



HAL
open science

Dans l'étude SPICES, quels sont les facilitateurs à l'évaluation du risque cardiovasculaire par le score interheart selon les évaluateurs ?

Élise Guitteny

► To cite this version:

Élise Guitteny. Dans l'étude SPICES, quels sont les facilitateurs à l'évaluation du risque cardiovasculaire par le score interheart selon les évaluateurs ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03205923

HAL Id: dumas-03205923

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03205923>

Submitted on 22 Apr 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 : 2021

Thèse présentée par :

Madame Élise Guitteny

Née le 01/01/1991 à Saint Sébastien sur Loire

Thèse soutenue publiquement le 14 janvier 2021

Titre de la thèse :

Dans l'étude SPICES, quels sont les facilitateurs à l'évaluation du risque
cardiovasculaire par le score interheart selon les évaluateurs ?

Président Professeur Bernard Le Floch

Membres du jury Docteur Marie Barais

Docteur Delphine Le Goff

Docteur Julien Tanniou

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	Ophtalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
SARAUX Alain	Rhumatologie
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1ère Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BEZON Éric	Chirurgie thoracique
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 esthétique	Chirurgie plastique, reconstructrice et
KERLAN Véronique métaboliques	Endocrinologie, diabète et maladies
LACUT Karine	Thérapeutique
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique traumatologique	Chirurgie orthopédique et
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 2ème Classe

ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
COUTURAUD Francis	Pneumologie
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan	Réanimation
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LIPPERT Éric	Hématologie
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard
LE RESTE Jean-Yves

Professeur des Universités Associé de Médecine Générale (à mi-temps)

BARRAINE Pierre

CHIRON Benoît

Professeur des Universités

BORDRON Anne

Biologie cellulaire

Professeur des Universités Associé (à mi-temps)

METGES Jean-Philippe

Cancérologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe

Immunologie

MOREL Frédéric

Biologie et médecine du développement
et de la reproduction

PERSON Hervé

Anatomie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1ère 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 2ème Classe

BERROUIGUET Sofian

Psychiatrie d'adultes

BRENAUT Emilie

Dermato-vénéréologie

CORNEC-LE GALL

Emilie Néphrologie

GUILLOU Morgane

Addictologie

MAGRO Elsa

Neurochirurgie

ROBIN Philippe

Biophysique et médecine nucléaire

SALIOU Philippe

Epidémiologie, économie de la santé et

prévention

SCHICK Ulrike

Cancérologie

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

NABBE Patrice

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

BARAIS Marie

BEURTON COURAUD Lucas

DERRIENNIC Jérémy

Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

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

Maîtres de stage universitaires-référents (Ministère des Armées)

LE COAT Anne	Médecine générale
SCELLOS Olivia	Médecine générale

I. Résumé

Mots-clés : facilitateurs, prévention cardiovasculaire, maladies cardiovasculaires, projet SPICES.

Introduction : Les MCV sont la 1^{ère} cause de mortalité dans le monde avec environ 17,7 millions de décès en 2017. Le projet SPICES est une étude d'implémentation qui vise à organiser une prévention primaire efficace dans des territoires défavorisés, le pays Centre Ouest Bretagne (COB) en France. Une évaluation des RCV a été réalisée sur ce territoire. Ce travail cherche les facilitateurs à l'évaluation des RCV par le score Interheart par des évaluateurs étudiants ou des volontaires.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés auprès de 11 évaluateurs. Un guide d'entretien a été réalisé en groupe de thèse. Les entretiens étaient menés jusqu'à saturation théorique des données qui ont été analysées puis codées en double aveugle avant d'être analysés par thèmes.

Résultats : Les évaluateurs interrogés étaient étudiants en santé ou citoyen volontaire. Quatre thèmes de facilitateurs ont été retrouvés, la logistique avec la formation initiale et l'encadrement, les supports disponibles comprenant le matériel à disposition, la médiatisation et l'organisation, les évaluateurs eux-mêmes qui en tiraient un bénéfice et l'accueil par les acteurs locaux et la population.

Conclusion : Une formation initiale était nécessaire à l'évaluation des risques cardiovasculaires. L'utilisation des étudiants en santé dans un rôle de prévention est bénéfique pour eux et appréciée de la population, l'intégration plus importante de citoyens locaux est à promouvoir, elle permet un investissement validant l'intérêt de l'étude. Une médiatisation plus importante pourrait être envisagée pour améliorer la diffusion de l'étude, notamment via les réseaux sociaux. Un autre travail sur les freins est réalisé en parallèle.

II. Abstract

Keywords: facilitators, cardiovascular prevention, cardiovascular diseases, SPICES project.

Introduction: Cardiovascular diseases are the first cause of death in the world with around 17.7 million of death in 2017. The SPICES project is an implementation study which purpose is to organize an efficient primary prevention in the disadvantaged areas, the pays Centre Ouest Bretagne in France. A cardiovascular risks' evaluation took place in this area. This work's aim is to look after facilitators to cardiovascular risk's evaluation by Interheart Score by evaluators, students or volunteer.

Method: A qualitative study with 11 individuals' semi-structured interviews with the participants has been led. The interview guide has been made in a thesis group. The interviews were done until theory saturation of the incomes which were analyzed and coded in double blinded way before being presented by themes.

Results: Evaluators interviewed were health students or volunteer. Four types of facilitators have been found, logistic with initial formation, organization and supervision, available supports including equipment and medialization, evaluators themselves whom felt benefits and the welcome of the local actors and population.

Conclusion: An initial formation is necessary to cardiovascular' risks' evaluation. Using health students in a prevention role was benefic to them and appreciated by the population. Local citizen's integration is to promot, it allows an investment valuating the study appliement. A more important medialization could be used in order to give a better diffusion to the study, including with social network. Another work about barriers is realized in the same time.

Table des matières

I.	Résumé.....	6
II.	Abstract.....	7
III.	Introduction.....	11
IV.	Méthode.....	16
V.	Résultats.....	20
	1. Facilitateurs liés à la logistique.....	22
	a. L'encadrement.....	22
	b. La formation initiale.....	23
	c. Les lieux de dépistage.....	23
	d. L'organisation.....	24
	2. Facilitateurs liés au support.....	24
	a. Le matériel.....	24
	b. La médiatisation.....	25
	3. Facilitateurs liés aux évaluateurs.....	26
	a. Ambiance interne au groupe d'évaluateurs.....	26
	b. Cohésion de groupe.....	26
	c. Bénéfice ressenti.....	27
	d. Exercice pratique.....	28
	4. Facilitateurs liés à l'accueil.....	29
	a. Accueil local.....	29
	b. Accueil de la population.....	30
VI.	Discussion.....	31
	1. Synthèse des résultats.....	31
	2. Forces et limites de l'étude.....	32
	3. Comparaison avec la littérature internationale.....	34

a.	Logistique.....	34
b.	Support.....	36
c.	Evaluateurs.....	37
d.	Accueil.....	39
4.	Perspectives.....	40
VII.	Conclusion.....	42
VIII.	Bibliographie.....	43
IX.	Annexes	46
1.	Annexe 1 : « non laboratory INTERHEART score ».....	46
2.	Annexe 2 : prospectus d'information.....	47
3.	Liens.....	50
a.	Retranscription des entretiens.....	50
b.	Tableau de codage des entretiens.....	50
4.	Guide d'entretien initial.....	51
5.	Guide d'entretien final.....	52
X.	Serment d'Hippocrate.....	53

Abréviations

MCV : maladies cardio-vasculaires

AVC : accident vasculaire cérébral

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCV : risque cardiovasculaire

FDRCV : facteur de risque cardiovasculaire

ESC : European Society of Cardiology

PROCAM : Prospective Cardiovascular Münster

SCORE : *Systematic Coronary Risk Estimation*

GSLA: Groupe de travail Lipides et Athérosclérose

HAS : Haute Autorité de Santé

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

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IFAS : Institut de Formation des Aide-Soignants

Pays COB : Pays Centre Ouest Bretagne

III. Introduction :

Dans le monde, les maladies cardio-vasculaires (MCV) sont la première cause de mortalité. Elles regroupent les maladies cérébro-vasculaires, les cardiopathies coronariennes et rhumatismales, les artériopathies périphériques, les malformations cardiaques congénitales et les thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires. Les MCV ont conduit en 2017 à environ 17,7 millions de décès. Plus de 75% des décès sont survenus dans des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire (1).

Les facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires (FDRCV) sont divisés en facteurs de risque non modifiables comprenant l'âge, le sexe et l'hérédité et des facteurs de risque modifiables tels que le tabagisme, les dyslipidémies, le diabète, la consommation d'alcool, l'hypertension artérielle et la sédentarité (2). Ces critères modifiables sont recherchés dans le cadre de la prévention et leur contrôle diminue l'incidence des MCV (3). Les MCV se déclarant à distance du début des comportements à risque ou d'une hygiène de vie non appropriée, certaines personnes ne se sentent pas concernées. Chez les adolescents par exemple, on peut observer un sentiment « d'invincibilité » (4). Il est possible de cibler la prévention sur certains individus à l'aide d'un score de risque cardiovasculaire (5).

La prévention des risques cardio-vasculaires (RCV) est réalisée dans 66% des cas par les médecins généralistes (6). Ceux-ci utilisent des outils, dont les scores d'évaluation des RCV.

Les différents scores de RCV s'appuient sur des questionnaires, des analyses biologiques et des mesures physiques. Ainsi on trouve le SCORE de l'ESC, le PROCAM adapté par la GSLA (7,8), qui sont validés dans la prévention des RCV. Le score INTERHEART utilisé dans l'étude SPICES est original car il a été construit sans paramètre biologique. En effet, le questionnaire comporte 5 thèmes (antécédents personnels et

familiaux, tabagisme, stress, activité physique, régime alimentaire) sous forme de questions à choix multiples ainsi que deux mesures physiques (tour de taille et tour de hanche en cm) nécessitant un mètre ruban uniquement. Le rapport du tour de taille sur le tour de hanche permet d'obtenir un rapport estimant le syndrome métabolique (9). Il est peu onéreux et ne nécessite pas de formation médicale ou de geste technique médical. Son abord simple permet à des personnes n'étant pas nécessairement du domaine médical de l'utiliser.

L'OMS a mis en place des priorités stratégiques pour la lutte contre les MCV dans le monde avec notamment une volonté de réduire les principaux FDRCV par des programmes à base communautaire et d'établir des normes pour les soins et une prise en charge des MCV avec un bon rapport coût efficacité (10). C'est dans ce contexte que s'est inscrit le développement de l'étude SPICES.

L'étude SPICES (**S**caling-up **P**ackages of Interventions for **C**ardiovascular disease prevention in selected sites in **E**urope and **S**ub-Saharan Africa) est une étude d'implémentation multicentrique qui a débuté le 1^{er} janvier 2017 et se terminera en décembre 2021 (11). Son objectif est d'évaluer des stratégies de prévention du RCV dans des milieux ruraux et semi-urbains de pays à faibles revenus (Ouganda), et à revenus moyens (Afrique du Sud) et dans des milieux vulnérables de 3 pays à hauts revenus (Belgique, France et Royaume-Uni) ainsi que de documenter les freins et facilitateurs inhérents à la réalisation de l'étude dans ces différents contextes. Le score Interheart a été retenu pour évaluer les RCV lors de l'étude SPICES.

L'étude a été financée par la Commission Européenne dans le budget Horizon 2020 concernant la recherche et l'innovation lancé en janvier 2014 (12). Les équipes de recherche du projet SPICES s'intéressent aux populations en situation de vulnérabilité, c'est-à-dire avec une forte prévalence des MCV, un niveau socio-économique plus faible, un accès limité aux soins ou une difficulté d'accès à la prévention primaire (11).

En France, cette étude s'est déroulée en pays COB (**C**entre **O**uest **B**retagne) qui est un territoire s'étendant sur trois départements (Morbihan, Finistère et Côtes d'Armor) (13). Il est représenté géographiquement par la figure 1.

Figure 1: carte du pays COB



Ce territoire a été choisi pour sa vulnérabilité, sur le plan de la santé et de l'offre de soins. Selon un rapport de l'ARS paru en 2010, la population du pays COB présentait une mortalité générale supérieure de 22% chez les hommes et 16% chez les femmes par rapport aux moyennes françaises entre 2000 et 2006 (14). On notait une surmortalité prématurée évitable augmentée de 58% par rapport à la norme française. Celle-ci est liée à des pratiques et des comportements à risques accessibles à la prévention primaire. Par ailleurs on remarque que le pays COB présente une densité de professionnels de santé libéraux

inférieure à la moyenne française (81,2 médecins généralistes pour 100000 habitants pour 89,9 en France en 2018), ce qui le place dans une vulnérabilité concernant l'offre de soins. Malgré tout, ce territoire est dynamique grâce aux acteurs locaux qui s'impliquent dans la santé avec le Contrat Local de Santé 2017-2020, visant notamment à améliorer l'accès à la prévention et aux services de proximité (15).

Une première étape a été réalisée par l'équipe de SPICES qui a mené une évaluation de la prévention primaire dans le pays COB pour déterminer les interventions possibles (16). Par la suite, l'étape d'évaluation des RCV dans la population du pays COB a été réalisée d'avril à septembre 2019. Les sites d'évaluation étaient choisis par l'équipe de recherche en lien avec les partenaires locaux et notamment l'attachée territoriale de santé. Il y avait des évènements sportifs et culturels, des entreprises, des hôpitaux locaux, des pharmacies et des commerces. Les évaluateurs étaient envoyés par l'équipe SPICES sur le terrain. Ils recueillaient le consentement oral des participants et leur proposaient une évaluation du RCV à l'aide du questionnaire INTERHEART sur des tablettes mises à disposition par le département universitaire de médecine générale de Brest. Afin d'intégrer l'étude, les participants devaient avoir 18 ans ou plus, habiter ou travailler en pays COB et ne pas présenter de MCV. En fin d'évaluation, chaque participant obtenait un score de RCV allant de faible à élevé. Cette évaluation avait pour but de connaître le RCV de la population du pays COB et de recruter des personnes à risque modéré afin de les intégrer s'ils le souhaitaient, à la phase interventionnelle de l'étude SPICES. En cas d'accord, leurs coordonnées étaient recueillies par les évaluateurs afin de les contacter ultérieurement et pour mettre en place les mesures visant à réduire leur RCV. Les personnes présentant un RCV élevé étaient orientées vers leur médecin traitant. En fin de questionnaire, un conseil minimal adapté au score obtenu était délivré, en lien avec les recommandations actuelles. Il était lié aux règles hygiéno-diététiques, à la pratique sportive et à l'arrêt du tabac

notamment. Les évaluateurs donnaient un prospectus reprenant les informations sur l'étude SPICES à chaque participant (Annexe 2).

Les évaluateurs du RCV déployés en Pays COB étaient des étudiants en santé (élèves infirmiers en 1^{ère} année, étudiants en 3^e année de médecine, étudiants en 2^e année de kinésithérapie) dans le cadre de leur service sanitaire et des citoyens volontaires. Le service sanitaire a été mis en place à la rentrée universitaire 2018 à destination de 47000 étudiant en santé annuellement (17,18). Il a pour but d'initier ces étudiants à la prévention et à la promotion de la santé, d'apporter des actions de prévention à des publics divers (17,19).

Lors de ces sessions, les évaluations avaient lieu en plein air avec des stands à disposition, ou bien dans des pièces dédiées mises à disposition par les acteurs locaux. Chaque évaluateur et encadrant avait un coupe-vent estampillé au logo de l'étude ainsi qu'une sacoche contenant le matériel nécessaire. Les évaluateurs étaient encadrés par un ou plusieurs internes de médecine générale du projet SPICES.

Cette thèse s'intéresse aux facilitateurs permettant une évaluation du RDV pour répliquer cette évaluation, proposer des améliorations en soins premiers ou inspirer d'autres études en population générale. Les freins ont été étudiés dans une autre thèse réalisée avec le même groupe d'évaluateurs (20).

La question de recherche de cette thèse était : Dans l'étude SPICES, quels sont les facilitateurs à l'évaluation du risque cardiovasculaire par le score interheart selon les évaluateurs ?

IV. Méthode :

Cette étude était une étude qualitative réalisée à l'aide d'entretiens individuels semi-structurés d'évaluateurs.

Les évaluateurs étaient répartis en petits groupes sur les événements et les lieux identifiés par l'équipe de recherche puis encadrés par les internes de médecine générale présentes en tant que chercheuses. Les étudiants en santé avaient reçu avant les journées d'évaluation une formation magistrale reprenant le contexte actuel des maladies cardiovasculaires, tandis que le citoyen volontaire n'avait pas de formation préalable. Lors des journées d'évaluation, la chercheuse était observatrice et participante. Elle était responsable de la logistique, de l'organisation sur place et du contact avec les acteurs locaux. Elle encadrait les évaluateurs et réalisait également des évaluations.

Les chercheuses ont encadré les groupes d'évaluateurs sur le terrain aux mois d'avril, mai et juin 2019, lors des interventions sur un tournoi de football à Guéméné sur Scorff le 20 avril 2019, des pharmacies à Rostrenen le 15 mai 2019, un festival de théâtre à Gourin le 11 mai 2019, un marché à Huelgoat le 23 mai 2019 et un tournoi de foot à Plonévez-du-Faou le 1er juin 2019.

Les évaluateurs étaient accueillis par la chercheuse qui leur donnait à chacun une tablette, un mètre-ruban et des prospectus récapitulant l'étude. La chercheuse installait le stand et revoyait le mode de fonctionnement des tablettes avant de débiter avec les évaluateurs. Ceux-ci étaient ensuite en autonomie et pouvaient se référer aux chercheuses en cas de difficulté.

Lors d'un groupe de thèse, le guide d'entretien a été mis au point par les différents chercheurs. Afin de relever les freins et facilitateurs à l'évaluation des RCV, il a été construit autour de plusieurs thèmes : une première partie avec la question brise-glace « qu'est ce qui t'a le plus marqué au cours de tes journées de dépistage ? » Ensuite venait le thème

organisation et logistique, le thème freins/difficultés/refus puis le thème facilitateurs. Pour terminer, le thème développement personnel puis les perspectives d'amélioration étaient abordées. Au cours de l'entretien, des relances fréquentes pour aller chercher le maximum d'informations étaient prévues. Les modifications apportées étaient validées au préalable en groupe de thèse.

Quatre à cinq mois après les journées d'évaluation, les chercheuses ont contacté des évaluateurs avec qui elles avaient réalisé ces temps d'évaluation par mail ou par téléphone afin de fixer des entretiens. Il n'y avait pas d'envoi préalable des questions ou de demande particulière de la part des chercheuses avant les entretiens.

Les entretiens ont eu lieu à l'IFSI de Pontivy ainsi qu'à la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine de Brest.

Le consentement oral des évaluateurs était recueilli ainsi qu'une signature du formulaire de non opposition à l'utilisation des données collectées. L'accord de la CNIL et du comité d'éthique étaient obtenus. Les entretiens étaient enregistrés sur des smartphones. Ils étaient retranscrits par les chercheuses ad integrum sur fichiers Word et anonymisés pour être intégrés dans le verbatim.

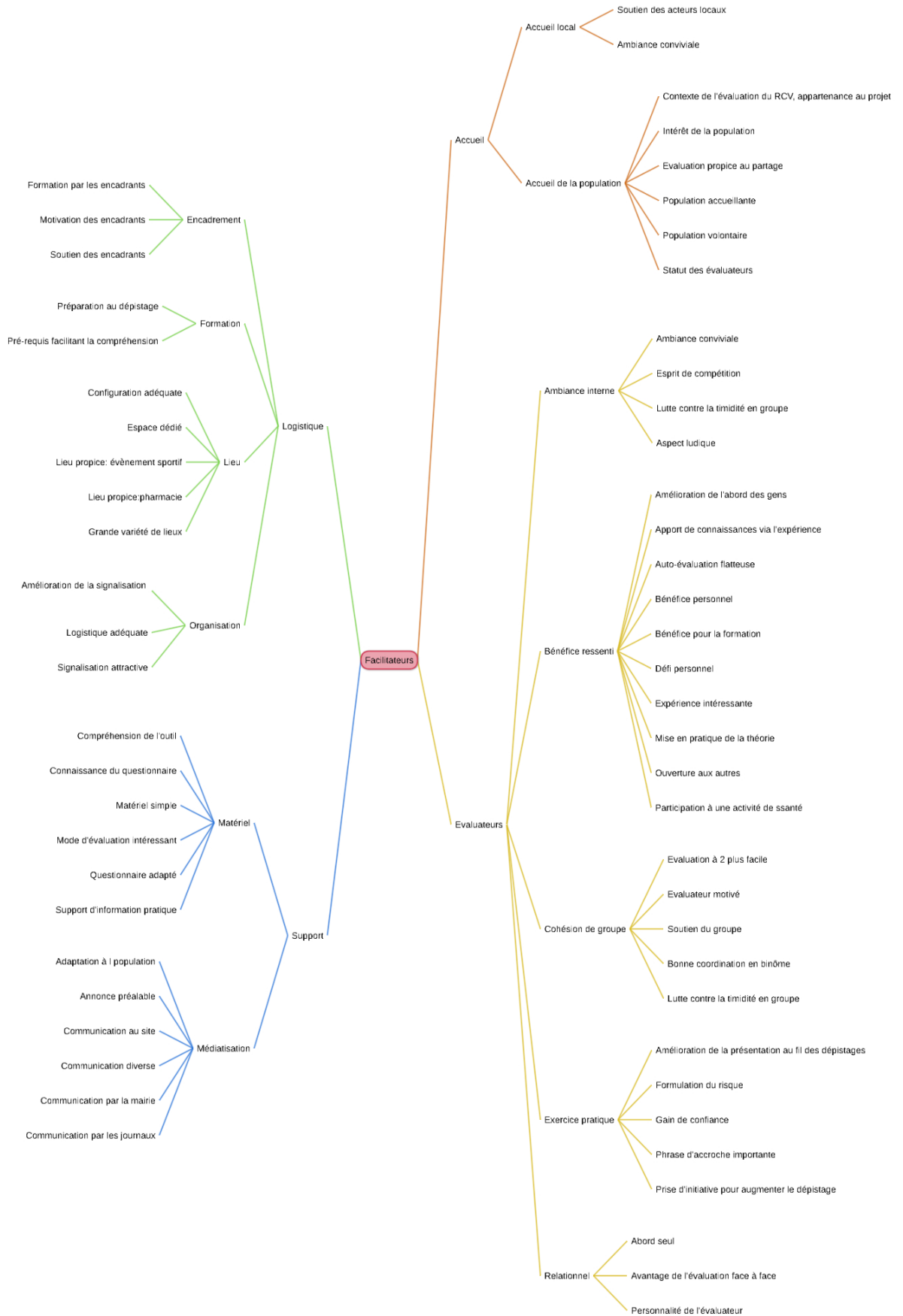
Les évaluateurs étaient recrutés afin d'avoir un échantillonnage raisonné. Les critères recherchés de variation de l'échantillon étaient les suivants : l'âge, le sexe, le lieu de résidence (rural ou urbain), l'origine du pays COB ou non, le statut (étudiant, travailleur, retraité) et la profession des parents.

La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation théorique des données, définie par la non-apparition de codage nouveau lors de l'analyse des entretiens.

Les données collectées ont été analysées(21)(21)(21)(21)(21) par les deux chercheuses indépendamment, en aveugle, qui ont ensuite confrontées leurs points de vue et ont mis en commun leurs résultats dans un tableau Excel afin de réaliser un codage en double aveugle (21,22). Au bout de trois entretiens, elles ont réalisé un codage ouvert puis un codage par thème au bout de six entretiens. Pour finir un codage axial a été réalisé.

Les résultats sont présentés sous forme d'une carte heuristique présente en figure 2.

Figure 2 Carte heuristique des facilitateurs à l'évaluation du risque cardio-vasculaire



V. Résultats

Onze entretiens ont été réalisés aux mois d’octobre, novembre et décembre 2019.

Les évaluateurs étaient 8 femmes et 3 hommes : 8 étudiants en 1^{ère} année à l’IFSI de Pontivy, 2 étudiants en 3^e année médecine à Brest et 1 citoyen volontaire retraité. Ils avaient entre 19 et 62 ans, la moyenne d’âge était de 26,7 ans.

Les entretiens ont duré de dix à quarante-cinq minutes

Les caractéristiques des évaluateurs interrogés, assurant la variation de l’échantillon sont présentées dans la figure 3.

Figure 3 : tableau des caractéristiques des évaluateurs interrogés

Dépisteur	Âge	Sexe	Ville d'origine	Lieu de résidence	Statut	Profession de la mère	Profession du père
1	20	F	Saint-Vran	Pontivy	IFSI	Aide médico-psychologique	Agriculteur
2	19	F	Ingrandes Loire	Sur Pontivy	IFSI	Secrétaire	Chauffeur routier
3	19	F	Rennes	Le Sourn	IFSI	Aide-soignante	Aide-soignant
4	20	H	Ploermel	Ploermel	IFSI	Secrétaire de mairie	Chef d'élevage agricole
5	22	F	Roudouallec	Brest	DCEM1	Agent d'entretien	Paysagiste et secrétaire
6	20	F	Sulniac	Pontivy	IFSI	Comptable	Forestier
7	21	H	Le Mans	Brest	DCEM1	Pharmacienne	Pharmacien
8	30	F	Rouen	Silfiac	IFSI	Infirmière	Ingénieur
9	42	F		Saint-Jean Bravelay	IFSI		
10	19	F	Fougères	Locmalo	IFSI	Institutrice	Travailleur indépendant
11	62	H	Pays COB		Citoyen	Agricultrice	Agriculteur

Le guide d'entretien initial a été modifié une première fois après le troisième entretien pour améliorer la question brise-glace qui était parfois mal comprise. Une deuxième modification a été réalisée après le cinquième entretien afin de compléter par des relances. Les versions initiale et finale du guide sont présentes en annexe.

La saturation théorique des données est apparue au 9^e entretien et a été confirmée par les 10^e et 11^e entretiens. 110 codes ouverts ont été créés, 24 codes axiaux, 8 sous-thèmes. 4 thèmes facilitateurs ont été mis en évidence : la logistique, l'accueil, les évaluateurs et le support.

1. Facilitateurs liés à la logistique

a. L'encadrement

Les évaluateurs ont trouvé que la qualité de l'encadrement participait à faciliter les évaluations. Notamment le fait que la formation était réalisée par les chercheuses présentes sur le terrain.

E8 L 22-23 : « *il y a eu la visite de plusieurs étudiants qui nous ont montré comment fonctionnaient les tablettes* »

De plus la motivation des encadrants sur place était un atout pour les encourager à aller vers les gens et à dépister.

E7 L 88 : « *les internes nous poussaient plus et ça nous poussait plus à aller voir les gens* »

Le soutien des chercheuses tout au long des sessions d'évaluation des risques cardio-vasculaires permettait une réassurance des évaluateurs, un soutien en cas de difficulté, une aide au démarrage de l'évaluation avec des explications complémentaires données.

E6 L 42-43 : « *c'était bien vous êtes passés nous voir plusieurs fois et c'était même rassurant si on avait des questions on pouvait toujours vous les poser* »

E6 L 92-93 : « *après c'est vrai que vous étiez aussi ressources pour nous* »

E8 L45 : « *la 1ère fois le médecin avait été pas mal présent, dès le début pour la mise en place et tout ça* »

E3 L48-49 : « *C'est rassurant de pouvoir appeler à l'aide quand on a besoin quoi* »

b. La formation initiale

Les étudiants évaluateurs ont fait part de l'importance de la formation initiale. Ils ont expliqué que cette formation préalable venait compléter les notions de prévention cardiovasculaire qu'ils avaient déjà et leur apportait un bagage suffisant pour réaliser l'évaluation des risques cardio-vasculaires.

E9 L89 : « *La réunion qu'on a eue en amont en fin de compte qui nous permettait quand même d'avoir les notions qui nous manquaient* »

E7 L11 : « *on a eu des journées de cours pour expliquer le principe* »

E9 L66 : « *on avait un minimum de connaissance forcément* »

Cependant, le citoyen volontaire pour réaliser des évaluations a déclaré ne pas avoir eu de formation avant de réaliser les évaluations. En effet, il a été formé rapidement le jour de l'évaluation à l'utilisation du matériel et a trouvé cela suffisant.

E11 L36-37 : « *Avant le dépistage je n'ai pas eu de formation, simplement la mise en route de la tablette qui est très simple [...] donc je n'ai pas eu de problème* »

c. Les lieux d'évaluation des risques cardio-vasculaires

Les évaluateurs ont mis en avant la grande variété de lieux d'évaluation permettant de toucher un public varié.

E7 L142 : « *des endroits variés où on va atteindre différents types de population* »

Le fait d'avoir un espace dédié permettait de bonnes conditions. Notamment en matière d'intimité, lorsqu'il y avait besoin de prendre les mesures.

E1 L61 : « *on avait un petit local où on pouvait prendre des mesures* »

E4 L88-89 : « *dans la pharmacie c'était beaucoup mieux parce que c'était fait dans l'intimité dans une petite salle* »

Par ailleurs, la configuration intrinsèque du lieu présentait un enjeu, en terme de passage (évalués potentiels en nombre conséquent), de taille par rapport à l'affluence.

E3 L132 : « *les gens arrivaient au compte-goutte donc on n'était pas débordé* »

d. L'organisation

Un facilitateur à l'évaluation des risques cardio-vasculaires relevé par les évaluateurs était la signalisation attractive sur site. Des affiches avec une présentation du projet au niveau d'un stand d'évaluation bien individualisé permettaient d'attirer l'œil de la population.

De plus, le port d'un blouson identique pour tous les évaluateurs permettait d'identifier les protagonistes.

E7 L 105-106: *"le fait d'avoir un petit stand [...] ils se sentaient déjà un peu intéressés, concernés, curieux de base"*

E7 L 89: *"ils voyaient le blouson"*

E8 L66: *"c'est bien parce que ça permettait de nous identifier"*

Par ailleurs, la logistique bien rodée, la préparation des journées d'évaluations et la communication préalable avec le groupe d'évaluateurs permettait une évaluation dans de bonnes conditions.

E5 46: *"j'ai trouvé que c'était très bien, on était prévenu à l'avance par mail"*

E8 L 144-145: *"oui c'était bien organisé en amont, il y avait tout le matériel, c'était bien préparé"*

L'implication des évaluateurs dans la signalisation et l'organisation des évaluations a apporté quelques suggestions d'amélioration, notamment sur les tenues des évaluateurs.

E8L 69: *"une couleur claire serait plus positive"*

2. Facilitateurs liés au support

a. Le matériel

Les évaluateurs ont relaté à plusieurs reprises que le matériel, composé d'une tablette et d'un mètre ruban, était simple d'utilisation.

E1 L20-21: *"on récupérait les tablettes, on savait plutôt bien s'en servir"*

E8 I 128: *"c'est vrai que la tablette une fois qu'on la maniait bien c'était assez facile d'utilisation"*

Ensuite, le questionnaire proposé était adapté et une fois connu par l'évaluateur, il permettait une aisance d'évaluation.

E7 L 047: *"le questionnaire ça allait"*

E7 L 111-112: *"je connaissais tout le formulaire, ça a aidé, on apprend à reformuler pour adapter"*

Pour finir, le support informatif fourni avec le matériel et à destination de la population était aidant dans le déroulement du questionnaire.

E9 L104: *"Heureusement qu'on avait eu le papier auparavant"*

b. La médiatisation

L'annonce préalable de l'évaluation du risque cardio-vasculaire dans le cadre de l'étude Kaalon Yach permettait une augmentation de la fréquentation, les personnes se présentant avec l'intention de se plier au questionnaire.

E9 49-50: *"la pharmacie disait qu'ils attendaient qu'on arrive donc ils étaient au courant"*

L'adaptation de la médiatisation à la population locale, notamment à travers l'utilisation du breton, attisait la curiosité des passants.

E11 L 27-28: *"en plus j'ai été agréablement surpris de voir qu'il y avait une inscription et que c'était mentionné "kaalon yach" "*

Divers moyens de communication avaient été mis en place, notamment via les journaux:

E8 L 48-49: *"il y a eu des personnes qui sont venues en disant donc j'ai vu dans le journal, je viens faire le dépistage";*

via les mairies, sur les sites directement:

E4 34: *"une pharmacie qui avait eu de la pub".*

3. Les facilitateurs liés aux évaluateurs

a. Ambiance interne au groupe d'évaluateurs

Plusieurs paramètres de l'ambiance entre les évaluateurs permettaient de faciliter le déroulement de l'évaluation des risques cardio-vasculaires.

L'ambiance conviviale au sein du groupe a été citée notamment comme un facteur motivant.

E8 L 184-186: *“on avait tous mangé ensemble près d'un étang le midi, ça avait été super sympa et ça avait bien boosté pour le reste de la journée”*

Pour finir, le fait d'être en groupe permettait une dynamique basée sur l'esprit de compétition et poussait les évaluateurs à aller toujours plus vers les personnes présentes.

E10 L 62-63: *“on avait même envie à chaque fois de dépasser, de faire un nombre particulier pour en avoir plus”*

E5 L174-175: *“Prenait ça un peu pour une compétition et qui disait “va voir untel, chuis sûr qu'il est rouge!””*

b. Cohésion de groupe

La pratique de l'évaluation en binôme permettait une bonne coordination lors de l'évaluation et du déroulement du questionnaire. Cela permettait aussi aux évaluateurs une meilleure assurance dans leur évaluation et facilitait l'abord de personnes.

E1 87-88: *“on faisait des petits binômes de 2 comme ça y en avait une qui posait les questions et les mesures et l'autre qui cochait”*

E6 L16-17: *“on a fait ça en binôme, c'est vrai qu'c'est plus facile pour aborder les gens, la communication était beaucoup plus fluide”*

E1 L 91: *“ça mettait plus en confiance [...] y'avait l'autre qui pouvait reprendre derrière donc ça rassure”*

De plus, le travail en binôme offrait la possibilité de pallier à la timidité des évaluateurs.

E6 L 109-110: *“en groupe parce qu’il y a la timidité derrière et d’être seule à aborder des gens que je ne connaissais pas c’est un peu compliqué”*

Les évaluateurs étaient motivés et souriant, déterminé à réaliser l’évaluation des risques cardio-vasculaires.

E4 111: *“il fallait tout le temps avoir le sourire”*

Par ailleurs, le fait d’évaluer en groupe permettait au dépisteur de se sentir soutenu par tout le groupe, notamment en cas de problème lors de l’évaluation.

E5 L147-148: *“Si on avait un problème, tac, on regardait machin”*

c. Bénéfice ressenti

Le bénéfice ressenti par l’évaluateur permettait une approche intéressante due l’évaluation du risque cardio-vasculaire et notamment une motivation plus importante.

L’apport de connaissances pures via cette expérience nouvelle était mis en avant.

E11 L141-142: *“je me suis rendu compte que il y a pas mal de personnes qui ont des problèmes cardio-vasculaires”*

Puis l’apport sur un plan plus personnel, comme ces évaluateurs qui trouvaient que cela améliorerait leurs capacités de communication.

E9 L124: *“On a changé nos façons d’aborder les personnes”*

E5 L277-278: *“J pense que oui les personnes qui étaient timides pourquoi pas ça les a aidés”*

Ou bien ceux qui mettaient en avant les avantages d’être en autonomie lors des sessions d’évaluation.

E9 L42: *“d’être en autonomie quand même ce qui est toujours intéressant”*

Certains interviewés ont avancé un réel bénéfice pour leur formation, tant sur le plan de l’apport de nouvelles connaissances que sur l’apport concernant leur futur métier.

E1 L122-123: *“de notre côté on a envie d’en savoir plus sur le sujet avant de partir en projet donc ça nous apporte aussi à nous”*

E10 L103-104: *“en tant qu’étudiantes c’est super, on a de la chance d’avoir ce genre de projet, ça nous permet d’apprendre plein d’chose”*

E9 L127-128: *“Pro ça nous permet de faire un point sur les maladies cardiovasculaire”*

Par ailleurs, cette expérience leur permettait de mettre en pratique la théorie apprise lors des cours magistraux.

E3 L163-164: *“ça change des heures de cours, c’est bien on va sur le terrain on voit les personnes en face à face”*

E8 L 172: *“ça dédramatise l’abord des personnes”*

Cette évaluation des risques cardio-vasculaires leur permettait de participer à une action de santé en conditions réelles.

E2 L 103: *“c’est un plus ce dépistage, je sais que j’en avais jamais fait et je trouve ça intéressant de participer à des actions comme ça”*

Pour terminer, une étudiante a affirmé que cette expérience lui avait permis de se dépasser.

E5 L264-265: *“J’m suis mis un coup de pieds dans les fesses et j’y suis allée quoi”*

d. Exercice pratique

Il a été noté que la phrase d’accroche des évaluateurs avait un impact sur la suite des sessions d’évaluation de façon individuelle.

E4 L111-112: *“la phrase d’accroche elle était hyper importante pour que les gens veuillent rester avec nous et nous écouter”*

Cette accroche ainsi que les renseignements nécessaires ont pu être améliorés au fil du temps par les évaluateurs eux-mêmes.

E6 L 67-68: *“à force je pense qu’on a quand même peut être amélioré la manière dont on abordait les gens”*

Par ailleurs, les explications sur les résultats du test pratiqué étaient données de façon plus claire et reformulées en fonction de la personne en face d'eux.

E5 L 95-96: *“j'ai bien insisté sur le fait que c'était un risque potentiel du coup ça les rassurait un petit peu”*

Les évaluateurs ressentait un gain de confiance en eux pour aborder les personnes au fil du temps, ils se sentaient plus à l'aise avec le questionnaire et dans la façon de présenter les questions.

E1 L96: *“je dirais que j'étais plus à l'aise avec l'habitude”*

E2 L 92-93: *“c'était plus facile pour les dernières personnes de leur expliquer en détail”*

Pour finir, avec ce gain de confiance en eux, les évaluateurs prenaient des initiatives personnelles afin d'augmenter leur nombre d'évaluations.

E11 L 56-57: *“j'avais demandé à avoir une tablette chez moi pour dépister des gens dans mon entourage”*

E11 L 59-61: *“ce jour-là je n'ai pas pu donner mon sang donc j'ai dépisté des gens et ça a été très fructueux parce que les gens répondaient volontairement”*

4. Facilitateurs liés à l'accueil

a. Accueil local

Le soutien par les acteurs locaux accueillant les évaluateurs était déterminant.

E1 L 80: *“tout de suite on a déjà été bien accueillis [...] on s'est senti à l'aise tout de suite”*

E10 L 97: *“le pharmacien et ses collègues étaient très contents, même joyeux d'avoir ça dans leur structure”*

L'ambiance conviviale avec les locaux était porteuse et propice aux évaluateurs pour se sentir à leur aise.

E2 L 66: *“quand ils parlaient avec nous il y avait des échanges, de l'humour”*

b. Accueil de la population

Le contexte de l'évaluation du RCV et la réalité d'une étude médicale s'intéressant au territoire du centre Bretagne attirait la population.

E7 L 099: *"le fait de dire que c'était une étude en médecine et qu'on se sentait impliqué dans le sujet les gens se sentaient concernés également"*

E9 L49-50: *"La pharmacie disait qu'ils attendaient qu'on arrive"*

L'intérêt de la population qui venait spontanément vers les évaluateurs facilitait grandement les évaluations aux RCV.

E3 L38: *"Y'en a qui venait exprès fin juste pour ça quoi"*

Les gens étaient accueillants et chaleureux, abordables.

E5 16-17: *"j'étais étonnée que les gens soient disposés et vachement avenant, pas du tout réticent"*

E11 L 153-154: *"je me rends compte quand même que c'était bien accepté en grande partie"*

E8 L173: *"les gens étaient super bienveillants"*

Le statut des évaluateurs pouvait favoriser les évaluations, notamment quand ils se présentaient comme étudiant en médecine ou bien infirmier.

E5 L182-183: *"ça facilite l'approche [...] ça facilite vachement"*

E8 L 56-57: *"quand on disait on est étudiants infirmiers, on était bienveillants et tout de suite l'accroche elle passait bien"*

Néanmoins, le statut de l'évaluateur n'intéressait pas nécessairement l'interrogé et n'influçait pas l'évaluation.

E2 L 77: *"eux ce qui les intéresse le plus c'est le dépistage, ce n'est pas qu'ils s'en fichent d'où ça vient mais voilà quoi"*

E2 L 72-73: *"je pense que ça aurait été d'autres personnes avec une autre formation je pense que ça aurait rien changé"*

VII. Discussion

1. Synthèse des résultats

Quatre facilitateurs à l'évaluation du RCV ont été mis en avant par les évaluateurs. Ils ont été classés en quatre catégories : l'accueil, la logistique, le support, les évaluateurs.

La logistique entourant les journées d'évaluations par les équipes du projet SPICES a contribué au bon déroulement des évaluations. L'encadrement a eu un impact positif. La formation et la configuration des lieux favorisaient les évaluations.

Le matériel d'utilisation simple et intuitive était une aide à l'évaluation. La communication par les médias locaux a permis une diffusion large. La signalisation sur les lieux d'évaluation était attractive.

L'ambiance interne au groupe d'évaluateurs permettait une cohésion de groupe. Le bénéfice ressenti par les évaluateurs, la mise en pratique de la théorie et la participation à une action de santé ont permis de faciliter le recrutement de participants

Le soutien des acteurs locaux, l'ambiance conviviale ont permis un environnement propice aux évaluations.

2. Forces et limites de l'étude

Les entretiens individuels étaient réalisés par les deux chercheuses de façon individuelle. Elles étaient internes en médecine générale et réalisaient ces entretiens sur leur temps personnel. Leur expérience en matière d'entretien reposait sur leur pratique de la médecine en consultation, ce qui s'apparentait à une force : elles avaient un sens de l'observation développé et étaient habituées à rechercher des informations.

Les chercheuses connaissaient les participants avant l'étude de par les sessions d'évaluation ce qui permettait une mise en confiance rapide ainsi qu'une fluidité lors des entretiens.

L'échantillonnage des participants a été réalisé sur des critères définis avant les entretiens, à savoir l'âge, le sexe, la profession, l'origine géographique (pays COB ou non), le lieu de résidence et la profession des parents. Un seul citoyen volontaire retraité originaire du pays COB a participé ce qui a permis d'élargir les profils de participants. Les volontaires ont été plus sollicités lors de la phase interventionnelle de l'étude SPICES. Il n'y avait pas d'étudiants de l'école de kinésithérapie ni de l'IFAS car les chercheuses ne les ont pas encadrés lors des journées d'évaluation, cela aurait permis de diversifier l'origine des étudiants et leurs âges.

Le recrutement des évaluateurs a été réalisé par courriels, quatre mois après la réalisation des sessions d'évaluation. Les différents chercheurs réalisant des travaux de thèses similaires contactaient les mêmes évaluateurs, qui ne pouvaient participer qu'une seule fois à l'étude. La participation des évaluateurs étaient basée sur le volontariat. Cela a permis d'inclure un grand nombre d'évaluateurs et permettra de renforcer une méta-étude ultérieure des entretiens qualitatifs. Cependant, la réalisation des entretiens plusieurs mois après la phase d'évaluation a pu entraîner une perte d'information.

Les données ont été recueillies à l'IFSI de Pontivy et à la faculté de médecine de Brest. Ceci était une force car les participants étaient plus disponibles et n'avaient pas

d'effort à fournir pour se déplacer et être interrogés. Les entretiens se déroulaient en présence uniquement d'une chercheuse et d'un participant, ce qui évitait toute interférence.

Le guide d'entretien a été réalisé par les chercheuses lors de groupes de thèses en lien avec les chercheurs investis sur des projets apparentés. Il a été modifié à deux reprises par les chercheuses qui ont validé ces modifications en groupe de thèse afin de permettre une meilleure compréhension des participants. Les entretiens avaient lieu une fois par évaluateur, l'enregistrement était uniquement vocal. Il n'y a pas eu de journal de bord réalisé au cours de l'étude, ce qui présente une faiblesse car le ressenti des chercheuses n'a pas été intégré aux résultats.

Une comparaison des différentes méthodes de recueil des données a été menée au cours de plusieurs réunions de groupes de thèse. Ceci a permis une triangulation d'analyses en cours de recueil qui renforce la validité des résultats.

La saturation théorique des données était définie au préalable par la non-apparition de codes ouverts après analyse de l'entretien. Elle a été atteinte au bout de 9 entretiens et confirmée par 2 entretiens réalisés ensuite. Elle aurait pu être atteinte en plus d'entretiens si le profil de l'échantillon avait été plus varié.

Le codage a été réalisé par deux chercheuses, en double aveugle. Ce codage a initialement été réalisé en codes ouverts issus du verbatim anonymisé puis mis en commun. Cela assurait la validité interne de l'étude par la triangulation des données en limitant la perte d'information et les biais d'interprétation.

Les thèmes ont été identifiés à partir des résultats. Le codage des données étant initialement ouvert puis regroupé sous des codes axiaux puis sous 4 grands thèmes. Le codage a été réalisé sous forme de tableau Excel.

Les citations ont été utilisées pour illustrer les résultats et présentées avec leurs références.

3. Comparaison avec la littérature internationale

a. Logistique

Un des facilitateurs mis en avant par les évaluateurs était la formation préalable aux évaluations sur le terrain. Celle-ci permettait un socle de connaissances nécessaire pour faire face aux situations d'évaluations sur le terrain et aux éventuelles interrogations de la population. Une étude réalisée aux Etats-Unis portant sur le développement des programmes de formation a été réalisée pour des volontaires bénévoles accompagnants des personnes âgées et/ou en situation palliatives. Les bénévoles se montraient satisfaits de la formation reçue au préalable. Le climat d'apprentissage y était positif et favorisait la participation et la liberté de poser des questions. Ils valorisaient notamment les jeux de rôle et les multiples discussions lors des formations. Les volontaires se sentaient ainsi bien préparés pour leur futur rôle (23).

Dans le cadre des évaluations SPICES, l'encadrement sur les lieux par les internes avec les évaluateurs était plébiscité. Cela permettait de reprendre rapidement les points essentiels en début de session et donnait plus d'assurance aux évaluateurs. En Afrique, des agents de santé communautaire sont déployés dans les zones rurales dans le cadre de missions variées : lors de l'évaluation des risques cardio-vasculaires à grande échelle, pour le suivi des nouveau-nés, etc. (24,25). L'action des superviseurs, présents lors des visites à domicile avec les agents ou bien à distance était valorisée ; elle permettait une actualisation des connaissances et sécurisait les actions des agents de terrain. Elle n'était pas vécue comme une surveillance.

Aux Etats-Unis, une étude sur le développement des programmes de formation a été réalisée pour des volontaires bénévoles qui étaient « en charge » de personnes âgées et/ou en situation palliative. (23) Les volontaires devaient orienter les personnes âgées dans leurs démarches. Il ressortait de cette étude que la formation initiale était importante mais

non suffisante, car en cours de prise en charge, ils ne se sentaient pas toujours sûrs d'eux et trouvaient un intérêt à des débriefings téléphoniques ou de nouvelles pages de formation.

Les terrains d'évaluation variés dans tout le pays Centre Ouest Bretagne, comme les officines, la place du marché, les tournois de foot permettaient de diversifier les profils des personnes à interroger. Une étude menée en Australie et en Suisse sur le dépistage d'une infection à Chlamydiae par les pharmaciens en officine montrait que les pharmacies étaient des lieux appréciés par la population pour un dépistage, car les officines sont des lieux faciles d'accès et qu'il n'y avait pas besoin de prendre de rendez-vous (26). Les pharmaciens étaient enclins à participer à des actions de prévention et à élargir leur domaine de compétence. Néanmoins, les personnes interrogées relevaient parfois un manque d'intimité ce qui n'a pas été le cas des évaluations SPICES grâce à la configuration des lieux (pièce à part dans l'officine, paravent).

Il n'a pas été retrouvé de mention dans la littérature internationale d'évènements sportifs tels que les tournois de foot en tant que lieux d'évaluation. Ceux-ci ont été mentionnés par les personnes interrogées lors de notre étude comme des lieux favorables car rassemblant des personnes attentives à leur santé physique. Les accompagnants des sportifs étaient intéressés par la démarche. Des travaux de thèses similaires dans le cadre de l'étude SPICES semblent aller dans ce même sens (27,28).

Sur le plan organisationnel, la signalisation marquée avec des affiches présentant le projet, des blousons identifiant les différents évaluateurs étaient perçus comme des facilitateurs. Néanmoins un axe d'amélioration proposé serait de fournir des vestes plus claires car celles fournies étaient noires avec un logo très petit et peu visible. Ceci était le projet initial pour les équipes d'évaluation mais le fournisseur s'était dédit au dernier moment.

b. Support

Les évaluateurs témoignaient de la facilité d'utilisation du questionnaire sur tablette. Ils avaient réussi à se l'approprier rapidement à force d'utilisation ce qui permettait une fluidité lors des entretiens. Une étude américaine de 2018 (29) faisait une revue des applications mobiles centrées sur la prévention, notamment l'alimentation, le mode de vie sain, la réhabilitation vestibulaires. Celles-ci sont de plus en plus nombreuses et utilisées particulièrement par des adultes qui recherchent à améliorer leur santé (30). Il n'a pas été retrouvé de sources évaluant l'utilisation de questionnaires sur support numérique par des évaluateurs sur le terrain. Cependant, au vu de l'utilisation en augmentation croissante de ces supports, on peut penser que les évaluateurs apprécient leur utilisation.

L'annonce en amont dans les journaux locaux par les promoteurs de l'étude était un facilitateur. Selon les évaluateurs, une partie de la population étant déjà informée venait spontanément se faire évaluer auprès d'eux. Lors des entretiens, ils proposaient une médiatisation plus large, car en fonction des sites sur lesquels ils s'étaient rendus, ils avaient remarqué une disparité d'information préalable. Ceci pourrait être réalisé par le biais des réseaux sociaux. La télévision régionale ainsi que les stations de radio locales ont été contactées une fois, cela aurait pu être renouvelé. Dans le cadre du projet SPICES, un manque de personnel peut être mis en cause. En effet, il n'y avait pas de personnel assigné à la publicité du projet, ce qui n'a pas permis une bonne assiduité.

Par ailleurs, une étude canadienne de 2014 (31) évaluait que l'importance des réseaux sociaux dans la prise en charge de leur santé des patients était croissante. En effet, la population générale est de plus en plus connectée et intéressée par les réseaux sociaux. En France on observe en 2018 que 93% des 18-24 ans se rendent sur les réseaux sociaux. Les réseaux les plus utilisés sont YouTube avec 78% de la population et Facebook avec 74% (32). Il aurait été intéressant de relayé les informations liées au projet SPICES sur un compte

Facebook propre et de diffuser des évènements en lien avec les lieux d'évaluation qui avaient eux-mêmes des « pages d'évènements » sur ce réseau.

c. Évaluateurs

La dynamique du groupe d'évaluateurs était une aide précieuse dans le bon déroulement des sessions d'évaluation. En effet, une ambiance conviviale rendait l'entraide facile, pouvait aussi créer une émulation entre les évaluateurs qui se lançaient dans une recherche du maximum d'évaluations en fin de session. Les participants qui montraient une envie de travailler, se montraient motivés par leur travail et prêts à l'expliquer se trouvaient facilités dans leur tâche. Une étude anglaise de 2001 mettait en évidence l'importance du comportement et de la manière d'être des infirmières dans leur travail de prévention et dépistage et la façon dont cela influençait positivement l'interaction avec les patients. Les infirmières qui cherchaient à mieux connaître les valeurs des patients et leurs connaissances en terme de santé pouvaient orienter leur discours de façon adaptée aux patients (33).

Par ailleurs, le bénéfice ressenti par les évaluateurs était une source de motivation et donc un facilitateur à l'évaluation. Ils ressentaient une amélioration de leurs connaissances en matière de prévention, de RCV. Leurs aptitudes de communication s'amélioraient au fil des évaluations, notamment leur capacité à adapter leur discours. Pour Watzlawick « on ne peut pas ne pas communiquer », c'est-à-dire que tout est communication (34). Les évaluateurs utilisaient leur ressenti pour s'adresser aux personnes qu'ils rencontraient et s'adapter à la compréhension de chacun.

Une étude portant sur l'annonce des RCV par les médecins traitants de trois cantons suisses a exploré plusieurs formes de communication. (35) Les médecins utilisaient surtout la communication verbale et très peu des supports visuels ou numériques. Ces notions pourraient être appliquées dans le cadre de l'évaluation à grande échelle des risques cardio-vasculaires telle que dans le projet SPICES, notamment à la fin du questionnaire

lorsque le score s'affiche. Une étude sur la décision médicale partagée dans le cadre de la prévention cardiovasculaire de 2016 apporte quelques éléments de réponse suite à la réalisation d'un score de risque cardiovasculaire. Il y est indiqué que lors de la conversation entre le clinicien et le patient, il est essentiel de communiquer que l'estimation du risque d'un individu est calculée sur la base d'une moyenne de groupe à partir d'un échantillon représentatif. Les patients doivent entendre que les facteurs propres à chaque personne sont susceptibles de modifier l'estimation du risque d'une façon difficile à quantifier. Ensuite il est suggéré de discuter des événements cardiovasculaires risqués par le patient en fonction de son risque afin d'amener à une prise de conscience et à une adhésion à un traitement possible (36).

De plus, une revue sur les freins et facilitateurs aux dépistages chez les hommes réalisée en 2016 (37) mettait en évidence que les hommes étaient moins enclin à prendre soin de leur santé, à cause de plusieurs facteurs (sentiment d'invulnérabilité, souci de ne pas montrer de faiblesse, etc.). Ainsi, il convient d'adapter son discours à chaque public, de trouver des moyens de communication et des phrases d'accroches différentes en fonction de l'interlocuteur en présence.

Les retours sur les différentes actions en lien avec le service sanitaire dont c'était la première édition en 2019 montrent majoritairement une plus-value dans l'amélioration de la communication par les étudiants évaluateurs et une meilleure sensibilisation aux actions de prévention. Une étude prospective d'évaluation du processus de l'implémentation du service sanitaire dans une faculté de médecine parisienne a été réalisée en 2018. Elle mettait en avant que le service sanitaire chez les étudiants en médecine était un moyen de réaliser des activités de prévention parmi la population acceptable et apprécié des étudiants. Il était suggéré qu'un renforcement de la formation et des échanges étroits avec les structures

recevant ces étudiants amélioreraient cette expérience (38). Ceci concorde avec les résultats obtenus dans cette étude dans le cadre du projet SPICES.

d. Accueil

La bonne volonté des personnes accueillant les évaluateurs sur le terrain était un facilitateur à la réalisation des évaluations. En effet, ils participaient à informer la population présente sur place, par des annonces le jour même ou par l'affichage de posters avant les journées d'évaluation. Il n'y a pas d'étude retrouvée sur l'accueil par des tiers lors d'évaluations en population de ce type, les personnes réalisant les évaluations étant généralement les mêmes qui réalisaient les évaluations.

Concernant les participants, il était noté que leur désir de se faire évaluer sur le plan cardiovasculaire était un facilitateur pour lancer les évaluations. Cela était dû à la médiatisation préalable avertissant des journées d'évaluation par le projet SPICES mais aussi à la préoccupation de la population pour sa santé. La volonté des participants comme facilitateur au dépistage de masse a été constatée à maintes reprises. Une étude réalisée au Kenya (39) retrouvait des adolescentes et jeunes hommes motivés par les dépistages des infections sexuellement transmissibles. Ils étaient conscients des conséquences possibles d'une infection, et le fait qu'elle puisse être silencieuse. Cela à mettre en parallèle avec les risques cardiovasculaires qui ne sont pas ressentis par la population générale (non symptomatiques).

Une étude danoise de 2018 interrogeait les non-participants au dépistage des maladies cardiovasculaires afin de connaître les raisons de leur refus (40). Il ressortait que ces personnes se basaient sur une mauvaise expérience personnelle du système de santé, des croyances erronées sur les risques encourus et des mécanismes de défense face aux possibles résultats. Il s'avérait qu'une information claire sur les risques cardio-vasculaires permettait généralement à ces personnes de réviser leur jugement.

4. Perspectives

Le citoyen volontaire évaluateur de notre échantillon avait été averti des évaluations par la mairie dans laquelle il travaillait et intéressée par la démarche, il s'était joint à une séance d'évaluation sur un tournoi de football. Il n'avait pas eu de formation préalable et a reçu une information « accélérée » sur le contenu du questionnaire et l'utilisation de la tablette. Devant l'apport de la formation initiale indéniable, retrouvé notamment dans l'étude citée plus tôt (23), une formation à destination de tous les évaluateurs, étudiants ou citoyens volontaires, avant le début du projet est nécessaire.

Une étude réalisée à Saint Etienne sur l'évaluation de la formation des étudiants participant au service sanitaire en tant que « préventeurs » auprès des lycéens au sujet des IST montrait que la formation était insuffisante en se basant sur les connaissances préalables des étudiants (41). Un état des lieux des connaissances des étudiants sur les temps de formation pourrait être réalisé afin de mieux connaître leur niveau ou bien une connaissance de leur programme scolaire ou universitaire permettrait d'adapter le contenu des formations.

L'intégration des étudiants en santé dans le cadre de leurs études et du service sanitaire est intéressante. Les étudiants ont en effet tiré un bénéfice et ont pu se former sur le terrain et mieux intégrer les nécessités de prévention, ce qui était parmi les objectifs annoncés par le Ministère des Solidarités et de la Santé (19). Cependant il serait utile de poursuivre l'intégration de citoyens volontaires parmi les évaluateurs. Ils ont des motivations différentes, notamment en lien avec le développement de leurs lieux de vie, investissement pour leur territoire, qui en font des évaluateurs motivés et investis. Une étude américaine évaluant les dépistages au VIH chez des populations afro-américaines et latino-américaine a montré que les agents de santé communautaires réalisaient plus de tests que les médecins blancs et permettaient de diagnostiquer plus de personnes infectées (42). Une étude pourrait être envisagée au sein du projet SPICES afin d'identifier le nombre d'évaluations réalisées

par un citoyen volontaire par rapport au nombre d'évaluation d'un étudiant en santé. Cela n'a pas été réalisé ici. Néanmoins les résultats de l'étude américaine peuvent laisser penser qu'une évaluation par des personnes issues du pays COB pourrait être plus largement acceptée par la population et diminuer le nombre de refus.

L'inclusion des acteurs locaux, comme les pharmaciens, au nombre des évaluateurs a été réalisé par trois thèses du projet SPICES. En effet, leur implication dans la diffusion des journées d'évaluation et dans la médiatisation du projet SPICES ont été des facilitateurs aux yeux des évaluateurs. Dans la littérature, une étude australienne étudiant la perception des pharmaciens réalisant le dépistage des chlamydiae par la population (43) concluait à une place importante des pharmaciens, notamment par le fait qu'ils connaissaient leurs clients et les encourageaient à prendre soin de leur santé par eux-mêmes.

De plus, l'accent sur la médiatisation et la communication autour du projet avant et pendant les évènements justifierait une intensification pour de prochaines interventions. En effet, une étude parue dans le Lancet en 2010 démontrait qu'on obtenait un changement dans les comportements et une meilleure adhésion aux programmes de prévention en multipliant les actions, avec des campagnes médiatiques de grandes envergures associées (44).

Ce travail de thèse a évalué la perception de l'évaluation du RCV selon les évaluateurs, qu'ils soient étudiants en santé ou citoyens volontaires. D'autres travaux apporteront des compléments sur la participation de nouveaux acteurs locaux tels que les pharmaciens d'officines.

VIII. Conclusion

Ce travail de thèse s'intégrait dans le projet SPICES afin de déterminer quels étaient les facilitateurs à l'évaluation des risques cardio-vasculaires dans le pays COB selon les évaluateurs.

Quatre grands axes ont été identifiés:

- La logistique entourant les journées d'évaluation avec la formation initiale, les choix des lieux par l'équipe de SPICES et l'encadrement sur place,
- Les supports présents avec une organisation préétablie, la médiatisation autour des interventions et le matériel disponible,
- Les évaluateurs eux-mêmes
- L'accueil réservé par la population et les acteurs locaux.

Une thèse miroir centrée sur les freins à l'évaluation du RCV (20) a été réalisée et d'autres travaux de thèses (notamment du point de vue de la population et des pharmaciens ayant accueilli des évaluateurs) permettront une vision d'ensemble des facilitateurs et freins.

IX. Bibliographie

1. OMS. Maladies cardiovasculaires [Internet]. 2017 [cité 21 août 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Baudin B, Cohen A, Berthelot-Garcias E, Meuleman C, Dufaitre G, Ederhy S, et al. Cardiovascular diseases: Epidemiology and medical care by both the cardiologist and the biologist. *Rev Francoph des Lab.* 2009;39(409):27-39.
3. Cazal J, Génolini J-P. Prévenir le risque cardiovasculaire : le travail éducatif au cœur du dépistage. *Sci Soc Sante.* 2013;31(2):5.
4. Wickman ME, Anderson NLR, Smith Greenberg C. The Adolescent Perception of Invincibility and Its Influence on Teen Acceptance of Health Promotion Strategies. *J Pediatr Nurs.* déc 2008;23(6):460-8.
5. Ducimetière P. La fréquence des maladies cardiovasculaires en France. *ADSP.* 2004;47.
6. Le Goff E. Projet SPICES : Etat des lieux de la prévention cardio-vasculaire en France. Université de Bretagne Occidentale, Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé; 2018.
7. HAS. Fiche mémo Évaluation du risque cardio-vasculaire Évaluation du risque cardio-vasculaire. 2017.
8. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: The SCORE project. *Eur Heart J.* juin 2003;24(11):987-1003.
9. INTER-HEART : une étude majeure sur les facteurs de risque de la maladie coronaire en 2004 | Cardiologie Pratique [Internet]. [cité 21 août 2020]. Disponible sur: <https://www.cardiologie-pratique.com/journal/article/une-etude-majeure-sur-les-facteurs-de-risque-de-la-maladie-coronaire-en-2004>
10. OMS | Lutte contre les maladies cardiovasculaires: priorités stratégiques. WHO. 2015;
11. SPICES - University of Antwerp [Internet]. [cité 21 août 2020]. Disponible sur: <https://www.uantwerpen.be/en/projects/spices/>
12. Horizon 2020 | The EU Framework Programme for Research and Innovation [Internet]. [cité 21 août 2020]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en>
13. Sa naissance - son histoire - Structure Pays - Le Pays Centre Ouest Bretagne vous accueille durablement [Internet]. [cité 5 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.centre-ouest-bretagne.org/Structure-Pays/Sa-naissance-son-histoire>
14. Régional Santé Bretagne O DE. La santé dans le pays du Centre-Ouest Bretagne Centre-Ouest Bretagne Centre-Ouest Bretagne. Clappier P, Léon C, Queguiner E, Poirier L, éditeurs. 2010.
15. ARS Bretagne. Contrat Local de Santé 2017-2020 Pays du Centre Ouest Bretagne.
16. Nougues P. Prévention primaire des maladies cardiovasculaires : état des lieux en France à partir du questionnaire du projet SPICES. Brest; 2018 mai.

17. Le service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. 2019 [cité 21 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>
18. Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé - Légifrance [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037051024/>
19. Le service sanitaire - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2018 [cité 21 août 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/le-service-sanitaire>
20. Mihailovic M. Dans l'étude SPICES, quels sont les freins à l'évaluation du risque cardiovasculaire par le score interheart selon les évaluateurs ? Univeristé de Bretagne Occidentale; 2021.
21. Frappé P. Fiche 16. In: Initiation à la recherche. 2018.
22. Gaspard C. Le Codage d'Entretien - Méthodologie & Exemples [Internet]. 2019 [cité 21 août 2020]. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/codage-entretiens/>
23. Duggleby W, Pesut B, Cottrell L, Friesen L, Sullivan K, Warner G. Development, Implementation, and Evaluation of a Curriculum to Prepare Volunteer Navigators to Support Older Persons Living With Serious Illness. *Am J Hosp Palliat Med*. 1 mai 2018;35(5):780-7.
24. Okuga M, Kemigisa M, Namutamba S, Namazzi G, Waiswa P. Engaging community health workers in maternal and newborn care in eastern Uganda. *Glob Health Action*. 2015;8(1).
25. Tseng YH, Griffiths F, De Kadt J, Nxumalo N, Rwafa T, Malatji H, et al. Integrating community health workers into the formal health system to improve performance: A qualitative study on the role of on-site supervision in the South African programme. *BMJ Open*. 1 févr 2019;9(2).
26. Arnet I, Gudka S, Salter S, Hersberger KE, Clifford R. Readiness of pharmacists and consumers for pharmacy-based chlamydia screening in Australia and Switzerland. *Sex Reprod Healthc*. 1 juin 2018;16:138-53.
27. Te Tea D. Quels sont les facilitateurs identifiés par les évaluateurs à l'évaluation du risque cardio-vasculaire en population générale selon le score INTERHEART dans le cadre de l'étude SPICES ? Univeristé de Bretagne Occidentale; 2020.
28. Quideau J. Facilitateurs à l'évaluation du risque cardiovasculaire par le score Interheart selon des étudiants du service sanitaire ayant participé au projet SPICES. Université de Bretagne Occidentale; 2019.
29. Reyes A, Qin P, Brown CA. A standardized review of smartphone applications to promote balance for older adults. *Disabil Rehabil*. 13 mars 2018;40(6):690-6.
30. Bhuyan SS, Lu N, Chandak A, Kim H, Wyant D, Bhatt J, et al. Use of Mobile Health Applications for Health-Seeking Behavior Among US Adults. *J Med Syst*. 1 juin 2016;40(6):153.
31. Househ M, Borycki E, Kushniruk A. Empowering patients through social media: The benefits and challenges. *Health Informatics J*. 18 mars 2014;20(1):50-8.

32. L'usage des réseaux sociaux en France - Faits et chiffres | Statista [Internet]. 2019 [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/themes/2761/l-usage-des-reseaux-sociaux-en-france/>
33. Whitehead D. A social cognitive model for health education/health promotion practice. *J Adv Nurs.* nov 2001;36(3):417-25.
34. Watzlawick P, Helmick Beavin J, Jackson D. Une logique de la communication. Seuil. Paris; 1979. 280 p.
35. Neuner-Jehle S, Senn O, Wegwarth O, Rosemann T, Steurer J. How do family physicians communicate about cardiovascular risk? Frequencies and determinants of different communication formats. *BMC Fam Pract.* 5 déc 2011;12(1):15.
36. Kambhampati S, Ashvetiya T, Stone NJ, Blumenthal RS, Martin SS. Shared Decision-Making and Patient Empowerment in Preventive Cardiology. *Curr Cardiol Rep.* 1 mai 2016;18(5):49.
37. Teo CH, Ng CJ, Booth A, White A. Barriers and facilitators to health screening in men: A systematic review. Vol. 165, *Social Science and Medicine*. Elsevier Ltd; 2016. p. 168-76.
38. Le Roux E. Évaluation du processus de l'implémentation du service sanitaire dans une faculté de médecine parisienne. *Rev Epidemiol Sante Publique.* sept 2020;68:S139.
39. Avuvika E, Masese LN, Wanje G, Wanyonyi J, Nyaribo B, Omoni G, et al. Barriers and facilitators of screening for sexually transmitted infections in adolescent girls and young women in Mombasa, Kenya: A qualitative study. Braitstein P, éditeur. *PLoS One.* 1 janv 2017;12(1):e0169388.
40. Dahl M, Lindholt J, Søggaard R, Frost L, Andersen LS, Lorentzen V. An interview-based study of nonattendance at screening for cardiovascular diseases and diabetes in older women: Nonattendees' perspectives. *J Clin Nurs.* 1 mars 2018;27(5-6):939-48.
41. Gagneux-Brunon A, Gannard I, Berthelot-Del Aguila C, Virieux D, Barjat T, Botelho-Nevers E. Connaissances et attitudes des étudiants en santé du service sanitaire sur la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles, de la nécessaire formation de ces futurs « Préventeurs ». *Médecine Mal Infect.* juin 2019;49(4):S91.
42. James AJ, Marable D, Cubbison C V., Tarbox AA, Mejia DL, Oo SA, et al. HIV testing in a large community health center serving a multi-cultural patient population: A qualitative study of providers. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV.* 2 déc 2019;31(12):1585-92.
43. Peterson GM, Jackson SL, Hughes JD, Fitzmaurice KD, Murphy LE. Public perceptions of the role of Australian pharmacists in cardiovascular disease. *J Clin Pharm Ther.* déc 2010;35(6):671-7.
44. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. Vol. 376, *The Lancet*. 2010. p. 1261-71.

X. Annexes

1. Annexe 1 : « non laboratory INTERHEART score »

Facteur de risque	Question	Points pour chaque réponse	
Age	Êtes-vous un homme de plus de 55 ans OU une femme de plus de 65 ans ?	2	
	Êtes-vous un homme de moins de 55 ans OU une femme de moins de 65 ans ?	0	
Tabagisme. Cochez la description qui vous ressemble le plus	Je n'ai jamais fumé	0	
	Je suis un ancien fumeur (plus de 12 mois sans cigarette)	2	
	OU Je suis un fumeur régulier ou j'ai fumé régulièrement au cours des 12 derniers mois et je fume...	1-5 cigarettes/ jour	2
		6-10 cigarettes/ jour	4
		11-15 cigarettes/jour	6
		16-20 cigarettes/jour	7
Plus de 20 cigarettes/jour		11	
Tabagisme passif	Sur les 12 derniers mois, avez-vous été exposé à la fumée des autres	Moins d'une heure d'exposition par semaine OU aucune exposition	
		OU une heure ou plus d'exposition par semaine	
Diabète	Avez-vous un diabète ?	Oui	
		Non OU ne sait pas	
Hypertension artérielle	Avez-vous une hypertension artérielle ?	Oui	
		Non OU ne sait pas	
Antécédents familiaux	L'un de vos parents biologiques ou les deux a/ont-ils subi une crise cardiaque ?	Oui	
		Non OU ne sait pas	
Facteurs psycho-sociaux	A quelle fréquence vous êtes-vous senti stressé dans votre vie professionnelle ou personnelle ?	Plusieurs périodes de stress ou stress permanent	
		Jamais OU quelques périodes de stress	
	Durant les 12 derniers mois, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste, mélancolique ou déprimé, pendant 2 semaines d'affilée ou plus ?	Oui	
	Non		
Alimentation	Mangez-vous des aliments salés une fois ou plus par jour ?	Oui	
		Non	
	Mangez-vous des aliments frits, des encas (snacks) ou des fast food 3 fois ou plus dans la semaine ?	Oui	
		Non	
	Mangez-vous des fruits une fois ou plus par jour ?	Oui	
		Non	
	Mangez-vous des légumes une fois ou plus par jour ?	Oui	
		Non	
Mangez-vous de la viande 2 fois ou plus par jour ?	Oui		
	Non		
Activité physique	Quel est votre niveau d'activité pendant votre temps libre ?	Sédentaire ou exercice léger	
		Exercice modéré ou intense	
Rapport taille / tour des hanches	< 0.873	0	
	0.873-0.963	2	
	>0.964	4	

2. Annexe 2 : Prospectus d'information



Madame, Monsieur,

Ce « prospectus » est un support d'aide qui a pour but de recruter des personnes afin de participer à une étude portant sur la prévention des maladies cardiovasculaires, qui s'appelle SPICES – KALON YAC'H, gérée par le CHRU de Brest, le Département Universitaire de Médecine Générale de Brest et l'équipe de recherche SPURBO.

Les maladies cardiovasculaires (comme l'infarctus du myocarde ou l'accident vasculaire cérébral) sont la première cause de mortalité dans le monde. Leur prévention est efficace mais elle est jusqu'ici déléguée aux soignants.

Le principal objectif de cette étude est de montrer que la mise en place de programmes de changement de comportement et d'interventions brèves menés par la communauté est efficace sur la réduction du risque cardiovasculaire, chez des sujets présentant, au départ, un risque modéré.

Afin de pouvoir dépister ces sujets à risque cardiovasculaire modéré, nous abordons toutes les personnes rencontrées dans les différents lieux de vie du Pays Centre Ouest Bretagne, de Pleyben et de Callac pour leur proposer de répondre à un questionnaire portant sur les risques cardiovasculaires, appelé le score de risque « non laboratory interheart » qui intègre la mesure du tour de hanche et de la taille. Le remplissage du questionnaire et les mesures physiques durent environ 15 minutes.

Vos réponses au questionnaire, les mesures de votre tour de hanche et de votre tour de taille sont saisies sur une tablette équipée d'un logiciel dédié qui calcule directement votre risque cardiovasculaire :

- Score inférieur à 9 : risque cardiovasculaire faible
- Score compris entre 9 et 15 : risque cardiovasculaire modéré
- Score supérieur à 15 : risque cardiovasculaire élevé.

Quel que soit votre score, un conseil minimal de changement de vos habitudes de vie vous sera délivré par l'étudiant en santé qui vous a abordé, dans le cadre de son service civique obligatoire, il vous sera proposé, si besoin, de prendre contact avec votre médecin généraliste référent.

Comme expliqué ci-dessus, la phase dite « interventionnelle » de l'étude s'intéresse uniquement aux personnes présentant un risque cardiovasculaire modéré (score compris entre 9 et 15).

Si cela est votre cas et si vous êtes d'accord, vous serez recontacté par une personne de notre équipe de recherche qui vous proposera de participer à cette étape interventionnelle. Les données recueillies aujourd'hui vous concernant seront alors transmises au responsable de la recherche, le CHRU de Brest, sous forme codée.

Un fichier informatique sera également tenu par l'étudiant en santé afin de lui permettre de vous contacter.

Le traitement de vos données respecte les obligations légales de confidentialité ainsi que le secret médical auquel le personnel impliqué est soumis.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser, dans un premier temps, de répondre au questionnaire et dans un second temps, de participer

A l'issue du remplissage du questionnaire, votre participation à l'étude SPICES s'arrêtera si votre score est inférieur à 9 ou un score supérieur à 15. Vos données codées, seront alors conservées jusqu'à la publication des résultats et archivées au minimum pendant 15 ans après la fin de la recherche.

Si votre score est compris entre 9 et 15, vous serez recontacté pour participer à la phase interventionnelle de l'étude. Vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier. Dans ce cas, vous devrez informer un des membres de l'équipe de recherche et vos données personnelles pourront être conservées si leur effacement est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche conformément au Règlement Général de Protection des Données (art. 17.3 c et 17.3 d) de l'Union Européenne n°2016/679.

Cette recherche a obtenu l'avis favorable du Comité de Protection des Personne Sud-Est IV en date du 09/04/2019 en application des dispositions de l'article L.1121-1 du code de la Santé Publique. Cet avis a été transmis à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), accompagné du résumé de l'étude.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter les Dr LE GOFF Delphine ou ODORICO Michele au 02 98 01 65 52 ou par mail à spices.kalonyach@gmail.com.

Informations sur le traitement de vos données

Ce traitement mis en œuvre dans le cadre de la recherche est conforme aux dispositions réglementaires permettant à un établissement de santé de traiter des données à des fins de recherche scientifique (art. 9.2 RGPD* ; intérêt public, article 6 du RGPD).

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978 mise à jour par la délibération n° 2016-262 du 21 juillet 2016 abrogée par la Délibération n° 2018-153 du 3 mai 2018) et du Règlement Européen (UE) n° 2016/679 du 27 Avril 2016 relatif à la protection des données personnelles (dit RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation des informations figurant dans ce traitement, ainsi que d'un droit de portabilité de vos données. Il vous est également permis d'introduire une réclamation auprès de la CNIL si vous estimez que vos données ne sont pas traitées conformément à la réglementation en vigueur. Le CHRU de Brest, responsable du traitement et promoteur de la recherche, a désigné un délégué à la protection des données joignable à l'adresse mail suivante : protection.donnees@chu-brest.fr.

Dans le cadre de collaborations futures, le CHRU de Brest pourra transférer ces données rendues confidentielles à des équipes scientifiques institutionnelles en France ou dans le monde, aux pays partenaires en dehors de l'Union Européenne grâce à la signature de clauses contractuelles entre le CHRU de Brest, propriétaire des données et l'établissement destinataire afin de fixer les obligations et responsabilités de chaque partie, afin de poursuivre les recherches sur le sujet ou à des fins de recherche scientifique conformément aux alinéas i et j de l'article 9.2 du RGPD.

** Règlement relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données)*

3. Liens

a. Retranscription des entretiens

https://drive.google.com/drive/folders/1jVVFXNsqafdfUY3TsYGKCCZIFtWUE_S8?usp=sharing

b. Tableau de codage des entretiens

<https://drive.google.com/drive/folders/13GsNww9icx5-4OJ22mY02g3SyyzTYFjz?usp=sharing>

4. Guide d'entretien initial

Question brise-glace :

1. Qu'est-ce qui t'a le plus marqué au cours de tes journées de dépistage ?
 - relance : un événement, une situation qui tu as retenu ?

Thème organisation / logistique :

2. Quelle a été l'organisation avant et pendant les journées ?
 - relances :
 - le matériel ?
 - contenu de la formation ?
 - types d'événements ?
 - encadrement ?
 - médiatisation ?

Thème freins / difficultés / refus :

3. Quelles sont les principales difficultés que tu as rencontrées ?
 - relances :
 - le questionnaire Interheart ?
 - communication (abord des personnes, connaissances médicales, réponses aux personnes) ?
 - refus de dépistage (vécu) / de donner les coordonnées ?
 - environnement (météo, lieu, intimité) ?
 - situations qui t'ont mises mal à l'aise ? discussions extérieures au score (hors-sujet, histoire de vie, etc.)

Thème facilitateurs :

4. Quels sont les éléments qui t'ont aidé dans le dépistage ?
 - relances :
 - motivation, accueil par les intervenants / population dépistées ?
 - statut d'étudiant, appartenance au projet (fac, CHRU, UE) ?
 - en groupe ou seul ?
 - environnement ?

Thème développement personnel :

5. Qu'est ce qui a changé dans votre façon de dépistage entre la première et la dernière personne abordée ?
6. Quels bénéfices cette expérience t'a apporté au niveau personnel et professionnel ?
 - relances :
 - bénéfice formation actuelle ? futur professionnel ?
 - bénéfice personnel ?

Thème perspective d'amélioration :

7. Quelles seraient tes suggestions pour améliorer un dépistage de ce genre ?

5. Guide d'entretien final

Question brise-glace :

1. Y-a-t-il une situation insolite qui t'a marqué ?
 - relance : un événement, une situation que tu as retenue ?

Thème organisation / logistique :

2. Quelle a été l'organisation avant et pendant les journées ?
 - relances :
 - le matériel ?
 - contenu de la formation ?
 - types d'événements ?
 - encadrement ?
 - médiatisation ?

Thème freins / difficultés / refus :

3. Quelles sont les principales difficultés que tu as rencontrées ?
 - relances :
 - le questionnaire Interheart ?
 - communication (abord des personnes, connaissances médicales, réponses aux personnes) ?
 - refus d'évaluation (vécu) / de donner les coordonnées ?
 - environnement (météo, lieu, intimité) ?
 - situations qui t'ont mises mal à l'aise ? discussions extérieures au score (hors-sujet, histoire de vie, etc.)

Thème facilitateurs :

4. Quels sont les éléments qui t'ont aidé dans l'évaluation ?
 - relances :
 - motivation, accueil par les intervenants / population évaluées ?
 - statut d'étudiant, appartenance au projet (fac, CHRU, UE) ?
 - en groupe ou seul ?
 - environnement ?

Thème développement personnel :

5. Qu'est ce qui a changé dans votre façon de dépistage entre la première et la dernière personne abordée ?
6. Quels bénéfices cette expérience t'a apporté au niveau personnel et professionnel ?
 - relances :
 - bénéfice formation actuelle ? futur professionnel ?
 - bénéfice personnel ?

Thème perspective d'amélioration :

7. Quelles seraient tes suggestions pour améliorer une évaluation de ce genre ?
 - relances :
 - pensez-vous que ce modèle d'évaluation puisse être à nouveau utilisé pour une nouvelle enquête ?

XI. Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque. »