

Promotion de la santé : l'apport des éducations en santé durant la crise sanitaire

RÉFLEXIONS

Que d'encre a coulé depuis le début de la pandémie de COVID-19 au niveau de la recherche scientifique, y compris dans le domaine de la promotion de la santé (PS). Ces travaux ont souvent questionné, de manière critique, l'intégration de la PS dans la gestion de la crise. Ces critiques sont restées pour la plupart purement déclaratives. En tant que chaire de recherche sur la première ligne, Be.hive s'est engagée dans cette thématique avec la volonté de tirer les leçons à partir de différents travaux menés pendant cette crise sanitaire.

► DELPHINE KIRKOVE, AURORE MARGAT, RÉMI GAGNAYRE, BENOÎT PÉTRÉ

La crise sanitaire, liée au COVID-19, a mis les systèmes de santé sous pression. Afin de limiter l'impact de la pandémie et sa propagation, les gouvernements du monde entier ont dû prendre différentes mesures, parmi lesquelles les éducations en santé (ES), que ce soit l'éducation à la santé (centrée sur la population générale) ou l'éducation thérapeutique du patient (centrée sur les personnes malades), occupent une place centrale (1)¹.

Durant cette période, la première ligne de soins a tenu un rôle majeur au vu de sa position de proximité avec la population pour soutenir l'appropriation de ces mesures de protections. En ce sens, la période liée au COVID-19 représente une fenêtre d'opportunité pour étudier les capacités et la maturité de la première ligne dans son rôle éducatif. Cela rejoint par ailleurs des thématiques d'actualité comme en témoignent les assises de la première ligne² et le nouveau plan de Promotion de la Santé de la région wallonne (3) (4).

À partir d'une série de recherches et de projets d'accompagnement d'acteurs impliqués dans des actions éducatives, cet article présente quelques réflexions et pistes d'action.

Actions menées par Be.hive pendant la crise

Un des axes de travail de Be.hive s'intéresse tout particulièrement à la participation et à l'engagement des individus dans les soins et l'aide (5). Lors de la crise sanitaire, Be.hive a réorienté certains travaux afin d'explorer cette crise sous le prisme de la promotion de la santé et plus particulièrement des éducations en santé, en tant que levier de participation et d'engagement des citoyens.

i

Be.hive est la Chaire interdisciplinaire de la première ligne. Elle rassemble 3 universités (UCLouvain, ULB et U-Liège), 3 hautes écoles (Hénallux, HE Vinci et HELB – Ilya Prigogine), des représentants des usagers de soins de santé et du public, professionnels, managers et politiques. L'objectif de la Chaire est de contribuer au développement d'une première ligne d'aide et de soins forte et efficace en Belgique francophone.

Pour en savoir plus : be.hive.be

1 Retrouvez les références bibliographiques dans la version en ligne de cet article : www.educationsante.be

2 Pour en savoir plus sur les assises de la première ligne de soins : <https://www.aviq.be/fr/proxisante>

Les éducations en santé: un réel besoin perçu par les acteurs

Une des premières observations concerne la réception positive auprès des professionnels des différents dispositifs mis en place. Malgré leur arrivée jugée tardive, un haut niveau de satisfaction est atteint dans l'accompagnement des agents de tracing qui se sont vu proposer une ouverture de leur pratique vers le champ des éducations en santé.

Le testing salivaire a été accueilli favorablement par 96.9 % des Maisons de repos / Maisons de repos et soins (MR et MRS) et 100 % des écoles. Cet accueil favorable est notamment lié à l'impact important qu'a pu avoir le COVID parmi ces deux milieux de vie avec des longues périodes de quarantaine dans les MR / MRS et des fermetures d'écoles. D'ailleurs, l'intention de poursuivre ce dispositif de testing était très importante également: 94.5 % des MR / MRS (415/439) et 100 % des écoles (19/19).



Voici les différentes activités de recherche:

- 1 La gestion de la pandémie questionne la place et l'implication du citoyen dans cette gestion. Nous avons voulu savoir quelles étaient **les informations collectées au sein de la population pour monitorer les connaissances, attitudes et pratiques en matière de prévention sanitaire**. Entre avril et mai 2020, nous avons enregistré et analysé 45 enquêtes de monitoring de la population réalisées durant la période de Covid-19, en Belgique et en France. Cette recherche a été menée en collaboration avec le LEPS (Laboratoire Éducatif et Pratiques de Santé, Université Sorbonne – Paris Nord).³
- 2 Face aux patients suspectés de COVID et se présentant dans les centres de dépistage, les médecins se trouvaient relativement démunis pour donner les instructions des conduites préventives à tenir aux patients avant leur retour à domicile. En réponse, nous avons développé, à partir de juin 2020, **le modèle CEeRIC: une stratégie d'éducation brève destinée aux citoyens suspectés ou confirmés d'infection au COVID-19 qui sont chargés de s'auto-isoler à la maison**. D'abord utilisée par les médecins urgentistes, l'utilisation de CEeRIC a ensuite été étendue au Service I Prom's de la Province de Liège, qui a mis ses agents à disposition de différents centres de dépistage de la Province de Liège. Nous avons analysé le retour d'expériences concernant l'utilisation de la stratégie CEeRIC à partir du point de vue des professionnels de santé qui l'ont utilisée et des bénéficiaires (429 participants).⁴
- 3 Le dépistage du COVID-19 par testing salivaire a été introduit sous projet pilote dans les écoles et maisons de repos (et de soins) entre décembre 2020 et avril 2021. Les autorités régionales ont mandaté notre service pour réaliser une **étude de l'acceptabilité du test salivaire au niveau du personnel de ces deux types de structure** (439 MR/MRS et 19 écoles).⁵
- 4 L'accompagnement éducatif des patients chroniques s'est vu mis à distance (usage de la téléconsultation) en raison de la pandémie. Nous avons analysé, de janvier à mai 2021, **la préparation et la perception de médecins généralistes (MG) (n= 12) et de patients chroniques (n=16) concernant l'accompagnement éducatif via la téléconsultation**, à travers la réalisation de deux mémoires sur ces sujets.⁶
- 5 Face au déclin rencontré dans le nombre de cas-contact rapportés aux agents en charge du tracing en région wallonne, le service de promotion de la santé de Solidaris a fait appel à notre équipe pour **accompagner les agents de tracing (30), à travers des séances de simulation et des apports de contenus liés aux éducations en santé** en juin 2020. Il s'agissait de faciliter l'engagement des publics bénéficiaires par une approche de type préventive inscrite dans une perspective de promotion de la santé.⁷

3 Pétré B, Kirkove D, Andrade V De, Crozet C, Toro-arrocet D, Margat A, et al. Learnings from Health Behavioural Survey Practices in France and Belgium During the First COVID-19 Stay-at-Home Order. Patient Prefer Adherence [Internet]. 2021;15:807–9. <https://doi.org/10.2147/ppa.s298401>

4 Pétré B, Paridans M, Guillaume M. Utilisation de la stratégie CEeRIC dans le contexte de la pandémie à coronavirus (COVID-19), retour d'expérience. Rev Med Liege. 2022;77:1–6. <https://hdl.handle.net/2268/293694>

5 Pétré B, Paridans M, Gillain N, Husson E, Donneau AF, Dardenne N, et al. Acceptability of community saliva testing in controlling the Covid-19 pandemic: lessons learned from two case studies in nursing homes and schools. Patient Prefer Adherence. 2022. <https://doi.org/10.2147/PPA.S349742>

6 Kirkove, D., Cenné, L., & Pétré, B. (May 2022). Exploration du vécu des patients dans l'accompagnement éducatif durant la crise sanitaire en Belgique francophone. Poster session presented at Congrès de la Société d'Éducation Thérapeutique Européenne, Montpellier, France. <https://hdl.handle.net/2268/294735>

7 Pétré B, Service de Promotion de la Santé de Solidaris. Agents de tracing et promotion de la santé. Educ Santé [Internet]. 2021;383:8–12. <https://educationsante.be/agents-de-tracing-et-promotion-de-la-sante>

Une réponse positive est également observée du côté des bénéficiaires.

- ▶ Dans la stratégie CEeRIC, l'initiative a été appréciée par 85.0 % des bénéficiaires.
- ▶ L'accompagnement éducatif à distance a également été accueilli favorablement par les patients porteurs de maladie chronique, notamment dans sa capacité à maintenir une certaine continuité des soins, comme en témoigne l'extrait suivant : « *Donc j'ai eu en effet un suivi très très très très rapproché, je pense que eux ont aussi voulu combler un petit peu le manque de relation physique, donc là-dessus rien à redire, j'ai été suivi particulièrement fréquemment* ».

Au-delà de cette satisfaction, l'accompagnement à distance des patients a amené d'autres effets bénéfiques tels qu'une plus grande flexibilité des professionnels de santé, permettant de s'adapter aux besoins et rythmes des patients, suggérant l'intérêt pour des formats multiples des éducations en santé : « *C'est une maladie quand même assez complexe et au début on se demande un petit peu ce qui nous arrive quoi, et c'est très compliqué à gérer au départ, donc oui c'est très bien d'avoir une infirmière à tout moment aux heures de bureau et même le médecin* ».

Ce passage à distance a aussi mis en évidence la nécessité et le bienfait du soutien perçu du professionnel par le bénéficiaire, inscrivant le suivi dans une approche globale de l'individu : « *L'accompagnement à distance était très soutenant. Surtout cette infirmière-là qui prenait des nouvelles, qui a appelé et cetera, on se sent considéré pas que comme malade en fait, parce qu'elle demande pas qu'après notre maladie, elle demande aussi comment nous on allait* ».

Les éducations en santé : une stratégie qui ne s'improvise pas

Au-delà du besoin perçu, la période COVID a aussi montré combien les éducations en santé ne sont pas des stratégies qui s'improvisent, mais qui, au contraire, nécessitent un apprentissage.

Ainsi, certains professionnels ont manifesté le sentiment d'être démunis, en particulier les urgentistes qui se sont vu confiés extrêmement rapidement un rôle « d'instruction » vis-à-vis des citoyens suspectés ou confirmés d'infection à la COVID-19. Même constat du côté des agents de tracing bien démunis pour récolter des informations des contacts. Cette période a aussi été l'occasion d'une prise de conscience concernant l'inefficacité ou l'inadéquation de certaines stratégies d'ES, basées paradoxalement sur la peur ou l'imposition de mesures.

L'expérience vécue par les médecins généralistes a également mis en évidence un certain constat d'impréparation pour ces professionnels qui se sont retrouvés fort isolés, en rappelant l'importance de la communication et du rôle des émotions dans la relation de soins : « *Être prêt à être ouvert, à écouter, à se remettre en question et être prêt à réapprendre tout le temps en fait. A vraiment laisser la parole au patient. [...]* ».

Les éducations en santé sont-elles convoquées trop tard pour répondre à la crise ?

La majorité de nos interventions font suite à l'émergence de difficultés et du constat d'impréparation des acteurs. L'expertise dans le domaine des éducations en santé est ainsi reléguée en seconde intention. Ainsi, l'accompagnement des agents de tracing a principalement été suscité à la suite d'une régression importante du nombre de cas rapportés (moins d'un cas par personne contactée).

Même si l'adhésion au test salivaire a été très important dans les MR / MRS, la participation effective au testing de la part du personnel l'est nettement moins avec un taux de 49 % (11). Au-delà de l'aspect technique de la procédure, ce résultat soulève la question de la motivation interne



des professionnels pour utiliser le testing et des stratégies mises en place par certaines MR / MRS pour le soutenir.

Alors que les mesures préventives préconisées contre la COVID-19 nécessitent une participation active de la population, les enquêtes de monitoring mettent en évidence une assez faible implication de celle-ci. Ainsi, ces enquêtes, avec un taux de plus de 70 %, se concentrent principalement sur les mesures de l'impact du COVID sur la population tels que la qualité de vie, la vie sociale et professionnelle ou la sphère familiale. Assez peu d'enquêtes s'intéressent par contre aux mesures d'appropriation des conduites de prévention : 17 % des enquêtes (sur 45 étudiées) sur la perception de compréhension ou de connaissances des mesures. Les résultats montrent aussi la nécessité d'un haut niveau de littératie pour pouvoir y répondre (une moyenne de 49.8 au test de Flesh, ce qui correspond à un niveau d'étudiant d'études supérieures), ainsi que la faible implication des individus aux processus d'enquête que ce soit pour la conception (2 %), la diffusion (11 %) ou l'initiation de la recherche par une association de patients (4 %). L'ensemble des résultats laissent à penser que ces enquêtes de monitoring peuvent difficilement guider l'action publique. En effet, peu d'investigation des freins et facilitateurs de la population dans l'appropriation des mesures sont réalisées.

La crise sanitaire, source de réflexivité en matière d'éducatons en santé

En venant compléter l'aspect technique du dépistage, la stratégie CEaRIC, sous la forme d'une éducation brève, a permis aux professionnels de découvrir et puis d'adopter une certaine posture éducative et des stratégies soutenant l'autogestion. Par cette opportunité, ce dispositif s'inscrit dans l'un des cinq axes stratégiques de la charte d'Ottawa sur la réorientation des services et démontre la complémentarité des services de santé avec des agents provinciaux venus renforcer les médecins généralistes sur les sites de dépistage. La crise sanitaire montre la capacité d'adaptation des éducations en santé à développer diffé-

rents formats, notamment de courte durée, de façon à la rendre plus accessible et intégrée aux soins.

Du côté des médecins généralistes (MG) aussi, l'expérience acquise lors de la crise sanitaire leur a permis de prendre conscience de pratiques éducatives déjà présentes, comme celle de l'apprentissage par imitation : « *Par moi-même, j'ai essayé dans l'exemple que je donnais d'être irréprochable donc de ne pas toucher le masque [...]. Et je pense qu'effectivement, le fait que l'exemple soit montré [...] les poussait à appliquer les mêmes gestes.* ». Cet extrait illustre comment le MG a intégré une stratégie d'apprentissage – en servant de modèle – qui est un élément plutôt élémentaire.

Cette période a aussi constitué une prise d'autonomie du patient, forcée par les événements. Cette expérience « grandeur nature » a été jugée positive par les MG et où le plus difficile était finalement d'oser se lancer. Afin de pallier la contrainte du temps, ces derniers ont développé des consultations intégratives où se combinent les sphères curatives, préventives, éducatives...

Finalement, la crise a eu pour effet de mettre en exergue les besoins bio-psycho-sociaux de tout un chacun, y compris pour les professionnels : « *Je pense qu'on doit même dans des crises comme ça prendre soin de soi. [...]* ». Du côté des patients, cette période a agi comme un révélateur sur l'importance de prendre soin d'eux-mêmes : « *J'ai eu le déclic de me dire en fait si moi je prends pas soin de moi il y aura personne qui va le faire* ».

La crise sanitaire : entre menaces et opportunités pour l'intégration des éducations en santé

Les observations transversales de ces différents travaux menés pendant la crise sanitaire ont comme point commun de mettre en évidence un certain manque d'intégration de pratiques des éducations en santé dans le système actuel des soins de santé.



Ce résultat corrobore le résultat d'une étude menée, pendant le COVID, sur les programmes d'Éducation thérapeutique du patient en France. Cette dernière rapporte une représentation de l'éducation thérapeutique du patient comme « non-essentielle », et qui a fait partie des premières activités à être stoppée (12).

Une autre croyance erronée est restée également dominante durant cette crise : celle de croire que l'information suffit pour entraîner un changement de comportement (13), en témoignent les nombreuses stratégies adoptées par les états dans ce sens. Cela questionne la



vision qu'ont les professionnels quant à l'adoption d'un nouveau comportement: même si cela semble facile à appliquer, son maintien dans le temps nécessite un apprentissage volontaire et significatif. Ce type d'apprentissage, contrairement à la transmission d'information, repose sur une participation active de l'individu avec un traitement actif de l'information qui doit être intelligible, qui doit permettre la recherche de sens par l'individu lui-même et enfin apporter la possibilité d'une transposition dans son cadre de vie (16). La gestion de la crise a montré la fragilité du système dans la capacité des politiques à soutenir la participation du citoyen dans la prise de décision préservant sa santé (6).

Le constat d'impréparation a été également présent auprès des patients, en particulier ceux porteurs d'une maladie chronique. Nos observations soulèvent ainsi un besoin d'accompagnement pour les bénéficiaires avec un processus d'éducation en santé en continu - non de façon ponctuelle - et intégrée aux soins (9) (12). Les besoins d'écoute et d'accompagnement qui ont été exprimés par les patients rappellent avec force l'importance de la relation thérapeutique. À elle seule, elle peut se révéler déterminante pour la motivation du patient à maintenir des comportements de santé de façon autonome. Cette relation a ainsi démontré sa capacité à être thérapeutique pour le patient (9).

Mais au-delà de la relation soignant - soigné, la crise a aussi mis en exergue la nécessité de tenir compte de l'environnement du patient à travers l'importance de leur soutien social et du développement de compétences psycho-sociales. Pour beaucoup de patients, mais aussi de soignants, la pandémie a constitué un moment de recentrage sur ce qui fait le caractère humain des individus, au-delà des soins et des aspects uniquement biomédicaux.

Ces différents constats nous invitent à repenser une approche plus intégrée de la santé avec le besoin d'investir dans les éducations en santé comme un véritable outil de promotion de la santé, à travers différents leviers liés à la charte d'Ottawa :

- ▶ reconnaître cette approche comme essentielle et en tant qu'acte thérapeutique ;
- ▶ développer et rendre accessibles les propositions éducatives existantes en modulant les formats, de manière à pouvoir individualiser la prise en charge selon les besoins et spécificités des populations ;
- ▶ adopter des approches de soins intégrés, dans un processus continu et incluant les éducations en santé.

L'engagement de Be.hive

Be.hive s'engage dans différents éléments de réponse à travers :

- ▶ un travail sur le soutien des professionnels à travers des communautés de pratiques (CoP) ;
- ▶ la connexion avec un projet de recherche sur la formation des professionnels en lien avec les éducations en santé / la promotion de la santé ;
- ▶ un plaidoyer politique permettant de renforcer ces aspects des éducations en santé / promotion de la santé dans le système de santé.

Conclusion

La Wallonie vient de réaffirmer son intention de renforcer le volet de la promotion de la santé dans sa politique de santé, notamment à travers la première ligne de soins. Cela se justifie d'autant plus que toutes les recommandations internationales pour un système de santé fort et durable vont dans ce sens.

Seule une stratégie globale, convoquant des leviers tels que le renforcement de la participation communautaire, la création d'environnements favorables à la santé et les politiques en faveur de la santé, permettra d'atteindre un objectif de réorientation des services de santé de la première ligne, appelée depuis les textes d'Ottawa de 1986. C'est dans cette perspective que s'inscrit Be.hive.

Les auteurs

Delphine Kirkove (delphine.kirkove@uliege.be) et **Benoît Pétré** (benoit.petre@uliege.be),
Département des Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège
Aurore Margat et Remi Gagnayre,
Laboratoire Éducations et Promotion de la Santé à l'Université Sorbonne Paris Nord
(<https://leps.univ-paris13.fr>)

Toutes les références bibliographiques mentionnées dans le texte sont disponibles dans la version en ligne : www.educationsante.be