



HAL
open science

Étude qualitative des causes d'arrêt extrinsèques au projet SPICES du point de vue des non-participants

Ophélie Marot

► **To cite this version:**

Ophélie Marot. Étude qualitative des causes d'arrêt extrinsèques au projet SPICES du point de vue des non-participants. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03510597

HAL Id: dumas-03510597

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03510597>

Submitted on 4 Jan 2022

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 MAROT Ophélie
Née le 6 décembre 1993 à Vernon (Eure-27)

Thèse soutenue publiquement le 9 décembre 2021

Titre de la thèse :

Étude qualitative des causes d'arrêt extrinsèques au projet SPICES du point de vue des non-participants

Président : Mr le Professeur LE RESTE Jean-Yves

Membres du Jury : Mme le Docteur PAILLET Sophie
Mme le Docteur LE GOFF Delphine (directrice de thèse)

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST
Septembre 2021

Doyens honoraires

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

Doyenne

COCHENER-LAMARD Béatrice

Professeurs émérites

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

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en surnombre

GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
---------------------	----------------------

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian	Hématologie
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophthalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie

MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
TIMSIT Serge	Neurologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

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

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

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

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
IANOTTO Jean-Christophe	Hématologie
LE BERRE Rozenn	Thérapeutique
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire

LE VEN Florent	Cardiologie
LIPPERT Éric	Hématologie
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
SCHICK Ulrike	Cancérologie - Radiothérapie
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

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

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

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
BRENAUT Emilie	Dermato-vénéréologie
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
GUILLOU Morgane	Addictologie
HILLION Sophie	Immunologie
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
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
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

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

POUGNET Richard	Médecine et Santé au travail
ROPARS Juliette	Pédiatrie
ROUE Jean-Michel	Pédiatrie
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TROMEUR Cécile	Pneumologie

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard
LE RESTE Jean-Yves

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

BARAIS Marie
NABBE Patrice

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BEAURUELLE Clémence	Bactériologie virologie
BAGACEAN Cristina	Hématologie
THUILLIER Philippe	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Professeur des Universités Associé

LE MOIGNE Emmanuelle	Médecine interne
METGES Jean-Philippe	Cancérologie
QUERELLOU Emgan	Médecine d'urgence
SUPLY Benoît	Médecine légale

Maître de Conférences des Universités Associé

GURIEC Nathalie	Nutrition
LAVENNE-COLLOT Nathalie	Pédopsychiatrie

Professeurs des Universités Associés de Médecine Générale

BARRAINE Pierre
CHIRON Benoît

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

BEURTON-COURAUD Lucas
DERRIENNIC Jérémy
FONSECA Jérôme
PUSZKAREK Thibault
VIALA Jeanlin

Professeur des Universités

BORDRON Anne	Biologie cellulaire
---------------------	---------------------

Maîtres de Conférences des Universités

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
DANY Antoine	Epidémiologie et santé publique
LE CORNEC Anne-Hélène	Psychologie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et informatique

Maîtres de Conférences des Universités Contractuels LRU

MESQUITA Mirka	Psychologie
-----------------------	-------------

Attachée Temporaire d'Enseignement et de Recherche

GHANEM Rosy Biochimie et biologie moléculaire

Professeurs Certifiés / Agrégés du second degré

MONOT Alain Français
RIOU Morgan Anglais

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

DULOU Renaud Neurochirurgie

Maîtres de Stages Universitaires - Référents (Ministère des Armées)

LE COAT Anne Médecine Générale / Urgence
SCELLOS Olivia Médecine Générale

I. Remerciements

A **Monsieur Le Professeur Jean-Yves LE RESTE**, de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

A **Madame Le Docteur Delphine LE GOFF**, pour ton temps accordé pour ma thèse. Un grand merci pour tes conseils, tes relectures, ta disponibilité.

A **Madame Le Docteur Sophie PAILLET**, d'avoir accepté de m'accompagner pour cette étape importante de mon parcours de médecin et de participer à mon jury de thèse. Une très belle rencontre au cours de mon internat, merci pour tout ce que tu m'as appris, ton soutien, ta bienveillance.

A **Monsieur Le Docteur VELLY Jean-François**, mon tuteur, de m'avoir si bien accompagnée tout au long de mon internat.

A mon co-thésard, co-interne, ami **Arthur**, je suis fière de partager ma soutenance de thèse avec toi. Merci de m'avoir accompagnée, soutenue tout au long de ce parcours, et à nos longues heures de travail ensemble et rigolades.

Aux **non-participants** qui ont acceptés de me rencontrer et d'avoir témoigné de leur expérience au sein de SPICES.

A toutes les personnes que j'ai rencontrées durant mon internat, pour leur savoir transmis et leur accompagnement. A mes premiers pas en tant qu'interne avec toute **l'équipe des urgences de Paimpol** et le **Docteur BOUSSEMART Francis**. A **l'équipe de médecine polyvalente de Quimperlé**, merci pour votre confiance, et heureuse d'être votre collègue pour un petit moment.

A mes maîtres de stages ambulatoires, pour leur partage d'expériences, leur passion pour la médecine générale et les bons moments passés avec vous : les **Docteurs LE GALL-ROUDAUT Marie-Laure, YSNEL Nathalie, GELINEAU Thomas, LE GRAND Pierre, HASCOËT Pierre**. A mes deux adorables infirmières **Annaïck** et **Dominique**. A la superbe **équipe de pédiatrie de Quimper**, merci pour tout ce que vous m'avez appris. Et à l'**équipe Saint-Martin de Pont l'Abbé** qui m'aura suivie sur ces derniers mois de thèse, merci à vous, une belle fin d'internat à vos côtés, avec une mention spéciale pour mes co-internes qui m'auront soutenue jusqu'au bout : **Pierre** et ses petites attentions anti-stress, **Elvin** mon sacré professeur de méthodologie, merci pour votre soutien. Et à tous les **médecins** qui m'ont formée et accompagnée pendant mes études à **Caen**, **Jean-Charles** qui m'aura transmis sa passion pour la médecine générale, à l'**équipe de Granville** qui m'aura guidée pour débiter plus sereinement mon internat.

A **Adrien**, mon parrain de la fac, pour ton accompagnement précieux pendant mon internat.

A **Sonia**, ma meilleure amie de Bretagne, quelques mots ne suffiront pas pour décrire toute l'amitié et la tendresse que je te porte. Merci pour tout.

A mes premières copines de Bretagne, la team des guerrières : **Gabriella, Candice, Ophélie** et toi ma p'tite **Marie** merci à toi, pour tout ton soutien jusqu'au point final de ma thèse. A tous mes **amis co-internes** pour les moments de boulot et surtout de détente passés avec vous.

A **Floriane**, une amie et soignante en or. A notre P1 passée ensemble, à tout ton soutien si précieux les années qui ont suivies, merci ma Bichette.

A tous mes amis de médecine de Caen et nos merveilleux moments passés ensemble qui resteront pour toujours dans mon cœur : ma belle **Amandine**, mon cosmonaute **Auriane**, ma

copinette **Anna**, mon petit rayon de soleil **Clémence**, ma princesse **Marie**, ma pétillante **Léa**, ma voyageuse **Flore**, ma chère **Alice**, ma douce **Anne**, ma rigolote **Céline**, ma parisienne **Clara**, mon adorable **Nicolas**, les deux inséparables **Valentin et Cécilia**. Et bien sûre, mon Poteau, **Agathe**, une très belle rencontre qui a débutée en deuxième année et qui s'est poursuivie par une belle aventure passée à tes côtés en Bretagne, une amitié qui est précieuse, ta Boussole ne sera jamais loin.

A mes boys **Paul**, mon Monsieur Formidable et meilleur ami, merci de m'avoir supportée pendant toutes ces années importantes de mes études, mon p'tit **Jean-Louis**, ton amitié m'est précieuse, et **Jules**, mon traducteur officiel, habibi ya lil ! A tous ces superbes moments passés avec vous, et aux moments à venir. Sans oublier cette belle rencontre amicale avec toi **Julien**.

A mes très chères amies d'enfance, loin des yeux, près du cœur : **Cindy, Solenne, Amélie, Bénédicte**.

A ma merveilleuse **maman**, pour tout ton amour, ta présence et ton soutien, ma réussite je te la dois et je te la dédie. Ton petit Gourou t'aime si fort.

A mes deux fiertés et petites sœurs **Juliette et Clarisse**, que j'aime plus que tout.

A mes **grands-parents maternels**, pour votre présence et votre soutien si précieux. Je vous aime.

A ma **tata Musique** qui aura toujours été là dans les bons et les mauvais moments, à mon parrain **Eric** et ma **tante Caro**, merci pour votre soutien. Sans oublier mon cousin **Louis**, mes cousines **Camille**, ma **Marie Michou**, et **Docteur Juju**. A ma marraine **Roselyne**.

Pensées pour toi **papa** et à mes **grands-parents paternels**.

Douces pensées à mes deux arrière-grands-mères **Mame et Elise...**

A ma **Mimie**, mon porte-bonheur.

Et à ma plus belle fin d'internat, **Stéphane**... qui illumine ma vie. Merci pour ta patience, tes attentions et ton soutien mon Amour. Merci pour l'énergie que tu m'auras donnée pour finir cette thèse. Tu me combles de bonheur et je suis fière de t'avoir pour compagnon, je t'aime.

Table des matières

<i>I. Remerciements</i>	7
<i>II. Résumé</i>	14
<i>III. Abstract</i>	15
<i>IV. Liste des abréviations</i>	16
<i>V. Introduction</i>	18
<i>VI. Matériel et méthode</i>	26
A. Méthode	26
B. Échantillonnage	26
C. Entretiens	27
D. Analyse des données qualitatives	28
E. Aspects éthiques et réglementaires	29
<i>VII. Résultats</i>	30
A. Habitus	33
B. Prévention	34
1. Sources de prévention	34
2. Messages de prévention	35
C. Organisation de SPICES	36
1. Organisation de l'étude	36
2. Organisation des réunions	36
D. Impact sur le sujet	37

1.	Implication dans la prévention.....	37
2.	Implication dans l'étude.....	38
3.	Impact de l'évaluation du RCV.....	39
E.	Propre au sujet	40
1.	Vie personnelle.....	41
2.	Santé personnelle	42
F.	Ressenti du sujet.....	43
1.	Souhaits	43
2.	Auto-perception	46
3.	Ressenti de la participation.....	50
G.	COVID	51
H.	Obstacles	53
I.	Facilitateurs.....	56
1.	Bénéfices de la participation.....	56
2.	Facilitateurs à la participation	57
VIII.	<i>Discussion</i>	60
A.	Les résultats principaux	60
B.	Forces et limites de l'étude	60
1.	Forces de l'étude	60
2.	Limites de l'étude	62
C.	Comparaison des résultats avec la littérature	62
D.	Perspectives	74
IX.	<i>Conclusion</i>	77

<i>X. Bibliographie</i>	<i>79</i>
<i>XI. Annexes</i>	<i>84</i>
A. Annexe 1	84
B. Annexe 2	86
C. Annexe 3	88
D. Annexe 4	91
E. Annexe 5	92
F. Annexe 6	93
<i>XII. Serment d'Hippocrate</i>	<i>95</i>

II. Résumé

Mots clés : freins, limites, participation, communauté, prévention cardiovasculaire, maladies cardiovasculaires, agent de santé communautaire, projet SPICES.

Introduction : Les maladies cardiovasculaires (MCV) représentaient la première cause de mortalité dans le monde en 2016. Le projet SPICES implémente un programme non médicamenteux de prévention des MCV dans le Pays Centre Ouest Bretagne (COB), territoire particulièrement touché par les MCV. Les habitants à risque cardiovasculaire modéré, selon le score Interheart non laboratory, ont pu participer à des groupes d'accompagnement par des citoyens accompagnants qui ont été formés à la promotion de la prévention cardiovasculaire. L'objectif de ce travail était de définir les causes d'arrêt extrinsèques au projet SPICES déclarées par les non-participants.

Matériel et méthode : Une étude qualitative a été menée par entretiens semi-structurés individuels réalisés par deux chercheurs, jusqu'à obtenir la saturation théorique des données. L'échantillonnage était raisonné sur les critères suivants : l'âge, le sexe, le lieu d'habitation, la catégorie socio-professionnelle et la part de participation à l'étude. Une analyse thématique fut réalisée avec un codage en double aveugle.

Résultats : Dix entretiens semi-structurés ont été analysés. La saturation théorique des données a été obtenue au bout du neuvième entretien. Plusieurs causes d'arrêt externes à l'étude ont été retrouvées : une mauvaise perception de sa santé cardiovasculaire, des attentes précises, la vie personnelle et professionnelle, les comorbidités, le manque de motivation, la COVID-19.

Conclusion : Tenir compte du niveau de littératie en santé, du stade de changement de comportement, de l'auto-efficacité et de l'environnement du participant est essentiel. La triangulation des données était une force. Le recrutement des non-participants, pour la collecte des données, était une limite. Une étude miroir a décrit les causes internes. D'autres études qualitatives ont été menées dont l'avis des citoyens accompagnants sur les freins à l'animation des groupes. Ces travaux permettraient d'augmenter la participation à l'étude et l'efficacité des conseils prodigués à long terme.

III. Abstract

Keywords : barriers, limitations, participation, community, cardiovascular prevention, cardiovascular disease, community health worker, SPICES project.

Introduction : Cardiovascular disease (CVD) was the leading cause of death in the world in 2016. The SPICES project implements a non-drug CVD prevention program in the Pays Centre Ouest Bretagne (COB), an area particularly affected by CVD. Residents at moderate cardiovascular risk, according to the non-laboratory Interheart score, were able to participate in support groups by accompanying citizens who were trained in promoting cardiovascular prevention. The objective of this work was to define the causes of cessation extrinsic to the SPICES project as reported by nonparticipants.

Material and method : A qualitative study was conducted by means of individual semi-structured interviews carried out by two researchers, until theoretical data saturation was reached. The sampling was based on the following criteria: age, gender, place of residence, socio-professional category, and participation in the study. A thematic analysis was performed with double-blind coding.

Results : Ten semi-structured interviews were analyzed. Theoretical data saturation was achieved by the ninth interview. Several causes of discontinuation external to the study were found : poor perception of one's cardiovascular health, specific expectations, personal and professional life, comorbidities, lack of motivation, COVID-19.

Conclusion : Taking into account the participant's level of health literacy, stage of behavior change, self-efficacy, and environment is essential. Triangulation of data was a strength. Recruitment of nonparticipants, for data collection, was a limitation. A mirror study described internal causes. Other qualitative studies were conducted, including the opinions of accompanying citizens on the barriers to group facilitation. This work would increase participation in the study and the effectiveness of the advice provided in the long term.

IV. Liste des abréviations

ALD affection de longue durée

ASC agent de santé communautaire

ARS Agence régionale de santé

AVC accidents vasculaires cérébraux

CLS Contrat Local de Santé

CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COB Centre Ouest Bretagne

COREQ COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CPP Comité éthique de protection des personnes

FDRCV facteur de risque cardiovasculaire

Inserm Institut national de la santé et de la recherche médicale

LS littératie en santé

MCV maladie cardiovasculaire

MNT maladie non transmissible

OMS Organisation mondiale de la Santé

PRSE Plan Régional Santé Environnement

RCV risque cardiovasculaire

V. Introduction

En 2016, les maladies cardiovasculaires (MCV) étaient la première cause de mortalité dans le monde. Elles étaient responsables de 17,9 millions de décès, soit 44% de la mortalité mondiale des maladies non transmissibles et 31% de la mortalité mondiale totale (1). La mortalité cardiovasculaire a été estimée à 23,3 millions en 2030. Les cardiopathies ischémiques devraient être la première cause de mortalité en 2030, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) la seconde (2).

Les MCV regroupent un ensemble de troubles touchant le cœur et les vaisseaux sanguins. Elles proviennent de facteurs de risques cardiovasculaires (FDRCV) non modifiables et modifiables (3). Les FDRCV non modifiables comprennent l'âge, le sexe et les antécédents familiaux. Les FDRCV modifiables comprennent le tabagisme actif comme passif, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le diabète, le surpoids, l'obésité, la sédentarité, le stress et la dépression. La prévention primaire vise à réduire l'incidence d'une maladie tandis que la prévention secondaire vise à réduire le risque de récurrence de la maladie et ralentir la progression de ses lésions. Le risque cardiovasculaire (RCV) global se définit comme la probabilité, pour un individu, de développer une MCV dans un temps donné en fonction de l'ensemble de ses facteurs de risque (4).

A l'aide de stratégies à l'échelle de la population, il est possible d'agir sur les facteurs de risques modifiables et comportementaux. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recensé des interventions efficaces sur le plan médical et économique, pouvant être appliquées là où les ressources sont rares afin de lutter contre les MCV et cela à l'échelle de la population et

individuelle et de façon concomitante. Celles-ci sont réalisables en soins primaires, y compris en faisant appel à des professionnels de santé non-médecins. En 2013, sous la direction de l’OMS, les États membres ont souscrit au Plan d’action mondial de l’OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Ce plan vise une réduction de 25% d’ici 2025 du nombre de décès prématurés liés aux maladies non transmissibles (MNT) dont les MCV (3). Pour soutenir ce projet, l’OMS a créé un mécanisme de coordination mondiale afin d’améliorer la coordination des activités et l’action multisectorielle (5).

La mortalité cardiovasculaire est répartie inégalement dans le monde. Selon l’OMS, plus des trois quarts des décès liés aux MCV surviennent dans des pays à revenus faibles ou intermédiaires (3). Selon la Société Européenne de Cardiologie et les dernières données disponibles, les MCV sont la principale cause de décès en Europe, avec plus de 4 millions de décès, soit 45% de la mortalité toutes causes confondues (6).

En 2013, en France, les MCV étaient la deuxième cause de décès après les cancers et la première cause de mortalité chez les femmes. Identifier les comportements à risque permettrait de réduire la mortalité prématurée évitable en France. Des inégalités sociales de santé persistent en France, les classes les plus favorisées sur le plan économique et/ou les plus diplômées ont un meilleur état de santé, une capacité d’adhésion des messages de prévention plus adéquate et un accès au système de soins plus adapté. Ces inégalités sociales sont accompagnées d’inégalités territoriales. Les situations sont aggravées par le contexte économique, la disponibilité locale des services sanitaires et médico-sociaux (7). En 2018, le projet de réforme du système français de santé, « Ma santé 2022 » soulignait les inégalités d’accès aux soins et la nécessité de garantir à tous les Français une meilleure prévention et un accès de qualité aux soins. En ce qui concerne

la prévention, l'ensemble des professionnels de santé doivent coopérer pour assurer plus d'actions (8) (9).

Les MCV représentent la première dépense de santé des pays développés. En Europe, en 2006, le coût direct des MCV était estimé à près de 110 milliards d'euros, soit un coût moyen annuel par habitant de 223 euros et 10% de la dépense de santé des pays européens (10). En France, en 2013, le montant remboursé tous régimes pour les MCV s'élevait à 15,1 milliards d'euros (11). Les pertes cumulées dues aux MNT atteindront 7 000 milliards de dollars dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires si les programmes de prévention ne sont pas appliqués (5).

A cause des conséquences sanitaires, épidémiologiques et économiques des MCV, la prévention de ces dernières est une des priorités pour les pays riches et pour les pays en voie de développement. A partir de ces constats est né SPICES (Scaling-up Packages of Interventions for Cardiovascular disease prevention in selected sites in Europe and Sub-Saharan Africa), une étude d'implémentation, dont le but est d'innover et de mettre en place des interventions non médicamenteuses efficaces, efficientes et innovantes pour la prévention cardiovasculaire en Europe et Afrique subsaharienne (12). Ce projet s'est inspiré des progrès réalisés dans la prise en charge du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne et dans celle des maladies chroniques grâce à l'ICC Framework (Innovative Care for Chronic Conditions), plan de l'OMS. Ce dernier comprend huit points : adopter une approche globale des maladies chroniques ; adapter les politiques de santé ; créer un système de soins intégré à la communauté ; organiser les politiques locales ; améliorer l'efficacité des professionnels de santé ; mettre le patient et sa famille au centre du parcours de soins ; soutenir les patients dans leur communauté ; mettre l'accent sur la prévention. Selon l'OMS, la triade formée par le patient et sa famille, la communauté et les

professionnels de santé est importante et ces trois composantes doivent travailler ensemble avec le même objectif pour obtenir des résultats (13).

En 2011, 69% des patients vivant avec le VIH/SIDA étaient des habitants de l'Afrique subsaharienne, alors que les professionnels de santé sur ce territoire ne représentent que 3% des personnels de santé au niveau mondial. La délégation des tâches à la communauté, dont les agents de santé communautaire (ASC) est une solution pour pallier le manque de professionnels de santé dans les pays à ressources limitées (14). Le renforcement communautaire a été prôné par la charte d'Ottawa de 1986 pour la promotion de santé, qui visait l'égalité en matière de santé pour chaque individu. Il utilise toutes les ressources humaines, matérielles communautaires pour développer l'auto-assistance, le soutien social, et renforcer la participation du public en matière de santé. La communauté est perçue comme le principal porte-parole en matière de santé, de bien-être et de conditions de vie, afin que chaque individu se donne les moyens de rester en bonne santé (15). Selon l'OMS, les ASC sont définis comme des membres de la communauté pour laquelle ils travaillent et qui doivent répondre de leurs activités auprès des communautaires et être soutenus par le système de santé. Ils ne possèdent pas forcément un diplôme professionnel et délivrent les prestations de santé après une formation en lien avec l'intervention. Il s'agit d'un appui supplémentaire pour les professionnels de santé (14). Les ASC, notamment par des actions de prévention, de dépistage, d'éducation, de soutien à l'observance, ont des impacts positifs pour la prévention et le traitement des patients atteints du VIH, que ce soit en terme de bénéfices cliniques, économiques comme psychosociaux (16). La prise en charge par les ASC améliore la qualité de vie, l'observance, la confiance en soi et diminue la stigmatisation (14).

Ce travail de thèse fait partie du projet de recherche SPICES, financé par l'Union Européenne avec le programme de financement de la recherche et de l'innovation Horizon 2020, pour une durée de cinq ans. Cinq pays aux revenus différents participent à cette étude : l'Ouganda avec l'Université de Makerere (revenus faibles), l'Afrique du Sud avec l'Université de Limpopo (revenus modérés), et la France avec l'Université de Bretagne Occidentale, la Belgique avec l'Université d'Anvers, l'Angleterre avec l'Université de Nottingham et Manchester (3 pays aux revenus élevés). Malgré leurs différences socio-économiques, le but commun à ce projet était de sélectionner des populations « vulnérables » dans ces 5 pays (12). N'ayant pas de définition consensuelle de la « vulnérabilité », il a été décidé pour ce projet de la définir par un accès limité aux soins, le manque de réception des messages de prévention, la forte incidence et/ou prévalence des MCV et un faible niveau socio-économique (17).

Le modèle de soins des pays développés basé sur une approche individuelle du patient, centré sur l'hôpital et le spécialiste, n'est pas transposable aux pays en voie de développement, aux ressources humaines, financières et techniques plus limitées. Mais ce modèle devient de plus en plus difficile à conserver dans les pays développés où les ressources deviennent limitées. Les systèmes de santé doivent être révisés afin d'augmenter leur efficacité. Le projet SPICES intègre les connaissances les plus actuelles afin d'améliorer la prévention et le contrôle des MCV dans les pays aux revenus élevés, intermédiaires et faibles (12).

En France, le territoire choisi était le Pays Centre Ouest Bretagne (COB). Il a été créé en 1992, dans le but d'un projet de développement du territoire. Il compte 108 communes réparties sur trois départements : le Finistère, les Côtes d'Armor et le Morbihan (18). L'état de santé dans le pays COB est marqué par une espérance de vie plus courte et une mortalité prématurée importante. Sur la période de 2006-2010, le pays COB présente une mortalité générale

supérieure de 21% par rapport à la moyenne nationale. Ces disparités de mortalité s'expliquent en partie par une situation démographique et socio-économique moins favorable (taux de pauvreté à 14,6% en 2013), le manque d'offre de soins, ou encore le manque d'adhésion de la population aux actions de prévention. La densité médicale dans le pays COB est plus faible que celle de la Région Bretagne : en 2013, 78 médecins étaient installés, ce qui représentait 80,7 libéraux pour 100 000 habitants contre 93,6 dans la Région Bretagne (19) (20). Sur la période 2000-2006, les MCV dans le pays COB étaient la deuxième cause de décès chez les hommes (+ 27% par rapport à la moyenne nationale) et la première cause chez les femmes (+ 35% par rapport à la moyenne nationale) (20). Toutes ces constatations expliquent que cette population est plus vulnérable et donc une cible pour le projet SPICES.

En 2004, l'animation territoriale de santé du pays COB a contribué à proposer des actions adaptées à la population en analysant les problématiques du territoire. Elle favorise le partage de projets de prévention, de promotion de la santé, le travail en réseau. Elle favorise l'aide à l'installation des médecins libéraux au sein du territoire et l'offre de conditions d'exercice en lien avec leurs attentes. L'État et la Région ont décidé de coordonner leurs interventions en termes de prévention et de promotion de la Santé. Le financement d'actions de prévention locales et l'instauration d'un dispositif territorial de santé se sont développés dans le but d'une politique régionale de santé publique (20). Le Plan Régional Santé Environnement (PRSE), issu de la loi de santé publique du 9 août 2004, avait pour objectif une mobilisation collective pour permettre à chacun de vivre dans un environnement respectueux pour sa santé. Les MCV relèvent de comportements individuels mais aussi de facteurs environnementaux tel que la pollution de l'air, d'inégalités territoriales. Le PRSE 3 Bretagne 2017-2021 poursuit le renforcement de la prévention et la promotion de la santé et sa quête de réduction des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé (21). La loi Hôpital, Patients, Santé et

Territoires (loi HPST) de 2009 a créé le Contrat Local de Santé (CLS) afin d'adapter les politiques nationales et régionales de santé aux particularités des territoires. Cela permet à l'Agence régionale de santé (ARS) de contractualiser avec les collectivités locales pour améliorer l'état de santé de la population et l'accès aux services de santé. En 2017, le deuxième CLS du pays COB est signé et poursuit ses actions de prévention, l'accompagnement des projets de santé et de maisons de santé, et traite de la santé environnementale du PRSE 3 (18). La prolongation du CLS du COB a été signée en janvier 2020 et le déploiement du projet de recherche SPICES a été intégré, en cohérence avec les programmes de prévention et promotion de la santé du territoire (22).

Le projet SPICES a donc pour objectif de diminuer les FDRCV modifiables dans la population du pays COB et de palier à la désertification médicale en soulageant les professionnels de santé par l'utilisation de stratégies innovantes utilisant le modèle des ASC. En effet, les ASC ont fait leur preuve dans la prise en charge du VIH en Afrique mais ils ont fait leur preuve aussi sur la réduction de l'hypertension artérielle, des dyslipidémies, et de l'HbA1c dans les pays à revenus élevés (23). Les ASC, nommés « citoyens accompagnants » dans ce projet, ont été formés à l'encadrement de groupe de participants afin de changer leurs FDRCV modifiables. L'efficacité de ces interventions sera comparée après deux ans d'intervention à l'efficacité de la délivrance d'un conseil minimal tous les six mois.

La première étape du projet consistait à trouver et recruter des personnes à RCV modéré. Cette phase d'inclusion souhaitait inclure 1 000 personnes (24), de façon opportuniste, sur les lieux fréquentés par la population du pays COB en dehors de lieux de soins. Afin d'évaluer le RCV, le score Interheart a été utilisé (12). L'avantage de ce score est qu'il n'utilise pas de dosage sanguin au laboratoire et il est validé internationalement (25).

Les personnes à risque intermédiaire étaient recrutées. Les personnes à risque faible recevaient des informations de prévention et les personnes à risque élevé recevaient un conseil minimal et étaient redirigées vers leur médecin référent. La deuxième étape du projet consiste en la mise en place de programmes d'interventions brefs à visée préventive par des citoyens accompagnants afin de changer les comportements à risque des participants. Les sessions de formation des citoyens accompagnants étaient centrées sur l'établissement d'objectifs, la planification de l'action et la résolution de problèmes. Les citoyens accompagnants utilisaient les techniques de l'entretien motivationnel. Les personnes à RCV intermédiaires ont été réparties en deux groupes : un groupe contrôle bénéficiant d'un conseil minimal répété et un groupe intervention bénéficiant d'un conseil minimal répété associé à des réunions avec les citoyens accompagnants. La totalité de l'intervention SPICES était réalisée en ayant fait au moins 75% de la totalité des réunions et la durée de participation pour chaque participant a été fixée à deux ans. La réduction du RCV sera objectivée par l'évolution du score Interheart. Il est attendu d'optimiser la prise en charge des FDRCV modifiables et de valider un modèle de prévention cliniquement efficace et rentable (12).

L'objectif de cette thèse était d'étudier les causes d'arrêt extrinsèques au projet SPICES déclarées par les non-participants, afin d'améliorer le programme de prévention innové. Ce travail était réalisé en miroir avec l'étude des causes d'arrêt intrinsèques au projet SPICES déclarées par les non-participants, réalisé par Taburet A. (26).

VI. Matériel et méthode

A. Méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés. Les entretiens ont été menés par deux chercheurs qui étaient des internes en médecine générale. Cette étude s'est intéressée au point de vue des non-participants. Les non-participants étaient des personnes évaluées à RCV moyen mais perdues de vues ou disparues pendant l'intervention.

B. Échantillonnage

Un échantillonnage raisonné a été élaboré afin de maximiser la diversité des idées exprimées.

Les critères d'échantillonnage étaient les suivants :

- L'âge
- Le sexe
- Le lieu d'habitation
- La catégorie socio-professionnelle
- La part de participation à l'étude

Les non-participants n'étaient pas connus des deux chercheurs avant l'étude.

C. Entretiens

Un guide d'entretien a été élaboré par les deux chercheurs au préalable (Annexe 1). Il comportait une première question, « brise-glace » afin d'initier l'entretien par une question pertinente facilitant l'échange à suivre entre les deux interlocuteurs. Puis il abordait quatre thèmes principaux :

- Freins/difficultés/refus à la participation
- Facilitateurs à la participation
- Ressenti de la participation
- Perspectives d'amélioration de l'étude

Des relances étaient prévues pour chaque question en cas d'absence de réponse.

Les non-participants ont été contactés par téléphone afin de leur proposer un rendez-vous. Les deux chercheurs se sont présentés et ont explicité les raisons de leur appel. Les non-participants étaient libres de choisir la date et le lieu du rendez-vous. Étant en période de COVID, plusieurs choix ont été proposés aux non-participants : en face-à-face au domicile du non-participant, dans le respect des mesures barrières anti-COVID en vigueur ; par vidéo via l'application Google Meet® ; par téléphone avec un des deux chercheurs. Au préalable ces appels ont été préparés, avec différentes options de réponse afin de convaincre le non-participant, en cas de refus d'entretien, de l'importance de comprendre son arrêt de l'étude (Annexe 2).

Un consentement oral et écrit étaient systématiquement recueillis. Le formulaire de non-opposition pour le non-participant à l'étude était soit donné directement au non-participant si

l'entretien se déroulait en face-à-face, soit envoyé par mail si l'entretien était réalisé par téléphone ou vidéo (Annexe 3).

Les enregistrements des entretiens ont été effectués avec différents enregistreurs vocaux selon le chercheur qui menait l'entretien : application smartphone Android®, application dictaphone Windows® 10, application dictaphone Apple® sur smartphone et tablette, et dictaphone Olympus®. Les données personnelles ont été anonymisées. Les non-participants ont été informés des modalités de cet enregistrement et l'entretien retranscrit entièrement leur a été envoyé par mail ou voie postale s'ils souhaitaient y apporter des modifications. Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés simultanément.

D. Analyse des données qualitatives

La retranscription des entretiens a été faite intégralement, sur le logiciel Microsoft Word® et sous forme de verbatims (Annexe 4). A partir de ces derniers, des codes ouverts ont été créés puis regroupés en codes axiaux puis en sous-thèmes (ou codes sélectifs) et puis en thèmes (ou supers codes). Ce codage a été effectué avec le logiciel Microsoft Excel® (Annexe 5).

L'analyse de ces entretiens a été inspirée de la méthode par théorisation ancrée (27). Ces éléments ont abouti à une analyse inductive de type thématique. Le codage a été réalisé en double aveugle par les deux chercheurs, pour chaque entretien. Les deux chercheurs codaient séparément les verbatims et se réunissaient après trois entretiens codés indépendamment, afin de mettre en commun les codes et éventuellement effectuer des modifications du guide d'entretien. La validité interne a été assurée par une triangulation des données et des méthodes.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à la saturation théorique des données c'est-à-dire jusqu'à l'absence d'apparition de nouveaux codes axiaux sur deux entretiens successifs.

La présentation des résultats a été résumée sous forme de carte heuristique à l'aide du logiciel Bubbl®.

E. Aspects éthiques et réglementaires

La confidentialité des données relatives aux personnes qui se sont prêtées à l'étude SPICES a été appliquée. Le secret professionnel a été respecté (12).

L'étude a été validée par le Comité éthique de protection des personnes (CPP). Les sujets ont été informés de façon complète, éclairée et loyale des objectifs et des contraintes de l'étude, des risques éventuels encourus, de leur droit de refuser de participer à l'étude ou de se rétracter à tout moment. Le consentement libre, éclairé et écrit a été obtenu avant l'inclusion définitive dans l'étude pour chacun des participants (12) (27) (28).

VII. Résultats

Dix non-participants, âgés de 30 à 83 ans ont participé à l'étude. Six non-participants étaient des hommes, quatre étaient des femmes. Quatre étaient actifs, six étaient retraités. Quatre personnes ont participé uniquement à la première réunion, deux uniquement à la deuxième réunion, un aux trois premières réunions et trois uniquement à l'évaluation du RCV. Les caractéristiques de l'échantillon sont résumées dans le tableau 1, montrant son exhaustivité.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon raisonné

Entretiens	Age	Sexe	Lieu d'habitation	Catégorie socio-professionnelle	Part de la participation à l'étude
1	30 ans	Masculin	Carhaix	Actif	1 ^{ère} réunion
2	47 ans	Féminin	Leuhan	Actif	1 ^{ère} réunion
3	40 ans	Féminin	Gouarec	Actif	2 ^{ième} réunion
4	63 ans	Masculin	Lennon	Retraité	Évaluation du RCV
5	81 ans	Masculin	Roudouallec	Retraité	Évaluation du RCV
6	56 ans	Masculin	Châteauneuf du Faou	Actif	2 ^{ième} réunion
7	71 ans	Masculin	Carhaix	Retraité	1 ^{ère} réunion
8	83 ans	Masculin	Carhaix	Retraité	1 ^{ère} réunion
9	76 ans	Féminin	Gourin	Retraitée	Évaluation du RCV
10	79 ans	Féminin	Gourin	Retraitée	3 ^{ème} réunion

Les entretiens se sont déroulés en novembre 2020. Ils ont duré entre 21 minutes et 77 minutes, avec une durée moyenne de 39 minutes (Annexe 4). Trois entretiens ont été réalisés par

téléphone, sept en face-à-face et aucun non-participant a souhaité utiliser l'entretien via une vidéo. Six refus d'entretiens ont eu lieu, soit parce que les non-participants ont déjà été relancés par l'équipe SPICES et qu'ils avaient déjà expliqué qu'ils n'étaient pas intéressés, soit parce qu'ils ne se sentaient pas du tout concernés par la prise en charge cardiovasculaire, soit qu'ils n'avaient plus envie d'avoir de relation avec SPICES, soit qu'ils auraient voulu continuer le projet mais leur vie personnelle n'était pas compatible pour poursuivre. Aucun entretien n'a été modifié suite à la demande du non-participant. Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés simultanément.

Le guide d'entretien a évolué une fois afin de préciser certains points ou lorsqu'une question était mal comprise (Annexe 6). Ces modifications ont été effectuées et validées par les deux chercheurs.

La saturation théorique des données a été obtenue au bout du neuvième entretien et a été confirmée par la réalisation d'un entretien supplémentaire.

L'analyse thématique a conduit à la création de 990 codes ouverts, 123 codes axiaux, 29 sous-thèmes et 10 thèmes. 17 sous-thèmes et 9 thèmes ont été étudiés pour la recherche des causes extrinsèques à l'arrêt de l'étude. Les 9 thèmes étaient les suivants : habitus ; prévention ; organisation de SPICES ; impact sur le sujet ; propre au sujet ; ressenti du sujet ; COVID ; obstacles ; facilitateurs (Annexe 5). La synthèse de l'analyse thématique est présentée dans une carte heuristique (Figure 1).

Figure 1 : Carte heuristique des causes extrinsèques



A. Habitus

Les habitus préalables étaient déterminants sur la décision de participation pour le sujet.

Le sujet ne trouvait pas sa place au sein de l'étude et un intérêt de poursuivre au vu de son **mode de vie déclaré et perçu comme sain** : « (...) après voilà j'avais déjà commencé à réfléchir à des eff... des efforts... (...) (E6, L248) ».

Tabagisme

Le sujet **ne fume pas** : « *Je ne fume pas (E4, L46)* ».

L'arrêt du tabac s'était effectué sans difficulté et ne nécessitait **pas d'aide extérieure** : « (...) moi le tabac heu le jour où j'ai dit « ça m'apporte plus rien » bah j'ai arrêté de fumer du jour au lendemain heu (...) et j'ai pas eu de problème, j'ai jamais rechuté j'ai jamais... (...) (E6, L209) ».

Alimentation

Le sujet **surveillait déjà** son alimentation en autonomie : « *Euh, alors je ferai, euh... je ne sais pas... je fais attention à mon alimentation (E1, L244)* », « *Alors euh... manger plus de fruits et de légumes... (E1, L255)* », « *Et euh, bon éviter trop... trop de sel aussi ! Enfin... (...) Je ne sale quasiment jamais mes aliments. (E1, L257)* », « *...je me suis déjà intéressé à améliorer mon alimentation (...) (E1, L263)* », « *Ah bah si mais ça je le fais déjà. (E6, L52)* », « (...) je mange assez bien je trouve (...) (E9, L156) ».

Activité physique

Le sujet pratiquait **déjà une activité physique** : « *Euh, bon je m'étais remis au sport mais (rires) (E1, L246)* », « *Bah alors en fait, je me suis inscrit en salle de sport... (...) En salle de musculation même. (...) Fitness (E1, L266)* ».

Sommeil

En autonomie, le sujet **veillait à une bonne hygiène de sommeil** : « *Euh après ouais, bah euh niveau sommeil, ouais j'essaye de faire attention quand même, de... de ne pas faire des nuits trop courtes ! Euh voilà ! (E1, L251)* ».

Consommation d'alcool

La consommation d'alcool était **jugée raisonnable** : « *Donc que euh... après ouais, éviter l'alcool et ce genre de choses quoi ! (E1, L261)* ».

B. Prévention

1. Sources de prévention

Les sources de prévention, autres que SPICES, pouvaient être à l'origine d'un désintérêt du sujet pour la participation à l'étude.

Sources médiatiques

Les sources de messages de prévention étaient suffisamment **nombreuses à travers les médias** : « *Oui, je pense que de ce côté-là (...) A travers euh... la télévision (...) Des choses comme ça je pense que de côté-là, oui oui ! (E8, L254) ».*

2. Messages de prévention

Informations connues

Les messages délivrés par SPICES étaient déjà connus par le sujet : « *Ouais ! Après ce sont des trucs qu'on connaît déjà mais bon. (E1, L426) »*, « *(...) Bon moi j'le savais (...) (E10, L296) ».*

Les objectifs à atteindre étaient déjà connus au préalable par le sujet : « *(...) j'avais l'impression que les objectifs, enfin que les causes qu'on avait déterminées pour chacun en fait, moi je... moi je les connaissais déjà. (E3, L50) »*, « *Oooh c'était pratiquement acquis hein... (...) Comme je faisais c'était pas mal déjà hein, oui oui oh oui. (E9, L132) ».*

Le sujet **connaissait déjà ce qui était bon pour sa santé** : « *(Interne : Vous savez ce qui est bon pour vous !) Exactement ! (...) (E8, L215) »* et **connaissait son RCV** : « *(concernant sa connaissance des RCV) Oui, tout à fait ! (E8, L404) ».*

Freins

Il y avait une **lassitude des messages de prévention répétitifs** : « *Euh qu'est-ce qui me plaît ? Euh je ne sais pas, par contre qu'est-ce qui ne me plaît pas ? Euh ça va être, euh... euh... ça va être euh... si c'est des messages basiques qu'on entend à la télé style ne pas manger trop*

gras, trop sucré, trop salé, ça ne m'intéresse plus, on l'entend déjà tellement souvent que... (E3, L153) » et qui n'ont plus d'impacts : « Que ça n'a plus d'impact. (...) (E3, L158) », « Mais euh... pfff... et après euh... je... en fait on parle, on parle euh... beaucoup, à la télé, dans les médias et tout ça, donc que on sait qu'il y a des risques mais après est-ce que ça déclenche réellement une prise de conscience, je ne sais pas. (...) Parce que des fois trop d'informations tue l'information aussi. (E3, L222) ».

C. Organisation de SPICES

1. Organisation de l'étude

Voix médicale

La voix médicale a plus de poids et d'influence sur le changement de comportement, d'autant plus si la personne est peu motivée : *« Et euh... c'est bien ça limite, mais quand c'est le médecin qui dit bon... quand c'est quelqu'un de l'extérieur c'est... si tu n'es pas prête à l'entendre tu ne seras pas prête ! (E2, L580) ».*

2. Organisation des réunions

Horaires

Les horaires incompatibles à l'emploi du temps du sujet étaient un obstacle pour qu'il puisse continuer à participer aux réunions : « *Ouais c'était un peu compliqué, ouais ouais ! (E1, L152) »*, « *(...) et comme je vous disais, ouais il y avait... j'avais des impératifs le soir et je ne pouvais pas être... (...) Ça aurait été autrement, ouais le soir ouais où j'aurais été pris, j'aurais été plus facilement mais là c'était... là ce n'est pas possible ! Ce n'est pas possible oui ! (E1, L502) »*.

D. Impact sur le sujet

1. Implication dans la prévention

Intérêt pour la prévention

Être **intéressé par la prévention** était un élément clé à l'adhésion au programme SPICES : « *Après je pense que c'est un peu dur de faire la prévention aussi si les gens ils... ça ne les intéressent pas, mais... (E1, L449) »*, « *Oui, c'est pour que... savoir sur ma santé, ouai. (E5, L176) »*, « *(...) Oui bah je pensais que c'était important quand même quoi (...) (E9, L123) »*.

Écoute des messages de prévention

L'écoute attentive du sujet des messages de prévention aidait à l'inclusion dans l'étude : « *(...) je fais attention des fois j'entends des trucs (...) je fais attention à ce qu'il se dit et je prends quelques infos si elles sont à prendre. (E6, L48) »*.

Le **désintérêt pour des messages de prévention** déjà existant était un potentiel **frein** pour que le sujet accepte de faire le programme et change de comportement : « *(concernant son avis sur le mois sans tabac) Aaaaah, bah j'en rigole quoi ! (E10, L114) ».*

Engagement

Un **engagement certain** était primordial à la poursuite de l'étude : « *(...) il faut aussi que les gens soient prêts à s'engager, à faire des efforts quoi. (E2, L577) ».*

2. Implication dans l'étude

Intérêt pour la prévention

L'inclusion dans l'étude était motivée par un **désir de participation** : « *Non mais, je veux le faire, c'est un fait (...) (E5, L157) ».*

L'expression par le sujet d'une **motivation** de réduire le RCV était essentielle : « *Ben la première motivation c'est de... c'est de réduire le risque... le risque quoi ! De faire en sorte de réduire le risque... (E2, L226) ».*

Sujet non concerné

Un sujet se sentant **non concerné par la prévention cardiovasculaire** limitait l'adhésion au projet SPICES : « *Oui quand ils ont expliqué, en fait ça ne me correspondait pas ! Euh... (E2, L12) ».* La participation n'aurait **rien apporté** : « *Je n'étais pas concerné, non ça ne m'a pas... (E8, L683) ».*

Crainte

L'absence de crainte favorisait l'inclusion dans l'étude : « *Euh non, non non, je n'ai pas été... non, je n'ai pas eu de craintes ! (E2, L209)* », « (...) *Après j'y suis allée en me disant je pense que je fais partie du... du public concerné (...) non je n'ai pas eu, je n'ai pas eu d'inquiétudes ! (E3, L276)* », « *Non ! Non parce que, parce que je ne suis pas malade mais j'ai dit « c'est un...un, un dépistage pourquoi pas, euh pff j'y vais » ! (E7, L792)* ».

Place au sein du groupe SPICES

La place au sein du groupe pouvait être perçue comme **illégitime** par le sujet : « *Voilà, je ne me suis pas senti à ma place et du coup j'ai préféré arrêter donc que euh... (E1, L126)* », « (...) *Je ne suis pas allé plus loin, parce qu'à la première réunion, blocage ! (E7, L784)* », « *Je me suis dit que je n'avais rien à faire là. (E8, L452)* ».

Contrainte

Participer à un programme de prévention pouvait être perçu comme **contraignant** : « (...) *maintenant la contrainte est peut-être forte (...) (E6, L179)* ».

3. Impact de l'évaluation du RCV

Conséquences de l'évaluation du RCV

Le résultat de l'évaluation du RCV n'avait eu **aucun impact**, le sujet connaissait déjà le résultat : « *Non ça n'a rien eu, car je le savais déjà. (E3, L486)* », et **aucun changement était**

remarqué : « *Non mais ça a rien changé. (E5, L172)* », « *(Interne : Ça n'a pas vraiment changé votre pratique ?) Non, non non. (E9, L135)* ».

Prise de conscience

Le **résultat de l'évaluation du RCV** était **sans surprise** : « *Bah je n'ai pas été surprise du résultat. (E3, L454)* ».

La **conscience du risque cardiovasculaire** était **inadéquate**, le sujet se pensait à risque faible, ce qui diminue l'intérêt de poursuivre l'étude : « *(Interne : D'accord, vous étiez plutôt à risque faible ?) Oui oui. (E9, L101)* ».

Informations reçues

Les **conseils de prévention** étaient **déjà connus** du sujet qui ne voyait pas l'intérêt de les réécouter : « *Non ça n'a rien eu (impact de l'évaluation du RCV), car je le savais déjà. (E3, L486)* ».

Incompréhension

Le **résultat de l'évaluation du RCV** était **incompris** par le sujet, en décalage avec la vision de sa santé cardiovasculaire : « *Ouai, hé bah je trouvais que c'était pas adapté pour moi, voilà ! (...)* *Non... c'est tout quoi, même, lui-même il (son kinésithérapeute, au moment de l'évaluation du RCV) se demandait pourquoi (...)* *Généralement quand t'as des problèmes de tabac, généralement c'est plus risqué quoi. (E4, L52)* ».

E. Propre au sujet

1. Vie personnelle

Vie quotidienne

La vie personnelle et quotidienne du sujet pouvait être incompatible avec la poursuite de l'étude.

Le sujet pouvait **difficilement programmer à l'avance les réunions** : « Bah moi après moi j'suis pas capable de vous dire là heu ce que je vais faire mardi soir. (E6, L314) ».

Il avait **d'autres priorités dans sa vie**, laissant peu de place pour SPICES : « (...) j'suis vice-président de la maison familiale, j'ai le directeur, (...) si il m'appelle je peux me rendre dispo (...) j'mets ma priorité sur la maison familiale parce ce que si j'ai, j'me suis engagé comme vice-président j'peux pas leur dire non... enfin j'peux pas. Je peux leur dire ça, dire non, mais ma priorité elle est là quoi. (...) Donc j'peux pas m'engager heu sur une année à dire je serais là tous les mardis soir, tous les mardis du mois, j'en sais rien quoi (E6, L314) », « (...) Mais, ouai moi j'ai du mal à me projeter, à part la maison familiale où j'suis investi, heu, j'ai besoin de ça, pour garder un lien social, pour garder... c'est une thérapie presque pour moi d'être impliqué dans le bénévolat, moi j'ai besoin de ça (...) (E6, L339) ».

Au contraire, pour certains sujets il était **évident de participer** par leur **parcours de vie au contact du monde de la santé** : « je suis au... au sein de l'association de la Croix-Rouge. (...) Alors donc que à travers ça, on parle santé aussi ! (E8, L239) », « A travers les donneurs de sang, j'ai été président au niveau du don de sang pendant un certain nombre d'années (...) Donc heu ...on va aussi à la rencontre des gens, on rencontre des gens. Et puis dans tout ce que

j'ai entrepris, ça a toujours été euh... (Interne : ça semblait évident de dire oui quoi?) Ah oui (...) (E8, L759) ».

2. Santé personnelle

ATCD familiaux

Avoir des **ATCD familiaux** pouvaient motiver le sujet à participer, il se sentait **plus concerné** par la prévention cardiovasculaire : « *Bah je... je m'intéresse parce que j'ai perdu ma sœur... (...)* *D'une crise cardiaque. Donc forcément bah les risques sont présents dans la famille. (...)* *Mais euh... bon je fais attention ! C'est vrai que je fais attention quand même ! (E2, L120)* », « *(...) Alors pourquoi je m'étais porté volontaire ? Parce que dans la famille, j'ai ma mère qui avait des problèmes de cœur ! (E7, L6)* ».

Comorbidités

Le sujet déclarait n'avoir **aucun problème de santé cardiovasculaire**, sa place au sein de l'étude lui paraissait inappropriée : « *Mais moi je n'en ai pas, pas du tout ! (E7, L9)* ».

Impact des comorbidités

Tous les conseils SPICES **ne pouvaient pas s'appliquer à tous les participants** à cause de certaines de leurs **comorbidités** : « *Parce qu'avec ce traitement-là (traitement anticancéreux), on va totalement à l'inverse de ce... de ce qu'on a appris avec SPICES, c'est euh... on dit de ne pas manger entre les repas, de manger beaucoup de légumes et tout, et à l'inverse le*

traitement ils vous disent de manger quand on peut manger et de me faire des mini repas, des collations, enfin voilà ! (E2, L52) ».

Le programme SPICES était **incompatible avec la pathologie active** : « *Bah du coup c'est difficile de suivre le programme ! (...) Donc ce n'était pas adapté pour moi, euh... (E2, L60) »* et cela s'appliquait aussi aux dépistages nationaux : « *Oui, enfin non ! Je n'ai pas... je n'ai pas trop su parce que je suis très surveillée donc qu'il y a un dépistage avec euh... j'ai un scanner tout ça...(...) Donc que on ne peut pas faire en avance, c'est déjà fait en fait ! (...) Ce n'est pas... je n'ai pas besoin d'être informée car c'est déjà fait. Systématiquement il contrôle partout s'il n'y a pas d'autres surprises quoi ! Donc que non, je ne suis pas concernée par euh... (E2, L84) ».*

Le sujet devait **adapter les conseils SPICES à sa pathologie active** : « *(...) Après bon, maintenant le traitement ça fait que je suis obligée de... de conjuguer (...) ! (E2, L247) ».*

Un retour éventuel dans l'étude ne pouvait se faire : « *Bah pas par rapport à ma santé actuellement ! (E2, L788) ».*

F. Ressenti du sujet

1. Souhaits

Attentes personnelles

Le sujet avait un certain nombre d'attentes personnelles avant de débiter l'étude, pouvant freiner l'envie de poursuivre l'étude si ses attentes n'étaient pas retrouvées au sein du programme SPICES.

Certains n'avaient **aucune attente**, leur participation était indifférente : « *Non pas spécialement (E1, L352) »*, « *Oh bah, on verra quoi (...) (E4, L140) »*.

Le sujet s'attendait à un **échange personnalisé** : « *Je pensais que c'était personnalisé et que c'était plus une écoute de groupe (...) Je pensais que c'était un peu au cas par cas, le fait d'être douze, ce... ça ne correspondait pas à ce que j'avais compris au début quoi. (E2, L14) »*, « *Euh donc que voilà ! Euh... qu'est-ce que je pensais ? Je pensais être un peu plus être au cas par cas quoi. (E2, L175) »*, « *(...) voilà d'où l'arrêt après parce que ce n'était pas ce que j'attendais quoi ! (E2, L345) »* et un coach personnel semblait plus adapté : « *Et euh... c'est vrai que c'est un... un coaching. En fait, (rires) en fait il faudrait pour que ça marche réellement, il faudrait un coach perso quoi. (E3, L247) »*.

Le sujet ne voulait **pas dévoiler tout son état de santé** : « *(...) Oui, après on n'est pas là pour débiter son... son carnet de santé non plus mais... (E2, L333) »*, « *C'était pas du tout ce que j'attendais quoi ! (E2, L336)*, « *(...) moi... moi je n'ai pas à étaler... (...) Ce qu'il y a sur mon ordonnance à d'autres personnes ! (E7, L1143) »*.

Le sujet avait accepté de poursuivre l'étude après l'évaluation de son RCV car il s'attendait à **rencontrer des personnes avec des profils de santé et des attentes similaires aux siens** : « *(...) Après j'y suis allée en me disant je pense que je fais partie du... du public concerné (E3, L276) »*, « *De ce que vous me demandez, on m'avait mis en binôme avec une personne qui n'était pas du tout intéressante, c'était un alcoolique fini euh... (...) Et puis euh... je lui ai dit*

je ne vois pas qu'est-ce que je vais aller raconter à cette personne qui... que je ne connais ni d'Adam ni d'Ève. Non je... je ne suis pas d'accord. (E7, L483) ».

Le sujet souhaitait avoir des **rendez-vous à domicile** : « *Moi je préfère venir vous voir, enfin, vous venez me voir, à Pleyben quoi ! (...)* (E4, L63) ».

Un **encadrement précis** était exigé : « *(...) et j'ai pas de temps à perdre, moi j'aime bien quand les choses sont cadrées, nettes et précises quoi. (E6, L106)* ».

Le sujet s'attendait à **moins de réunions** : « *(...) Moi honnêtement je pensais qu'on serait contacté 2-3 fois dans l'année heu pour des questionnaires heu... (...)* (E6, L187) ».

Un **médecin était attendu** lors des réunions avec les citoyens accompagnants : « *... et il n'y avait pas de médecins ! (...)* Et là... là... là j'ai trouvé qu'on était hors sujet ! (E7, L417) ». Le sujet ne souhaitait pas parler de sa santé à une personne autre qu'un médecin : « *(Interne : (...)* Et donc que, en fait pour vous ce qui vous dérangeait c'était le fait de dévoiler ses antécédents médicaux à une personne... *) Voilà ! (Interne : Qui n'est pas un médecin ?) Exact. (E7, L439)* », « *Moi je n'avais pas vu ce système (...)* Sans médecin ! (E7, L448) » et ne souhaitait pas recevoir de conseils médicaux si ce n'est pas un médecin : « *(Interne : Après le fait que cette personne-là puisse apporter des conseils médicaux, des choses comme ça ?) Non non non, à partir de là c'était terminé ! (...)* Non non c'est parce que les conseils ne m'intéressaient pas si ce n'était pas un médecin ! (E7, L444) ».

Attentes préalables

Des attentes préalables précises sur le déroulement des réunions n'ont pas été réalisées pour le sujet. Le sujet s'attendait à des **actions plus techniques** comme la prise de tension : « *Euh bon j'ai dit « tiens j'aurais cru qu'il allait prendre la tension (...)* (E7, L985) », un test d'effort :

« (...) on va peut-être me faire faire un test d'effort ou euh... (E7, L985) », une prise de sang :
« Bah moi je pensais qu'il y aurait eu euh... qu'on... qu'on serait allés euh... même, même jusqu'à la prise de sang, pourquoi pas ! (...) (E7, L1116) ».

2. Auto-perception

Un certain nombre de perceptions déjà intériorisées par le sujet avant de participer au projet SPICES, aidaient à l'acceptation de son RCV et à la proposition de rentrer dans l'étude ou au contraire pouvaient freiner la poursuite de l'étude.

Représentation de ses *habitus*

Il était **facile** pour le sujet de **trouver ses objectifs** à atteindre et SPICES n'avait pas apporté plus d'éléments concrets pour atteindre ses derniers : « (...) *le fait que j'ai pas eu du mal à identifier moi les choses sur lesquelles il fallait que je travaille ! (E3, L241)* ». Le sujet pouvait **se passer des réunions pour changer** son mode de vie : « (...) *ça j'ai pas forcément besoin des réunions pour le faire hein. (E6, L204)* ».

Il était **facile** pour le sujet de **changer ses mauvaises conduites** sans l'aide de SPICES : « *Ouais parce que c'était un... ça n'a pas été si dur que ça d'arrêter au final ! (en parlant de l'arrêt du tabac) Non non, ça n'a pas été si dur que ça ! (E1, L87)* », « (...) *et puis moi j'arrête facilement les choses hein (...)* (E6, L209) ».

Il n'existait **pas de problème de dépendance** : « (...) *Moi j'ai toujours été capable de faire des choses ponctuelles comme ça mais sans tomber dans la dépendance quoi. (E6, L217)* ».

Le sujet pensait avoir **atteint ses limites** avec SPICES : « *Oui. (E10, L187)* » et cela bloquait la poursuite de l'étude : « *(...) Mais puisque je sais très bien que je n'arrêterai pas de fumer, je me vois pas vivre sans ma, sans ma cigarette hein (E10, L192)* ».

Représentations de sa santé

Il était incohérent pour un sujet qui se **déclarait en bonne santé cardiovasculaire** de poursuivre l'étude : « *(...) je n'ai pas de problème... (E7, L957)* », « *(...) Et bon, moi je n'ai pas de problème de cœur. (...) (E7, L1121)* », « *(...) il n'y a pas de problème chez moi quoi. (...) (E9, L22)* ».

Des **pensées erronées** sur la santé cardiovasculaire et des **idées stigmatisantes** pouvaient fausser l'idée du sujet sur les candidats potentiels au programme SPICES : « *(...) C'est sûr que quelqu'un comme vous, on ne va pas aller la voir pour un risque cardiovasculaire, tandis que moi forcément j'ai plus le profil pour un risque cardiovasculaire. (...) Oui, enfin c'est sûr que vous avez moins de risque que... que moi (...) D'avoir un problème cardiovasculaire (...) (E2, L289)* », « *(...) Quelqu'un qui est son troisième verre d'alcool, voilà on va peut-être... (E2, L292)* », « *C'est évident que le... la santé, enfin la forme générale fait quoi ! (E2, L298)* », « *L'âge aussi, quand euh... c'est plus facile d'aller aborder quelqu'un que vous voyiez en face, vous voyez le profil, vous voyez un peu près son âge. (E2, L300)* » « *Et puis comme il dit, il a interrogé des personnes clientes, chez lui quoi, qui fumaient, qui buvaient, qui faisaient tout, et eux ils étaient pas ! (E4, L48)* ».

Les **idées préconçues positives** du sujet sur la prévention et l'évaluation du RCV facilitaient l'adhésion au programme : « *Bah je trouve déjà que la prévention c'est euh... on va dire que c'est 50% de malades en moins ! (E7, L531)* », « *Je trouve que c'est euh... moi, moi je trouve que ça, ça devrait être la... la base de la médecine le dépistage ! (E7, L643)* ».

Le **vieillessement** était un facteur limitant à la participation : « *Je me dis vu mon âge (...) ça n'aurait pas apporté une amélioration ! (E8, L419) ».*

Mélanger les tranches d'âges au sein des groupes n'était pas compatible : « *Euh... oui je repense à un truc... (...) C'est vrai que comme dans mon groupe de cinq personnes là, on était deux dans la vie active et trois retraités quoi... (...) Donc que les... les, comment dirais-je euh ? Ce n'est pas pareil quoi, on n'est pas... on ne vit pas de la même façon donc que... (Interne : OK donc il faudrait peut-être plus regrouper les actifs, regrouper les retraités peut-être hein ?) Bah peut-être ouais ! (E3, L602) ».*

Le sujet ne se sentait **pas concerné du fait de différences d'âge au sein de son groupe** : « *Euh, bah comme je vous le disais l'autre jour euh, euh... en fait vu ben, le public qu'il y avait, euh... je ne me sentais pas concerner en fait au final, spécialement. Euh, j'étais un peu... j'étais le seul dans ma catégorie d'âge donc que euh... (E1, L179) »*, « *(...) j'étais le plus ancien ! (Interne : D'accord ! Donc ça aussi ça vous a dérangé ?) Oui, oui ! (E8, L448) ».*

Prise de conscience

Avoir conscience de ses FDRCV aidait le sujet à approuver le programme et le poursuivre : « *Donc que oui, il y a forcément un... je dis « il faut faire attention », voilà ce n'est pas bon à ma taille de faire ce poids-là ! Il a y des risques qui encourent ! Et quand on sent aussi qu'on a du mal à... à faire un effort parce qu'on est ... (E2, L158) »*, « *(...) pour moi ça paraissait logique d'accepter (...) (E6, L179) »*, « *(...) j'avais commencé à prendre conscience qu'il était temps que je fasse attention (...) (E6, L298) ».*

La **volonté** était nécessaire pour poursuivre des programmes de changement des comportements à risque : « ... je pense que quand on veut arrêter (concernant arrêt du tabac) c'est une question de volonté ! (E7, L175) ».

La place du médecin

Le **médecin traitant** était le **garant du secret médical**, le citoyen accompagnant n'avait pas les compétences pour recevoir les informations médicales du sujet : « Et que ... bon après le droit de réserve et même plus que le droit de réserve ! (...) Ça fait partie de leur devoir de... (...) De garder ce qu'ils entendent ! (E7, L57) ».

Le **médecin était plus expert** que le citoyen accompagnant par son niveau d'étude : « Euh vous n'allez pas me dire qu'on va former quelqu'un en 3 ans alors que vous vous avez 9 ans d'études ? Voire plus ! (E7, L468) » et le seul à pouvoir animer les réunions : « N'importe quel médecin, moi je veux bien le suivre, c'est son boulot ! (...) Hein ? C'est son boulot euh... et donc là je veux bien me confier puisque c'est son métier de... de nous réparer ou d'anticiper à... à la casse. (E7, L776) ».

Gestion de SPICES

Le **citoyen accompagnant** n'était **pas** perçu comme **plus expert que le sujet** lui-même : « Euh je...je, je suis assez grand pour comprendre qu'est-ce qu'il faut faire, qu'est-ce qu'il ne faut pas faire ! (...) Je n'ai pas besoin d'un tiers. (...) Qui ne connaît pas plus que moi... (E7, L456) ».

Le **choix** d'une organisation **en groupe ou en individuel** pour les réunions dépendait des souhaits de chacun : « Ça dépend des gens, oui c'est sûr ! (E8, L825) ».

3. Ressenti de la participation

Intérêts à la participation

Le sujet avait accepté de participer initialement à l'étude car il l'avait trouvée **intéressante** : « (...) je me suis intéressé au, au... à l'étude quoi ! Je trouvais ça intéressant ! (E1, L312) ».

SPICES n'apportait rien de plus qui pouvait aider le sujet : « Ça ne va rien m'apporter... je crois pas quoi ! (...) (E10, L206) » et était **inutile** : « (...) mais je trouve que... je n'en vois pas l'utilité, je n'en vois plus l'utilité, voilà. (E10, L210) ».

Appréciation de la participation

Certains sujets étaient **mal à l'aise** pendant leur participation : « (...) Mais c'est pas forcément une critique, c'est que moi j'me suis dit voilà j'vais pas me sentir à l'aise, ça part pas bien il faut que j'me sente à l'aise et faut que j'ai envie de continuer. (E6, L147) ».

La participation était jugée non nécessaire et le sujet n'arrivait pas à percevoir quelles améliorations dans son quotidien SPICES pouvait lui apporter : « (...) et après je me suis dit bon euh... ce n'est pas nécessaire euh je... je ne vois pas quelle amélioration, qu'est-ce que je peux apporter (...) (E8, L109) ».

Le bilan de leur participation était pauvre, avec le sentiment que SPICES n'avait **rien apporté pour les aider à changer leurs comportements à risque** : « (Interne : (...) qu'est-ce qu'elle vous a apporté l'étude finalement heu... ?) Bah aujourd'hui pas grand-chose (...) (E6, L198) ».

D'autres **préféraient les rendez-vous médicaux** aux réunions avec les citoyens accompagnants, plus impersonnelles : « Et ben limite, j'ai presque eu... plus apprécié je pense

le premier rendez-vous avec le médecin où là on refait... on refait les questionnaires... (...) La prise de, enfin les mensurations, etc.. Et là euh... les questions poussaient un peu plus sur le... sur le mode de vie, le stress, des trucs comme ça et j'ai presque préféré en fait cet entretien individuel ! (...) Parce que là c'était vraiment, on parlait que de moi ! (rires) (E3, L475) ».

Mais malgré leur arrêt au sein de l'étude, d'autres sujets ont été **satisfaits** de leur participation : « *Hum, ça s'est bien passé !" (E1, L333) »*, et même étonnamment ne trouvaient pas de point négatif à souligner : « *Oh je retiens rien de négatif hein, oh non ! (E4, L246) »*.

Tout dépendait du sujet et de son profil en ce qui concerne l'appréciation de la participation : « *(...) j'ai pas à juger comment que ça se passe j'ai juste à dire que pour moi c'est pas adapté (...) (E6, L287) »*.

Évaluation du RCV

L'évaluation du RCV et son résultat ne semblaient **pas adaptés** au sujet qui se trouvait donc sceptique à poursuivre l'étude : « *Ouai, hé bah je trouvais que c'était pas adapté pour moi, voilà ! (E4, L52) »*.

Perte de temps

SPICES était une **perte de temps** pour le sujet : « *(...) Je crois que c'est une perte de temps. (E10, L206) »* et « *(...) alors c'est pour ça j'vous dis j'ai l'impression d'y aller pour rien quoi. (E10, L296) »*.

G. COVID

L'épidémie de la COVID a eu de multiples impacts.

Activité physique

L'épidémie du COVID a bouleversé le quotidien des sujets et eu des conséquences sur leur mode de vie et notamment l'activité physique qui s'en est retrouvée **limitée** et la crainte d'attraper le virus. L'application des conseils de prévention devenait plus compliquée : « *Je ne sors pas ! (...) Je... j'ai euh... la, la crainte d'attraper cette... ce virus. (...) (E7, L205)* ». Reprendre le sport était difficile : « *(...) malheureusement avec le confinement c'était un peu...(...) Donc voilà, ça sera un peu plus tard! (E1, L246)* ».

Confinement

Le confinement lié au COVID avait interrompu les réunions : « *(...) Et puis après eu... confinement (...) (E3, L48)* », « *Jusqu'au confinement de mars je n'ai raté aucune réunion hein (...) (E10, L172)* » et **avait modifié les motivations premières du sujet**, l'arrêt contraint des activités lié au COVID était apparu comme positif : « *(...) au confinement le fait que tout s'arrête je me suis rendue compte que ça faisait du bien ! (E3, L76)* ».

L'organisation des réunions était devenue difficile avec des nécessités d'annulation, aboutissant à une **démotivation** du sujet : « *(...) Ok bon là maintenant je lui ai dit, à la suite de ce confinement où tout a été annulé, là je lui ai envoyé un courriel heu non quand elle me mmmh fait une autre réunion qui a été à nouveau annulée (...) avec ce deuxième confinement, heuuu là je lui ai dit heu je... j'arrête définitivement. (E10, L229)* ».

Bouleversement des priorités

Après le confinement, **l'organisation familiale** modifiée était devenue **incompatible** avec la poursuite de l'étude : « *(...) quand ils ont voulu redémarrer les réunions en fait c'est là que je*

me suis dit que euh... au vu de mon organisation familiale (...) (E3, L48) », les centres d'intérêts ont changé : « (...) je me suis rendue compte que ça faisait du bien ! (...) Et que je n'avais pas forcément envie de, pfff... de retrouver un rythme comme ça (...) Même si c'est qu'une seule réunion par mois, ce n'est pas grand-chose vous me direz mais euh... (...) Mais euh... tout cumulé en fait il y a eu un trop plein ! (E3, L76) ».

Les activités personnelles ont été stoppées : *« Et tout s'est arrêté ! (Interne : Oui, avec ce COVID.) Voilà ! (E8, L567) ».*

Écoute des messages de prévention

La COVID avait eu des **impacts aussi sur l'écoute des messages de prévention** autres que ceux provenant du programme SPICES : *« Ah oui je vois... je suis aussi... je suis aussi comment ils appellent ça ? Euh nutrinaute là euh... je fais du... de la nutriNet santé depuis 2005 ! (...) Et euh... c'est pareil là j'ai arrêté cette année aussi ! (E3, L86) ».*

Les informations sur la COVID véhiculées par les **médias étaient anxiogènes** si bien que le sujet n'avait plus envie d'écouter des messages sanitaires : *« Non parce que je... du coup je n'ai pas refait de... d'autres réunions et c'est vrai qu'à la télé c'était tellement anxiogène là tout ce qu'on avait que j'ai coupé la télé et la radio. (E3, L104) ».*

H. Obstacles

Il existait un certain nombre d'obstacles externes à l'étude ayant entraîné un arrêt de cette dernière.

Vie professionnelle

Le sujet pouvait **difficilement se libérer de ses obligations professionnelles** : « *Mais bon après voilà, j'avais bon, pas trop de disponibilités au niveau des horaires aussi donc que euh... (...) Enfin, je finissais, ouais ouais. J'avais des... j'ai, je finissais le travail (...)* (E1, L159) », « (...) *Mais moi j'ai, par mon travail, je suis déjà très prise mentalement on va dire ! (...)* Je travaille avec des personnes handicapées qui sont très... (...) *Très demandeuses !* (E2, L461) », « (...) *Dans ma vie privée (...)* je cours pas mal, je travaille à plein temps ! (rires) (...) *Euh... et du coup euh... bah on prend les réunions le soir euh...* (E3, L71) ».

Après le travail, il n'y avait pas de désir d'interaction sociale : « *Et euh... en fait quand j'ai envie de rentrer, je n'ai pas forcément envie de parler quoi !* (E2, L468) ».

Vie quotidienne

L'étude était **incompatible avec les impératifs personnels** : « *Bah on va dire que ben la principale (en parlant des causes de l'arrêt de l'étude) c'est euh... le fait de... de que s'ajoute encore en fait en quelque sorte à des... à mes contraintes quotidiennes, en termes de réunions, de... de rendez-vous pour les enfants, de... Voilà c'est ça, c'était... c'était un trop plein en fait.* (E3, L236) ».

Conduite automobile

Devoir **prendre sa voiture** pour aller aux réunions était une **contrainte** : « *Oh bah quand même, j'vais pas descendre à perpét là-bas avec ma bagnole non plus quoi !* (E4, L218) », « (...) *à mon âge, aller à la réunion à... l'autre soir tard comme ça... ça m'intéresse pas tellement (...), pour conduire la nuit maintenant n'en parlons pas quoi.* (E5, L94) ».

Frein financier

Des **difficultés financières** limitaient la possibilité de se **rendre aux réunions** : « (...) et que c'était une période financière un peu compliquée pour moi ! (E2, L172) ».

Caractère collectif

Certains sujets **n'aimaient pas parler de leurs problèmes de santé devant d'autres** : « (...) mais moi ça ne me convenait pas, d'aller étaler sur la voie publique comme on dit, dans une réunion publique, mes... mes petits soucis de santé ! (E7, L64) ».

Intégrer un groupe n'aidait pas à réaliser les objectifs du sujet : « Et euh... je me suis dit que ce n'était pas forcément d'intégrer un groupe comme ça qui m'aiderait à les modifier ! (E3, L53) ».

Secret médical

Le sujet tenait à garder ses problèmes de santé et à **se confier à un professionnel de santé**, seul garant du secret médical : « Hum hum ! Bah moi j'ai besoin de plus d'un entretien personnalisé au vu de... de ma santé, et puis parce qu'il y a des personnes qui n'ont aussi pas envie de déballer leur vie à des inconnus hein ? (...) (E3, L549) », « (...) et là j'ai dit « non, moi je ne suis pas là, les seuls qui sont censés entendre mes problèmes de santé, c'est mon médecin » ! (E7, L54) ».

Intérêt porté à l'évaluation du RCV

L'indifférence à l'évaluation du RCV réalisée limitait l'envie de poursuivre l'étude : « (...) Je vous dis moi j'ai pris ça au-dessus de la... par-dessus la jambe hein ! (...) (E10, L263) ».

I. Facilitateurs

1. Bénéfices de la participation

Les sujets avaient des motivations prédéfinies avant d'accepter de participer au projet SPICES.

Expérience personnelle

Le sujet percevait sa participation comme une **expérience personnelle** à tenter, quelque soit son issue : « *Ça peut être, ouais... ça peut être des expériences ! Hum ! (E1, L316)* », « *Mais dans un sens, même si c'est de l'expérience, si ça n'a pas été euh... je n'ai pas été jusqu'au bout, j'ai trouvé ça assez intéressant ! (...) Et assez pertinent en fait. (...) (E1, L466)* », et se sentait curieux : « *Oui, pour voir (E5, L166)* ».

Aide à la recherche

Les sujets étaient motivés par l'envie de faire **avancer la science médicale** : « *Euh je me suis dit après euh... ça reste une étude donc que euh... après si ça peut aider la recherche et pour plus tard, je me suis dit "ouais pourquoi pas quoi" ! Donc voilà ! (E1, L319)* », « *(...) aider les recherches et tout ça quoi (...) (E4, L247)* » et les étudiants en médecine : « *Oui et puis les jeunes oui, moi j'ai eu des enfants aussi, j'ai eu trois aussi hein, eet... et bah il fallait les aider aussi quand il y avait les stages et les formations tout ça quoi (Interne : d'accord) oui oui. (...) si c'est pour vous aider on fait hein, ouai. (Interne : d'accord) Ouai, si ça peut que faire avancer. (E4, L135)* ».

Santé cardiovasculaire

La participation était motivée par une **envie de réduire son risque cardiovasculaire** : « *De limiter, euh... le risque maximal, voilà ! De euh... prendre les bonnes mesures pour limiter ! Voilà ! (E2, L231) ».*

2. Facilitateurs à la participation

Il est important de souligner ce qui limitera les arrêts de l'étude.

Motivation

L'ouverture d'esprit était une cible potentielle pour le recrutement : « *Après c'est des gens, après je pense des personnes qui seraient intéressées par ce genre d'étude, voilà, ils sont un peu assez ouvert d'esprit je pense quand même quoi, enfin... (E1, L494) ».*

Le sujet avait envie **d'aider et de rendre service aux chercheurs** : « *Ouai plutôt ouai, ouai puisqu'on a parlé de thèse, de...des choses comme ça si vous voulez quoi. (E4, L115) »*, « *c'est c'est, c'est pour vous aider (E4, L246) »*, « *Oui c'est pour aider les autres ! (E8, L638) »* et pouvait être plus au profit d'un bénéfice pour les chercheurs que pour un bénéfice pour lui-même : « *Moi, je suis parti du principe que c'était des jeunes qui... qui, qui euh... qui allaient à la rencontre des gens (...) Et qui posaient des questions et tout ça mais bon pour moi (...) Mais bon je... c'était pour eux plutôt que pour moi ! (E8, L716) ».*

Malgré l'inutilité de participer ressentie par le sujet, il a poursuivi l'étude du fait de **l'engagement** qu'il a donné à SPICES : « *Bah parce que. Quand j'ai donné ma parole j'ai*

donné ma parole. (...) (E10, L226) » et par **politesse** : « (...) c'était la moindre des politesses de continuer. (...) (E10, L228) ».

Informations connues

La participation et la connaissance d'autres programmes de prévention réduisaient la crainte de participer : « *Pas du tout parce que... ben encore une fois, le fait que... que j'étais nutrinaire en fait, euh... je... je n'avais pas d'inquiétudes sur un programme comme ça qui se mettait en place. (...) Parce que je faisais déjà partie d'un autre et donc je trouvais ça bien. (...)* (E3, L272) ».

Proximité

La participation aux réunions était facilitée si elles étaient à **proximité du domicile** du sujet : « *Ah ouai là peut être j'irais faire (...) Ah oui Châteauneuf c'est à côté. (...) Ah oui j'aurai été faire un tour ouai. (E4, L82)* » et il en était de même pour le lieu de l'évaluation du RCV : « (...) *donc comme c'était à Pleyben j'ai dit bah j'irais voir là, si vous voulez, ouai ouai. (E4, L111)* ».

Interaction sociale

Tandis que certains préféraient des rendez-vous individuels, d'autres appréciaient l'échange en groupe : « *Ouai le contact ouai (de...) parce que tout le monde peut avoir des problèmes hein. (...) Ouai, tout le monde peut avoir des soucis hein, des soucis et puis même, de voir un peu comment qu'ça s'passe et tout quoi. (E4, L239)* », « *(concernant l'éventuel obstacle constitué par le travail en groupe) Ah non pas tellement, parce que c'est sympa. (E5, L132)* ».

Curiosité

La participation était motivée par la **curiosité de découvrir un nouveau programme** : « (...) *je suis allé un peu à la découverte je me suis dit « tiens qu'est-ce qu'on va me faire faire ? » ! (E7, L980) »*, « (concernant le genre de réunion attendue) *Je ne sais pas ! (...) C'était par curiosité. (E8, L535) »*.

VIII. Discussion

A. Les résultats principaux

Plusieurs causes externes à l'arrêt de la participation au projet SPICES ont été mises en évidence selon le point de vue des non-participants. L'intérêt de suivre un programme de changement de comportement était réduit par l'auto-perception d'un mode de vie sain par le non-participant. Il était facile pour le non-participant de trouver ses objectifs à atteindre pour changer ses comportements à risque, SPICES n'apportait pas plus d'aide. L'indifférence portée à l'évaluation du RCV ne menait pas à une poursuite de l'étude. Le non-participant avait des attentes qui ne correspondaient pas à ce que proposait SPICES. La vie personnelle, professionnelle, les comorbidités du non-participant étaient incompatibles pour poursuivre l'étude. Il était essentiel d'être motivé et de se sentir concerné pour continuer le programme. Avec l'apparition de l'épidémie COVID, l'application des conseils de prévention est devenue plus difficile, et des réunions ont été déprogrammées, le non-participant s'était démotivé.

B. Forces et limites de l'étude

1. Forces de l'étude

Cette étude a été construite sur les lignes directrices COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (29).

Une étude qualitative a été choisie car plus appropriée pour évaluer des facteurs subjectifs, difficilement mesurables. Il s'agit d'une méthode qui permet d'étudier des phénomènes sociaux, explorer les émotions, sentiments, comportements, expériences personnelles des sujets. Elle est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, elle permet un abord plus large de la compréhension de la santé et des déterminants des soins (30).

L'échantillonnage raisonné a permis d'optimiser la diversité des réponses des non-participants. Toutes les tranches d'âges étaient présentes afin d'augmenter le recueil de codes multiples et variés. Différents cantons du pays COB ont été sélectionnés, afin d'avoir une plus grande vue des raisons de l'arrêt de l'étude.

Les entretiens individuels semi-dirigés ont laissé aux non-participants une liberté de parole, en tout anonymat, dans un endroit calme et propice au dialogue, optimisant la qualité du relevé des données. Ils ont pu exprimer des faits déplaisants voire certaines informations sensibles. Ceci est une chance afin de mieux connaître ce qui a pu entraîner un arrêt de l'étude, afin d'améliorer le programme SPICES et augmenter le taux de participation.

Les guides d'entretiens étaient adaptés à la question de recherche et ont été élaborés entre les deux chercheurs. Cela a permis un recueil de données le plus complet possible et était une force méthodologique.

La triangulation des données et le codage en double aveugle ont renforcé la qualité de l'étude et ont limité l'interprétation subjective des données.

2. Limites de l'étude

Le recrutement des non-participants a été difficile du fait de refus de vouloir communiquer de nouveau avec l'équipe SPICES mais aussi à cause de la crise sanitaire du COVID-19. Certains non-participants préféraient rester confinés et ne pas avoir affaire à une personne extérieure à leur entourage, par crainte notamment d'attraper le virus. Au cours des entretiens en face-à-face, le port du masque obligatoire a diminué la perception des émotions des non-participants, par les chercheurs. Les entretiens par vidéo étaient limités chez les personnes âgées qui pouvaient rencontrer des difficultés à manier l'informatique.

Les entretiens se sont déroulés à distance de la participation des non-participants. Un risque d'oubli de certaines données par les non-participants n'était pas à exclure mais il a pu aussi être réduit par des questions de relance dans le guide d'entretien.

L'autocomplaisance, tendance des sujets à attribuer des échecs à des facteurs externes, a pu être un frein à l'expression de l'ensemble des raisons d'arrêter la participation au projet SPICES.

Le souhait de désirabilité sociale du non-participant ne pouvait être exclu, celui-ci voulant plaire au chercheur, interne en médecine générale, et voulant l'aider, une certaine complaisance était une limite possible à l'expression des causes d'arrêt de l'étude.

C. Comparaison des résultats avec la littérature

Auto-perception d'un mode de vie sain.

Le non-participant jugeait sa participation non nécessaire du fait d'une perception de sa santé satisfaisante. Cette constatation était la raison prépondérante retrouvée dans l'étude des causes de refus de participer aux bilans de santé des MCV, auprès des patients des soins de santé primaires dans cinq pays européens (République Tchèque, Danemark, Grèce, Pays-Bas et Suède) (31).

Les sujets en prévention primaire étant asymptomatiques, ils ne se sentaient pas malades et donc non concernés par un changement de leur mode de vie. Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, ayant fait l'objet d'une thèse en médecine en 2012, s'était intéressée aux connaissances et représentations des FDRCV par des patients en prévention primaire qui avaient au moins deux FDRCV dont un tabagisme actif. Ils se sentaient globalement en bonne santé et la santé était évaluée par la présence de symptômes au quotidien. Certains avaient des représentations erronées du RCV (32).

Prévention en soins primaires.

L'absence de prévention par les professionnels de santé du secteur primaire ne favorisait pas la prise de conscience et l'intérêt de dépister les MCV. Ce constat était aussi retrouvé dans la même étude européenne des causes de refus de participer aux bilans de santé des MCV. Ou au contraire, être déjà suivi en soins primaire ne nécessitait pas de participer au programme SPICES selon le non-participant et cette cause de refus était également retrouvée dans cette même étude (31).

Le médecin généraliste était celui qui jouait un rôle central dans la prévention cardiovasculaire. Cette place est également retrouvée dans la littérature et il est perçu comme un conseiller et accompagnateur dans la gestion du RCV, tout en respectant l'autonomie du patient (32).

Autonomie dans la prévention cardiovasculaire.

Le non-participant jugeait réussir à trouver seul ses objectifs de santé. En autonomie, il arrivait à changer ses comportements. Certains ont exprimé des stratégies d'application de la prévention cardiovasculaire qu'ils mettent en place au quotidien, en autonomie, que ce soit sur le plan alimentaire, du sevrage tabagique, de l'activité physique et du sommeil. Ces résultats étaient en accord avec une étude européenne étudiant les opinions de patients européens sur leurs habitudes alimentaires et pratiques d'activité physique et sur leur confiance de pouvoir les changer. Près de la moitié des patients déclaraient une motivation à améliorer leurs habitudes alimentaires et augmenter leur activité physique et près des deux tiers étaient confiants dans leur capacité à les changer. Parmi ces personnes confiantes, plus de la moitié souhaitaient recevoir des conseils de leur médecin généraliste (33).

Compréhension du RCV.

Le manque de compréhension des MCV constaté dans l'étude SPICES, était aussi retrouvé dans une étude qualitative explorant les obstacles liés aux patients dans la communication efficace sur le RCV et la prévention des MCV en soins primaires. La perception du risque était irréaliste et dichotomique (risque/pas de risque) au lieu d'une perception continue du risque. Elle pouvait être basée sur des expériences personnelles, qui avaient parfois un impact plus important que

les informations données par le médecin généraliste et basée sur des émotions telles que la peur, l'inquiétude par rapport à des expériences familiales, des amis proches ayant une MCV (34).

La littératie en santé.

L'OMS définit la littératie en santé (LS) comme « les caractéristiques personnelles et les ressources sociales nécessaires des individus et des communautés afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions en santé ». La communication doit être adaptée au niveau de LS du participant. Un faible niveau de LS était un obstacle à une bonne éducation thérapeutique du patient. La mise en place de partenariats entre les milieux socio-éducatifs et de la santé, la formation des soignants-éducateurs à augmenter la LS est essentielle (35). Une étude a évalué l'association entre la LS et l'état de santé, à Qingdao en Chine, et l'influence du comportement de santé et de l'auto-efficacité (qui fait référence au jugement subjectif des individus sur leur capacité à exécuter efficacement un comportement spécifique) dans cette association. Un bon niveau d'éducation, de bons revenus sont positivement associés à une plus grande LS, qui elle-même était associée positivement à l'état de santé. La LS influence directement le comportement de santé et l'auto-efficacité (36). Le programme SPICES doit persévérer sur l'amélioration des connaissances en LS, afin d'augmenter l'auto-efficacité et d'améliorer les comportements liés à la santé et ainsi obtenir les résultats de santé attendus.

Le travail de la motivation.

La motivation des participants envers l'accompagnement par les ASC était un facteur de réussite. Le déni des comportements à risque était un obstacle à la poursuite de l'étude. La transformation d'un comportement est délicate, il vient rompre une trajectoire de vie. Modifier les idées d'un sujet est souvent insuffisant pour adopter un comportement plus approprié et cela est d'autant plus difficile lorsque ces modifications sont suggérées de l'extérieur. La théorie « transthéorique » ou théorie du changement par phases de Prochaska et DiClemente, sur laquelle s'est développée SPICES, décrit les étapes successives d'un changement de comportement (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien, rechute, et dans l'idéal, nouveau maintien et sortie définitive). L'erreur la plus fréquente est de ne pas tenir compte du stade dans lequel se situe le sujet et l'accompagnement proposé sera contre-productif. Deux objectifs sont prioritaires : faire avancer le sujet dans la démarche de changement de comportement puis renforcer l'auto-efficacité. Cette dernière, selon Bandura, indique dans quelle mesure le sujet est capable de transformer son image en actes concrets et reflète ses compétences globales et expériences dans la résolution des problèmes. L'amélioration de l'auto-efficacité augmente les chances d'entamer et de conclure avec succès des changements de comportement (37) (38). Un exemple, pouvant être mis en parallèle avec l'étude SPICES, a été pris concernant la pratique d'une activité physique régulière en appliquant le modèle transthéorique. Le sujet avec un haut sentiment d'efficacité personnelle concernant les obstacles à la pratique d'une activité physique sera plus efficace pour changer de comportement. Et par la suite, l'augmentation de l'activité physique induite par ce haut sentiment développera son sentiment d'efficacité personnelle (39). L'auto-efficacité de certains non-participants était trop faible pour poursuivre l'étude.

L'entretien motivationnel, base du programme SPICES, a pour vocation d'aider le patient à trouver ses motivations propres au changement et à prendre la meilleure décision en cas

d'ambivalence. La confiance en soi et l'estime de soi sont des éléments fondamentaux de la motivation. Tout sujet est influencé dans un changement de comportement par ses intentions mais aussi celles des autres et par les possibilités ou contraintes de son milieu de vie (37) (38). Comme cela a pu être suggéré par certains non-participants de l'étude SPICES, un environnement éducatif propre à chacun est essentiel et favorisera la dynamique de changement.

Un essai contrôlé randomisé au sein d'entreprises a évalué les effets d'interventions comportementales (thérapies cognitivo-comportementales, entretiens motivationnels, les activités de groupe, l'implication de la direction) sur la motivation, l'auto-efficacité et les obstacles au changement de comportement (la position assise est une habitude, se tenir debout est inconfortable et fatigant), sur la réduction du comportement sédentaire et l'augmentation de l'activité physique par rapport à un groupe témoin des employés de bureau suédois. Après l'intervention, l'analyse a montré une motivation et une auto-efficacité plus élevées pour l'augmentation de l'activité physique par rapport au groupe témoin (40). Les interventions comportementales utilisées par l'étude SPICES doivent être poursuivies mais il faut d'avantage rechercher ce qui fait obstacle aux changements de comportement pour que les interventions soient plus efficaces à long terme.

Attentes du non-participant.

Le non-participant avait des attentes préalables avant sa participation partielle à l'étude. Il s'attendait à un suivi par un médecin. Dans les invitations pour les bilans de santé des MCV, il a été noté que les sujets préféraient qu'elles viennent de leur médecin généraliste (31). La confiance, notamment dans son médecin traitant, est cruciale, permettant au patient de

surmonter son ignorance et sa dépendance et d'atténuer l'inquiétude sur son état de santé. A l'aide d'entretiens semi-structurés, une recherche sociologique sur les attitudes profanes vis-à-vis de la médecine a distingué différents types de confiance. Il en était ressorti que le médecin est le porteur du savoir, « celui qui sait » (41). Les diplômes constituaient des garanties de savoir-faire et de fiabilité de ceux qui ont étudiés pour certains non-participants, malgré la formation des citoyens accompagnants.

En comparaison avec des programmes dans des pays à faibles revenus, on retrouve des barrières similaires. Une étude a évalué les perceptions de la communauté des ASC dans le district de Kisoro, en Ouganda, avant la mise en place d'un programme communautaire de promotion de la santé et de soins primaires. Les membres de la communauté acceptaient généralement les ASC mais pouvaient aussi leur manquer de confiance. Ils préféraient qu'ils fournissent des services à la fois curatifs et préventifs. Les ASC doivent avoir un certain niveau d'éducation, être empathique, respectueux de la confidentialité, du secret médical (42). La conformité du programme avec les perceptions de la communauté peut influencer l'efficacité et la durabilité de la participation.

La notion d'échange collectif semblait importante pour entretenir la motivation même si une relation personnalisée était généralement attendue. Un échange personnalisé dans le cadre d'un travail collectif est envisageable. Les méthodes éducatives en individuel ou en groupe ont chacune leurs avantages et inconvénients et peuvent être complémentaires. Afin de comprendre ces résultats, une revue de la littérature portant sur l'éducation thérapeutique a essayé de comprendre si une approche était supérieure à une autre pour le patient. L'avantage de l'approche individuelle est l'individualisation de l'intervention, permettant d'aborder des problèmes particuliers, de cerner les attentes et les besoins spécifiques du sujet. La relation est

privilégiée et l'adaptation au rythme du sujet est facilitée. Pour certains sujets, ils ne veulent pas être identifiés en public comme ayant un problème de santé, confier des informations médicales personnelles. En groupe, il était plus efficace de travailler avec un groupe homogène, permettant une meilleure concordance entre l'objectif de participation et les besoins des participants. Être en groupe permet de confronter différents points de vue, rompt l'isolement des sujets en se rendant compte que d'autres partagent les mêmes sentiments, favorise les apprentissages grâce aux expériences des autres (43). La cause la plus importante d'échec du groupe est l'inadéquation entre le participant et le groupe.

La difficulté du changement des habitudes de vie.

La vie professionnelle était incompatible avec la possibilité de poursuivre l'étude. Il est établi que les contraintes de l'environnement professionnel ont une part de plus en plus importante dans le développement des MCV. Dans les pays industrialisés, la mortalité cardio-vasculaire est inversement liée au niveau socio-économique et à la catégorie socio-professionnelle. Plusieurs éléments contribuent à créer un environnement professionnel propice au RCV : les contraintes psychologiques, la sédentarité, le tabagisme actif. En plus de la prévention individuelle sur les FDRCV, il apparaît nécessaire de concevoir une prévention collective en tenant compte de l'environnement professionnel et des inégalités sociales de santé (44).

Le manque de temps avec un emploi du temps bien chargé et de moyens financiers, la présence de comorbidités, la culture étaient des facteurs limitants à la poursuite de l'étude, que ce soit sur le plan de l'application des conseils pour l'activité physique ou de l'alimentation. Ces données concordaient avec les résultats de la littérature : une étude prospective, menée dans des centres de santé au Koweït, a recherché les obstacles au respect des recommandations de mode

de vie chez des patients hypertendus et/ou diabétiques de type 2. Plus de 60% des patients de l'étude n'adhéraient pas aux programmes de régime ou d'activité physique. Les principaux obstacles à l'adhésion à l'activité physique étaient le manque de temps, les comorbidités telles que l'arthrose, les maladies musculo-squelettiques et l'asthme. L'alimentation traditionnelle, la difficulté de suivre un régime alimentaire différent de celui du reste de la famille, le stress, la restauration rapide, interféraient avec l'adhésion à une alimentation plus saine. Comprendre les obstacles à l'adhésion aux changements de mode de vie et adapter le changement à l'individu, à sa culture, permettent une meilleure adhésion aux programmes à long-terme (45).

Certains non-participants estimaient qu'ils avaient des contraintes au changement de comportement géographiques, professionnelles ou sociales. Une étude, au Danemark, s'est intéressée sur les obstacles au maintien de changement de mode de vie et leur association entre la perception de ces obstacles par les sujets, leurs caractéristiques socio-démographiques et leur santé. Le manque de temps et notamment chez les actifs, le manque de ressources financières, ou l'influence du partenaire étaient des freins notés. Le fait de ne pas être habitué à l'activité physique, d'avoir des habitudes alimentaires riches en matières grasses, d'avoir un partenaire qui fume étaient des obstacles au changement de mode de vie. Peut-être qu'il s'agit d'un mécanisme d'adaptation du sujet qui doute de ses capacités, transformant un problème personnel de changement de mode de vie en un problème plus sociétal lié aux coûts et au manque de temps (46).

Les recommandations de pratique d'activité physique ne sont pas toujours appliquées par les personnes concernées, notamment les personnes ayant une maladie chronique. Une revue bibliographique avec analyse a été réalisée dans le cadre de l'expertise collective de l'Inserm, intitulée « Activité physique prévention et traitement des maladies chroniques » et s'est

questionnée sur les freins et les leviers motivationnels à la pratique d'une activité physique. Le maintien d'une activité physique passe par le plaisir et l'intérêt que la personne trouve à poursuivre ses efforts. Un facteur d'engagement primordial est la croyance en termes de bénéfices perçus, pour sa santé physique et psychologique. Les principales barrières sont liées à l'état de santé, aux inégalités sociales face à l'intégration d'une pratique sportive, au fait de répondre à une pression sociale ou que l'activité physique est secondaire par rapport aux responsabilités professionnelles et/ou familiales. Créer une routine est nécessaire pour que l'activité physique devienne une habitude. Le sujet doit identifier ses habitudes de vie, ses besoins, ses possibilités, les freins et les leviers dans sa situation (47).

L'effet de la pandémie COVID-19.

Le confinement imposé par la pandémie à COVID-19 a bouleversé la vie des Français avec des réaménagements de leur mode de vie. La restriction de déplacement a augmenté la sédentarité et donc les risques liés à une baisse de l'activité physique (48) (49). Il a été noté depuis le début de l'épidémie, une augmentation des troubles du sommeil et de la consommation d'hypnotiques. Il a été constaté également une hausse des détresses psychologiques et de la consommation alcoolo-tabagique. Deux tendances de comportements ont cependant été remarquées : la première où le mode de vie était altéré (prise de poids, baisse de l'activité physique, augmentation de la consommation de produits transformés), la deuxième où le mode de vie était amélioré (augmentation de la cuisine faite maison, augmentation de l'activité physique). Ces tendances sont liées aux facteurs socio-démographiques, professionnels, les habitudes alimentaires et le poids antérieur, le niveau d'anxiété et de dépression. Les conséquences de ces changements de mode de vie sont des enjeux de santé publique. Les effets

délétères du confinement risquent d'augmenter les MCV (48). Ces conséquences de l'épidémie expliquent certains des comportements de non-participants, moins motivés à poursuivre l'étude. L'étude SPICES se retrouve avec un nouvel enjeu qui est de pallier aux effets délétères engendrés par la COVID-19.

Une étude brésilienne s'est intéressée à la réorganisation du travail des ASC suite à la pandémie COVID-19. Les ASC jouaient un rôle important dans le lien entre la communauté et les services de santé. L'appui aux équipes de santé est essentiel et ils se retrouvent en première ligne dans le contrôle et la prévention de la COVID-19 et leur rôle dans l'éducation sanitaire a été renforcé. Mais pour qu'ils continuent de travailler dans de bonnes conditions, il est nécessaire de garantir des conditions de travail sécurisées (distanciation sociale, restrictions des visites à domicile), de poursuivre leur formation (50). Une adaptation du programme SPICES à l'état sanitaire actuel a été nécessaire.

En période de crise sanitaire, telle qu'avec la COVID-19, les bouleversements des modes de vie peuvent être propices à l'apprentissage des changements de mode de vie pour des patients cardiovasculaires. Une étude néerlandaise s'est intéressée aux intentions de changement de mode de vie provoquées par la COVID-19 sur la base d'un « moment propice à l'apprentissage ». Ces moments d'apprentissage surviennent souvent pendant ou après un évènement de la vie important comme une hospitalisation ou l'annonce d'une maladie grave, qui peut amener le sujet à être plus réceptif aux messages de prévention et au changement de comportement. 28 % des participants avaient l'intention de changer leur mode de vie général, 25 % d'augmenter leur activité physique, 21 % d'améliorer leur alimentation, tout cela s'expliquant par un changement de son image de soi, et par l'impact affectif de la crise du COVID-19. La pandémie peut permettre de promouvoir et de sensibiliser l'importance d'un

mode de vie plus sain, en particulier pour les patients porteurs de MCV car elles constituent une sous-population particulièrement vulnérable avec un risque plus élevé de morbidité et de mortalité lors d'une infection à COVID-19 (51).

Comparaison avec le programme SPICES dans les pays à revenus faibles.

Cette thèse peut être mise en parallèle avec l'étude qualitative des barrières et des facilitateurs de la mise en place de SPICES dans les districts de Mukono et de Buikwe en Ouganda. Ces recherches ont aidé à concevoir des programmes pertinents d'accompagnement avec des agents de santé communautaire et ayant un impact sur la prévention et le contrôle des MNT. Les barrières mises en évidence étaient des problèmes de compatibilité avec la culture de la communauté, un environnement qui n'était pas favorable au changement de comportement du participant, une méfiance des participants envers les agents de santé communautaire, un manque de conscience des MCV par les participants. L'accessibilité à des services de santé étaient des déterminants clés. Lorsque les services de MCV étaient accessibles et perçus comme de qualité, les membres de la communauté ont exprimé leur volonté d'interagir avec l'agent de santé communautaire. Les médias ont joué un rôle également, en particulier lorsqu'ils ont sensibilisé aux MCV et renforcé les messages transmis par les agents de santé communautaire. Certains participants étaient méfiants vis-à-vis des agents de santé communautaire, cela étant lié au faible niveau de sensibilisation de la communauté aux MCV. Accroître la sensibilisation de la communauté aux MCV, l'approbation des programmes de prévention contribueraient à accroître la confiance envers les ASC (52).

Une étude qualitative a exploré l'acceptabilité du programme SPICES dans ces mêmes districts en Ouganda, par les ASC et les participants, afin d'améliorer l'efficacité et l'impact du

programme. Généralement ils exprimaient un intérêt à la prise en charge des FDRCV. Les ASC anticipaient le manque potentiel de coopération de la communauté. Le temps passé dans ce programme pouvait être un frein à la poursuite de l'étude. Les participants considéraient que s'ils étaient suffisamment informés et soutenus par les ASC, ils pourraient changer leur comportement à risque et que des ASC correctement formés augmenteraient l'acceptation du programme. Il a été noté que les participants pouvaient se lasser des informations répétitives et qu'il était plus difficile de changer le comportement du participant s'il ne faisait pas partie de ses habitudes de vie. Tous les participants ne sont pas réceptifs au changement de comportement malgré tous les efforts réalisés par l'ASC. La non-disponibilité des participants, la réticence à changer de comportement étaient des obstacles à la participation. Les obligations professionnelles étaient un frein aussi. Il a été suggéré que des professionnels de santé accompagnent les ASC pour augmenter la réception de l'intervention par les participants (53).

D. Perspectives

Cette étude a permis de recueillir les causes externes à SPICES qui expliquent l'arrêt de l'étude selon le point de vue des non-participants. Une étude en miroir a permis de comprendre les causes internes (26).

Cette étude devrait permettre de moduler la conception du programme SPICES pour que son application soit la plus pertinente possible et que les conseils prodigués aux participants soient efficaces à long terme pour la prévention et le contrôle des MCV. La mise en avant des limites de la participation par les non-participants permettra de les anticiper dans la suite du projet.

Il est important de poursuivre la diffusion des messages de prévention primaire des MCV pour sensibiliser les sujets asymptomatiques à leur RCV. Le médecin généraliste doit conserver ce rôle de messenger mais l'appui de citoyens accompagnants est prometteur.

Tenir compte de l'auto-efficacité, de la perception de son propre RCV par le participant, du stade de changement de comportement selon le modèle transthéorique du changement est essentiel pour espérer une participation efficace et qui dure dans le temps.

Il semble important d'agir sur l'environnement du participant, de modifier ses croyances erronées sur son RCV et poursuivre l'apprentissage dans un environnement éducatif propre à chaque participant.

Il faut tenir compte des attentes des participants : un suivi plus médicalisé avec interventions de professionnels de santé, se soucier du respect du secret médical au cours d'interventions collectives, que les groupes soient plus homogènes concernant les problèmes de santé.

Il faut rechercher tout ce qui pourrait être une barrière au changement de vie : la vie professionnelle, les inégalités sociales de santé, la précarité socio-économique, les comorbidités, car leur présence freine l'application du programme SPICES. Il est nécessaire d'adapter le changement à l'individu pour permettre une meilleure adhérence.

Concernant la pédagogie, un ajustement dans le domaine de l'enseignement pourrait être effectué. Les messages connus et répétitifs, déjà entendus dans la communauté n'ont plus d'impact sur le sujet. Il faut poursuivre dans l'innovation de la promotion de la prévention cardiovasculaire et poursuivre l'accompagnement des sujets à risque. Augmenter le niveau de connaissance des MCV est une base nécessaire et solide pour renforcer l'intérêt du participant à être dans l'étude. Augmenter le niveau de LS aide à l'éducation thérapeutique et au

changement de comportement du participant. Il faut faire attention et tenir compte de la motivation du participant et renforcer la confiance en soi du participant.

Il est difficile de maîtriser les conséquences de la COVID-19, mais il est possible de s'adapter avec notamment le développement de la télémédecine. Les citoyens accompagnants peuvent être d'un bon soutien dans la gestion de la crise et le suivi des plus vulnérables. En période de crise sanitaire, le sujet peut être plus attentif aux messages de prévention. Il pourrait être envisager de se « servir » de cette crise comme le moment propice à l'apprentissage des bons comportements de santé.

Poursuivre l'évaluation des non-participants, à un stade plus avancé dans l'étude permettra un recueil plus exhaustif des freins à la participation à l'étude.

L'avis des citoyens accompagnants est également important pour renforcer ce projet, et a fait l'objet d'une autre étude qualitative : les freins à l'animation de groupes d'accompagnement à la prévention primaire cardiovasculaire (54).

La crise de la COVID-19 s'est déroulée au cours de cette étude, et se poursuit encore. Un travail plus spécifique sur les freins à la participation et à l'organisation de l'étude engendrés par cette pandémie pourrait être intéressant.

IX. Conclusion

Le but de SPICES était de réduire le risque cardiovasculaire tout en réduisant le coût de cette santé cardiovasculaire, que les changements de comportement se fassent sans qu'ils soient perçus comme une contrainte pour le participant. Ce travail de thèse, intégré au projet SPICES, a répertorié, selon le point de vue des non-participants, les causes extrinsèques à l'étude ayant entraîné un arrêt de la participation. Une étude miroir à ce travail a décrit les causes intrinsèques (26).

Plusieurs dimensions ont été mises en évidence : la perception erronée de sa santé cardiovasculaire, l'indifférence portée à l'étude, des problèmes de diffusion des messages de prévention cardiovasculaire, les attentes préalables du non-participant non retrouvées, la vie personnelle, professionnelle et la santé du non-participant incompatibles avec un suivi du programme, un manque de motivation du non-participant, un bouleversement créé par la pandémie COVID-19.

Au travers de ces différents points de vue, différentes solutions sont ressorties de cette étude : tenir compte de la perception du RCV du participant et adapter le programme au stade de changement du participant et à son auto-efficacité. Il faut également s'adapter à l'environnement du participant et à toutes ses barrières au changement de mode de vie. Être plus à l'écoute des attentes des participants augmente la durée de participation. Poursuivre les entretiens motivationnels en tenant compte du niveau de LS est essentiel. Il pourrait être envisagé de se servir de la pandémie de COVID-19 pour faire passer des messages de prévention cardiovasculaire. Cependant durant cette crise, il est indispensable d'adapter le

programme aux mesures sanitaires pour garder le lien entre citoyens accompagnants et accompagnés mais il faut s'assurer que chaque participant puisse s'adapter aux changements nécessaires.

Poursuivre le suivi des non-participants sur l'ensemble de la période d'accompagnement permettra de confirmer ou d'infirmier les causes externes qui ont été retenues dans ce travail de thèse. De même, recueillir le point de vue de l'ensemble des acteurs du projet SPICES contribuera à une meilleure compréhension des causes d'arrêt afin d'adapter au mieux la stratégie de prévention des MCV par des citoyens accompagnants dans le pays COB.

X. Bibliographie

1. Riley L, Cowan M. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva : World Health Organization, 2018. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512> [consulté le 17 août 2021].
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006;3(11):2011–30.
3. Organisation mondiale de la Santé. Maladies cardiovasculaires. 2017. 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)) [consulté le 20 août 2021].
4. Isnard R, Lacroix D, Trochu J-N. Collège National des Enseignants de Cardiologie. Médecine cardio-vasculaire. 3 ed. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2019.
5. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014. 2014. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149294/1/WHO_NMH_NVI_15.1_fre.pdf?ua=1 [consulté le 17 août 2021].
6. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Rayner M, Nichols M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. European Heart Journal 2016;37:3232–45.
7. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Santé publique France. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Synthèse.pdf> [consulté le 17 août 2021].
8. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 Un engagement collectif. 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf [consulté le 17 août 2021].
9. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/> [consulté le 28 août 2021].
10. Rapports à la Commission des comptes de sécurité sociale. La prise en charge des

- pathologies cardio-vasculaires en Europe. European mortality database. 2010. Disponible sur : <http://data.euro.who.int/hfamdb/> [consulté le 17 août 2021].
11. Tuppin P, Rivière S, Rigault A, Tala S, Drouin J, Pestel L, et al. Prevalence and economic burden of cardiovascular diseases in France in 2013 according to the national health insurance scheme database. *Arch Cardiovasc Dis* 2016;109(6-7):399–411.
 12. Le Reste JY, Le Goff D. Projet SPICES– Kalon Yac'h. Brest : Université de Bretagne Occidentale, 2019. Disponible sur : https://drive.google.com/drive/folders/1Ihivhlgf9_ZUL9nzi_KDQLVKmoHXUsS6 [consulté le 31 juillet 2021].
 13. WHO. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42500> [consulté le 13 août 2021].
 14. Lefeuvre D, Dieng M, Lamara F, Raguin G, Michon C. Les agents de santé communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH/SIDA. *Santé Publique* 2014;26(6):879-88.
 15. Organisation Mondiale de la Santé, Europe. Promotion de la santé. Charte d’Ottawa. Ottawa. 1986. Disponible sur : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf [consulté le 17 août 2021].
 16. Mwai GW, Mburu G, Torpey K, Frost P, Ford N, Seeley J. Role and outcomes of community health workers in HIV care in sub-Saharan Africa: A systematic review. *J Int AIDS Soc* 2013;16 :18586-92.
 17. Even L. En 2018, Quelle est la définition du concept de vulnérabilité dans la littérature médicale ? Revue systématique. Thèse de médecine : Université de Bretagne occidentale, 2018.
 18. Le Pays Centre Ouest Bretagne vous accueille durablement. Disponible sur : <https://www.centre-ouest-bretagne.org/> [consulté le 4 septembre 2021].
 19. Agence Régionale de Santé Bretagne. Observatoire des territoires : Portrait statistique en santé précarité, Pays du Centre-Ouest Bretagne. 2018. Disponible sur : https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-04/2018-04 - Obs terr - Fiche_Pays du Centre-Ouest Bretagne.pdf [consulté le 16 août 2021].
 20. Clappier P, Leon C, Queguiner E. La santé dans le pays du Centre-Ouest Bretagne. 2010. Disponible sur : https://orsbretagne.typepad.fr/2010/Pays_COB_leger.pdf [consulté le 17 août 2021].

21. Mirmand C, Chesnet Girard L, Cadeville O. Notre Environnement c'est notre santé : mobilisons-nous ! Plan Régional Santé Environnement (PRSE 3). Rennes : Agence Régionale de Santé de Bretagne, 2017. Disponible sur : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/media/17679/download> [consulté le 16 août 2021].
22. Prolongation du Contrat Local de Santé - Actualités - Le Pays Centre Ouest Bretagne vous accueille durablement. Disponible sur : <https://www.centre-ouest-bretagne.org/Actualites/Prolongation-du-Contrat-Local-de-Sante> [consulté le 4 septembre 2021].
23. Schwalm JD, McKee M, Huffman MD, Yusuf S. Resource Effective Strategies to Prevent and Treat Cardiovascular Disease. *Circulation* 2016;133(8):742–55.
24. Le Goff D, Barais M, Perraud G, et al. Innovative cardiovascular primary prevention population-based strategies: A 2-year hybrid type 1 implementation randomised control trial (RCT) which evaluates behavioural change conducted by community champions compared with brief advice only from the SPICES project (Scaling-up Packages of Interventions for Cardiovascular disease prevention in selected sites in Europe and Sub-Saharan Africa). 2021:1-15.
25. Joseph P, Yusuf S, Lee SF, Ibrahim Q, Teo K, Rangarajan S, et al. Prognostic validation of a non-laboratory and a laboratory based cardiovascular disease risk score in multiple regions of the world. *Heart* 2018;104(7):581–7.
26. Taburet A. Non participants au projet SPICES : causes d'arrêt intrinsèques à l'étude. Une étude qualitative. Thèse de médecine : Université de Bretagne occidentale, 2021.
27. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader S, Gilles De La Londe J. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. 1ed. Saint-Cloud Cedex : Global Média Santé, 2021.
28. Rat C, Tudrej B, Kinouani S, Guineberteau C, Bertrand P, Renard V. Encadrement réglementaire des recherches en médecine générale. *exercer* 2017;135:327–34.
29. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev* 2015;15(157):50–4.
30. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *exercer* 2008;84:142–5.
31. Waard AKM, Korevaar JC, Hollander M, Nielen MMJ, Seifert B, Carlsson AC, et al. Unwillingness to participate in health checks for cardiometabolic diseases: A survey among primary health care patients in five European countries. *Heal Sci Reports* 2021;4(2):1–11.

32. Mansouri L, Coblenz-Baumann L. Connaissances et perception de la notion de facteur de risque cardiovasculaire chez les patients en médecine générale. *exercer* 2013;107:124–5.
33. Durrer D, Broton C, Bulc M, Schutz Y. Point de vue des patients sur la prévention concernant la nutrition et l'activité physique en médecine générale : une étude européenne. *exercer* 2011;99(suppl3):88S–9S.
34. 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(2):301–7.
35. Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, De Andrade V, Azogui-Lévy S. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. *Santé Publique (Paris)* 2017;29(6):811–20.
36. Huang Y, Qi F, Wang R, Jia X, Wang Y, Lin P, et al. The effect of health literacy on health status among residents in Qingdao, China : a path analysis. *Environ Health Prev Med* 2021;26(1):1–10.
37. Müller B, Saner H. Comment motiver le patient pour changer son mode de vie? *Forum Médical Suisse – Swiss Med Forum* 2008;8(35):626-31.
38. Giordan A. Comment favoriser le changement de comportement ? *Médecine des Mal métaboliques* 2010;4:467–72.
39. Tafticht N, Csillik AS. Nouvelles applications du modèle transthéorique : La pratique d'une activité physique régulière. *Ann Med Psychol (Paris)* 2013;171(10):693–9.
40. Blom V, Drake E, Kallings LV, Ekblom MM, Nooijen CFJ. The effects on self-efficacy, motivation and perceived barriers of an intervention targeting physical activity and sedentary behaviours in office workers : a cluster randomized control trial. *BMC Public Health* 2021;21(1):1–9.
41. Hammer R. La confiance dans son médecin. *PrimaryCare* 2006;6(18):337–9.
42. Zheng C, Anthonypillai J, Musominali S, Chaw GF, Paccione G. Community Perceptions of Village Health Workers in Kisoro, Uganda. *Ann Glob Heal* 2021;87(1):82-96.
43. Mosnier-Pudar H, Hochberg-Parer G. Education thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? *Med des Mal Metab* 2008;2(4):425–31.
44. De Gaudemaris R, Lang T, Hamici L, Dienne E, Chatellier G. Facteurs socioprofessionnels, contraintes de l'environnement professionnel et maladies cardiovasculaires. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)* 2002;51(6):367–72.

45. Serour M, Alqhenaei H, Al-Saqabi S, Mustafa AR, Ben-Nakhi A. Cultural factors and patients' adherence to lifestyle measures. *Br J Gen Pract* 2007;57(537):291–5.
46. Nielsen JB, Leppin A, Gyrd-Hansen D e., Jarbøl DE, Søndergaard J, Larsen PV. Barriers to lifestyle changes for prevention of cardiovascular disease - a survey among 40-60-year old Danes. *BMC Cardiovasc Disord* 2017;17(1):1–8.
47. Boiché J, Perrin C, Ninnot G, Varray A. Barrières à l'activité physique : constats et stratégies motivationnelles. *BEH* 2020;34–7.
48. Tourette-Turgis C, Chollier M. Modifications des modes de vie et impact psychosocial du confinement lié à la COVID-19. *Med des Mal Metab* 2021;15(1):40–4.
49. Manuel DG, Eddeen AB, Rachel C, Tjepkema M, Garner R, Bennett C. StatCan et la COVID-19 : des données aux connaissances pour bâtir un Canada meilleur. *Statistiques Canada* 2021;45-28-0001:1-17.
50. Maciel FBM, Dos Santos HLPC, Carneiro RA da S, de Souza EA, Prado NM de BL, Teixeira CF de S. Community health workers: reflections on the health work process in covid-19 pandemic times. *Cienc e Saude Coletiva* 2020;25:4185–95.
51. Brust M, Gebhardt WA, Numans ME, Kieft-de Jong JC. The COVID-19 Crisis as a Teachable Moment for Lifestyle Change in Dutch Cardiovascular Disease Patients. *Front Psychol* 2021;12(June):1–10.
52. Ndejjo R, Wanyenze RK, Nuwaha F, Bastiaens H, Musinguzi G. Barriers and facilitators of implementation of a community cardiovascular disease prevention programme in Mukono and Buikwe districts in Uganda using the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implement Sci* 2020;15(1):1–17.
53. Ndejjo R, Musinguzi G, Nuwaha F, Wanyenze RK, Bastiaens H. Acceptability of a community cardiovascular disease prevention programme in Mukono and Buikwe districts in Uganda : A qualitative study. *BMC Public Health* 2020;20(1):1–15.
54. Lavat B. Citoyens accompagnants du projet SPICES : freins à l'animation de groupes d'accompagnement à la prévention primaire cardiovasculaire. Une étude qualitative. Thèse de médecine : Université de Bretagne occidentale, 2021.

XI. Annexes

A. Annexe 1

Guide d'entretien initial

Question brise-glace :

Quand était-ce la dernière fois qu'on vous a parlé de prévention en santé ? Racontez-moi plus en détails cette expérience ? Qu'avez-vous ressenti ? Qu'est-ce qui vous plait quand on parle de prévention en santé ? Et de dépistage ? Et plus précisément concernant la prévention cardiovasculaire ?

Relance :

Chez votre médecin ? / Votre pharmacien ? / Dans les médias ? / Par exemple, que pensez-vous de manger-bouger ? / Le mois sans tabac ?...

Thème « freins/difficultés/refus » :

Suite au dépistage, pourquoi n'avez-vous pas participé à l'étude ?

Relance :

Les problèmes rencontrés étaient-ils de l'ordre de :

- *Organisationnel ? Logistique ?*
- *Manque de temps ?*
- *Professionnel ?*
- *Familial ?*
- *Médical ?*
- *Environnemental ?*

A quelles craintes/hésitations avez-vous été confrontées ?

Quelles auraient été pour vous les inconvénients à participer à la suite de l'étude ?

Et qu'est-ce que vous faites-vous pour améliorer votre santé (et qui vous semble plus adapté que notre programme) ?

Thème « facilitateurs » :

Quelle a été votre première motivation à participer au programme SPICES et à vous faire dépister ?

Relance :

Qu'est-ce qui vous a attiré à participer à l'étude ?

Que vous a apporté l'étude ?

Thème « ressenti » :

Quelle a été votre ressenti (global) lors du dépistage ?

Relance :

Quelles étaient vos attentes par rapport à l'étude ? Ont-elles été satisfaites ? Cela a-t'il influencer votre participation à l'étude ? (+ pourquoi ?)

Qu'avez-vous pensé des moyens de dépistage ? (Le matériel avec tablette ? L'encadrement ? Le questionnaire était-il facilement compréhensible et facile à répondre ?)

Le dépistage a-t'il eu des impacts positifs ou négatifs dans votre vie quotidienne ? (+ pourquoi ?)

Qu'avez-vous pensé des conseils que l'on vous a donné suite au dépistage ? Les conseils donnés ont-ils eu des impacts dans votre vie quotidienne positifs ou négatifs ? (+ pourquoi ?)

Comment avez-vous vécu votre relation avec le personnel de l'étude ?

Thème « perspectives d'amélioration » :

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la participation à l'étude ?

Relance :

Selon vous, quels éléments rendraient la participation à l'étude facile ou au contraire difficile/compliquée ?

Quels critères vous auraient donné envie de participer au programme ?

Avez-vous envie de revenir ? Pourquoi ?

B. Annexe 2

Introduction guide d'entretien

Merci d'avoir répondu à notre appel.

L'entretien sera enregistré mais les données vont rester confidentielles dans le cadre de l'étude et seront anonymisées.

Nous mettrons par écrit l'entretien et vous pourrez le relire et modifier toutes les informations qui ne vous semblent pas fidèles à vos idées.

Introduction téléphone

- Allo ?
- Oui bonjour vous êtes bien Mr/Mme ... ?
- Oui
- Je me présente, je suis Ophélie Marot, interne en médecine générale à la faculté de médecine de Brest. Je travaille au sein de l'étude SPICES à laquelle vous avez participé. Je vous appelle pour améliorer notre étude et la prévention cardio-vasculaire en Bretagne. L'étude débute, on teste des manières de faire, il y a eu des couacs et on essaye de l'améliorer. Nous souhaitons nous remettre en question et pour cela j'aimerais m'entretenir avec vous concernant votre expérience et vos ressentis sur votre participation (OU NON) à l'étude. Seriez-vous d'accord pour qu'on prévoit un échange à ce sujet ?
- ...

Option réponse OUI :

Idéalement j'aimerais vous rencontrer en face à face avec bien sûr les mesures de prévention nécessaires au vu du contexte actuel, est-ce que cela vous irait ?

Si non : je vous propose un échange via Google Meet ?

Si non : alors il nous reste le téléphone mais on sait que les entretiens téléphoniques nous donnent moins d'informations.

- ➔ Si oui : parfait, on va donc fixer un rendez-vous ? Quelle date vous conviendrez le mieux ? ... Je suis contente que nous puissions nous rencontrer. Donc rendez-vous ... à telle heure, je vous remercie du temps que vous nous accordez. A bientôt, au revoir.
- ➔ Si non : ah mince, cela nous aiderait pourtant beaucoup pour améliorer les moyens de prévention en santé en Bretagne. ... Très bien, je peux comprendre. En tout cas je vous remercie du temps que vous m'avez accordé. Et si vous changez d'avis, vous pouvez à tout moment recontacter SPICES. Je vous souhaite une bonne journée, au revoir.

Option réponse NON :

Ah mince, cela nous aiderait pourtant beaucoup pour améliorer les moyens de prévention en santé en Bretagne. ... Très bien, je peux comprendre. En tout cas je vous remercie du temps

que vous m'avez accordé. Et si vous changez d'avis, vous pouvez à tout moment recontacter SPICES. Je vous souhaite une bonne journée, au revoir.

Conclusion :

On peut leur dire aussi que des conférences (grand public) auront lieu en septembre 2020 avec thématique sur le stress/diététique (soit en présentiel soit en vidéo conférence). Et probablement l'année prochaine sur tous les résultats SPICES.

C. Annexe 3

FORMULAIRE DE NON-OPPOSITION POUR LE NON PARTICIPANT A L'ETUDE

Etude qualitative des non participants au projet SPICES

Département Universitaire de Médecine Générale

22, avenue Camille Desmoulins CS 93837 – 29238 – Brest CEDEX 3
Tél : 02.98.01.65.52 – fax : 02.98.01.64.74

Responsable de la recherche :

Nom : Professeur Jean-Yves LE RESTE

Adresse : 22 avenue Camille Desmoulins - CS 93837 - 29238 Brest Cedex 3.

Téléphone : 02.98.67.51.03

Madame, Monsieur,

En tant qu'Interne de médecine générale participant au projet SPICES, nous vous sollicitons pour participer à un entretien afin d'étudier les raisons de votre non-participation à l'étude.

Prenez le temps de lire consciencieusement les informations suivantes, pour en comprendre l'objectif et ses implications.

Si vous acceptez cet entretien, une lettre de non-opposition datée et signée par le médecin qui vous recevra vous sera remise. Il n'est pas nécessaire de signer un consentement écrit car cette étude est uniquement observationnelle, c'est-à-dire qu'elle consiste uniquement à recueillir les informations sur les raisons qui vous ont conduit à ne plus participer au programme.

1. OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN

L'objectif de cet entretien est d'étudier les différents freins à la poursuite du projet ainsi que votre ressenti lors du dépistage. Enfin, nous écouterons vos éventuelles suggestions pour améliorer et faciliter la participation à l'étude.

2. DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN

Notre entrevue se déroulera dans un centre communal ou à votre domicile dans le cadre d'un échange en présentiel ou si ce dernier ne peut se faire, par téléphone ou visioconférence. Cet entretien sera enregistré afin de :

- Analyser vos différentes réponses et les retranscrire fidèlement
- Percevoir votre point de vue et vos émotions lors des entretiens
- Explorer les possibilités d'amélioration de la participation au programme

Votre participation à cette étude n'entraîne pas de contraintes particulières.

3. PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à cet entretien est entièrement volontaire.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer.

Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier de votre décision.

Dans ce cas, vous devrez informer le médecin investigateur de votre décision.

4. OBTENTION D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Si vous le souhaitez, le Professeur Jean-Yves LE RESTE, (Téléphone : 02.98.67.51.03), pourra répondre à toutes vos questions concernant l'étude.

5. CONFIDENTIALITE ET UTILISATION DES DONNEES MEDICALES

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos propos recueillis va être mis en œuvre dans le respect de la confidentialité, sauf opposition écrite de votre part.

Un fichier informatique des données recueillies va être constitué et sera transmis au responsable de la recherche, le Professeur Jean-Yves LE RESTE, pour permettre d'analyser les résultats dans le respect de la confidentialité et du secret médical.

Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, que vous pouvez faire exercer auprès du Professeur Jean-Yves LE RESTE, (Téléphone : 02.98.67.51.03).

Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées et d'être traitées dans le cadre de cette recherche.

Cadre réservé au service

Nom/prénom/identifiant du professionnel de santé :

Date de délivrance de l'information :

Opposition exprimée : oui non

Signature du responsable :

Informations sur le traitement de vos données

Ce traitement mis en œuvre dans le cadre de la recherche est conforme aux dispositions réglementaires permettant de traiter des données à des fins de recherche scientifique (art. 9.2 RGPD).

Le responsable de ce traitement est le Professeur LE RESTE, gestionnaire de la recherche.

Dans le cadre de collaborations futures, le gestionnaire de la recherche pourra transférer ces données anonymes à des équipes scientifiques institutionnelles en France ou dans le monde 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.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition concernant les informations figurant dans ce traitement. 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.

** 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)*

D. Annexe 4

Lien pour la retranscription des entretiens :

<https://drive.google.com/drive/folders/19WRtbFVwnCQKRM01qSa9MNPkD2bjoC9z?usp=sharing>

E. Annexe 5

Lien pour le codage (tableau Excel) :

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1uKBkB5whu_Xp16s23V2lQXslVmjpOSLc_l6D4oKGOfM/edit?usp=sharing

F. Annexe 6

Guide d'entretien modifié (*en gras les questions ajoutées*)

Question brise-glace :

Quand était-ce la dernière fois qu'on vous a parlé de prévention en santé ? Racontez-moi plus en détails cette expérience ? Qu'avez-vous ressenti ? Qu'est-ce qui vous plaît quand on parle de prévention en santé ? Et de dépistage ? Et plus précisément concernant la prévention cardiovasculaire ?

Relance :

Chez votre médecin ? / Votre pharmacien ? / Dans les médias ? / Par exemple, que pensez-vous de manger-bouger ? / Le mois sans tabac ?...

Thème « freins/difficultés/refus » :

Suite au dépistage, pourquoi n'avez-vous pas participé à l'étude ?

Relance :

Les problèmes rencontrés étaient-ils de l'ordre de :

- *Organisationnel ? Logistique ?*
- *Manque de temps ?*
- *Professionnel ?*
- *Familial ?*
- *Médical ?*
- *Environnemental ?*

A quelles craintes/hésitations avez-vous été confrontées ?

Quelles auraient été pour vous les inconvénients à participer à la suite de l'étude ?

Qu'est-ce qui a déclenché l'arrêt de l'étude ?

Y'a-t-il eu un impact du COVID ? Du confinement ?

Et qu'est-ce que vous faites-vous pour améliorer votre santé (et qui vous semble plus adapté que notre programme) ?

Thème « facilitateurs » :

Quelle a été votre première motivation à participer au programme SPICES et à vous faire dépister ?

Relance :

Qu'est-ce qui vous a attiré à participer à l'étude ?

Que vous a apporté l'étude ?

Thème « ressenti » :

Quelle a été votre ressenti (global) lors du dépistage ?

Relance :

Quelles étaient vos attentes par rapport à l'étude ? Ont-elles été satisfaites ? Cela a-t'il influencé votre participation à l'étude ? (+ pourquoi ?)

Qu'avez-vous pensé des moyens de dépistage ? (Le matériel avec tablette ? L'encadrement ? Le questionnaire était-il facilement compréhensible et facile à répondre ?)

Le dépistage a-t'il eu des impacts positifs ou négatifs dans votre vie quotidienne ? (+ pourquoi ?) Qu'avez-vous pensé des conseils que l'on vous a donné suite au dépistage ? Les conseils donnés ont-ils eu des impacts dans votre vie quotidienne positifs ou négatifs ? (+ pourquoi ?)

Comment avez-vous vécu votre relation avec le personnel de l'étude ?

Étiez-vous gêné par la différence d'âge au sein du groupe ?

Thème « perspectives d'amélioration » :

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la participation à l'étude ?

Relance :

Selon vous, quels éléments rendraient la participation à l'étude facile ou au contraire difficile/compliquée ?

Quels critères vous auraient donné envie de participer au programme ?

Avez-vous envie de revenir ? Pourquoi ?

Comment pouvons-nous motiver les personnes à prendre soin de leur santé cardiovasculaire ?

Qu'en pensez-vous de déléguer les tâches de la prévention cardiovasculaire aux citoyens accompagnants ? Cette étude a-t'elle eu un impact dans votre famille ?

XII. 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. »

Serment prononcé par le Docteur MAROT Ophélie
Le 9 décembre 2021

Pour l'Ordre des médecins

MAROT (Ophélie) - Étude qualitative des causes d'arrêt extrinsèques au projet SPICES du point de vue des non-participants

Th. : Méd. : Brest, 2021

RESUME :

Introduction : Les maladies cardiovasculaires (MCV) représentaient la première cause de mortalité dans le monde en 2016. Le projet SPICES implémente un programme non médicamenteux de prévention des MCV dans le Pays Centre Ouest Bretagne (COB), territoire particulièrement touché par les MCV. Les habitants à risque cardiovasculaire modéré, selon le score Interheart non laboratory, ont pu participer à des groupes d'accompagnement par des citoyens accompagnants qui ont été formés à la promotion de la prévention cardiovasculaire. L'objectif de ce travail était de définir les causes d'arrêt extrinsèques au projet SPICES déclarées par les non-participants.

Matériel et méthode : Une étude qualitative a été menée par entretiens semi-structurés individuels réalisés par deux chercheurs, jusqu'à obtenir la saturation théorique des données. L'échantillonnage était raisonné sur les critères suivants : l'âge, le sexe, le lieu d'habitation, la catégorie socio-professionnelle et la part de participation à l'étude. Une analyse thématique fut réalisée avec un codage en double aveugle.

Résultats : Dix entretiens semi-structurés ont été analysés. La saturation théorique des données a été obtenue au bout du neuvième entretien. Plusieurs causes d'arrêt externes à l'étude ont été retrouvées : une mauvaise perception de sa santé cardiovasculaire, des attentes précises, la vie personnelle et professionnelle, les comorbidités, le manque de motivation, la COVID-19.

Conclusion : Tenir compte du niveau de littératie en santé, du stade de changement de comportement, de l'auto-efficacité et de l'environnement du participant est essentiel. La triangulation des données était une force. Le recrutement des non-participants, pour la collecte des données, était une limite. Une étude miroir a décrit les causes internes. D'autres études qualitatives ont été menées dont l'avis des citoyens accompagnants sur les freins à l'animation des groupes. Ces travaux permettraient d'augmenter la participation à l'étude et l'efficacité des conseils prodigués à long terme.

MOTS CLES : freins, limites, participation, communauté, prévention cardiovasculaire, maladies cardiovasculaires, agent de santé communautaire, projet SPICES.

JURY :

Président :

Mr le Professeur LE RESTE Jean-Yves

Membres :

Mme le Docteur PAILLET Sophie

Mme le Docteur LE GOFF Delphine (directrice de thèse)

DATE DE SOUTENANCE : 9 décembre 2021