



Non participants au projet SPICES : causes d'arrêt intrinsèques à l'étude. Une étude qualitative

Arthur Taburet

► To cite this version:

Arthur Taburet. Non participants au projet SPICES : causes d'arrêt intrinsèques à l'étude. Une étude qualitative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03518807

HAL Id: dumas-03518807

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03518807>

Submitted on 10 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

THÈSE DE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Année : 2021

Thèse présentée par :
Monsieur TABURET Arthur

Né le 14 Avril 1992 à Brest

Thèse soutenue publiquement le 9 décembre 2021

Titre de la thèse :

**NON PARTICIPANTS AU PROJET SPICES :
CAUSES D'ARRÊT INTRINSÈQUES À L'ÉTUDE.
UNE ÉTUDE QUALITATIVE**

Président du jury : Mr le Professeur LE RESTE Jean-Yves

Membres du jury : Mme le Docteur PAILLET Sophie
Mme le Docteur LE GOFF Delphine

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST
Juin 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
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian	Hématologie
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
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 Douraied	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
LACUT Karine	Thérapeutique
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
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
IANOTTO Jean-Christophe	Hématologie
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LE VEN Florent	Cardiologie
LIPPERT Éric	Hématologie
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique

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
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
GUILLOU Morgane	Addictologie
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
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
SCHICK Ulrike	Cancérologie
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

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

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
KERFANT Nathalie	Chirurgie plastique
ROPARS Juliette	Pédiatrie
THUILLIER Philippe	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Professeur des Universités Associé

METGES Jean-Philippe Cancérologie

Maître de Conférences des Universités Associé

GURIEC Nathalie Nutrition

Professeurs des Universités Associés de Médecine Générale

BARRAINE Pierre

CHIRON Benoît

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

BEURTON-COURAUD Lucas

DERRIENNIC Jérémy

VIALA Jeanlin

Professeur des Universités

BORDRON Anne Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités

BERNARD Delphine

BOUSSE Alexandre

DANY Antoine

LE CORNEC Anne-Hélène

LANCIEN Frédéric

LE CORRE Rozenn

MIGNEN Olivier

MORIN Vincent

Biochimie et biologie moléculaire

Génie informatique, automatique et traitement du signal

Epidémiologie et santé publique

Psychologie

Physiologie

Biologie cellulaire

Physiologie

Electronique et informatique

Maîtres de Conférences des Universités Contractuels LRU

GHIS MALFILATRE Marie

MERCADIE Lolita

Sociologie démographie

Psychologie

Attachée Temporaire d'Enseignement et de Recherche

GHANEM Rosy

Biochimie et biologie moléculaire

Professeurs Certifiés / Agrégés du second degré

MONOT Alain

RIOU Morgan

Français

Anglais

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

DULOU Renaud

Neurochirurgie

Maîtres de Stages Universitaires - Référents (Ministère des Armées)

LE COAT Anne
SCELLOS Olivia

Médecine Générale / Urgence
Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	7
1 RÉSUMÉ	9
2 ABSTRACT	10
3 LISTE DES ABRÉVIATIONS	11
4 INTRODUCTION	12
5 MATÉRIEL ET MÉTHODE	15
6 RÉSULTATS.....	18
6.1 L'échantillonnage.....	18
6.2 Le caractère chronophage des réunions.....	20
6.3 Le groupe.....	21
6.4 Le/la citoyen(ne) accompagnant(e).....	22
6.5 La mauvaise compréhension du but de l'étude.....	23
6.6 Le contenu de l'étude : un sentiment de « déjà vu »	23
6.7 Le manque de transmissions entre les chercheurs	23
6.8 Le manque de communication avec les non-participants, concernant l'organisation de l'étude.....	24
6.9 Les obstacles propres au recrutement / À l'évaluation du risque	24
6.10 L'aspect purement matériel : les outils du dépistage.....	24
6.11 Des suggestions d'améliorations :	25
6.11.1 Amélioration du suivi :	25
6.11.2 Amélioration de l'organisation des réunions :	26
6.11.3 Amélioration du contenu des groupes :	26
6.11.4 Amélioration du recrutement :	27
6.11.5 Amélioration sur le type d'interlocuteurs :	27
7 DISCUSSION	29
8 CONCLUSION	34
9 BIBLIOGRAPHIE	34
10 ANNEXES.....	38
Annexe 1 : Carte du Centre Ouest Bretagne	38
Annexe 2 : « non laboratory INTERHEART score »	39
Annexe 3 : formulaire de NON-OPPOSITION.....	40
Annexe 4 : Guide d'entretien	43
Annexe 5 : Version modifiée du guide d'entretien	45
11 SERMENT D'HIPPOCRATE	47

1 RÉSUMÉ

Mots Clés : freins, limites, participation, prévention cardiovasculaire, maladies cardiovasculaires, projet SPICES.

Introduction : Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde. Des mesures de prévention peuvent éviter certaines de ces pathologies. Des inégalités de santé sont documentées en France, notamment au niveau du pays Centre Ouest Bretagne (COB). L'étude SPICES était une étude d'implémentation ciblant la population du COB. Son but était de promouvoir un modèle de prévention cardiovasculaire, au coût bénéfice-risque favorable, chez des sujets définis à RCV moyen selon le score Interheart. Certains des sujets recrutés n'ont pas poursuivi leur participation. Ce travail recherchait les causes d'arrêt intrinsèques à l'étude du point de vue des non participants.

Méthode : Etude qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Echantillonnage raisonné parmi les non participants, selon l'âge, le sexe, le lieu d'habitation, la catégorie socio-professionnelle et la part de participation à l'étude. Réalisation d'entretiens semi-structurés jusqu'à saturation théorique des données. Triangulation des données assurée par un codage en aveugle.

Résultats : Dix entretiens ont été réalisés. Une révision du guide d'entretien a été réalisée. Saturation des données obtenue au 9^{ème} entretien. Les principaux freins retrouvés étaient la fréquence et la distance des réunions, l'organisation en groupe, les relations avec les intervenants et le manque d'informations sur l'étude.

Discussion : Des motifs similaires d'arrêt d'études sont décrits dans la littérature : distance, relations avec les intervenants, manque d'informations. La triangulation des données est une force de cette étude. Les faiblesses de ce travail sont en lien avec les gestes barrières induits par la Covid. Les perspectives de recherches peuvent porter sur les possibilités d'améliorations du point de vue des non-participants, l'impact de la Covid sur la participation, les conséquences du port du masque chirurgical lors des entrevues.

2 ABSTRACT

Key Words: barriers, limitations, participation, cardiovascular prevention, cardiovascular disease, SPICES project.

Introduction : Cardiovascular diseases are the first cause of mortality in the world. Concrete measures of prevention can avoid most of this pathology. Healthcare inequalities are strong in France, including in the C.O.B area. SPICES was an implementation study targeted in the C.O.B population. Its aim was to provide a cardiovascular prevention model, with a favorable benefit-risk cost, on people defined as « medium CVR », according to the Interheart score. Some of them did not continue the study. This study research the inherent reasons of the interruption of this study, from the non-participant's point of view.

Material and methods : Qualitative study, inspired by embedded theorisation. Judgmental sampling among the non-participants, according to age, sex, place of residence, socio-professional category, and part of participation in the study. Semi-structured interviews were realised until the data's theoretic saturation. Data's triangulation was done by a blind coding.

Results : Ten interviews were done, then came a second version of the interview guide. Data's theoretic saturation obtained at the ninth interview. Main issues were: distance and frequency of the meeting, organisation by groups, actors' relationship, and lack of information about the study.

Discussion : Similar causes of abandonment exist in literature : distance, actors' relationship, lack of information. Data's triangulation is a methodological strength. Weaknesses were due to the Covid's barriers gestures. Research perspectives may be: possibilities for improvement from the point of view of non-participants, impact of Covid on participation, consequences of wearing a surgical mask during interviews.

3 LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVC : Accidents Vasculaires Cérébraux

COB : Centre Ouest Bretagne

CVR : Cardio-Vascular Risk

FRCV : Facteurs de Risque Cardio-Vasculaire

HTA : Hyper-Tension Artérielle

IDM : Infarctus Du Myocarde

IMC : Indice de Masse Corporel

MCV : Maladie Cardio-Vasculaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCV : Risque Cardio-Vasculaire

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

4 INTRODUCTION

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la première cause de mortalité dans le monde selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [1]. 31% de la mortalité mondiale est imputable aux MCV, parmi lesquelles 7,4 millions sont dus à la maladie coronarienne et 6,7 millions aux accidents vasculaires cérébraux (AVC) [1]. En France, la mortalité cardiovasculaire représente la seconde cause de décès, derrière les tumeurs malignes [2].

En France, les MCV sont responsables de 10% des séjours hospitaliers. Les dépenses totales remboursées par l'assurance maladie en lien avec les maladies cardiovasculaires, le diabète et le traitement du risque cardiovasculaire, s'élevaient à environ 30 996 615 000 € en 2018 [3].

Les facteurs de risque cardiovasculaires (FRCV) modifiables sont le tabagisme, le diabète, l'hypertension artérielle (HTA), le surpoids (défini par un Indice de Masse Corporelle (IMC) $> 25\text{kg/m}^2$), l'hypercholestérolémie, la consommation d'alcool excessive et la sédentarité [4]. A ceux-ci s'ajoutent les facteurs psychosociaux et la faible consommation de fruits et légumes [5][6]. L'ensemble de ces facteurs expliqueraient 90% des cas d'infarctus du myocarde (IDM) [7]. Dans le monde, plus d'un décès par maladie cardiovasculaire sur dix (11%) serait attribuable au tabac [8], ce qui correspond à plus de 6 millions de mort par an [9]. Plus d'un séjour hospitalier sur cinq (21%) est en lien avec une consommation tabagique[2]. La consommation d'une seule cigarette par jour ne diminue le risque cardiovasculaire (RCV) que de 50 à 60% par rapport aux sujets fumants 20 cigarettes par jour [10]. Le risque cardiovasculaire reste donc réel quel que soit l'intensité de la consommation tabagique. En 2012, l'enquête mondiale sur l'utilisation de tabac chez l'adulte montrait que 40.7% des fumeurs étaient des hommes et 5%, des femmes [11]. En France, ce sex-ratio est moins marqué puisqu'en 2018, les taux de tabagiques étaient de 29.8% chez les hommes, et 22.9% chez les femmes [12].

Le risque de décès d'une personne atteinte de diabète est deux fois plus élevé que celui de la population générale en France, et cela, à cause des complications cardiovasculaires auxquelles ils sont prédisposés[13]. En 2013, l'âge moyen des sujets diabétiques traités pharmacologiquement, hospitalisés pour un IDM était de 70.7 ans, et près d'un tiers (31%) avaient moins de 65 ans [13]. En 2017 la prévalence du diabète était de 5% en France, ce qui représente 3 millions de personnes [14], et cette proportion est plus élevée dans les populations les plus défavorisées socio-économiquement [15].

La prévention, et donc l'action sur les FRCV, repose en grande partie sur les médecins généralistes [2]. La répartition de la population médicale est concentrée autour des principales agglomérations du littoral [16]. Cette disparité est plus marquée pour les médecins spécialistes [17].

La Région Bretagne se compose de 21 pays dont le pays Centre Ouest Bretagne (COB) qui est le plus vaste. Il s'étend sur 3 départements (le Finistère, Le Morbihan et les Côtes d'Armor) sur une superficie de 3264 km² (Annexe 1) [18] . Il est le moins bien doté en population médicale. La densité médicale y était en 2009 de 8.9 médecins généralistes pour 10 000 habitants, contre 9.9 pour la région Bretagne [18]. Cet écart est plus marqué pour les médecins spécialistes pour lesquels les densités médicales sont respectivement de 1.2 et 7.2 (en nombre de spécialiste pour 10 000 habitants) [18]. Face à ces problématiques, le pays COB s'investit depuis plus de 10 ans dans le domaine de la santé avec la création en 2012 du premier contrat local de santé, actualisé en 2017. L'un des principaux axes d'intervention porte sur la prévention en santé [19]. Ce contrat a été prolongé en janvier 2020, avec l'intégration de 3 nouveaux objectifs, parmi lesquels figure l'aide au déploiement du projet de recherche SPICES (Scaling-up **P**ackages of **I**nterventions for **C**ardiovascular disease prevention in selected sites in **E**urope and **S**ub-Saharan Africa) [20].

Le projet SPICES, surnommé « Kalon-Yac'h » par les acteurs locaux (signifiant « cœur sain »), est une étude internationale financée par l'Union Européenne, visant à promouvoir la prévention cardiovasculaire. Elle

intégrait 6 équipes dans 5 pays différents (Angleterre, Afrique du Sud, Belgique, Ouganda et France). En France, l'étude ciblait le pays COB, où la densité médicale ne suffit pas à assurer une prévention cardiovasculaire efficace. Il s'agit d'une étude d'implémentation, centrée sur la communauté. Son objectif était de mettre en place des actions de prévention des MCV, au rapport coût/bénéfice favorable, en s'aidant de citoyens du COB, volontaires [21].

Le recrutement de la population cible de l'étude SPICES a été réalisé d'avril à septembre 2012 par une évaluation du risque utilisant le questionnaire Interheart [22] (Annexe 2), qui définissait 3 types de risque cardiovasculaire (RCV) : faible, moyen et élevé. La population cible était celle évaluée à RCV « moyen », car cette population pouvait bénéficier de mesures de prévention, plutôt que d'être traité pharmacologiquement. Par la suite, les sujets recrutés étaient répartis en deux groupes : le « groupe contrôle » qui recevait des conseils de prévention brefs tous les 6 mois, et le « groupe d'intervention » qui recevait, en plus des conseils brefs, des recommandations de changement comportementaux, délivrés lors de réunions de groupe. Ces réunions étaient au nombre de 13, réparties sur une période de 2 ans. La première phase « intensive » proposait une réunion tous les 15 jours pendant 2 mois. La phase d'entretien « courte » proposait ensuite une réunion mensuelle pendant 2 mois. Enfin, la phase d'entretien « longue » proposait une réunion trimestrielle jusqu'à la fin de l'étude.

L'étude SPICES relevait un certain nombre d'abandons parmi les participants recrutés initialement. Une partie de ces abandons était potentiellement liée à des facteurs dépendants de l'étude (dit « facteurs intrinsèques »)

Ce travail s'intéressait à rechercher les raisons inhérentes à l'étude, qui ont conduit les participants (nommés alors « non participants ») à arrêter l'étude.

Une recherche parallèle a été réalisée par une deuxième interne en médecine générale, afin de déterminer les facteurs extrinsèques à l'étude, responsables de l'abandon des non participants [23].

5 MATÉRIEL ET MÉTHODE

Ce travail était une étude qualitative réalisée au moyen d'entretiens individuels semi-structurés. L'analyse des données était de type thématique et s'inspirait des outils de la théorisation ancrée.

Un journal de bord, sous forme de notes disparates, puis d'un livret, a été tenu du mois de novembre 2020 jusqu'au mois de septembre 2021.

L'échantillonnage a été raisonné parmi les sujets « non participants » à l'étude. Une liste de cette population a été dressée par l'équipe de recherche, parmi des sujets de plus de 18 ans, vivant ou travaillant dans le COB.

Les critères d'échantillonnage raisonné étaient : le sexe, l'âge, le lieu de résidence, la catégorie socio-professionnelle et la part de participation à l'étude.

Les entretiens ont été réalisés selon deux modes : soit en face à face, entre un interne du projet de recherche et le non participant, au domicile de ce dernier, soit par entretien téléphonique. Le choix de l'un ou l'autre des modes d'entretien a été laissé au non participant lors d'un premier contact téléphonique.

Avant chaque entretien, qu'il soit physique ou téléphonique, un formulaire de non-opposition assurant le consentement du non participant lui a été remis, en main propre, ou, à défaut, par courrier électronique (Annexe 1).

Chaque entretien a été enregistré avec l'accord du participant, selon un mode audio, au moyen d'un microphone Apple®, Android®, Windows®, ou par un dictaphone Olympus®. L'interne ne connaissait pas, au préalable de l'étude, les sujets interrogés.

Le guide d'entretien comprenait six questions principales portant sur les freins et les difficultés lors de la participation : les éléments « facilitateurs » de la participation, le ressenti du sujet, et sur les perspectives d'amélioration. Des questions « brise-glace » étaient initialement posées afin de permettre au sujet interrogé

de se familiariser avec l'exercice de l'entretien, ainsi qu'avec le sujet abordé. Ce guide comprenait également des questions « annexes » à but de relance, pour faciliter le développement des idées.

Le guide d'entretien (Annexe 2) a été adapté au cours de chaque entrevue, au fil de l'analyse des données, réalisée simultanément avec leur recueil. Une version adaptée du guide d'entretien a été obtenue (Annexe 5).

Les entretiens étaient interrompus lorsqu'aucune nouvelle donnée ne ressortait du dialogue en cours. La retranscription des entretiens en verbatims a été réalisée par les 2 internes participants. Il a été proposé à chaque sujet interrogé de relire la retranscription effectuée, envoyée alors par courriel.

Les verbatims sont consultables au lien suivant :

<https://drive.google.com/drive/folders/19WRtbFVwnCQKRMO1qSa9MNPkD2bjoC9z?usp=sharing>

L'ensemble des données analysées ont été anonymisées en supprimant les noms propres, les lieux spécifiques évoqués, ou tout autres éléments atypiques qui permettraient de reconnaître le sujet interrogé.

Une analyse de type thématique, inspirée de la théorisation ancrée a été conduite à l'aide d'un tableur EXCEL®. Chaque entretien était codé indépendamment, par chaque interne du projet de recherche. Les codages ainsi obtenus étaient mis en commun après trois entretiens, afin mettre les idées en commun et de discuter des éventuelles modifications du guide d'entretien. L'ensemble du livre de codage est disponible en au lien suivant :

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1uKBkB5whu_Xp16s23V2lQXslVmjpOSLc_I6D4oKGOOfM/edit?usp=sharing

Ce travail a été réalisé en double aveugle, par les 2 internes du projet de recherche, avec mise en commun des données à l'issue de chaque étape du codage, constituant ainsi une triangulation des données.

La saturation théorique des données est définie par l'absence de nouveau code axial sur deux entretiens successifs.

Une carte heuristique a été réalisée pour synthétiser les résultats.

Ce travail a été validé par le Comité de Protection des Personnes Sud Est IV CPP 18.12.14.72452 ; ID-RCB :
2018-A03201-54

6 RÉSULTATS

Dix entretiens ont été réalisés répartis équitablement entre chaque interne (soit 5 entretiens chacun). Trois d'entre eux ont été réalisés par voie téléphonique. Sept d'entre eux, directement au domicile du non participant, en face à face avec l'interne.

La durée moyenne des entretiens était d'environ 39 minutes. L'entretien le plus court était d'une durée de 15'35'', le plus long, de 77'58''.

Les entretiens ont été réalisés au cours du mois de novembre 2020.

Six refus de participation sont advenus. Les raisons évoquées par les non participants étaient notamment : l'absence d'envie de procéder à des entretiens, une relance préalable déjà refusée, l'impossibilité de consacrer du temps à l'enquêteur, en raison d'une maladie survenant chez un membre de la famille proche, la sensation de ne pas être concerné par la prévention cardiovasculaire.

6.1 L'ECHANTILLONNAGE

Un échantillonnage raisonné a été réalisé parmi les non participants à l'étude. Leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau 1.

La moyenne d'âge de l'échantillon était de 62.6 ans. Parmi les sujets interrogés, 4 étaient des femmes et 6 d'entre eux, des hommes. Six des non participants étaient retraités, contre 4 sujets actifs.

Le degré de participation à l'étude était variable : 3 personnes ont participé uniquement à l'évaluation du risque, 4 ont participé à la première réunion, 2 n'ont effectué que la seconde réunion, et 1 personne a participé à 3 réunions successives avant d'arrêter à son tour.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

	Moment de participation	Degré de participation	Sexe	Âge	Lieu d'habitation	Catégorie socio-professionnelle
E1	Avril 2019	1 ^{ère} réunion	Masculin	30 ans	Maison Carhaix	Agent de maintenance en mécanique
E2	Été 2018	1 ^{ère} réunion (+ 2 rendez-vous médicaux)	Féminin	47 ans	Maison Leuhan	Monitrice d'atelier en ESAT
E3	Fin 2019	2 nd réunion uniquement (+ 1 rendez-vous médical)	Féminin	40 ans	Maison Gouarec	Comptable
E4	Été 2019	Evaluation du risque	Masculin	63 ans	Maison Lennon	Retraité - Routier
E5	Printemps 2019	Evaluation du risque	Masculin	81 ans	Maison Roudouallec	Retraité - Agent RATP, électricien, métiers divers.
E6	2019	2 nd réunion uniquement	Masculin	56 ans	Maison Châteauneuf du Faou	Contrôleur conformité sur emballage en usine
E7	Pas de souvenir	1 ^{ère} réunion (+ 2 rendez-vous médicaux)	Masculin	71 ans	Maison Carhaix	Retraité des pompes funèbres – sécurité des établissement
E8	Début 2020	Evaluation du risque	Féminin	76 ans	Maison Carhaix	Retraîtée – secrétariat « art de la table »
E9	Début 2019	1 ^{ère} réunion	Masculin	83 ans	Maison Gourin	Retraité – IDE à la Croix Rouge / don du sang.
E10	2020	1 ^{ère} , 2 nd , et 3 ^{ème} réunion.	Féminin	79 ans	Maison Gourin	Retraîtée – IDE libérale

La saturation des données a été atteinte au 9^{ème} entretien et confirmée au dixième entretien.

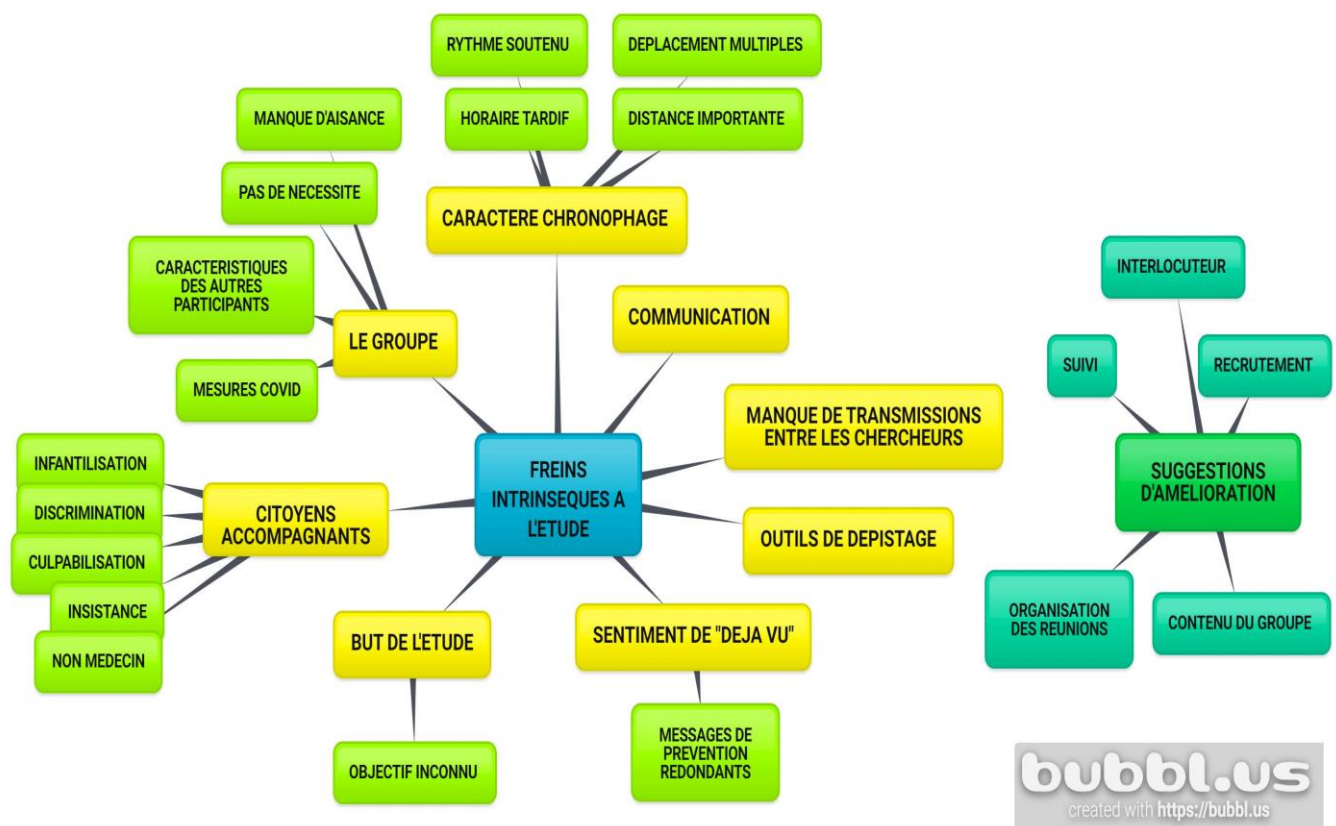
Le codage a révélé 998 codes ouverts, 101 codes axiaux, 23 sous-thèmes et 6 thèmes.

Les 6 thèmes principaux incluaient 2 types d'idées :

- Les freins directement exprimés : « Obstacles »
- Les freins indirectement exprimés : « Organisation de SPICES », « Ressenti du sujet », « Impact sur le sujet », « Covid », « Prévention »

La carte heuristique suivante (*Figure 1*) schématise les résultats.

Figure 1: Carte heuristique des freins intrinsèques à l'étude



6.2 LE CARACTERE CHRONOPHAGE DES REUNIONS.

Les non-participants indiquaient que le rythme des réunions était trop important :

E2L172 « Il y avait quand même eu beaucoup de réunions »

E6L99 « et puis après il fallait être là tous les 15 jours, pendant... 6 ou 7 fois, puis ensuite c'était plus que... une fois tous les mois (...) C'était trop prenant pour moi je ne pouvais pas m'engager à être là tous les ... »

Les horaires ont également été incriminés par certains, parfois pour des raisons professionnelles, ou personnelles :

E5L94 « à mon âge, aller à la réunion à ... l'autre soir tard comme ça... ça m'intéresse pas tellement »

E1L159 « Mais bon après voilà, j'avais bon, pas trop de disponibilités au niveau des horaires aussi donc que euh... Enfin, [...] je finissais le travail. »

Les déplacements et la distance annoncés pour se rendre aux réunions ont été souvent été accueillis négativement :

E2L178 « donc je me suis dit, quand j'ai fait ma journée de travail, euh... elle est à Concarneau donc que aller-retour, rentrer, retourner à Châteauneuf, ça fait beaucoup de kilomètres aussi ! »

E4L68 « moi j'ai bourlingué assez de ma vie comme ça et je veux pas trop décoller quoi, je suis ici quoi [...]. Ça fait loin, ah non jme suis dit je vais pas là-bas, oh non ! [C'est surtout une question de distance qui ... ?] Oh oui je pense oui »

E5L208 « Oui, mais on peut pas imposer à d'autre personnes qui sont loin de venir par ici (...) c'est ça que je veux dire. »

6.3 LE GROUPE

L'organisation des réunions en groupe était un obstacle évoqué lors des entretiens, parfois simplement pour des raisons d'aisance :

E2L455 « et puis voilà un travail de groupe qui ne peut pas correspondre toujours ! [...] Donc là en l'occurrence, pas à moi quoi. »

E7L416 : « Et, mais euh... c'est le...le, ce qui m'a douché c'est la... la première réunion publique qu'on a eu à 15-16 personnes... »

E8L481 « Il fallait être en binôme, [...] je pense que pour certaines personnes [...] Ça pouvait poser problème [...] Parce que on ne se connaissait pas... »

Le travail de groupe n'était pas toujours jugé nécessaire :

E3L244 « Et du coup ce n'est pas le... l'aide des autres participants euh... je... qui m'aurait aidé je pense. »

D'autres évoquaient le problème du secret médical :

E3L549 « 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 ? »

E7L64 : « 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 ! »

Les caractéristiques du groupe donnaient parfois le sentiment de « ne pas être à sa place » au non participant, en raison de l'âge en particulier :

E1L122 « en fait vu ben, le public qu'il y avait, euh... je ne me sentais pas concerné en fait au final, spécialement. Euh, j'étais un peu...j'étais le seul dans ma catégorie d'âge »

E3L254 « Et puis l'autre c'était une personne d'un certain âge qui déjà parlait de l'alimentation tout ça mais euh... je ne me suis pas sentie euh... hum... à part entière dans le groupe »

E8448 « [...] j'étais le plus ancien ! [...] [D'accord ! Donc ça aussi ça vous a dérangé ?] Oui, oui ! »

Un non participant avait aussi exprimé la peur d'être contaminé par la COVID lors des regroupements :

E7L205 « Je ne sors pas ! [...] Je... j'ai euh... la, la crainte d'attraper cette... ce virus. »

Des longueurs dans le déroulement des réunions étaient remarquées, en lien avec les présentations à tour de rôle qui étaient faites lors des travaux de groupe :

E2L326 « la première réunion, le tour de table, donc que chacun exprime un peu ce qu'il souhaite, ce qu'il avait un peu comme idée du programme, euh voilà ce n'était pas... c'était long, euh j'avais trouvé long ! »

6.4 LE/LA CITOYEN(NE) ACCOMPAGNANT(E).

Les relations avec les intervenants étaient parfois compliquées, certains étant jugés comme infantilisants :

E3L516 « Et après les deux... les deux personnes qui étaient là pour diriger la première réunion collective, (silence), comment je pourrais dire ça ? Euh pfff... gentilles mais euh (rires)...(...) Limite de trop [...] j'avais l'impression que c'était trop, (silence), trop... enfin, qu'on était trop euh... infantilisé ! (...) un peu trop materné ouais. »

L'attitude de l'intervenant était parfois discriminante non seulement auprès du sujet interrogé, mais aussi des autres participants :

E6L154 « Le fait qu'on ait été un peu discriminé à trois là parce que on était trois à avoir raté la première réunion mais c'était pas de notre faute ».

E6L123 « Alors moi j'ai pas compris en fait pourquoi, heu une jeune dame peut venir avec ses deux enfants à la réunion, [...] et que un monsieur qui peut pas conduire sans être accompagné de sa femme et qu'on dise pas « heu bah si après tout, heu, vous pouvez participer » parce que une personne de plus j pense pourrait... [...] Non non moi ça m'a un peu gêné cette discrimination-là »

Le/la citoyen(ne) accompagnant(e) pouvait être perçu(e) comme rigide, insistant(e), voire culpabilisant(e) :

E6L134 « j'ai trouvé que la dame qui faisait la réunion était trop rigide »

E6L157 « elle a bien insisté sur le fait qu'on était pas là, et à plusieurs reprises « on doit recommencer à zéro » PAF »

E6L159 « Et elle nous a quand même fait sentir la dame que voilà, que on perdait quasiment une séance à cause que nous qui étions pas là. »

E6L96 « Il a presque fallu que je lui prouve que j'ai pas eu de mail »

Il pouvait y avoir une gêne concernant le fait que le/la citoyen(ne) accompagnant(e) ne soit pas médecin :

E2L580 « Et euh... [...] 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 ! »

E7L54 : « ... 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 » ! »

E8L912 « parce qu'il n'y avait pas de docteur, il n'y avait rien, c'était donc que euh... Et je pense que la réunion suivante il devait y avoir un docteur pour expliquer un petit peu ce qu'il... »

6.5 LA MAUVAISE COMPRÉHENSION DU BUT DE L'ETUDE

A plusieurs reprises, l'objectif de SPICES ne semblait pas avoir été assimilé :

E1L170 « Mais en fait je n'ai pas... je n'ai pas trop compris c'était quoi le but de l'étude en fait ! [...] les données que... que vous releviez, ça va servir à quoi en fait ? »

E10L138 « Mais... je je, je savais même pas en quoi consistait cette enquête hein »

Cette incertitude a vraisemblablement participé à l'arrêt de certains participants, comme les internes ont pu le signaler dans le journal de bord :

JDB- INTERNE 1 « Souvent, c'est mal compris => incertitude = pas de but = à quoi bon ? = arrêt de participation »

6.6 LE CONTENU DE L'ETUDE : UN SENTIMENT DE « DEJA VU »

Quelques-uns des non participants mettaient en évidence le caractère redondant des messages délivrés par SPICES, car ils étaient déjà entendus auparavant en particulier dans les médias :

E3L158 « Dans le cadre de cette émission là sur le dos, des choses précises et très concrètes [...] C'est plus intéressant, ou on accroche plus, en tout cas que quand c'est trop global et on dit que c'est du « déjà vu » quoi. [...] [SPICES était du "déjà vu" ?] Euh... oui dans le sens où oui bah du coup du fait que j'étais déjà nutrinateur moi ! [...] j'étais déjà habituée à... à analyser mes... mes repas [...] Donc euh... oui dans ce sens-là »

E10L302 « et puis il en faut pas justement du domaine médical, dans ces trucs-là [...] Oui mais ça fait suer toujours hein... on s'ennuie quoi ! [Dans ces réunions-là ?] Ah bah oui ! Quand vous regardez la question... [c'est comme regarder un film que vous avez vu 50 fois ?] Oui exactement vous avez tout dit là. »

6.7 LE MANQUE DE TRANSMISSIONS ENTRE LES CHERCHEURS

Les mauvaises transmissions entre les acteurs du projet SPICES semblaient décrédibiliser l'étude :

E2L380 « Et du coup j'ai eu plusieurs appels, même après que j'ai arrêté la première réunion, pour me dire « oui c'est annulé, c'est ceci, c'est cela », et à chaque fois je disais « bah j'ai... j'ai arrêté l'étude en fait, je n'ai pas donné suite ». Elle me dit « je vais noter ». Bon peut-être j'exagère un mois ou deux après... (...) J'avais un autre appel, d'une autre personne et il n'y avait pas de transmissions quoi entre vous ! (...) Parce que vous êtes trop nombreux ou peut-être que vous ne vous connaissez pas, je ne sais pas. Mais euh... plus il y a de monde et moins ça communique en fait, c'est toujours le problème quoi ! »

E8L858 « Ouais ! Et euh... l'animatrice, Mme A. pensait que nous avions reçu un courrier... que nous avions reçu quelque chose pour nous dire un petit peu euh... ce qui allait se passer ! »

6.8 LE MANQUE DE COMMUNICATION AVEC LES NON-PARTICIPANTS, CONCERNANT L'ORGANISATION DE L'ETUDE

Les informations manquantes concernant l'organisation de l'étude étaient régulièrement dénoncées :

E6L186 « Si on m'avait dit dès le départ, il y a des réunions tous les 15 jours et tout, p't'être que j'aurais réfléchi différemment. »

E6L105 « ... et puis et puis et puis heu le le le le fait de... le fait de, de pas avoir été convoqué à la première réunion, jme dis c'est un peu léger quoi ! »

E8L908 « [il n'y avait pas d'explications ?] Oui ! Je pense que c'est ça surtout ! Les personnes quand on a fait le tour de table... Et en fait la réunion n'a pas duré très longtemps puisque quand [...] l'animatrice donc qu'a vu comment ça se présentait... »

E10L242 « Non je ne connaissais pas du tout du tout le but de de, de cette enquête, du tout ! Ni personne non plus d'ailleurs quand on s'est inscrit au départ. »

E10L252 « Pour moi c'était le gros point d'interrogation. En quoi elle va consister cette réunion ? »

6.9 LES OBSTACLES PROPRES AU RECRUTEMENT / À L'EVALUATION DU RISQUE

Les non participants évoquaient un manque de sérieux dans le mode de recrutement, en mettant en cause l'utilisation d'étudiants semblant décontenancés par le peu de recrutement effectué. La « détresse » des étudiants semblait perçue comme un manque de professionnalisme :

E10L131 « il y avait donc deux internes ou externes je sais pas. [...] Ils avaient l'air très malheureux parce que il n'y avait personne qui s'inscrivait. [...] Et moi je me suis inscrite parce que comme ça pour qu'ils aient un peu le sourire ».

E10L263 « Parce que ça faisait pas, je vous dis ça faisait pas sérieux en plus. »

JDB – INTERNE 1 « Les externes lui semblent perdu => ça fait pas pro »

La cohérence de l'évaluation du risque était parfois pointée du doigt, non seulement par les non participants, mais également par les recruteurs eux-mêmes, qui ne comprenaient pas pourquoi le non participant était classé « à risque » :

E4L52 « Ouai, hé bah je trouvais que c'était pas adapté pour moi, voilà ! (...) Non... [...], lui-même [le dépisteuse] il se demandait pourquoi [...] Le résultat qui lui dit que « problème cardiaques » !! Bon bah je l'ai bien pris quoi ! »

E4L46 « Je ne fume pas (...) Il trouvait bizarre le kiné, il trouvait bizarre ouais »

6.10 L'ASPECT PUREMENT MATERIEL : LES OUTILS DU DEPISTAGE

La fiabilité du matériel utilisé par les recruteurs était remise en question :

E4L176 « Ouai (rires), je lui ai demandé si ça machine était fiable ou quoi ? »

6.11 DES SUGGESTIONS D'AMELIORATIONS :

6.11.1 Amélioration du suivi :

Plusieurs modalités de suivi alternatives étaient proposées par les non-participants :

Suivi téléphonique :

E2L189 « mais peut être sur le suivi, si c'était peut-être par téléphone, tout simplement, une fois euh... je dis n'importe quoi, une fois par mois on appelle « Qu'est-ce que vous avez réussi à mettre en place ? Qu'est-ce que vous avez observé sur la balance ? Est-ce que vous avez réussi à intégrer des légumes ? » enfin etc. quoi. »

E2L516 « en appelant [...] une fois par mois voilà je dis « Comment ça se passe ? Est-ce que vous avez réussi ? Est-ce que vous avez remarqué une perte de poids ? » [...] Là tu dis « c'est bien bah bravo » ! [...] Euh voilà... « vous allez peut-être changer de catégorie », c'est encourageant ! »

Suivi par visio-entretien :

E2L450 « Mais... je pense peut-être à instaurer un suivi régulier mais à distance quoi. Bah moi, je... je sais faire en vidéo aussi ou... [...] ça évite les déplacements, ça permet de quand même de, d'échanger quoi. »

Suivi alimentaire manuscrit :

E2L493 « Bah moi j'aurais... moi j'aurais peut-être demandé à noter... à noter peut-être sur une semaine, qu'est-ce que l'on mange réellement. Parce que voilà, on vous dit « ce matin on a mangé ça, ça », mais on a oublié de marquer qu'on avait mangé... »

Suivi plus individualisé :

E2L187 [lorsqu'il est suggéré qu'une réunion individualisée aurait été plus adaptée] « Voilà, ouais ! Après je sais que c'est compliqué lorsqu'on est un groupe [...] d'adapter à tout le monde »

E3L540 « Parce que pfff... moi j'ai l'impression, que pour mon cas à moi, ce serait plus quelque chose de plus personnalisé ! »

Suivi à domicile :

E5L202 "pourquoi vous venez pas chez moi, à Châteauneuf, ou bien à Gourin quoi ?"

Suivi par des tests d'effort :

E7L1134 : "... ou alors des... pourquoi pas des tests d'effort ?"

6.11.2 Amélioration de l'organisation des réunions :

La réduction de la distance et du nombre de déplacement pour se rendre aux réunions était régulièrement évoquées :

E2L203 « *Donc je pense ouais, que j'aurais plus suivi comme ça, en limitant les déplacements et... enfin voilà !* »

E4L227 [concernant l'amélioration du facteur distance] « *Eeeh bah plus proche [...] proche, heuuu 10-15 km ce serait bien quoi.* »

Réduire le nombre de réunions était un point souvent retrouvé dans les entretiens :

E6L154 « *et pour ça, ça m'aurait pas gêné de continuer mais bon y'avais la fréquence* ».

E6L288 « *Si... si vous voulez me voir une fois tous les 6 mois, pour voir qu'est ce moi que j'ai réussi à améliorer, si vous voulez discuter pour voir heu, l'évolution des choses et si vous avez quelque chose à m'apporter, ou moi vous apporter, moi y'a aucun soucis* »

E7L1397 : « *Qu'il y ait moins de réunions peut être...* »

La notion de réunion pour les volontaires était également présente :

E5L203 « *moi je dis bon, les gens acceptent de se déplacer, pour eux c'est normal, ils trouvent normal,* »

E7L1399 « *Et après euh... selon le volontariat de... de chacun, puisque bon c'est sûr que à chaque réunion c'est un peu comme quand vous allez faire des bouquets de fleurs, au début tout le monde va, et puis un moment...* »

E10L312 « *Bah heu à partir du moment où... partant de là justement, de cette, de cette grande réunion publique hein, où les gens viendraient volontairement ! Il faut pas qu'on se sente obligé...hein que, qu'on y aille de bon cœur voyez ? A partir de ce moment-là, les gens qui se feront inscrire, ce sera en toute... en... ils sauront à quoi s'en tenir !* »

6.11.3 Amélioration du contenu des groupes :

Les sujets interrogés proposaient que les groupes soit composés par profils similaires, comme par exemple, entre retraités d'un côté, et entre actifs de l'autre, ou encore en fonction du type de facteurs de risque de chacun :

E3L254 « *[...] ou alors est-ce qu'il faut... est-ce qu'il faut faire des réunions avec des gens qui ont... qui ont les mêmes causes que nous ? [...] Qu'on parle un peu du même sujet et que du coup on se sente... qu'il y ait plus une énergie de groupe que... que quand il y a différentes causes et que du coup bon ben... je ne sais pas...* »

E3L602 « *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 ... [donc il faudrait peut-être plus regrouper les actifs, regrouper les retraités ?] Bah peut-être ouai ! »

6.11.4 Amélioration du recrutement :

Les non participants proposaient des messages d'annonces différents, insistant sur les bénéfices de la participation :

E1L458 « peut-être leur dire que [...] que ça leur ferait prendre conscience de faire attention à leur santé. Et que... [...] C'est une étude qui est faite pour eux »

Ou de communiquer au moyen d'affiches, qui expliciteraient l'objectif de l'étude :

E1L484 : [concernant l'intérêt de mettre des affiches] « Ouais ! [...] faudrait que ce soit assez clair c'est quoi le but ... »

Le recrutement par les médecins traitants était aussi évoqué :

E1L487 « Est-ce que les médecins d'eux même peuvent conseiller à certains patients s'ils sont intéressés euh... je ne sais pas [...]. Ça serait que les médecins qui connaissent bien leur patient, ils disent bah ... qu'ils connaissent même un peu... et puis qu'ils peuvent se dire bah « tiens peut-être que telle personne serait intéressée par cette étude » ! »

L'organisation d'une réunion publique, appelant aux volontaires et explicitant le but de l'étude, était une autre idée émise :

E10L265 « [...] ceux qui organisaient cette heu enquête auraient dû prévoir heu, une réunion publique hein en précisant le thème de la réunion, qu'une enquête se faisait au niveau européen, heu, pour la prévention des maladie cardiovasculaires en centre Bretagne [...] Où les gens viendraient volontairement »

6.11.5 Amélioration sur le type d'interlocuteurs :

Les non participants suggéraient d'utiliser des interlocuteurs qui appartenaient déjà au monde de la santé,

E1L443 « ça peut être intéressant hum de, de, des... comme vous dites, des personnes pas forcément des médecins, mais des infirmiers ou des personnes qui peuvent être un peu formées pour ce genre de... »

Ou de proposer un « coach personnel » :

E3L247 « 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. »

Voire d'être suivi par un médecin :

E7L1397 : [concernant le suivi] « que ce soit avec un milieu médical ! »

Ou de réduire le nombre d'interlocuteur :

E2L392 [concernant le nombre d'intervenant idéal] « Une seule personne ! [...] Oui donc peut-être moins de monde pour une personne ! »

7 DISCUSSION

RESULTATS PRINCIPAUX

Les principales causes d'arrêt intrinsèques à l'étude étaient en lien avec la nécessité de se déplacer et la distance pour se rendre aux réunions, la fréquence des réunions, l'organisation en groupe, les intervenants ainsi que le manque d'informations quant aux objectifs et à l'organisation de l'étude.

DONNEES DE LA LITTERATURE

Le déplacement et la distance comme obstacle :

La distance comme frein était retrouvée dans une étude malawienne de 2020. Il s'agissait d'une étude qualitative s'intéressant aux facteurs associés aux pertes de vues dans une population de femmes enceintes ou en post partum suivies pour une infection au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). Au cours d'entretiens semi-structurés avec les femmes concernées, les auteurs constataient que la grande distance est un obstacle pour se rendre dans les structures de soins et que cela était responsable de multiples abandons [24].

Cette notion était également retrouvée dans une étude de cohorte prospective de 2017, congolaise, étudiant les facteurs prédictifs du statut de perdu de vue dans une population de patients nouvellement traités pour une tuberculose. La médiane de distance domicile-hôpital pour cette étude était de 6 km [25].

La fréquence des réunions comme obstacle :

La fréquence soutenue des réunions implique d'y consacrer du temps, ce que nombre de non participants semblaient ne pas pouvoir faire, pour raisons professionnelles ou personnelles.

Dans une étude de cohorte prospective taïwanaise de 2016, les auteurs s'intéressaient à une population de femmes ayant une mammographie anormale. Elles étaient contactées pour connaître les raisons de leur

abandon du suivi. Le premier facteur qui ressortait de leurs résultats était le manque de temps (« having no time »)[26].

L'organisation en groupe comme obstacle :

Une revue de la littérature réalisée par T. L Schwenk en 2011 [27], citait deux études randomisées qui s'intéressaient aux bénéfices du suivi individuel, comparativement à un suivi de groupe, chez des sujets adultes diabétiques. Dans les deux travaux, il était démontré que le suivi individuel est plus efficace, mais que le bénéfice sur les changements de comportement, et le suivi du diabète, était faible [28], [29].

La relations avec les intervenants comme obstacle :

Une étude transversale publiée au Mali en 2020 étudiait les causes de perte de vue sur une cohorte de patients vivant avec le VIH, et suivies à l'hôpital de Sikasso. En effet l'auteure constatait au cours d'entretien semi-structurés, l'importance de la relation avec les intervenants, qui, si elle était de mauvaise qualité, était vecteur d'abandon du suivi médical [30]. Par ailleurs, on retrouvait la notion d'attitude culpabilisante évoquée par l'un des non participants à SPICES « les soignants ont tendance à percevoir négativement les patients ne venant pas régulièrement et à adopter des attitudes coercitives culpabilisantes ce qui contribue à les éloigner encore plus du soin » [30].

Enfin, la notion d'interlocuteurs multiples était également retrouvée dans cette étude, où un patient interrogé déclare : « ça me dérange de voir à chaque fois que je vienne, c'est un nouveau docteur qui me reçoit et qui me demande tous ceux que les autres m'avaient déjà demandé, alors la dernière fois que cela est arrivé, j'ai décidé de ne plus venir à l'hôpital »[30]. Dans ce travail, le manque de transmissions entre les acteurs du projet SPICES, qui entraînait de multiples rappels du non participant, avait également été perçu négativement.

Le manque d'information comme obstacle :

Une étude qualitative de la région de Toulon-Hyères en 2017, étudiait les freins et leviers à l'implication des médecins généralistes aux activités d'éducation thérapeutique des patients en post-AVC. Parmi les freins énoncés, on y retrouvait le manque d'information, « la méconnaissance globale [*pour le médecin*] des principes de l'éducation thérapeutique des patients »[31]. Ainsi, l'inconnu et le manque d'informations apparaissent comme des obstacles récurrents à la participation aux programmes et études scientifiques.

Cette idée était également évoquée par les citoyens accompagnants de l'étude SPICES, dans le travail qui étudiait les freins au travail d'animation de groupe. Les citoyens accompagnants confirmaient les difficultés réciproques créées par une mauvaise compréhension du projet, responsables d'obstacles majeurs à la mise en place des groupes[32].

FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Les forces et limites de cette étude ont été analysées selon la grille « **C**onsolidated criteria for **RE**porting **Q**ualitative research » (dite « grille COREQ »).

Le choix d'une étude qualitative était nécessaire en raison de la nature exploratoire de ce travail.

La tenue d'un journal de bord permettait aux internes du projet de recherche de recueillir et consigner leur impressions ainsi que leurs analyses tout au long du travail de recueil des données. Cela limitait la perte d'informations d'une part, et permettait l'analyse des ressentis de chaque chercheur d'autre part.

L'échantillonnage était raisonné et respectait la technique de variation maximale.

La retranscription des entretiens en verbatim permettait une analyse approfondie des propos recueillis ainsi que leur exhaustivité. La diversité des données obtenues constitue une force méthodologique.

Après chaque entretien, la proposition systématique de relecture par le non-participant interrogé avait pour but de garantir la justesse des propos retranscrits. Aucun des sujets interrogés n'a demandé à relire son entretien.

Le travail de codage en double aveugle assurait la triangulation des données, qui est une force méthodologique.

La survenue de la pandémie de la Covid était responsable de certaines faiblesses de ce travail. En effet, du fait de la nécessité de maintenir les gestes barrières, des entretiens téléphoniques étaient proposés. Ce mode d'entretien présente plusieurs inconvénients : la moindre richesse des propos recueillis et l'impossibilité de visualiser les expressions du visage ainsi que la gestuelle du sujet interrogé. En outre, le maintien des gestes barrières était aussi représenté lors des entretiens en face à face, par le port du masque chirurgical. Cela a pu limiter la perception des expressions du non participant par l'interne, voire parfois, la compréhension des questions par l'interrogé.

Une des limites notables de ce travail est le temps écoulé entre le moment de la participation et la réalisation de ces entretiens. Cela a pu entraîner un biais de mémorisation par les non-participants. En effet, la mémoire à long terme est susceptible d'être modifiée, réorganisée et réinterprétée par le sujet au cours du temps. Ainsi, de faux souvenirs peuvent être créés. Cette mobilisation de la mémoire à long terme qui était demandé au non participant lors des entretiens a pu diminuer la fiabilité des propos[33].

PERSPECTIVES EN ENSEIGNEMENT ET EN SOIN

Au cours des entretiens, de nombreuses suggestions d'améliorations ont été proposées par les non-participants. Celles-ci concernaient en particulier l'amélioration du suivi, de l'organisation de l'étude, du système de fonctionnement en groupe et du recrutement. Cependant, ces suggestions ont déjà été appliquées par l'équipe SPICES suite au premier confinement lié à la Covid, sans que cela majore le taux de participation.

Cependant, un travail portant sur les suggestions d'améliorations par les non participants permettrait d'explorer davantage de possibilités.

Un travail traitant des conséquences de la Covid sur la participation à l'étude serait une perspective de recherche à envisager.

Il faut rechercher l'impact du port du masque chirurgical lors des entretiens physiques, du point de vue du chercheur mais aussi du point de vue du non participant, car la perception des émotions de chacun était modifiée, et était susceptible d'altérer la compréhension des questions ainsi que les déclarations.

8 CONCLUSION

Les freins intrinsèques à la participation sont la distance et la fréquence des réunions, la mauvaise relation avec les intervenants, l'inconfort vis-à-vis du travail en groupe et le manque d'information quant à la finalité et à l'organisation de l'étude.

Les perspectives en recherche et en enseignement peuvent être : l'étude des possibilités d'améliorations du point de vue des non-participants, l'impact de la Covid sur la participation, les conséquences du port d'un masque chirurgical lors d'entretiens physiques.

9 BIBLIOGRAPHIE

- [1] Organisation Mondiale de la Santé. Maladies cardiovasculaires. Genève: OMS, 2020. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) [Consulté le 16 août 2021].
- [2] Haute Autorité de Santé. Risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours. Paris: HAS, 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3260834/fr/risque-cardiovasculaire-global-en-prevention-primaire-et-secondaire-evaluation-et-prise-en-charge-en-medecine-de-premier-recours-note-de-cadrage. [Consulté le 15 août 2021]
- [3] Assurance Maladie. Dépenses remboursées par pathologie en 2018. Paris, 2018. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/entree-par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/donnees/depenses-par-pathologie/depenses-par-pathologie>. [Consulté le 15 août 2021]
- [4] Fédération Française de Cardiologie. Les facteurs de risque cardiovasculaires. Paris: FFC, 2021. Disponible sur: <https://fedecardio.org/je-m-informe/les-facteurs-de-risque-cardiovasculaires/> [Consulté le 16 août 2021]
- [5] Isnard R, Lacroix D. Collège national des enseignants de cardiologie (France), Société Française de cardiologie. 3. Issy-les-moulineaux : Elsevier Masson. 2019.
- [6] S. Minzer, R. A. Losno, and R. Casas. The effect of alcohol on cardiovascular risk factors: Is there new information? *Nutrients*, 2020; 12:1–22
- [7] O. S. Yusuf S, Hawken S. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study) : case-control study. *Lancet* 2004; 364:937-52
- [8] Bonaldi C, Anne Pasquereau A, Hill C, Thomas D, Moutengou E, Nguyen-Thanh V, et al. Les hospitalisations pour une pathologie cardiovasculaire attribuables au tabagisme en France métropolitaine en 2015. *Bull Epidemiol Hebd* 2020; 14:281-90.
- [9] T. Kondo, Y. Nakano, S. Adachi, and T. Murohara. Effects of tobacco smoking on cardiovascular disease. *Circ. J.* 2019, 83:1980–1985
- [10] A. Hackshaw, J. K. Morris, S. Boniface, J. L. Tang, and D. Milenkovi. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: Meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ* 2018; 360:j5855
- [11] G. A. Giovino et al. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: An analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. *Lancet* 2012; 380:668–679
- [12] C.H.Marquette. Collèges des enseignants en Pneumologie (France). 7. Paris: S Editions. 2021.
- [13] O. V. Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L. Hospitalisation pour infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral chez les personnes diabétiques traités pharmacologiquement en France en 2013. *Bull. Épidémiologique Hebd* 2015; 106:638–644
- [14] N. Chevalier, G. Raverot. Collège des enseignant d'endocrinologie diabète et maladie métaboliques (France). 5. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson. 2021.

- [15] Santé Publique France. Prévalence et incidence du diabète. Paris, 2006. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/articles/prevalence-et-incidence-du-diabete> [Consulté le 16 septembre 2021]
- [16] Agence régionale de Santé Bretagne. Observatoire de la démographie des professionnels de la santé de Bretagne - Demops 2017. Rennes. 2017. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/media/22679/download> [Consulté le 16 septembre 2021]
- [17] Observatoire Régional de Santé (ORS) Bretagne. Inégalités de santé observées en Bretagne. 2008. Disponible sur: https://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/2008/11/futur-rapport-s.html [Consulté le 16 septembre 2021]
- [18] Observatoire Régional de Santé de Bretagne. La santé dans le pays du Centre-Ouest Bretagne. 2010. Disponible sur: https://orsbretagne.typepad.fr/2010/Pays_COB_leger.pdf [Consulté le 16 septembre 2021]
- [19] Pays Centre Ouest Bretagne. Contrat Local de Santé 2017-2020. 2020. Disponible sur: <https://drive.google.com/open?id=0B0AIXW6XoD8uREQ1THgwbzJyM1k>, [Consulté le 17 septembre 2021]
- [20] Pays Centre Ouest Bretagne. Prolongation du Contrat Local de Santé 2017-2022. 2020. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2020-01/Dossierpresse-20191211.pdf> [Consulté le 17 septembre 2021]
- [21] J.Y. Le Reste, D. Le Goff, M. Odorico. Projet SPICES 1-Kalon Yac'h. Disponible sur : <http://rmn.bzh/upload/medias/Projet-SPICES-Kalon-yach.pdf> [Consulté le 13 septembre 2021]
- [22] Population Health Research Institute (PHRI). Interheart Risk Score. Disponible sur : <https://rome.phri.ca/interheartriskscore> [Consulté le 13 août 2021]
- [23] O. Marot. Étude qualitative des causes d'arrêt extrinsèques au projet SPICES du point de vue des non-participants. Thèse de médecine: Université de Bretagne Occidentale. 2021.
- [24] S. Mpinganjira, T. Tchereni, A. Gunda, and V. Mwapasa. Factors associated with loss-to-follow-up of HIV-positive mothers and their infants enrolled in HIV care clinic: A qualitative study. BMC Public Health 2020; 20:1–10
- [25] E. L. P. Bemba, A. Aloumba, R. Bopaka, P. P. Koumeka, N. B. Ebenga-Somboko, and J. Mboussa. Facteurs prédictifs du statut de perdu de vue au cours du traitement antituberculeux. Rev. Mal. Respir. 2017; 34:A213
- [26] C. S. Kuo, G. R. Chen, S. H. Hung, Y. L. Liu, K. C. Huang, and S. Y. Cheng. Women with abnormal screening mammography lost to follow-up An experience from Taiwan. Med. (United States) 2016; 95:1–6
- [27] M. Thomas L. Schwenk. Individual vs. Group Interventions in Patients with Diabetes. New England Journal Of Medicine 2011; 365: 1557-1650
- [28] J. A. Sperl-Hillen et al. Comparative effectiveness of patient education methods for type 2 diabetes: A randomized controlled trial. Arch. Intern. Med. 2011; 171:2001–2010
- [29] K. Weinger, E. A. Beverly, Y. Lee, L. Sitnikov, O. P. Ganda, and A. E. Caballero. The effect of a structured behavioral intervention on poorly controlled diabetes: A randomized controlled trial. Arch. Intern. Med. 2011; 171:990–999

- [30] A. Berthe. Prévalence et déterminants des perdus de vue des personnes vivant avec le VIH à l'hôpital de Sikasso. Thèse de médecine, Université de Sikasso; 2020.
- [31] B. Briat. Freins et Leviers influençant la participation des médecins généralistes, kinésithérapeutes et orthophonistes de la région Toulon-Hyères à des activités d'éducation thérapeutique des patients , exemple en post-AVC. Thèse de médecine: Université de Aix-Marseille. 2018.
- [32] B. Lavat. 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.
- [33] P. Roulois. Introduction à la mémoire de travail: La mémoire de travail. Neuropédagogie et neuroéducation. Paris. 2011. Disponible sur : <https://neuropedagogie.com/memoire-de-travail/introduction-a-la-memoire-de-travail.html> [Consulté le 21 octobre 2021]

10 ANNEXES

ANNEXE 1 : CARTE DU CENTRE OUEST BRETAGNE



ANNEXE 2 : « NON LABORATORY INTERHEART SCORE »

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

ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE NON-OPPOSITION

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)*

ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN

Etude qualitative des non participants

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 CV ?

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 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 ?

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/complicée ?

Quels critères vous auraient donné envie de participer au programme ?

Avez-vous envie de revenir ? Pourquoi ?

ANNEXE 5 : VERSION MODIFIÉE DU GUIDE D'ENTRETIEN

Etude qualitative des non participants

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 CV ?

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 ?

Etiez-vous gêner 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 CV ?

Qu'en pensez-vous de déléguer les tâches de la prévention CV aux citoyens accompagnants ?

Cette étude a-t'elle eut un impact dans votre famille ?

11 SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Serment prononcé par le Docteur TABURET Arthur

Le 9 décembre 2021

Pour l'ordre national des médecins

Le médecin