune qui se manifeste la plupart du temps dès le jeune âge ou à l'adolescence.

La tendance à une hausse des cas de diabète sucré, plus particulièrement chez les personnes âgées et les hommes, peut être observée à l'échelle mondiale, par conséquent en Suisse également. Parmi les plus de 75 ans, 18 % des hommes et 9 % des femmes ont déjà eu un diagnostic de diabète au cours de leur existence (OFSP 2014 ; Bopp et al. 2011 in [9]). Cette hausse est principalement due à l'ampleur du phénomène de surcharge pondérale parmi la population. Des facteurs génétiques peuvent également être en cause, ce qui explique, notamment, pourquoi cette maladie est fréquente dans certains groupes de population issus de la migration.

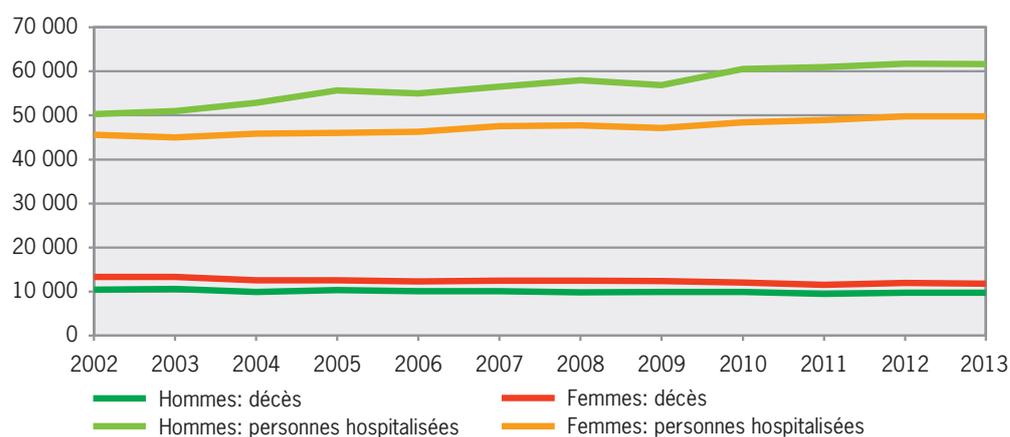
Le risque d'infarctus du myocarde ou d'attaque cérébrale est doublé et celui de développer une maladie artérielle périphérique même quintuplé chez les patients atteints d'un diabète de type 2 [28] [29]. Les lésions vasculaires dues au diabète peuvent entraîner d'autres complications sévères, comme une insuffisance rénale qui, au stade terminal, nécessite souvent des dialyses ou une transplantation rénale, un syndrome de pied diabétique, avec le risque d'amputation qu'il comporte, et des affections vasculaires des yeux pouvant entraîner une cécité.

De nos jours, le diabète se soigne bien dans la plupart des cas et les décès directement liés à la maladie sont très rares ; il n'en demeure pas moins que ses conséquences restent graves et qu'elles entraînent des complications diverses, des handicaps physiques et une perte de qualité de vie.

Effets sociétaux et coûts de santé

Si les personnes concernées et leurs proches supportent en premier lieu la charge que représentent les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète, la société est elle aussi concernée par leurs répercussions. Ces maladies engendrent en effet des conséquences au niveau sanitaire (p. ex. handicap physique), économique (p. ex. perte d'emploi) et social (p. ex. isolement) [30].

Les cas de maladies cardio-vasculaires, de diabète ou de maladies multiples sont toujours plus nombreux en Suisse, ce qui exerce une pression sur l'utilisation des ressources. Cette évolution représente un défi majeur qu'il convient de relever avec détermination dès lors que certains paramètres sont modifiables. Nous sommes actuellement déjà confrontés à des pénuries, en ce qui concerne le personnel de santé par exemple. Les deux traits de la partie supérieure du graphique suivant illustrent l'augmentation constante du nombre d'hospitalisations en raison de maladies cardio-vasculaires. Cette tendance concerne les deux sexes.



Source: OFS – Statistique des causes de décès (eCOD) et statistique médicale des hôpitaux (MS)

© OFS, Neuchâtel 2015

Illustration 5 : Décès et personnes hospitalisées pour des maladies cardiovasculaires [31]

Dans le groupe d'âge des 45 à 84 ans, de nombreuses hospitalisations sont dues à des cardiopathies ischémiques, qui englobent également l'infarctus aigu du myocarde. Parmi la population la plus âgée du groupe, les hospitalisations sont fréquemment liées à une insuffisance cardiaque ou à une attaque cérébrale [19].

Le besoin croissant de ressources contribue à la hausse des coûts de la santé. Les coûts directs des soins médicaux, toutes maladies chroniques (MNT) confondues, ont atteint plus de 51 milliards de francs en 2011, ce qui équivaut à 80 % des coûts totaux de la santé. Avec un total de 11,3 milliards de francs par an, les maladies cardio-vasculaires et le diabète détiennent le record des coûts directs, comme le montre le graphique ci-dessous [30].

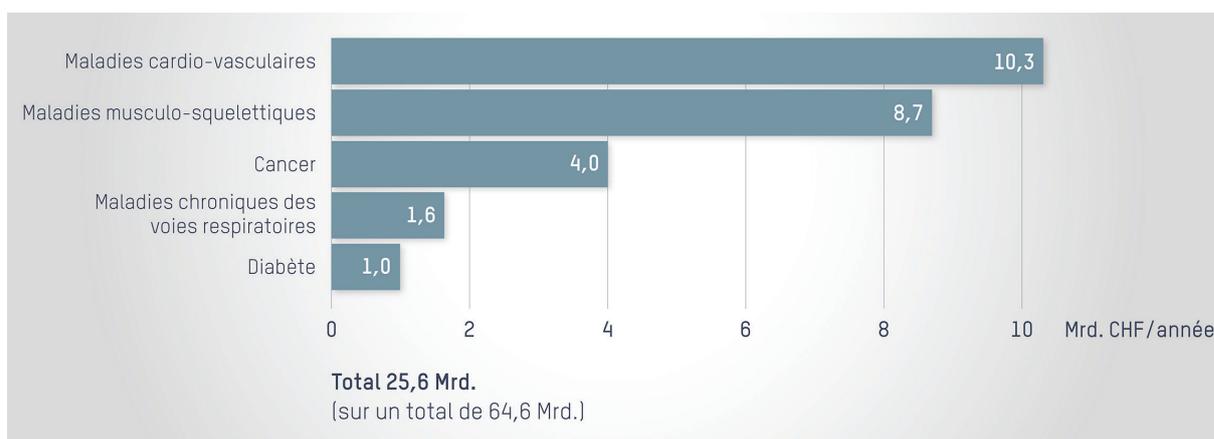
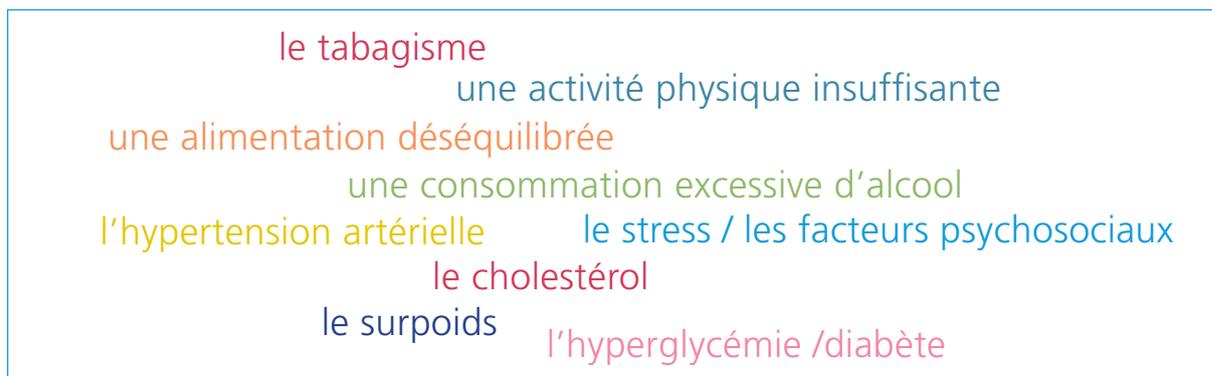


Illustration 6 : Coûts directs en 2011

La perte de productivité liée à la morbidité, au handicap, à la mortalité précoce et à la prise en charge des personnes malades par des proches entraîne aussi indirectement des coûts élevés. Les coûts indirects des maladies cardio-vasculaires et du diabète sont estimés à quelque 8 milliards de francs par an [12].

3.2 Facteurs de risque

Selon des études récentes, 60 à 80 % des maladies cardio-vasculaires sont imputables à des facteurs de risque qu'un changement du mode de vie ou des mesures de prévention médicale permettent de limiter [32]. De nombreux facteurs modifiables sont communs aux maladies cardio-vasculaires et aux attaques cérébrales, notamment :



La plupart de ces facteurs de risque sont également déterminants dans le développement d'un diabète de type 2 et des complications que cette maladie engendre.

Un certain nombre de facteurs de risque ne sont par contre pas modifiables, notamment le vieillissement et des prédispositions génétiques pouvant avoir pour conséquence une tendance marquée à développer des maladies cardio-vasculaires au sein d'une famille, comme l'hypercholestérolémie familiale. Les maladies considérées par la présente stratégie sont également influencées par des déterminants de santé dont le modèle est traité plus en détail dans la stratégie MNT ([1], page 19).

De nombreuses maladies ainsi que la mortalité, la baisse de la qualité de vie et les conséquences économiques qui leur sont associées pourraient être évitées au moyen d'une prévention efficace, de dépistages ciblés et d'un traitement basé des faits probants, administré à un stade précoce. Les facteurs modifiables sont, par exemple, la consommation de tabac et d'alcool, l'alimentation, l'exercice physique, le surpoids et le stress. Ceci étant, le mode de vie, et non exclusivement la prise de médicaments, permet également d'agir positivement sur le taux de cholestérol, l'hypertension artérielle et le diabète.

Le cumul de plusieurs facteurs a un effet multiplicateur, augmente sensiblement le risque de maladie et réduit l'espérance de vie, comme l'a clairement démontré une étude publiée récemment en Suisse. L'espérance de vie des personnes qui cumulent quatre facteurs de risque liés au mode de vie (tabagisme, consommation excessive d'alcool, alimentation déséquilibrée et activité physique insuffisante) est celle de personnes âgées de dix ans de plus qui n'ont aucun de ces comportements⁶ [33].

Une grande partie de la population suisse présente un ou plusieurs de ces facteurs de risque.

Un quart de la population suisse âgée de plus de quinze ans fume (17 % de la population fume quotidiennement, 8 % occasionnellement)⁷. La proportion de fumeurs reste donc élevée, mais marque une légère tendance à la baisse. On observe également que plus de la moitié des fumeurs souhaite cesser de fumer. Selon les données du monitoring suisse des addictions, le nombre de personnes exposées à la fumée du tabac de tierces personnes a nettement reculé depuis 2002. La loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif en vigueur depuis mai 2010 a permis d'accentuer encore davantage cette tendance [34].

6 « Hazard ratios for the combination of all four risk factors compared to none were 2.41 (1.99–2.93) in men and 2.46 (1.88–3.22) in women. For 65-year-olds, the probability of surviving the next 10 years was 86% for men with no risk factors and 67% for men with four. In women, the respective numbers were 90% and 77%. In 75-year-olds, probabilities were 67% and 35% in men, and 74% and 47% in women... The combined impact of four behavioural NCD risk factors on survival probability was comparable in size to a 10-year age difference and bigger than the gender effect. » [33]

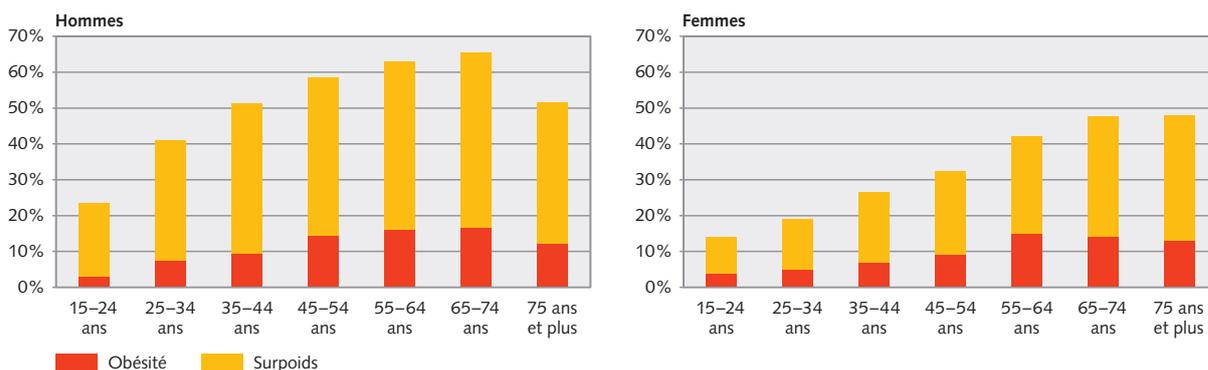
7 <http://www.suchtmonitoring.ch/fr/1.html>, consulté le 5.11.2015

D'après l'Enquête suisse sur la santé de 2012, la prévalence du diagnostic d'hypertension artérielle a nettement augmenté entre 1997 et 2012. En 2012, 27 % de la population adulte a été l'objet d'un diagnostic d'hypertension, tendance à la hausse avec l'âge, les hommes étant légèrement plus concernés que les femmes [35].

La nette augmentation du nombre de personnes en surpoids ou obèses parmi la population est particulièrement inquiétante. Entre 1992 et 2012, la proportion des personnes âgées de quinze ans et plus en surpoids est passée de 30 à 41 % [36]. Là encore, les hommes sont davantage concernés que les femmes. Relevons par ailleurs la proportion élevée d'enfants et d'adolescents en surpoids.

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G 3.15



Source: OFS – ESS

© OFS 2014

Illustration 7 : Surpoids et obésité, 2012

L'exemple de l'obésité montre un autre phénomène encore : le statut socioéconomique ne joue pas seulement sur les facteurs de risque mais aussi sur la fréquence des maladies. On relève en effet que le surpoids et l'obésité sont plus fréquents chez les personnes à bas niveau de formation [9].

➔ **Informations supplémentaires sur les facteurs de risque modifiables**

Une publication de la Fondation Suisse de Cardiologie⁸ présente la fréquence des différents facteurs de risque par sexe et groupe d'âge ainsi que le potentiel d'optimisation existant [37]. D'autres informations sur les facteurs de risque et les possibilités offertes par les mesures de promotion de la santé et de prévention figurent dans la stratégie MNT[1].

8 https://www.swissheart.ch/fileadmin/user_upload/Bilder_Inhalt/5.0_Ueber_uns/5.1_Aufgaben_u_Aktivitaeten/Chiffres_et_donnees.pdf

4. Stratégie

4.1 Vision et objectifs à long terme

La stratégie s'inspire à long terme de la vision suivante.

Vision de la Stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète 2017 – 2024

Le nombre de personnes touchées par une maladie cardio-vasculaire, une attaque cérébrale ou le diabète et par leurs conséquences diminue. Les personnes concernées ont une bonne qualité de vie et le nombre de décès prématurés recule.

Pour concrétiser cette vision, la stratégie se met au service des objectifs prioritaires à long terme de la stratégie MNT.

Objectifs prioritaires à long terme de la stratégie MNT [1]

1. Atténuation de l'augmentation de la charge de morbidité induite par les maladies non transmissibles
2. Atténuation de l'augmentation des coûts engendrés par les maladies non transmissibles
3. Réduction des décès prématurés causés par les maladies non transmissibles
4. Préservation et amélioration de la participation de la population à la vie sociale et de ses capacités productives

4.2 Principes directeurs

Deux objectifs qui se complètent résument les principes directeurs de la présente stratégie :

La personne est placée au centre de la stratégie.

- Encourager les personnes concernées à être acteurs, promouvoir une conception des rôles fondée sur des partenariats, favoriser des offres répondant aux attentes
- Renforcer l'efficacité et la responsabilité personnelles dans le domaine de la prévention et des soins
- Tenir compte de la dimension psychique des maladies chroniques à tous les niveaux de la formation et de la conception des offres
- Veiller à l'égalité des chances

La mise en œuvre de la stratégie vise la qualité et l'efficacité.

- Elaborer de nouvelles mesures à partir de ce qui existe déjà et viser une complémentarité
- Veiller à une bonne coordination et coopération ainsi qu'à une communication efficace entre les acteurs, disciplines et professions
- Inclure davantage les professionnels non médecins
- Considérer les données probantes existantes et les expériences faites en Suisse et à l'étranger
- Recommander des mesures en tenant compte des nouveaux modèles⁹ de soins

9 Par exemple http://www.fmh.ch/files/pdf13/versorgungsmodelle_f.pdf

4.3 Groupes de maladies et interfaces

La présente stratégie traite de problématiques spécifiques liées aux maladies cardio-vasculaires, à l'attaque cérébrale et au diabète dans le continuum prévention et promotion de la santé, diagnostic, traitement et même soins palliatifs. Les acteurs sont conscients que les situations sont souvent complexes et qu'elles requièrent d'appréhender les patients dans leur globalité. Les patients sont souvent atteints de plusieurs maladies chroniques. De ce fait, la consultation de prévention tout comme les soins et la prise en charge par le système de santé doivent être centrés sur le patient et ne sauraient être regroupés artificiellement par groupe de maladies. Le niveau opérationnel tient compte de cette dimension. La prise en charge par la médecine de premier recours est naturellement intégrée par thématique et globale.

Lors de la planification de la stratégie, les acteurs ont néanmoins commencé par définir quatre groupes de maladies et ont travaillé en parallèle, en quatre groupes également. Dans un deuxième temps, ils ont défini les priorités communes aux maladies considérées. Dans leurs champs thématiques respectifs, ils ont ciblé les maladies qui présentent la charge de morbidité la plus élevée et qui nécessitent des mesures en priorité. Certaines maladies ont été délibérément écartées de cette phase de la stratégie (2017 – 2024) ou reportées (voir notes de bas de page). Les acteurs sont toutefois conscients qu'elles constituent elles aussi des maladies qui engendrent de grandes souffrances. Il est prévu de réévaluer la charge de morbidité et les mesures nécessaires à chaque actualisation de la stratégie, également pour les maladies en question.

Les maladies suivantes sont considérées en priorité dans la présente stratégie 2017 – 2024 :

Groupe cœur¹⁰ <ul style="list-style-type: none">• Maladie coronarienne• Cardiopathie hypertensive• Valvulopathies• Insuffisance cardiaque avec altération et maintien de la fonction ventriculaire• Fibrillation auriculaire• Cardiopathie congénitale	Groupe système vasculaire périphérique¹¹ <ul style="list-style-type: none">• Maladie artérielle périphérique (vaisseaux non coronariens)• Artériopathie dilatatrice (anévrismes)• Maladie thromboembolique veineuse• Insuffisance veineuse chronique• Varices
Groupe attaques cérébrales <ul style="list-style-type: none">• Attaque cérébrale ischémique• Hémorragie intracrânienne• Attaque ischémique transitoire• Sténose artérielle cérébrale• Thrombose veineuse cérébrale• Démence vasculaire / Leucoencéphalopathie	Groupe diabète¹² <ul style="list-style-type: none">• Priorité : diabète sucré de type 2• Pré-diabète• Diabète sucré de type 1 (priorité secondaire)• Diabète gestationnel, prévention type 2

10 Hors du champ thématique prioritaire du groupe de travail Cœur : myocardite, endocardite, cardiomyopathie, cardiopathies valvulaires rares (insuffisance aortique, sténose mitrale, valvulopathie pulmonaire et tricuspide)

11 Hors du champ thématique prioritaire du groupe de travail Système vasculaire périphérique : maladies lymphatiques, p. ex. lymphoedèmes, malformations de vaisseaux et maladies vasculaires inflammatoires

12 Hors du champ thématique prioritaire du groupe de travail Diabète : MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young).

Interfaces importantes entre les groupes de maladies

Les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (athérombotiques) et de diabète, tels que décrits au chapitre 3, sont communs à tous les groupes de maladies.

L'artériosclérose constitue par ailleurs un facteur de risque important pour les quatre groupes de maladies. Elle est directement responsable de la plupart des maladies cardio-vasculaires et cérébro-vasculaires et constitue l'une des principales complications du diabète. D'autres pathologies touchent plusieurs groupes de maladies. Par exemple, la fibrillation auriculaire présente un risque thrombo-embolique important, non directement lié à l'artériosclérose, d'attaque cérébrale et, dans une moindre mesure, de maladie artérielle périphérique.

4.4 Besoins prioritaires

Dans le cadre des groupes de maladies et des interfaces (multimorbidité incluse) décrits ci-dessus, les acteurs de la stratégie ont défini des besoins prioritaires pour trois champs d'action.

Champ d'action I : Prévention et dépistage précoce

Champ d'action II : Soins adaptés aux besoins (malades et proches)

Champ d'action III : Données, qualité et financement

Nul n'ignore que la Suisse possède l'un des systèmes de santé les plus développés du monde ; nombre d'éléments fonctionnent bien aujourd'hui déjà et se prêtent à des développements. C'est pour cette raison que la stratégie met l'accent sur les lacunes du système actuel. En se fondant sur l'examen préalable de la situation (voir chapitre 3) et à l'appui d'une analyse de l'état actuel et de l'objectif visé, les groupes de travail ont identifié les principaux manques en matière de promotion de la santé et de prévention, de dépistage précoce, de soins et de fonctions globales du système de santé (p. ex. données et recherche). Les lacunes constatées ont ensuite fait l'objet d'une classification selon des critères déterminés. En plus de la charge de morbidité et de l'estimation des besoins, le choix stratégique a également tenu compte du potentiel de changement¹³ et des possibilités d'action des acteurs impliqués.

Le tableau B qui suit recense les besoins prioritaires. Comme ces besoins concernent souvent plusieurs domaines, les priorités auxquelles les acteurs s'attelleront ensemble ces prochaines années sont indiquées d'abord, suivies de celles qui relèvent spécifiquement des différentes maladies. Les mesures correspondantes des tableaux de planification sont mentionnées à la droite des priorités. La planification stratégique détaillée figure dans les tableaux de l'annexe 1. Le tableau 1 recense les priorités stratégiques communes à la réalisation desquelles les acteurs œuvreront ensemble, tandis que les tableaux 2 à 5 indiquent les priorités stratégiques spécifiques à chaque groupe de maladies.

13 Un potentiel d'amélioration/changement important résulte en particulier : (1) d'un potentiel de changement important, (2) de considérations de coûts (p. ex. faible coût d'une mesure / possibilité de la réaliser avec des moyens existants / potentiel d'économies important).

Besoins prioritaires communs ¹³	Mesures ¹⁴
Renforcer la promotion de la santé et la prévention <ul style="list-style-type: none"> Niveau mode de vie et comportement (dans et hors du système de soins) Niveau conditions et structures 	Communes I/A.1–2 Cœur II/1.3 Attaque cérébrale I/1.1 Diabète I/2.1
Informar la population des symptômes des maladies et la sensibiliser au comportement adéquat en cas d'urgence	Cœur II/1.1–2 Système vasculaire II/1.1 Attaque cérébrale II/1.1
Promouvoir le dépistage précoce de personnes présentant des risques accrus et introduire des mesures préventives dans le système de soins	Communes I/B.1–3 Cœur I/2.1–2 Système vasculaire I/2.1; II/1.2 Attaque cérébrale I/1.1 Diabète I/2.1; I/3.1–2
Améliorer la qualité des soins des personnes atteintes de maladies chroniques et de multimorbidité, en particulier : <ul style="list-style-type: none"> Promouvoir le dépistage précoce Veiller à une coordination multidisciplinaire et interprofessionnelle des soins Promouvoir la compétence en matière de santé, l'autogestion et l'entraide des personnes concernées Développer les soins palliatifs Eviter l'excès, la pénurie et l'absence de soins 	Communes II/A.1–4; II/B.1–3; II/C.1–2; III/B.1 Cœur I/2.2; II/3.2–3; II/4.1; II/5.1 Système vasculaire II/3.2; II/4.1; II/5.1 Attaque cérébrale II/2.2; II/3.1; II/5.1–2; II/6.1; II/7.1–3; III/1.2; III/2.1 Diabète II/1.1–3; I/2.1; II/3.1–3
Transmettre des compétences spécifiques aux professionnels dans le cadre de formations de base, continue et post-grade	Communes I/B.2; II/A.2–3; II/C.2 Cœur I/2.1; III/2.4 Système vasculaire II/1.2; II/3.1 Attaque cérébrale II/1.2; II/7.1 Diabète I/2.1; I/3.2
Générer des données de santé et de maladie de qualité ; exploiter les données plus efficacement	Communes III/A.1–3 Cœur III/1.1 Système vasculaire III/1.1–2 Attaque cérébrale III/1.1–2; III/2.5 Diabète III/1.1
Développer la recherche en lien avec des problématiques relevant des domaines stratégiques prioritaires	Communes III/A.3 Attaque cérébrale III/2.1–5
Assurer le financement à long terme des mesures de la stratégie	Communes III/B.2–3 Diabète III/2.1; III/3.1
Besoins prioritaires supplémentaires du groupe Cœur	Mesures
Continuer à réduire la mortalité et les taux de complications à la suite d'un infarctus (en particulier réduction du temps d'attente avant la désobstruction des vaisseaux)	Cœur II/1.1–3; II/2.2
Développer la prise en charge des patients atteints d'affections cardiaques chroniques (en particulier maladie coronarienne, insuffisance cardiaque, valvulopathie, fibrillation auriculaire)	Cœur II/2.3; II/3.1–4; III/2.1–3
Développer la prise en charge des patients présentant une cardiopathie congénitale	Cœur II/3.1–4; II/4.1

13 Le code couleur suivant est utilisé dans ce document :

- vert – priorités communes
- orange – priorité groupe Cœur
- bleu – priorités groupe Système vasculaire périphérique
- jaune – priorités groupe Attaque cérébrale
- rose – priorités groupe Diabète

14 Les chiffres suivants indiquent les tableaux auxquels

- les mesures font référence :
- Mesures communes = tableau 1
 - Cœur = tableau 2
 - Système vasculaire = tableau 3
 - Attaque cérébrale = tableau 4
 - Diabète = tableau 5

Besoins prioritaires supplémentaires du groupe Système vasculaire périphérique	Mesures
Promouvoir les meilleurs soins pour les patients atteints de maladies vasculaires	Système vasculaire II/2.1–2; II/5.1
Promouvoir un traitement des plaies interdisciplinaire lors d'affections artérielles et veineuses	Système vasculaire II/3.1–2
Besoins prioritaires supplémentaires du groupe Attaque cérébrale	Mesures
Réduire le temps séparant l'attaque cérébrale et l'hospitalisation	Attaque cérébrale II/1.1–2
Assurer dans toute la Suisse la prise en charge par une clinique spécialisée (Stroke-Center et Stroke-Unit, SC/SU) des personnes atteintes d'une attaque cérébrale	Attaque cérébrale II/2.1
Promouvoir la réintégration et l'autonomie des patients après une attaque cérébrale	Attaque cérébrale II/2.2; II/5.2; II/6.1; III/2.3
Renforcer la prévention des rechutes près une attaque cérébrale	Attaque cérébrale II/3.1
Besoins prioritaires supplémentaires du groupe Diabète	Mesures
Améliorer les conseils aux diabétiques et développer un case management pour tout le parcours thérapeutique	Diabète II/1.1–3
Renforcer la prévention et le dépistage précoce de maladies et de complications liées au diabète	Diabète II/3.1–3

Tableau B: Besoins prioritaires et mesures stratégiques correspondantes

Des besoins existent dans d'autres domaines également. Les problématiques touchant la santé en général et sans incidence spécifique sur les quatre groupes de maladies considérées n'ont délibérément pas été abordées (p. ex. pénurie de personnel de santé, évaluation de l'impact sur la santé). Il en va de même de processus de changement déjà bien avancés (p. ex. dossier électronique du patient).

4.5 Liens avec la stratégie MNT

La présente stratégie présente de nombreux recouvrements avec la stratégie MNT ; c'est le cas, plus particulièrement, du champ d'action 1 (Prévention et dépistage précoce), mais aussi du champ d'action III (Données, qualité et financement). Le développement de la stratégie contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète a bénéficié d'échanges soutenus avec l'OFSP et les acteurs de la stratégie MNT. Le tableau qui suit présente les liens entre les deux stratégies.

Axes d'intervention de la stratégie MNT [1]	Lien entre les axes d'intervention de la stratégie MNT et la Stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète
Prévenir les facteurs de risque, renforcer les facteurs de protection	Champ d'action I
Favoriser les approches « phases de la vie » et « cadre de vie »	Relève implicitement du champ d'action I
Renforcer le soutien aux personnes en situation de vulnérabilité	Principe directeur « Égalité des chances »
Encourager la prévention dans le domaine des soins	Champs d'action I et II
Améliorer les interfaces entre la prévention et la médecine curative	Champs d'action I et II
Elaborer des lignes directrices	Champ d'action II
Utiliser les plates-formes existantes	Principe directeur « Coordination, coopération et communication » ; chapitre 5
Mettre en place une conférence des parties prenantes	Chapitre 5
Constituer un groupe d'experts pour la prévention dans le domaine des soins	Chapitre 5
Utiliser les moyens financiers en fonction de la stratégie	Champ d'action III; chapitre 5
Comblers les lacunes de financement	Chapitre 5
Clarifier le financement des prestations de prévention	Champ d'action III
Mettre en place un monitoring des MNT	Champ d'action III
Stimuler la recherche et le transfert de connaissances	Champ d'action III
Soutenir l'innovation	Relève implicitement de tous les champs d'action
Informers le public	Champ d'action I
Encourager les offres d'autogestion destinées aux personnes atteintes de maladies chroniques	Champ d'action II
Assurer la formation initiale et continue des professionnels de la santé	Champs d'action I et II
Renforcer les conditions-cadre propices à la santé	Champ d'action I
Renforcer la collaboration multisectorielle	Principe directeur « Coordination, coopération et communication » ; champ d'action II
Cultiver l'engagement au niveau international	Principe directeur « Faits probants »

Tableau C: Lien entre la stratégie contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète et les axes d'intervention de la stratégie MNT (propre présentation)

5. Mise en œuvre

5.1 Organisation de la mise en œuvre

Un comité de pilotage est chargé de coordonner la mise en œuvre de la stratégie pour les mesures communes (Tableau 1). Il apparaît provisoirement sous le nom de Comité de pilotage cardio-cérébro-vasculaire et diabète (CP CCV&D)¹⁶ dans les tableaux suivants. En accord avec les organisations responsables de la stratégie et les organisations de tête, appelées lead¹⁷, le CP CCV&D peut instituer des groupes de travail et leur déléguer l'élaboration de domaines stratégiques axés sur des thématiques spécifiques. Un organe de coordination intégré au réseau CardioVasc Suisse est créé pour assurer la coordination et la mise en réseau de la réalisation de la stratégie.

Les organisations responsables et les organisations de tête s'entendent avec le CP CCV&D et bénéficient du soutien de l'organe de coordination pour la mise en œuvre des mesures figurant dans les tableaux concernant spécifiquement les groupes de maladies (tableaux 2 à 5).

5.2 Opérationnalisation de la stratégie

La stratégie est prévue pour une période de huit ans, soit jusqu'en 2024. Les mesures indiquées dans les différents tableaux sont hiérarchisées selon les ressources disponibles et leur réalisation échelonnée dans le temps. Cette tâche incombe aux organisations responsables en collaboration avec les organisations de tête pour les mesures spécifiques aux groupes de maladies. Au niveau supérieur, le CP CCV&D et l'organe de coordination planifient et coordonnent les mesures communes d'entente avec les organisations de tête concernées.

La mise en œuvre des mesures tient compte d'autres initiatives et stratégies déterminantes et veille à une bonne coordination, cela à tous les niveaux.

5.3 Responsabilités : organisations de tête et acteurs-partenaires potentiels

Lors des travaux de planification, on s'est efforcé d'identifier principalement les objectifs et les mesures entrant dans la sphère d'influence des acteurs impliqués et à la réalisation desquels ceux-ci pouvaient effectivement contribuer.

Dans les tableaux de stratégie (*annexe 1*), **les organisations de tête** figurent en caractères gras en regard de chaque mesure sous le nom de lead (colonne de droite). Elles constituent les interlocuteurs de référence du CP CCV&D et des organisations responsables lors de la mise en œuvre d'une mesure. Elles prennent les initiatives, précisent les rôles de chacun, attribuent les compétences et coordonnent ou délèguent les tâches en rapport avec une mesure.

Les autres mentions, ou **acteurs-partenaires potentiels**, constituent des propositions d'organisations, d'associations ou d'institutions publiques pouvant ou devant être associées à la planification et à la mise

¹⁶ La composition du comité de pilotage sera différente de celle du groupe de pilotage chargé de l'élaboration de la stratégie. Elle sera définie le moment venu par les organisations responsables.

¹⁷ L'expression « organisations responsables » désigne les organisations à la base de l'élaboration de la stratégie. Elles veillent à la bonne coordination de la mise en œuvre des mesures prévues dans les différents tableaux. Une organisation de tête chargée de la coordination a été désignée pour chaque disposition prévue (voir sous-chapitre Responsabilités : les organisations de tête et acteurs-partenaires potentiels).

en œuvre des mesures¹⁸. Il convient de viser autant que possible des partenariats interprofessionnels et multidisciplinaires.

5.4 Ressources et financement

En plus de définir les partenariats et le déroulement du travail, les organisations de tête règlent la question des ressources financières et en personnel nécessaires à la réalisation des différentes mesures. Toutes les organisations, selon leurs possibilités, mettent des ressources à disposition pour la concrétisation des mesures les concernant. Lorsque les ressources sont insuffisantes, elles s'efforcent de trouver ensemble des moyens supplémentaires auprès de partenaires financiers externes (Confédération, cantons, assureurs, industrie, etc.).

5.5 Monitoring et comptes rendus

Un monitoring ainsi qu'un concept d'évaluation précisant les indicateurs, les procédures et les interfaces de responsabilités sera mis en place. Le monitoring périodique de la mise en œuvre des mesures et du degré de réalisation des objectifs communs incombe à l'organe de coordination. Celui des mesures spécifiques aux groupes de maladies s'effectue d'entente avec les responsables des groupes de maladies. S'agissant de la surveillance des effets, voir la mesure III.A.2 du tableau 1.

Le résultat des monitorages apparaît dans les comptes rendus périodiques à l'intention du CP CCV&D et des organisations responsables.

5.6 Coordination avec d'autres projets stratégiques

Les acteurs continuent à mettre leurs connaissances au service de la planification et de la mise en œuvre d'autres stratégies nationales pertinentes et font valoir leurs intérêts de manière appropriée. Ils s'engagent en faveur de la mise en œuvre de la stratégie MNT. Ils s'efforcent de coopérer étroitement avec la médecine de premier recours.

5.7 Adaptation et actualisation de la stratégie

Les responsables de la présente stratégie tiennent compte des nouveaux développements dans le domaine considéré. La réévaluation périodique de la situation prend en considération les résultats du monitoring, les échanges avec les acteurs d'autres stratégies et les développements observés en Suisse et à l'étranger. Le comité de pilotage se réserve le droit de prendre des dispositions en vue d'adapter ou de remanier la présente stratégie. Il décidera le moment venu d'une reconduction de la Stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète.

¹⁸ Les organisations mentionnées n'ont pas encore toutes donné leur accord. La liste n'est pas exhaustive et n'a de caractère contraignant ni pour les organisations de tête ni pour les organisations responsables.

Annexes

1. Tableaux de la stratégie		
Tableau 1	Priorités stratégiques communes	33
	Champ d'action I : Prévention et dépistage précoce	33
	Champ d'action II : Soins adaptés aux besoins (malades et proches)	33
	Champ d'action III : Données et qualité	34
Tableau 2	Priorités stratégiques spécifiques Cœur	37
	Champ d'action I : Prévention et dépistage précoce	37
	Champ d'action II : Soins adaptés aux besoins (malades et proches)	37
	Champ d'action III: Données et qualité	39
Tableau 3	Priorités stratégiques spécifiques Système vasculaire périphérique	40
	Champ d'action I : Prévention et dépistage précoce	40
	Champ d'action II: Soins adaptés aux besoins (malades et proches)	40
	Champ d'action III: Données et qualité	41
Tableau 4	Priorités stratégiques spécifiques Attaque cérébrale	42
	Champ d'action I : Prévention et dépistage précoce	42
	Champ d'action II : Soins adaptés aux besoins (malades et proches)	42
	Champ d'action III: Données et qualité	44
Tableau 5	Priorités stratégiques spécifiques Diabète	45
	Champ d'action I : Prévention et dépistage	45
	Champ d'action II : Soins adaptés aux besoins (malades et proches)	46
	Champ d'action III: Données, qualité et financement	47
2. Liste des abréviations		48
3. Glossaire		50
4. Composition du groupe de pilotage et des groupes de travail		54
5. Références		56

1. Tableaux de la stratégie

Tableau 1 – Priorités stratégiques communes

Champ d'action I : Prévention et dépistage précoce

N°	Objectifs et projets / Mesures	Lead et acteurs-partenaires potentiels (explications, voir chapitre 5, liste non exhaustive)
I/A	Le nombre de cas de maladies cardio-vasculaires, d'attaques cérébrales et de diabète évitables diminue en encourageant un mode de vie sain et en instaurant des conditions-cadre adéquates.	
I/A.1	<p>Prévention comportementale dans la population générale</p> <p>Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes de prévention et de promotion de la santé et à la mise en place de mesures de sensibilisation dans le cadre de la stratégie MNT en mettant l'accent sur les activités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduire les facteurs de risque liés au comportement (notamment tabagisme, activité physique insuffisante, surpoids, stress) et promouvoir des comportements sains (p. ex. alimentation équilibrée, exercice physique quotidien) • Développer la compétence en matière de santé, en particulier auprès des adolescents, des enfants et des parents • Promouvoir l'égalité des chances (tenir compte des besoins particuliers des personnes à bas niveau socioéconomique, de la population migrante, des personnes âgées, des patients présentant des troubles psychiques et d'autres groupes vulnérables) 	<p>CP CCV&D¹</p> <p>organisations membres CVS; OFSP; OSAV; CDS; Fondation Promotion Santé; ONG et autres acteurs de la stratégie MNT; services des médecins scolaires (AMMS); directions cantonales de l'instruction publique; directions cantonales de la santé publique; chargés de prévention</p>
I/A.2	<p>Prévention structurelle</p> <p>Lobbying politique et défense d'intérêts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir des aliments plus sains (baisse de la teneur en sucre, sel et graisses) • Introduire des étiquetages compréhensibles • Amener la Suisse à ratifier la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac • Promouvoir un environnement urbain propice à l'activité physique • Créer des incitations financières favorisant un comportement sain (sur le modèle de la politique en matière d'alcool et de tabac) 	<p>CVS</p> <p>autres acteurs de la mise en œuvre de la stratégie MNT (en particulier ONG)</p>
I/B	Le nombre de cas de maladies cardio-vasculaires, d'attaques cérébrales et de diabète et de complications associées diminue grâce à des mesures de prévention efficaces et un dépistage précoce plus performant.	
I/B.1	<p>Développer, adapter et diffuser des recommandations pratiques fondées sur des faits probants, harmonisées à l'échelle nationale et applicables à toutes les maladies considérées dans l'optique de dépister les principaux facteurs de risque² à un stade précoce³</p>	<p>CP CCV&D</p> <p>SSC (y compris GSLA); USSMV; SCS; SSEED; organisations de premier recours⁴; sociétés membres FSAS; OFSP et acteurs de la stratégie MNT; organisations de pharmaciens⁵; QualiCCare</p>

1 CP CCV&D = Comité de pilotage de la stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète; autres abréviations: voir la liste en annexe

2 Les principaux facteurs de risque sont présentés au chapitre 3.

3 Sur la base des recommandations EviPrev (Cornuz J. et al., SMF 2015 www.medicalforum.ch/docs/smf/2015/43/de/smf-02452.pdf), GSLA, QualiCCare, etc.

4 Les organisations de premier recours comprennent des structures comme SSMI, mfe, CMPR, SSP-SGP, etc.

5 Organisations de pharmaciens: pharmaSuisse ainsi que des groupes et chaînes de pharmacies

I/B.2	<p>Introduire des conseils-santé axés sur la personne dans le système de soins dans l'optique de promouvoir des habitudes de vie saines et de permettre de mieux gérer les facteurs de stress⁶ (en tenant compte du principe de Shared Decision Making et des besoins spécifiques des personnes appartenant à des groupes vulnérables, voir I.A.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Former les professionnels • Développer et diffuser des moyens auxiliaires 	<p>CP CCV&D organisations de premier recours; autres sociétés professionnelles de médecins et de non médecins (p. ex. organisations de pharmaciens; ASAM; BSMPA/ARAM; ASDD; FSSF; ASI; etc.), FSC; ASD; QualiCCare</p>
I/B.3	<p>Consultations facilement accessibles et dépistage précoce de facteurs de risque cardio-vasculaire et de diabète par du personnel qualifié, dans le cadre, par exemple de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programmes de promotion de la santé en entreprise⁷ • Pharmacies⁸ 	<p>FSC et ASD autres organisations membres CVS; Promotion Santé Suisse; médecine du travail (SSMT); organisations de pharmaciens; OFSP et acteurs de la stratégie MNNT; directions cantonales de la santé publique</p>

Champ d'action II: Soins adaptés aux besoins (malades et proches)

N°	Objectifs et projets / Mesures	Lead et acteurs-partenaires potentiels
II/A	<p>Les patients atteints de maladies cardio-vasculaires, d'une attaque cérébrale ou de diabète sont pris en charge dans le cadre d'une collaboration multidisciplinaire et interprofessionnelle.</p>	
II/A.1	<p>Mettre en pratique des concepts de prise en charge coordonnée centrée sur les patients, entre autres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer des procédures et des recommandations de mise en œuvre applicables tout au long du parcours thérapeutique • Promouvoir des projets-pilote • Définir les responsabilités et les interfaces • Tenir compte des besoins spécifiques des patients multimorbides et des groupes de patients qui ne bénéficient pas de soins appropriés⁹ • Promouvoir l'approche Shared Decision Making 	<p>CP CCV&D organisations membres CVS; organisations de premier recours; Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires; groupements de professionnels non médecins (p. ex. ASI; ASAM; BSMPA/ARAM; Spitex; physioswiss; ase); ASDD; QualiCCare; ASQM; ASSM; hôpitaux; CDS; autorités cantonales de santé publique; OFSP; assureurs-maladie; instituts de médecine sociale et préventive; organisations de patients</p>
II/A.2	<p>Associer davantage les professionnels non médecins¹⁰ à la formation, au monitoring et à d'autres tâches en lien avec la prise en charge à long terme et centrée sur le patient de personnes atteintes de maladies chroniques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer des recommandations pour l'intervention de professionnels non médecins possédant les qualifications et les compétences requises • Réexaminer l'offre de formation existante, développer de nouvelles formations certifiées • Associer les organisations de patients à la conception des prestations et des approches 	<p>CP CCV&D organisations membres CVS; organisations de premier recours; Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires; groupements de professionnels non médecins (p. ex. ASI; ASAM; BSMPA/ARAM; Spitex; physioswiss; ase); organisations de pharmaciens; ASDD); hôpitaux; CDS; directions cantonales de la santé publique; OdASanté; hautes écoles; hautes écoles spécialisées; assureurs maladie; organisations de patients</p>
II/A.3	<p>Promouvoir des modules communs de formation de base, continue et post-grade des professionnels¹¹ pour assurer une coordination multidisciplinaire et interprofessionnelle des soins (les modules tiennent également compte de la dimension psychique des maladies chroniques et d'une meilleure collaboration entre les professionnels du système de santé)</p>	<p>CP CCV&D organisations membres CVS; organisations de premier recours; Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires; groupements de professionnels non médecins (p. ex. ASI; ASAM; BSMPA/ARAM; Spitex; physioswiss; organisations de pharmaciens; ase; ASDD); Plateforme « Avenir de la formation médicale »; hautes écoles; hautes écoles spécialisées; ISFM; OdASanté</p>

6 Sur la base de l'expérience de Swisshart-Coach et d'offres de sociétés régionales dédiées au diabète

7 Sur la base de l'expérience du programme Heart@Work de la FSC, d'offres de sociétés régionales dédiées au diabète, etc.

8 Sur la base de l'expérience des programmes Cardio-Test, Coach Swisshart, Test diabète, etc.

9 Voir Egalité des chances sous I. A. 1.

10 Soignants/APN, assistantes médicales, physiothérapeutes, diététiciens diplômés, thérapeutes pratiquant des médecines alternatives ou complémentaires au bénéfice d'une reconnaissance fédérale, pharmaciens, etc.

11 Médecins, soignants/APN, physiothérapeutes, assistantes médicales, pharmaciens et autres professionnels de la santé.

II/A.4	<p>Promouvoir dans le système de soins l'ancrage régional des offres existantes en matière de prévention et de réadaptation cardio-vasculaires en associant les principaux acteurs à la démarche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire connaître les offres existantes • Promouvoir la coordination régionale et les échanges entre les régions • Créer des incitations pour une mise en réseau 	<p>CP CCV&D SSC; SCS; USSMV; organisations dédiées au diabète; FSC; organisations de premier recours; ASI; physioswiss; ase; hôpitaux; établissements ambulatoires et stationnaires de réadaptation; OFSP; assureurs- maladie</p>
II.B Les patients et leurs proches acquièrent une plus grande compétence en matière de santé et sont capables de décider et d'agir sous leur propre responsabilité.		
II/B.1	<p>Analyser les besoins et adapter les offres en matière de formation des patients/autogestion/entraide¹² en associant les organisations des personnes concernées à la démarche et en tenant compte des technologies modernes.</p>	<p>FSC et ASD autres organisations membres CVS; Entraide Suisse; OSP; Careum et autres membres de l'Alliance Compétences en Santé; organisations de premiers recours; organisations professionnelles des principaux groupements professionnels non médecins; CDS; autorités cantonales de santé publique; OFSP</p>
II/B.2	<p>Inciter les patients et leurs proches à solliciter les offres de formation des patients, d'autogestion et d'entraide</p>	<p>FSC et ASD sociétés de médecins (membres CVS et organisations de premier recours); organisations professionnelles des principaux groupements professionnels non médecins; hôpitaux; organisations de patients; Entraide Suisse; autorités cantonales de santé publique</p>
II/B.3	<p>Accompagner les patients au quotidien au moyen d'une communication adéquate (en utilisant des technologies modernes¹³)</p>	<p>FSC et ASD SSC/GUCH (WATCH); USSMV; SCS; SSED; organisations de premier recours; organisations professionnelles des principaux groupements professionnels non médecins; hôpitaux; organisations de patients; assureurs-maladie; industrie</p>
II/C Les patients atteints d'une maladie incurable et leurs proches bénéficient de soins palliatifs de qualité conformément aux principes de la Stratégie nationale en matière de soins palliatifs.		
II/C.1	<p>Promouvoir les soins palliatifs pour les patients atteints d'une maladie incurable et soutenir les proches</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre les dispositions nécessaires (directives anticipées du patient, advance care planning) • Tenir compte des soins palliatifs préconisés dans des directives traitant de maladies pouvant se déclarer en fin de vie • Définir et relever des signes caractéristiques¹⁴ • Dispenser des soins qui soulagent les symptômes, y compris en fin de vie • Tenir compte des besoins des personnes issues de la migration 	<p>CP CCV&D Palliative.ch; SSC; SCS; SSED; USSMV; organisations de premier recours; ASI; hôpitaux; organisations de patients comme FSC et autres associations pertinentes; CDS; autorités cantonales de santé publique</p>
II/C.2	<p>Promouvoir des formations multidisciplinaires pour les équipes de soins palliatifs en charge de patients atteints de maladies chroniques à un stade avancé</p>	<p>CP CCV&D Palliative.ch; SSC; SCS; SSED; USSMV; organisations de premier recours; ASI et autres organisations professionnelles pertinentes; Plateforme « Avenir de la formation médicale »; hautes écoles; hautes écoles spécialisées; ISFM; OdaSanté</p>

12 Tenir compte des résultats de l'étude « L'entraide autogérée en Suisse », 2016.

13 P. ex. coaching assisté par Internet, offre d'adhésion, accompagnement via Skype, courriels, instruments de feedback.

14 Red flags: signes caractéristiques de l'évolution d'une maladie (p. ex. hospitalisations d'urgence plus fréquentes, détérioration de l'état général du patient) indiquant que la personne n'a plus que quelques mois ou semaines à vivre. La prise en charge porte sur l'allègement des symptômes, sur l'anticipation et la question se pose de savoir ce que l'on ne proposera plus au patient.

Champ d'action III: Données, qualité et financement

N°	Objectifs et projets / Mesures	Lead et acteurs-partenaires potentiels
III/A	L'amélioration des sources de données et des projets de recherche ciblés (en matière de soins) renforcent les bases scientifiques de la prévention et des soins dans le domaine des maladies cardio-vasculaires, des attaques cérébrales et du diabète.	
III/A.1	Lobbying au niveau politique et interventions parlementaires dans l'optique de renforcer, de développer et d'intégrer progressivement les bases de données et les registres existants <ul style="list-style-type: none"> • Adresser des requêtes formelles au Conseil fédéral demandant que la Confédération participe au financement des registres existants sur la base de la nouvelle loi sur l'enregistrement des maladies oncologiques • Développer, améliorer, mettre davantage en réseau et exploiter les bases de données spécifiques à certaines maladies¹⁵ 	CVS CP CCV&D; organisations membres CVS; QualiCCare
III/A.2	Monitoring et compte rendu des indicateurs de performance pertinents dans le cadre de la présente stratégie <ul style="list-style-type: none"> • Sélectionner et effectuer le suivi des données pertinentes dans le set d'indicateurs du système de monitoring MNT • Identifier d'autres indicateurs indispensables (en particulier dans le domaine des soins) • Elaborer et mettre en œuvre le concept de monitoring 	CP CCV&D organisations membres CVS; sociétés professionnelles; OFSP; OFS/OBSAN; ANQ; QualiCCare
III/A.3	Mettre en place une plateforme simple en vue d'améliorer la mise en réseau, l'échange d'informations et la collaboration en matière de recherche en lien avec la présente stratégie	CP CCV&D FSC/commission de recherche; SSEED/ASD; autres organisations membres CVS; organisations de premier recours; acteurs stratégie MNT; QualiCCare
III/B	La qualité et le financement des prestations en matière de prévention et de soins sont assurés.	
III/B.1	Participer à des actions contribuant à éviter l'excès, la pénurie ou l'absence de soins aux patients	CP CCV&D organisations membres CVS; organisations de premier recours; ASSM; OFSP; organisations de patients
III/B.2	Etablir une liste des prestations prioritaires¹⁶ dont la couverture des coûts doit être définie , notamment dans les domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Mesures de prévention et de dépistage précoce effectuées par des médecins et des professionnels non médecins • Prestations de coordination dans le domaine des soins • Prestations (délégées) par des professionnels non médecins dans le cadre des soins • Formation des patients et autogestion 	CP CCV&D organisations membres CVS; organisations de premier recours; ASSM; OFSP; assureurs-maladie; organisations de patients
III/B.3	Lobbying politique et interventions parlementaires ; demandes de prise en charge des coûts des prestations identifiées comme étant prioritaires	CVS CP CCV&D; SSC; USSMV; SCS; SSEED; organisations de premier recours

15 D'après le modèle de la loi sur l'enregistrement des maladies oncologiques et de ses stratégies de mise en œuvre, en tenant compte des recommandations de la FMH, de H+ et de l'ANQ en matière de registres.

16 Les priorités sont définies sur la base d'une appréciation transparente des coûts-bénéfices (efficacité, adéquation, économicité, EAE) à laquelle participent les acteurs concernés.

Tableau 2 – Priorités stratégiques spécifiques Cœur

Champ d'action I Prévention et dépistage précoce

N°	Objectifs et projets / Mesures	Lead et acteurs-partenaires potentiels (explications, voir chapitre 5, liste non exhaustive)
I/1	Le nombre de cas de maladies cardio-vasculaires évitables diminue en encourageant un mode de vie sain et en instaurant des conditions-cadre adéquates.	
	→ Les mesures correspondant à cet objectif figurent dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes).	
I/2	Le nombre de cas de maladies cardiaques évitables diminue grâce à un dépistage et un traitement précoces des personnes présentant un risque particulier.	
	→ Voir également les mesures correspondant à cet objectif dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes).	
I/2.1	Mettre en œuvre les recommandations pour un dépistage, un diagnostic et un traitement précoces des personnes présentant un risque particulier: intégration dans des formations de base, postgrade et continue avec pour objectif de renforcer la collaboration entre les cardiologues, les médecins de médecine interne générale en milieu hospitalier, les médecins de premier recours et les groupements de non médecins	SSC organisations de premier recours; facultés de médecine; FMH/ISFM; hôpitaux; FSC
I/2.2	Dépister les fibrillations auriculaires à un stade précoce et prévenir une embolie (p. ex. attaque cérébrale) à l'aide des directives figurant dans les recommandations pratiques générales	GT-SSC « pace maker et électrophysiologie » SCS; FSC

Champ d'action II : Soins adaptés aux besoins (malades et proches)

N°	Objectifs et projets / Mesures	Lead et acteurs-partenaires potentiels
II/1	Moins de personnes décèdent des suites d'un arrêt cardio-circulatoire hors hôpital.	
II/1.1	Prévoir régulièrement des campagnes d'information ciblant la population générale et les groupes aux besoins spécifiques (également les femmes et les personnes diabétiques) pour permettre de reconnaître rapidement et correctement les symptômes d'une urgence cardiaque et de réagir de manière adéquate	Programme FSC HELP/Femme&Coeur SSC; ASD; IAS: organisations de patients; CDS; départements cantonaux de la santé publique
II/1.2	Diffuser des techniques de sauvetage et de réanimation (BLS, Basic Life Support) et promouvoir l'utilisation d'un défibrillateur automatique externe (DAE) dans les environnements qui s'y prêtent, p. ex. entreprises, écoles (inscription au plan d'étude pour les élèves dès 10 ans), sociétés sportives, mouvements scouts, etc.	Programme FSC HELP Alliance des samaritains et associations cantonales; CDIP; CDS; départements cantonaux de la santé publique
II/1.3	Promouvoir des mesures structurelles : développer des réseaux régionaux de « First-Responder »¹ et la mise à disposition de défibrillateurs automatiques externes (DAE) dans des bâtiments publics et des entreprises	Programme FSC HELP urgences 144; IAS; SRC; départements cantonaux de la santé publique
II/2	La mortalité à la suite d'un infarctus et les taux de complications à court et moyen terme diminuent.	
II/2.1	<i>Organiser régulièrement des campagnes d'information de la population</i>	→ voir II/1.1

1 Les « first responders » sont des secouristes formés aux techniques de réanimation et de défibrillation. Maillons importants dans la chaîne des secours, ils déploient les mesures nécessaires jusqu'à l'arrivée d'une ambulance et contribuent ainsi à augmenter les chances de survie de personnes en arrêt cardiaque.

II/2.2	Promouvoir une prise en charge d'urgence des patients en situation d'infarctus conforme aux directives en optimisant les procédures. Objectif prioritaire : réduire le « door-to-reperfusion-time » dans tous les hôpitaux pour atteindre les intervalles de temps recommandés par la Société Européenne de Cardiologie (ESC)	GT-SSC cardiologie interventionnelle et syndromes coronariens aigus hôpital; urgences 144
II/2.3	Mettre en place efficacement avant la sortie de l'hôpital les mesures visant à prévenir de nouveaux accidents cardiovasculaires, y compris insuffisance cardiaque (traitement médicamenteux, sensibilisation aux facteurs de risque et à la manière de les supprimer)	SSC hôpital; FSC
II/3	Les patients atteints d'une maladie cardiaque chronique ont une meilleure qualité de vie et présentent des taux de ré-hospitalisation et de mortalité prématurée plus bas.	
II/3.1	Améliorer l' accès à des programmes de prévention et de réadaptation (tertiaires) structurés fondés sur des données probantes pour les patients atteints d'une maladie coronarienne chronique, d'un infarctus du myocarde en phase aiguë ou d'insuffisance cardiaque en recommandant systématiquement la prescription de mesures de réadaptation par le cardiologue traitant ou le médecin de premier recours, notamment pour les groupes de patients qui n'ont pas suffisamment accès à des soins adaptés (p. ex. femmes, personnes à statut socioéconomique précaire, patients âgés et personnes présentant une anomalie cardiaque congénitale)	SSC/GSRC FSC; assureurs-maladie; hôpitaux
II/3.2	Développer l' offre de groupes d'entraide pour promouvoir un suivi à long terme et renforcer la capacité d'autogestion, la compétence en matière de santé et l'adhésion chez les patients présentant une maladie coronarienne, un infarctus du myocarde aigu, une insuffisance cardiaque ou une anomalie cardiaque congénitale	FSC SSC/GSRC; Swiss cardiovascular therapists; personnel soignant (GT-KAPT) organisations de patients (p. ex. Cuore Matto, EVHK, herznetz.ch); Entraide Suisse
II/3.3	Appliquer les recommandations en matière d'anticoagulation en cas de fibrillation auriculaire et promouvoir l'autocontrôle de l'anticoagulation	SSC FSC; organisations de premier recours; organisations de pharmaciens
II/3.4	Investiguer et traiter selon les directives les patients atteints de valvulopathies , en particulier les personnes âgées présentant des maladies associées, et développer des « Heart Teams » interdisciplinaires et interprofessionnels	GT-SSC SSCC; organisations de premier recours
II/3.5	<i>Renforcer la prévention tertiaire conformément aux directives en proposant une prise en charge intégrée et la formation des personnes concernées</i>	→ voir II/5
II/4	Les pronostics à long terme et la qualité de vie des patients présentant une cardiopathie congénitale s'améliorent.	
II/4.1	Développer la prise en charge à long terme des patients présentant une cardiopathie congénitale en améliorant l'accès à des soins intégrés en collaboration avec des centres spécifiques et en tenant compte de leurs besoins particuliers en vue de leur réintégration dans le milieu scolaire ou professionnel	SSC/GUCH SSCC; cardiologie pédiatrique; organisations de patients (Cuore Matto, EVHK, etc.)
II/5	Les patients présentant une maladie cardiaque et leurs proches sont mieux formés et soutenus par des professionnels et peuvent agir de manière autonome et en toute responsabilité (compétence en matière de santé, autogestion).	

II/5.1	Renforcer l'offre de formation destinée aux patients atteints d'une maladie coronarienne ou d'une insuffisance cardiaque (et à leurs proches) ; les formations sont dispensées par des professionnels non médecins spécialement formés à cet effet (p. ex. soignants, physiothérapeutes, assistants de médecin, diététiciens, pharmaciens). Améliorer les offres qui développent l'autogestion, la compétence en matière de santé et l'adhésion	SSC GSLA; GSRC; FSC; ASD; ASAM; BSMPA/ARAM; ASDD; SCT; personnel soignant (GT-KAPT); organisations de pharmaciens
→ Voir également les mesures correspondant à cet objectif dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes).		
II/6	Les patients atteints d'une maladie cardiaque incurable et leurs proches bénéficient d'une prise en charge de qualité et d'un soutien optimal en fin de vie.	
→ Les mesures correspondant à cet objectif figurent dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes).		

Champ d'action III: Données et qualité

N°	Objectifs et projets / Mesures	Lead et acteurs-partenaires potentiels
III/1	La mise en réseau de registres dans le domaine de la médecine cardio-vasculaire améliore la disponibilité, l'exploitation et l'utilisation des données épidémiologiques.	
III/1.1	Développer les registres existants (AMIS Plus pour les infarctus du myocarde, CHPACE WEB pour les dispositifs médicaux et ablations, Swiss TAVI pour les valves aortiques, Mitra-Clip) : participation obligatoire de tous les centres actifs dans ce domaine ; consolider les registres selon les besoins, éventuellement leur donner une forme nouvelle ; participation au futur Cardiac Arrest Register des organisations de sauvetage	SSC avec GT correspondants et AMIS Plus IAS; SRC
→ Voir également les mesures correspondant à cet objectif dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes).		
III/2	La qualité des interventions diagnostiques et thérapeutiques fait que la sécurité du patient est assurée.	
III/2.1	Traitements basés sur des éléments probants , en principe selon les directives européennes validées par les sociétés spécialisées et adaptées pour la Suisse, si nécessaire	SSC organisations de premier recours et autres sociétés professionnelles concernées
III/2.2	Développer et affiner des directives de poche/applications pour améliorer la mise en œuvre des directives	SSC organisations de premier recours et autres sociétés professionnelles concernées
III/2.3	Définir des indicateurs de qualité et des chiffres indicatifs pour les procédures dans le domaine de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque	SSC SSCC et autres sociétés professionnelles concernées
III/2.4	Elaborer des directives pour développer des compétences particulières dans des domaines partiels de la cardiologie (dedicated Fellowships)	SSC
→ Voir également les mesures correspondant à cet objectif dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes).		

Tableau 3 – Priorités stratégiques spécifiques Système vasculaire périphérique

Champ d'action I : Prévention et dépistage précoce

N°	Objectifs et projets / Mesures	Lead et acteurs-partenaires potentiels (explications, voir chapitre 5, liste non exhaustive)
I/1	Le nombre de cas de maladies vasculaires évitables diminue en encourageant un mode de vie sain et en instaurant des conditions-cadre adéquates.	
	→ Les mesures correspondant à cet objectif figurent dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes).	
I/2	Les facteurs de risque cardio-vasculaire sont dépistés et traités à un stade précoce	
	→ Voir également les mesures correspondant à cet objectif dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes).	
I/2.1	Adapter les offres de dépistage existantes¹ pour détecter plus facilement les facteurs de risque de maladies vasculaires périphériques	FSC Union des Sociétés Suisses des Maladies Vasculaires (USSMV)

Champ d'action II: Soins adaptés aux besoins (malades et proches)

N°	Objectifs et projets / Mesures	Lead et acteurs-partenaires potentiels
II/1	Les principales maladies artérielles et veineuses sont diagnostiquées plus précocement.	
II/1.1	Informar et sensibiliser la population et les groupes-cible pour reconnaître à un stade précoce les facteurs de risque et les symptômes des principales maladies artérielles et veineuses et permettre une réaction adaptée	FSC USSMV; SSC; SCS; organisations dédiées au diabète; organisations de premier recours; CDIP; directions cantonales de la santé publique
II/1.2	Renforcer la formation de base, postgrade et continue des médecins et d'autres professionnels de la santé ² dans le domaine des maladies vasculaires périphériques en exploitant davantage les offres de formation existantes et en intégrant en particulier les éléments suivants dans le cursus de formation : <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance des facteurs de risque et des symptômes d'une maladie artérielle, plus spécialement chez les personnes à risque, p. ex. en présence d'une hypercholestérolémie familiale ou d'une anomalie cardiaque congénitale • Dépistage actif des maladies vasculaires périphériques³ 	USSMV universités; sociétés professionnelles; p. ex. organisations de premier recours
II/2	Les patients présentant des maladies artérielles ou veineuses bénéficient de traitements, d'une prévention tertiaire et de mesures de réadaptation selon les directives les plus récentes.	
II/2.1	Elaborer des check-lists pour la gestion pratique des principales maladies artérielles et veineuses ; les check-lists se fondent sur des directives scientifiques récentes, des considérations de coût-bénéfice et contiennent des aides à la décision (<i>choosing wisely</i>) pour prévenir un excès de soins	USSMV
II/2.2	Les personnes atteintes de maladies artérielles ou veineuses reçoivent systématiquement des conseils de professionnels et des recommandations pour améliorer leur profil de risque (p. ex. exercice physique et alimentation équilibrée)	USSMV sociétés de médecins; y compris médecins de premier recours; organisations professionnelles de non médecins (p. ex. ASDD, ASAM, BSM/PA/ARAM, ASI, etc.); FSC
	→ Voir également les mesures correspondant à la coordination des soins dans le tableau 1 (partie Priorités stratégiques communes)	

1 P. ex. CardioTest, Heart@Work, etc.

2 En particulier les médecins de premier recours, les assistants de médecin, le personnel soignant, les physiothérapeutes, etc.

3 P. ex. utilisation plus large de la mesure de l'ABI, prise en charge par l'assurance de base, dans des cas indiqués ou échographie de l'aorte abdominale pour des personnes à risque (fumeurs/ex-fumeurs de sexe masculin, 1 examen entre 65 et 75 ans)

II/3	Les patients présentant des plaies chroniques bénéficient d'une évaluation vasculaire.	
II/3.1	Sensibiliser les médecins de premier recours, promouvoir la formation et la spécialisation pour que les patients dont les plaies guérissent mal (>4 semaines) soient davantage dirigés sur des consultations spécialisées	SAfW organisations de pharmaciens
II/3.2	Promouvoir un traitement interdisciplinaire des plaies (p. ex. dans le cadre de centres SAfW)	SAfW USSMV; sociétés de podologues
II/4	Les patients et leurs proches acquièrent une plus grande compétence en matière de santé; ils sont capables d'agir en toute responsabilité.	
→ Voir également les mesures correspondant à cet objectif dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes)		
II/4.1	Promouvoir des groupes d'entraide s'adressant aux patients atteints de maladies vasculaires périphériques et à leurs proches sur le modèle des groupes de maintenance cardio-vasculaire, de groupes d'entraide existants et de centres d'entraide régionaux	FSC et Entraide Suisse USSMV; organisations de patients
II/5	Les patients atteints de maladies artérielles et veineuses sont pris en charge à long terme dans le cadre d'une collaboration multidisciplinaire et interprofessionnelle (en particulier soins ambulatoires).	
→ Voir également les mesures correspondant à cet objectif dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes)		
II/5.1	Développer et promouvoir les réseaux vasculaires interdisciplinaires et interprofessionnels ainsi que les centres de soins ambulatoires et stationnaires (p. ex. Centre Vasculaire USSMV) y compris prévention, soins de longue durée et réadaptation)	USSMV établissements ambulatoires et stationnaires de réadaptation; FSC et organisations de patients

Champ d'action III: Données et qualité

N°	Objectifs et projets / Mesures	Lead et acteurs-partenaires potentiels
III/1	La mise en réseau de registres de qualité dans le domaine de la médecine cardio-vasculaire améliore la disponibilité, l'exploitation et l'utilisation des données épidémiologiques.	
→ Voir également les mesures correspondant à cet objectif dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes)		
III/1.1	Fusionner Swiss Vasc Database et le registre PTA dans une Swiss Vascular Database ⁴ (dénomination provisoire) et promouvoir une utilisation à l'échelle nationale ⁵	USSMV
III/1.2	Promouvoir l'analyse des données en termes d'outcomes, d'adhésion, d'efficacité des coûts et de gestion optimisée des risques ⁶	USSMV

4 Cette mesure entraîne des coûts élevés et peut uniquement être mise en œuvre si les responsables parviennent à mobiliser les fonds nécessaires.

5 Contient également le profil de risque particulier de personnes présentant une anomalie cardiaque congénitale.

6 Utiliser à cet effet le Prix d'encouragement de la recherche USSMV et d'autres possibilités.

Tableau 4 – Priorités stratégiques spécifiques Attaque cérébrale

Champ d'action I : Prévention et dépistage précoce

N°	Objectifs et projets / Mesures	Lead et acteurs-partenaires potentiels (explications, voir chapitre 5, liste non exhaustive)
I/1	Le nombre de cas d'attaques cérébrales et de démence vasculaire évitables diminue en encourageant un mode de vie sain et en instaurant des conditions-cadre adéquates.	
→ Voir également les mesures correspondant à cet objectif dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes)		
I/1.1	Sensibiliser la population et le monde du travail à la problématique de la démence vasculaire (notamment fréquence des cas et caractère modifiable) et au potentiel de prévention offert par un dépistage précoce des facteurs de risque cardio-vasculaire	FSC et SCS Association Alzheimer Suisse; CP CCV&D; acteurs de la stratégie en matière de démence; départements cantonaux de la santé publique
I/2	Les facteurs de risque cardio-vasculaire et cérébro-vasculaire, notamment chez les personnes présentant un risque particulier, sont dépistés et traités à un stade précoce.	
→ Les mesures correspondant à cet objectif figurent dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes).		

Champ d'action II : Soins adaptés aux besoins (malades et proches)

N°	Objectifs et projets / Mesures	Lead et acteurs-partenaires potentiels
II/1	La personne suspectée d'être victime d'une attaque cérébrale est immédiatement dirigée sur un hôpital disposant d'une stroke unit ou d'un stroke center.	
II/1.1	Organiser régulièrement des campagnes d'information ciblées pour familiariser la population aux symptômes d'un AVC ou d'une attaque ischémique transitoire (AIT) et permettre une réaction rapide et adéquate : <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas perdre de temps • Diriger les patients sur un stroke center ou une stroke unit • Réaliser et diffuser des supports d'information simples sur le thème de l'urgence cardiaque et cérébrale 	Programme HELP/Attaque cérébrale FSC et SCS¹ et leurs membres; responsables et collaborateurs SC/SU ² ; urgences 144; IAS; Aphasie Suisse; Fragile Suisse; CDS et directions cantonales de la santé publique
II/1.2	Former les groupes de professionnels³ à prendre en charge de manière adéquate les patients et leurs proches sur le plan médical ; les amener à contacter sans tarder le 144 et à diriger les personnes suspectées d'être victimes d'un AVC sur une stroke unit ou un stroke center	SCS responsables SC/SU; collaboration avec des sociétés professionnelles locales; IAS; FSC
II/2	Les personnes victimes d'une attaque cérébrale sont prises en charge rapidement et globalement, partout en Suisse, à la fois sur le plan médical et psychosocial selon les directives applicables.	
II/2.1	Dispenser sans délai les premiers soins dans une stroke unit (SU) ou un stroke center (SC) ou en collaboration avec une institution SU/SC certifiée <ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la télémédecine • Constituer des réseaux entre les hôpitaux 	Responsables des régions attribuées pour les attaques cérébrales CIMHS en collaboration avec SFCNS; organisations de premier recours

1 Le soutien des cantons, de la CDS, de l'OFSP, des assurances-maladie et des assurances-vie est recherché.

2 Les Stroke Centers/ Stroke Units emploient notamment des médecins, des soignants, des thérapeutes, des assistants sociaux et des psychologues. SU/SC en Suisse: voir sous www.neurovasc.ch/index.php/stroke-units.html.

3 En particulier le personnel d'hôpitaux non spécialisés, des soins de base, des services de sauvetage, d'aide et de soins à domicile, de cabinets médicaux et de hotlines d'assureurs.

II/2.2	Accompagner les personnes victimes d'un AVC (patients et proches) sur le plan psychosocial et selon leurs besoins à toutes les étapes de la maladie : gestion de la maladie (coping), efficacité personnelle, entraide, etc.	SU/SC médecins assurant le suivi en réadaptation et en cabinet; Aphasie Suisse; Fragile Suisse; FSC
II/3	Le nombre de patients victimes d'un nouvel épisode d'attaque cérébrale diminue.	
II/3.1	Eduquer, former, conseiller les patients et leurs proches à toutes les étapes de la maladie en tenant compte de leurs besoins, dès la phase aiguë <ul style="list-style-type: none"> • Expliquer la maladie, son déroulement, les perspectives et la possibilité d'agir sur la maladie en modifiant son mode de vie • Encourager l'adhésion aux traitements médicamenteux et non médicamenteux 	Réseau de soins Stroke⁴ SCS; SSN; organisations de premier recours; FSC; Aphasie Suisse; Fragile Suisse; ASDD; organisations de pharmaciens
II/4	La prise en charge des personnes victimes d'une attaque cérébrale et de leurs proches se fait de manière pluridisciplinaire - en milieu hospitalier et en ambulatoire.	
→ Voir également les mesures correspondant à cet objectif dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes)		
II/5	La création de groupes d'entraide pour les patients victimes d'une attaque cérébrale et leurs proches est encouragée.	
II/5.1	Promouvoir la création de groupes d'entraide pour les victimes d'AVC et leurs proches en s'inspirant de l'expérience des groupes de maintenance cardio-vasculaire, des groupes d'entraide existants et de centres d'entraide régionaux	FSC et Entraide Suisse GT/SCS neuro-réadaptation; SSN; Aphasie Suisse; Fragile Suisse et autres organisations de patients
II/5.2	Développer des supports d'information destinés aux patients <ul style="list-style-type: none"> • Créer un passeport du patient et des applications contenant des informations importantes (rendez-vous de contrôle, étapes du parcours du patient) • Actualiser le guide « Vivre après l'attaque cérébrale » 	SSC (jeunes spécialistes en attaques cérébrales) et FSC ; Aphasie Suisse; Fragile Suisse
→ Voir également les mesures correspondant à cet objectif dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes)		
II/6	L'accent est mis sur la réintégration et l'autonomie des patients victimes d'un AVC.	
II/6.1	Donner aux personnes victimes d'un AVC une information interdisciplinaire et coordonnée afin qu'elles puissent réintégrer le plus rapidement possible leur environnement familial et le circuit professionnel (étapes : SU/SC → hôpital/ réadaptation → ambulatoire)	Responsables SU/SC et collaborateurs; SSN en collaboration avec des institutions et des professionnels en aval
II/7	Les patients atteints d'une maladie cérébro-vasculaire incurable bénéficient d'une prise en charge de qualité et d'un soutien optimal en fin de vie.	
→ Voir également les mesures correspondant à cet objectif dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes)		
II/7.1	Former les médecins et les autres professionnels de la santé pour qu'ils puissent informer, conseiller et répondre aux besoins des patients et de leurs proches en fin de vie (en respectant les règles de l'éthique ⁵) Développer la compétence de conseil et de communication pour pouvoir mieux prendre en charge les patients ayant une capacité de communication limitée Préciser les décisions de fin de vie et les directives anticipées du patient (y compris volonté du patient à l'égard d'une réanimation, du don d'organes, d'un éventuel transfert dans une unité de soins intensifs, etc.) ; à répéter si nécessaire	Instances dirigeantes des stroke teams SU/SC
II/7.2	Intégrer l'attaque cérébrale dans les directives anticipées du patient de la FSC et de l'institut Dialog Ethik	FSC et SCS Experts locaux; Institut Dialog Ethik
II/7.3	Dans les hôpitaux, encourager les responsables des unités de soins aux victimes d'AVC à collaborer plus étroitement avec les équipes de soins palliatifs	Instances dirigeantes et collaborateurs des stroke teams; SU/SC; en collaboration avec les équipes de soins palliatifs; SSN

4 Réseau stroke: réseau des responsables des soins SC/SU (en cours de création).

5 Règles d'éthique fondamentales en matière de communication dans le domaine de la santé : respect de l'autonomie, ne pas causer de dommages, maximisation du bénéfice, équité

Champ d'action III: Données et qualité

N°	Objectifs et projets / Mesures	Lead et acteurs-partenaires potentiels
III/1	La mise en réseau de registres dans le domaine de la médecine cardio-vasculaire et cérébro-vasculaire améliore la disponibilité, l'exploitation et l'utilisation des données épidémiologiques.	
→ Voir également les mesures correspondant à cet objectif dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes)		
III/1.1	Mise en œuvre systématique et à large échelle du registre Stroke (enregistrement de toutes les personnes victimes d'un premier AVC et follow-up après 3 mois) ; à court terme par l'ensemble des SU/SC, à moyen terme par les autres établissements de soins	Commission de certification SFCNS en collaboration avec le réseau des SU/SC
III/1.2	S'assurer du respect des critères de certification , sanctions si nécessaire ; contrôle de la qualité par un tourneus de recertification des SU/SC	Commission de certification SFCNS en collaboration avec le réseau des SU/SC
III/2	Une recherche indépendante et centrée sur les patients en matière de maladies cardio-vasculaires et cérébro-vasculaires, de prévention et de soins est encouragée de manière ciblée	
III/2.1	Promouvoir la recherche consacrée au parcours des patients (AVC → soins d'urgence dans un centre qualifié)	SCS FSAS; membres dédiés à la recherche; en collaboration avec les personnes concernées
III/2.2	Explorer les nouvelles technologies permettant d'offrir une aide aux victimes d'AVC et à leurs proches (notamment à l'aide de research kit par smartphone, téléalarme)	SCS (young strokologists); recherche en ergothérapie; en collaboration avec les personnes concernées et FSC
III/2.3	Etudier les facteurs de risque qui font obstacle à une réintégration réussie	SCS FSAS; chercheurs; en collaboration avec les personnes concernées et FSC
III/2.4	Promouvoir la recherche consacrée aux soins en fin de vie dans le domaine de l'attaque cérébrale	SCS FSAS; membres dédiés à la recherche
III/2.5	Promouvoir la recherche consacrée aux soins : exploitation des données de registres dans l'optique d'un monitoring des résultats et de l'adhésion thérapeutique	SCS membres dédiés à la recherche; en collaboration avec des épidémiologistes ISPM

Tableau 5 – Priorités stratégiques spécifiques Diabète

Champ d'action I : Prévention et dépistage

N°	Objectifs et projets / Mesures	Lead et acteurs-partenaires potentiels (explications, voir chapitre 5, liste non exhaustive)
I/1	Le nombre de cas de diabète diminue en encourageant un mode de vie sain et en instaurant des conditions-cadre adéquates.	
	→ Les mesures correspondant à cet objectif figurent dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes).	
I/2	Les professionnels encouragent les personnes présentant un risque particulier de développer un diabète à adapter leur mode de vie, partant, à réduire et traiter leurs facteurs de risque.	
	→ Voir également les mesures correspondant à cet objectif dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes)	
I/2.1	Amener les professionnels (médecins, soignants, diététiciens, etc.) à mieux cerner les facteurs de risque <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les facteurs de risque dans la formation de base et la formation continue, proposer des conférences et des congrès à ce sujet • Promouvoir la formation continue interdisciplinaire • Promouvoir le test de risque de diabète de type 2 de l'ASD et la recommandation de la SSED • Publier des articles dans des médias spécialisés, organiser des conférences destinées à un public spécifique • Développer des offres facilement accessibles 	SSED ASD; organisations de premier recours; section conseil ASD; ASDD; ASI (GICID); ASAM; organisations de pharmaciens; QualiCCare
I/3	Le diabète sucré de type 2 est diagnostiqué à un stade précoce.	
I/3.1	Développer et mettre en œuvre des offres faciles d'accès pour assurer un suivi régulier (follow-up) des personnes présentant un risque particulier (selon la recommandation de la SSED ci-dessus) en collaboration avec les acteurs du secteur de la santé	SSED et ASD organisations de premier recours; SSC; SSGO; SGP/SSP; ASD; FSC; organisations de pharmaciens; Spitex – aide et soins à domicile; QualiCCare
I/3.2	Sensibiliser les gynécologues à l'importance d'assurer un suivi systématique à long terme des femmes qui ont développé un diabète gestationnel	SSED SSGO; FSSF; ASCL

1 Recommandations pratiques élaborées dans le cadre du programme cantonal Diabète Vaud et du projet QualiCCare

Champ d'action II : Soins adaptés aux besoins (malades et proches)

N°	Objectifs et projets / Mesures	Lead et acteurs-partenaires potentiels
II/1	La prise en charge des personnes atteintes de diabète est harmonisée dans toute la Suisse et les soins répondent à des normes de qualité élevée.	
→ Voir également les mesures correspondant à cet objectif dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes)		
II/1.1	Mettre régulièrement à jour les recommandations pratiques cliniques¹ fondées sur des données probantes et harmonisées à l'échelon national en tenant compte des travaux de recherche récents et de recommandations internationales en la matière	SSED organisations de premier recours; PcD; QualiCCare; IUMSP; ASI (GICID); ASDD; ASD; SSP et ASAM
II/1.2	Définir des parcours thérapeutiques selon les recommandations pratiques, y compris le rôle et les responsabilités des acteurs	SSED ASQM; organisations de premier recours; PcD; QualiCCare; ASI (GICID); ASDD; ASD; SSP et ASAM
II/1.3	Faire connaître et promouvoir les bonnes pratiques et le principe d'« apprendre ensemble » au-delà des barrières régionales, cantonales et linguistiques <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les bonnes pratiques • Diffuser les bonnes pratiques par l'intermédiaire de canaux existants (formation continue, cercles de qualité, revues spécialisées) • Promouvoir l'approche bonnes pratiques (p. ex. à l'aide d'instruments utilisant des technologies modernes) 	SSED QualiCCare; PcD; Industrie
II/2	Les personnes atteintes de diabète sont prises en charge par des équipes multidisciplinaires et interprofessionnelles dès que le diagnostic est posé. Pendant et entre les consultations, elles sont activement soutenues pour être amenées à agir de manière autonome et sous leur propre responsabilité (empowerment).	
→ Voir également les mesures correspondant à cet objectif dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes)		
II/2.1	Proposer systématiquement aux patients une formation centrée sur le diabète et l'autogestion (dès le diagnostic, selon la recommandation de la SSED et de l'ASD) <ul style="list-style-type: none"> • Assurer une diversité d'offres financièrement accessibles • Informer les personnes concernées et les professionnels des offres disponibles 	ASD section conseil ASD; ASDD; ASI (GICID); SSED; organisations de premier recours; organisations de pharmaciens
II/3.1	Sensibiliser les personnes atteintes d'un diabète sucré et leurs proches aux conséquences possibles de la maladie et les motiver à faire des (auto-)contrôles réguliers.	ASD section conseil ASD; ASDD; ASI (GICID); SSED; organisations de premier recours
II/3.2	Faire contrôler systématiquement les risques de développer des complications liées au diabète (reins, yeux, pieds) par un professionnel, selon les recommandations de la SSED	SSED organisations de premier recours; SSO; SSN; USSMV; SSP; ASI (GICID); QualiCCare
II/3.3	Informers les patients et les prestataires de soins de base des offres de soins existantes en cas de complications liées au diabète	ASD (pour groupe-cible patients); SSED (pour groupe-cible soins de base); SSO; SSN; USSMV; SSOT groupe d'experts pied; SSI; SAFW

Champ d'action III: Données, qualité et financement

N°	Objectifs et projets / Mesures	Lead et acteurs-partenaires potentiels
III/1	La disponibilité, l'exploitation et l'utilisation de données épidémiologiques en lien avec le diabète sont améliorées.	
→ Voir également les mesures correspondant à cet objectif dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes)		
III/1.1	Création d'un registre national du diabète implication soutenue des acteurs du domaine du diabète sucré, également au niveau politique, en faveur de la création d'un registre recensant des données relatives à la comorbidité, à la qualité des traitements, aux résultats obtenus et pouvant être connecté à d'autres registres pertinents.	SSED/ASD/SDS organisations de premier recours; QualiCCare etc.
III/2	Les prestations de prévention et de prise en charge coordonnée des personnes atteintes de diabète sont remboursées (tout au long du continuum des soins : promotion de la santé/prévention, traitements et mesures de réadaptation).	
→ Voir également les mesures correspondant à cet objectif dans le tableau 1 (Priorités stratégiques communes)		
III/2.1	Plaidoyer en faveur d'une extension des indications pour les mesures basées sur des faits probants (mesures relevant du mode de vie et traitements médicamenteux) afin que les personnes avec un diagnostic de pré-diabète ² bénéficient de traitements remboursés	SSED organisations de premier recours; DIAfit; SwissPrevent; évent. conseillers externes
III/3	L'approvisionnement des patients atteints de diabète en médicaments ayant fait leurs preuves doit être assuré même après l'arrivée sur le marché de nouveaux produits.	
III/3.1	Défendre l'approvisionnement en médicaments ayant fait leurs preuves auprès <ul style="list-style-type: none"> • des sociétés pharmaceutiques • des autorités dans l'optique de la mise en œuvre de l'article 117a de la Constitution « Soins médicaux de base » 	SSED/ASD industrie; OFSP

2 Risque élevé de diabète du fait d'un trouble de la tolérance au glucose ou d'une glycémie à jeun supérieure à la normale

2. Liste des abréviations

ARAM	Association Romande des Assistantes Médicales
ASAM	Association Suisse des Assistantes médicales
ASD	diabètesuisse (anciennement Association Suisse du Diabète)
ASDD	Association suisse des diététicien-ne-s
ase	Association Suisse des Ergothérapeutes
ASI	Association suisse des infirmiers et infirmières
ASQM	Académie suisse pour la qualité en médecine
ASSM	Académie Suisse des Sciences Médicales
BIHAM	Institut de médecine de famille, Université de Berne
CCV&D	Maladies cardio-vasculaires, attaque cérébrale et diabète (ne pas utiliser comme abréviation officielle de la stratégie)
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
CMPR	College de Médecine de Premier Recours
CP CCV&D	Comité de pilotage de la stratégie contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète
CVS	CardioVasc Suisse
EVHK	Elternvereinigung für das herzkrankte Kind Association de parents d'enfants atteints d'une maladie cardiaque
FMH	Fédération des médecins suisses
FSAS	Association faitière des organisations professionnelles de la santé
FSC	Fondation Suisse de Cardiologie
FSSF	Fédération suisse des sages-femmes
GICID	Groupe d'intérêts communs suisse d'infirmières/iers-conseil en diabétologie
GT	Groupe de travail
GSLA	Groupe de travail Lipides et Athérosclérose
GSRC	Groupe Suisse de travail pour la réadaptation cardio-vasculaire
GUCH	Grown-Up with Congenital Heart Disease
IAS	Interassociation de Sauvetage
IBCLC	Association suisse des consultantes en lactation
IPS	Index de pression cheville-bras
ISFM	Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue
IUMSP	Instituts Universitaires de Médecine Sociale et Préventive
MAP	Maladie artérielle périphérique
mfe	Médecins de famille et de l'enfance Suisse
MNT	Maladies non transmissibles
OdASanté	Organisation nationale faitière du monde du travail en santé
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OSAV	Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires
OSP	Fondation Organisation suisse des patients
PcD	Programme cantonal Diabète (Vaud)
SAfW	Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung (Société Suisse pour les soins des plaies)
SCS	Société Cérébrovasculaire Suisse (neurovasc.ch)
SCT	Swiss Cardiovascular Therapists

SDS	Schweizerische Diabetes-Stiftung Fondation de l'Association Suisse du Diabète
SFCNS	Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies
SRC	Swiss Resuscitation Council
SSA	Société Suisse d'Angiologie
SSC	Société Suisse de Cardiologie
SSCC	Société suisse de chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique
SSCV	Société Suisse de Chirurgie Vasculaire
SSED	Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie
SSGO	Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique /Gynécologie Suisse
SSI	Société Suisse d'Infectiologie
SSMIG	Société Suisse de Médecine Interne Générale
SSMT	Société Suisse de Médecine du Travail
SSMVR	Swiss Society of Microcirculation and Vascular Research
SSN	Société Suisse de Néphrologie
SSN	Société Suisse de Neurologie
SSO	Société Suisse d'Ophtalmologie
SSOT	Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie / swiss orthopaedics
SSP	Société Suisse de Phlébologie
SSP	Société suisse des podologues
SSP	Société Suisse de Pédiatrie
SSRCVI	Société Suisse de Radiologie Cardiovasculaire et Interventionnelle
SU/SC	Stroke Unit/Stroke Center
SVA	Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis Assistentinnen
UE	Union européenne
USI	Unité de soins intensifs
USSMV	Union des Sociétés Suisses des Maladies Vasculaires
WATCH	Groupe de travail WATCH (Adults and Teenagers with Congenital Heart Disease) de la SSC

3. Glossaire

Adhésion : (*auparavant également appelé compliance*) ; en médecine, observation des objectifs de traitement définis par le patient et le thérapeute. Le terme « compliance », qui vise uniquement l'observation des prescriptions thérapeutiques par le patient, est aussi souvent utilisé. Il ne tient pas compte du fait que le succès d'un traitement nécessite l'implication des deux parties (selon DocCheck Flexicon, consulté le 8.2.2016).

Approvisionnement en soins – Excès, pénurie et absence de soins : *l'excès de soins désigne* des soins qui dépassent les besoins individuels et qui sont dispensés sans bénéfice (supplémentaire) en termes de santé (p. ex. par ignorance, complaisance, à des fins de marketing ou par intérêt financier). La pénurie de soins désigne des soins dont les besoins sont reconnus sur un plan personnel, professionnel et scientifique et qui sont refusés ou dispensés de manière insatisfaisante bien qu'ils présentent un bénéfice suffisant sur le plan de la santé et un rapport coût-bénéfice acceptable. *L'approvisionnement inadapté* désigne des soins qui ont été administrés ou omis et qui, selon l'évidence médicale ou l'expérience, entraînent souvent des effets non désirés (dommage potentiel) ou un bénéfice dont le patient n'a pas pu profiter¹.

Artériosclérose : (utilisé comme synonyme d'athérosclérose, littéralement, induration des artères). L'artériosclérose désigne le dépôt de graisse, tissu conjonctif, macrophages, cellules inflammatoires, calcium sur les parois des artères, ce qui peut conduire à leur rétrécissement. La formation de caillots peut également entraver la circulation sanguine ou obstruer les artères.

Auto-prise en charge (autogestion) : l'auto-prise en charge est un aspect de la compétence en matière de santé. En présence d'une maladie chronique, l'auto-prise en charge désigne également un processus dynamique qui englobe les capacités d'un individu à gérer de manière adéquate et active les symptômes, les effets corporels et psycho-sociaux et le traitement de la maladie et à adapter son mode de vie en conséquence. L'auto-prise en charge peut être favorisée et soutenue par des formations, programmes et technologies [39].

Charge de morbidité : la charge de morbidité résulte de la fréquence et de la gravité d'une maladie et de ses conséquences sanitaires (p. ex. handicaps physiques), économiques (p. ex. perte d'emploi) et sociales (p. ex. isolement). En épidémiologie, la charge de morbidité, ou *burden of disease*, est exprimée en années de vie en bonne santé corrigées de l'incapacité (Disability adjusted Life Years / (DALYs).

Choosing wisely : interventions et examens pratiqués souvent inutilement selon les connaissances actuelles et qui, sauf raison particulière, devraient désormais être évités. Cette liste s'inspire du projet « Choosing wisely » de l'American Board of Internal Medicine.

Compétence en matière de santé : aptitude personnelle à prendre au quotidien des décisions ayant une incidence positive sur la santé (d'après Kickbusch 2006).

¹ www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinien-glossar/glossar/unter-ueber-fehl-versorgung, consulté le 6.5.2016.

Coordination des soins, soins coordonnés (*souvent synonyme de soins intégrés*) : ensemble des procédés servant à améliorer la qualité des traitements fournis aux patients à travers toute la chaîne de leur prise en charge ; pour les cas appropriés, l'aspect préventif doit aussi être pris en considération. Le patient est situé au centre, l'intégration et la coordination encadrant son parcours thérapeutique [41].

Décès prématurés : décès survenant avant l'âge de 70 ans. Les années potentielles de vie perdues constituent un indicateur de la mortalité précoce. Elles se calculent en additionnant tous les décès d'un groupe d'âge et sont pondérées par les années manquantes pour atteindre 70 ans. Si une personne décède à l'âge de cinq ans, il y a 65 années de vie perdues. La limite de 70 ans est un paramètre fixe qui a été choisi (p. ex. par l'OCDE) pour permettre de comparer les chiffres entre eux [42].

Dépistage précoce : dépistage à un stade précoce d'une maladie, d'un trouble, d'une malformation ou de tout autre problème de santé. Le dépistage précoce est également appelé « prévention secondaire » dans la littérature, p. ex. dépistage précoce de maladies cardio-vasculaires ou dépistage du cancer.

Déterminants de la santé (*également appelés facteurs d'influence*) : terme générique désignant les facteurs de risque et les facteurs de protection qui influencent l'apparition d'une maladie. Ils sont subdivisés en facteurs physiques (endogènes, comme le système immunitaire, ou exogènes, comme l'activité physique), psychiques (comme le sentiment d'efficacité), sociaux (comme le soutien social) et physico-matériels (comme l'alimentation) [1].

Disease management : approche intégrée destinée à planifier et coordonner l'ensemble du processus de traitement dans le but d'améliorer la qualité des traitements et de réduire les coûts. Elle s'applique principalement aux maladies chroniques, souvent en association avec des lignes directrices.

Efficacité personnelle (*self-efficacy*) : capacité à effectuer avec succès les actions souhaitées ou réaliser une tâche de manière adéquate en faisant appel à ses propres compétences ou en modifiant son comportement (d'après Bandura 1977).

e-health : également cybersanté ; concept réunissant tous les services électroniques de santé (p. ex. dossier électronique du patient, télémédecine, services en ligne comme des portails de santé ou des prestations via Internet, etc.) (e-health, OFSP in [38]).

Empowerment : approche visant à améliorer la position du patient en l'informant et en l'amenant à s'impliquer et à co-décider.

Entraide autogérée : l'entraide peut prendre diverses formes, p. ex. groupes d'entraide se réunissant régulièrement dans un lieu précis ou communautés échangeant sur Internet. Autodétermination et responsabilité personnelle, entraide et solidarité en sont les aspects fondamentaux et particulièrement efficaces (site Internet Info-Entraide Suisse, consulté 6.5.2016).

Epidémiologie : discipline scientifique traitant des rapports existant entre les maladies et tout autre phénomène biologique et divers facteurs susceptibles d'exercer une influence sur leur fréquence, leur distribution, leur évolution (adapté du Petit Robert).

Facteurs de risque : facteurs qui accroissent par une relation causale la vraisemblance d'être atteint d'une maladie cardiovasculaire ou d'un diabète [39].

Groupes de maladie : la stratégie considère quatre groupes de maladies : les maladies cardiaques, les maladies vasculaires, les attaques cérébrales et le diabète (mellitus).

Incidence : nombre de nouveaux cas de maladie pendant une période donnée par rapport à l'ensemble de la population à risque. L'incidence permet d'estimer le nombre de nouveaux cas de maladie parmi la population (d'après Gutzwiller F, Jeanneret O. et al. 1996).

Médecine de premier recours : la médecine de premier recours comprend les soins préventifs et curatifs de la population prodigués par les médecins de premier recours, le personnel soignant, les pharmaciennes, les sages-femmes, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les diététiciens, les assistantes médicales et les assistants en soins communautaires [39].

Morbidité : nombre d'individus d'une population atteints d'une maladie donnée pendant une période déterminée (d'après DocCheck Flexicon, consulté le 3.2.2016). Dans la pratique, ce terme désigne aussi souvent l'incidence de complications ou de maladies secondaires chez les personnes concernées (wikipedia, selon la version allemande, consulté le 08.02.16).

Mortalité (synonyme létalité) : nombre de décès pendant une période déterminée (en général un an) rapporté à 1000 individus d'une population donnée.

Multimorbidité : terme désignant l'apparition ou la présence simultanée de plusieurs maladies chez un patient.

Parcours de traitement : le parcours clinique (clinical pathway) est un modèle qui décrit le déroulement d'un traitement médical (wikipedia, selon la version allemande, consulté le 8.2.2016).

Prévalence : nombre de cas de maladie rapporté à l'ensemble de la population à un moment donné. Il s'agit de la manière la plus simple de mesurer la fréquence d'une maladie parmi la population (d'après Gutzwiller F, Jeanneret O. et al. 1996).

Prévention : primaire / secondaire / tertiaire

La *prévention primaire* s'adresse à différents groupes de population. Elle sert à créer des cadres de vie propices à la santé, à améliorer les compétences en matière de santé et d'autres facteurs de protection, mais aussi à réduire les facteurs de risque dans le but d'éviter l'apparition de la maladie.

La *prévention secondaire* met l'accent sur le dépistage et l'intervention précoce en cas de risque concret ou sur les premiers signes d'une maladie et se concentre sur les groupes à risques.

La *prévention tertiaire* vise à éviter l'évolution chronique et les séquelles d'une maladie chez les personnes déjà atteintes et cherche à améliorer la qualité de vie [1].

Nota bene: dans le cadre de la présente stratégie, les mesures de prévention mises en œuvre après un infarctus ou une attaque cérébrale sont considérées comme de la prévention tertiaire.

Prévention structurelle : la prévention structurelle ou axée sur le cadre de vie vise des changements à apporter à l'environnement social (milieu professionnel, famille, conditions juridiques, etc.) ou à l'environnement physique et matériel (p. ex. aménagement d'un environnement favorisant l'exercice physique) [39].

Promotion de la santé : la question de savoir si et à quel égard la promotion de la santé se distingue de la prévention fait l'objet de controverses parmi les spécialistes. Etant donné que dans la promotion de la santé comme dans la prévention, il s'agit en premier lieu de renforcer les facteurs de protection et de réduire les facteurs de risque, les deux termes sont utilisés ici comme synonymes [39].

Recherche sur les services de santé : l'objectif de la recherche sur les services de santé est de réunir des informations sur les possibilités d'optimiser les structures de prise en charge des malades et d'approvisionnement en soins, d'augmenter la qualité et l'efficacité des soins, de réduire les excès, la pénurie et l'absence de soins et de renforcer l'orientation et la sécurité des patients (OFSP, Fiche Info : Recherche sur les services de santé, 2015).

Santé : la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS).

Services de santé : les services de santé englobent l'ensemble du personnel médical et non médical, des organisations, institutions, réglementations et processus dont la tâche est la promotion et le maintien de la santé ainsi que le traitement des maladies et des lésions (wikipedia, selon la version allemande, in [39]).

Soins palliatifs : soins englobant le soutien et les traitements médicaux apportés aux personnes souffrant de maladies incurables, potentiellement mortelles ou chroniques évolutives. Ils offrent aux patients, compte tenu de leur situation, la meilleure qualité de vie possible jusqu'à leur décès, tout en apportant un soutien approprié à leurs proches. Les soins palliatifs visent à éviter la souffrance et les complications. Ils comprennent les traitements médicaux, les soins, ainsi que le soutien psychologique, social et spirituel [40].

Système de santé : système opérant dans l'ensemble de la société avec la fonction de maintenir et rétablir la santé par le diagnostic, le traitement et la prévention. Le système de santé est étroitement lié aux organisations de la santé (telles que les hôpitaux), qui comme la plupart des organisations sont également étroitement reliées au système économique [39].

Vision: la vision décrit une situation idéale pour un futur indéfini. La présente stratégie se conforme à cette vision.

4. Composition du groupe de pilotage et des groupes de travail, autres participants

(par ordre alphabétique, sans indication des titres)

Groupe de pilotage Elaboration de la stratégie

Présidence : Felix Mahler (CVS), assisté de Andreas Biedermann (CVS) et Claudia Kessler (CVS)

Membres du groupe de pilotage : Ursula Koch (jusqu'en juin 2015) et Eva Bruhin (OFSP), Peter Diem (SSED), Augusto Gallino (USSMV), Felix Gutzwiller (expert en santé publique et politique de santé), Sébastien Jotterand (mfe) (jusqu'en octobre 2015), Therese Junker (FSC), Markus Kaufmann (CDS), Urs Kaufmann et Michael Zellweger (SSC), René Lerch (FSC), Philippe Lyrer (SCS), Tania Weng-Bornholt (QualiCCare, ASD), Matthias Wilhelm (SSC)

Groupe de travail Cœur

Direction du groupe de travail : Matthias Wilhelm (SSC)

Membres du groupe de travail : Matthias Greutmann (SSC), Matthias Hermann (SSC), Roger Hullin (SSC), Raban Jeger (SSC), Peter Jüni (BIHAM); Michael Kühne (SSC), Christian Matter (SSC), Georg Noll (SSC et Swiss Society of Hypertension), Dragana Radovanovic (SSC), Marco Roffi (SSC), Francesco P.A. Siclari (jusqu'en avril 2016) et Alberto Weber (depuis mai 2016) (SSCC), Gaby Stoffel (SSC), Michael Zuber (SSC)

Groupe de travail Système vasculaire périphérique

Direction du groupe de travail : Augusto Gallino (USSMV), assisté de Felix Mahler (CVS, USSMV)

Membres du groupe de travail : Stefan Küpfer (SSP), Dieter Mayer (SSCV), Salah Qanadly (SSRCVI), Martin Schneller (SSMIG), Daniel Staub (SSA), Hans Stricker (SSA)

Groupe de travail Attaque cérébrale

Direction du groupe de travail : Philippe Lyrer (SCS), assisté de Gian Marco De Marchis (SCS, Young Stroke Physicians)

Membres du groupe de travail : Leo Bonati (Swiss Stroke Registry); Robert Bühler (SCS); Doris Mössinger et Matthias Küng (Pflegeexperten Stroke, Netzwerk Stroke Pflege); Hakan Sarikaya (SCS); Jochen Vehoff (SCS)

Groupe de travail Diabète

Direction du groupe de travail : Peter Diem (SSED), Tania Weng-Bornholt (ASD/QualiCCare)

Membres du groupe de travail : Michael Brändle (SSED), Christine Carnal (mfe, SSMIG), Emanuel Christ (SSED), Gentiane Colque (SSED), Doris Fischer-Taeschler (ASD), Rolf Gräni (SSED), Isabelle Hagon-Traub (PcD/ SSED), Margrit Hasler (GICID), Jürg Pfisterer (SGIM), Katrin Schimke (SSED), Isabelle Zanella-Ayer (Conseil ASD/ASDD)

Groupe Atelier de synthèse – Traitement des priorités communes

Présidence : Felix Mahler (CVS)

Direction : Claudia Kessler (CVS) et Andreas Biedermann (CVS)

Participants : Hermann Amstad (ASSM), Eva Bruhin (OFSP), Gian Marco de Marchis (SCS), Peter Diem (SSED), Steffen Eychmüller (palliative.ch), Claudia Galli (FSAS), Augusto Gallino (USSMV), Felix Gutzwiller (expert en santé publique et politique de santé), Sébastien Jotterand (mfe), Theres Junker (FSC), Markus Kaufmann (CDS), René Lerch (FSC), Carmen Rahm (Info-Entraide Suisse), Tania Weng-Bornholt (QualiCCare, ASD), Matthias Wilhelm (SSC), Barbara Züst (OSP)
D'autres représentants de différentes organisations se sont excusés.

Membres CardioVasc Suisse¹

Organisations spécialisées :

Société Suisse d'Angiologie ; Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie ; Société suisse de chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique ; Société Suisse de Chirurgie Vasculaire; Société Suisse de Cardiologie ; Société Suisse de Radiologie Cardiovasculaire et Interventionnelle ; Société Suisse de Cardiologie Pédiatrique ; Société Suisse de Phlébologie ; Société Cérébrovasculaire Suisse ; Swiss Society of Hypertension ; Swiss Cardiovascular Therapists; Swiss Society of Microcirculation and Vascular Research ; Union des Sociétés Suisses des Maladies Vasculaires

Organisations de soutien et de patients :

Cuore Matto; Fondation de l'Association Suisse du Diabète ; Elternvereinigung für das herzkranke Kind; Fondation Marfan Suisse ; Fondation suisse de l'obésité ; diabètesuisse/ Association Suisse du Diabète ; Fondation Suisse de Cardiologie ; Association Suisse des Transplantés

Cercle élargi de parties prenantes et de participants aux étapes de la consultation

D'autres parties prenantes ont été associées à la consultation aux étapes ci-dessous:

- A la suite des ateliers de groupes de travail (Lead: direction GT)
- Consultation des parties prenantes principales (Lead: direction GT pour les contenus spécifiques aux groupes de maladies ; direction de projet pour les problématiques communes supérieures)

Plus de 200 représentants des parties prenantes ci-dessous ont été contactés au premier trimestre 2016 dans le cadre de la consultation finale (mention des catégories uniquement) :

- Comités directeurs des organisations responsables
- Sociétés de médecins, sociétés de professionnels non médecins du domaine de la santé et groupes de travail choisis; médecins-chef de disciplines concernées
- OFSP
- H+
- CDS
- Assureurs maladie
- Organisations de patients
- Milieux politiques
- Fondation Promotion Santé Suisse et autres fondations
- Milieux des sciences, de l'éducation et de la santé publique
- etc.

Une cinquantaine de réponses ont été retournées à la suite de cette consultation.

¹ www.cardiovascsuisse.ch/index.php?id=1473, accessed 25.1.2016.

5. Références

- [1] OFSP, Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017–2024, 2016.
- [2] OFSP et CDS, Deuxième rencontre des partenaires, Présentation Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles, 2015.
- [3] OFSP et CDS, Stratégie nationale contre le cancer 2014–2017, 2014.
- [4] OFSP et CDS, Stratégie nationale en matière de démence 2014–2017, 2014.
- [5] CDS et OFSP, Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours, 2012.
- [6] OFSP, Stratégie nationale Addictions 2017–2024, 2015.
- [7] OFSP, Concept national maladies rares, 2014.
- [8] OFSP, Stratégie alimentaire suisse 2013–2016, 2012.
- [9] Obsan, La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015, 2105.
- [10] F. Moreau-Gruet, La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus, Obsan Bulletin 4/2013.
- [11] OFS, Causes de décès en 2014, 2014. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/04/key/01.html>
- [12] OFSP, Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT), Mémento statistique, 2015.
- [13] IHME, GBD PROFILE?: SWITZERLAND, 2013.
- [14] M. et al. Nichols, Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update, Eur. Heart J., vol. 35, p. 2950–2959, 2014.
- [15] BFS, Trends Sterbefälle und Sterbeziffern wichtiger Todesursachen, 2013.
- [16] J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke et al., European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice, Eur. Heart J., vol. 33, no. 13, p. 1635–1701, 2012.
- [17] The Emerging Risk Factors Collaboration, Association of Cardiometabolic Multimorbidity With Mortality, JAMA, vol. 314, p. 52–60, 2015.
- [18] R. W. Yeh, S. Sidney, M. Chandra et al., Population Trends in the Incidence and Outcomes of Acute Myocardial Infarction, N. Engl. J. Med., vol. 362, no. 23, p. 2155–2165, 2010.
- [19] OFS, Statistique de la santé 2014, 2014.
- [20] D. Radovanovic, Temporal trends in treatment of ST-elevation myocardial infarction among men and women in Switzerland between 1997 and 2011, Eur. Heart J., vol. September, p. 183–191, 2012.
- [21] B. Bjarnason-Wehrens, H. McGee, A.-D. Zwisler et al., Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey, Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil., vol. 17, no. 4, p. 410–418, 2010.
- [22] S. Healey and S. Roopinder, Are We Ready for Mass Screening to Detect Atrial Fibrillation?, Circulation, vol. 131, p. 2167–2168, 2015.
- [23] C. Verheugt and et al., The emerging burden of hospital admissions of adults with congenital heart disease, Heart, vol. 96, no. 11, p. 872–878, 2010.
- [24] L. Widmer, Venenkrankheiten, Häufigkeiten und sozialmedizinische Bedeutung: Basler Studie III, Huber Bern, 1982.
- [25] R. Sacco and D. Chuanhui, Declining Stroke Incidence and Improving Survival in US Communities. Evidence for Success and Future Challenges., JAMA, vol. 312, p. 237–238, 2014.

- [26] B. Goeggel Simonetti, M.-L. Mono, U. Huynh-Do et al., Risk factors, aetiology and outcome of ischaemic stroke in young adults: the Swiss Young Stroke Study (SYSS), *J. Neurol.*, 2015.
- [27] R. M. Müri, Häufige Demenzformen – Prävalenz , klinische Präsentation und Differenzialdiagnostik, p. 10–27, 2010.
- [28] M. U. Qazi and S. Malik, Diabetes and Cardiovascular Disease: Original Insights from the Framingham Heart Study., *Glob. Heart*, vol. 8, no. 1, p. 43–48, Mar. 2013.
- [29] E. W. Gregg, Y. Li, J. Wang et al., Changes in diabetes-related complications in the United States, 1990-2010., *N. Engl. J. Med.*, vol. 370, no. 16, p. 1514–23, Apr. 2014.
- [30] OFSP, Une étude présente pour la première fois le calcul des coûts directs et indirects des principales maladies non transmissibles, *Bulletin* 36/14, p. 583 ss, 2014.
- [31] OFS, Santé. Statistiques de poche 2015, 2015.
- [32] E. P. Soler and V. C. Ruiz, Epidemiology and risk factors of cerebral ischemia and ischemic heart diseases: similarities and differences., *Curr. Cardiol. Rev.*, vol. 6, no. 3, p. 138–49, 2010.
- [33] E. Martin-Diener, J. Meyer, J. Braun et al., The combined effect on survival of four main behavioural risk factors for non-communicable diseases., *Prev. Med. (Baltim.)*, vol. 65, p. 148–52, Aug. 2014.
- [34] H. Kuendig, A. Georges, and L. Notari, Comparaison de résultats du Monitoring sur le Tabac Suisse 2010 et de l'enquête CoRoLAR 2011, 2012.
- [35] OFS, Enquête suisse sur la santé 2012, 2013.
- [36] OFSP, Spectra n° 107, décembre 2014, 2014.
- [37] U. Zellweger et M. Bopp, Chiffres et données sur les maladies cardio-vasculaires en Suisse, Fondation suisse de Cardiologie, 2012.
- [38] W. Oggier et al. *Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017*, 5th ed. hogrefe, 2015.
- [39] OFSP, Glossaire visant à faciliter la compréhension au sein des groupes de travail – Stratégie MNT, 2015.
- [40] OFSP et CDS, Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2013–2015, 2012.
- [41] OFSP, Fiche Info: Promotion des soins coordonnés, 2015.
- [42] BFS, Todesursachenstatistik, *BFS Aktuell*, vol. 4, 2013.