

UCL - RESO
Unité d'Education pour la Santé



*La formation de personnes bénévoles
aux premiers secours
peut-elle s'inscrire
dans une perspective
d'éducation/promotion de la santé ?*

D. DOUMONT
P. MEREMANS

Novembre 2001
Réf. : 01-13

Série de dossiers documentaires

avec le soutien de la Communauté française de Belgique



Table des matières

1° Introduction

2° Les caractéristiques du secourisme

3° La formation des profanes aux premiers secours

4° Apprendre à gérer son stress

5° L'éducation pour la santé à la formation

6° La promotion de la santé face à la formation

7° Conclusion

8° Bibliographie

UCL – RESO Dossier technique 01-13

Dominique DOUMONT, Philippe MEREMANS ¹
Unité RESO, Education pour la santé, Faculté de Médecine,
Université Catholique de Louvain.

La formation de personnes bénévoles aux premiers secours peut-elle s'inscrire dans une perspective d'éducation/promotion de la santé ?

1° Introduction

Dans le cadre de la préparation du « Quatrième Congrès européen sur la réanimation cardio-pulmonaire, les soins préhospitaliers et la prévention » organisé les 2 et 3 novembre 2001 par la Croix-Rouge de Belgique, il nous a été demandé de réfléchir au BEPS (Brevet Européen aux Premiers Secours) comme un possible outil de promotion de la santé.

Ce programme de formation aux premiers secours ne doit pas se limiter à l'apprentissage du « bon geste technique » mais également au « comment » l'intégrer dans un espace psycho-médico-social plus élargi ?

Différentes questions émergent de cette réflexion :

- le programme offre-il une place au développement personnel, les « bénévoles » le perçoivent-ils comme tel ?
- le programme favorise-t-il l'émancipation et le bien-être de l'individu, sa qualité de vie et sa santé en sont-elle améliorées , si oui, comment ?
- ce travail d'écoute et d'accompagnement augmente-t-il l'apprentissage au mieux-être ? ...

Ces questions ont été abordées en les confrontant à la littérature existante.

La revue de littérature réalisée a très vite permis de se rendre compte de la difficulté de la tâche. Différentes banques de données documentaires ont été investiguées (Medline, Wholis, Current Contents, Doctes, ...), plusieurs mots-clefs ou combinaison de mots-clefs ont été utilisés (« stress et premiers soins », « stress and emergency care », « emergency medical education », « first aid », « emergency medical program », « first care situation », « life support care », « first care program » , « health promotion and first care », etc. ..).

¹ L'analyse des publications a été réalisée par Mme D. DOUMONT.
H/Users/Rech/dossierdd/secoter

Des références existent mais elles concernent essentiellement :

- la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) et ses nombreuses formes d'apprentissage,
- les programmes de formation existants aux premiers secours (pour professionnels de santé mais également à l'attention d'un public de profanes) en terme de contenu, de comparaison d'outils de formation, avec ou sans instructeur, ...,
- les prises en charge de victimes dans le cadre de syndrome post-traumatique (cellules de crise mises en place, accompagnement psychologique, ...)
- les nombreuses recommandations visant à augmenter et à favoriser le maintien d'attitudes correctes face à une réanimation cardiaque, ...
- la gestion du stress des sauveteurs, ...

Force est de constater la rareté des sources évoquant les liens entre l'éducation pour la santé, la promotion de la santé et ce type de formation ...

C'est la raison pour laquelle ce présent dossier est essentiellement articulé autour du cadre dans lequel ces questions s'intègrent :

- les caractéristiques du secourisme,
- la formation des profanes aux premiers secours,
- les éléments de gestion du stress,
- l'éducation et la promotion de la santé face à ces objectifs de formation.

2° Les caractéristiques du secourisme

Etre secouriste, pour Marie-Noëlle Durand (1), « c'est d'abord savoir porter secours efficacement et éviter l'aggravation de l'état d'un accidenté ». Il s'agit toutefois, pour cet auteur, « d'un rôle principal, limité, temporaire ».

Rôle principal : avoir du sang froid, faire à temps les gestes d'urgence, apporter un secours psychologique, empêcher un comportement néfaste de témoins incompetents.

Rôle limité et temporaire : le secouriste intervient grâce à ses connaissances et à sa technique, il donne ou fait donner l'alerte, son action s'arrête quand le spécialiste arrive.

La distinction du rôle principal et du rôle limité temporaire a pour effet de questionner les niveaux et compétences de formation à la fois technique et psychologique des secouristes.

Selon H. Julien (3), bien que la réforme du secourisme en France ait reconsidéré son enseignement sur du concret, sur les gestes de survie à adopter en attendant l'arrivée des premiers soins, sur la réanimation cardio-pulmonaire (RCP), il ne faut pas pour autant négliger une prise en charge plus élargie des situations médicales et traumatiques. L'auteur reste toutefois discret sur cette notion de prise en charge élargie.

Toujours selon cet auteur (3), « ... le secouriste est l'allié objectif du médecin, du médecin d'urgence tout particulièrement. Il est peu de professions, de spécialités qui disposent, comme le médecin d'urgence, de multiples volontaires, au niveau technique contrôlé, aux modes d'interventions définis par des protocoles, d'une

population tout acquise à son éthique, ses techniques, ses modus operandi . Le monde des secouristes constitue pour les médecins d'urgence un relais de savoirs, de compréhension, d'opinion... ».

3° La formation des profanes aux premiers secours

Le rôle que les profanes peuvent jouer dans toute situation d'urgence n'est plus à ce jour à contester, notamment si l'on se réfère à Osterwalder et Unger (2) ; toutefois la prudence s'impose quant à l'évaluation de l'impact de mesures d'urgence simples sur la réduction de la mortalité et de la morbidité...

Il s'avère également que lorsqu'il s'agit de s'occuper de « parents proches » , des barrières psychologiques émergent et rendent l'efficacité de l'acte de secourisme moindre...

Quel type de formation permet alors de transmettre à un public de profanes un minimum de connaissances orientées vers la pratique de mesures d'urgence ?

Une équipe de chercheurs suisses (2) s'est intéressée aux formations existantes (en Suisse) pour les profanes en matière de réanimation cardio-pulmonaire (RCP), défibrillation précoce et premiers secours.

Selon Osterwalder et Unger (2), le problème principal des formations de profanes en médecine d'urgence réside notamment dans le fait que ces formations sont conçues essentiellement par des organisations non médicales (Croix-rouge Suisse, L'alliance Suisse des Samaritains) et que les médecins ont un rôle très limité de conseiller. Le manque d'engagement des médecins a incité la Croix-rouge à coordonner elle-même les formations RCP pour les secouristes professionnels et les programmes de formation, leurs organisation et contrôle sont réalisés sans la participation des organisations médicales correspondantes.

Une autre difficulté évoquée par ces mêmes auteurs est le petit nombre de personnes formées, tout particulièrement dans le cadre de la RCP. Trois institutions de formation (Alliance suisse des samaritains, l'armée, la société suisse de sauvetage) forment chaque année 0,19 % de toutes les personnes âgées de plus de 15 ans.

L'American Heart Association (AHA) confirme la nécessité de former 20 % de la population à la pratique de la RCP pour pouvoir escompter obtenir une amélioration sensible du taux de survie (in Cummins & al., cité par Osterwalder et Unger).

Au regard de ces chiffres, le résultat obtenu semble donc bien décevant ...

De plus, les auteurs (2) s'interrogent sur la pertinence du public cible bénéficiant de ces formations ? En effet, il semblerait que de nombreux accidents cardiaques se produisent au domicile alors que ce sont les compagnes de personnes à risque qui présentent le niveau le moins élevé de formation à ces techniques de réanimation . Il en va de même pour les personnes plus âgées qui sont potentiellement plus à risque et ne font pas partie des groupes privilégiés pouvant bénéficier d'une telle formation.

La société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage se propose de réajuster le tir en définissant les buts et contenus des formations à venir selon les connaissances pédagogiques et scientifiques les plus récentes, en s'entourant de médecins et d'institutions non médicales.

Par ailleurs, on peut s'interroger sur l'acceptabilité éthique d'une éventuelle formation des conjoints et proches à la RCP. Comment vivraient-ils une tentative de réanimation sur un proche, si celle-ci devait échouer ?

Dans l'état du Massachusetts, un panel d'experts ⁽⁴⁾ a revu le programme d'ABLS (Adult Basic Life Support) et émet différentes recommandations :

- le programme pour adultes doit être conçu de façon à motiver le public profane à être entraîné aux techniques de la RCP pour intervenir auprès de personnes « proches », de personnes à risque et autres.
- les programmes doivent contenir des informations concernant la bonne volonté d'un individu à pratiquer la RCP.
- les programmes doivent être simplifiés et se focaliser sur les facteurs de succès et une approche éducative souple doit être encouragée.
- les programmes souples qui prennent en compte les besoins des professionnels de soins doivent être encouragés.
- une évaluation du ABLS ayant pour but d'améliorer le design du programme et des outils éducatifs doit être initiée.

Obstacles et frein évoqués dans le cadre de cette étude RCP ⁽⁴⁾

Parmi les principaux obstacles relevés, les auteurs retiennent la crainte d'une performance incorrecte, le dégoût de prendre en charge des situations d'extrême urgence, la peur d'être confronté à ses responsabilités, le développement d'une grande anxiété face à l'inconnu et autres facteurs psycho-sociaux, notamment la perception de soi...

Certains par contre se sentent trop âgés, faibles, malades pour encore apprendre la RCP. Ceci peut sembler paradoxal, car les cours RCP devraient aussi cibler le public de personnes plus âgées lorsque l'on sait que la plupart des arrêts cardiaques se déroulent au domicile et que la personne en première ligne qui pourrait porter secours est alors l'accompagnant (cfr supra.) Il en va de même pour les familles dites à haut risque d'accidents cardiaques.

4° Apprendre à gérer son stress

Il est indéniable que pour pouvoir s'occuper au mieux des victimes d'accident, le sauveteur, qu'il soit professionnel ou bénévole d'ailleurs, doit être préparé (outre à la prestation d'actes techniques ad hoc) aux situations anxiogènes auxquelles il peut être confronté.

On peut comprendre qu'il soit bouleversé par l'inattendu auquel il est confronté, révolté par la violence des images qu'il voit défiler, et submergé par sa propre angoisse, enfin être déstabilisé par une réaction émotionnelle prolongée.

De plus, la confrontation à de telles situations peut générer une perte de compétence, une réponse inadaptée à la situation vécue et dès lors mettre en péril la sécurité des personnes dont il est chargé.

Dans le cadre d'une recherche menée par Nivet et al ⁽⁵⁾ sur les différents types de réactions émotionnelles auprès de personnes travaillant dans l'urgence (décideurs, sauveteurs, soignants), les auteurs concluent au fait que l'émotion et surtout les

réponses des sauveteurs face à cette « décharge émotionnelle » altèrent l'efficacité et l'organisation des premiers secours.

Ils insistent également sur la nécessité pour les professionnels de l'urgence de « bien connaître leurs propres réactions émotionnelles », de pouvoir « en évaluer les incidences sur leur efficacité », de « s'entraîner à la maîtrise de ces réactions ».

La formation d'équipe à la gestion de crise, l'entraînement par modules de formation et mise en situation et des séances de débriefing figurent parmi les moyens de se prémunir face à des tels chocs émotionnels.

Des sentiments d'inefficacité, d'échec, de culpabilité émergent chez des personnes mal préparées et inhibent toute forme de confiance en soi, entraînent une mauvaise organisation des secours et, in fine, risquent de stresser inutilement les victimes.

Ces personnes deviennent alors une charge pour les autres sauveteurs.

Nivet et al ⁽⁵⁾ préconisent que chacun apprenne « à maîtriser son émotion, contrôler son stress, perfectionner ses gestes techniques et surtout, adapter au mieux sa propre relation aux victimes et à l'environnement social avec toute l'humanité et toute la souplesse exigées par la situation ».

Vivre des situations professionnelles stressantes entraîne auprès de certaines personnes des difficultés (qu'elles soient d'ordre physique et/ou psychique) qui peuvent influencer le niveau de qualité de vie.

Dans le cadre d'une thèse en éducation, Liette Saint-Pierre ⁽⁶⁾ analyse l'impact de la formation sur le stress et sa gestion sur la qualité de vie des techniciens ambulanciers québécois.

Une recherche documentée lui a permis de mesurer l'impact positif qu'une formation sur le stress et sa gestion peut avoir sur la qualité de vie de personnes professionnelles de l'urgence (ici, en l'occurrence les ambulanciers québécois). Le professionnel apprend à reconnaître les signes et symptômes du stress et à développer une stratégie de gestion du stress. In fine, l'auteur interroge la capacité des professionnels de l'urgence à offrir une aide appropriée aux victimes.

Cette recherche a permis de soutenir que la formation sur le stress et sa gestion ont un impact favorable sur l'amélioration de la qualité de vie.

Ces constatations rejoignent les résultats dont elle fait mention dans sa thèse.

Enfin, selon l'auteur, cette formation sur le stress et sa gestion apparaît comme le « complément valable » à une formation basée sur la connaissance technique.

Toutefois, Saint-Pierre a également mis en évidence que bien que des formations existent pour les paramédicaux, celles-ci sont essentiellement centrées sur les problèmes psychologiques vécus par le patient et non pas sur ceux susceptibles d'être développés par le personnel lui-même.

5° L'éducation pour la santé face à la formation

Comme le terme l'indique, cette discipline se situe à la croisée de l'éducation et de la santé. Entre ces deux concepts, il y a clairement une intention éducative et un objectif de santé.

Pour interroger l'intention éducative, une première question est de savoir s'il y a, à la base du programme, un souhait réel d'éducation pour la santé. Est-on prêt à y consacrer du temps, des réflexions, à s'engager dans cette voie en tant que formateur ? Cette intention est-elle partagée ou, au contraire, dépend-elle des personnes plus ou moins investies dans cette composante du programme ?

Une autre composante essentielle de l'éducation pour la santé est l'objectif de santé. Il s'agira donc de savoir si un ou plusieurs objectifs de santé sont définis. Qu'est-ce que cet objectif de santé recouvre, quels sont les facteurs sur lesquels on espère agir, comment cet objectif de santé s'inscrit-il dans le programme, et autre question fondamentale : cet objectif est-il communiqué aux personnes qui suivent la formation ? Peuvent-ils d'une façon ou d'une autre s'approprier cet objectif de santé ?

Cette question de l'objectif de santé est d'autant plus nécessaire lorsque le programme poursuit une éducation pour la santé de façon indirecte. Dans le cas du BEPS, en l'occurrence, le programme de formation aux premiers secours n'est pas en soi un programme d'éducation pour la santé des personnes bénévoles. Il vise avant tout une formation technique, et sa finalité est l'aide aux personnes pour qui ces premiers secours seront nécessaires et dispensés. Enfin, les deux composantes suivantes de l'éducation pour la santé sont la durée et la communication de savoirs.

En ce qui concerne la durée, on doit se demander si le programme en question, avec ses intentions éducatives affirmées et son objectif de santé définis, s'inscrit aussi dans du long terme, et qu'il ne s'agit donc pas seulement d'une intervention ponctuelle et sans lendemain.

Quant à la communication, ou l'échange de savoirs, il s'agit d'une autre question fondamentale. A partir de quel savoir va-t-on construire la dynamique relationnelle d'éducation à la santé dans ce programme ? En d'autres termes, quelle est la compétence, quelle sera l'expertise du formateur face à l'éducation pour la santé à laquelle il est sensé former ?

Et enfin : quelle est l'éthique du formateur face à cette mission d'éducation pour la santé, et ceci renvoie à l'enjeu de l'information des personnes qui suivent la formation sur l'objectif que l'on poursuit à leur égard.

6° La promotion de la santé face à la formation

En quoi un programme de formation destiné à des dispensateurs de premiers soins peut-il recouvrir une démarche non pas seulement d'éducation pour la santé, mais cette fois de promotion de la santé ?

Le concept est à la fois omniprésent et souvent mal compris ou mal intégré dans les pratiques, et l'on néglige parfois sa définition première de : « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé », et ce, bien entendu, aussi bien sur un plan physique, que psychologique et social. Par ailleurs, la promotion de la santé implique le développement d'actions diverses sur

les déterminants de santé existants : éducation pour la santé, réorganisation des services, modifications de l'environnement, ...

En développant chez les bénévoles plus d'autonomie, de responsabilité, d'inscription dans une dynamique sociale favorisant indirectement une santé parfois menacée par l'isolement, la marginalisation, est-on pour autant dans une approche de promotion de la santé ? Est-ce suffisant ?

Comme on le voit, l'articulation entre ce type de programme de formation et la promotion de la santé ne va pas de soi.

Dans un programme de formation, quel qu'il soit, dont un objectif serait de promouvoir la santé des personnes formées, il paraîtrait indispensable d'informer ces personnes de l'objectif de promotion de santé sous-jacent. Comment en effet imaginer ou prétendre renforcer la responsabilité d'un individu alors même qu'on ne lui dit pas ce qu'on envisage à son propos ?

Le formateur doit avoir cette honnêteté, même si cela peut sembler difficile, parce que l'on touche à des concepts : les soins d'urgence et la promotion de la santé, qui peuvent apparaître au départ comme incompatibles, notamment sur le plan de l'urgence et de l'efficacité. A la capacité d'agir rapidement dans une situation critique pourrait s'opposer l'idée d'un processus d'enrichissement et d'autonomie progressifs des personnes formées.

La notion du « temps médical » dont nous avons hérité, celui de la prise en charge des situations aiguës, semble peu compatible avec la durée nécessaire à l'acquisition de valeurs relatives à la santé. C'est du reste l'un des paradoxes de la prévention : comment aller vite tout en agissant en profondeur ?

Cette impression d'incompatibilité nous vient de plusieurs siècles d'histoire et de fonctionnement de l'hygiène puis de l'éducation pour la santé où l'enseignement médical s'articulait sur un savoir d'expert, auquel l'élève avait progressivement accès, jusqu'à pouvoir le reproduire fidèlement. Jusqu'à il y a peu, tout le reste : le travail de sensibilisation, l'expression, le partage des peurs, des angoisses face à un accident, le sentiment que la vie ou la mort dépendent de soi et parfois de soi seul, toutes ces questions ont été mises de côté. Pourtant, cet ensemble de facteurs intervient considérablement dans la qualité des secours. Il est donc essentiel de rappeler l'importance de ce processus, de ce cheminement, y compris dans une situation où le concept dominant (cfr infra), c'est celui de l'urgence

7° Conclusion

En présupposant que pouvoir **mieux gérer son stress** et **améliorer sa tolérance** face aux situations stressantes **accroît** non seulement **compétences** et **savoir-faire** mais également la **qualité de vie** et le **bien-être** du professionnel de l'urgence et, si l'on reprend une définition du bien-être (retenue par Saint-Pierre ⁽⁶⁾) décrit comme étant « une évaluation subjective de la santé qui concerne moins les fonctions biologiques que des sentiments tels que l'estime de soi ... », on pourrait affirmer que

la **formation de personnes aux premiers secours** (non seulement dans une logique de prestations d'actes purement techniques mais également dans une logique de meilleure prise en charge(travail d'écoute, ...) est susceptible de **faire émerger une forme de bien-être** , de (auto)**satisfaction**, de **meilleure estime de soi** , « qualités » certes préconisées dans toute « logique » ou « approche » de promotion de la santé.

8° Bibliographie

- (1) DURAND M.N., (1997), Les bases du secourisme, Développement et santé, n°130, août 1997, pp 20-26.
- (2) OSTERWALDER J.J. , P.-F. UNGER, (2000), Formation du public en réanimation cardio-pulmonaire , défibrillation précoce et premiers secours, Médecine et Hygiène, août 2000, 58, pp 1573-1575.
- (3) JULIEN H., (1998), Propos sur le secourisme, Urgence Pratique, juillet 1998, n°29, pp 13-15.
- (4) FLINT L.S. and al, (1993), Education in Adult Basic Life Support Training Programs, Annals of Emergency Medicine, February 1993, 22-2, part 2, pp 468-474
- (5) NIVET P., et al, (1989), Les réactions émotionnelles chez les décideurs, les sauveteurs et les soignants, Soins Psychiatrie, n° 106/107, août-septembre 1989, pp 18-22.
- (6) St-PIERRE L., (1995), Formation en cours d'emploi sur le stress et sa gestion : effets sur la qualité de vie de techniciens ambulanciers au Québec, Thèse de doctorat, ouvrage non publié, Université du Québec à Trois-Rivières, 320 p.