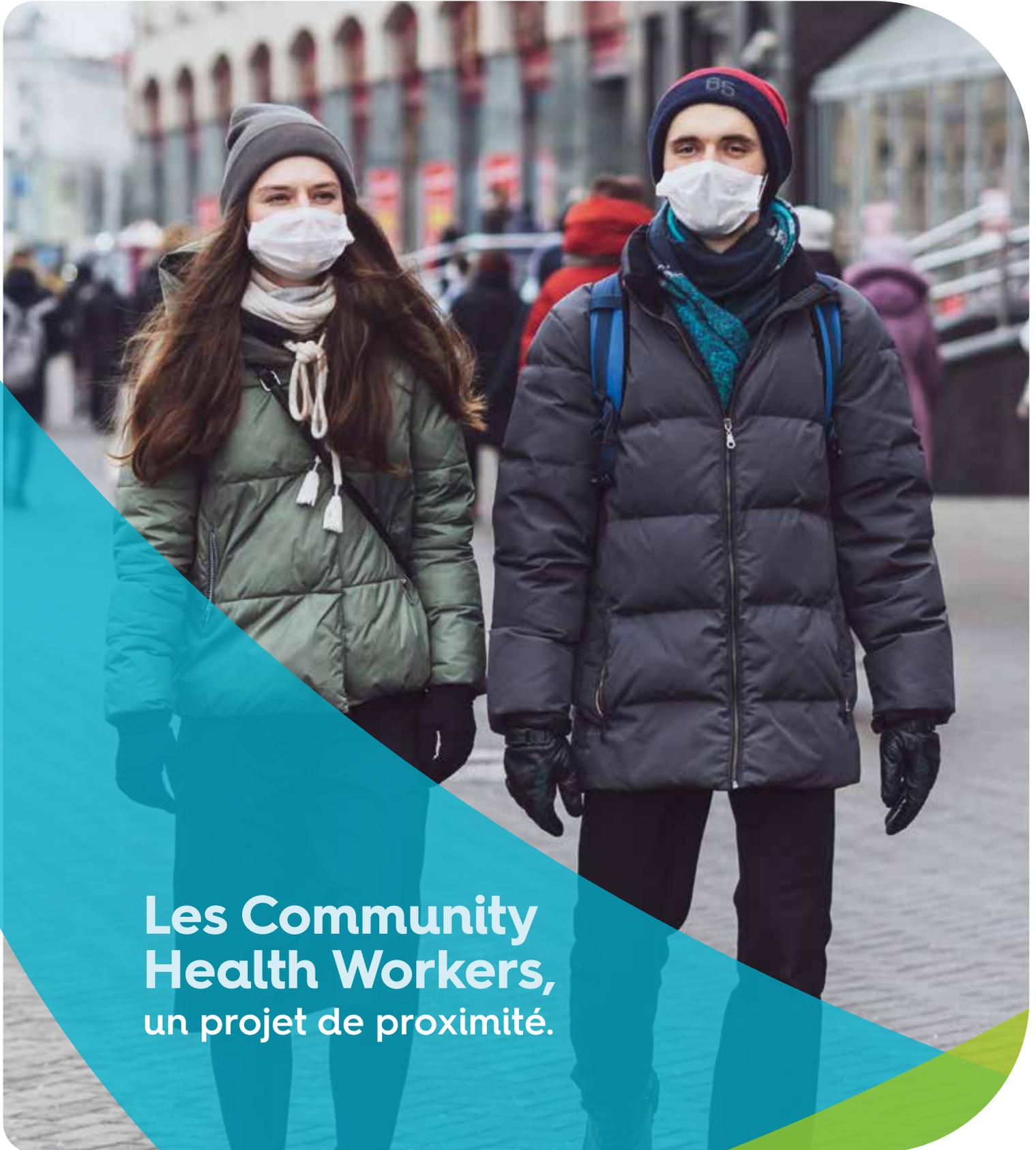


éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé – www.educationsante.be
N° 383 / DÉCEMBRE 2021



PB-PP
BELGIE(N)-BELGIQUE



**Les Community
Health Workers,
un projet de proximité.**

Sommaire



3

INITIATIVES

Les Community Health Workers



8

REPÈRES

Agents de tracing et promotion de la santé



13

DONNÉES

L'hésitation vaccinale des soignants



Retrouvez tous nos articles et des inédits sur notre site www.educationsante.be

Dans les inédits web ce mois-ci :

- ▶ Inciter le consommateur à acheter des aliments bons pour la santé via un Nutri-Score demande des efforts, Sciensano
- ▶ Lu pour vous: « Comment le secteur de la PS peut-il contribuer aux enjeux soulevés par le changement climatique et l'urbanisation? », le RESO – service universitaire de promotion de la santé de l'UCL (UCLouvain IRSS/RESO)

Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux



sociaux. Retrouvez-nous sur Facebook : www.facebook.com/revueeducationsante

MENSUEL (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT** : gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION** : Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS. **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI** : Juliette Vanderveken, Benoit Pétré, l'équipe de promotion santé de Solidaris, Alice Lecroart, William D'Hoore, Paloma Carillo-Santisteve. **RÉDACTRICE EN CHEF** : France Gerard (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE** : Rajae Serrokh, Juliette Vanderveken. **CONTACT ABONNÉS** : education.sante@mc.be. **COMITÉ STRATÉGIQUE** : Martine Bantuelle, Emmanuelle Caspers, Martin de Duve, Christel Depierreux, Dominique Doumont, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Marie Lefebvre, Denis Mannaerts, Daphné Scheppers, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Chantal Vandoorne. **COMITÉ OPÉRATIONNEL** : Pierre Baldewyns, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, Anne-Sophie Poncelet, Juliette Vanderveken. **ÉDITEUR RESPONSABLE** : Alexandre Verhamme, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE** : Émerance Cauchie. **ISSN** : 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET** : www.educationsante.be. **COURRIEL** : education.sante@mc.be. Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : www.pipsa.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be. Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt : Bruxelles X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrégation : P401139. Crédit photos : AdobeStock.

Les Community Health Workers

INITIATIVES

Le projet «Community Health Workers» – repris sous l'appellation «CHW» – est un vaste projet en santé communautaire démarré en mars 2021. Le projet a été conçu initialement pour favoriser l'adoption des gestes barrières et faciliter l'accès à de l'information correcte. Il répond à un besoin préexistant et plus profond d'améliorer l'accès aux soins et à la santé des personnes les plus précarisées qui, paradoxalement, en sont les plus éloignées mais qui en ont le plus besoin. Les barrières de l'accès aux soins et à la santé ont été cruellement renforcées par la crise sanitaire et les intempéries qui ont touché la Belgique au cours de l'été.

► JULIETTE VANDERVEKEN

Qu'on les appelle «agents de santé communautaire» à Bruxelles, «community health workers» en Flandre ou «facilitateur-trices en santé» en Wallonie, ces travailleur-euses ont pour mission d'aller à la rencontre de ces publics, dans leurs lieux de vie, et de les accompagner dans une démarche d'amélioration de l'accès aux soins et à la santé.

Origine du projet

Le constat n'est pas nouveau et le phénomène est tristement familier. Le non-recours aux droits dans le domaine de la santé¹ et les barrières dans l'accès aux soins de santé sont des problèmes connus, étudiés et documentés. Il en est de même pour les leviers et les différentes approches recommandées. Ces difficultés se situent à différents niveaux, de manière structurelle, sociétale et pas seulement individuelle. Il existe une corrélation entre le niveau de santé (et de bien-être) d'une population et le niveau socio-économique, d'éducation des personnes... et d'autres déterminants de la santé. La pandémie de Covid-19 n'a fait que renforcer ces problématiques.

C'est dans ce contexte de lutte contre la pandémie que le Cabinet du Ministre fédéral de la santé, Franck Vandembroucke, a lancé le projet pilote des «Community Health Workers». La mise en œuvre de ce projet a ainsi été confiée au Collège Intermutualiste National², et la coordination au



Dans le cadre de la lutte contre le Covid-19, les mutualités se regroupent pour mettre en place des projets :

- Les agents de tracing
- Les Community Health Workers
- Les agents de prévention (à Bruxelles)

Ces projets sont distincts et fonctionnent avec des enveloppes budgétaires séparées, mais se gèrent en étroite collaboration entre les mutualités.

«Les projets intermutualistes, pour certains très opérationnels comme celui-ci, sont une partie de l'avenir des mutualités. Nous montrons aux citoyens et aux politiques que nous sommes chacun des acteurs forts et incontournables, mais aussi qu'ensemble, nous pouvons monter des projets solides, d'envergure, avec une visée et une vision partagée. Je pense qu'on a tout intérêt à ce qu'on nous confie des missions comme celle des CHW. Il y a bien sûr toute une série d'autres acteurs qui mènent des projets de santé communautaire mais en tant que mutualité, nous avons notre place dans ce genre de projet et c'est tout à fait légitime au regard de nos missions.» (Julien Demonceau, coordinateur MC)

¹ Le non-recours aux droits dans la santé recouvre différents types tels que la non-demande, la non-proposition, la non-connaissance, et le non-accès, comme formulé par le SPP Intégration sociale, Lutte contre la Pauvreté, Économie sociale et Politique des Grandes Villes, et du SPF Sécurité sociale, dans son document «Proposition d'actions transversales pour un plan de lutte contre le non-recours aux droits sociaux» (https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/ntu_proposition_dactions_transversales_pour_un_plan_de_lutte_contre_le_non-recours_aux_droits_sociaux.pdf)

² Le Collège Intermutualiste National (CIN) belge est une association de mutualités composée des représentants des 5 Unions Nationales de mutualités (la Mutualité chrétienne, Solidaris, Union nationale des Mutualités Libres, Union nationale des Mutualités Libérales, Union nationale des Mutualités Neutres) ainsi que de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité et de la Caisse des Soins de Santé de HR Rail. Ensemble le CIN représente toute la population belge assurée sociale soit plus de 10 millions de personnes. <https://fra.mycarenet.be/bienvenue>

niveau fédéral et de la Wallonie a été attribuée à la Mutualité chrétienne (MC). En effet, ce projet est au cœur des missions des mutualités.

Le financement recouvre l'engagement d'environ 50 ETP, répartis sur le territoire de la manière suivante : 12 ETP à Bruxelles, 17 ETP en Wallonie et 21 ETP en Flandre (ainsi que les frais de coordination et de mise en œuvre). Il couvre la période allant de mars à décembre 2021.

Développement du projet en Wallonie

En Wallonie, le Collège Intermutualiste National a choisi dès le départ de conclure une convention de partenariat avec le Réseau Wallon de Lutte Contre la Pauvreté (RWLP). *« Le RWLP est un partenaire essentiel du projet, par sa connaissance du terrain, son réseau et son travail au sein du comité de pilotage fédéral. Sa compréhension de la réalité vécue sur le terrain par les gens qui subissent l'appauvrissement, la pauvreté et la pauvreté durable, ainsi que le choix des zones à couvrir en priorité, son implication dans le recrutement et l'accompagnement des facilitateur-trices sont des facteurs précieux qui contribuent à la réussite de ce projet. »*, nous confie Julien Demonceau (MC), coordinateur du projet CHW sur l'ensemble de la Région Wallonne. *« Au départ, les mutualités se sont tournées vers nous avec des questions très concrètes concernant le travail avec les personnes qui subissent la pauvreté durable et notre connaissance du réseau actif. Ce n'est pas le public habituel des mutualités car ces personnes n'y ont pas accès ou n'y ont pas nécessairement recours »*, appuie Antoine Dujardin, en charge de suivre ce partenariat au RWLP.

L'autre partenaire du projet est la Fédération des Maisons médicales. Ces deux associations sont à la fois membres du Comité de pilotage fédéral et wallon du projet. Sur le terrain, par exemple, l'équipe prend systématiquement contact avec les maisons médicales de chaque zone.

Délimitation des zones et ciblage des quartiers

La première étape du projet, à l'échelle fédérale, a été de délimiter les zones et les quartiers d'intervention. Sur le papier, le projet s'adresse aux habitant-es des communes et des quartiers les plus précarisés. Mais si on s'en tenait à un classement des communes et quartiers en fonction du niveau de revenu moyen par habitant, tous les moyens auraient été alloués à Bruxelles et en Wallonie. Pour équilibrer la répartition des moyens, d'autres critères démographiques ont été ajoutés dans la balance.

Les régions ont ensuite eu la main sur le choix des zones à couvrir, chacune développant sa propre stratégie. Par



exemple, en Flandre, le choix a été de se concentrer sur les 5 grandes zones urbaines (Anvers, Ostende, Tirlemont, Genk et Gand), tandis qu'à Bruxelles, les agents de santé communautaire se sont répartis sur plusieurs zones dans 6 communes.

En Wallonie, *« en se tenant uniquement au classement des quartiers avec les revenus les plus faibles par habitant, les moyens risquaient d'être très dispersés, avec certains lieux très éloignés les uns des autres »*, constate Julien Demonceau. Or *« stratégiquement, il fallait aussi démontrer avec cette mission-pilote que le travail en santé communautaire a une réelle plus-value. Donc, il fallait essayer de concentrer l'action de manière plus conséquente dans des zones plus restreintes »*. 3 zones ont finalement été retenues, et des communes au sein de ces zones ont été ciblées : Charleroi – Châtelet, Liège et Verviers-Dison (où opèrent respectivement 7,7 et 3 facilitateur-trices), ainsi qu'un facilitateur en région germanophone, dans la commune de la Calamine et certains quartiers d'Eupen.

Des pair-aidant-es issus des quartiers d'intervention

Le recrutement des facilitateur-trices en santé constituait la deuxième étape. Il a d'emblée été convenu avec le RWLP d'engager des pair-aidant-es, c'est-à-dire des personnes ayant une situation socio-économique équivalente (ou la plus proche possible) à celle du public-cible et issues de ces quartiers. *« L'intérêt d'avoir des personnes aux conditions socio-économiques équivalentes est qu'elles ont un parcours de vie et ont rencontré des difficultés similaires, et peuvent donc se comprendre, développer un lien, une écoute, un accompagnement d'autant plus soutenant et bien accueilli. L'approche territoriale est un autre facteur très important. Les facilitateur-trices ont une connaissance du tissu social, relationnel, des lieux de vie et du moment de la journée où ces lieux sont animés. Ces compétences et connaissances peuvent aussi s'acquérir au fur et à mesure sur le terrain, en allant à la rencontre des personnes. J'ai par exemple accompagné Annas lors d'une maraude à*

Verviers. C'est surprenant de voir qu'il est salué dans toutes les rues que nous avons traversées, il est constamment accosté par les gens du quartier, le lien se tisse tellement plus rapidement » nous raconte Antoine Dujardin.

Un autre souhait était de composer une équipe avec des bagages complémentaires pour créer un large éventail de connaissances et de compétences, avec une attention particulière pour l'équilibre de genre, l'accès à certaines communautés et une diversité de langues parlées. « *Le RWLP, en lançant un appel à leurs réseaux associatifs, nous a renseigné des personnes candidates. On a travaillé au recrutement avec des expert-es du vécu* », complète Julien Demonceau.

Accompagnement et formation

Au moment du lancement de la mission, toute l'équipe a reçu une formation sur l'accès aux soins, le fonctionnement et le rôle de la sécurité sociale, l'utilisation des outils, la pair-aidance (le statut, le fonctionnement...), la pauvreté (ses origines, ses causes et conséquences), etc. Grâce aux interventions et en fonction des besoins qui ont émergé au fur et à mesure, d'autres formations se sont ajoutées au parcours, comme par exemple les questions liées au secret professionnel avec l'aide du Comité de Vigilance en Travail Social.

Pour encadrer et soutenir le travail des facilitateur-trices, des coachs sont en charge des différentes zones couvertes. Ces derniers sont issus principalement des secteurs social et de la promotion de la santé, certain-es d'ailleurs issu-es du secteur mutualiste. Ces coachs peuvent se référer à un comité de pilotage opérationnel (composé de collaborateurs de la MC et de Solidaris). Ils sont les repères directs des facilitateur-trices et sont présents pour permettre à ces dernier-ères de déposer leur vécu.

Une des missions confiées au RWLP (via Antoine Dujardin) est l'organisation d'interventions régulières, entre les équipes et les différentes zones, grâce à son expertise et son regard externe. Ces interventions sont avant tout un espace de parole pour permettre aux facilitateur-trices d'appréhender les situations difficiles auxquelles ils-elles sont confrontés. Elles permettent également de travailler la posture des travailleur-euses et trouver la juste proximité (« ne pas devenir une éponge émotionnelle », « éviter le syndrome du sauveur », par exemple).

Introduire la mission auprès des partenaires

L'équipe de coordination a également veillé à un dernier aspect essentiel avant de démarrer le projet : l'introduction de la mission et des collègues auprès des partenaires locaux et des acteurs de terrain. Julien Demonceau explique : « *C'est particulier de 'débarquer' ainsi, il faut veiller à ce que les acteurs déjà en place ne nous voient pas comme des concurrents. Nous sommes vigilants à nous positionner comme complémentaires à leurs actions. En outre, le projet*

CHW est un projet fédéral qui bénéficie de moyens conséquents, dans un horizon de temps relativement court (ndlr : du moins, au moment du démarrage), face à des acteurs ne disposant pas toujours de moyens suffisants pour réaliser leurs missions. Une fois encore, la collaboration avec le RWLP s'est révélée précieuse pour introduire la mission, ouvrir certaines portes et clarifier notre action. » Plus de 125 partenaires locaux ont ainsi été contactés en amont du lancement de la mission.

Concrètement, l'accompagnement des facilitateurs sur le terrain c'est...

(Re)tisser un lien de confiance avant tout

« *Nous l'avons identifié dès le départ mais le travail sur le terrain le confirme : il n'y a jamais une seule barrière à lever pour garantir l'accès aux soins et favoriser la santé des personnes. La majorité des situations rencontrées concerne des problématiques multi-domaines, qui dépassent la question de l'accès aux soins de santé au sens strict du terme* », commence par souligner Julien Demonceau. « *La mission repose sur un processus long, qui se base avant tout sur le tissage de la confiance.* »

Antoine Dujardin appuie ces propos : les personnes auxquelles s'adressent les facilitateur-trices « *sont dans la débrouille, dans le 'trop peu de tout', et ce souvent depuis des années. Avant tout, l'objectif est de (re)créer un lien de confiance avec ces personnes qui peuvent avoir de la méfiance ou de la défiance envers l'État, le service public ou les politiques parce que ça fait des années qu'elles n'ont pas eu droit à un logement, à la mobilité, à un travail décent, à être un citoyen reconnu 'symboliquement'... Ces droits sont tous liés dans un ensemble et se répondent, se renforcent.* »

La méfiance ou la défiance envers les mesures et la vaccination est plus grande chez les personnes ayant des années de non-recours aux droits, au-delà même de la santé, et qui ne sont pas rattachées à un.e médecin généraliste ou une maison médicale. Elle est un symptôme de la fracture entre l'Etat, la classe politique et leur vécu. Les inondations ont creusé le fossé, les personnes sinistrées se sont senties complètement abandonnées par les services publics et les politiques.

(Antoine Dujardin, RWLP)

Accompagner

Les facilitateur-trices n'ont pas d'impératif de résultat direct dans leur travail. Un-e facilitateur-trice peut être accosté-e dans la rue et discuter avec une personne sans



Christine Geron et Dorothée Mardaga, coachs sur les zones de Verviers-Dison et Liège, nous racontent les personnes et les situations rencontrées sur le terrain.

« Les situations sont très diverses et variables, et dépendent aussi du profil de chaque facilitateur. Par exemple, un des facilitateurs de Verviers accompagne beaucoup de personnes de la communauté arabophone car il parle l'arabe. Il fait par ailleurs face à beaucoup de démarches administratives concernant l'aide médicale urgente³, ce qui est moins le cas de deux autres facilitatrices de cette zone, qui assurent une permanence régulière dans les locaux de la Croix-Rouge où elles sont davantage en contact avec des personnes sous influence de substances diverses. Certain.es fonctionnent mieux seul.es, d'autres préfèrent travailler en binôme. Que l'on soit un homme ou une femme amène aussi à rencontrer des personnes aux profils différents. (...) À Liège, par exemple, beaucoup de demandes d'accompagnement concernaient la vaccination au début. La fracture numérique, le labyrinthe administratif, la mobilité sont des freins que l'on rencontre fréquemment. (...)

On se trouve aussi face à la difficulté de travailler sur des besoins urgents, des problèmes qui ne peuvent pas ou plus attendre... Si on ne réagit pas très vite, on risque de perdre le lien avec la personne. (...) Une fois le problème urgent résolu, on peut se retrouver face à une montagne de problèmes sur le dos des personnes. Ce n'est pas forcément toujours vécu partout de la même façon, notamment parce que le projet pilote est délimité dans le temps : certains essayent plutôt de débloquer une situation à un moment X pour que les personnes puissent ensuite avancer d'elles-mêmes. Et parfois on ne saurait faire l'impasse sur un travail de longue haleine et un accompagnement qui prend de l'envergure au fur et à mesure qu'on lève des barrières. Voici une situation rapportée par une facilitatrice : il s'agit d'un couple de personnes d'origine étrangère. La dame est en ordre au niveau de ses papiers et est enceinte actuellement. Le monsieur a introduit une demande de régularisation mais fait face à des soucis de santé. La facilitatrice qui les suit est confrontée à un ensemble de problématiques qui impactent ce couple. (...)



que cela ne donne lieu nécessairement à une intervention. Au fil d'une rencontre, un besoin peut être exprimé. Le-la facilitateur-trice part par exemple d'une problématique de logement ou de mobilité pour – étape par étape, et à l'image d'un entonnoir – arriver progressivement à travailler sur l'accès aux soins de santé, si la personne le souhaite.

Le-la facilitateur-trice en santé joue le rôle de personne-pivot pour amener une personne vers une structure, ou lancer une démarche favorable à sa santé et son bien-être, par exemple. Il-elle propose, accompagne, oriente mais ne fait pas « à la place de ». L'accompagnement peut être plus ou moins long, mais en ligne de mire l'objectif est que les personnes puissent prendre en charge elles-mêmes leur santé et leur accès aux soins. Délimiter l'action de chaque accompagnement est un équilibre à trouver, qui se construit au fur et à mesure et qui est spécifique à chaque situation rencontrée.

Un travail de longue haleine

Tout ce travail de rencontre et de lien à tisser avec les personnes peut prendre du temps, d'autant qu'il est souvent alourdi par des procédures administratives longues et ardues pour débloquer ou faire avancer la situation de ces personnes.

Avec les partenaires

Les retours et les collaborations avec les autres acteurs présents sur le terrain sont très positifs. Les facilitateur-trices et les coachs font un travail de proximité tant avec les bénéficiaires qu'avec les partenaires. Ils-elles ont su s'intégrer dans le tissu associatif en se positionnant de manière complémentaire, et mettre en place des partenariats et des collaborations.

³ L'Aide Médicale Urgente (AMU) est une forme d'aide sociale octroyée par les CPAS, qui a pour objectif de garantir l'accès aux soins médicaux aux personnes sans séjour légal.

« À Liège, nous raconte Dorothée Mardaga, coach sur cette zone, nous avons établi une belle collaboration avec l'association Smi'le⁴, qui réalise un travail de santé communautaire auprès des personnes vivant en rue. Au départ, nous leur avons demandé de venir nous former aux maraudes et à l'approche des personnes vivant en rue, parfois sous l'influence de psychotropes. Une collaboration toute naturelle s'est construite par rapport aux personnes que ces infirmières suivaient à partir du moment où celles-ci retrouvent un logement. Les facilitateur-trices reprennent l'accompagnement pour les questions ayant trait à la santé. »

Les inondations

Un événement a fortement impacté la mission au cours de l'été : les inondations consécutives aux intempéries ont rudement touché certains quartiers dans lesquels opèrent les facilitateur-trices. Du jour au lendemain et pendant plusieurs semaines, leur travail a été centré sur l'aide d'urgence aux personnes les plus démunies et souvent les plus impactées. À Verviers, l'association Psy-Infi-Vesdre les a contacté-es pour établir les besoins psycho-sociaux des personnes sinistrées. Par duo, ils-elles ont fait du porte-à-porte. Preuve s'il en faut que leur expertise, leur connaissance pointue du territoire et leurs contacts sont reconnus sur le terrain. Ils permettent ainsi d'identifier et d'agir plus rapidement envers les personnes qui en ont le plus besoin, qui n'iraient peut-être pas chercher de l'aide ou ne se mettraient pas en démarche dans ce sens.

Si au départ les problématiques avaient trait à la santé mentale, au trauma vécu, etc., des problèmes de santé physique sont aussi arrivés dans les demandes, comme les maladies respiratoires liées aux champignons, à l'humidité et à l'insalubrité. (...)

(Christine Geron et Dorothée Mardaga, MC)

Évaluation et plaidoyer

« Il est clair pour toutes les parties prenantes du projet CHW que les facilitateur-trices ne vont pas « réparer » en quelques mois des années de non-recours aux droits dans le domaine de la santé. Mais tous perçoivent l'utilité de cette mission. » nous explique d'emblée le coordinateur. Au terme de ces quelques mois sur le terrain, l'évaluation de la mission est confiée à des chercheurs de l'Université d'Anvers. Dans leur travail quotidien, les facilitateur-trices utilisent un outil qui fonctionne comme une street-map, dans laquelle ils notent les situations rencontrées, comme aider une personne à prendre rendez-vous pour la vaccination. Ils participent également à des focus groups avec l'équipe de recherche.

Pour mettre davantage en lumière les signaux d'alerte structurels et la complexité des situations rencontrées, l'équipe de coordination envoie des rapports réguliers sur base des retours directs du terrain. Le RWLP formule aussi régulièrement des recommandations, alimentées par son regard nourri du travail avec les témoins du vécu et les militant-es.

Un projet reconduit !

À l'heure d'écrire cet article, nous apprenons que le projet est reconduit pour l'année 2022, en bénéficiant du même financement.

Tous les éléments plaident en effet en faveur d'une prolongation : pour favoriser l'accès aux soins de santé et la santé des personnes les plus précarisées, une approche communautaire, avec l'implication de pair-aidant-es, a tout son sens et est en mesure de produire des résultats positifs pour les personnes auxquelles on s'adresse. Des éléments comme le taux de vaccination au sein de ces populations ou la longueur des démarches administratives à entamer viennent renforcer ces constats.

Éducation Santé vous proposera d'en tirer le bilan avec l'équipe dans un an...

i

Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.chw-intermut.be/index-FR.php



4 <https://www.smi-le.org>

Agents de tracing et promotion de la santé

REPÈRES

Retour sur une expérience d'accompagnement des agents de suivi des contacts dans une perspective de promotion de la santé.

► BENOIT PÉTRÉ ET L'ÉQUIPE DE PROMOTION DE LA SANTÉ DE SOLIDARIS

Benoit Pétré travaille dans le Département des Sciences de la Santé publique de l'Université de Liège

Partout dans le monde, la pandémie de coronavirus a mis et continue de mettre au défi l'organisation et l'efficacité de notre système de soins de santé. Les gouvernements du monde entier ont développé des réponses stratégiques afin de minimiser l'impact de la maladie et de sa propagation sur la morbidité et la mortalité de leur population, ainsi que les risques sociaux et économiques associés. L'aspect préventif occupe une place centrale des réponses envisagées permettant d'éviter la propagation du virus et la surcharge des services sanitaires dans l'accueil des patients. Parmi ces mesures préventives, le tryptique « testing, tracing (en français, suivi des contacts) et isolement » constitue un socle fondamental en matière de santé publique pour contrôler l'évolution de la maladie ⁽¹⁾.

Une littérature spécialisée sur le suivi des contacts commence à se développer. Toutefois les travaux restent assez techniques sur les structures organisationnelles nécessaires à un suivi des contacts structurés ⁽²⁾ ou décrivant l'efficacité des dispositifs ⁽³⁾. Peu de travaux se sont intéressés jusqu'à présent aux aspects qui facilitent l'engagement de la population dans la stratégie de prévention « suivi des contacts ». Il existe bien quelques repères, notamment dans les travaux du Centre pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), ainsi que quelques premiers travaux cherchant à identifier les freins et faiblesses d'engagement des citoyens dans le suivi des contacts.

Le succès du suivi des contacts (comme le testing et l'isolement) repose sur la volonté des citoyens de respecter les mesures proposées. Les mesures de prévention se concentrent en effet sur des stratégies qui appellent la participation active des citoyens. Dans ce contexte, les sciences du comportement devraient être mobilisées pour soutenir

les citoyens dans la participation aux mesures préventives ⁽⁶⁾. Particulièrement, plusieurs observateurs plaident pour une approche d'accompagnement des citoyens inscrite dans une perspective de promotion de la santé. ⁽⁶⁾. Cet angle d'approche se détache d'une politique paternaliste, d'imposition des mesures préventives pour favoriser au contraire le soutien à l'autonomie, la prise de décision éclairée et la mise en capacité des individus dans des stratégies de prévention en santé (empowerment).

Contexte

En juin 2021, le service de Promotion de la Santé de Solidararis reprend la coordination des agents de suivi de contacts qui se rendent au domicile, principalement, des personnes atteintes du Covid19 et des personnes ayant eu des contacts à haut risque. Composée d'une cinquantaine d'agents intermutuellistes couvrant le territoire de la Région wallonne, ils sont chargés de se rendre à domicile à partir de 48h après un test positif effectué par un citoyen et un contact sans succès effectué par le call center. À l'aide de scripts (document type à utiliser), leur mission est d'apporter soutien et accompagnement à ces personnes vis-à-vis des mesures sanitaires (stratégies d'isolement, démarches vers l'employeur...), d'effectuer le suivi des contacts (faire le relevé confidentiel des personnes ayant été en contact avec le sujet positif pendant la période contagieuse) et d'inviter les personnes à des mesures préventives complémentaires (vaccination et application de suivi des contacts). À ce moment de l'épidémie, un des problèmes constatés était un déclin majeur dans le nombre de contacts rapportés : moins de 1 contact rapporté par personne rencontrée. C'est dans ce contexte que le service a fait appel à l'expertise du Département des Sciences de la Santé publique de l'U-Liège. La demande était de mettre en place un dispositif de soutien aux agents de contact afin d'aborder leurs pratiques selon un angle de promotion de la santé, dans la perspective d'augmenter le nombre de contacts renseignés par les personnes.

Soubassements théoriques, intervention proposée et mise en œuvre de l'accompagnement

Le Département des Sciences de la Santé publique développe depuis plusieurs années un domaine d'expertise autour des questions d'éducation thérapeutique, éducation en santé et plus largement de promotion de la santé à travers de nombreux projets de recherche et de missions assurées pour la communauté. Il s'agissait ainsi de repenser une activité relativement nouvelle sur le territoire wallon à travers des principes généraux bien connus de promotion de la santé.

L'accompagnement proposé a été envisagé davantage selon des échanges d'expériences que comme des exposés magistraux, méthode d'ailleurs favorisée par des travaux internationaux ⁽⁷⁾. Cela était d'autant plus cohérent que certains agents étaient engagés depuis plus d'un an dans le suivi des contacts. La stratégie pédagogique visée cherchait davantage à valider les stratégies développées par les agents de suivi de contacts et les rapprocher des principes s'inscrivant dans une perspective de promotion de la santé.

Plus spécifiquement, l'accompagnement s'est donné les objectifs pédagogiques spécifiques suivants : renforcer le pouvoir d'agir des personnes, amener une réflexion sur ce sur quoi elles ont du contrôle et favoriser le sentiment d'utilité de la mission. Ces 3 objectifs ne sont pas sans rappeler les composantes de motivation dans l'apprentissage du pédagogue Rolland Viau ⁽⁸⁾.

Au niveau des méthodes pédagogiques, nous avons privilégié l'usage de la simulation. Méthode d'apprentissage actif par excellence, la simulation a comme avantage particulier de stimuler le débat et l'échange d'idées autour d'une thématique centrale abordée dans l'exercice, ce qui correspond parfaitement à la recherche de partage d'expériences considérée. Les situations de simulation ont été conçues au plus près du terrain, en s'inspirant de situations rencontrées par les agents et par souci d'authenticité (voir encadré). Le scénario reprenait systématiquement une phase d'engagement dans la conversation avec la personne rencontrée, le suivi des contacts et la vaccination.

En termes de contenus, il s'agissait d'introduire dans le dispositif et à travers le débriefing, moment d'apprentissage le plus significatif dans la simulation, différentes techniques et méthodes (modèles des croyances relatives à la santé ; modèle dynamique de la motivation, techniques d'écoute active, gestion des émotions, introduction à l'entretien motivationnel) permettant d'approcher les citoyens rencontrés selon une perspective de promotion de la santé (Citoyen acteur et partenaire de santé – Position active du patient – Vision positive de la santé – Soutien à l'autonomie des personnes dans la prise de décision – Approche globale de la personne). Le lien entre les techniques et méthodes et les principes clés de promotion de la santé étaient systématiquement expliqués aux participants.

Différentes ressources ont également été présentées et renseignées aux participants, notamment pour resituer de manière plus globale la question de la gestion de la crise sanitaire sous l'angle de la promotion de la santé ^(9,10).

En fin de formation, les participants se sont vus remettre un document reprenant des expressions types, extraites des épreuves de simulation et de leur débriefing, à utiliser de manière souple lors de leur visite au domicile (voir encadré).

Chaque agent de suivi des contacts s'est vu proposer 2 séances d'accompagnement, soit un total de 8 séances pour l'ensemble de la population considérée : l'une introdui-



Exemple de scénario pour la simulation

Jeremy, 35 ans, travaille en grande surface (remise en rayon). Il a 3 enfants et une épouse qui vivent tous sous le même toit.

Il a fait le test car il souhaitait partir en France 3 jours en weekend prolongé. Le test s'est révélé positif.

Il n'a pas de symptôme. Il ne se sent pas très concerné par ce qui lui arrive. Il a pourtant des cas sévères dans sa famille (maman hospitalisée).

Il peine à comprendre ce qu'est le tracing, sa fonction. Il montre beaucoup d'hésitation dans le dialogue (méfiance envers qui est la personne qu'il rencontre). La méfiance ne diminue que si l'agent tente d'accueillir cette émotion et clarifie son rôle.

Il ne souhaite pas s'arrêter de travailler car il n'aurait pas de rentrée financière. Il a peur de la réaction de la patronne. Il a très peur que cela impacte son boulot car les rentrées financières sont déjà limitées et il vient de perdre sa responsabilité d'un secteur du magasin. Il ne veut pas donner le nom du magasin car il a peur des répercussions pour lui.

Contacts potentiels : il a fait une grosse fête au 15 août mais ne veut pas dénoncer ses copains qui ne peuvent pas se retrouver en quarantaine (la fête était non autorisée). Il n'est pas motivé à donner les noms des amis avec qui il a fait la fête le 15 août (il va jusqu'à revenir sur ce qui a été dit avant en déclarant finalement n'avoir vu qu'1 ou 2 personnes).

Il est réfractaire au vaccin car il veut garder son choix libre sur la vaccination (et il n'en ressent pas le besoin car son sentiment de vulnérabilité est faible). Il montre de l'agressivité quand la question de la vaccination est abordée en indiquant que l'agent n'est pas médecin. Il adhère partiellement aux théories complotistes.



sant les méthodes et techniques renseignées ci-dessus et une seconde permettant leur approfondissement, toujours grâce à la mise en pratique par la simulation.

Évaluations et apprentissages

Pour évaluer le dispositif, différentes sources d'information ont été utilisées. D'une part, il s'agit des échanges réalisés pendant les séances d'accompagnement avec les agents, les débriefings entre les équipes de Solidaris et du DSSP. D'autre part, les informations issues de deux outils permettant une collecte des données plus systématiques auprès des participants complètent l'évaluation : une enquête de satisfaction appelant les participants à se positionner sur la plus-value du dispositif, le potentiel de transfert dans leur pratique, les éléments appréciés et ceux à ajuster ; une enquête avant/après formation cherchant à mesurer le sentiment d'efficacité des agents dans l'engagement des citoyens dans le suivi des contacts.

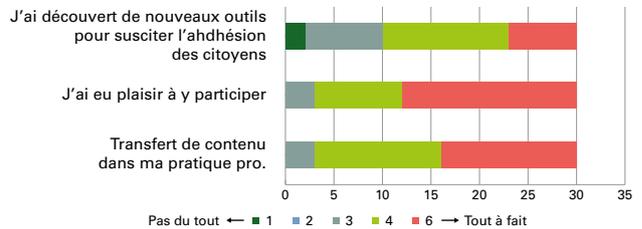
Ne s'agissant pas d'un article de recherche original au sens strict du terme, nous discutons ci-après quelques apprentissages transversaux issus de ce travail et des informations collectées.

Une réception favorable et un besoin d'accompagnement

Même si l'arrivée tardive du dispositif a été dénoncée, les participants se sont montrés très enthousiastes et satisfaits de leur participation aux séances d'accompagnement. La Figure 1 reprend quelques données de satisfaction des parti-

cipants à l'issue du 1^{er} module d'entraînement. Les résultats suggèrent une haute satisfaction des participants. S'ils ont eu du plaisir à participer, ce sont surtout les deux indicateurs de découverte de nouveaux outils et du transfert dans la pratique qui doivent rassurer sur l'intérêt de la formation en réponse à un besoin d'accompagnement des agents.

Figure 1. Évaluation de la satisfaction du 1^{er} module d'entraînement (n=30)



Le besoin de se confronter, d'échanger sur leurs pratiques est ressorti comme élément central des enquêtes de satisfaction. La simulation s'est révélée être une stratégie de 1^{er} choix pour soutenir cet échange d'expériences. Deux conditions d'apprentissage centrales véhiculées par la simulation (en particulier lors des débriefings) nous paraissent fondamentales vis-à-vis de la thématique abordée : l'interaction entre pairs comme source d'apprentissage et l'exercice de métacognition (entendue comme l'exercice de jugement, analyse et régulation effectué par un apprenant sur ses propres performances ⁽¹¹⁾). Dans ces conditions, l'expert en contenu (ici d'éducation et promotion de la santé) prend un rôle de facilitateur des échanges, en préparant les scénarios de simulation selon des objectifs pédagogiques précis, et en donnant le rythme des échanges avec une distribution de la parole et quelques interventions plus ponctuelles pour consolider les acquis des participants par l'introduction de quelques repères plus théoriques. Ce dernier point permet de valider les stratégies mobilisées par les agents en les inscrivant dans des stratégies éprouvées de promotion de la santé.

Ainsi, la simulation crée un espace sécurisé permettant aux participants d'échanger librement et de manière structurée sur leurs expériences de suivi des contacts. Il s'agit également d'une réponse opérationnelle aux recommandations, notamment du CDC, qui situent les échanges d'expériences au cœur du renforcement de compétences des agents sans véritablement préciser comment les organiser.

Les participants ont également demandé à poursuivre le travail d'échange pour aborder d'autres situations complexes rencontrées sur le terrain, notamment face à des individus agressifs ou pour faire face aux émotions générées par certaines situations.

Travailler l'engagement de la personne avant le suivi des contacts

Les agents de suivi se sont révélés assez rapidement bien préparés pour faciliter l'élicitation des contacts par la population. Les scripts dont ils disposent offrent des méthodes permettant de structurer le rappel des événements vécus

par la personne et des contacts réalisés pendant une période donnée. La plus grosse difficulté identifiée concerne bien la motivation ou les réticences des personnes positives à communiquer leurs contacts. C'est ici qu'intervient toute la subtilité des stratégies de promotion de la santé. Le suivi des contacts peut en effet se réaliser selon plusieurs perspectives : d'une vision très contraignante, persuasive, à une vision respectant davantage l'autonomie de la personne.

Inscrite dans une approche de promotion de la santé, notre vision et proposition d'accompagnement se situe davantage dans la deuxième perspective visant à conférer aux personnes les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé individuelle et collective. Les techniques et méthodes présentées aux participants ont été considérées comme très utiles et autant de ressources à mobiliser par les participants. Ces derniers étaient généralement peu familiers avec les théories évoquées. À titre d'exemple, voici quelques éléments qui ont particulièrement émané des discussions du groupe : se présenter de manière professionnelle aux personnes et rappeler le sens de la visite en mots simples et accessibles ; développer un panel de stratégies pour lever les résistances à énumérer ses contacts ; aborder le sujet de la vaccination tout en restant dans son rôle d'agent. Ce dernier point quant à la posture à adopter

est un élément qui nous paraît fondamental à travailler dans ce type d'accompagnement.

Les participants ont finalement émis le souhait de disposer d'informations actualisées sur les questions de vaccination, du suivi administratif et financier pour les personnes mises en quarantaine et de la manière de gérer les refus de collaboration.

Renforcer les compétences des agents : une approche nécessaire mais non suffisante

Un point saillant qui ressort de nos résultats et réflexions est relatif au positionnement des agents et leur limite d'action dans le cadre du suivi des contacts.

Ces constats questionnent les limites du pouvoir d'agir de la part des agents de suivi. Un point important discuté pendant les séances est celui d'accepter le refus de collaboration ou l'obtention d'une information partielle de la population. Ceci rappelle que les acteurs engagés dans l'éducation en santé n'ont qu'un rôle limité sur les changements de comportements attendus. C'est toute la difficulté de la promotion de la santé qui crée des opportunités sans assurer que cela se traduise en transformations du comportement.

Exemples de phrases clés proposés

Ouvrir la communication – s'intéresser à la personne – accueillir les réactions : « Avant toute chose, comment vous sentez-vous ? Comment allez-vous ? Comment cela se passe à la maison ? » « À quelles questions puis-je répondre avant de commencer ? »

Expliquer ce qu'est le suivi des contacts : Expliquer la chaîne de contamination : « Afin d'empêcher la propagation du COVID-19 dans la communauté, nous devons discuter avec les personnes qui ont pu être exposées et travailler avec elles pour s'assurer qu'elles reçoivent des soins si nécessaire et qu'elles surveillent elles-mêmes les symptômes afin de ne pas transmettre le virus à d'autres personnes par accident »

Quelques stratégies pour lever l'hésitation :

- ▶ Expliciter les bénéfices du suivi pour la personne renseignée : « votre ami aura droit à un test de dépistage gratuit » ; « vous n'auriez pas envie de savoir vous si vous aviez été exposé ? » ; « certains de vos contacts seront certainement contents d'avoir l'information pour protéger les contacts vulnérables »
- ▶ Utiliser l'ambivalence soulevée par la personne : « Vous mettez vos proches en danger alors que vous dites que leur sécurité est importante pour vous » ; « j'entends que la situation est déjà difficile pour vous mais vous ne souhaitez pas rendre la situation plus difficile sur votre lieu de travail ».

- ▶ Travailler sur la perception de gravité/vulnérabilité : « Cela touche tous les âges – nous sommes tous concernés » ; « un jour vous pouvez être bien et un autre jour pas »
- ▶ Utiliser l'argument de solidarité collective : « vous ne voulez pas que d'autres personnes soient contaminées »
- ▶ Ne pas vouloir convaincre à tout prix : « J'en appelle à votre conscience. Je vous laisse le choix. Je ne peux vous contraindre à rien »

Évoquer la vaccination : « Avant de conclure l'entretien et étant donné que nous sommes mandatés par l'AVIQ qui soutient la vaccination, puis-je vous demander si vous êtes déjà vacciné ? ou si vous comptez vous faire vacciner ? »

« je voudrais encore vous parler de quelque chose. Avez-vous déjà eu l'occasion de vous faire vacciner ? »

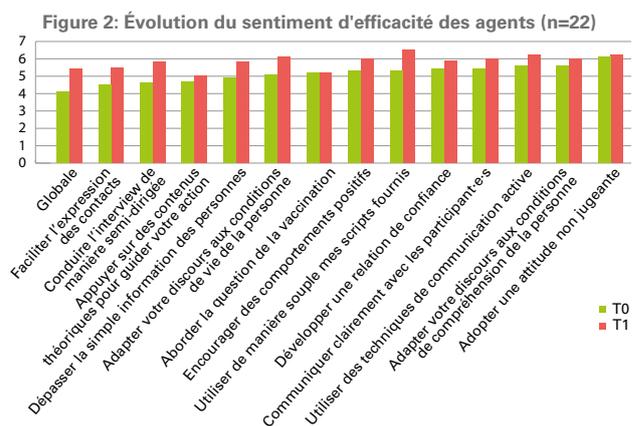
Réaction et orientation : « J'entends bien votre préoccupation. Il y a beaucoup de messages contradictoires sur la vaccination et il est difficile de s'y retrouver. On entend beaucoup de choses sur la vaccination »

« Puis-je vous suggérer d'en discuter avec un soignant de référence (médecin ou pharmacien) », « n'hésitez pas à poser vos questions à votre soignant de référence ». « je ne souhaite pas vous bousculer, prenez le temps d'y réfléchir et d'en discuter avec des personnes de confiance »



Cela rappelle également la nécessité de travailler sur les environnements dans lesquels évoluent les personnes. D'ailleurs, les recommandations du CDC ⁽¹²⁾ appellent aux campagnes de promotion du suivi des contacts dans la population générale et le plus tôt possible en amont du testing afin de promouvoir une image positive du travail effectué et préparer la population à la visite de ces agents en cas de positivité.

Cet aspect plurifactoriel de compréhension des comportements humains et des interventions destinées à les modifier renvoient également à la complexité d'évaluation des stratégies d'éducation en santé. Si le dispositif exposé dans le cadre de cette étude vise à améliorer l'efficacité du suivi des contacts par l'augmentation du nombre moyen de cas rapportés par les citoyens, tenter d'évaluer notre intervention sur base de cet indicateur nous semble nier le contexte environnemental peu propice à l'élitisation des contacts. L'OMS parle à juste titre d'une fatigue pandémique ⁽¹³⁾ qui désigne le ras-le-bol général de la population vis-à-vis des mesures sanitaires. Aussi, dans cette étude en particulier, nous avons préféré porter le dispositif d'évaluation sur le sentiment d'efficacité des agents dans les stratégies d'engagement des citoyens utilisées (Figure 2). Nous avons en effet décidé d'orienter l'évaluation sur des aspects pédagogiques plutôt que sur des aspects d'impact, compte tenu des raisons évoquées ci-avant. Le sentiment d'efficacité est par ailleurs reconnu comme un élément déterminant majeur de l'engagement à la tâche. Le suivi du sentiment d'efficacité entre le début et la fin de la formation (évalué à partir de 22 sujets) montre d'ailleurs une évolution sur l'ensemble des indicateurs retenus (les participants devaient situer leur sentiment d'efficacité sur une échelle de 0 à 7 pour chacun des items). Globalement, le sentiment d'efficacité a augmenté de 1,3 points, ce qui est loin d'être négligeable et contribue à appuyer la pertinence de la formation.



Ces éléments d'évaluation d'efficacité de son action ont été largement discutés dans les groupes permettant aux participants d'échanger sur la posture éducative attendue. L'introduction de balises éthiques dans la discussion a permis de faciliter le débat autour des questions d'autonomie dans la prise de décision et d'absence de jugements de valeur par rapport aux comportements des citoyens. Ceci a permis de clarifier avec les participants que le suivi des contacts n'est pas l'ultime et unique solution, et d'accepter les refus et les informations même partielles provenant des citoyens.

Conclusion

Cette étude propose d'envisager un des piliers des mesures préventives dans la lutte contre le Covid 19 – le suivi des contacts – selon une perspective de promotion de la santé. Nous faisons une proposition et une discussion cohérentes d'un dispositif d'accompagnement des agents de suivi sur les aspects d'objectifs poursuivis, de méthodes utilisées, de contenus abordés et d'évaluation selon une logique de promotion de la santé. Ce document ouvre finalement la voie pour réinterroger une série d'actions brèves menées auprès des citoyens en matière de santé selon cette même logique de promotion.

Références

- World Health Organization [WHO]. 2019 Novel Coronavirus (2019 nCoV): Strategic preparedness and response plan. Geneva: WHO, 2020. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/srp-04022020.pdf>. Accessed on September 15, 2021.
- Ruebush E, Fraser MR, Poulin A, Allen M, Lane JT, Blumenstock JS. COVID-19 Case Investigation and Contact Tracing: Early Lessons Learned and Future Opportunities. *J Public Health Manag Pract*, 2021;27(1), COVID-19 and Public Health: Looking Back, Moving Forward:S87-S97. doi: 10.1097/PHH.0000000000001290.
- Lewis S. Where covid contact-tracing went wrong. *Nature*, 2020,588:384-388.
- Megnin-Viggars O, Carter P, Melendez-Torres GJ, Weston D, James Rubin G. Facilitators and barriers to engagement with contact tracing during infectious disease outbreaks: A rapid review of the evidence. *Plos One*, 2020,15(10):e0241473
- Michie S, Rubin GJ, Amlot R. Behavioural science must be at the heart of the public health response to Covid-19. 2020. Available at: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/02/28/behavioural-science-must-be-at-the-heart-of-the-public-health-response-to-covid-19/> Accessed on August 3, 2020.
- Van den Broucke S. Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. *Health Promot Int*. 2020;35:181-186. doi:10.1093/heapro/daaa042.
- Shelby T, Hennein R, Schenck C, Clark K, Meyer AJ, Goodwin J, et al. Implementation of a volunteer contact tracing program for COVID-19 in the United States: A qualitative focus group study. *Plos One*, 2021;16(5):e0251033.
- Rolland Viau, *La Motivation en contexte scolaire*, Éditions De Boeck, Bruxelles, 2009
- Petre B, Margat A, Guillaume M et Gagnayre R. Et s'il était temps de croire en la capacité des citoyens à s'investir dans les questions de santé? *Éducation Santé*, 2020;368:7-10.
- Van den Broucke S. Une perspective de promotion de la santé à la réponse à la COVID-19. *Éducation Santé* 2020,368:19-23.
- Leclercq D, Poumay M. Une définition opérationnelle de la métacognition et ses mises en œuvre. 21ème congrès de l'Association internationale de pédagogie universitaire. Marrakech 2004.
- CDC. COVID-19 Case Investigation and Contact Tracing CDC's Role and Approach. 2021. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/php/contact-tracing-cdc-role-and-approach.pdf?v=1> Accessed on September 15, 2021.
- WHO Regional Office for Europe. Pandemic fatigue: reinvigorating the public to prevent COVID-19. Policy framework for supporting pandemic prevention and management. Copenhagen; 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335820/WHO-EURO-2020-1160-40906-55390-eng.pdf>. Accessed on December 20, 2020.

L'hésitation vaccinale des professionnels de la santé contre le covid-19

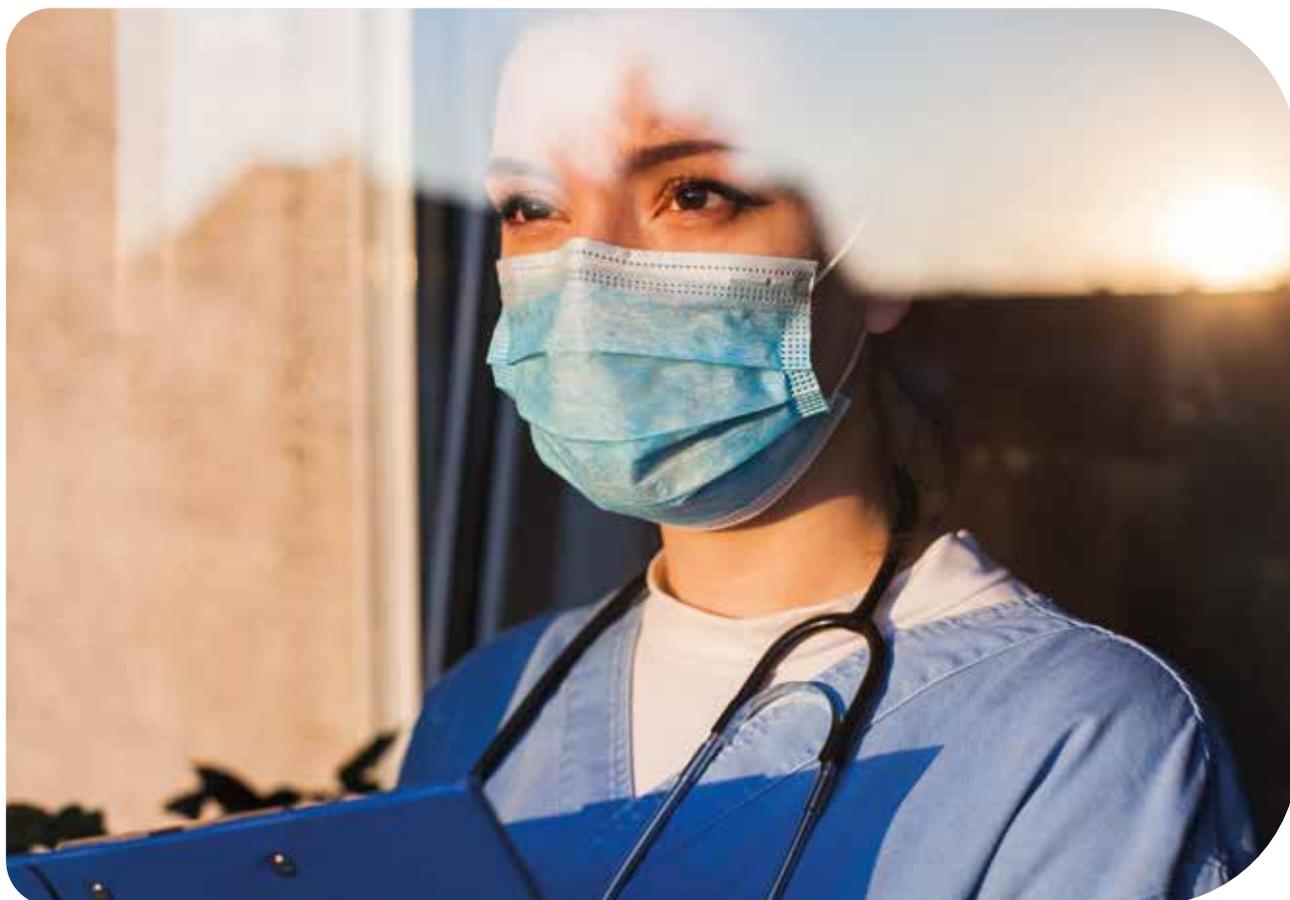
Alice Lecroart a réalisé une analyse sur l'hésitation vaccinale des soignants, selon le modèle des 5 C ⁽¹⁾, dans le cadre de son mémoire de fin d'études à l'UCLouvain. Son travail fait écho aux débats dans l'actualité de cette fin d'année 2021.

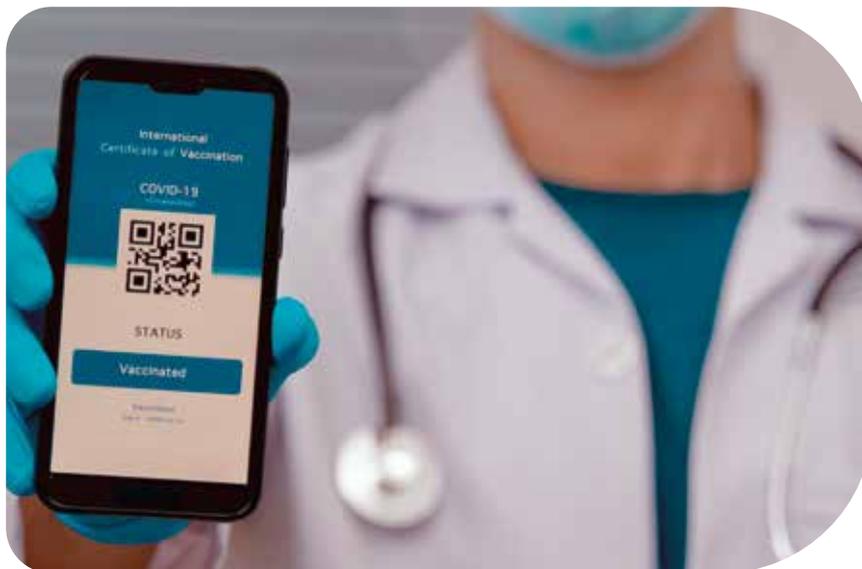
DONNÉES

► ALICE LECROART, WILLIAM D'HOORE, PALOMA CARRILLO-SANTISTEVE

Depuis le 9 janvier 2020, un virus fortement contagieux et aux symptômes sévères, le SARS-CoV-2, a fait son apparition ⁽²⁾. La maladie qu'il provoque, le COVID-19, a rapidement été qualifiée de pandémie ⁽³⁾. De nombreuses mesures restrictives ont été mises en place en Belgique afin d'endiguer la propagation de ce virus et de protéger notre système de santé. Le COVID-19 et les mesures imposées pour lutter contre lui ont bouleversé nos vies.

Une solution a rapidement été présentée pour sortir de cette crise : le développement de vaccins. Une campagne de vaccination massive a débuté en janvier 2021. Les professionnels de la santé faisaient partie des publics prioritaires de cette campagne ^(4, 5). Néanmoins, en plus des problèmes d'approvisionnement, cette campagne a été confrontée à l'hésitation vaccinale de la population. L'hésitation vaccinale se définit comme le retard ou le refus





des vaccins malgré leur disponibilité ⁽⁶⁾. Ce phénomène n'est pas récent et est surveillé depuis 2019 par l'OMS ⁽⁷⁾. C'est un concept complexe et influencé par de nombreux facteurs. Le contexte de crise sanitaire, le développement rapide des vaccins, l'environnement médiatique autour de la vaccination et les problèmes de gestion de cette crise ont pu influencer l'hésitation vaccinale envers les vaccins contre le SARS-CoV-2. Elle peut aussi toucher les professionnels de la santé. Cela pose d'autant plus problème que ces derniers représentent une source d'informations fiable concernant la vaccination contre le SARS-CoV-2 pour la population générale ⁽⁸⁾. Il existe de nombreux modèles pour comprendre l'hésitation vaccinale. L'un de ces modèles est le modèle des 5C des antécédents psychologiques à la vaccination. Ce dernier est composé de cinq antécédents qui représentent des préférences individuelles ou des représentations psychologiques et mentales de l'environnement dans lequel l'individu évolue. Chacun de ces antécédents influence positivement ou négativement l'intention de se faire vacciner ^(1, 9).

L'objectif de cette étude est de répondre à cette question : quels sont les facteurs influençant l'hésitation vaccinale face aux vaccins contre le coronavirus SARS-CoV-2 parmi les professionnels de la santé ?

Méthodologie

Pour mener à bien cette étude, nous avons effectué une recherche de type qualitatif au moyen d'entretiens semi-directifs. Nous avons choisi d'interroger des professionnels de la santé, et plus particulièrement des médecins et des infirmiers. Le recrutement des participants s'est fait grâce à une méthode « boule de neige ». La collecte des données a eu lieu entre mars et juin 2021. L'analyse des données s'est faite en deux temps. Lors de nos entretiens, une première analyse de type itératif a permis d'extraire une série de thèmes. Nous les avons alors classés en trois catégories : l'impact de la situation sanitaire, la vaccination en général et la vaccination contre

le SARS-CoV-2. Dans un second temps, une fois les entretiens terminés et la première analyse faite, nous avons mené une seconde analyse en nous servant du modèle des 5C des antécédents à la vaccination de Betsch et al. ⁽¹⁾. Ce modèle nous a servi de spectre théorique afin d'identifier les antécédents psychologiques à la vaccination parmi notre échantillon.

Résultats

Au terme de la collecte des données, nous avons obtenu onze entretiens (Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon).

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

Indicateurs	Variables	Données (N = 11)
Genre des participants	Homme	3
	Femme	8
Âge moyen des participants		34 ans Minimum : 23 ans Maximum : 59 ans
Profession	Infirmier	8
	Médecin	3
Milieu de travail	Hôpital	5
	Structure externe à l'hôpital	6
Décision de se faire vacciner contre le COVID-19	Acceptation	7
	Report	2
	Refus	2
Statut vaccinal contre le SARS-CoV-2 des participants au moment de l'entretien	Vacciné	7
	Non vacciné	4

La seconde analyse selon le modèle des 5C a permis la mise en évidence de certains problèmes. Ce modèle est composé de cinq antécédents à la vaccination. Le premier est la **confiance** dans la sûreté des vaccins et dans le système qui les délivre ^(1, 9). Dans notre échantillon, si tous les participants exprimaient un avis globalement positif sur la vaccination en général, ils étaient nombreux à exprimer des doutes et de la méfiance vis-à-vis de la vaccination contre le SARS-CoV-2. Les deux personnes ayant refusé la vaccination avaient quant à elles un grand manque de confiance dans le système.

Le deuxième antécédent est la **complaisance**, cet antécédent apparaît quand le danger que représente la maladie est perçu comme faible ^(1, 9). Dans notre échantillon,

bien que la crainte de la maladie eût fortement décliné parmi les participants depuis le début de la crise, la volonté de se protéger ou de protéger les autres apparaissait comme une motivation pour les personnes vaccinées. Au contraire, les personnes ayant refusé la vaccination avaient tendance à se sentir invulnérables face à la maladie.

Le troisième antécédent est la **contrainte**, elle apparaît quand des barrières structurelles ou psychologiques viennent entraver la vaccination ^(1, 9). Au moment des entretiens, cet antécédent n'était pas présent parmi notre échantillon. Les personnes interrogées percevaient qu'elles avaient facilement accès à la vaccination contre le COVID-19 et qu'elles avaient le choix de se faire vacciner ou pas. Cependant, cela est remis en question par l'obligation vaccinale des professionnels de la santé actuellement à l'étude en Belgique.

Le quatrième antécédent est le **calcul rationnel** qui se définit comme la recherche active d'informations supplémentaires ^(1, 9). Cet antécédent n'était pas présent parmi l'échantillon car, bien que certaines personnes eussent tendance à rechercher activement et que d'autres la recevaient de façon passive, nous n'avons pas pu faire de lien entre la recherche d'informations et la décision de se faire ou pas vacciner. Néanmoins, cela nous a amenés à nous interroger sur la qualité des sources d'informations sur la vaccination contre le COVID-19 des infirmiers. En effet, dans notre échantillon, si les médecins avaient souvent comme source des articles scientifiques ou officiels, les infirmiers avaient des sources plus traditionnelles: les médias, les réseaux sociaux et les médecins.

Le dernier antécédent est la **responsabilité collective** que l'on peut définir comme la volonté de protéger les autres par notre vaccination ^(1, 9). Nous avons rapproché cet antécédent de l'un de nos thèmes extrait des entretiens: la responsabilité professionnelle présentée par certains participants comme une motivation pour se faire vacciner. Il faut tout de même rester prudent avec cet antécédent car les personnes hésitantes ont tendance à ne pas voir les bénéfices collectifs de la vaccination ⁽¹⁰⁾ et donc à se montrer résistants à ce type d'arguments. Il est à noter que l'obligation vaccinale des professionnels de la santé repose sur cet antécédent.

Discussion et conclusion

L'analyse selon le modèle des 5C a permis de mettre en évidence un problème: la qualité de l'information de certains professionnels. Pour remédier à ce problème, nous pensons qu'une campagne d'information de tous les professionnels de la santé concernant la vaccination contre le SARS-CoV-2 doit être mise en place. Le contenu de cette campagne peut s'appuyer sur le sentiment de responsabilité des professionnels de la santé en présentant les bénéfices collectifs de la vaccination. Néanmoins, il est primordial de mettre en avant les bénéfices indivi-

duels de la vaccination afin de convaincre au mieux les personnes hésitantes ⁽¹⁰⁾. Une telle campagne demande une transparence totale et de prendre le risque de dire que dans certains cas, il n'existe pas encore de données. Cela va peut-être amener une diminution de l'intention de se vacciner à court terme mais, à long terme, va augmenter la confiance dans le système et donc influencer positivement l'intention de se vacciner ⁽¹¹⁾.

En outre, cette analyse nous a amenés à nous interroger sur la mise en place de l'obligation vaccinale des professionnels de la santé en Belgique. Elle repose sur la mise en avant d'intérêts collectifs de la vaccination contre le COVID-19. Elle risque donc d'entraîner de fortes résistances sur le long terme. Si elle est mise en place, il est primordial qu'elle s'accompagne de cette campagne d'information à destination de tous les professionnels de la santé.



Depuis le 17/11/2021, l'obligation vaccinale des soignants a été décidée et entrera en vigueur en janvier 2022.

Bibliographie

1. Betsch, C., et al., *Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination*. PLOS One, 2018. 13(12).
2. Institut Pasteur. *Maladie COVID-19 (nouveau coronavirus)*. 2021 (consulté le 14 juin 2021); disponible à l'adresse: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/maladie-covid-19-nouveau-coronavirus>.
3. Organisation mondiale de la Santé. *COVID-19 - Chronologie de l'action de l'OMS*. 2020 (consulté le 30 juillet 2021); disponible à l'adresse: <https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>.
4. CESI. *Vaccination Covid-19*. 2021 (consulté le 14 juin 2021); disponible à l'adresse: <https://www.cesi.be/fr/deconfinement/vaccination-covid-19>.
5. Wallonie. *Covid-19: stratégie de vaccination au niveau de la Wallonie*. 2021 (consulté le 14 juin 2021); disponible à l'adresse: <https://www.wallonie.be/fr/actualites/covid-19-strategie-de-vaccination#:~:text=En%20Wallonie%2C%20la%20vaccination%20a,de%20soins%20de%201%3%A8re%20ligne>.
6. Vax info.org. *Vaccine hesitancy: des réponses adaptées*. 2016 (consulté le 14 juillet 2021); disponible à l'adresse: <https://www.vaxinfo.be/spip.php?article1914&lang=fr&retour=1>.
7. Organisation mondiale de la Santé. *Dix ennemis que l'OMS devra affronter cette année*. 2019 (consulté le 08 juin 2021); disponible à l'adresse: <https://www.who.int/fr/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>.
8. Sciensano. *Cinquième enquête de santé COVID-19*. 2021 (consulté le 01 juillet 2021); disponible à l'adresse: https://www.sciensano.be/sites/default/files/report5_covid-19his_fr.pdf.
9. Betsch, C., et al., *Sample study protocol for adapting and translating the 5C scale to assess the psychological antecedents of vaccination*. BMJ open, 2020. 10(3).
10. Freeman, D., et al., *Effects of different types of written vaccination information on COVID-19 vaccine hesitancy in the UK (OCEANS-III): a single-blind, parallel-group, randomised controlled trial*. Lancet Public Health, 2021. 6(6): p. e416-e427.
11. Petersen, M.B., et al., *Transparent communication about negative features of COVID-19 vaccines decreases acceptance but increases trust*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2021. 118(29): p. e2024597118.

- Vous voulez partager une expérience dans Éducation Santé ?
- Vous avez rédigé un texte que vous souhaitez voir publier ?
- Vous lancez une campagne en promotion de la santé que vous aimeriez mettre en évidence ?
- Vous avez travaillé sur un projet dont le processus de mise en place ou d'évaluation mérite d'être mis en évidence ?

► Contactez-nous : education.sante@mc.be

