



HAL
open science

Quelles sont les barrières à la prévention primaire des maladies cardiovasculaires du point de vue des patients dans le Pays Centre Ouest Bretagne ?

François Sassier

► To cite this version:

François Sassier. Quelles sont les barrières à la prévention primaire des maladies cardiovasculaires du point de vue des patients dans le Pays Centre Ouest Bretagne?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02163721

HAL Id: dumas-02163721

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02163721>

Submitted on 24 Mar 2021

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

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



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

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2019

Thèse présentée par :

Monsieur Sassier François
Né le 9 décembre 1989 à Cremona

Thèse soutenue publiquement le 20 juin 2019

Titre de la thèse :

Quelles sont les barrières à la prévention primaire des maladies cardiovasculaires du point de vue des patients dans le Pays Centre Ouest Bretagne ?

Président : Mr le Professeur LE RESTE Jean-Yves

Membres du jury : Mme le Docteur MILHADE Marion
Mr le Professeur LE FLOCH Bernard
Mr le Professeur CHIRON Benoit
Mr le Docteur ODORICO Michele

**UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST**

Doyens honoraires

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

Doyen

BERTHOU Christian

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel	Réanimation
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
-------------------	-----------------------------

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian	Hématologie
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophthalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie

GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
SARAUX Alain	Rhumatologie
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

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

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie infantile
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LACUT Karine	Thérapeutique
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SIZUN Jacques	Pédiatrie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

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

ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BEN SALEM Douraid	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie

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

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LE VEN Florent	Cardiologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MIALON Philippe	Physiologie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

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

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
BRENAUT Emilie	Dermato- vénérologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
GUILLOU Morgane	Addictologie
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SCHICK Ulrike	Cancérologie

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

NABBE Patrice

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

BARAIS Marie
BEURTON COURAUD Lucas
DERRIENNIC Jérémy

Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
BOUSSE Alexandre	Génie informatique, automatique et traitement du signal
DANY Antoine	Epidémiologie et santé publique
DERBEZ Benjamin	Sociologie démographique
LE CORNEC Anne-Hélène	Psychologie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et informatique

Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)

MERCADIE Lolita	Rhumatologie
------------------------	--------------

Attaché temporaire d'enseignement et de recherche

GUELLEC-LAHAYE Julie Marie Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire
---	-----------------------------------

Professeurs certifiés / agrégés du second degré

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

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

NGUYEN BA Vinh	Anesthésie-réanimation
ROUSSET Jean	Radiologie et imagerie médicale
DULOU Renaud	Neurochirurgie Ministère des Armées)

Maîtres de stage universitaires-référents (

LE COAT Anne	Médecine Générale
SCELLOS Olivia	Médecine Générale

Remerciements :

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

A Monsieur le Professeur Bernard Le Floc'h pour me faire l'honneur d'accepter de juger mon travail. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Benoit Chiron pour me faire l'honneur d'accepter de juger mon travail. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur Marion Milhade pour me faire l'honneur d'accepter de juger mon travail. Reçois ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Michele Odorico, mon directeur de thèse, pour avoir accepté de m'accompagner avec bienveillance et professionnalisme dans ce travail de thèse. Reçois ici toute ma reconnaissance et l'expression de ma profonde admiration.

A Madame le Docteur Delphine Le Goff pour m'avoir accompagné avec bienveillance et rigueur dans la phase de recherche.

A madame le Docteur Mahé qui m'a gracieusement accueilli dans son cabinet pour les entretiens.

Aux patients qui ont acceptés de participer à cette étude.

A Emmanuelle D. pour ton aide précieuse et ta rigueur.

Aux Dr Cueff Pauline, Dr Petit Elisabeth, Dr Hugot Jean-Baptiste, Dr Cotten Jean-Christophe, Dr Pouliquen François, Dr Surzur Françoise, Dr Kerlau Carole, Dr Auffret Jean-François, Dr Viala Jeanlin, Dr Barba Denis pour m'avoir fait confiance et accompagné avec indulgence dans l'apprentissage de la médecine. Soyez assuré de ma profonde considération.

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

A Dominique et Maria-Anna Sassier, mes parents , pour le soutien inconditionnel que vous m'avez toujours apporté.

A ma grande sœur Bea qui décidément m'aura ouvert la voie jusqu'au bout. Je te dois beaucoup. A Pierre Yves, mon beau-frère, amis et complice.

A Giulia, ma petite sœur, j'aime ce que tu deviens.

A ma famille des deux côtés des Alpes.

A Robin, William, John, Marcus et Daniel Pack. William c'est grâce à toi que j'ai pris suffisamment de confiance pour me lancer dans une aventure aussi longue.

A ma belle-famille Sylvie , Emilie, Lucie et Luc.

A Éric, Françoise et Charlotte.

A Erell, pour ton soutien indispensable au tout début.

A Nicolas, Thomas et Luc pour votre amitié et votre soutien quelque soient les circonstances lors de ce long parcours que nous avons réussi ensemble.

A Augustin, Camille et Eliott : cette thèse a été écrite chez vous. Merci de m'avoir supporté (dans les deux sens du terme). Soyez convaincu de ma plus profonde amitié.

A mes amis : Atef, Raphael, Christie, Vinh, Aline , Greta, Damien , Nicolas G. , Mael, Perrine, Cyril, Enora b., Pierre, Coline, Enora K., Pierre Antoine, France, Sophie, Fabien, Véronique, Stéphane, Pauline, Suzanne, Tanguy, Maria, Antoine, Ulysse, Nathan, Mehdi, Clément, Hugo, Maxime R, Mathieu C., Maxime P, François D, Marie D, Antoine R, Alice et Antoine, Antoine D. Mathilde , Gabriel., Laura M, Lucie , Soazig, Camille G, Phillip, Ignacio,

Et surtout merci à toi, Mathilde, pour les moments passés et ceux à venir...

Table des matières

Introduction	12
Matériel et méthode	15
Choix de la méthode	15
Echantillonnage	16
Entretiens	17
Résultats	20
Echantillonnage	20
Entretiens	21
Analyse thématique des résultats	23
Résultats principaux concernant les barrières à la prévention cardiovasculaire	24
Spécificités du Pays Centre Ouest Bretagne.....	24
Précarité socioéconomique.....	27
Perception du risque cardiovasculaire et des messages de prévention.....	29
Freins à l'application des messages de prévention.....	35
Rôle du médecin généraliste dans la prévention cardiovasculaire.....	37
Critique des moyens actuels de prévention.....	39
Aberrations et fausses croyances.....	40
Résultats présentés sous forme de carte heuristique	44
Discussion	45
Synthèse des résultats	45
Les spécificités du Pays COB	45
La perception du risque	47
Le changement de comportement : aspect théorique	49
Le rôle du médecin généraliste (MG)	50
Perspectives : promouvoir la littératie en santé ?	51
Forces et limites de cette étude	54
Conclusion	56
Bibliographie	57
Abréviations	65
Annexes	66
Annexe n°1 : Questionnaire original de Makerere	66
Annexe n°2 : Traduction du questionnaire de Makerere	70
Annexe n°3 : Guide d'entretien, première version	73
Annexe n°4 : Deuxième grille d'entretien	76

Annexe n°5 : Tableau de codage et verbatim des entretiens anonymisés	78
Serment d'Hippocrate	79
Autorisation d'imprimer	81

RESUME :

Introduction : En 2015, les maladies cardiovasculaires étaient la première cause de mortalité dans le monde. Le projet SPICES est une étude d'implémentation sur des stratégies non médicamenteuses innovantes pour la prévention cardiovasculaire primaire. Un état des lieux devait être réalisé au préalable. Cette étude s'intéressait aux barrières à la prévention primaire des maladies cardiovasculaires du point de vue des patients.

Matériel et méthode : étude qualitative par entretiens semi directif jusqu'à saturation des données. La grille d'entretien était inspirée du questionnaire de Makerere. L'échantillonnage était raisonné à variation maximale. Les entretiens étaient retranscrits et codés en double aveugle. L'analyse des résultats était thématique.

Résultats : Les principales barrières étaient : la précarité socioéconomique, la perception du risque cardiovasculaire et des messages de prévention, le rôle du médecin généraliste et les fausses croyances. Certaines barrières étaient considérées comme spécifiques au Pays COB comme l'isolement géographique et sanitaire, la culture alimentaire et festive, l'absence de programme locaux de prévention, le manque de moyens économiques pour la santé et la précarité. Différentes barrières au changement de comportement ont été mises en évidence.

Conclusion : Plusieurs barrières à la prévention cardiovasculaire ont été identifiées. Une étude miroir s'intéressant aux facilitateurs était menée parallèlement. Les résultats de cette étude seront utilisés pour définir les interventions et les adapter au contexte local du Pays COB.

ABSTRACT :

Introduction : In 2015, cardiovascular diseases (CVD) were the first cause of mortality worldwide. Cardiovascular prevention can be effective to decrease mortality. SPICES project purpose was to implement a non-drug CVD prevention intervention in a primary care or community setting. Before implementation, a situational analysis was planned. This work aimed to investigate the barriers to CVD prevention from the point of view of patients in Pays Centre Ouest Bretagne (COB).

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

Results : Mains barriers found were : economic and social deprivation, cardiovascular risk and prevention program perception, general practitioner role, false beliefs. Some barriers were considered as Pays COB specific: geographical isolation, lack of health care professionals, dietary and festive culture, absence of prevention programs in the territory, lack of economical means and deprivation. Barriers to behaviour change were also found.

Conclusion : Several barriers to prevention were found. A mirror study focusing on facilitators was realized. These results will be used to establish intervention that fits with Pays COB local situation.

Introduction

En 2015, les maladies cardiovasculaires (MCV) étaient responsables de 17,8 millions de décès, soit 31% de la mortalité mondiale totale. C'était la première cause de mortalité dans le monde. Selon les estimations, 7,4 millions de ces décès étaient dûs aux cardiopathies ischémiques et 6,7 millions à l'accident vasculaire cérébral (1). Il a été estimé que la mortalité cardiovasculaire allait atteindre 22,3 millions par an en 2030 (2). Plusieurs facteurs favorisant les MCV ont été identifiés. Ils sont appelés facteurs de risques cardiovasculaires (FDRCV) (3).

Certains FDRCV ne sont pas modifiables : âge, sexe et antécédents familiaux. D'autres tels que le tabagisme, le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité, la sédentarité et les dyslipidémies sont contrôlables et donc accessibles à la prévention. La prévention primaire cible ces FDRCV avant l'apparition des MCV (4). Une prévention optimale permettrait une réduction nette de la mortalité cardiovasculaire. Dans l'étude North Karelia, la mortalité par MCV ajustée sur l'âge était réduite de 85% (5,6).

Il existait une répartition inégale de la mortalité cardiovasculaire mondiale (3,7). Dans les pays à hauts revenus, la mortalité cardiovasculaire diminuait progressivement à partir des années 1980, mais la prévalence des MCV y était en augmentation. De ce fait les MCV représentaient la première dépense de santé dans les pays riches. En France le coût des MCV avait été de 17,9 milliards d'euros en 2007 pour le régime général (8). Dans les pays à revenus faibles et modérés la mortalité cardiovasculaire était en augmentation (3,6). En 2018, 80% des décès dûs aux MCV survenaient dans des pays à revenus faibles ou modérés (7). Le coût cumulé des MCV dans ces pays pendant la période 2011 à 2025 était estimé à 3760 milliards de dollars (9). Selon les estimations, en 2030 les MCV seront la première cause de mortalité dans les

pays à revenus faibles ou modérés (10). En conséquence la prévention des MCV était une des priorités pour les pays riches mais aussi pour les pays en voie de développement, comme le soulignait aussi l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) (11).

La prévention cardiovasculaire des pays à haut revenu était centrée sur les médecins et sur les médicaments et ne pouvait être transposée aux pays à revenus faibles ou modérés pour des raisons économiques et de démographie médicale (3,12,13). D'autre part cette prévention est coûteuse et son efficacité est limitée comme le prouve le nombre grandissant des MCV dans ce pays (14).

L'OMS faisait de la prévention des maladies cardiovasculaires une des priorités de son plan d'action global pour 2013-2020 (11). Elle proposait différentes interventions dont l'efficacité était démontrée et que l'on pouvait mettre en place à faible coût (11). Elle mettait également l'accent sur la nécessité d'impliquer la communauté dans les problématiques de prévention pour en augmenter l'efficacité et pallier le manque de personnel soignant dans les pays déficitaires. Ces stratégies ont fait la preuve de leur efficacité dans la prévention de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des violences faites aux femmes (15,16).

A partir de ces constats est né le projet SPICES (Scaling-up Packages of Interventions for Cardiovascular disease prevention in selected sites in Europe and Sub-saharan Africa) qui vise l'amélioration de la prévention des MCV. SPICES est un projet international dans lequel participent cinq pays de niveau de revenu différent (17) : un pays de revenu faible (l'Ouganda avec l'Université de Makerere), un pays de revenu modéré (l'Afrique du Sud avec l'Université de Limpopo), trois pays à revenu élevés (le Royaume Uni avec les Universités de Nottingham Trent et Manchester, la France avec l'Université de Bretagne Occidentale et la Belgique avec l'Université d'Anvers). Il est financé par le programme européen de financement de la recherche et de l'innovation Horizon 2020. Le projet SPICES est une étude d'implémentation

qui vise à mettre en place des stratégies non médicamenteuses innovantes dans la prévention cardiovasculaire en soins primaires. L'objectif était de développer des interventions de prévention des maladies cardiovasculaires aux rapports coût/bénéfice favorables et applicables dans les pays aux niveaux de revenus différents. SPICES s'inspire de l'expérience apportée dans la prise en charge des maladies chroniques grâce à l'Innovative Care for Chronic Conditions Framework (18) et dans la prise en charge du VIH.

Le projet SPICES cible des populations dites « vulnérables ». En l'absence de définition scientifique consensuelle de « vulnérabilité » (19), l'équipe de recherche a défini que les communautés ciblées devaient présenter une forte prévalence et/ou incidence de MCV, un accès aux soins limité ou difficile (faible démographie médicale, couverture sociale insuffisante, etc.), un faible niveau socio-économique et/ou être difficilement atteintes par les messages de prévention. En France, c'était le Pays Centre Ouest Bretagne (Pays COB) qui fut retenu.

Le Pays COB était constitué de 79 communes situées sur 3 départements de Bretagne (Morbihan, Finistère, Côtes-d'Armor). En 2013, il comprenait une population de 96 941 habitants sur un territoire de 3035 km². La population du Pays COB était plus âgée que la moyenne nationale : 34% de sa population avait plus de 60 ans contre 24,6% en France métropolitaine. La mortalité toutes causes confondues était 1,23 fois plus importante qu'en France métropolitaine et la mortalité prématurée évitable y était 1,62 fois plus importante (20). Le taux d'admission en affection longue durée pour maladies cardiovasculaires était 1,22 fois plus important qu'en France métropolitaine. A côté de la surmortalité globale du Pays COB, la démographie médicale y était particulièrement faible. Le nombre de médecin généralistes

libéraux pour 100 000 habitants était de 79,5 contre 90,9 en France métropolitaine. Pour les spécialistes libéraux, c'était 24,1 contre 85,6 en France métropolitaine (20).

Une des premières étapes du projet SPICES était la réalisation d'un état des lieux des pratiques de prévention cardiovasculaire dans chacun des territoires participant à l'étude. L'objectif était d'évaluer les barrières et facilitateurs de la prévention cardiovasculaire propres à chaque territoire.

Il existait dans la littérature médicale de nombreux articles qui s'intéressaient aux barrières concernant la prévention cardiovasculaire primaire (13,21–23). Elles étaient multiples et décrites à différentes échelles : individuelles, sociétales, économiques. Les barrières étaient différentes suivant les points de vue : celui des responsables politiques, celui des soignants, celui des citoyens, celui des malades ou de leur entourage.

Ce travail de thèse avait pour objectif d'évaluer les barrières à la mise en place de la prévention cardiovasculaire en soins primaires dans le Pays COB et cela du point de vue des patients.

Matériel et méthode

Choix de la méthode

Cette étude s'intéressait spécifiquement au point de vue des patients. Parallèlement, d'autres études étaient menées par le groupe de recherche SPICES et se sont intéressées aux responsables politiques locaux, médecins, pharmaciens, infirmiers.

Dans cette étude, le terme patient se référait à toute personne susceptible d'être intéressée par la prévention cardiovasculaire ne faisant pas partie des groupes de personnes ciblés par les autres études.

L'option retenue a été de réaliser une étude qualitative par entretiens semi directifs. Les données ont été analysées selon le modèle de l'analyse thématique.

Echantillonnage

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

Les critères d'échantillonnage étaient définis en amont en groupe de recherche : âge, sexe, prévention primaire ou tertiaire, catégorie socio-professionnelle, retraité ou actif, répartition géographique de la commune d'habitation, situation familiale. D'autres critères pouvaient être ajoutés pendant l'étude si cela était jugé pertinent. Ils devaient être validés en groupe de recherche composé de chercheurs ayant l'expérience des études qualitatives.

Les personnes interviewées pouvaient être recrutées via les cabinets de médecine générale ou par leur médecin généraliste mais aussi par effet boule de neige ou via le réseau des investigateurs. Les patients pouvaient également se présenter spontanément en contactant l'équipe de recherche. Une campagne d'information était menée en même temps via les media locaux pour promouvoir le projet.

Les patients étaient contactés par l'investigateur par téléphone pour convenir d'un rendez-vous pour l'entretien.

Les critères d'inclusion étaient :

- Résidence principale dans le pays COB
- Âge supérieur ou égal à 18 ans

Les critères d'exclusions étaient :

- Refus de consentement ou incapacité à exprimer son consentement ou patient sous protection judiciaire
- Age inférieur à 18 ans

Entretiens

Les entretiens avaient lieu soit au domicile des patients, soit dans une salle dédiée dans des cabinets de médecine générale. Les entretiens ont été démarrés en novembre 2017. La totalité des entretiens était retranscrite sur un fichier Word et anonymisée. Les patients interrogés signaient un consentement écrit.

L'accord du CPP (Comité de Protection des Personnes) et du comité éthique avait été obtenu pour l'étude.

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

Cette grille d'entretien était issue de la traduction française d'un questionnaire rédigé en Anglais par l'Université de Makerere. Après traduction, le questionnaire avait été adapté au contexte français et du Pays COB. Cela avait fait l'objet d'un travail de thèse (24). Une première version de la grille d'entretien avait été validée en groupe de recherche composé d'internes réalisant leur travail de thèse et de chercheurs expérimentés dans le domaine des études qualitatives. Le questionnaire pouvait évoluer si les investigateurs le jugeaient nécessaire.

Les questions étaient précédées d'un texte d'introduction pour expliquer le cadre de l'entretien et définir le terme de prévention primaire. Les questions étaient ouvertes afin de

ne pas restreindre le champ d'expression du patient. La première question était une question très ouverte « brise-glace » qui devait permettre de démarrer la conversation. Les investigateurs inscrivait leurs impressions tout au long du travail de recueils des données et d'analyse dans un carnet de bord.

La grille d'entretien était la suivante (les parties « *relances* » étaient utilisées seulement si cela était nécessaire pour relancer la discussion) :

Question brise-glace : Pouvez-vous me raconter la dernière fois où vous avez discuté ou entendu parler de prévention des maladies cardiovasculaires ?

1. Quels sont, selon vous, les groupes de personnes les plus à risque des MCV ?
2. Dans les groupes à risque que vous avez identifié pensez-vous qu'ils aient des préoccupations particulières ?
3. Qui n'est pas atteint par le message (ou les mesures de prévention) ? Pourquoi ? Comment pouvons-nous les atteindre ?

Pouvez- vous me raconter la dernière fois où vous avez discuté de prise en charge de facteurs de risques des MCV ?

4. Qui prend en charge les facteurs de risques des MCV ? Comment ? *Relance : par exemple l'obésité ou l'hypertension*
5. Comment se passe votre suivi concernant les facteurs de risques des maladies cardiovasculaires ? Est-il planifié ? Par qui ?

6. Que pensez-vous des programmes actuels de prévention des maladies cardiovasculaires ? Comment peut-on les améliorer ?

relance : manger bouger, 5 fruits et légumes

7. Quels sont, pour vous, les principales limites du système de soins actuel dans la prévention des maladies cardiovasculaires ? (*Personnel de santé, planification des programmes de santé ? structures ?*)

8. Comment améliorer le système de soins ?

9. Comment peut-on vous permettre de vous autonomiser dans la prévention des maladies cardiovasculaire ? Qu'est-ce qui vous aiderai à le faire ?

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

10. Avez-vous déjà modifié vos traitements par vous-même ?

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

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

En annexe est disponible la version complète du guide d'entretien avec le chapitre introductif.

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

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

Les codes ouverts étaient regroupés par unités de sens en codes axiaux. Les codes axiaux étaient eux même regroupés en thèmes. Le travail de codage a été réalisé sur un tableur Excel.

L'inclusion et les entretiens étaient menés jusqu'à saturation des données. Celle-ci était définie par l'absence de nouveau code axial sur deux entretiens consécutifs.

Une interprétation visuelle du codage était fournie via une carte heuristique, réalisé via le logiciel Bubbl.us.

Afin de limiter les biais de subjectivité, le travail d'analyse et de codage était réalisé séparément par deux investigateurs puis confronté. Les patients qui le souhaitaient pouvaient recevoir les verbatim et rectifier les codages.

Résultats

Echantillonnage

Douze entretiens (cinq hommes et sept femmes) ont été réalisés entre novembre 2017 et décembre 2018. L'âge médian des personnes interrogées était de cinquante ans. Le patient le plus âgé avait soixante-quinze ans, le plus jeune avait dix-neuf ans. Deux patients étaient en prévention tertiaire.

Concernant le plan socioprofessionnel, les métiers du primaire, secondaire et du tertiaire étaient représentés. Quatre patients étaient retraités, un était en invalidité et sept étaient actifs. Huit patients étaient en couple, deux étaient célibataires, un était divorcé et un était veuf.

Quatre patients ont été recrutés par volontariat spontané. Quatre patients ont été recrutés via le réseau des investigateurs. Quatre patients ont été recrutés dans les salles d'attente de cabinet

de médecine générale. Le tableau n°1 présente les caractéristiques des patients interrogés. Les personnes interviewées résidaient dans différents cantons du Pays COB. Pour une question d’anonymisation des données, la commune de résidence n’est pas présentée.

Tableau n°1 : liste des patients interrogés.

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

Entretiens

Les entretiens ont eu lieu en tête à tête au domicile des patients, dans une salle de réunion de cabinets de médecine générale ou dans un lycée agricole.

La durée moyenne des entretiens était de vingt-sept minutes et six secondes, le plus long durait cinquante-deux minutes et vingt-neuf secondes, le plus court neuf minutes et quarante-huit secondes.

La grille d’entretien a été modifiée une première fois, après deux entretiens, et une deuxième fois au bout de 8 entretiens. Les investigateurs s’étaient aperçus que certaines questions

étaient mal comprises parce que le vocabulaire n'était pas adapté et les questions trop génériques ou pas assez personnalisées. Les modifications ont été validées en groupe de recherche.

La version définitive de la grille d'entretien était la suivante (en annexe est disponible la deuxième version).

Pouvez-vous me raconter la dernière fois où vous avez discuté ou entendu parler de prévention des Maladies cardiaques / accident vasculaire IDM / attaques ?

1. Décrivez-nous ce qui pour vous est une personne à risque de maladies cardiaques ? Et le tabac qu'en pensez-vous ?
2. Et vous comment vous décririez vous ?

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

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

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

6. Après tout ce que nous venons de dire, comment pourrait-on améliorer le système de prévention ? Comment pouvons-nous atteindre les personnes dont nous avons parlé, (qui ne sont pas touchées par la prévention) ?

7. Existe-t-il un ou des programmes de prévention dans le Pays COB ?

Relance : manger bouger, 5 fruits et légumes

8. Le Pays COB est une partie de la Bretagne avec une forte identité culturelle. Selon vous, quel impact a cette culture sur la prévention des maladies cardiovasculaires ?

Relance : environnement, habitudes, influence familiale ?

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

Analyse thématique des résultats

Le codage axial a commencé après sept entretiens, le codage thématique après huit entretiens. L'analyse thématique des entretiens a permis d'obtenir deux-cent-quarante codes ouverts regroupés en quatre-vingt-seize codes axiaux. Les codes axiaux étaient eux même regroupés en vingt-six thèmes. La saturation des données a été obtenue à partir du dixième entretien, les entretiens numéro onze et douze ont confirmés que la saturation des données avait été atteinte. Un seul patient a souhaité relire son entretien. Il n'a pas adressé de proposition de modification du codage.

Résultats principaux concernant les barrières à la prévention cardiovasculaire

Spécificités du Pays Centre Ouest Bretagne

Les patients estimaient qu'il existait des spécificités comportementales propres au Pays COB. Ils estimaient que les conduites addictives notamment l'alcoolisme y étaient très présentes.

E1, L204P10	« On boit beaucoup en centre Bretagne ... on boit beaucoup c'est ça qui me terrifie ... »
E11, L173-174P7	« Fin voilà il y a pas mal d'addictions à des choses comme ça dans le Pays COB.»

Les patients du Pays COB estimaient qu'ils aimaient particulièrement avoir un comportement festif ce qui pouvait les faire surconsommer de l'alcool.

E5, L110P5	« Après c'est sûr qu'on aime bien faire la fête donc ... fin c'est vrai enfin ! il y a les Fest-noz , il y a les festivals! Il y a toutes ces choses-là qui font qu'on se réuni et donc oui on va peut-être boire un petit peu d'alcool plus que... donc peut-être c'est possible ... »
------------	---

Selon les patients, l'alimentation traditionnelle « terroir » dans le Pays COB pouvait être une barrière à la prévention cardiovasculaire du fait qu'elle était riche en sel, matières grasses et viande.

E8, L174-175P7	« Mais effectivement on est dans un terroir euh de... où on bouffe bien (rires). »
E2, 623-635P27-28	« Ah bah forcément par ici aussi on aime bien le beurre salé, on aime

	bien la charcuterie aussi (...) Ici c'est une difficulté je pense. »
--	--

Il y avait une difficulté d'accès aux soins en Pays COB avec un manque de moyen matériel et humains. Le manque de services pouvait être une barrière à l'installation de personnel soignant ce qui nuisait à la prévention cardiovasculaire.

E2, L136-138P7	« Comme on a moins d'équipement on... ou moins d'équipement oui euh parce qu'on n'a pas tous les gens qualifiés comme il y a euh ...en ville hein ... euh... donc on attend peut-être plus euh...plus d'aides d'aides en matière médicales quoi ... »
E2, L162-164P8	« C'est vrai que ce n'est pas simple de venir non plus pour ...du personnel soignant de venir ici s'installer hein... je comprends hein ... on n'a pas tous les services que l'on peut attendre quand on a été étudiant dans des villes ... »
E7, L144 P7	« Mais bon comme il y a déjà de moins en moins de médecins... dans le milieu rural... alors après comment faire des campagnes de prévention avant... euh... pas forcément évident »

Les patients considéraient que le Pays COB était isolé sur le plan sanitaire ce qui avait un impact sur leur recours aux soins. Ils rencontraient des difficultés pour obtenir un rendez-vous médical.

E3, L383P17	« Pour aller à l'hôpital on va à Carhaix, Guingamp, Saint-Brieuc... pour avoir un spécialiste il faut faire... de la route aussi donc euh... on ne se déplace pas pour rien »
E3L193-194P9	« Ce n'est tellement pas évident d'avoir des rendez-vous... »

L'impression d'isolement des patients du Pays COB touchait également l'aspect social : du fait de la « faible densité » de la population, les personnes pouvaient rester isolées longtemps et cela pouvait engendrer des comportements « déviants ». Les populations jeunes étaient également concernées par cet isolement et l'ennui qu'il entraînait pouvait conduire à des conduites addictives.

E11, L177-178P7	« Il y a une densité de population qui est super faible aussi, donc si on veut s'enterrer chez soi, ne plus voir personne, vivre dans un truc ou euh, et euh...et avoir tous les trucs un peu déviants. »
E11, L168-173P7	« Il y a un peu (<i>parle du sport</i>) mais c'est toujours la même chose, il y a un peu... Ben il n'y a peut-être pas assez justement, en fait... Parce que les jeunes dans le Pays COB, euh ils font du foot mais après ils entraînent quoi. »

Pour certains, l'isolement géographique en Pays COB était une barrière qui pouvait empêcher une alimentation variée.

E4, L271-274P10	« Je mange trop de trucs faudrait que je mange plus de fruits ou quelque chose comme ça ... mais c'est pas toujours facile ... j'habite dans la brousse ... je conduis un peu mais je vais en course une fois par semaine avec ma belle-mère ... »
-----------------	--

Les patients estimaient qu'il y avait moins de prévention cardiovasculaire en Pays COB que dans les villes et qu'il n'y avait pas de programmes locaux de prévention cardiovasculaire.

E2, L380-381P17	« Il y a peut-être des choses qui sont menées peut-être mais peut-être moins par ici aussi ... peut-être qu'en ville euh... en milieu urbain il y a
-----------------	---

	peut-être plus de »
E11, L126-130P5	« Alors là, pas du tout. Concernant les maladies cardiovasculaires spécifiquement ? Alors là non. Non. J'habite le centre ouest Bretagne, je lis le « Poher Hebdo » parce que c'est le journal de notre...De notre coin. Et j'ai jamais vu ça. D'accord. J'ai jamais vu euh... Non. Et je ne sais pas s'il y en a du coup, non plus. Mais non pas du tout, alors là euh... »

Le manque d'accès au numérique empêchait de recevoir l'information concernant la prévention cardiovasculaire.

E2, L178-179P9	« N'ont pas accès à euh... qui sont pas bien équipés, qui n'ont pas accès à toute l'information ... les gens qui n'achètent pas de journaux, les gens qui n'ont pas tous les ... internet et les ... tout le numérique bah peut être que ... bah ... tout se fait maintenant l'information se fait beaucoup par là aussi hein ... »
----------------	---

Les patients du Pays COB déploraient la sensation d'être « un peu oubliés » sur ces différents sujets.

E8, L202-204 P8	« Je voudrais que le centre Bretagne voilà éclate un peu plus justement sur ces... sur tout ça parce qu'on a l'impression d'être un peu oublié »
-----------------	--

Précarité socioéconomique

Il était estimé que les revenus en Pays COB étaient plus faibles et qu'il y avait plus de précarité.

E11, L174-175P7	« Fin dans le Pays COB, dans ouais en Bretagne en règle générale, je crois que tout le monde sait ça, et en centre Bretagne aussi parce que ben, il y a un niveau de vie qui est faible, plus faible qu'ailleurs en Bretagne. »
-----------------	---

Les patients estimaient que les personnes en situation de précarité étaient un groupe qui échappait à la prévention cardiovasculaire. Les motifs évoqués étaient la difficulté d'accès aux soins par le coût des mutuelles ou l'absence de celles-ci.

E3, L149-150P7	« Dans le métier que j'ai exercé ... donc assistance sociale... une grande partie du public que j'ai rencontré n'était pas accessible à ce discours de prévention »
E11, L93-94P4	« Euh... qui n'ont peut-être pas euh... de mutuelle et compagnie ou les gens qui vivent un peu en marge ou euh. »
E2, L153P7	« ...monoparentales ou des familles avec des revenus faible ou bah... Et encore des gens ... je pense qu'il y a encore des gens, plus par ici qui n'ont pas de couverture complémentaire médicale que dans le reste peut être comme vous le disiez par rapport aux autres secteurs géographiques peut être que ça serait bien de voir ça aussi ... étudier ça... »

Selon les interviewés, les personnes en situation de précarité avaient plus de difficultés à prendre « soins de soi » et nécessitaient un accompagnement individuel ce qui expliquait la difficulté de les atteindre par les campagnes de prévention cardiovasculaire.

E3, L155-160P7	« Je pense que les ... que les personnes en difficulté sociale... oui ... sont moins accessibles aux discours de prévention ... faire de la prévention
----------------	--

	aussi ça veut dire accepter de prendre soins de soi ... et pfff bah j'en ai vu tellement que ... prendre soins de soit mon dieu ! pfff... ça ne fait pas parti du possible du quotidien ... de l'atteignable là maintenant quoi ... ça ne fait pas partie de ce qui est important. »
E3, L190-P9	« La collègue infirmière qui travaille pour le département dont je te parlais tout à l'heure c'est exactement ce qu'elles font...c'est ça leur boulot... accompagner les gens dans... déjà la prise en compte de soi, de prendre soins de soi... aller voir un médecin, elle voit des gens qui n'ont pas vu de médecin depuis des années d'accompagner là-dedans pour moi c'est de l'accompagnement individuel... »

Perception du risque cardiovasculaire et des messages de prévention

Les patients du Pays COB estimaient que l'expression d'un sentiment d'invulnérabilité pouvait être une barrière à la prévention cardiovasculaire. Ce sentiment pouvait s'exprimer par l'impression que les maladies cardiovasculaires « n'arrivaient qu'aux autres ». Il touchait particulièrement les populations jeunes et expliquait leur manque d'intérêt pour la prévention cardiovasculaire. Certains, surtout les plus jeunes, estimaient ne pas s'intéresser à la prévention cardiovasculaire et aux messages de préventions.

E5, L91P04	« Non ce n'est pas un truc je n'y pense pas non, non franchement pas du tout non ! »
E11, L75-77P3	« Ah. Ben non, non du coup. Comme je ne me suis vraiment posé la question, je crois que je n'ai jamais demandé à mon médecin euh de... qu'est-ce que je dois faire ou qu'est-ce que je peux faire pour éviter une maladie cardiovasculaire. Je ne lui ai jamais posé la question en fait. »

E1, L269-270P13	« Vous savez c'est le fameux : ça n'arrive qu'aux autres hein ! (<i>rires</i>) et bah non , ça n'arrive pas qu'aux autres ... »
E11, L91-95P4	« Euh... Je pense plutôt, j'aurai tendance à dire les plus jeunes. Peut-être parce que j'en côtoie beaucoup à l'école aussi, qui ne sont pas très à cheval sur leur santé, qui ne vont pas forcément consulter quand ils sont malades. Et puis peut être ceux qui se disent « oh ça n'arrive qu'aux autres » »

Le manque de connaissances concernant les maladies cardiovasculaires et sur l'âge de survenue d'un évènement cardiovasculaire pouvait avoir un retentissement sur la prévention.

E2, 376-378P17	« En fait c'est voilà, on pense toujours que c'est pour les autres à quarante ans... moi on m'aurait dit à quarante-trois ans que je ferai un infarctus j'aurai jamais pensé... »
E4, 44-45P2	« Non ... non j'ignorais disons le mot AVC ...et ensuite je ne connaissais personne d'ailleurs... Maintenant je connais des gens et je connais ... la maladie »

Les patients interrogés exprimaient de la peur devant le caractère imprévisible de l'apparition d'une maladie cardiovasculaire.

E6, L165P08	« oui mais des fois ça arrive plus vite que prévu hein! »
-------------	---

Ce caractère imprévisible renforçait un sentiment de fatalisme concernant la survenue d'un évènement cardiovasculaire. Ils considéraient qu'un évènement cardiovasculaire pouvait arriver même si on faisait de la prévention. Parfois ce fatalisme se nourrissait d'évènement

médiatisés tel que le décès d'un jeune sportif sur un terrain de football. Ils évoquaient le facteur chance : à quoi bon faire de la prévention puisque ça peut arriver de toute façon ?

E5, L60P03	« Il faut faire plein de choses mais après derrière quand on voit des choses comme ça on se dit bah tout le monde est à risque en fait finalement ! »
E5, L103P5	« Il y a peut-être des gens justement qui se sentent trop sûrs je pense... justement des gens qui font du sport et qui se disent non non j'ai une hygiène de vie qui ... mais pour autant je pense qu'ils sont quand même ... fin ça peu leur arriver aussi ! »
E4, L76-78P4	« C'est vrai qu'on entend souvent ça que les personnes obèses sont plus à risque et tout ça et quand on voit un gamin de 12 ans qui fait un arrêt cardiaque sur un terrain de foot...fin c'est fou quoi C'est quand même fou ! »
E10, L28-29P2	« Après c'est peut-être aussi le facteur euh chance un petit peu ? Je sais pas. »
E10, L41-43P2	« Ce n'est pas parce que je fais du sport, je suis bien consciente de ça aussi. Ce n'est pas parce que je fais du sport et que j'ai une bonne alimentation. Je ne sais pas ça peut... être un problème sanguin, quelque chose aussi, je ne sais pas. »

La perception du risque pouvait être paradoxale comme dans le tabagisme où étaient perçus en premier lieu le risque de cancer du poumon et à un niveau moindre le risque cardiovasculaire.

E3, L117-119P5	« Je pense que gens qui fument par exemple... aux gros fumeurs... est ce qu'ils vont plus penser peut-être à un ... au risque de cancer.... Du poumon, de l'œsophage ... plus qu'au risque cardiovasculaire »
----------------	---

Le tabagisme sevré n'était plus un facteur de risque cardiovasculaire pour certains des patients interrogés. Le risque était perçu de façon dichotomique.

E6, L91P4	« Non parce qu'il ne fumait plus... <i>(au sujet des causes d'un IDM chez un proche)</i> »
-----------	--

Un emploi du temps très chargé semblait être un facteur limitant les mesures de prévention et le questionnement autour de la prévention et le risque de maladie.

E8, L48-49P2	« « non, non moi j'ai pas le temps, moi je peux pas avoir de souci de santé donc euh voilà, j'ai du travail, j'ai une entreprise à faire tourner » donc voilà ! »
--------------	---

Le caractère non visible des lésions diminuait la perception du risque cardiovasculaire.

E8, L170-174P7	« Enfin en général, on sait tous effectivement...euh si on mange une plaquette de beurre par jour euh voilà on court des risques. Bon certains peut être ne le voient pas parce que bon, ils ne voient pas les choses comme ça « moi je n'ai pas de souci de poids, je ne bois pas je ne fume pas » mais bon les artères à l'intérieur on ne voit pas trop les dé... les dégâts que ça peut occasionner. »
----------------	--

Outre ce côté invisible des maladies, certaines personnes étaient dans le déni de leurs comportements à risque.

E8, L38-42 P2	« Bien sûr, oui oui. Inévitablement il y a une euh, une partie de la population qui euh voilà, qui n'est pas au courant. Ils ne lisent pas les
---------------	--

	<p>journaux, il y a voilà...Et certains sont un petit peu aussi dans le déni, ils ne voient pas les choses alors qu'ils savent pertinemment qu'ils ont des soucis, ne serait-ce que l'alcool, le stress, le poids. »</p>
--	--

La perception du risque cardiovasculaire semblait augmenter avec l'âge.

E7, L100-104P5	<p>« Après quand on arrive à une certaine tranche d'âge... on se dit qu'il n'y a pas que les autres ...tiens on se dit il a telle maladie... il a ça ... mais quand on est jeune c'est une chose à laquelle on fait pas attention quoi ... c'est complètement différent... on se préoccupe moins de ... je pense de la santé on se dit oh untel est malade ... on le connaît à peine et on se dit... pour eux c'est loin... tandis que quand on avance plus en âge c'est un peu différent »</p>
----------------	---

Certains patients exprimaient un avis négatif vis-à-vis des campagnes médiatiques de prévention. L'information était suffisamment diffusée et la limite principale était la faible réceptivité du public aux messages diffusés. La prévention cardiovasculaire n'était pas améliorable pour certains.

E1, L462P21	<p>« Ah si si bien sûr mais je n'ai pas besoins de ça puisque je le fais depuis très longtemps ... très très très longtemps ... »</p>
E1, L469-472P21	<p>« Bah informer le publique mais bon, il y a déjà beaucoup de moyens d'information, je ne vois pas encore comment faire plus quoi... c'est ça ... c'est ça (rires) je ne vois pas trop comment faire plus parce que bon (silence) il y a des gens qui vivent, ils sont inconscients , ils disent: ça n'arrive qu'aux autres ... »</p>
E4, L124-127 P6	<p>« Investigateur : Et par exemple pour les facteurs de risques et la</p>

	<p>prévention est ce que la télé, les campagnes... vous ont appris ...</p> <p>Patient : non ... non non ... peut-être que je n'étais peut-être pas réceptif à cette époque à ça... aujourd'hui je le suis ... »</p>
--	---

Les patients estimaient que les capacités intellectuelles pouvaient être une limite à la compréhension des messages de prévention cardiovasculaire.

E2, L194P9	« Les capacités intellectuelles aussi pour comprendre tout »
------------	---

Il pouvait y avoir une différence de genre dans l'intérêt pour la prévention. Les interviewés estimaient que les hommes étaient moins touchés que les femmes du fait d'un rapport à l'image différent.

E10, L48-50P2	« Il y en a qui vont être sensibles et puis d'autres moins. »
E9, L50-54 P2	« Alors les femmes font des fois plus attention à ce qu'elles mangent par rapport à l'image. Les hommes peut être un peu moins. »

Certains patients trouvaient qu'il y avait un paradoxe dans la diffusion des messages de prévention à la télévision. En effet, la télévision favorise un mode de vie sédentaire alors que les messages de prévention sont censés favoriser l'activité physique.

Les messages de prévention pouvaient être culpabilisants. Cela pouvait limiter ultérieurement leur réception de la part du public ciblé.

E8, 114-118 P5	« Il y a aussi une prévention au niveau de la télé qui n'est pas terrible pour moi parce que c'est un peu contradictoire parce qu'un enfant qui est devant la télé forcément n'a pas d'activité mais on lui balance une pub euh... ne mangez ni trop salé ni trop sucré et voilà effectivement
----------------	--

	vous veillez à manger 5 fruits et légumes par jour, ça c'est un peu euh... Voilà pour moi ce n'est pas très honnête quoi donc euh... »
E2, L335P15	« Investigateur : Culpabiliser ? Patient : Ouai c'est venu à ce point-là ... »

Freins à l'application des messages de prévention

Les patients du Pays COB estimaient qu'il y avait des contraintes géographiques, professionnelles et sociales (difficulté pour les personnes en situation de précarité à prendre soin de soi) au changement de comportement.

E4, L271-274P10	« Je mange trop de trucs faudrait que je mange plus de fruits ou quelque chose comme ça ... mais ce n'est pas toujours facile ... j'habite dans la brousse ... je conduis un peu mais je vais en course une fois par semaine avec ma belle-mère ... »
E6, L258-265P13	« Investigateur : Pareil vous n'avez jamais modifié votre alimentation ? Dans le but de ... Patient : Mais on moi c'est vrai que ... je ne bosse pas à des horaires fixes quoi... mmmh...[...] Bah une fois je peux manger à douze heures comme à trois heures ...comme à quatre heures... [...] Je travaille jusqu'à une heure et demi ... donc je rentre... il est deux heures donc je mange... mais des fois je commence à trois heures le matin et je finis à dix heures trente... »

Le changement de comportement nécessitait des efforts et de la volonté. Ceux-ci étaient contrebalancés par le bénéfice des conduites à risque et le fatalisme (ça peut « arriver à tout le monde »). Pour certains le rapport bénéfice risque était en faveur des comportements nocifs.

E2, L62-63P3	« Donc j'ai fait des efforts aussi sur la nourriture parce que je ne vais plus au restaurant à midi avec mes collègues là une fois par semaine mais je n'arrive pas à perdre du poids. »
E2, L580P26	« C'est pas le médecin traitant qui va le prendre par la main non plus ... il peut rabâcher ça à chaque visites mais ... comment ...c'est compliqué ... c'est compliqué hein ! C'est compliqué après la personne il faut qu'elle... qu'elle veuille, qu'elles puisse enfin. »
E4, L250-252P11	« On ne peut pas faire faire à quelqu'un du sport ou arrêter l'alcool ou le tabac s'il ne l'a pas décidé...je pense qu'il faut se faire violence ... »
E3, L150-156P7	« Quelqu'un qui fume beaucoup...euh... le tabac... apporte un bénéfice ... et c'est ça qui est le plus important... le discours de prévention ... je prends des risques oui et alors ? Même chose pour une personne qui ... bon là on touche un autre domaine mais euh... une personne qui consomme de l'alcool de manière déraisonnée... euh... tant que l'alcool a plus d'effet positifs ... l'autre versant ça reste un risque »
E5, L60P03	« Il faut faire plein de choses mais après derrière quand on voit des choses comme ça on se dit bah tout le monde est à risque en fait finalement ! »

Rôle du médecin généraliste dans la prévention cardiovasculaire

Le médecin généraliste était désigné par de nombreux patients comme un acteur important de la prévention cardiovasculaire. Parfois il en était l'acteur exclusif. Il avait un rôle de dépistage, il « décroissait ».

Cependant, les patients plus jeunes déclaraient que leur médecin généraliste ne faisait pas de prévention cardiovasculaire.

Quand cela était réalisé, la prévention se faisait au cours d'une consultation pour un autre motif.

Aucun ne déclarait avoir eu une consultation dédiée à la prévention cardiovasculaire.

E8, L87-90P3	« Moi je pense que ça passe déjà, euh... voilà, par le généraliste, qui je dirais péjorativement « décroisse », décroisse tout autour, et puis se dit ben voilà euh c'est vrai que là monsieur, voilà, vous fumez euh... ou voilà vous avez un excès de poids donc il faudrait faire attention et peut être voir quelqu'un»
E6, L200-201P9	« Investigateur: Le médecin traitant... et voyez-vous quelqu'un d'autre qui pourrait faire ça ... Patient: Je ne pense pas ... je ne vois pas »
E5, L179P08	« Non, avec mon médecin traitant on n'en a jamais parlé... »

Ce rôle central du médecin traitant était souligné par le fait que certains patients ont émis le souhait d'en parler avec leur médecin, lorsque le sujet de la prévention n'avait jamais été abordé.

E11, L83-86P3	« Non, c'est là que je m'aperçois, en discutant avec vous. Mais non en fait. Et moi non plus, je n'ai pas. Alors qui doit faire le premier pas ? Je sais pas, mais euh... Du coup euh... Je n'espère pas être malade dans la quinzaine mais euh (rires). Peut-être euh je pense que c'est avec son médecin traitant qu'il faut...en parler, mais euh... »
---------------	---

Néanmoins, les patients estimaient qu'il était difficile pour eux de consulter leur médecin généraliste. La profession exercée pouvait être un frein du fait des horaires de travail ou de la nécessité de se « changer » lorsque le patient exerce un métier agricole.

E7, L190-191P9	« Parce que quand vous travaillez tout le temps s'il faut aller reprendre un rendez-vous faut se changer y retourner se rechanger (<i>patiente agricultrice</i>) »
E7, L193-194P9	« Ce n'est tellement pas évident d'avoir des rendez-vous que ... »

Le manque de moyens économiques avait un retentissement sur la disponibilité du personnel soignant et donc sur la prévention cardiovasculaire.

E7, L158-159P7	« Enfin je pense que maintenant tous les budgets sont tellement serrés qu'il n'y a plus ... le temps non plus ... il n'y a plus les moyens de faire tout ça quoi ! »
E2, L286-287P13	« Ils sont tellement pris aussi par le temps enfin voilà mais ... »

Ils critiquaient le fait que certains médecins généralistes ne soient pas « ancrés dans le territoire » du fait d'un lieu d'habitation différent de celui d'exercice.

E11, L221-229 P8	« Mais les médecins ou les spécialistes plus jeunes, euh... habitent à 40, 50, 80 km. Ouais... Donc ils viennent faire leur travail mais leur lieu de vie ce n'est pas celui-là. Alors je ne sais pas s'il n'y a pas non plus peut-être, ben du coup ça me fait penser, est-ce qu'il n'y a pas un décalage entre eux et les patients qu'ils suivent ? Le fait de ne pas
------------------	---

	vivre sur le territoire, je ne sais pas si on perçoit les choses qui ne sont pas médicales »
--	--

Critique des moyens actuels de prévention

Les patients du Pays COB critiquaient l'absence de messages de prévention sur leurs lieux de travail et dans les salles d'attentes.

E6, L146P07	Au boulot ... on devrait nous prévenir ... et non... pourtant je fais partie du CHSCT (<i>comité d'hygiène santé et sécurité au travail</i>) ...
E5, L215-219P10	Je ne sais pas s'il y a un petit truc à l'accueil (<i>du cabinet</i>) donc je ne sais pas ...

Les prospectus n'étaient pas un bon support selon eux :

E7, L124P6	« Les prospectus, ils ne vont pas forcément les regarder »
------------	--

Les programmes de prévention cardiovasculaire n'avaient pas d'impact sur les populations précaires, qui nécessitent, une approche plus personnalisée.

E3, L205-207P9	« Même quand on a proposé des actions d'ordre collectif...et bah on se rendait compte qu'on touchait des gens qui avaient déjà engagé un peu de réflexion... mais que ceux qui étaient loin de rentrer eh bah ils ne rentrent pas »
----------------	---

Aberrations et fausses croyances

Une des limites à la prévention primaire des MCV pourrait être la méconnaissance du sujet.

La maladie cardiovasculaire était représentée par les patients interrogés comme du « sang trop épais ». Parfois, lorsqu'ils évoquaient la prévention primaire cardiovasculaire, une confusion était faite avec la décompensation cardiaque ou des probables troubles du rythme comme dans le cas du « décès de l'enfant de 12 ans sur le terrain » évoqué plus haut.

E1, L257-259P12	« Pas hérité de ses qualités physiques, j'ai plus hérité des qualités de ma mère qui a fait plusieurs fois des phlébites et moi mon problème numéro un docteur ... Bah c'est pas le cœur il est bon, c'est la tuyauterie ou ce qui coule dans les veines, j'ai le sang trop épais quoi ... »
E1, L434P20	« Quand il a vu l'état de mes pieds, il a semblé dire que bon ça allait quoi ... que c'était plus gonflé ... »

Il existait également des croyances concernant l'alimentation notamment sur la consommation du beurre et les bienfaits des produits diététiques.

E10, L133-137P5-6	« Oh ben tous les gens maintenant savent bien quand même que le beurre c'est pas... le beurre cru si est bon, mais pas le beurre cuit quoi. Mais je pense que ça maintenant chacun est informé de ça hein, les nouvelles générations. Même ma génération à moi hein, les gens le savent. De tous les clubs dont je fais partie, beaucoup de gens font quand même attention à leur... alimentation ou choses comme ça hein. »
E1, L160-163P8	« ... j'ai acheté des produits diététiques des chez Gayer Hoover , diététicien américain bien connu à l'époque ... qu'est-ce que j'ai acheté ... bah j'ai acheté des flocons d'avoine, j'en mange tous les matins depuis plus de 50 ans saccharomyces cerevisiae... de la

	levure de lierre... deux germes de blé. »
--	---

Pour les patients qui prenaient un antihypertenseur le traitement avait un rôle peu clair, il « remettait d'aplomb » et l'oubli du traitement pouvait « jouer des tours ».

E4, L92P4	« Avec le médicament qui rétrograde un peu la tension par exemple je pense que ce n'est pas fait pour rien ! C'est pour me remettre d'aplomb »
E4, L186-187P8	« Si un jour je fais un écart et que je n'ai pas pris le médicament ... ça peut me jouer un tour... (paroles incompréhensibles) mais je fais de manière à éviter ce genre de choses avec les médicaments... »

Malgré la définition de la prévention primaire lors de l'introduction de l'entretien, celle-ci était mal comprise. Certains patients proposaient de « faire de la prévention primaire en maison de retraite ». La prise en charge de l'évènement aigu (AVC ou IDM) tout comme les défibrillateurs et la formation généralisée de sauveteur secouriste généralisée étaient parfois évoqués au sujet de la prévention primaire.

E2, L284P13	« Les infirmiers euh... bah s'ils peuvent sûrement ça peut aussi pour les personnes âgées passer par les infirmiers libéraux ... »
E10, L53-58P2-3	« Investigateur : Comment ils sont pris en charge ces facteurs de risques, quelles sont les personnes qui interviennent dans cette prise en charge ? Patient : Ce sont les médecins, les secours. Peut-être les secours d'abord hein pour les problèmes cardiovasculaires il faut faire le 15 il me semble hein, de mémoire. S'il y a pas le 15 c'est le... ça peut être le 17 les pompiers ? ou c'est le 18 les pompiers ? le 18 ! Je sais que le

	numéro euh européen c'est 112 je crois, hein ? »
--	--

E8, L163-164P6	« et puis aussi les défibrillateurs je ne sais pas s'il y en a dans toutes les salles je... je sais pas du tout donc euh... ouais »
E5, Ligne 191P09	« Moi je trouve que ... tous les jeunes à partir du collège devraient faire une formation sauveteurs secouristes... ça serait déjà énorme ça ... ça serait vraiment bien parce qu'ils en parlent un peu mais c'est tout quoi ils ne vont pas jusqu'au bout du truc c'est dommage , c'est vraiment dommage je pense ...ça devrait être obligatoire C'est énorme ... ça pourrait sauver pas mal de vies ; puisque l'enfant qui a 14-15 ans faire les premiers secours et les premiers gestes ça du moins . D'avoir euh... de téléphoner en urgence de faire vraiment les première choses quoi Ça pourrait être pas mal mais je crois pas qu'il y ait ça ... »

Certains patients évoquaient une peur des statines. Celle-ci était renforcée ou provoquée par des leaders d'opinion.

E1, L105P06	« Alors, en parlant de euuu.... de cardiologie il y a quelqu'un dont je suis pas à pas les indications c'est le docteur Michel de Lorgeril, cardiologue bien connu, farouche adversaire des statines et si j'avais entendu plus tôt ce qu'il déclare au sujet des statines , jamais je n'aurais pris de statines de ma vie parce qu'il le dit à un moment: plus on a mené une vie saine , plus on va être frappé par l'utilisation des statines.... »
E1, L620P28	« Et le professeur Even renchérit en disant : seules les personnes qui ne sont pas biologiste méconnaissent cette réalité fondamentale : il y a pas de

	<p>bon ou de mauvais cholestérol dit le docteur..., le professeur Even, il y a du cholestérol point à la ligne qui est nécessaire au bon fonctionnement. Sans cholestérol il n'y a plus de neurotransmetteurs il n'y a plus de ceci, il n'y a plus de cela ...c'est nécessaire à la gaine des nerfs, la fameuse myéline ... mais bon c'est une éminence le professeur Even je pense qu'il sait ce qu'il dit ...quand même ! Ou alors le contraire, je tomberai des nues ... hein! il sait ce qu'il dit cet homme ! »</p>
E2, L509P23	<p>« Comme j'ai des problèmes de sommeil et de mémoire et je trouve que depuis que je prends ça »</p>

Discussion

Synthèse des résultats

Les principales barrières à la prévention primaire des MCV retrouvées dans cette étude étaient : la précarité socioéconomique, la perception du risque cardiovasculaire et des messages de prévention, le rôle du médecin généraliste et les fausses croyances.

Certaines barrières étaient spécifiques au Pays COB comme l'isolement géographique et sanitaire, la culture alimentaire et festive, l'absence de programme locaux de prévention, le manque de moyens économiques pour la santé et la précarité.

Différentes barrières au changement de comportement ont été mises en évidence dont la principale semblait être une perception inappropriée du risque cardiovasculaire.

Certains résultats étaient surprenants : la confusion entre prévention primaire et gestion de l'évènement aigu et l'influence des polémiques autour des médicaments dans la perception de la balance bénéfice risque. Enfin il était important de constater que l'influence de la publicité n'as pas été abordée par les patients.

Les spécificités du Pays COB

Le Pays COB était décrit comme isolé sur le plan social. La densité démographique y était nettement moindre que dans le reste de la Bretagne (31.5 habitants par km² contre 125) (25). Selon les patients interrogés, la faible densité de population pouvait entrainer un isolement social qui était décrit comme une barrière à la prévention cardiovasculaire. Une surmortalité cardiovasculaire secondaire à l'isolement social a déjà été mise en évidence (26,27). Cela pourrait s'expliquer par l'augmentation des comportements à risques tel que le tabagisme, la sédentarité ou des habitudes alimentaires défavorables.

Le Pays COB était décrit comme une zone économiquement et socialement plus précaire que le reste de la Bretagne. Le taux de pauvreté était estimé à 14,6 % contre 10,7% en Bretagne. Le revenu médian y était plus bas (18 316 euros contre 20 281 en Bretagne) et les familles monoparentales y étaient plus fréquentes (21,8% contre 19,6% en Région Bretagne). Le chômage était aussi plus présent: 11.9% contre 11.2 % (28). Ces conditions économiques et sociales étaient considérées comme une barrière à l'accès à la prévention cardiovasculaire. Une différence de morbidité cardiovasculaire en fonction du statut socioéconomique a déjà été constatée par d'autres études (29,30). Ainsi, les syndromes métaboliques sont statistiquement plus fréquents dans les populations précaires (31). Cette population précaire fait partie des cibles des programmes de prévention. Cependant par leur mode de diffusion ou leur lieu d'application, ces programmes rencontraient des difficultés à toucher cette population. Cela ne faisait qu'augmenter les inégalités en termes de santé. Une revue systématique de la littérature s'intéressant aux messages de santé concluait que les campagnes médiatiques et les interdictions de fumer sur les lieux de travail étaient génératrices d'inégalités (32).

Les patients interrogés estimaient que ces populations précaires nécessitaient un accompagnement personnalisé. L'Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne a défini un Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des Personnes les Plus Démunies 2018-2022 qui cible précisément les population précaire et dont l'objectif est de « *De consolider la démarche de prévention et de promotion de la santé auprès des personnes en situation de précarité afin qu'elles adoptent des comportements favorables à la santé et qu'elles deviennent acteurs de leurs démarches de santé* » (33).

La difficulté d'accès au numérique était pointé comme une barrière à la prévention du fait d'un manque d'accès à l'information. Il n'y avait pas de chiffre concernant l'accès au numérique en Pays COB, mais ça semblait être une des priorités des politiques locales (comme affiché sur le site officiel du Pays) (34). En prenant en compte l'augmentation des

inégalités par certaines campagnes médiatiques et le manque d'accès au numérique dont se plaignaient les patients du Pays COB, une campagne médiatique menée à l'échelle nationale pourrait augmenter les inégalités à l'échelle locale (32).

Le Pays COB était décrit comme une zone à forte prévalence d'alcoolisme. La mortalité liée à l'alcool y était 1.89 fois plus importante par rapport à la moyenne française (28). Même si la consommation nocive d'alcool est un FDRCV, la dépendance à l'alcool est une réelle addiction d'origine complexe et multifactorielle plus qu'un simple comportement à risque. Une prise en charge spécifique et dédiée paraît plus adaptée. Néanmoins, le projet SPICES pourra viser la consommation excessive d'alcool, en dehors du cadre de la dépendance à l'alcool telle que définie par le DSM-5 (35).

Très fréquemment au cours des entretiens, le manque de personnel soignant était perçu comme une barrière à la mise en place d'un programme de prévention. Dans le Pays COB étaient présents 80,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants (93.6 en Région Bretagne) et 63.1 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants (contre 100,7). Par contre les infirmiers y étaient plus nombreux : 241.1 pour 100 000 habitants (contre 157,5)(36). Malgré le manque de personnel médical, le Pays COB mène une politique active en faveur de la santé. Ainsi deux Contrats Locaux de Santé ont été signés depuis 2012. Un des objectifs était une meilleure prévention des maladies. Malgré cela, les patients du Pays COB estimaient qu'il n'y avait pas de programme local de prévention.

La perception du risque

Cette étude montrait qu'une mauvaise perception du risque cardiovasculaire était une barrière à l'application des messages de prévention.

Un aspect de cette perception était l'idée que l'évènement cardiovasculaire « n'arrivait qu'aux autres ». Plusieurs études ont attestées que les patients avaient tendance à sous-estimer leur

risque cardiovasculaire par rapport à une autre personne du même âge et sexe (37,38). L'optimisme comparatif est un biais de perception du risque qui permettrait d'expliquer cet écart (39,40). Ce biais comprend deux variantes : le pessimisme incorrect et l'optimisme incorrect. Il a été estimé que quatre cinquièmes des patients à haut risque cardiovasculaire sous estimaient leur risque (optimisme incorrect) et un quart des patients à bas risque sur estimaient leur risque cardiovasculaire (pessimisme incorrect) (41). Dans les deux cas la mauvaise perception du risque cardiovasculaire peut être problématique et source de mauvaise compréhension entre l'attente du médecin et celle du patient. Il existe plusieurs explications à l'optimisme comparatif. La plus utilisée est une explication motivationnelle, dans laquelle le sujet biaiserait à son avantage la répartition des événements positifs et négatifs afin de maintenir ou d'améliorer l'estime de soi ou l'identité personnelle (42).

Dans cette étude, les jeunes patients interrogés déclaraient ne pas se préoccuper de maladies cardiovasculaires, d'autres disaient ne pas avoir besoins de messages de prévention. Les patients les plus âgées estimaient que les plus jeunes ne se préoccupaient pas de prévention cardiovasculaire. Cependant les résultats sur la perception du risque cardiovasculaire en fonction de l'âge sont contradictoires (38,41,43,44). Une étude récente concluait que les jeunes adultes avaient peu conscience des risques bien qu'ils y fussent exposés (45). Les données de la littérature sont également contradictoires concernant la perception du risque cardiovasculaire en fonction du sexe (44). D'autres éléments pourraient expliquer la mauvaise perception du risque tel que le caractère retardé et potentiel de l'apparition de la maladie par rapport aux conduites à risques et l'aspect non visible des lésions (46).

Le fatalisme était une autre barrière mise en évidence dans la population du Pays COB. D'autres études qualitatives sur la perception des FDRCV décrivaient le fatalisme. Le facteur

chance était évoqué et le fait de connaître quelqu'un qui « vivait sainement » et qui avait eu une MCV justifiait la poursuite des comportements à risque : « à quoi bon faire des efforts puisque je peux avoir une MCV de toute façon si c'est mon destin » (47,48).

Certains patients percevaient le risque cardiovasculaire de façon dichotomique, blanche ou noire, sans zone grise. Le fait de ne plus fumer ou de prendre un traitement contre la tension fait « disparaître » le risque cardiovasculaire. Plusieurs articles traitent de cette vision dichotomique (49,50). D'autres éléments d'ordre social et psychologiques jouent également un rôle dans la perception du risque, rendant son interprétation encore plus complexe.

Le changement de comportement : aspect théorique

Le changement de comportement est la résultante d'un processus cognitif intégrant plusieurs variables. La plupart des patients interrogés du Pays COB estimaient que les messages de prévention étaient connus, comme montré par une autre étude française (51). Cependant ces messages n'étaient pas toujours appliqués individuellement et collectivement.

Certains patients ont exprimé leur désintérêt pour la prévention cardiovasculaire ou l'absence de nécessité de celle-ci. D'autres études avaient trouvé des résultats similaires (52,53). Cela pourrait s'expliquer par l'absence de symptômes et représentait un frein majeur au changement.

Plusieurs théories ont tenté d'expliquer le comportement d'un individu face à un risque potentiel, comme la Théorie de la Motivation à la Protection (Protection Motivation Theory) (54,55). Selon cette théorie, deux processus cognitifs parallèles peuvent expliquer les comportements vis-à-vis d'une menace : l'évaluation de la menace et l'évaluation du « coping ».

Le sujet évalue d'abord le comportement inapproprié : il évalue les bénéfices globaux du comportement inapproprié (extrinsèques et intrinsèques) qu'il confronte à sa vulnérabilité

associée à la sévérité de la menace. Il évalue ensuite le « coping »: l'efficacité des recommandations (le changement de comportement permettra de prévenir le risque), l'auto-efficacité (capacité à mettre en place les recommandations) et enfin le coût global des recommandations (argent, temps, énergie...). Ces évaluations sont subjectives et font appel au vécu, aux connaissances du risque, et au ressenti.

Plusieurs autres résultats de cette thèse concordaient avec les données de la littérature : le manque de temps et de moyens financiers peuvent être des barrières à la mise en place de mesure hygiéno-diététiques, que ça soit sur le plan de l'alimentation ou de l'activité physique (56,57). Des données sur la géographie locale en tant que frein à l'application des messages de prévention étaient retrouvées dans la littérature (58).

Le rôle du médecin généraliste (MG)

Bien que certains patients aient affirmé que leur médecin traitant n'avait jamais fait de prévention cardiovasculaire, la plupart des patients du Pays COB interrogés estimaient que le médecin généraliste était un acteur central dans la prévention cardiovasculaire. Ce rôle central était également retrouvé dans un autre travail de thèse réalisé dans le cadre du projet SPICES et portant sur la prévention cardiovasculaire au niveau national français (59). Le site internet AMELI (référentiel de l'assurance maladie en France) affirmait également ce rôle dans une page d'information aux patients (60). Cependant, chez le MG, les messages de prévention étaient dispensés au cours d'une consultation pour un autre motif. Aucun patient interrogé n'a eu de consultation dédiée à la prévention. La réalisation d'une consultation dédiée à la prévention cardiovasculaire n'était pas recommandée. Les grilles tarifaires de l'assurance maladie ne comportaient pas d'actes de prévention cardiovasculaire alors qu'elle présentait une cotation spécifique pour la prévention de l'obésité chez l'enfant et des infections sexuellement transmissibles chez l'adulte jeune (61).

De nombreuses recommandations de bonne pratique clinique pour la prévention cardiovasculaire primaire étaient disponibles pour les professionnels des soins primaires (62,63). Cependant, plusieurs études ont montré qu'elles n'étaient pas toujours appliquées (64,65). Les quatre principaux motifs avancés dans une étude espagnole étaient dans l'ordre : le manque de temps, le manque d'outils informatiques pour estimer le risque, le fait que les scores n'étaient pas issus de la population ciblée (espagnole) et l'absence d'un autre facteur de risque important. Si le manque de temps est très souvent rencontré dans ce type d'étude, il est intéressant de noter les autres résultats : de nombreux scores existent en version informatique, dont certains validés en population européenne. Et si l'EuroSCORE n'inclut pas le diabète dans le calcul du risque, c'est parce que les patients diabétiques y sont considérés à haut risque d'emblée. Aucun score n'était parfait et ils étaient tous critiquables, leur utilisation était néanmoins recommandée par plusieurs sociétés savantes.

Deux études américaines ont rapporté que la principale source d'information sur les maladies cardiovasculaires des patients étaient les médias (journaux, télévision, magazines) (66,67). Le médecin généraliste ne représentait que la troisième source d'information. Ainsi l'information pouvait être fournie en l'absence d'échange possible avec un professionnel formé. En outre ces sources d'information peuvent avoir une efficacité limitée du fait du processus de dissonance cognitive (68). Ceci a des conséquences sur la perception du risque et l'adoption ou non des mesures hygiéno-diététiques.

Perspectives : promouvoir la littératie en santé ?

Les messages de prévention échouent lorsqu'ils s'adressent aux populations en situation de précarité socioéconomique. Les patients interrogés dans le cadre de notre étude en faisaient le constat. Réussir à atteindre ces populations semblait donc primordial pour augmenter la portée

de la prévention cardiovasculaire. Les travaux autour de la littératie en santé apportent un éclairage et amorcent une perspective de solution.

Le concept de littératie en santé a été défini en 2012 comme « La connaissance, la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et appliquer l'information en matière de santé en vue de porter des jugements et de prendre des décisions de tous les jours en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir et améliorer la qualité de vie » (69). Il a ensuite été repris par l'OMS en 2013 et présenté comme un axe important de développement des systèmes de santé pour nos sociétés modernes (70).

Un rapport de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) de 2016 a estimé que le niveau de littératie en France comptait parmi les plus faibles des vingt-deux pays participants (71). Il existait un gradient de littératie entre les différents niveaux socioéconomiques. La littératie est plus faible dans les niveaux socioéconomiques bas (72).

Une étude s'intéressant spécifiquement au niveau de littératie en santé montrait une disparité au sein de la population des pays européens (73). La Bulgarie présentait le plus important « niveau général de littératie en santé inadapté » (26.9% des personnes interrogées contre 1.8% aux Pays Bas). Parallèlement, les Pays Bas avaient le plus grand pourcentage de personnes dans le groupe « excellent niveau général de littératie en santé » avec 25.1% de personnes interrogées (contre 9.1 pour l'Espagne). La France n'a pas participé à cette étude.

Plusieurs études avaient démontré qu'un faible niveau de littératie en santé avait des effets négatifs en termes de mortalité prématurée. Il y avait également une moindre participation aux campagnes de dépistage et de prévention, ainsi qu'un plus grand recours aux services d'urgences. Une augmentation des coûts en santé était constatée (70,74–76).

Les patients sont exposés à une multitude d'informations de santé provenant de sources officielles ou officieuses. Une étude anglaise évaluant la littératie de la population générale sur différents supports de communication en santé a mis en évidence que 43 % des personnes avaient un seuil de compréhension insuffisant. Lorsque la numératie et la littératie étaient évalués 61 % de la population avait un seuil de compréhension insuffisant (72). Un écart existait entre l'information délivrée et les capacités d'une partie de la population pour comprendre cette information.

En prévention cardiovasculaire, du fait de la complexité et de la quantité d'informations à intégrer, des compétences de littératie en santé sont nécessaires pour comprendre l'intérêt d'adopter un comportement protecteur.

D'une part la communication médicale doit être adaptée au niveau de littératie en santé de la population. D'autre part le succès de la prévention et de la promotion de la santé passe par l'augmentation de la littératie en santé. Toutes les ressources pertinentes (pédagogiques, sociales, médicales...) devraient être mobilisées pour améliorer la littératie en santé à tous les niveaux socioéconomiques.

En France, les pouvoirs publics commençaient à s'intéresser à la littératie en santé. Cela a fait l'objet de la Conférence Nationale de Santé (CNS) de juillet 2017 (77). Le CNS est une instance consultative placée auprès de la ministre chargée de la santé. L'objectif était la réduction des inégalités en santé. A cette occasion, un rapport faisait le point sur l'état des connaissances, les enjeux, les initiatives aux échelles nationale et locale ainsi que plusieurs propositions pour améliorer la littératie en santé (77).

Forces et limites de cette étude

Afin de limiter les biais de sélection, l'échantillonnage de cette étude a été raisonné et a respecté le principe de variation maximale. Les critères pour respecter cette variation maximale avaient été définis au préalable. Les patients étaient recrutés sur la base du volontariat, ce qui pouvait engendrer un biais de sélection. Ce biais est commun à toute étude qualitative.

Bien que cette étude s'intéressât à la prévention primaire, des patients en prévention tertiaire ont été interrogés afin d'avoir leur avis.

Concernant les catégories socioéconomiques, une seule personne était dans une catégorie haute, du fait du métier de son époux. Néanmoins considérant le tissu social du Pays COB cela semblait cohérent.

Toutes les tranches d'âge étaient représentées. Le choix d'inclure des âges extrêmes dans une problématique de prévention primaire était délibéré afin d'avoir plus de chance de recueillir des codes différents.

Les patients interrogés étaient issus des différents cantons du Pays COB ce qui a permis d'avoir une vue d'ensemble sur les dynamiques du territoire. Le principe de variation maximale était globalement respecté ce qui représentait une force de l'étude. L'inclusion a été menée jusqu'à saturation des données ce qui a permis de limiter le biais de sélection.

Le biais d'information a été minimisé par la réalisation d'un double codage en aveugle de façon indépendante par deux investigateurs. Leurs codages respectifs étaient par la suite confrontés. Quand cela était nécessaire un troisième investigateur plus expérimenté intervenait dans le travail de codage. Le risque d'interprétation subjective des données a été ultérieurement limité par le retro contrôle du codage par les patients qui le souhaitaient.

Ce travail pouvait avoir un biais d'information. Le guide d'entretien était difficilement compréhensible par les personnes interrogées. L'évolution du guide a permis de le rendre plus compréhensible et plus pertinent. Cependant les thèmes abordés restaient complexes pour une personne qui n'était pas du milieu médical. Un biais d'information lié au biais de désirabilité sociale ne pouvait être exclu.

Conclusion

Ce travail de thèse a permis de mettre en évidence les barrières à la prévention cardiovasculaire selon le point de vue des patients du Pays Centre Ouest Bretagne. C'était la première étude à s'intéresser au sujet sur le territoire.

Cinq dimensions ont été mises en évidence : spécificité du Pays COB, précarité socioéconomique, perception du risque cardiovasculaire, rôle du médecin généraliste, aberrations et fausses croyances.

Une étude miroir a été menée parallèlement et s'intéressait aux facilitateurs pour la mise en place de programmes de prévention dans le Pays COB.

Ce travail de thèse intégrait le projet SPICES qui va développer des interventions novatrices pour la prévention cardiovasculaire. Les résultats de cette étude seront utilisés pour adapter ces interventions au contexte local du Pays COB. Par la suite, des données qualitatives seront collectées auprès des patients inclus dans SPICES afin d'évaluer l'intervention mais aussi le changement du point de vue des patients au sujet de la prévention cardiovasculaire.

Bibliographie

1. Riley leanne, Cowan M. Noncommunicable Diseases: country profile 2018. World Heal. 2018. 224 p.
2. WHO. Projections of mortality and causes of death, 2016 to 2060. 2018. Disponible à : https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/. (consultée le 7 janvier 2019).
3. Mendis S, Puska P, Norrving B, World Health Organization., World Heart Federation., World Stroke Organization. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization; 2011. 155 p.
4. Nutbeam D. Glossaire de la promotion de la santé Organisation mondiale de la santé Genève. 1999. Disponible à : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf (consultée le 05 janvier 2019).
5. Puska P. From Framingham to North Karelia: From Descriptive Epidemiology to Public Health Action. Prog Cardiovasc Dis. 2010;53:15-20.
6. Unal B, Critchley JA, Capewell S. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. Circulation. 2004;109:1101-7.
7. A global brief on hypertension | A global brief on Hyper tension. 2013. Disponible à : www.who.int.(consultée le 9 septembre 2018).
8. Rapports à la commission des comptes de sécurité sociale. « La prise en charge des pathologies Cardio-Vasculaires en Europe. ». 2010. Disponible: <http://data.euro.who.int/hfamdb/>.(Consulté le 30 janvier 2019).
9. World Health Organization. From Burden to “ Best Buys ”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. 2011. Disponible à : www.weforum.org.(Consultée le 31 décembre 2018).

10. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;3:442.
11. WHO. 2013-2020 Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases. 2013. Disponible à : www.who.int. (consultée le 2 janvier 2019).
12. WHO. Statistiques sanitaires mondiales 2009. 2009. Disponible à : http://origin.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Table6.pdf.(consultée le 05 janvier 2019).
13. Schwalm JD, McKee M, Huffman MD, Yusuf S. Resource Effective Strategies to Prevent and Treat Cardiovascular Disease. *Circulation*. 2016;133:742-55.
14. Lecoffre C, De Peretti C, Gabet A. L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolutions 2008-2014. 2016. Disponible à : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/5/2017_5_1.html. (consultée le 30 janvier 2019).
15. Abramsky T, Devries K, Kiss L, Nakuti J, Kyegombe N, Starmann E, et al. Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. *BMC Med* 2014;12 :122.
16. Sweat M, Morin S, Celentano D, Mulawa M, Singh B, Mbwambo J, et al. Community-based intervention to increase HIV testing and case detection in people aged 16–32 years in Tanzania, Zimbabwe, and Thailand (NIMH Project Accept, HPTN 043): a randomised study. *Lancet Infect Dis* 2011;11:525-32.
17. The World Bank. World Bank Country and Lending Groups – World Bank Data Help Desk. 2017. Disponible à : <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>. (consultée le 5 janvier 2019).
18. WHO. Building Blocks for Action. 2002. Disponible à : <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1>.(Consultée le 5 janvier 2019)
19. Even L. En 2018, Quelle est la définition du concept de vulnérabilité dans la littérature médicale ? Revue systématique. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Brest. 2018.
20. ORS Bretagne. Tableau de bord santé pays Bretagne. Disponible:

- <http://www.santepays.bzh/pages/tableau-de-bord-sante-focus-22CEOB.html#a2>.(consultée le 6 janvier 2019).
21. Beauchamp A, Peeters A, Tonkin A, Turrell G. Best practice for prevention and treatment of cardiovascular disease through an equity lens: a review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010; 17:599-606.
 22. Murray J, Fenton G, Honey S, Bara AC, Hill KM, House A. A qualitative synthesis of factors influencing maintenance of lifestyle behaviour change in individuals with high cardiovascular risk. *BMC Cardiovasc Disord* 2013;13:48.
 23. Murray J, Honey S, Hill K, Craigs C, House A. Individual influences on lifestyle change to reduce vascular risk: a qualitative literature review. *Br J Gen Pract* 2012;62:403-10.
 24. Legoff E. Projet SPICES : Etat des lieux de la prévention cardio-vasculaire en France. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Brest. 2018.
 25. Une évolution démographique positive - Territoire - Le Pays Centre Ouest Bretagne vous accueille durablement. Disponible à : http://www.centre-ouest-bretagne.org/territoire/une_evolution_demographique_positive. (Consultée le 28 mars 2019).
 26. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart* 2016;102:1009-16.
 27. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Hanratty B. Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English Longitudinal Study of Ageing. *Eur J Prev Cardiol* 2018; 25:1387-96.
 28. ARS Bretagne. Portrait statistique en santé précarité Pays du Centre-Ouest Bretagne. 2018. Disponible à : [https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-04/2018-04 - Obs terr - Fiche_Pays du Centre-Ouest Bretagne.pdf](https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-04/2018-04_-_Obs_terr_-_Fiche_Pays_du_Centre-Ouest_Bretagne.pdf).(consultée le 25 mars 2019).
 29. Lecoffre C. Hospitalisations pour maladies cardio-neuro-vasculaires et désavantage social en France en 2013. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2016;21:359-366.
 30. Foster HME, Celis-Morales CA, Nicholl BI, Petermann-Rocha F, Pell JP, Gill JMR, et al. The

- effect of socioeconomic deprivation on the association between an extended measurement of unhealthy lifestyle factors and health outcomes: a prospective analysis of the UK Biobank cohort. *Lancet Public Heal* 2018;3:576-85.
31. Blanquet M, Debost-Legrand A, Gerbaud L, de La Celle C, Brigand A, Mioche L, et al. Metabolic syndrome and social deprivation: results of a French observational multicentre survey. *Fam Pract* 2016;33:17-22.
 32. Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health* 2013; 67:190-3.
 33. ARS Bretagne. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. 2018. Disponible: https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-06/PRAPS_20180629_ARSBretagne.pdf. (consultée le 23 mars 2019).
 34. Aménagement numérique - Réfléchir et agir - Le Pays Centre Ouest Bretagne vous accueille durablement; Disponible à : <http://www.centre-ouest-bretagne.org/Reflechir-et-agir/Amenagement-numerique>.(consultée le cité le 25 mars 2019).
 35. American psychiatric association., Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C, et al. *Mini DSM-5® : critères diagnostiques* . Elsevier Masson. 2016.
 36. INSEE. Portrait de territoire COB. 2016. Disponible à : <https://drive.google.com/file/d/0B0AIXW6XoD8uaGpWUjBCc014cmM/view>. (consultée le 8 octobre 2017).
 37. Katz M, Laurinavicius AG, Franco FG, Conceicao RD, Carvalho JA, Pesaro AE, et al. Calculated and perceived cardiovascular risk in asymptomatic subjects submitted to a routine medical evaluation: The perception gap. *Eur J Prev Cardiol* 2015;22:1076-82.
 38. De Lima MM, Da Silva GR, Filho SSJ, Granja F. Association between perceived lifetime risk of cardiovascular disease and calculated risk in a male population in Brazil. *Vasc Health Risk Manag* 2016;12:279-86.

39. Webster R, Heeley E. Perceptions of risk: understanding cardiovascular disease. *Risk Manag Healthc Policy*. Dove Press 2010;3:49-60.
40. Kouabenan DR, Munoz Sastre MT, Cadet B, Hermand D. *Psychologie du risque*. 1^{er} édition. De Boeck Supérieur. 2007.206.
41. Van der Weijden T, Van Steenkiste B, Stoffers HEJH, Timmermans DRM, Grol R. Primary Prevention of Cardiovascular Diseases in General Practice: Mismatch between Cardiovascular Risk and Patients' Risk Perceptions. *Med Decis Mak* 2007;27:754-61.
42. Milhabet I, Desrichard O, Verlhiac J. Comparaison Sociale et Perception des Risques : l'Optimisme Comparatif. *Perspectives cognitives et conduites sociales* 2002;8:215-245
43. Niknian M, McKinlay SM, Rakowski W, Carleton RA. A comparison of perceived and objective CVD risk in a general population. *Am J Public Health* 1989;79:1653-4.
44. Webster R, Heeley E. Perceptions of risk: understanding cardiovascular disease. *Risk Manag Healthc Policy* 2010;3:49-60.
45. Bucholz EM, Gooding HC, de Ferranti SD. Awareness of Cardiovascular Risk Factors in U.S. Young Adults Aged 18–39 Years. *Am J Prev Med* 2018;54:67-77.
46. Angus J, Evans S, Lapum J, Rukholm E, St. Onge R, Nolan R, et al. “Sneaky disease”: the body and health knowledge for people at risk for coronary heart disease in Ontario, Canada. *Soc Sci Med* 2005;60:2117-28.
47. Morgan EH, Graham ML, Folta SC, Seguin RA. A qualitative study of factors related to cardiometabolic risk in rural men. *BMC Public Health* 2016;16:305.
48. Van Steenkiste B, Van der Weijden T, Timmermans D, Vaes J, Stoffers J, Grol R. Patients' ideas, fears and expectations of their coronary risk: barriers for primary prevention. *Patient Educ Couns* 2004;55:301-7.
49. Van Steenkiste B, Van Der Weijden T, Timmermans D, Vaes J, Stoffers J, Grol R. Patients' ideas, fears and expectations of their coronary risk: barriers for primary prevention. *Patient Educ Couns* 2004;55:301-7.
50. Van der Weijden T, Bos LB, Koelewijn-van Loon MS. Primary care patients? recognition of their own risk for cardiovascular disease: implications for risk communication in practice. *Curr*

Opin Cardiol 2008;23:471-6.

51. Mansouri L CL. Connaissances et perceptions de la notion de facteur de risque cardiovasculaire chez les patients en médecine générale. *Exercer*. 2013;107:124-5.
52. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GHMI, Gorgels APM, van Ree JW. Experiences of doctors and nurses implementing nurse-delivered cardiovascular prevention in primary care: a qualitative study. *J Adv Nurs* 2011;67:1758-66.
53. George CE, Ramadas D, Norman G, Mukherjee D, Rao T. Barriers to cardiovascular disease risk reduction: Does physicians' perspective matter? *Indian Heart J* 2016;68:278-85.
54. FLOYD DL, PRENTICE-DUNN S, ROGERS RW. A Meta-Analysis of Research on Protection Motivation Theory. *J Appl Soc Psychol* 2000;30:407-29.
55. Plotnikoff RC, Higginbotham N. Protection Motivation Theory and exercise behaviour change for the prevention of heart disease in a high-risk, Australian representative community sample of adults. *Psychol Health Med* 2002;7:87-98.
56. Serour M, Alqhenaei H, Al-Saqabi S, Mustafa A-R, Ben-Nakhi A. Cultural factors and patients' adherence to lifestyle measures. *Br J Gen Pract* 2007;57:291-5.
57. Nielsen JB, Leppin A, Gyrd-Hansen DE, Jarbøl DE, Søndergaard J, Larsen PV. Barriers to lifestyle changes for prevention of cardiovascular disease - a survey among 40-60-year old Danes. *BMC Cardiovasc* 2017;17:245.
58. Doolan-Noble F, Tracey J, Mann S. Why are there gaps in our management of those with high cardiovascular risk? *J Prim Health* 2012;4:21-9.
59. Nougès P. Prévention primaire des maladies cardiovasculaires : état des lieux en France à partir du questionnaire du projet SPICES. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Brest. 2018.
60. AMELI. Réduire le risque cardiovasculaire.2019. Disponible à : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/risque-cardiovasculaire/reduire-risque-cardiovasculaire>.(Consultée le 28 mars 2019).
61. AMELI. Tarifs en métropole. 2019. Disponible à : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>.(Consultée le 28 mars 2019).

62. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2016;37:2315-81.
63. Haute Autorité de Santé - Évaluation et prise en charge du risque cardio-vasculaire - Recommandation abrogée. 2018. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2754387/fr/evaluation-et-prise-en-charge-du-risque-cardio-vasculaire-recommandation-abrogee.(consultée le 28 mars 2019).
64. Brotons C, Lobos JM, Royo-Bordonada MÁ, Maiques A, de Santiago A, Castellanos Á, et al. Implementation of Spanish adaptation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in primary care. *BMC Fam Pract* 2013;14:36.
65. Reiner Z, Sonicki Z, Tedeschi-Reiner E. Physicians' perception, knowledge and awareness of cardiovascular risk factors and adherence to prevention guidelines: the PERCRO-DOC survey. *Atherosclerosis*. Elsevier 2010;213:598-603.
66. Mosca L, Mochari-Greenberger H, Dolor RJ, Newby LK, Robb KJ. Twelve-year follow-up of American women's awareness of cardiovascular disease risk and barriers to heart health. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010;3:120-7.
67. Pancioli AM, Broderick J, Kothari R, Brott T, Tuchfarber A, Miller R, et al. Public Perception of Stroke Warning Signs and Knowledge of Potential Risk Factors. *JAMA* 1998;279:1288.
68. Gallopel K, Lesage C. Prise en compte du phénomène de dissonance cognitive pour accroître l'efficacité des campagnes anti-tabac sur une cible de jeunes Français. *Polit Manag public* 2003;21:89-116.
69. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80.
70. Health Organization W, Office for Europe R. Health literacy : The solid facts. 2013. Disponible à : <http://www.euro.who.int/pubrequest>. (consultée le 29 mars 2019).
71. OECD.L'importance des compétences. 2016. Disponible à : https://www.oecd-ilibrary.org/education/l-importance-des-competences_9789264259492-fr.

(Consultée le 12 mai 2019).

72. Rowlands G, Protheroe J, Winkley J, Richardson M, Seed PT, Rudd R. A mismatch between population health literacy and the complexity of health information: an observational study. *Br J Gen Pract* 2015;65:379-86.
73. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015;25:1053-8.
74. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. *Arch Intern Med*. 2007;167(14):1503.
75. Haun JN, Patel NR, French DD, Campbell RR, Bradham DD, Lapcevic WA. Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. *BMC Health Serv Res* 2015;15:249.
76. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess* 2011;199:1-941.
77. Conférence nationale de santé. La littératie en santé - usagers et professionnels : tous concernés !. 2017. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_plen_060717_litteratie_en_sante_v_diffusee_en_v_pmc_2304_vuap_24_250418.pdf.(consultée le 3 mars 2019).

Abréviations

MCV Maladies Cardiovasculaires

FDRCV Facteurs De Risques Cardiovasculaires

OMS Organisation Mondiale de la Santé

SPICES Scaling-up Packages of Intervention for Cardiovascular disease prevention in selected site in Europe and Sub-saharan Africa

Pays COB Pays Centre Ouest Bretagne

DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux -5

MG Médecin Généraliste

OCDE Organisation de Coopération et de Développement Economiques

Annexes

Annexe n°1 : Questionnaire original de Makerere

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

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

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

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

General questions on policy and healthcare systems—Literature and interviews

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

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

—KI Interviews

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

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

1. How prepared is this primary healthcare facility to address CVDs prevention, care and management?
2. How does the infrastructure at this health facility facilitate/hinder the implementation of CVD prevention, care and management programs?
3. What kinds of infrastructure changes are needed to effectively and efficiently implement CVD prevention, care and management programs? (Changes in scope of practice? Changes in formal policies? Changes in information systems or electronic records systems? Other?)
4. Can you describe the process that will be needed to make these changes?
5. Which CVDs are treated at the health facility? Probe: whether they should be treated at that level according to the norm, any constraints faced and the reasoning behind unexpected treatment.
6. Which cadres are providing any CVD prevention, care and management? Probe: whether they are the right cadres according to the norms to be providing these services, any constraints faced and the reasoning behind the constraints.
7. In your opinion, does the facility have adequate transportation for: 1) Evacuation of emergency CVD cases? 2) Providing outreach services for CVD prevention, care and management and control? Probe: Why for any given response?
8. Does the health facility have any CVD prevention, control and management guidelines in place? Which guidelines are in use?

9. Describe the role different staffing groups within the health facility play in the delivery of CVD programs.
10. What are your thoughts on the suitability of this health facility/primary healthcare to provide/deliver public health services in general? [geography, opening hours, ease of access, time pressures, privacy, space, pharmacist/pharmacy assistant training]
11. Describe your working relationship with other professionals involved in cardiovascular healthcare. [Referrals to and from GPs, any areas of conflict, professional identity, impact on service]
12. What are the CVD referral mechanisms used by health facility staff to refer patients to other health facilities?

Annexe n°2 : Traduction du questionnaire de Makerere

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

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

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

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

Offre de soins existante

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

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

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

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale. Notre entretien a lieu dans le cadre du projet SPICES, Kalon Yac'h (Cœur Sain en Breton), où nous voulons développer des stratégies innovantes pour améliorer la prévention primaire des Maladies Cardiovasculaires.

La prévention primaire des maladies cardiovasculaire intervient avant que la maladie ne se soit installée, c'est-à-dire avant la survenue de l'infarctus ou de l'accident vasculaire cérébral. Cela est possible en agissant sur les facteurs de risque de la maladie.

L'étude prévoit la mise en place de différentes interventions de prévention des maladies cardiovasculaires dans le Pays Centre Ouest Bretagne.

Je réalise un travail de thèse qui a pour objectif d'apprécier la prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires dans le Pays COB et je m'intéresse plus particulièrement au parcours des patients.

Le but de cet entretien est de laisser libre cours à la parole, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. L'entretien dure en général de 30 minutes à une heure. Votre anonymat sera assuré.

Notre entretien sera retranscrit pour être analysé. Il est plus aisé pour moi de l'enregistrer dans un premier temps. Cela ne vous dérange pas ? Souhaitez-vous relire l'entretien à la suite de sa retranscription ?

Question brise-glace : Pouvez-vous me raconter la dernière fois où vous avez discuté ou entendu parler de prévention des maladies cardiovasculaires ?

1. Quels sont, selon vous, les groupes de personnes les plus à risque des MCV ?

2. Dans les groupes à risque que vous avez identifiés pensez-vous qu'ils aient des préoccupations particulières ?
3. Qui n'est pas atteint par le message (ou les mesures de prévention) ? Pourquoi ? Comment pouvons-nous les atteindre ?

Pouvez- vous me raconter la dernière fois où vous avez discuté de prise en charge de facteurs de risques des MCV ?

4. Qui prend en charge les facteurs de risque des MCV ? Comment ? *Relance : par exemple l'obésité ou l'hypertension*
5. Comment se passe votre suivi concernant les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires ? Est-il planifié ? Par qui ?
6. Que pensez-vous des programmes actuels de prévention des maladies cardiovasculaires ? Comment peut-on les améliorer ?
relance : manger bouger, 5 fruits et légumes
7. Quels sont, pour vous, les principales limites du système de soins actuel dans la prévention des maladies cardiovasculaires ? *(Personnel de santé, planification des programmes de santé ? structures ?)*
8. Comment améliorer le système de soins ?
9. Comment peut-on vous permettre de vous autonomiser dans la prévention des maladies cardiovasculaires ? Qu'est-ce qui vous aiderait à le faire ?

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

10. Avez-vous déjà modifié vos traitements par vous-même ?

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

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

Question brise-glace : Pouvez-vous me raconter la dernière fois où vous avez discuté ou entendu parler de prévention des maladies cardiovasculaires ? (Maladies cardiaques / IDM / attaques)

1. Décrivez-nous ce qui pour vous est une personne à risque de maladies cardiaques ?

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

2. Et vous comment vous décririez vous ?

Relance : Selon vous quel est votre niveau de risque cardiovasculaire ?

3. Qui n'est pas atteint par le message (ou les mesures) de prévention ?

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

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

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

Relance : par exemple obésité et hypertension.

2. Comment se passe votre suivi concernant les facteurs de risques des maladies cardiovasculaires ? Vous sentez-vous bien pris en charge concernant les maladies cardiovasculaire qu'en pensez-vous ? Comment pourrait-on améliorer le système de soins ?

3. Voyez-vous un programme de prévention dans le pays COB ?

Relance : manger bouger, 5 fruits et légumes

On recommande de plus en plus d'être autonome par rapport aux maladies cardiovasculaires.

4. Comment voyez-vous votre autonomie par rapport à la prévention des maladies cardiovasculaires ?

Relance : traitement , activité physique, alimentation. Dans les comportements à risques et dans le contrôle des facteurs de risque ?

5. Quels sont selon vous les éléments culturels qui influencent les programmes de prévention des maladies cardiovasculaires ? (Croyances, valeurs, code de conduites, idées reçues, etc..)

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

Annexe n°5 : Tableau de codage et verbatim des entretiens anonymisés

Une clef USB avec le tableau codage et les entretiens anonymisés a été remis aux membres du jury.

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;
que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

**SASSIER (François) – Quelles sont les barrières à la prévention primaire des maladies cardiovasculaires du point de vue des patients dans le Pays Centre Ouest Bretagne ?-
Th. : Méd. : Brest 2019**

RESUME :

Introduction : En 2015, les maladies cardiovasculaires étaient la première cause de mortalité dans le monde. Le projet SPICES est une étude d'implémentation sur des stratégies non médicamenteuses innovantes pour la prévention cardiovasculaire primaire. Un état des lieux devait être réalisé au préalable. Cette étude s'intéressait aux barrières à la prévention primaire des maladies cardiovasculaires du point de vue des patients.

Matériel et méthode : étude qualitative par entretiens semi directif jusqu'à saturation des données. La grille d'entretien était inspirée du questionnaire de Makerere. L'échantillonnage était raisonné à variation maximale. Les entretiens étaient retranscrits et codés en double aveugle. L'analyse des résultats était thématique.

Résultats : Les principales barrières étaient : la précarité socioéconomique, la perception du risque cardiovasculaire et des messages de prévention, le rôle du médecin généraliste et les fausses croyances. Certaines barrières étaient considérées comme spécifiques au Pays COB comme l'isolement géographique et sanitaire, la culture alimentaire et festive, l'absence de programme locaux de prévention, le manque de moyens économiques pour la santé et la précarité. Différentes barrières au changement de comportement ont été mises en évidence.

Conclusion : Plusieurs barrières à la prévention cardiovasculaire ont été identifiées. Une étude miroir s'intéressant aux facilitateurs était menée parallèlement. Les résultats de cette étude seront utilisés pour définir les interventions et les adapter au contexte local du Pays COB.

MOTS CLES :

Barrières
Prévention cardiovasculaire
Prévention primaire
Projet SPICES

JURY :

Président : Pr LE RESTE

Membres : Dr ODORICO

Pr LE FLOCH

Pr CHIRON

DATE DE SOUTENANCE :

20 juin 2019