

COVID-19 : Proposition d'un modèle d'éducation d'urgence

Aurore Margat^{1,*}, Benoît Pétré², Jean-François d'Ivernois¹, Pierre Lombrail^{1,3}, Johann Cailhol^{1,4}
et Rémi Gagnayre¹

¹ Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS) UR 3412, Université Sorbonne Paris Nord, Bobigny, Country

² Département des Sciences de la Santé Publique, Université de Liège, Liège, Belgique

³ Département de santé publique, GH Paris Seine-St-Denis – AP-HP, Bobigny, France

⁴ Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis, Bobigny, France

Reçu le 7 mai 2020 / Accepté le 27 mai 2020

Résumé – La crise sanitaire actuelle rappelle tout l'enjeu de la communication des messages de prévention et de leur compréhension par la population. Si les messages sur les gestes barrières ont été conçus pour être facilement compris, il n'en reste pas moins que le passage du traitement de l'information à la mise en œuvre d'un comportement de santé représente un véritable défi. Pour obtenir des changements de comportements de santé face à l'épidémie, il est impératif de proposer une « éducation d'urgence », couplée à une stratégie d'information, en particulier pour aider les personnes les plus vulnérables et démunies. Dans ce contexte, le Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS UR 3412) de l'Université Sorbonne Paris Nord a conçu une intervention éducative brève pour les personnes concernées par le COVID-19. Cette intervention (30 min à 1 h) s'adosse à trois champs de pratiques : l'éducation thérapeutique de sortie d'hôpital dite ETP-SH, la littératie en santé et l'identité-logement. Les différentes phases de cette intervention sont proches de celles de celles de l'ETP-SH : un diagnostic éducatif suivi de la négociation des applications possibles avec la personne, une phase d'échanges interactifs, la vérification permanente de la compréhension par la personne et la planification d'une séance téléphonique planifiée à distance.

Mots clés : Covid-19 / intervention brève / éducation thérapeutique / littératie en santé / identité logement

Abstract – COVID-19: An emergency educational model. The current health crisis reminds us of the importance of communicating prevention messages and ensuring that they are understood by the population. If messages on barrier gestures were designed to be easily understood, the fact remains that the transition from information processing to the implementation of health behaviour represents a real challenge. In order to bring about changes in health behaviour to cope with the epidemic, it is imperative to provide “crisis education”, coupled with an information strategy, particularly to help the most vulnerable and needy. In this context, the Health Education and Practices Laboratory (LEPS UR 3412) of the Sorbonne Paris Nord University has designed a brief educational intervention for people affected by COVID-19. This intervention (30 min to 1 h) is based on three fields of practice: discharge education (ETP-SH), health literacy and identity-housing. The different phases of this intervention are similar to those of the ETP-SH: an educational diagnosis followed by the negotiation of possible applications with the person, a phase of interactive exchanges, the permanent verification of the person's understanding and the planning of a telephone session scheduled at a distance.

Key words: Covid-19 / brief intervention / patient education / health literacy / home identity

Dans le contexte actuel de l'épidémie du COVID-19, les analyses qui sont menées, tant par la communauté scientifique que par les décideurs concernent principalement les enjeux liés aux traitements, à la préservation du système de soin (en particulier les services de réanimation et d'urgence), aux plans

de confinement et de dé-confinement. À de rares exceptions près, ces analyses portent sur la communication des messages de prévention et leur compréhension par la population. Bien que dès le début de la crise sanitaire, les messages sur les gestes barrières émanant des autorités sanitaires aient été conçus avec leur déclinaison de spots, d'affichages et de tutoriaux pour être facilement compris, il est difficile de mesurer leur bonne

*Auteur de correspondance : aurore.margat@univ-paris13.fr

réception auprès du public. D'autant que la récente recension de Li *et al.* [1] montre les difficultés de compréhension et de mise en œuvre par le public, en particulier les parents, des informations qui leur sont dispensées. Ce constat est inquiétant quand on sait qu'un des succès de la lutte contre l'épidémie repose sur l'adhésion citoyenne aux mesures de prévention sur plus d'une année [2].

1 Informer ne suffit pas à faire changer

Au delà de l'information qui en est faite, il n'en reste pas moins que l'application de comportements de prévention, des gestes barrières au quotidien laisse persister des pans entiers d'incertitude : Combien de fois par jour faut-il se laver les mains ? Quel type de savon utiliser ? Combien de temps doit durer le lavage ? Faut-il associer au savon du gel hydro-alcoolique ? Tous les masques sont-ils protecteurs ? Quelle est la bonne technique pour s'appliquer un masque ? Combien de temps peut-on le conserver ? S'il s'agit d'un masque destiné au grand public, à quelle température faut-il le laver ? La distance physique à observer entre deux personnes est-elle d'1 mètre, d'1 mètre cinquante, voire de 2 mètres ? Telles sont des questions légitimes que peut se poser le public, auxquelles les réponses apportées par les autorités sont souvent fragmentaires, voire évolutives, sinon contradictoires.

À ces informations, s'en ajoutent d'autres de nature scientifique complexe, (voire fausses sur des réseaux sociaux) qui accentuent encore la difficulté de compréhension.

D'autre part, tout se passe actuellement comme si la diffusion de l'information conduisait automatiquement à un comportement de prévention. C'est oublier que de nombreux obstacles se dressent entre l'émission d'un message, sa compréhension puis son utilisation par la personne dans la vie quotidienne sur une durée relativement longue.

Le passage du traitement de l'information à la mise en œuvre d'un comportement de santé représente un véritable défi pour les publics les plus vulnérables.

En effet, l'utilisation d'une information est loin de constituer un processus passif. Il s'agit d'une appropriation qui s'appuie sur un apprentissage « situé », c'est-à-dire largement influencé par le contexte dans lequel il se réalise. De nombreuses étapes et conditions sont donc nécessaires pour tendre vers un comportement protecteur de soi et des autres.

On ne peut en rester à une simple diffusion de l'information – quand bien même serait-elle démultipliée et amplifiée – comme celle à laquelle on assiste actuellement. Il s'agit de passer à de véritables stratégies reposant sur les déterminants, les facteurs et processus explicatifs des comportements de santé et faisant appel à différentes modalités de médiations dont l'éducation. Cette dernière est particulièrement utile pour accompagner le passage de l'information d'un niveau populationnel à celui du groupe puis de l'individu, afin de favoriser des apprentissages significatifs.

Pour établir ces stratégies, il faut préalablement prendre en compte plusieurs principes comme :

- La nécessité que le traitement de l'information par les personnes soit actif, au moyen d'interactions, de débats soutenant des conflits socio-cognitifs à l'origine d'apprentissages en profondeur ;

- Le soutien de la recherche de sens par les personnes dans le choix de leurs moyens de prévention ;
- L'importance de s'assurer de la transférabilité des moyens de prévention dans la vie quotidienne de la personne et de manière durable.

Ainsi, au fur et à mesure que la stratégie se déploie, l'information s'inscrit dans une perspective d'apprentissage à résoudre les problèmes que nécessite l'application des messages de prévention au quotidien. Il s'agit d'interroger le sens qu'occasionne l'épidémie sur les changements d'habitude et d'analyser l'environnement dans sa dimension favorable ou non à l'application des moyens de prévention. Cependant, on rappellera que pour certaines personnes, ce traitement de l'information, ce questionnement, constituent un véritable défi et ceci pour deux raisons :

- D'une part, les capacités des personnes à accéder, comprendre, évaluer et appliquer les informations, de façon à prendre des décisions et appliquer ces informations à leur santé, ne sont pas maîtrisées par tous de la même manière. Par exemple, une enquête européenne a démontré que près de la moitié des adultes interrogés ont déclaré manquer de connaissances en matière de santé et ne pas avoir les compétences nécessaires pour prendre soin de leur santé et de celle des autres [3]. Appelée littératie en santé, ce champ d'analyse a documenté, depuis plusieurs années, ces différences d'acquisition en particulier socio-économiques et a pu démontrer que selon le niveau de maîtrise, les conséquences sur sa santé seront plus ou moins favorables [4] ;
- D'autre part, l'application de comportements de prévention, des gestes barrières, nécessitent un environnement qui le permette.

On entrevoit là toutes les difficultés en termes d'habitudes sociales, d'habitats, d'accès à des ressources matérielles pour que des groupes ou des personnes puissent appliquer les messages de prévention. Cela revient à dire que la prévention ne peut reposer uniquement sur la volonté des personnes. Si celles-ci n'y arrivent pas, ce n'est pas parce qu'elles ne le veulent pas, ni ne le peuvent pas mais parce qu'elles en sont empêchées par l'absence d'un environnement facilitant. Comprendre cela contribuerait à éviter le risque de stigmatisation des individus.

2 Proposition d'une intervention éducative brève

Pour obtenir des changements de comportements de santé face à l'épidémie, il est urgent de proposer, une éducation d'essence communautaire, respectueuse des décisions des personnes, fondée sur leurs logiques d'action et tenant compte de leur environnement. Cette « éducation d'urgence » (ou « *crisis education* »), couplée à une stratégie d'information, s'inscrit (selon les populations à laquelle elle s'adresse) dans le cadre d'une prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Elle correspond à une prévention ciblée, contextualisée et vise à l'appropriation de compétences en santé nécessaires pour répondre à la crise sanitaire actuelle. Tant que l'épidémie est

présente, ce type d'éducation peut venir compléter d'autres programmes d'éducation comme ceux de l'éducation à la santé familiale (dans son module portant sur les situations exceptionnelles) ou l'éducation thérapeutique du patient (ETP). L'insertion dans des programmes d'ETP permettrait de s'assurer que tous les patients de la file active puissent discuter l'application des mesures de prévention dans leur situation spécifique.

Si le déploiement d'une telle stratégie d'information et d'éducation n'a pas été envisagé au cours de la phase de confinement, celle-ci devrait au moins pouvoir prendre place dans l'organisation de la phase de dé-confinement, en particulier pour aider les personnes vulnérables et démunies. Quelle que soit l'option qui sera choisie, la stratégie s'appuiera sur différents formats informatifs et éducatifs.

Pour contribuer à leur conception et à leur mise en œuvre le Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS UR 3412) de l'Université Sorbonne Paris Nord a conçu une intervention éducative brève pour les personnes concernées par le COVID-19.

3 Fondements conceptuels de l'éducation d'urgence

Cette intervention d'éducation brève s'adosse à trois champs de pratiques :

- L'éducation thérapeutique de sortie d'hôpital dite ETP-SH [5]. Celle-ci ne concerne pas seulement les patients chroniques. En effet, dans plusieurs situations : après les interventions chirurgicales, obstétricales ou la post-réanimation, comme nous le voyons aujourd'hui avec l'épidémie de COVID-19, les patients qui sortent de l'hôpital ont impérativement besoin d'un accompagnement éducatif pour qu'ils puissent mettre en œuvre à leur domicile les compétences qu'on attend d'eux ;
- La littérature en santé, dans son registre d'application [6], qui propose des outils pour le repérage des personnes en difficulté de compréhension d'informations en santé (personnes illetrées par exemple) et pour l'accompagnement de ces personnes dans leur traitement des informations [7] ;
- Enfin, le champ de « l'identité-logement » [8] qui permet d'aborder les aménagements du domicile (dans le cas de personnes confinées chez elles qui doivent appliquer des comportements de prévention) tout en respectant les significations portées sur leur logement, leurs routines, et leur investissement émotionnel de l'espace et des objets.

4 Les principes de l'éducation d'urgence

Ces trois pratiques conjuguées, sur la base d'expérimentations évaluées par notre laboratoire [9], nous ont conduit à structurer l'intervention en plusieurs phases regroupées sur une rencontre d'une durée de 30 mn à 1 h (selon le contexte d'intervention), suivie d'un rappel téléphonique à distance. Cette intervention peut s'adresser à une personne et à son entourage, ou à un petit groupe de trois à quatre personnes. La durée brève de l'intervention conduit à être attentif à l'état émotionnel de la personne, lequel peut s'avérer un puissant

obstacle en cas de crainte, de peur. De même, l'attention cognitive de la personne devrait être soutenue au moyen d'un double processus : la valorisation de ce que fait la personne pour elle et son entourage et la planification d'activités à réaliser pour la projeter dans le sentiment de pouvoir agir sur la situation.

Les différentes phases sont relativement identiques à celles de l'éducation thérapeutique-*sh*. Chacune des étapes est enrichie par des techniques issues des deux autres champs. Pour exemple :

- Au cours de la première étape, il conviendra de tenir compte de l'état émotionnel de la personne dont on sait qu'il peut être un obstacle à l'apprentissage [10] et rassurer la personne ;
- Cette première étape est également consacrée au diagnostic éducatif, lequel permet la co-construction de l'intervention éducative avec la personne concernée au plus près de ses besoins, les apports de la littérature en santé permettent de s'assurer du niveau de compréhension du patient, d'identifier des ressources qu'il peut mobiliser, tandis que « l'identité-logement » contribue à comprendre les rapports que la personne entretient avec son habitat ;
- Cette phase laisse place à une négociation sur les applications possibles de prévention pour éviter toute stigmatisation ou perte de confiance et d'estime de soi ;
- De la synthèse de ce qu'il est possible de faire découlent les compétences que la personne devra acquérir et mobiliser. Leur détermination permet de concevoir une stratégie pédagogique adaptée à la personne, en particulier à son rythme d'apprentissage ;
- Au cours de la phase d'échanges interactifs, il s'agit avant tout de « faire-faire » et d'étudier avec la personne la transférabilité des apprentissages dans le lieu de vie lorsque l'éducation est réalisée à distance. On fera appel à des entraînements, des démonstrations, des simulations. La vérification permanente de la compréhension par la personne s'effectuera par des techniques spécifiques comme le « *teach back* » (reformulation) ;
- À distance de l'éducation, l'application des gestes barrières, des techniques de prévention, seront analysées au moyen d'une séance téléphonique planifiée à l'avance.

La mise en œuvre de cette intervention éducative brève suppose une formation des professionnels de santé et des personnes relais dans leur communauté. Celle-ci reposera en partie sur l'apprentissage par e-learning couplée à des séances de vidéo-conférence réunissant les participants pour conduire des analyses de pratiques. Pour aider les intervenants à structurer leur intervention, il a été proposé l'acronyme suivant : SAUVER. S comme Situer la personne (diagnostic éducatif) ; A comme s'Accorder sur les buts et les modalités de l'intervention éducative ; U pour Utilité des compétences déterminées ; V pour Vérifier la compréhension, l'application des savoir-faire ; E pour Elargir les apprentissages à d'autres situations et enfin ; R pour Rappeler à distance.

Dans cette période d'épidémie, la simple répétition de messages de prévention ne garantit pas qu'ils seront appliqués sur une durée encore difficile à estimer. Cela suppose, au contraire, l'acquisition de compétences au moyen d'une véritable stratégie d'information et d'éducation assurant aux

personnes concernées un véritable apprentissage. Dans l'urgence, «l'intervention d'éducation brève COVID-19» est une réponse qui vise à pallier les insuffisances d'une politique de santé dont les responsables n'ont pas suffisamment misé sur la compétence en santé des personnes et ont sous-estimé l'importance de leur littératie en santé [11].

Conflits d'intérêts. Les auteurs déclarent aucun conflits d'intérêts.

Références

1. Li W, Liao J, Li Q, Baskota M, Wang X, Tang Y, *et al.* Health education for parents during the COVID-19 outbreak public: A rapid review [préprint; en ligne]. 2020;2020.04.14.2006474. Disponible sur: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.14.20064741v1>.
2. Sansonetti P. Sortie de confinement, ou la somme de tous les dangers: COVID-19: chronique d'une émergence annoncée [Site Internet]. 14 avril 2020 [consulté le 24 avril 2020]. Disponible sur: <https://laviedesidees.fr/Sortie-de-confinement-ou-la-somme-de-tous-les-dangers.html>.
3. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, *et al.* Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015; 25(6):1053–1058.
4. Moser DK, Robinson S, Biddle MJ, Pelter MM, Nesbitt TS, Southard J, *et al.* Health literacy predicts morbidity and mortality in rural patients with heart failure. *J Card Fail* 2015; 21(8):612–618.
5. d'Ivernois JF, Gagnayre R, Morsa M. L'ETP précédant la sortie du patient, une nouvelle frontière pour l'ETP. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2017; 9:10001.
6. Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, de Andrade V, Azogui-Levy S. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. *Sante Publique* 2017; 29:811–820.
7. Okan O, Sørensen K, Messer M. COVID-19: A guide to good practice on keeping people well informed [Site Internet]. 19 mars 2020 [consulté le 29 avril 2020]. Disponible sur: <https://theconversation.com/covid-19-a-guide-to-good-practice-on-keeping-people-well-informed-134046>.
8. Trévidy F, Naudin D, Gagnayre R. L'apport des neurosciences au modèle de l'identité-logement : les stratégies d'apprentissage des personnes âgées concernées par la chute [en ligne]. *Éducation et socialisation* 10 septembre 2018 [consulté le 29 avril 2020]; 49. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/edso/4779>.
9. Lefèvre T, Denis C, Marchand C, Vidal C, Gagnayre R, Chariot P. Multiple brief interventions in police custody: The MuBIC randomized controlled study for primary prevention in police custody. Protocol and preliminary results of a feasibility study in the Paris metropolitan area, France. *J Forensic Leg Med* 2018; 57:101–108.
10. Gozdziński A, Schlutow M, Pittiglio L. Patient and family education in the Emergency Department: How nurses can help. *Journal of Emergency Nursing* 2012; 38:293–295.
11. Paakkari L, Okan O. COVID-19: Health literacy is an underestimated problem. *Lancet Public Health* [en ligne]. 14 avril 2020 [consulté le 29 avril 2020]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7156243/>.

Citation de l'article : Margat A, Pétré B, d'Ivernois J-F, Lombrail P, Cailhol J, Gagnayre R. COVID-19: Proposition d'un modèle d'éducation d'urgence. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2020; 12:10402.