



Master 2 Promotion et Prévention de la Santé

Promotion : **2017-2018**

**Analyse de la prescription secondaire en éducation à la santé dans
un contexte transfrontalier Guyane – Brésil : évolution des tâches
réalisées des acteurs locaux**

Sous la direction de *Carine SIMAR ; Maître de conférences Sciences de l'Éducation*

Présidente du Jury : *Marie-Renée GUEVEL ; Maître de conférences en Promotion de la Santé*

Directeur de Stage : *Léonardo MONTENEGRO ; Chargé de projet - Association !D Santé*

Septembre 2018

DELOR Noémie

Remerciements

Je souhaite remercier avant tout l'équipe !D Santé de m'avoir accueilli pendant ces six mois : Sophie, Bénédicte, Pauline, Anne-Laure, Amandine, Marie pour leur bienveillance et leurs précieux conseils. Mais ce sont plus particulièrement Leo et Italo que je souhaite remercier du fond du cœur. Leo, pour sa joie, sa bonne humeur qui ont facilité mon intégration à Saint-Georges de l'Oyapock, ainsi que Aude, sa femme. Puis, Italo mon colocataire, d'une part pour m'avoir supporté pendant ces quelques mois et d'autre part, sans qui, le recueil de données n'aurait pas été le même.

Je remercie également ma Directrice de Mémoire, Carine Simar pour le temps qu'elle a consacré dans mon accompagnement en termes de conseils et d'outils méthodologiques indispensables à la conduite de ce mémoire.

Aussi, l'ensemble des participants qui m'ont permis de récolter les données nécessaires à l'analyse de ce mémoire, avec qui désormais j'ai pu créer des affinités. En espérant pouvoir continuer à travailler avec eux sur d'autres projets.

A ma famille qui m'a encouragée et soutenue dans mon choix de partir en Guyane et d'y vivre encore quelques années.

Sommaire

Remerciements	2
Sommaire	3
Table des sigles	5
Introduction	6
I. PRESENTATION DES TERRITOIRES GUYANAIS ET BRESILIENS ET CES VULNERABILITES	6
II. MISSIONS DE STAGE ET REFLEXIONS AUTOUR DU DISPOSITIF DE FORMATION POUR ADULTES	11
III. PROBLEMATISATION DU SUJET : QUELLE ANALYSE DE LA PRESCRIPTION SECONDAIRE ?	15
Partie 1 : Contextualisation et compréhension des enjeux sur la formation d’adultes en matière d’éducation à la santé dans une approche territorialisée en santé	17
I. ENJEUX SCIENTIFIQUES ET INSTITUTIONNELS AU REGARD DE LA FORMATION POUR ADULTES : QUELLES PERSPECTIVES A CE JOUR EN MATIERE DE SANTE ?.....	17
II. DEVELOPPEMENT D’UNE APPROCHE TERRITORIALISEE EN SANTE AU REGARD DU CONTEXTE TRANSFRONTALIER ..	23
III. FORMATION-ACCOMPAGNEMENT : UN LEVIER POUR DEVELOPPER DES APPROCHES TERRITORIALISEES EN SANTE	25
Partie 2 : Modélisation de la problématique de recherche en formation d’adultes et éducation à la santé dans un contexte transfrontalier	29
I. SYNTHESE DES TRAVAUX DE RECHERCHES SUR L’IMPACT DES FORMATIONS EN SANTE ET EDUCATION A LA SANTE	29
II. ANALYSE DE LA PRESCRIPTION SECONDAIRE ET EVOLUTION DES TACHES REALISEES DES APPRENANTS DANS UN CONTEXTE TRANSFRONTALIER A PARTIR DU CADRE THEORIQUE DE LA PSYCHOLOGIE ERGONOMIQUE.....	31
III. PRESENTATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE : PRESCRIPTION SECONDAIRE ET EVOLUTION DES TACHES REALISEES DES APPRENANTS.....	33
Partie 3 : Démarche méthodologique : présentation détaillée des méthodes qualitatives et quantitatives, échantillon d’enquête	35
I. UTILISATION DES METHODES QUALITATIVES	35
II. UTILISATION DES METHODES QUANTITATIVES.....	37
III. DESCRIPTION DE MON ECHANTILLON D’ENQUETE.....	38
Partie 4 : Analyse et résultats	40
I. ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES.....	40

II.	CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION INTERROGEE : RESULTATS	42
III.	MODELE DE LA PSYCHOLOGIE ERGONOMIQUE : RESULTATS	44
Partie 5 : Discussion, limites et perspectives		50
I.	DISCUSSION AUTOUR DES HYPOTHESES	50
II.	LIMITES DE MON ETUDE	53
III.	QUELLES PERSPECTIVES POUR LA FORMATION-ACCOMPAGNEMENT ?	54
Conclusion.....		57
Bibliographie		60
Table des annexes		64
Résumé		80

Table des sigles

ARS : Agence Régionale de Santé

AMVE : Apprendre à Mieux Vivre Ensemble

ABMA : Allez Bien pour Mieux Apprendre

CDPS : Centre Délocalisé de Prévention et de Soins

CHAR : Centre Hospitalier André Rosemont

DAAC : Développement Accompagnement Animation Coopération

DOM : Département d'Outre-Mer

DPAC Fronteira : développement, prévention, accompagnement, coopération sans frontière

EPU : Education Post universitaire

ETP : Education Thérapeutique du Patient

GPS : Guyane Promo Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OCS : Oyapock Coopération Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRS : Projet Régional de Santé

SRP : Schéma Régional de Prévention

UIPES : Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé

UNIFAP : Universidade Federal do Amapa (Université Fédérale de l'Amapa)

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

Après six mois de stage, une citation particulière a retenu mon attention et caractérise bien le contexte dans lequel je me trouvais : « Ce n'était pas la France et le Brésil, ni même la Guyane et l'Amapá, c'étaient deux bourgades jumelles : Saint-Georges de l'Oyapock et Oiapoque que reliait le fleuve Oyapock... Oyapock, un même mot pour une réalité commune ».¹ A partir de cet extrait, il me semble important pour vous, lecteur et membre du jury, de bien saisir les réalités qu'entourent ces territoires, c'est pourquoi je m'attacherai tout d'abord à décrire brièvement le contexte géographique de ces deux Etats ; puis dans un second temps les missions et les réflexions autour du dispositif de formation enfin la problématisation du sujet.

I. Présentation des territoires guyanais et brésiliens et ces vulnérabilités

A. Description des territoires guyanais et brésiliens²

La Guyane, territoire d'une superficie de 91 000 km²³ située entre le Surinam et le Brésil, est une région faiblement peuplée par rapport à la Métropole. Elle y compte 259 865 habitants en 2015⁴ dont la majeure partie de la population est concentrée à la capitale, Cayenne et d'autres en territoires isolées. C'est notamment le cas de Saint-Georges de l'Oyapock qui, autrefois n'était qu'accessible par voie aérienne et qui est désormais depuis peu, par la construction d'un réseau routier et du pont transfrontalier, accessible en voiture. Ce territoire situé au bord du littoral de l'est guyanais compte 4 037 habitants en 2010⁵. Quelques structures sanitaires, sociales et éducationnels sont présentes pour assurer des activités à destination de la population : le Centre Délocalisée de Prévention et de Soins (CDPS), la Protection Maternelle et Infantile (PMI), l'association Développement Accompagnement Animation Coopération (DAAC), deux écoles primaires, deux écoles maternelles, un collège.

Non loin de là, de l'autre côté du fleuve Oyapock, se trouve le Brésil, il est possible de s'y rendre en pirogue à partir du débarcadère de Saint-Georges de l'Oyapock. En quelques minutes, vous arrivez dans l'Amapá, qui est un Etat fédéré bordé au nord par la Guyane, à l'est par l'Océan Atlantique et au Sud par le Delta de l'Amazone et à l'ouest par l'Etat du Parà. Cet Etat a une superficie estimée à

¹ Grenand F. « Enjeux de territoires sur une frontière méconnue. Entre la France et le Brésil : le fleuve Oyapock ». *Confins*, n° 16, 2012

² Annexe 1 : cartographie Guyane – Brésil

³ Collectivité Territoriale de Guyane (2001), « Le territoire », <https://www.ctguyane.fr/le-territoire/>, 01/09/2018

⁴ INSEE (2015) « Recensement de la population en Guyane en 2015 », <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3291260,01/09/2018>

⁵ *ibid*

140 276km² et compte 797 722 habitants⁶ en 2017. Les villes les plus peuplées sont Macapà qui est la capitale fédérale comptant 481 937 habitants et Santana à 113 854 habitants en 2017. La ville frontière de Saint-Georges de l'Oyapock est Oiapoque dont la population est estimée à 25 514 habitants en 2017⁷. Quelques structures sanitaires, sociales et éducationnels sont également présentes au centre-ville : des Unité Basique de Soins (UBS), un hôpital, l'association Développement Prévention Accompagnement sans frontière (DPAC), quatre écoles⁸⁹, deux lycées, une université (Universidade Federal do Amapa : UNIFAP).

B. Cumul de vulnérabilités des populations

Ainsi, le fleuve est défini comme une frontière pour les Etats Nations c'est-à-dire « un objet géographique séparant deux systèmes territoriaux »¹⁰. Celle-ci est longue de 730km¹¹ à partir du plateau des Guyanes jusqu'à l'embouchure dans l'Océan Atlantique. Mais seulement 427km¹² se partage entre Saint-Georges de l'Oyapock et Oiapoque traversant d'autres territoires isolés (de Ouanary jusqu'à Trois Saut côté guyanais, de Kumaruma à Vila Brazil côté brésilien). Malgré cette restriction frontalière plutôt politique et administrative, les deux bourgs partagent de nombreuses ressemblances en termes d'enclavement du territoire, de continuité du milieu naturel, de populations majoritairement issues de communautés brésiliennes et amérindiennes (wayapi, teko et palikur) et de leurs mobilités.

Cependant, la majorité des populations considèrent le fleuve comme un « lieu de vie, d'échange et de communication »¹³ vivant indifféremment de part et d'autre des deux rives en décalage avec les normes des Etats Nations. Celles-ci amènent donc les acteurs à adopter une approche systémique en prenant en considération l'ensemble des déterminants sociaux de la santé qui influencent tant au niveau individuel que collectif. Ces derniers jouant un rôle prépondérant dans l'état de santé des populations en raison de leurs interactions complexes. En reprenant le modèle de Dalghren et Whitehead fondé sur quatre niveaux dont « les facteurs liés au style de vie personnel, aux réseaux sociaux et communautaires, les conditions de vie et de travail, conditions socio-économiques,

⁶ IBGE, « Panorama população Oiapoque », <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/oiapoque/panorama>, 01/09/2018

⁷ *ibid*

⁸ L'école primaire et le collège ne font qu'un, ils sont divisés en deux enseignements fondamentaux

⁹ Escolas Inf. BR, « Escolas publica e particulares de Oiapoque /AP », <http://www.escolas.inf.br/ap/oiapoque>, 01/09/2018

¹⁰ Hypergeo, « Frontière », <http://www.hypergeo.eu/spip.php?article16>, 01/09/2018

¹¹ Wikipedia, « Frontière entre le Brésil et la France », https://fr.wikipedia.org/wiki/Fronti%C3%A8re_entre_le_Br%C3%A9sil_et_la_France, 01/09/2018

¹² *ibid*

¹³ Document interne, Association ID Santé, « OCS proposition pédagogique cycle SSR »

culturelles et environnementales », nous constatons que les populations sur ces territoires cumulent des vulnérabilités. Ces dernières se traduisent par « un déficit de ressources ou le manque de conditions cadres affectant la capacité individuelle à faire face à un contexte critique, en même temps que la capacité de saisir des opportunités ou d'utiliser des supports pour surmonter cette épreuve afin de maintenir une existence par soi-même »¹⁴. Elles se résument en termes de : faible taux d'activité par le manque d'emplois sur ces deux territoires, en Guyane le taux de chômage est de 34,6% en 2015¹⁵ alors que dans l'Etat de l'Amapa il est de 21,5% au premier semestre 2018¹⁶ ; faible niveau socio-culturel ; un faible niveau d'éducation dont 75% (2014)¹⁷ de la population de Saint-Georges de l'Oyapock n'a pas de diplômes, à Oiapoque 26,49% de la population des jeunes de plus de 15 ans ne sont pas scolarisés¹⁸ ; au niveau de la santé en Guyane, 29% de la populations bénéficie d'une Couverture Maladie Universelle Complémentaire et 8% de l'Aide Médicale d'Etat¹⁹ ; éloignement géographique des capitales sur le plan sanitaire impact l'accès aux soins et une prise en charge rapide, 11h de route pour rejoindre Macapà et 3h pour rejoindre Cayenne ; enfin la mobilité et le flux migratoire sur le fleuve par les orpailleurs et les travailleuses du sexe accentuent les problématiques. De part ces multiples vulnérabilités cumulées par la population, les conséquences en matière de santé sexuelle et reproductives (SSR) sont prégnantes.

La SSR a été défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2006 comme étant deux champs qui peuvent s'imbriquer. La santé reproductive est le pôle principal se définissant comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et non pas simplement comme l'absence de maladie ou d'infirmité, dans les questions relatives au système de reproduction et de ses fonctions et processus. La santé reproductive n'implique donc que les gens qui ont la capacité de se reproduire et la liberté de décider si, quand et avec quelle fréquence le faire ». La santé sexuelle intègre ainsi la santé reproductive mais se définit quant à elle, comme une « approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination, ni violence ». Au travers de ces

¹⁴ Brodiez-Dolino, A. « La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique », *Informations sociales*, 2015, vol. 188, no. 2, p. 10-18

¹⁵ INSEE, Dossier complet – Département de la Guyane 973, https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-973#tableau-EMP_G2, 01/09/2018

¹⁶ MZ Portal, « Amapà ledera ranking nacional de desemprego em 2018, aponta IBGE », <http://mzportal.com.br/?p=30526>, 01/09/2018

¹⁷ Cameselaa C, Hurpeau B., « La communauté de communes de l'Est Guyanais : une population jeune sur un vaste territoire », INSEE Antilles-Guyane, Guyane – La Région, 2009

¹⁸ Deespask, « Escolaridade : Veja nível de instrução da população por cidade do Brasil – Macapa, AP », <http://www.deepask.com/goes?page=macapa/AP-Escolaridade:-Veja-o-nivel-de-instrucao-da-populacao-do-seu-municipio>, 01/09/2018

¹⁹ PRAPS 2018-2022, ARS Guyane

définitions, la SSR recouvre plusieurs dimensions des actions diverses, dont les infections sexuellement transmissibles (IST), les grossesses précoces et/ou non désirées, l'avortement, les violences, le genre, la contraception, la sexualité etc. Ces thématiques nécessitent de la part des acteurs internationaux et nationaux d'adapter leurs politiques publiques à la réalité des territoires. Ainsi, cela va permettre aux acteurs locaux et centraux d'adopter une approche territorialisée, simultanée et adaptée.

C. Implication des acteurs en matière de politiques publiques en SSR

Au niveau international, les organismes de renom tels que l'OMS et le Programme Commun des Nations Unies SIDA (ONUSIDA) promeuvent des stratégies en faveur d'une amélioration de la SSR au travers de plans et stratégies suivants : la stratégie mondiale de lutte contre les IST 2006-2015, le projet stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2011-2015, les objectifs 90/90/90 VIH/SIDA, les directives pour prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement.

Au niveau national tant en France qu'au Brésil, ces Etats nations ont repris, quelques-uns de ces éléments. Tout d'abord, la France au travers du plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 en direction des populations d'Outre-Mer, plan Guyane VIH/SIDA 2010-2013, Agence Régionale de Santé (ARS) Guyane par son Projet Régional de Santé (PRS), 2018-2022 et son Schéma Régional de Prévention (SRP) et son Programme d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). A cet effet, l'ARS a créé un groupe de travail mixte pour une coopération transfrontalière Guyane – Brésil dont l'objectif est de « prévenir, traiter et éradiquer les maladies transmissibles, améliorer la surveillance épidémiologique et développer les actions de prévention. »²⁰ De son côté, le Brésil met en œuvre également des plans et des programmes dont : le programme national des maladies sexuellement transmissibles VIH/SIDA, le pacte pour la santé, la loi n°9.263 de 1996, la politique nationale de planification familiale et la programme santé à l'école, la politique nationale de promotion de la santé. Ces textes ont en commun une approche axée sur la promotion de la santé et la réduction des inégalités sociales de santé. En général leurs axes s'orientent sur la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, la mise en place d'action de prévention en fonction des publics visés, l'accès aux soins, l'éducation et la formation des professionnels.

²⁰ Coopération en santé avec le Brésil, plan d'action 2017-2018, ARS GUYANE 2017

Pour donner quelques exemples chiffrés sur ces territoires communs et au regard des vulnérabilités énoncées ci-dessus, les grossesses non prévues au Brésil représentent 47%²¹ alors que sur l'est guyanais cela ne se représentent que 13%²² ; le taux de fertilité chez les 15-19 ans est de 67 naissances pour 1000 habitants au Brésil²³ ; les grossesses précoces représentent 6,1% chez les moins de 18 ans²⁴ ; les violences liées au genre sont marquées par une domination masculine sur les deux rives pour le côté français, entre mai 2013 et avril 2014, 80% femmes étaient victimes de violences conjugales²⁵ alors que pour le côté brésilien « 23% des brésiliennes ont déjà été victimes de violences conjugales²⁶ » ; un essor accru depuis 2015 du nombre de personnes vivant avec le VIH (PvVIH) sur la zone frontalière dont 53 diagnostiqués au Centre Délocalisé de Soins et de Prévention (CDPS) de Saint-Georges de l'Oyapock, 48 vivent à Oiapoque.

Au niveau local, c'est l'association !D Santé, qui, à partir de ces constats contextuels et des priorités institutionnelles en SSR a souhaité s'investir notamment par la création d'un projet binational « Oyapock Coopération Santé » (OCS) entre la Guyane et le Brésil en 2017. Un projet type de promotion de la santé portant sur trois domaines prioritaires de la Charte d'Ottawa dont le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles, la réorientation des services de santé. C'est un processus tant individuel que collectif qui permet aux populations d'avoir « les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci²⁷ ». Ce projet ayant pour objectif de contribuer à l'accès aux soins de SSR, préventif et curatif sur la zone transfrontalière.

Il est divisé en trois volets²⁸ : le premier volet concerne la prévention combinée en partenariat avec DPAC Fronteira et le Centre Hospitalier André Rosemont (CHAR) assurant la création d'une file active et le suivi des PvVIH avec un axe sur l'éducation thérapeutique. Le deuxième volet concerne le « centro do apoio » appelé en français centre de soutien social, permettant l'hébergement et l'accompagnement des PvVIH victimes de discrimination et étant considérés les plus à risques. Enfin, le dernier volet géré par l'association et l'Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) est relatif à la formation des acteurs locaux, c'est-à-dire des professionnels et des personnes ressources qui vont

²¹ Données issues Pnud 2007 dans le COS 2018-2028, ARS Guyane

²² Document interne, Association !D Santé, « grossesses mineures sur l'est : le point de vue d'une sage-femme »

²³ Données issues de la banque Mondiale 2013 dans le COS 2018-2028, ARS Guyane

²⁴ COS 2018-2018, ARS Guyane

²⁵ Données issues de l'Insee 2014 dans le COS 2018-2028, ARS Guyane

²⁶ Données issues de la société de victimologie 2013, document interne, Association !D Santé, « Note de cadrage projet OCS »,

²⁷ Charte d'Ottawa, OMS, 1986

²⁸ Annexe 2 : schéma du projet OCS

pouvoir renforcer leurs compétences en éducation à la santé sur la zone transfrontalière. Celui-ci est découpé en deux cycles. Le premier cycle comprend deux modules axés d'une part sur le théâtre de l'opprimé²⁹ par l'apprentissage de la technique du théâtre forum et d'autre part sur la théorie sur les fondamentaux en SSR afin que chaque acteur ait des connaissances et des compétences communes. Enfin un dernier cycle sous forme de « formation-action », en d'autres termes, il s'agit de l'accompagnement des apprenants à la mise en place de projet afin de venir conforter leurs connaissances et leurs compétences acquises durant le premier cycle.

II. Missions de stage et réflexions autour du dispositif de formation pour adultes

A. Missions de stage

C'est sur ce dernier volet que j'ai pu réaliser mon stage dont ma mission a porté notamment sur l'organisation, la mise en œuvre de la formation et l'accompagnement des apprenants. Celle-ci se déclinait en plusieurs tâches comme : participer à l'organisation, l'élaboration et la mise en œuvre du deuxième module de formation ; participer à l'accompagnement des apprenants dans la mise en œuvre d'actions de prévention auprès de leurs publics dans le cadre de la formation-action ; participer à au travail de collaboration avec les professionnels brésiliens et français dans la mise en place de la formation-action et des actions de prévention sur la zone transfrontalière ; contribuer à l'évaluation du projet global OCS.

Ce choix de stage a été motivée par l'envie de découvrir un projet transfrontalier de grande envergure mobilisant une approche promotrice de santé déclinée sous un format à la fois préventif et éducatif en santé. Mais plus spécifiquement, c'est l'aspect de la culturalité qui a retenu mon attention afin de mieux articuler les différents savoirs des acteurs locaux des deux rives lors de la formation. Aussi, l'ingénierie de formation est un sujet que nous n'avions pas traité au cours du Master, cette partie me semblait attrayante par l'envie de passer du statut « étudiant-apprenant » à la mise en œuvre d'une formation pour des apprenants. Ainsi, ma position de stagiaire m'a amené à me questionner sur différents éléments. Tout d'abord sur la définition de l'éducation et de la formation ainsi que le contexte historique. Puis sur l'ingénierie de formation, plus particulièrement sur la construction de la formation, le type de formation pour adultes, les contenus, la méthodologie

²⁹ Technique créer en 1970 par Augusto Boal au Brésil dont l'objectif est de « rendre visible les conflits sociaux et politiques en favorisant la prise de parole de groupes marginalisés, opprimés par les pouvoirs totalitaires. » Document interne, Association !D Santé, « Note de cadrage projet OCS »,

utilisée pour la mise en œuvre des séances, la transmission des connaissances en tenant compte du niveau de littératie en santé³⁰.

B. Contexte et historique de la formation pour adultes

Premièrement, il m'est apparu important de faire le point sur les notions d'éducation et de formation qui me semblait au départ synonyme. En effet, dans le dictionnaire « Larousse », l'éducation et la formation sont considérés comme des synonymes. Mais il s'est avéré au fil de mes recherches d'une part que l'éducation constitue le pôle principal de la formation et d'autre part, que la formation est une activité éducative permettant l'éducation. L'éducation se définit comme « une relation dissymétrique nécessaire et provisoire, visant à l'émergence d'un sujet »³¹. La formation est donc considérée comme « un processus d'accompagnement qui prépare l'individu à une fonction, une habileté, sociale ou professionnelle : c'est une action précise dirigée vers un objectif explicite. Il s'agit d'un acte volontaire du sujet qui concerne ici principalement les adultes »³². Ainsi, à partir de ces définitions complémentaires, je me suis intéressée à l'historique de l'éducation des adultes en France sur son contexte et son évolution jusqu'à nos jours.

L'éducation des adultes est pensée depuis la fin du XVIIIe siècle au travers des rapports de Talleyrand et Condorcet suite à la suppression des corporations. Ces auteurs prônaient alors le concept d'éducation permanente et considéraient que « l'instruction ne devait pas abandonner les individus au moment où ils sortent des écoles ; qu'elle devait embrasser tous les âges, qu'il n'y en avait aucun où il ne fut utile d'apprendre... l'instruction doit assurer aux hommes, dans tous les âges de la vie, la facilité de conserver leurs connaissances ou d'en acquérir de nouvelles »³³. L'individu est alors pris en considération dans son ensemble, capable d'apprendre et de se réaliser tout au long de sa vie, son éducation ne s'arrête pas à la formation initiale, dès lors qu'il quitte le système éducatif. Des actions progressives vont être mises en place au milieu du XIXe siècle que l'on peut nommer « formation pour adultes ». Celle-ci concerne « l'ensemble des activités et des processus qui ont pour résultat spécifique la production de nouvelles capacités ou de nouvelles dispositions chez un public

³⁰ « La littératie en santé est liée à la littératie et rejoint les connaissances, la motivation et les compétences de l'individu pour trouver, comprendre, évaluer et utiliser l'information sur la santé dans le but de poser un jugement et prendre des décisions dans la vie de tous les jours en ce qui concerne les soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé dans le but de maintenir ou améliorer sa qualité de vie tout au long de la vie ». Sorensen K, Van den Broucke S, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 25 janv 2012

³¹ Meirieu, « Penser l'éducation et la formation », <https://www.meirieu.com/COURS/PENSEREDUCFOR.pdf>, 01/09/2018

³² Lorto V., Moquet M.-J., *Formation en éducation pour la santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2009 : 100 p.

³³ Terrot N., *Histoire de l'éducation des adultes en France*. Paris, L'Harmattan, 1997, 345 p.

qui, à l'issue du continuum de la scolarité, a connu ou connaît une expérience d'exercice ou de recherche d'une activité professionnelle ou sociale »³⁴. Ces activités prenaient des aspects divers : les cours d'alphabétisation du soir dans le cadre de l'école de Ferry, les cours d'adultes pour les ouvriers de l'industrie afin qu'ils soient plus aptes à remplir les fonctions qu'ont attendaient d'eux sur les techniques industrielles, la formation professionnelle continue axée sur l'instrumentalisation des ouvriers à une « mentalité industrielle nécessaire à l'essor des techniques et de l'économie »³⁵.

Mais l'éducation va connaître, au début et jusqu'à la moitié du XXe siècle une période d'essoufflement liée aux événements de la Première et Seconde Guerre Mondiale. Après la fin de cette dernière, l'éducation des adultes est réinvestie par trois mouvements distincts : l'éducation ouvrière, l'éducation populaire³⁶ et la formation professionnelle jusqu'à la fin des années 50. Ces mouvements ont permis quelque peu, de combler les lacunes de la formation initiale amenant à penser, la formation pour adultes comme un champ autonome. Celle-ci se structure dans les années 70 suite aux changements économiques et sociaux que notre société subit, elle se traduit par des modifications des systèmes de qualifications des adultes. Ainsi, la formation pour adultes se décline sous deux autres types de formation : d'une part la formation continue faisant référence à « la poursuite ou la reprise de l'apprentissage organisée après la conclusion d'une première phase d'apprentissage à l'école, à l'université ou au travail, afin de rafraîchir les connaissances, aptitudes et savoir-faire acquis, de les approfondir et de les enrichir, ou encore d'acquérir de nouvelles connaissances, aptitudes et savoir-faire »³⁷. Et d'autre part, la formation professionnelle continue reconnue par la loi de 1971, qui a « pour objet de permettre l'adaptation des travailleurs au changement des techniques et des conditions de travail, de favoriser leur promotion sociale par l'accès aux différents niveaux de la culture et de la qualification professionnelle et leur contribution au développement culturel, économique et social »³⁸.

Ces questions de politiques de formations ont été traitées à nouveau à la fin des années 90 dans le rapport Delors « l'éducation : un trésor est caché dedans » à destination de l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Sciences et la Culture (UNESCO) opérationnalisant un revirement

³⁴ Barbier J.-M, *Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation*, Paris : Ret., 2005, p. 60

³⁵ *Ibid* 33

³⁶ Dans le plan Langevin-Wallon, l'éducation populaire est définie comme « la possibilité pour tous de poursuivre au-delà de l'école et durant toute leur existence le développement de leur culture intellectuelle, esthétique, professionnelle, civique et morale »

³⁷ Bodart Senn J., Schröder-Naef R., Examen thématique de l'apprentissage des adultes : Suisse. Rapport de base, OCDE, 2000, p. 4

³⁸ Legifrance, « Loi du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente », <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000687666, 01/09/2018>

sémantique sur les termes d'éducation permanente et d'éducation tout au long de la vie. L'éducation tout au long de la vie est un concept plus large désignant le « développement de la connaissance, par cycles, de renouvellement et d'actualisation des savoirs en situation, que ce soit dans la vie privée ou au travail »³⁹, amenant de ce fait à prendre en considération chez les individus en formation, leurs savoirs antérieurs, ultérieurs, leur environnement, la reconnaissance de leurs compétences. Il s'agit dès lors de penser l'éducation et la formation comme un tout, complémentaire, l'une se trouvant dans une logique de faire évoluer les individus et l'autre dans une logique d'activité permettant l'atteinte de cette éducation tout au long de la vie.

C. Ingénierie de formation : qu'est-ce que c'est ?

Ensuite, pour mener à bien cette complémentarité d'éducation et de formation prévue dans les textes, l'association !D Santé s'est appuyée sur l'ingénierie de formation c'est-à-dire « la démarche socioprofessionnelle constructiviste et itérative, visant l'optimisation des apprentissages et le développement individuel, collectif et organisationnel intégrant les phases d'analyse, conception, réalisation et évaluation dans un environnement complexe traduisant les interactions des niveaux politique, organisationnel, pédagogique, des structures et des types d'acteurs »⁴⁰. En d'autres termes, comment la formation va-t-elle permettre de répondre à son objectif de créer des connaissances communes aux acteurs locaux de la zone transfrontalière ? Dans quelle perspective l'association envisage-t-elle la formation pour adultes ? En effet, il ne suffit pas pour l'association de transmettre des informations sur les bonnes pratiques à adopter en SSR mais de favoriser un apprentissage pour les adultes en leur permettant de créer une capacité réflexive sur leurs pratiques professionnelles dans leur environnement. Ainsi, afin d'adapter au mieux l'apprentissage en rapport avec les pratiques professionnelles, l'association a prévu un accompagnement de chaque apprenant à la mise en place d'action en lien avec la SSR. Néanmoins, cela pose la question de l'union formation – accompagnement sur l'acquisition de connaissances théoriques réinvesties dans la pratique, autrement dit que les connaissances acquises soient valorisées, reconnues à travers les compétences mobilisées sur le terrain.

³⁹ Laberge D., Une nouvelle approche de l'éducation, *Revue internationale d'éducation de Sèvres*, 1999, p. 65-99.

⁴⁰Jorro A., *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, Louvain-la-Neuve, Belgique, De Boeck Supérieur, 2013, 362 p.

III. Problématisation du sujet : quelle analyse de la prescription secondaire ?

A. Prescription secondaire et évolution des tâches réalisées des apprenants : cadre théorique et hypothèses

Ainsi, durant mon stage j'ai été amenée à réfléchir sur l'analyse que nous pouvons faire sur ce dispositif de formation dans un cadre transfrontalier. En ce sens, il s'agit de déterminer quel modèle de référence pouvons-nous utiliser pour décomposer les éléments de l'activité éducative dans un contexte où les apprenants sont issus de deux territoires différents (Guyane-Brésil). Pour cela, je me suis appuyée sur un modèle vu en cours d'éducation à la santé par C. Simar et dont J. Leplat en a été le précurseur dans les années 80 en France. Il s'agit de la psychologie ergonomique, « science qui étudie l'activité des sujets humains en situation de travail »⁴¹. La situation de travail est examinée au regard de la tâche et de l'activité. La tâche se référant à la « prescription sinon d'obligation »⁴². A l'instar, l'activité renvoie « à ce qui est mis en jeu par le sujet pour exécuter ces prescriptions, pour remplir ces obligations »⁴³. Transposer ce schéma à ma mission de stage m'a amenée à m'interroger sur la formation pour adultes et en quoi celle-ci dans un contexte transfrontalier permet de faire évoluer les connaissances et les pratiques des acteurs locaux / apprenants ? Autrement dit, en appliquant le langage de la psychologie ergonomique, en quoi la prescription secondaire, qu'est la formation pour adultes, dans un contexte transfrontalier, permet de faire évoluer les tâches réalisées des apprenants ? Pour cela, nous allons examiner à partir du cadre théorique élaboré, la prescription secondaire, les tâches représentées et les tâches réalisées des acteurs en jeux dans la formation ainsi que les déterminants influençant ces écarts ; selon trois points de vue différents dont les responsables de formation, les formateurs et les apprenants. Ainsi, les hypothèses de mon travail sont les suivantes :

- Hypothèse 1 : L'éducation à la santé est explicite dans les tâches que se représentent les acteurs locaux / apprenants ;
- Hypothèse 2 : L'association développe une prescription secondaire explicite en matière d'éducation à la santé ;
- Hypothèse 3 : L'association développe une prescription secondaire s'appuyant sur le développement professionnel des acteurs locaux / apprenants ;
- Hypothèse 4 : La prescription secondaire s'appuie sur le modèle andragogique pour viser le changement des tâches représentées des acteurs locaux / apprenants ;

⁴¹ Tâche et activité en didactique du français : contribution de la psychologie ergonomique, Conférence de Goigoux R.

⁴² *ibid*

⁴³ *ibid*

- Hypothèse 5 : La prescription secondaire sur l'accompagnement favorise l'empowerment des apprenants dans leurs tâches réalisées.

B. Courte synthèse de littérature : formation et éducation à la santé

Selon certaines études menées dans le milieu de l'enseignement sur l'analyse des dispositifs « Apprendre à Mieux Vivre Ensemble » (AMVE), « Allez Bien pour Mieux Apprendre » (ABMA) et les écoles promotrices de santé à partir de la psychologie ergonomique, il a été démontré dans un premier temps, que la formation est un levier pour les enseignants dans la pratique de l'éducation à la santé notamment en tenant compte des facteurs influençant leurs pratiques. Puis dans un second temps, l'accompagnement, joue aussi un rôle central quant à leur acquis et leur mise en confiance dans la pratique de l'éducation à la santé. Cependant, ces études ont mis en exergue les facteurs influençant la pratique en éducation à la santé, requestionnant le dispositif de formation et d'accompagnement qui se font sous certaines conditions.

C. Quelles méthodes d'enquête ?

Afin de pouvoir répondre à ma problématique et aux hypothèses ci-dessus, j'ai eu recours aux méthodes qualitatives et quantitatives. J'ai tout d'abord, commencé par une revue de littérature afin de cerner les concepts autour de la formation pour adultes et les dispositifs mis en place en éducation à la santé. Puis la réalisation d'entretiens avec les responsables de formation, les formateurs et les apprenants en m'appuyant du cadre théorique. Enfin, la distribution d'un questionnaire pour venir éclaircir les données recueillies lors des entretiens. Ces données ont fait l'objet d'une traduction portugais car la majorité de ma population était brésilienne puis elles été analysées à l'aide des logiciels Sonal et Excel.

Ainsi, nous verrons dans une première partie la contextualisation et la compréhension sur la formation d'adultes en matière d'éducation à la santé dans une approche territorialisée en santé. Dans une deuxième partie au regard de cette contextualisation, la modélisation de la problématique de recherche en formation d'adultes et éducation à la santé à partir du cadre théorique sur la psychologie ergonomique. Puis analyser les données recueillies et commenter les résultats qui ont pu ressortir durant mon enquête selon l'application de ce modèle. Enfin, une discussion autour des résultats notamment sur qu'a pu mettre en lumière mon cadre théorique et ces limites ainsi que les perspectives.

Partie 1 : Contextualisation et compréhension des enjeux sur la formation d'adultes en matière d'éducation à la santé dans une approche territorialisée en santé

Dans cette partie, il s'agira de contextualiser et de comprendre les enjeux sur la formation d'adultes en éducation à la santé à partir des perspectives scientifiques et institutionnelles dans un premier temps, puis de développer une approche de santé territorialisée au regard du contexte transfrontalier et en quoi la formation-accompagnement est un levier pour développer ce type d'approche.

I. Enjeux scientifiques et institutionnels au regard de la formation pour adultes : quelles perspectives à ce jour en matière de santé ?

Nous verrons tout d'abord les perspectives scientifiques en formation pour adultes et les approches qui fonctionnent en éducation à la santé. A l'aune de ces perspectives, celles au niveau institutionnel et les textes mis en œuvre pour envisager la formation pour adultes en éducation à la santé.

A. Enjeux scientifiques en éducation à la santé en formation pour adultes

L'éducation à la santé et la formation pour adultes sont des concepts pas si éloignés, tout d'abord sur leurs objectifs et leurs visés éducatives. Mais la formation des adultes en éducation à la santé se réalise sous certaines conditions qui ont été prouvés scientifiquement par des études.

1. Education sanitaire à éducation à la santé : définition

L'éducation à la santé autrefois appelée éducation sanitaire était fondée sur une approche prescriptive sinon d'injection par la diffusion des messages et d'informations. Désormais, l'éducation à la santé est pensée autrement, et correspond, selon D. Nutbeam, à « toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes et que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie »⁴⁴. Ainsi, des chercheurs se sont penchés sur la scientificité de l'éducation à la santé dans certains dispositifs, programmes ou projets pour attester ou non des approches qui fonctionnent en la matière.

⁴⁴ Pommier J., Breton E. et al., *La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone*, Rennes, Presse de l'EHESP, 2017, 537 p.

2. Approches recommandées en éducation à la santé

De nombreuses études ont été menées en matière d'éducation à la santé portant dans différents domaines tant dans l'éducation, la citoyenneté ou encore médical. Elles démontrent que l'éducation à la santé intègre un pan plus large qu'est celui de la promotion de la santé. Les approches privilégiées sont plutôt systémiques en prenant en considération les déterminants affectant les individus, les groupes et leurs interactions ; par opposition aux approches thématiques, organisées de manière occasionnelles ou ponctuelles. D'autres critères sont aussi à prendre en compte : l'implantation du projet autour de la promotion de la santé et/ou de l'éducation dans l'environnement car les effets et les résultats en sont tributaires ; l'implication des acteurs quel que soit leur domaine de compétences dans le projet afin qu'ils aient un sentiment d'appartenance et de responsabilité ; une participation bottom-up, autrement dit ascendante afin de favoriser le développement des ressources, des potentialités et de l'empowerment des individus et des communautés.

3. Quel lien entre formation pour adultes et éducation à la santé ?

Des éléments se retrouvent entre éducation à la santé et formation pour adultes. Ces deux concepts ont pour objectif commun d'accroître les connaissances et les compétences des individus et/ou des groupes dans un contexte spécifique. Les individus et/ou les groupes sont placés en situation d'apprentissage par le biais d'activités éducatives. Ces situations d'apprentissages se construisent de sortes, que l'individu et/ou les groupes développent ou construisent de nouvelles capacités tant professionnelles que personnelles. Par exemple, une étude de recherche-intervention⁴⁵ qui a porté sur les écoles promotrices de santé, a mis en œuvre un dispositif de formation et d'accompagnement des équipes d'école sur la promotion de la santé afin que l'école soit un environnement favorable aux apprentissages des élèves et pratiques pédagogiques des acteurs. A l'issue de cette recherche, l'étude a démontré que les enseignants ayant bénéficié du dispositif ont d'une part « mis en œuvre des actions de promotion de la santé » et d'autre part « une meilleure ambiance dans leur école ». Un autre exemple pour illustrer mes propos, en matière d'éducation thérapeutique du patient (ETP), les professionnels de santé ou non, reçoivent une formation initiale ou continue pour la pratiquer. Les professionnels dans leur démarche d'ETP doivent prendre le patient dans sa globalité (histoire de vie, personnalité, besoins, demandes). A l'issue de l'ETP le patient à améliorer ses connaissances, à acquis des compétences et peut changer de comportements vis-à-vis de sa pathologie.

⁴⁵ Guével M-R, Pommier J. et. al, « Evaluation d'un dispositif de formation et d'accompagnement en promotion de la santé dans les écoles primaires françaises : implications pour la pratique », *IUHPE – Global Health Promotion*, Vol. 20, Supp. 2, 2013

In fine, la formation des adultes en éducation à la santé est indispensable tant sur l'aspect individuel que collectif. Ainsi, au regard de ces perspectives scientifiques, comment, au niveau institutionnel la formation des adultes en éducation à la santé est-elle appréhendée ?

B. Enjeux institutionnels à l'échelle nationale

Au niveau institutionnel l'accent est mis sur la promotion de la santé, cependant, peu de textes mettent en avant l'aspect de l'éducation à la santé et sa formation.

1. Loi de modernisation du système de santé

La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 prévoit tout d'abord, « l'extension de la promotion de la santé à des acteurs de proximité non professionnel de santé ». Celle-ci inclue des actions de proximités pour les publics cibles en les responsabilisant et en leur permettant d'être auteur de leur propre santé. Ensuite, le « déploiement d'un parcours éducatif en santé » qui semble être l'une des mesures phares de cette loi. Ce parcours permet d'agir dès le plus jeune âge (dès la maternelle jusqu'au lycée) sur le développement des compétences psychosociales des enfants par l'apprentissage du « prendre soin de soi et des autres, et d'éviter les conduites à risques ». Il en revient à l'éducation nationale de mettre en œuvre ce parcours éducatif en santé.

2. Parcours éducatif en santé

Le parcours éducatif en santé « vise à structurer les actions relatives à la promotion de la santé en milieu scolaire prenant en compte les dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements en référence aux programmes scolaires »⁴⁶. Celui-ci s'articule donc autour de trois axes : prévenir, éduquer et protéger. Cependant, la création de ce parcours implique d'envisager la formation des acteurs liés de près ou de loin à l'éducation nationale. Pour cela un dispositif de formation initiale et continue a été envisagé afin de créer une culture commune aux personnels enseignants. Il porte sur trois points : le premier sur « l'organisation de formation d'initiative locale à l'échelle des établissements et des circonscriptions et dans le cadre des plans académiques de formation »; le deuxième sur le « renforcement de la formation des personnels enseignants et d'éducation au sein des écoles supérieures du professorat

⁴⁶ Education nationale, « le parcours éducatif de santé », <http://www.education.gouv.fr/cid109047/le-parcours-educatif-de-sante.html>, 01/09/2018

et de l'éducation » ; le troisième sur « la formation des personnels de direction et d'inspection à l'école supérieure de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et au sein des académies ». Ainsi, ces formations sont envisagées à différentes étapes dans la formation d'adultes.

En matière de santé sexuelle et reproductive, cette question est intégrée dans le parcours éducatif en santé, les enseignants dans leur programme doivent mettre en place des séances en éducation à la sexualité. Pour cela, nous allons nous référer à la stratégie nationale de santé sexuelle.

3. Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030

La stratégie nationale de santé sexuelle promeut une approche globale sur l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. Pour cela elle développe une « action volontariste d'information, d'éducation à la santé et de communication, avec une place prioritaire pour la santé des jeunes et permet de renforcer la formation et la mobilisation des professionnels de santé »⁴⁷.

Nous retrouvons un premier axe qui concerne la promotion en santé sexuelle dès le plus jeune âge dans une approche globale et positive dont les objectifs reposent sur l'éducation à la sexualité par le biais du parcours éducatif en santé ; la formation en santé sexuelle des professionnels de santé, médico-social, de l'éducation et de la justice tant en formation initiale que continue. Un deuxième axe qui porte sur l'amélioration de la santé reproductive dont les objectifs sont relatifs au « renforcement de la formation initiale et continue des professionnels de santé sur les grossesses non prévues et non désirées » d'une part, par l'inscription en formation des différentes méthodes de contraception et d'autre part, par le développement de programmes de formations continue par les associations. Un dernier axe concerne la prise en compte des spécificités de l'Outre-Mer dont les objectifs reposent sur le « renforcement de la promotion de la santé en lien avec l'éducation nationale et la santé scolaire » en développant l'accès aux préservatifs en milieu scolaire ; la « lutte contre les violences faites aux femmes et contre les discriminations des personnes séropositives » ; « le développement de l'accès aux dépistage en matière d'IST, VIH-SIDA » ; « l'amélioration de la l'accès aux moyens de contraception ».

C. Enjeux institutionnels à l'échelle de la Guyane

En Guyane, l'ARS a élaboré au travers de ces différents plans des axes stratégiques en matière de santé sur une approche holistique. Cependant, après avoir épluché le plan stratégique de lutte

⁴⁷ Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

contre le VIH/ IST, le projet régional de santé, ses schémas et ses programmes et le groupe de travail en coopération transfrontalière, la formation des adultes en santé voire en éducation à la santé n'est pas explicitement citée.

1. Plan stratégique de lutte contre le VIH/IST Guyane 2010-2014

Le plan stratégique de lutte contre le VIH/ IST a été élaboré dans l'objectif de « diminuer l'incidence et d'améliorer la prise en charge de l'infection à VIH par une meilleure connaissance de l'épidémie et une optimisation des actions et des ressources sur des axes stratégiques »⁴⁸. A cet effet, l'un des axes stratégiques fondamentales dans l'épidémie repose sur la prévention et la communication notamment sur la nécessité de « renforcer les connaissances et les compétences des acteurs de la prévention ». Les associations au plus près des populations notamment en territoire isolées sont des points de repère essentiels pour les publics ciblés par l'épidémie de VIH/IST. De plus, à cette même époque, la création de Guyane Promo Santé (GPS)⁴⁹ a permis de faire un état des lieux des formations sur le territoire guyanais, envisageant ainsi de mettre en place des formations sur les « méthodes de prévention et la promotion de la santé » et « la méthodologie des interventions de prévention / promotion de la santé ».

2. Engagements des politiques publiques de l'ARS 2018-2022

L'ARS prévoit dans son cadre d'orientation stratégique 2018-2028, trois défis majeurs dont l'un porte sur « la mise en place d'une politique de promotion de la santé tout au long de la vie »⁵⁰. Cette mise en place se définit par des orientations à travers le PRS 2018-2022 dont deux ont retenu mon attention. La première concerne l'efficacité des services de santé durable de qualité dont l'accent est tout d'abord mis sur « la formation professionnelle médicale, paramédicale et médico-sociale » puis sur « la progression des compétences tout au long de la vie professionnel, la consolidation et la promotion du dispositif de développement professionnel continu » et « le développement des modalités de re-certification des compétences ». La deuxième est relative aux moyens de conférer aux populations « davantage de maîtrise de leur santé et les outils pour l'améliorer » passant par le développement de la prévention universelle dont les objectifs correspondent à la formation des acteurs en promotion de la santé selon leur niveau de littératie en santé par le développement d'une approche positive de la santé, à partir des pratiques de chacun, « développer une réflexion collective et participative d'accessibilité universelle des messages de prévention en prenant en compte les spécificités des populations » ; « développement de programmes au plus proche des populations et

⁴⁸ Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014, Ministère de la Santé et des Sports

⁴⁹ Equivalent des Instances Régionales de Promotion et d'Éducation à la santé (IREPS)

⁵⁰ COS 2018-2028, ARS Guyane

des territoires » relatif à l'accompagnement des ressources locales qu'il faut identifier en amont ; « accompagner le pouvoir d'agir individuel et collectif des populations » par « la formation des professionnels à la santé communautaire » et « la structuration de l'offre de formation de médiation en santé ».

De plus, le PRS prévoit également un point sur le « renforcement des coopérations : internationale, interrégionale et entre DOM/COM » par le développement et/ou la poursuite de programmes transfrontaliers dans le champ de la promotion de la santé notamment en créant un groupe de travail en coopération transfrontalière.

3. Coopération transfrontalière Guyane-Brésil : la commission mixte transfrontalière

La coopération transfrontalière a fait l'objet d'une déclaration d'intention en 2012 créant officiellement la constitution d'un sous-groupe de travail en santé dans la zone transfrontalière reposant sur quatre objectifs de travail : «1) renforcer les systèmes de santé ; 2) renforcer la veille sanitaire ; 3) former les ressources humaines ; 4) Encourager la participation des communautés »⁵¹. Il s'agit pour les acteurs de la zone transfrontalière de pouvoir faire face aux défis de santé publique notamment sur les maladies transmissibles par la mise en place ou le renforcement de programmes tels que la formation et la recherche.

En 2014, une nouvelle lettre d'intention a été signée formalisant la poursuite de cette coopération, cette fois-ci sur de nouveaux axes « pour prévenir, traiter et éradiquer les maladies transmissibles, améliorer la surveillance épidémiologique et développer les actions de prévention »⁵² tout au long de la frontière Guyane-Amapà.

L'ARS s'avère être un pilier pour ce type de coopération, puisqu'elle permet de soutenir et d'accompagner les différents acteurs sur les territoires transfrontalier ainsi que leurs projets, c'est le cas de l'association !D Santé. En effet, dans le cadre du projet OCS, l'action de formation et de l'accompagnement n'est pas explicitement citée au regard des objectifs cités en 2014. Les actions sont plus spécifiques aux structures sanitaires et professionnels de santé de part et d'autre des deux rives.

⁵¹ Déclaration d'intention entre la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé du gouvernement de la République Française et le Ministre de la Santé du gouvernement de la République Fédérale du Brésil pour l'établissement d'un partenariat stratégique en matière de politiques de santé, ARS Guyane, 2012

⁵² Coopération en santé avec le Brésil, plan d'action 2017-2018, ARS GUYANE, 2017

II. Développement d'une approche territorialisée en santé au regard du contexte transfrontalier

Au regard des perspectives scientifiques et institutionnels ci-dessus, la formation et l'éducation à la santé des acteurs locaux doivent être adaptées aux spécificités du contexte transfrontalier Guyane-Brésil et pose donc la question de la mise en œuvre.

A. Approche territorialisée en santé sur la zone transfrontalière

Pour définir le terme d'approche territorialisée en santé, il est essentiel de le découper en deux parties : « territoire » d'une part et « santé » d'autre part. Dans le sens géographique, un territoire se réfère à « un espace délimité, approprié par un individu, une communauté sur lequel peut s'exercer l'autorité d'un Etat, d'une collectivité »⁵³. En santé, cette notion est souvent utilisée pour qualifier la mise en œuvre des politiques publiques, elle se réfère ici à « des regroupements de proximité à partir de critères d'aménagement du territoire, d'équilibre des populations et de recours aux soins techniques et hospitaliers »⁵⁴ celui-ci « doit être pertinent pour les acteurs locaux : infra-communal, communal ou intercommunal »⁵⁵. Quant à la santé, celle-ci au-delà de la définition de l'OMS qui repose sur une vision biomédicale, est fondée sur une vision plus globale et holistique notamment par la promotion de la santé et les cinq axes de la Charte d'Ottawa. Assembler ces deux concepts, la territorialisation en santé se résume en termes de « politiques, de projets, d'actions pensées et conduites en fonction des besoins d'une population donnée »⁵⁶. Néanmoins, elle doit réunir deux conditions préalables à sa mise en œuvre : « d'une part l'acquisition de nouvelles compétences pour les politiques, les professionnels et les éducateurs pour la santé et, d'autre part, le décloisonnement de chaque champ avec un partage de connaissances et une réelle articulation des politiques publiques »⁵⁷.

Sur la zone transfrontalière Guyane-Brésil, le projet OCS tient compte des politiques publiques en santé élaborée à l'échelle de la Guyane ainsi que des données chiffrées au regard des indicateurs en SSR. Le territoire en santé a été défini en fonction des problématiques qui sont rencontrées de part et d'autre du fleuve par les populations et les acteurs.

⁵³ Géoconfluence, « territoires, territorialisation, territorialité », <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/territoires-territorialisation-territorialite>, 01/09/2018

⁵⁴ PRS du Nord-Pas-de-Calais : Les territoires de santé, ARS Nord-Pas-de-Calais

⁵⁵ Cahier des charges de l'Agence Régionale de Santé Ile-De-France

⁵⁶ Approche globale de la santé et territoire, actes des journées régionales en éducation pour la santé du pôle de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé de la Région Midi-Pyrénées, 2012

⁵⁷ *ibid*

B. Éléments de diagnostic pour une approche territorialisée en santé du projet OCS

Le projet OCS a été élaboré à partir d'une approche holistique en SSR. Tout d'abord en prenant en compte l'environnement qu'est la zone transfrontalière en termes de flux de populations et zone de transit, d'accès aux soins, difficultés d'accès géographiques. Ensuite, en associant plusieurs acteurs clés sur le territoire tant sur l'aspect associatif, éducatif et sanitaire afin de veiller à l'intersectorialité. Enfin, des indicateurs épidémiologiques sur le VIH, les grossesses précoces et/ou non désirées, les violences, le genre ont mis en exergue l'intérêt de travailler sur cette thématique. Pour illustrer mes propos, la note de cadrage portant sur le projet souligne les éléments suivants : « incidence du VIH en Guyane de 18 pour 10 000 habitants ; prévalence du VIH en Amapà 1,25% (donneurs de sang) ; 32% des PvVIH suivis aux CDPS en zones isolées sont d'origine brésiliennes ; 46,6% des PvVIH perdus de vue en zones isolées et près de 37% des PvVIH sont dépistés au stade tardif en Guyane ; prévalence des grossesses précoces pour les moins de 17 ans de 6,22% en Guyane ; recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) pour les moins de 17 ans est de 15,22% en Guyane; au Brésil le taux de fertilité chez les adolescentes de 15-19 ans est de 67 naissances pour 1000 habitants), faible disponibilités contraceptives côté Brésil, 38,72% des femmes au Brésil souffrent quotidiennement de violences »⁵⁸.

Par ailleurs, la connaissance des territoires par les porteurs du projet OCS ont été un élément indispensable à la conduite de celui-ci. Le projet est coordonné à la fois du côté français et brésilien par le CHAR et l'association DPAC Fronteira pour permettre un réel échange de pratiques, de partages d'expériences et de mises en commun de compétences, de moyens humains, financiers et matériels. A cet effet, la pertinence de la définition de ce territoire semble aussi justifiée par l'absence de projet transfrontalier en promotion de la santé des deux côtés. Comme évoqué en introduction, le projet s'articule autour de trois volets pour une durée de trois ans le premier volet sur la prévention combinée ; le deuxième volet concerne le centre de soutien social enfin le dernier volet sur la formation des acteurs locaux en SSR. Nous allons ici nous concentrer uniquement sur le volet formation qui nous intéresse au vu de la problématique du mémoire.

C. Ingénierie de formation sur le volet « formation » du projet OCS

La conception du volet de formation du projet, y compris pour tout autre type de formation, nécessite de faire appel à l'ingénierie de formation. C'est un processus itératif basé sur le développement de compétences des individus participant en formation. Elle permet également de structurer le cadre et les prérequis afin d'adapter la mise en œuvre de la formation au contexte

⁵⁸ Document interne, Association !D Santé, « Note de cadrage projet OCS »

transfrontalier. Elle repose en outre sur une méthodologie de projet : dont l'analyse des besoins, la conception et la définition des objectifs andragogiques, la sélection des méthodes d'enseignement et apprentissage, la réalisation et l'évaluation. Pour cela, l'association a rédigé un cahier des charges explicite en intégrant l'éducation à la santé dans le projet global OCS promoteur de santé ; en reprenant les constats de départ sur la situation en SSR ; en détaillant les critères de formation (public cible, communication, entretiens des participants, sélection des participants, organisation, évaluation individuelle et collective ; les objectifs et le déroulé de la formation ; les principes, démarches et méthodes « pédagogiques » employées ; les outils mis à disposition pour les formateurs et les participants, le lieu et la durée de formation). Elle est organisée autour de trois modules⁵⁹. Le premier module porte sur le théâtre de l'opprimé dont l'objectif est de permettre aux acteurs de découvrir ce qu'est le théâtre forum avec une mise en pratique de scènes de théâtres forums dans des lieux identifiés comme clés en SSR. Le deuxième module est axé sur une partie théorique dont les fondamentaux en SSR. L'objectif étant de faire acquérir aux apprenants un bagage commun sur la SSR et de pouvoir échanger sur leurs pratiques professionnelles. Enfin le dernier module sur l'accompagnement qui permet de suivre les apprenants sur la mise en place d'actions en lien avec la SSR et de pouvoir réajuster leurs connaissances si besoin.

Ainsi, nous pouvons nous questionner sur ce type de formation-accompagnement véhiculé par l'association notamment sur la pertinence, l'intérêt et les avantages pour développer une approche territorialisée en santé.

III. Formation-accompagnement : un levier pour développer des approches territorialisées en santé

Dans cette troisième partie nous allons voir quelle est la nécessité d'une formation-accompagnement ainsi que les questions attrait à son développement en termes de modèle, de méthode et de type d'approche à mobiliser. Enfin quel est l'apport pour l'association en développant ce type de formation par une approche territorialisée en santé.

A. Nécessité d'une formation-accompagnement en éducation à la santé sur la zone transfrontalière

Sur la zone transfrontalière Guyane-Brésil aucun organisme ou association ne propose une formation binationale en prenant en considération la barrière de la langue. Pourtant, l'intérêt de croiser les deux territoires est indispensable au vu du partage des problématiques de part et d'autre.

⁵⁹ Annexe 3 : Schéma volet formation projet OCS

C'est à partir de ces constats épidémiologiques et des responsables du volet de formation que la formation va pouvoir favoriser l'accroissement des connaissances ainsi que les compétences des acteurs sur la zone tant au niveau professionnel que personnel.

Cependant, mettre en place une formation sur la transmission des savoirs en SSR ne suffit pas pour les apprenants à maîtriser les contours et les profondeurs de cette vaste thématique. C'est pourquoi les responsables de formation ont ajouté le module accompagnement qui semble pour l'une d'entre elle, un point essentiel à cette formation. Selon elle, « *de manière empirique on a constaté que peu de stagiaires mettaient en pratique les informations* » et ce pour plusieurs raisons « *le manque de confiance et le fait que ce ne soit pas prioritaire au quotidien de travailler là-dessus* ». Elle ajoute aussi que l'accompagnement aura au départ « *un bénéfice individuel plutôt que collectif* ». Les apprenants pourront ainsi tout au long de l'accompagnement avec l'aide du chargé de projet, bénéficier de réajustement des connaissances acquises si besoin, développer leurs compétences ainsi que leur empowerment dans leur champ de travail respectif. L'objectif à plus long terme prévoit que les acteurs soient capables de pouvoir être autonome dans la mise en place d'action et d'être des relais pour favoriser une SSR positive et d'inverser la tendance des données épidémiologiques.

B. Développement de la formation-accompagnement pour adultes adapté à la zone transfrontalière

La conception et le développement d'une formation-accompagnement pour adultes pose la question de savoir sur quel modèle celle-ci va reposer, quelle méthode va être mobilisée, quel type d'approche est souhaité au regard de la situation en SSR sur la zone transfrontalière ? Plusieurs modèles peuvent être mobilisés en formation d'adultes, ceux-ci s'orientent autour de trois axes : le développement professionnel, la professionnalisation et l'identité professionnelle. Ces paradigmes ont fait l'objet de recherches par de nombreux auteurs développant autant de définitions qui peuvent prêter à confusion ; il est donc important de les distinguer. Le développement professionnel s'oriente sur deux perspectives : développementale et professionnalisante. La perspective développementale s'ancre plus sur un chemin linéaire de stades auxquels l'individu va être confronté tout au long de sa vie tant au niveau personnel que professionnel. La perspective professionnalisante est un « un processus d'apprentissage produit par les diverses situations professionnelles rencontrées »⁶⁰. La professionnalisation quant à elle, selon Wittorski est « une intention sociale de rendre les « travailleurs » (au sens large) plus « professionnels », c'est-à-dire ayant des connaissances

⁶⁰ Corinne Ambroise, Étude du développement professionnel des enseignants-débutants par le biais des souvenirs de leurs premières expériences et de leurs croyances d'efficacité, Education, Thèse, Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II, 2016.

approfondies de leurs actions et de leur métier en général, sachant s'adapter à des situations variées et complexes et développant leur autonomie ». L'identité professionnelle ou construction identitaire du sujet s'articule autour de trois dimensions selon Perez-Roux : la dimension biographique, la dimension relationnelle et la dimension intégrative.

Ensuite, en formation pour adultes, nous pouvons nous demander comment enseigner à des adultes ? Knowles dans les années 90 a élaboré ce que nous appelons, l'andragogie. Ce modèle met au centre l'adulte en situation d'apprentissage en formation et nous invite à tenir compte en tant que formateur de quelques caractéristiques essentielles : l'adulte doit savoir pourquoi il apprend et quelles sont les connaissances et compétences qui correspondent à ses situations réelles qu'il rencontre, l'adulte doit être vu comme capable de prendre ses décisions, l'adulte a des expériences, l'adulte a des motivations externes et internes, l'adulte « oriente son apprentissage autour de la vie, d'une tâche ou d'un problème »⁶¹.

A partir de ces éléments, il s'agit donc pour les formateurs d'adopter une posture et de créer des situations d'apprentissages qui favorisent la participation et l'empowerment des apprenants à travers des activités où sont prises en considération leurs identités professionnelles, leurs connaissances et leurs compétences au plus près de leurs réalités. Toutefois, nous pouvons nous interroger sur le sens qu'a la formation pour l'association, autrement dit quel est son apport, son intérêt vis-à-vis de cette dernière ?

C. Apport de la formation-accompagnement pour l'association en matière d'approche territorialisée en santé

Bien que la formation bénéficie en premier lieu aux apprenants qui y participent, l'association doit pouvoir y trouver également sa part de bénéfice. En d'autres termes quelle logique sous-tend la mise en place de cette formation ? Tout d'abord, la mobilisation des acteurs locaux en formation permet indirectement à l'association de pouvoir étudier et de rendre compte des représentations et des pratiques professionnelles en matière de SSR. En effet, ceci peut être une stratégie afin de pouvoir adapter les prochaines actions mais aussi de comprendre certains phénomènes sociaux influençant la SSR tant individuellement que collectivement.

Ensuite, l'association peut démontrer à travers son approche territorialisée en santé l'intérêt de travailler en intersectorialité avec des acteurs locaux issus de divers domaines tant du milieu

⁶¹ C. Simar, cours d'éducation à la santé février 2018, EHESP

sanitaire, éducatif et religieux. De créer une synergie commune permettant à tous de pouvoir s'impliquer et contribuer à la réduction des données épidémiologiques en SSR.

Enfin, il s'agit pour l'association implantée en zone isolée de pouvoir être perçue comme un acteur stratégique en matière de SSR sur la zone transfrontalière. C'est-à-dire qu'elle soit identifiée comme une structure capable de pouvoir fédérer, fidéliser et émanciper ces acteurs apprenants. Mais aussi par les institutions sur la création de liens et de partenariats avec ces acteurs locaux qui peuvent être des points d'entrées sur des problématiques qu'ils rencontrent afin de favoriser la mise en place de projet, programme ou action.

Au vu de l'ensemble des éléments apportés durant cette première partie sur la contextualisation et la compréhension des enjeux en formation pour adulte et de l'éducation à la santé par une approche territorialisée en santé, il s'agit désormais d'aborder la modélisation de la problématique de recherche en formation d'adultes vis-à-vis des travaux qui ont été menés dans le champ de la formation en santé – éducation à la santé.

Partie 2 : Modélisation de la problématique de recherche en formation d'adultes et éducation à la santé dans un contexte transfrontalier

Dans cette deuxième partie, je m'attacherai à faire une synthèse des travaux de recherches sur l'impact des formations en santé notamment en éducation à la santé. A partir de ces travaux, je me suis appuyée sur le modèle de psychologie ergonomique pour mon cadre théorique et construire ma question de recherche.

I. Synthèse des travaux de recherches sur l'impact des formations en santé et éducation à la santé

Une multitude de recherches ont été menées sur les formations en santé, plus précisément en éducation à la santé et leurs impacts. C'est surtout dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement que les articles sont foisonnants.

A. Education à la santé : un concept flou soumis à réinterprétation par les acteurs

Au travers de ces études, l'éducation à la santé est apparue comme un concept flou pour les enseignants. Généralement, leur approche en la matière reposait essentiellement sur des prescriptions institutionnelles réinterpréter dans leur activité. Cependant, cette réinterprétation des prescriptions étaient sujettes à des facteurs internes ou externes des enseignants sur l'objet de l'éducation à la santé se traduisant dans leurs pratiques professionnelles par une approche thématique de santé comme l'alimentation, les conduites à risques, le sommeil etc. ayant une « légitimité sociale »⁶² et moins sur un travail plus vaste englobant les différentes approches en santé tels que les « éducations à » et les compétences psychosociales.

B. Formation accompagnement : une formule magique pour un impact concret dans les pratiques des acteurs ?

Dans les études telles que AMVE, ABMA et école promotrice de santé, l'accent est mis sur la formation ainsi que l'accompagnement pour les enseignants. En effet, dans une étude menée par F. Pizon, D. Jourdan et al., ils démontrent que dans les discours enseignants « peu d'entre eux ont bénéficié d'une formation initiale dans ce domaine et lorsque ce fut le cas, le volume horaire apparaît de leur point de vue comme insuffisant »⁶³. De ce fait, l'articulation entre formation et

⁶² Pizon F., Jourdan D. et al., « Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants », *Travail et formation en éducation*, 2010

⁶³ *ibid*

accompagnement apparaît plus que primordial et « constitue un appui aux enseignants pour inscrire les questions d'éducation à la santé au cœur de leurs pratiques »⁶⁴. Pour cela, ces programmes proposaient une formation adaptée à chacun des établissements par une démarche sur différents niveaux tant micro que macro, de la classe à la famille en passant par l'école. L'objectif de ces formations n'est pas de réaliser un programme type à mettre en œuvre à l'échelle de l'école et/ou de la classe par les enseignants mais de leur proposer des ressources et des outils nécessaires, concrets et adaptés à leurs pratiques. A cet effet, il ressort de l'étude portant sur le dispositif AMVE, tout d'abord que « plus l'enseignant bénéficie d'un nombre d'heure important de formation plus il a tendance à mettre en œuvre une pratique globale »⁶⁵ ; ensuite que « les enseignants ayant décidé d'inclure le travail à la suite d'une réflexion collective à l'échelle de l'école, ont eux aussi, plus de chances de mettre en œuvre une pratique globale »⁶⁶ ; enfin que « l'investissement des enseignants est fortement lié à leur intérêt et à leur sentiment de compétences »⁶⁷.

Ainsi, la formation-accompagnement pensée à l'échelle des enseignants doit tout d'abord les intégrer comme acteur au sein d'une démarche collective puis leur permettre de pouvoir progresser par la possibilité de participer aux formations développant ainsi leurs capacités professionnelles à court, moyen et long terme en éducation à la santé.

C. Impact à l'échelle collective de la formation-accompagnement en santé et éducation à la santé

Les effets de ces dispositifs ne sont pas qu'à l'échelle individuelle des enseignants mais aussi à un niveau collectif tant pour la communauté éducative que les élèves. Il ressort de ces études quelques points communs. Tout d'abord sur l'implantation d'un type de programme et la durée de celui-ci. En effet, plus le programme est large, c'est-à-dire porté sur la promotion de la santé construit collectivement et plus il est inscrit dans le temps, meilleurs seront les résultats. A cet effet, il a été souligné « la nécessité pour les écoles françaises de s'ouvrir plus à l'environnement qui les entoure notamment par la qualité des relations avec les familles, et par le développement d'un travail en partenariat avec, en particulier, les municipalités »⁶⁸. Ensuite, dans le programme ABMA, des

⁶⁴ Pizon F., Jourdan D. et al., « Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants », *Travail et formation en éducation*, 2010

⁶⁵ Simar C., Jourdan D., « Education santé à l'école : étude des déterminants des pratique des enseignants du premier degré », *Revue des sciences de l'éducation*, 2010, vol. 36, n°3, p 739-760

⁶⁶ *ibid*

⁶⁷ *ibid*

⁶⁸ Guével M-R, Pommier J. et. al, « Evaluation d'un dispositif de formation et d'accompagnement en promotion de la santé dans les écoles primaires françaises : implications pour la pratique », *IUHPE – Global Health Promotion*, Vol. 20, Supp. 2, 2013

jours de formation sont organisées dans le cadre de l'accompagnement collectif. Elles permettent « de rencontrer les équipes des autres établissements et d'échanger des informations sur des points méthodologiques et sur les actions engagées »⁶⁹. Enfin, les programmes de promotion de la santé et/ou d'éducation à la santé ont des résultats significatifs tant sur la réussite scolaire et le bien-être des élèves au sein de l'école. Toutefois, le programme ABMA, laisse supposer « une probabilité élevée »⁷⁰ sur le climat scolaire, en raison de son « caractère fluctuant »⁷¹ avec d'autres facteurs. Par ailleurs, ces dispositifs adoptant une démarche globale s'inscrivent également dans une logique de réduction des inégalités sociales de santé en agissant de ce fait à travers plusieurs déterminants sociaux de santé dont la formation-accompagnement, est un des éléments clés.

En conclusion, « la formation des enseignants à l'éducation à la santé est un élément central »⁷² d'une « stratégie commune pour améliorer et promouvoir la santé des élèves »⁷³. Cette affirmation, nous amène donc à questionner et analyser la formation pour adultes en SSR des acteurs locaux dans un contexte transfrontalier afin qu'ils aient des connaissances communes sur cette thématique.

II. Analyse de la prescription secondaire et évolution des tâches réalisées des apprenants dans un contexte transfrontalier à partir du cadre théorique de la psychologie ergonomique

A l'aune des études et écrits scientifiques sur la formation d'adultes, les formations en éducation à la santé ainsi que mon expérience de stage, je me suis questionnée sur la possibilité de réaliser une analyse de la formation inscrite dans un contexte binational entre la Guyane et le Brésil. Pour répondre à celle-ci, j'ai réalisé mon cadre théorique sur la psychologie ergonomique autour de la prescription secondaire et l'évolution des tâches réalisées par les apprenants.

A. Cadre théorique de la psychologie ergonomique : prescriptions, tâches et activités

La psychologie ergonomique, appelée aussi ergonomie cognitive ou « cognitive engineering » dans sa notion anglophone, est un modèle qui a été repris par J. Leplat en France dans les années 80. Ce modèle est à la croisée comme son nom l'indique d'une part de la psychologie cognitive en étudiant les comportements des individus et d'autre part, ergonomique où elle fait référence aux

⁶⁹ Corinne Ambroise, Étude du développement professionnel des enseignants-débutants par le biais des souvenirs de leurs premières expériences et de leurs croyances d'efficacité, Education, Thèse, Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II, 2016.

⁷⁰ *ibid*

⁷¹ *ibid*

⁷² Jourdan D., *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 160 p.

⁷³ *ibid*

situations de travail. En d'autres termes, c'est « une science qui étudie l'activité des sujets humains en situation de travail »⁷⁴.

L'approche de la psychologie ergonomique se réalise à partir de trois paliers⁷⁵ : le premier sur la tâche prescrite qu'elle soit primaire et/ou secondaire, le deuxième sur la tâche représentée et la troisième sur la tâche réalisée. La tâche prescrite, selon Leplat et Hoc, véhicule avec elle l'idée d'obligation, c'est-à-dire « la tâche conçue par celui qui en commande l'exécution »⁷⁶. Dans ce second palier y compris dans le troisième, nous parlons plutôt d'activité. L'activité renvoie, selon Leplat et Hoc, « à ce qui est mis en jeu par le sujet pour exécuter ces prescriptions, pour remplir ces obligations »⁷⁷. La tâche représentée correspond à l'interprétation que le sujet fait de la tâche qui est prescrite. La tâche réalisée est ce qui se fait réellement par le sujet pour exécuter la tâche prescrite. A l'issue de ces deux derniers paliers, l'activité se résume en la capacité pour le sujet de redéfinir la tâche qui lui est prescrite sans pour autant l'accomplir telle qu'elle est prévue mais en fonction des ressources, des capacités dont il dispose ainsi que de ses représentations. En outre, c'est à partir de ce modèle entre tâche prescrite et activité que le dispositif de formation sur lequel je réalise mon stage a été analysé.

B. Analyse de la prescription secondaire à partir des tâches représentées et des tâches réalisées des acteurs en formation

Nous retrouvons ainsi le premier palier correspondant à la tâche prescrite qu'est la formation. Tout d'abord une tâche prescrite primaire liée à l'orientation du projet OCS et dans quel cadre celui-ci s'inscrit. Une tâche secondaire liée au processus même de la formation : comment celui-ci est pensé ; comment celui-ci est organisé en termes de modules, de contenus ; les objectifs et les résultats attendus ; la rédaction d'un cahier des charges ; le modèle de formation d'adultes visé.

Ensuite, l'analyse de l'activité par les tâches représentées et les tâches réalisées à partir de trois points de vue dont celui des responsables de formation, des formateurs et des apprenants. Concernant les tâches représentées : 1) par les responsables de formation, il s'agira de déterminer l'aspect de l'ingénierie de formation sur l'adaptation des contenus andragogiques vis-à-vis du contexte, des savoirs des apprenants et de leur identité professionnelle. 2) par les formateurs, il s'agira de cerner sous l'angle de l'ingénierie de formation leurs pratiques sur la construction de leur

⁷⁴ Tâche et activité en didactique du français : contribution de la psychologie ergonomique, Conférence de Goigoux R.

⁷⁵ Annexe 4 : Cadre théorique : quelle analyse de la formation ?

⁷⁶ Leplat J., Hoc J-M., « Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations », *Cahier de psychologie cognitive*, 1983, p 49-63.

⁷⁷ Simar C., cours d'éducation à la santé, février 2018, EHESP

séance andragogique en tenant compte des conditions de formations (pluri-catégorialité du public, la démarche andragogique, la didactique). 3) par les stagiaires, il s'agira d'identifier leurs missions dans le cadre professionnel ou professionnel en éducation à la santé, leurs représentations en SSR et leurs attentes vis-à-vis de la formation. A partir de ces éléments recueillis, il faudra identifier quels sont les facteurs qui influencent les écarts entre la tâche prescrite secondaire et les tâches représentées pour chacun des points de vue.

Concernant les tâches réalisées : 1) par les responsables de formation, il s'agira de déterminer ce qui a réellement été mis en œuvre durant les séances de formations en termes de didactique (enseigner et transmettre des savoirs) et de contenus andragogiques. 2) par les formateurs, il s'agira de déterminer quelle démarche andragogique a été mise en œuvre et la posture qu'ils ont adopté durant leur séance d'intervention. 3) par les apprenants, il s'agira d'identifier ce qu'ils ont réellement compris et ce qu'ils ont mis en œuvre. A partir de ces éléments recueillis, il faudra identifier quels sont les facteurs qui influencent les écarts entre les tâches représentées et les tâches réalisées pour chacun des acteurs.

C. Application limitée du cadre théorique

Toutefois, il convient de souligner que ce modèle se limitera à l'analyse théorique des actions réalisées par les stagiaires. En effet, en raison de contraintes temporelles notamment sur la mise en place et la durée de l'accompagnement, nous ne pourrions pas examiner les pratiques des apprenants lors des actions mises en place et à mettre en œuvre. Il me semble, que cela peut constituer un tout autre sujet de problématique autour des pratiques des apprenants post-formation. Ainsi, cela montre que le modèle de psychologie ergonomique peut être appliquée de façon plus large au-delà de la formation et son impact à moyen et long terme.

III. Présentation de la question de recherche : prescription secondaire et évolution des tâches réalisées des apprenants

Dans cette dernière partie, j'évoquerai le choix d'orienter ma question de recherche sur la psychologie ergonomique ainsi que l'apport vis-à-vis du stage et de la structure.

A. Choix de la problématique : retour réflexif sur le stage

En position de stagiaire, je me suis interrogée sur la portée de la formation, dans quelle cadre celle-ci s'inscrit, quelle commande a été faite par les commanditaires, quelle interprétation est faite de la part des formateurs et des stagiaires, quelles sont les activités réellement mises en œuvre par les formateurs et les apprenants, comment celle-ci contribue à faire évoluer les connaissances des

apprenants ? Pour faire référence au cours d'éducation à la santé présentée par C. Simar lors du second semestre, elle nous avait présenté le modèle de la psychologie ergonomique dans le cadre de ses recherches dans le monde enseignant. Il m'est apparu après, plusieurs échanges avec elle, opportun de pouvoir mettre en pratique ce modèle et ainsi comprendre les logiques et les facteurs qui sous-tend la formation.

B. Explication de la problématique : entre prescription secondaire et tâche réalisée

Au vu des éléments apportés autour du modèle théorique de la psychologie ergonomique et de l'application de ce dernier à la formation de l'association, ma problématique s'oriente autour de la formation d'adultes et en quoi celle-ci dans un contexte transfrontalier permet de faire évoluer les connaissances et les pratiques des acteurs locaux / apprenants ? En d'autres termes, en quoi la prescription secondaire mise en œuvre par l'association permet-elle de faire évoluer les tâches réalisées des apprenants ? Il s'agira donc d'analyser tout d'abord quelle est l'activité mise en œuvre par les responsables de formation et les formateurs contribuant à l'atteinte de l'objectif de la formation qui est de créer des connaissances communes aux acteurs locaux. In fine de créer des pratiques communes en matière de SSR. Ensuite, quelle est l'activité qu'ont les acteurs locaux en matière d'éducation à la santé, c'est-à-dire quelles représentations et pratiques ils ont ? Ainsi que leur activité post-formation, bien que celle-ci sera limitée dans l'analyse au vu des contraintes temporelles. Enfin d'identifier, quels sont les déterminants qui influencent les écarts entre les tâches et les activités de ces différents acteurs à partir des éléments de la littérature.

C. Quel apport pour l'association ?

Ainsi, ce travail portant sur l'analyse de l'activité de la formation de l'ensemble des acteurs peut apporter à l'association une autre manière d'envisager l'ingénierie de formation pour l'année d'après. Elle permettra tout d'abord de comprendre quels sont les mécanismes mises en œuvre par les acteurs pour interpréter la tâche prescrite et la façon dont il la gère. Ensuite de saisir l'intérêt pour chacun des acteurs à participer et intervenir dans ce type de formation-accompagnement. Enfin, de pouvoir en fonction des résultats tirés de mon enquête de réajuster, si besoin, les séances de formation pour l'année d'après.

Partie 3 : Démarche méthodologique : présentation détaillée des méthodes qualitatives et quantitatives, échantillon d'enquête

Pour répondre à ma problématique qui est l'analyse de l'activité de la formation par les acteurs dont les formateurs, les responsables de formations et les apprenants, j'ai mobilisé à la fois les méthodes qualitatives et quantitatives⁷⁸.

I. Utilisation des méthodes qualitatives

Dans le cadre de mon travail, l'utilisation des méthodes qualitatives m'est apparu nécessaire au regard des situations auxquelles j'ai été confrontée notamment pour la mise en place de la formation (contenus et fiches des séances) et ma participation. Une revue de littérature a tout d'abord été effectuée pour bien cerner mon sujet, des observations puis des entretiens afin d'alimenter ma réflexion.

A. Revue de littérature et documents internes

La première étape du mémoire a consisté à réaliser une revue de littérature. Tout d'abord, celle-ci a été effectuée à partir de mots clés : « éducation », « formation », « formation des adultes », « éducation des adultes », « ingénierie de formation ». Puis, après avoir élaboré mon cadre théorique, j'ai recherché à partir des mots clés : « psychologie ergonomique », « prescription », « tâche », « activité ». Enfin, une lecture sur les différentes politiques publiques en matière de santé et de formation en éducation à la santé. Cette revue a été effectuée sur diverses bases de données (Cairn, Persee, Revue.Org, Openedition, érudit, la base de données bibliographiques de l'EHESP, ministère de la santé, ministère de l'éducation, etc.).

Cette recherche bibliographique m'a permis de me familiariser d'une part, avec les concepts de d'éducation et de formation d'adultes ainsi que la psychologie ergonomique et d'autre part, de voir l'état des connaissances actuel sur ces sujets. Ainsi, la formation d'adultes notamment des enseignants a été beaucoup documentée ces dernières années, en matière d'éducation à la santé à partir de l'analyse de leur activité et de leur pratique selon le modèle de la psychologie ergonomique. Cependant, peu d'études mettent en avant l'importance et la pertinence de former d'autres acteurs, hors professionnels de santé et hors champ de l'éducation, à l'éducation à la santé dans des contextes bien particuliers comme celui de la Guyane et du Brésil.

⁷⁸ Annexe 5 : Schéma récapitulatif des méthodes mixtes

Pour compléter mes sources littéraires, je me suis également appuyée sur les documents internes de l'association tels que le cahier des charges, le plan de formation, les déroulés andragogiques, les bilans de l'association afin d'avoir des éléments sur la tâche prescrite.

B. Observations participantes : quelle place, quel rôle ?

Pendant mon stage, j'ai pu réaliser plusieurs observations participantes sur les trois modules à la fois lors des temps formels et informels. Cependant, cela a nécessité de questionner en amont, tout d'abord, le rôle que j'occupais pendant la formation qui reposait sur ma position de stagiaire à mettre œuvre la formation et les séances. Puis, j'ai choisi d'adopter une posture « perturbatrice » allant parfois à l'encontre des idées, des valeurs des apprenants et « réflexive » cherchant à comprendre les représentations des uns et des autres, tout en requestionnant leurs idées en matière de SSR. Aussi, vis-à-vis des responsables de formation et des formateurs, j'ai observé comment se préparait l'organisation des séances et le déroulé de celles-ci.

Pour ce fait, lors de la conduite des observations, je n'avais pas au départ de grille d'observations mais simplement des prises de notes. Ma grille s'est construite au fur et à mesure en fonction de l'avancée dans ma problématique. Elle reposait principalement sur les interactions, les attitudes, les pratiques, les connaissances, les ressources (matérielles et humaines). Toutefois, ces observations ne suffisent pas à elles seules pour déterminer les tâches et les activités de ma population d'étude, les entretiens sont donc apparus comme nécessaire à ma réflexion.

C. Entretiens : responsables de formation, formateurs et apprenants

Pour donner suite à ma revue de littérature et à mes observations, j'ai réalisé des entretiens individuels de type semi-directifs durant la période du mois d'août dont l'objectif était de déconstruire les tâches représentées et les tâches réalisées de ma population d'étude.

Pour cela, j'ai réalisé quatre guides d'entretien différents pour mes trois types de populations adaptés au niveau de littératie de chacun. Un premier entretien⁷⁹ a été réalisé avec la directrice de l'association qui a construit le projet OCS, il me semblait important de l'interroger afin de connaître les motivations pour la création de ce dernier. Le guide d'entretien était structuré en trois parties : la construction du projet, le recrutement des intervenants et des apprenants, l'avenir de la formation.

Ensuite, des entretiens avec les responsables de formation⁸⁰ structurés en deux parties d'une part sur les tâches représentées et sur les tâches réalisées, principalement sur les deux premiers modules,

⁷⁹ Annexe 6 : guide d'entretien directrice de l'association

⁸⁰ Annexe 7 : guide d'entretien responsables de formation

avec de surcroît une partie sur l'accompagnement et leur avis sur ce dernier. Les questions ont été adaptées en fonction des responsables rencontrées, tout en essayant de garder le cœur de mes parties.

Puis, des entretiens avec les formateurs⁸¹ structurés en trois parties à partir des tâches représentées, des tâches réalisées sur la manière dont ils ont envisagé leur intervention et ce qu'ils ont réellement fait puis leur avis sur la formation transfrontalière.

Enfin, des entretiens avec les apprenants dont le guide d'entretien était structuré⁸² en trois parties à partir des tâches représentées sur leur mission de travail, leurs représentations et ce qu'ils attendaient de la formation, des tâches réalisées sur ce qu'ils ont compris, ce qu'ils ont retenus et ce qu'ils ont pu / ou envisagent de mettre en œuvre enfin leur avis sur la formation transfrontalière. Ce travail plus important a nécessité de ma part d'établir une relation de confiance en amont notamment lors des séances de formation.

II. Utilisation des méthodes quantitatives

Dans le cadre de mon travail, l'utilisation des méthodes quantitatives a été mobilisée plutôt comme un appui aux données qualitatives recueillies. Pour cela, j'ai eu recours aux questionnaires, aux évaluations et autoévaluation des apprenants.

A. Questionnaire

Lors de mes entretiens et des réponses que j'ai pu avoir de la part des stagiaires, il m'est apparu nécessaire de réaliser un questionnaire sur leurs représentations et leurs pratiques en éducation à la santé. Pour le construire, je me suis référée à deux documents, d'une part « l'éducation à la santé et pensée complexe : une approche globale pour formation des enseignants »⁸³ pour les questions de 1 à 18 et d'autre part, le « devenir soignant-éducation en formation en soins infirmiers »⁸⁴ pour les questions de 24 à 29. Pour cela, j'ai repris les questions fermées et adaptés tout d'abord au niveau de littératie des apprenants puis de leur contexte. J'ai également pris le soin, de définir ce qu'était l'éducation à la santé à partir de la définition de D. Nutbeam afin que les apprenants soient au clair sur cette définition et de pouvoir répondre de manière réfléchie et en adéquation avec la définition

⁸¹ Annexe 8 : guide d'entretien intervenant-formateur

⁸² Annexe 9 : guide d'entretien apprenants

⁸³ Calas F., Reynaud C. et al., « Education à la santé et pensée complexe : une approche globale pour la formation des enseignants », *Recherches en didactique des sciences et des technologies*, 2012, p. 106-130

⁸⁴ Nagels M., Alglave N., Devenir soignant-éducateur en formation en soins infirmiers. CREAD- Université Rennes 2. Symposium Éducation et santé : le temps des émancipations ? (2eme partie) aspects méthodologiques et praxéologiques., May 2012, Rennes, France. pp.1-10, 2012.

aux questions. La passation du questionnaire s'est réalisée sur whatsapp et par mail en effet, il m'était impossible pour des contraintes organisationnelles de pouvoir leur administrer en personne.

B. Evaluations des stagiaires à l'issu des deux modules

En formation et même lorsqu'il s'agit d'un projet, il est utile d'avoir recours à l'évaluation tant d'un point de vue collectif qu'individuel pour identifier les points qui ont posés des difficultés et ceux à améliorer. Au niveau collectif, des évaluations étaient réalisées d'une part à la fin du module du théâtre de l'opprimé et d'autre part, à chaque fin de séance sur les fondamentaux en SSR. A un niveau individuel, une autoévaluation sur les connaissances a été réalisée par les apprenants au début des fondamentaux en SSR puis en toute fin. Ces données peuvent m'être utile pour venir appuyer certaines données issues de la revue de littérature, des observations, des entretiens et du questionnaire.

III. Description de mon échantillon d'enquête

Après avoir décrit les méthodes utilisées pour mon enquête, je vais vous décrire l'échantillon de celle-ci et plus particulièrement de ma population cible portant sur trois acteurs différents de 2018⁸⁵.

A. Description des responsables de formation

Les responsables de formation correspondent aux personnes qui ont été en charge de déterminer l'organisation des modules, d'élaborer les thématiques en SSR ainsi que leurs objectifs respectifs. Ils sont ici 3 responsables dont 2 sur le territoire guyanais et 1 sur le territoire brésilien. Lors de la construction du projet et la mise en œuvre de la formation, il était essentiel qu'il y ait un binôme de responsable de chaque côté des deux rives pour garder cet aspect transfrontalier. Nous avons tout d'abord, la directrice de l'association qui est la responsable principale sur la formation qui l'a coordonnée de manière générale, ainsi que le recrutement des intervenants côté français. Puis un autre responsable de formation basé à Saint-Georges de l'Oyapock pour s'assurer de recruter les apprenants. Enfin, une autre responsable de formation du côté Oiapoque qui s'est occupée de recruter les intervenants-formateurs brésiliens.

B. Description des intervenants-formateurs

Les intervenants sont définis comme « toute personne ou professionnel en posture d'éducation dans une action ou une intervention d'éducation pour la santé »⁸⁶. Ces derniers ont été choisis de

⁸⁵ Annexe 10 : tableau récapitulatif de l'échantillon de mon étude

part et d'autre des deux rives par la responsable principale de la formation et son homologue côté brésilien. Les intervenants n'ont pas été sélectionnés sur un ou des critère(s) en particulier tant qu'ils étaient aptes à pouvoir échanger sur le sujet choisi ou attribué. Il était également requis de mettre en intervention un binôme à la fois français et brésilien. Ainsi, ces formateurs sont au nombre de 3 comédiens pour les séances du théâtre de l'opprimé ; 9 pour les séances sur les fondamentaux en SSR (incluant les deux responsables principales de la formation); puis 1 formateur sur l'accompagnement (le responsable de formation basé à Saint-Georges de l'Oyapock) ; soit au total un nombre de 13 intervenants-formateurs.

C. Description des apprenants

Les apprenants correspondent aux acteurs locaux qui ont souhaité participer à la formation, recruté par le responsable de formation de Saint-Georges de l'Oyapock à partir d'un critère : « les personnes devront travailler et/ou habiter dans la zone transfrontalière »⁸⁷. Dans cette population d'acteurs a été retenu les apprenants qui on soit participer aux modules du théâtre de l'opprimé, des fondamentaux en SSR et de l'accompagnement, soit uniquement au module sur les fondamentaux en SSR et de l'accompagnement⁸⁸. A contrario, j'ai choisi de ne pas inclure dans mon étude, les apprenants qui ont participé qu'au théâtre de l'opprimé, ainsi que les invités qui étaient de passages et les acteurs qui ont quitté la formation en cours. En effet, le théâtre de l'opprimé n'a pas apporté une base théorique sur l'éducation à la santé et la SSR. Celui-ci était plus un outil permettant aux acteurs de s'en servir afin de pouvoir créer un dialogue avec des publics particuliers sur des thématiques sans pour autant travailler les messages d'éducation ou de prévention. L'échantillon de départ est donc prévu à 22 apprenants ayant participé ou non à la totalité de la formation dont 6 personnes ont été exclues.

⁸⁶ Lemonnier F., Bottéro J. et al., *Référentiel de bonne pratiques, Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité*, Saint-Denis, Editions INPES, 2005

⁸⁷ Document interne, Association ID Santé, « OCS proposition pédagogique cycle SSR »

⁸⁸ Je tiens à souligner qu'à ce stade de la rédaction du mémoire et du stage, tous les apprenants n'ont pas encore été suivi en accompagnement, je suppose donc que le groupe que nous avons réussi à consolider sera présent pour cette dernière partie.

Partie 4 : Analyse et résultats

Nous traiterons dans cette partie, tout d'abord l'analyse des données, comment et quelle démarche a été mise en œuvre, ensuite l'exposition des résultats d'une part les caractéristiques générales de la population d'étude et d'autre part, l'application du cadre théorique.

I. Analyse des données qualitatives et quantitatives

Cette partie abordera la mise en œuvre de l'analyse des données tant sur l'aspect qualitatif que quantitatif.

A. Mise en place de ma démarche qualitative

Concernant mes observations, je n'ai pas éprouvé de difficultés particulières, celles-ci étaient déjà intégrées dans ma position participative au sein de la formation. Néanmoins, ayant commencé mes observations avec des prises de notes, il m'a fallu élaborer une grille d'observation qu'après les deux premiers modules, nécessitant ainsi de replacer les informations obtenues dans les bonnes thématiques attribuées à cet effet.

Pour les entretiens, j'avais initialement rédigé une grille d'entretien plus technique comprenant les mots clés spécifiques à la formation d'adultes. Celle-ci a été modifiée en accord avec la directrice de l'association pour la simplifier et être adaptée au mieux aux apprenants. A cet effet, j'ai pu réaliser un pré-test de cette grille avec un apprenant français qui n'a pas eu de difficultés particulières à répondre à mes questions. Cependant, ces réponses m'ont permis de rajouter ou de modifier certaines questions.

Lors du déroulé des entretiens, dans un premier temps, je demandais à mes enquêtés de les enregistrer, leur garantissant un anonymat lors de la retranscription. Dans un second temps, j'expliquais en quoi leur présence était importante au regard du rendu de mon mémoire puis je leur présentais mon travail de façon simple autour de l'analyse de la formation.

Pour interroger ma population côté brésilien, j'ai dû faire appel à un traducteur étudiant en langue étrangère à l'Université de Guyane. Pour cela, j'ai dû lui expliquer l'objectif des entretiens, la nécessité d'avoir un guide avec soi, le sens des questions et sa position en tant que traducteur.

B. Mise en place de ma démarche quantitative

Concernant les questionnaires, ils ont été élaborés après les entretiens, celui-ci a fait l'objet d'une relecture par mon tuteur de stage pour tester le niveau de compréhension des questions fermées

ainsi qu'une traduction en portugais en essayant de garder la même signification qu'en français. Aussi, ces derniers n'ont pas fait l'objet d'un pré-test, par conséquent, les apprenants n'étaient pas préparés à les recevoir. De plus, la passation des questionnaires du côté français a été administrée par mail et remplie sur word, en revanche côté brésilien je me suis servie de whatsapp⁸⁹.

C. Analyse des données qualitatives et quantitatives recueillies

Pour l'analyse des données à la fois qualitatives et quantitatives, j'ai utilisé, ce que nous appelons, la triangulation des données. C'est-à-dire combiner plusieurs méthodes de recueils de données afin d'une part d'obtenir des informations variées voir complètes et d'autre part d'en attester leur validité.

Concernant les entretiens ceux-ci ont tous été retranscrits intégralement en français après traduction. Ils ont été anonymisés pour les apprenants « A n° », les formateurs « IF n° », les responsables de formation « RF n° ». Ensuite, ils ont fait l'objet d'une analyse par thématique à l'aide du logiciel SONAL. Les thématiques ont été élaborées à partir des questions puis regrouper en catégorie de thématiques pour les apprenants et les formateurs en prenant en considération la problématique. Pour les entretiens apprenants 5 catégories de thématiques ont été relevées : la dimension personnelle, la dimension santé, le développement professionnel, la formation, l'accompagnement. Pour les formateurs, 5 catégories de thématiques ont été également relevées : la dimension personnelle, la dimension santé, la formation pour adultes, les pratiques personnelles, la préparation de la séance.

Concernant les observations, celles-ci ont été retranscrites à partir de thématiques que j'ai défini en amont de la problématique. Ces thématiques sont au nombre de 6 : la posture et les attitudes, les relations, les connaissances, les pratiques, le contenus andragogiques, les ressources (matérielles, humaines, logistique).

Afin d'attester la validité interne de ces données, je les ai croisées d'un avec les observations sur les modules, l'analyse documentaire issue de la synthèse des travaux de recherches en éducation à la santé et formation pour adultes et les documents internes de l'associations.

Concernant les questionnaires, les données ont été recueillies sur whatsapp puis retranscrites sur une base de données Excel. Ils avaient pour objectif n'ont pas d'être représentatifs, mais d'apporter des éléments de compréhension au vu des éléments d'entretien.

⁸⁹ En effet, le réseau internet côté brésilien n'est pas assez puissant mettant donc plus de temps à recevoir le questionnaire.

II. Caractéristiques générales de la population interrogée : résultats

Dans cette partie nous verrons tout d'abord, les premiers résultats de l'enquête portant sur les caractéristiques générales de mes populations (description, éducation à la santé et mission en SSR).

A. Caractéristiques générales des apprenants, formateurs et responsables de formation

Sur une population totale de 22 apprenants, seulement 16 ont eu un entretien. Parmi eux, nous comptons 2 hommes et 14 femmes. La majorité des apprenants résident⁹⁰ à Oiapoque soit 12/16 et 4/16 à Saint-Georges de l'Oyapock ; parlant couramment le portugais excepté pour deux d'entre eux. Ils sont issus de différents domaines : la majorité du domaine religieux (5/16), santé (4/16), éducation (3/16), commerce (1/16), commerce et tourisme (1/16), social (1/16), associatif (1/16). Sur les 16 apprenants, 14 ont participé à l'intégralité de la formation alors que 2 apprenants n'ont fait que les modules sur les fondamentaux en SSR et l'accompagnement. Concernant leur parcours scolaire 13/16 ont été à l'université et seulement 3 ont arrêté leurs études au lycée⁹¹.

Concernant les questionnaires à destination des 16 apprenants interrogés, seulement 10 m'ont répondu. Dont 3 résidents à Saint-Georges de l'Oyapock et 7 à Oiapoque. Parmi eux, 2 hommes et 8 femmes ont répondu.

Sur une population totale de 13 formateurs, seulement 6 ont eu un entretien. Parmi eux, nous comptons 6 femmes. Parmi elles, 3 travaillent à Oiapoque et 3 autres travaillent à Saint-Georges de l'Oyapock et Cayenne. Elles travaillent dans des domaines différents : associatif (3/6), enseignement supérieur (2/6), santé (1/6). Elles occupent des postes divers : médecin, professeur, coordinatrice, directrice, Sur les 6 formateurs interrogés, ils sont intervenus uniquement pour le module 2.

Concernant les 3 responsables de formations, ils ont été tous interrogés. Parmi eux nous comptons 2 femmes et 1 homme répartis à la fois sur Oiapoque, Saint-Georges de l'Oyapock et Cayenne. Ils possèdent un diplôme dans l'enseignement supérieur en lien avec la santé publique et la médecine.

B. Caractéristiques générales des apprenants en éducation à la santé

Lors des entretiens, il me semblait important de poser la question de l'éducation à la santé et de sa définition. La plupart des apprenants ont eu des hésitations à répondre, cherchant leur mot. Certains apprenants reliaient l'éducation à la SSR par exemple : A16 « *grossesse précoce, violences sexuelles, prévention* », A12 « *respect du corps, sexualité, la connaissance du corps* ». D'autres ont

⁹⁰ Le lieu de résidence fait référence à la domiciliation de l'apprenant indépendamment de sa nationalité.

⁹¹ Annexe 11 : tableau caractéristiques générales des apprenants

des définitions plus larges sans pour autant expliqué ce qu'est l'éducation à la santé : A10 « *c'est sensibilisé* », A14 « *pour moi c'est éduquer, une personne pour qu'elle puisse connaître la santé de façon générale [...]. Je pense à la prévention, se prévenir avant d'être malade* », A5 « *travailler dans la communauté, les écoles, les adolescents, les populations à risque* ».

En confrontant ces données avec le questionnaire portant sur les représentations et pratiques en éducation à la santé. Il ressort que globalement sur les représentations de l'ES, les apprenants ont une vision plutôt positive. L'éducation à la santé n'est pas réservée qu'aux professionnels de santé et à la famille, qu'elle peut se faire à la fois dans et hors du système scolaire. Cependant, nous pouvons relever que les apprenants sont sceptiques sur le développement des capacités du public (5/10 ne sont pas d'accord avec l'affirmation « développer des capacités personnelles de votre public »). Par rapport à leurs pratiques, quelques apprenants pratiques l'éducation à la santé depuis plus de 3 ans (5/10), 3 depuis la fin de la formation, et 2 depuis les 3 dernières années. Pendant leur travail, ils utilisent la méthodologie de projet pour mettre en place des activités, celle-ci porte principalement sur le contexte du lieu (9/10), les connaissances du public (5/10), les représentations du public (5), les thématiques prioritaires à aborder (7/10), les partenariats (6/10) et les soutiens d'acteurs possibles (6/10). Leurs activités sont fondées sur des approches participatives tant individuelles (3/10) que collectives (9/10) selon le champ d'intervention de chacun⁹².

C. Caractéristiques générales des formateurs en éducation à la santé et SSR

Sur le concept de l'éducation à la santé, selon le poste occupé par les formateurs, les définitions varient. Par exemple en tant que médecin généraliste IF4 considère que l'éducation à la santé c'est « *éduquer le patient, sensibiliser le patient pour qu'il puisse mieux se prendre en charge et le rendre responsable face à sa prise en charge et à ses soins* ». Pour une coordinatrice sur les croyances religieuses et la santé sexuelle IF2 considère que « *la santé pour moi c'est un tas de chose, c'est l'accès aux soins, le bien être* ». Pour la coordinatrice d'une association IF1 cela correspond au « *bien-être et transmettre des informations aux personnes* ».

Pour l'ensemble des formateurs interrogés, la SSR fait partie de leur mission de travail. Leurs pratiques professionnelles dans leur mission SSR varient selon leur domaine d'action, pour les infirmières de l'enseignement supérieur, une s'occupe de transmettre des savoirs à ces étudiants tandis que l'autre coordonne l'enseignement. Pour l'intervenante en médecine, son travail est en

⁹² Question à choix multiples

contact direct avec les patients et n'hésite pas à leur expliquer leur pathologie. Pour la coordinatrice en santé sexuelle et croyance, il s'agit de la sensibilisation et de l'accompagnement.

III. Modèle de la psychologie ergonomique : résultats

A. Définition de la prescription secondaire par les acteurs à l'origine de la formation

1. De la tâche à exécuter à la tâche prescrite secondaire : le document prescripteur

Pour la tâche à exécuter qu'est la formation, une note de cadrage a été rédigée « proposition pédagogique cycle SSR », il est en fait le document prescripteur de base pour les responsables de formation. Ce document explicite les objectifs de la formation. L'objectif général porte sur l'acquisition des compétences en SSR pour les acteurs investis dans ce domaine ou qui souhaitent s'investir. Les objectifs spécifiques permettront aux acteurs d'« acquérir des bases solides en promotion de la santé, maîtriser les outils de prévention en santé, être capable de mettre en œuvre des programmes d'éducation à la santé, repérer et orienter les personnes victimes de violences ». Aussi, ce document décrit comment les modules 1, 2 et 3 sont organisés, quelles sont les méthodes employées, quelle démarche « pédagogique » est utilisée, quelles sont les méthodes à mobiliser.

Pour les formateurs et les apprenants, la prescription s'est faite à la fois de manière formelle par la remise d'un document de présentation synthétique reprenant les objectifs des modules et de manière informelle à travers les échanges oraux.

2. Démarche méthodologique de la prescription secondaire

Le document prescripteur prévoit l'organisation d'une session d'information collective, l'organisation d'entretiens individuels de sélection, l'organisation de tests de sélections, le positionnement des candidats et communications des résultats. Après les entretiens menés avec RF1 et RF2, il s'est avéré que ces prescriptions n'ont pas été mises en œuvre pour plusieurs raisons. Tout d'abord, RF1 énonce que « *le test de sélection n'a pas eu lieu car c'était beaucoup trop scolaire, on l'a remplacé par le positionnement au démarrage de la théorie par l'auto-évaluation* ». Ensuite pour la présélection des candidats, celle-ci ne s'est pas faite car « *il y avait peu de personnes et donc que la sélection portait sur la motivation exprimée et ressentie* » (RF1). Puis les entretiens individuels avec les candidats afin d'évaluer leur niveau a été « *systématique en 2017 et moins en 2018* » (RF1), RF2 ajoute : « *j'ai interrogé certains participants surtout ce que je ne connaissais pas* ». Enfin, concernant la session d'information collective, celle-ci n'a pas eu lieu, le responsable de formation RF2 a plutôt fait de l'information individuelle.

B. De la tâche prescrite à la tâche représentée par les acteurs : responsables de formation, formateurs, apprenants

1. Redéfinition de la tâche prescrite par les responsables de formation dans leurs tâches représentées

Les RF1 et RF2 possèdent de solides connaissances du territoire et de l'expérience en formation d'adultes. De ce fait pour construire les contenus andragogiques, elles ont adapté en fonction du développement professionnel et de l'identité professionnelle des apprenants. Elles ont également tenu compte des remarques et évaluations de la formation précédente (2017). Concernant les fondamentaux en SSR, les déroulés devaient être d'une part simple et basique en termes de transmission de savoirs et d'autre part soumis à vérification pour ajuster le contenu. Cependant pour le théâtre de l'opprimé, les formateurs comédiens étaient libres de choisir comment ils allaient aborder le théâtre forum avec les apprenants. Le RF1 a toutefois fait un suivi et un cadrage en accord avec ce qu'elle souhaitait notamment « *une méthode, une pratique du théâtre et la création de liens entre les apprenants* ».

2. Redéfinition de la tâche prescrite par les formateurs dans leurs tâches représentées

Pour le théâtre de l'opprimé, les comédiens formateurs étaient déjà intervenus pour la formation 2017 et possédaient déjà une connaissance sur le territoire. Ils avaient à l'occasion rédigé un document sur les objectifs et les activités pour leur intervention. Aussi, la responsable de la formation RF1 leur avait fait parvenir quelques documents supports afin qu'ils puissent s'imprégner des messages importants à transmettre. Le responsable RF2 a fourni la liste des participants afin que dans leur intervention ils prennent compte ce public hétérogène. Les responsables possédaient un déroulé par jour des activités qui allaient être mises en place durant cette formation.

Pour les fondamentaux en SSR, les formateurs possèdent leurs propres pratiques sur des interventions par exemple IF2 « *je commence d'abord par identifier les représentations du public ensuite expliquer les concepts et les définitions dans le domaine de la santé* » ; IF1 préfère « *les groupes de paroles et débat avec la présentation d'un power point pour ouvrir le débat* ». Pour s'adapter et prendre en compte la prescription secondaire, les formateurs ont fait l'objet d'un suivi par les responsables de formation. Pour le côté français, les formateurs interrogés IF3 et IF4 ont demandé s'il y existait une méthodologie particulière pour les séances, l'une l'a réutilisée car c'était sa première formation pour adulte, l'autre a suivi, se pliant à la méthodologie bien qu'elle ait la sienne. Côté brésilien, IF2 a utilisé la méthodologie pratiquée pendant toutes les séances d'animation grâce au binôme français avec IF4. Lors de leur préparation, les formateurs IF2, IF3, IF4, IF5 et IF6

étaient au courant du public auxquels ils allaient être confrontés, en revanche IF1 ne l'était pas, pour cela elle s'est adaptée (« *j'ai l'habitude de m'adapter, de faire face à un public* »).

3. Redéfinition de la tâche prescrite par les apprenants dans leurs tâches représentées

Les apprenants ont été interrogés sur la définition de la SSR. Il est ressorti des entretiens que ce concept était flou pour eux. Ces derniers rattachaient essentiellement celui-ci à la santé sexuelle notamment « *se protéger avec un préservatif* » (A14), « *les personnes sont actives sexuellement* » (A8), « *avoir des relations sexuelles non protégées, comment se prévenir et au grossesse non désirée* » (A10), « *dès l'acte sexuel jusqu'à la maternité* » (A3). Pour d'autres, cela correspondait à « *la prévention des maladies* » (A2), « *prendre soins de son corps* », « *prévention, connaissance du corps, connaissances des acteurs en santé et moyens de prévention* » (A6), « *éduquer, expliquer à la population la prévention* » (A5).

Ensuite, vis-à-vis de leur mission de travail, la SSR en fait-elle partie ? Sur les 16 apprenants, 2 ont énoncé que la SSR ne faisait pas partie de leur mission de travail (A5 et A16). Les 14 autres apprenants soulignent que la SSR fait bien partie de leur mission de travail par exemple : « *il y a beaucoup de passage de garimpeiros qui ramène des femmes [...] comme à Oiapoque il y a un indice très fort sur les IST, j'aime bien alerter les gens* » (A8), « *je reçois beaucoup d'enfants qui sont vulnérables dans le sens où ils sont victimes de violences, d'abus sexuels* » (A9).

Enfin, sur leurs attentes vis-à-vis de la formation, deux apprenants étaient intéressés par le théâtre de l'opprimé (A1 et A2) ; deux autres apprenants ont axé sur « *la connaissance du terrain* » par l'échange transfrontalier et les différents partenaires (A4 et A6), les outils (A6) ; tandis que les autres étaient plus portés sur l'amélioration de leurs connaissances mais ont peu exprimé sur cette question de leurs attentes.

4. Ecart entre tâche prescrite et tâches représentées

A la suite de l'analyse entre tâche prescrite et tâche représentée des acteurs, nous pouvons relever des écarts sur trois types de déterminants. Tout d'abord, le déterminant « formation » notamment le facteur « contexte » lié à la participation des apprenants qui n'étaient pas assez pour appliquer le mode de recrutement prévue ; l'inversion des modules 1 et 2 qui fait que les apprenants ont commencé par le théâtre de l'opprimé n'ayant pas de bases solides sur la SSR. Ensuite, le déterminant « formateur » notamment lié au facteur « pratique professionnelle » pour lequel les formateurs ont dû s'adapter aux attendus d'une méthodologie pour leur présentation. Toutefois

certaines n'ont pas eu de suivi, en raison de leur « statut autonome ». Enfin, le déterminant « apprenant » attire au facteur « littératie en santé » qui n'a pas permis aux apprenants de qualifier leurs attentes en SSR, pour autant les déroulés andragogiques étaient à la hauteur de leur niveau.

C. Tâches représentées aux tâches réalisées par les acteurs : responsables de formation, formateurs et apprenants

1. Redéfinition des tâches représentées par les responsables de formation dans leurs tâches réalisées

Pour le théâtre de l'opprimé, selon les responsables de formation, les apprenants ont acquis une base suffisante pour pratiquer du théâtre forum. Cependant, ils soulignent le fait qu'ils ne se sentent pas capable de le mettre en pratique seul et ajoute « *comme l'a dit Rui⁹³, un théâtre forum ne se fait pas tout seul, il faut d'autres personnes pour accompagner* ».

Pour les fondamentaux en SSR, les savoirs qui ont été transmis ont porté sur des éléments basiques en SSR, par exemple sur la séance de la contraception, différentes méthodes contraceptives ont été présentées en expliquant si celles-ci protégeaient contre la grossesse et les IST. Ils évoquent que les stagiaires ont acquis des connaissances basiques (« *pour ne pas dire de bêtises* » RF3) mais qu'ils doivent travailler ces dernières de manière continue (« *il faut de la formation continue* » RF1, « *c'est un travail permanent* » RF2). Aussi, ils mettent l'accent sur l'importance de l'accompagnement à la suite de la formation pour cadrer leurs actions ainsi que leurs connaissances (« *mais au début il faut les accompagner pour cadrer, pas de précipitation, pour ne pas faire à l'arrache, recadrer les connaissances qui n'ont pas été comprises* » RF2).

2. Redéfinition des tâches représentées par les formateurs dans leurs tâches réalisées

Les formateurs comédiens ont expliqué au travers des différentes activités en groupe l'intérêt du théâtre forum, comment le pratiquer et comment mobiliser un groupe à le pratiquer. Ils ont également discuté avec les apprenants sur les problématiques qu'ils rencontraient afin de cibler celles-ci lors des scènes à produire à la fin de ce module. A cet effet, les apprenants ont eu l'occasion de pouvoir le pratiquer devant des publics (enfants et adultes) sur des thématiques différentes (exemple : prostitution infantile, homosexualité). Cependant, il a été reproché dans les évaluations à la fin de la session collective et par les responsables de formations de ne pas avoir mis l'accent sur le rôle du joker.

Les formateurs interrogés avaient prévu dans leur déroulé andragogique, trois phases : 1) découverte, 2) explicative, 3) appropriative. Par exemple sur la séance sur les IST/VIH, le binôme IF2

⁹³ Comédien formateur

et IF4 avait prévu une phase de découverte sur le jeu des cartes portant sur les modes de transmission IST/VIH privilégiant un travail de groupe. Une phase explicative avec de courtes vidéos expliquant comment les IST/ VIH étaient transmises et les modes de protection. Une phase appropriative autour du jeu de l'oie sur des questions / affirmations. Les outils utilisés étaient essentiellement des animations participatives, dynamiques, individuels ou en groupe, comme par exemple : brainstorming, arbre à problème, QQQQCP, théâtre forum, mallette contraceptive, débat mouvant etc. De manière générale, les informations transmises étaient adaptées à leur niveau de littératie en santé, c'est le cas avec l'exemple sur les IST/VIH ci-dessus. Toutefois, nous pouvons ajouter que sur la thématique du genre, l'objectif n'a été que partiellement atteint dû à une mauvaise compréhension du sujet par IF6, traitant des modes de transmission IST/VIH. De plus, sur l'aspect de la posture de formateurs, ces derniers ont été à l'écoute des apprenants répondant à toutes leurs questions y compris lorsqu'il était nécessaire de passer plus de temps. Nous pouvons aussi ajouter que celui-ci doit être à l'aise avec le sujet qu'il traite par exemple pour le formateur IF2 sur la thématique connaissance du corps, les apprenants ont soulevé qu'elle n'était pas à l'aise et ne répondait pas aux questions.

3. Redéfinition des tâches représentées par les apprenants dans leurs tâches réalisées

Les apprenants ont été interrogées sur le concept de la SSR après la formation pour voir ce qu'ils en avaient retenus. Ils ont plutôt donné des mots clés, il était impossible pour eux de donner une définition précise de ce qu'est la SSR. Pour certains apprenants, la SSR renvoyait à l'état de l'individu : « *au niveau physique et mental* » (A1), « *connaissance du corps* » « *travailler l'émotionnel et le psychologique* » (A12), « *être conscient* » (A7). Dans le domaine religieux, la SSR était associée à la « *vie, l'amour, la liberté, être libre* » (A10 et (A2). Pour d'autres, c'était plutôt lié à la santé notamment à l'éducation et la prévention « *information, prévention, prendre soins* » (A14), « *prévention, IST, violences* » (A9), « *Pour moi c'est l'éducation sexuelle* » (A7).

Concernant leur compréhension de la SSR, les apprenants ont répondu qu'ils avaient compris les sujets abordés. L'auto-évaluation remplie en fin de module 2 révèle que les apprenants ont amélioré leurs connaissances (15 ont progressé sauf 1). Sur la question des compétences, les apprenants interrogés n'ont pas mis l'accent dessus mais à travers leurs actions déjà mises en place ou à venir.

Ils ont également été interrogés sur les actions qu'ils ont mises en place ou qu'ils comptent mettre en place. Concernant les actions qui ont été mises en place, seulement 2 groupes à ce jour ont mis en place deux actions à la suite de la formation. Le premier groupe a réalisé une action de

sensibilisation sur le trafic humain à destination des enfants en réutilisant le jeu de l'oie et le débat mouvant. Cependant, sur l'aspect méthodologie, aucun déroulé n'a été préparé « *on n'avait pas de feuilles de route, simplement oral* » (A1). Le deuxième groupe quant à lui, a utilisé le théâtre forum dans le cadre de la semaine de la pirogue à Camopi. Le théâtre forum portait sur la thématique du suicide à destination du public amérindien.

Par rapport à leur confiance à mettre en place des actions, certains se sentent capable d'en mettre en place seule (« *oui c'est faisable, je dois revoir des choses, je pense que je suis en mesure* » A5, « *oui [...] car cela m'a apporté plus de connaissances théoriques et de faciliter à aborder les thèmes avec les gens* » A1) et d'autres préfèrent être en binôme (« *je compte réutiliser les techniques d'animations qu'on a vu, toute seule pas vraiment, mais en binôme je me sens en confiance* » A8, « *non pas toute seule car ce travail demande un partenariat, un binôme. Tout seul on n'y arrive pas, je ne pense pas que cela soit faisable* » A9, « *pour mettre en pratique des actions, la vérité c'est qu'on a toujours besoin de quelqu'un* » A11).

4. Ecarts entre tâches représentées et tâches réalisées

A la suite de l'analyse entre tâche représentée et tâche réalisée des acteurs, nous pouvons relever des écarts sur trois types de déterminants. Tout d'abord, le déterminant « formation » notamment au facteur « apprentissage » liée à la compréhension des apprenants sur les sujets amenant parfois à prendre plus de temps que prévue sur la séance. Ensuite, le déterminant « formateur » attrait au facteur « pratique professionnelle » liée d'une part à la compréhension et la maîtrise du sujet qui leur est attribué (exemple : IF2 n'était pas à l'aise avec son sujet et les comédiens formateurs ont laissé peu de place pour faire pratiquer le rôle du joker). Enfin, le déterminant « apprenant » notamment au facteur « apprentissage » liée au manque de prises de note des apprenants lors des séances qui peut influencer sur leur capacité à retenir les informations. Mais aussi le facteur « temps » qui peut créer de la distance entre la formation et l'après formation sur les informations retenues, comprises et mises en œuvre. Le facteur « confiance en soi » et « compétences » sont à souligner dans ce qu'ils vont pouvoir mettre en œuvre. Le facteur « soutien » pour l'accompagnement est essentiel pour réduire les écarts entre ce qu'ils ont retenu, compris et ce qu'ils n'ont pas mis en œuvre, mais à ce stade, le recueil de données n'est pas suffisant.

Pour conclure ce travail, nous allons aborder la partie discussion au regard des résultats et des hypothèses qui ont été formulées. Ensuite, les limites de mon étude autour des biais. Enfin, les perspectives à envisager dans le cadre de la formation.

I. Discussion autour des hypothèses

Mon étude avait pour finalité de déterminer en quoi la prescription secondaire permet de faire évoluer l'activité des acteurs locaux sur leurs tâches réalisées. En d'autres termes, en quoi la formation permet de faire évoluer les connaissances et les pratiques des acteurs locaux. Pour cela, nous allons reprendre les cinq hypothèses au regard des résultats expliqués ci-dessus.

A. Education à la santé : une tâche représentée explicite chez les apprenants

La première hypothèse sur l'éducation à la santé et les tâches que se représentent les apprenants sont explicites. Lors des entretiens, l'éducation à la santé semblait être un concept flou pour les apprenants le reliant tantôt à la prévention tantôt à la SSR venant à questionner s'ils maîtrisaient ce dernier. L'éducation à la santé n'est pas le terme le plus répandue, le plus utilisé y compris en formation, se fait sous le vocable de prévention. Toutefois, les éléments du questionnaire sur leurs représentations et leurs pratiques démontrent des réponses positives à l'égard de l'éducation à la santé. Par ailleurs, dans les études qui ont été menées chez les enseignants, l'éducation à la santé se révèle également comme un concept flou. En effet, ces derniers doivent composer avec les injonctions institutionnelles dans leur pratique autour de la prévention, protection et l'éducation. Ainsi, l'interprétation de cette tâche prescrite se traduit par « un sentiment d'empilement d'activités non coordonnées »⁹⁴ basée sur des approches thématiques liées à des problématiques qu'ils rencontrent au sein de l'école et moins sur une approche holistique de la santé.

B. Développement d'une prescription secondaire en éducation à la santé, développement professionnel et modèle andragogique

La seconde hypothèse porte sur le fait que l'association développe une prescription secondaire explicite en matière d'éducation à la santé. Pour cela, nous avons vu que le lien entre formation et éducation à la santé n'était pas si éloigné que ça notamment par le biais d'activités éducatives. Ces activités mettent au centre l'individu en situation d'apprentissage afin que celui-ci développe ou

⁹⁴ Pizon F., Jourdan D. et al. « Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants », *Travail et formation en éducation*, 2010

construisent des compétences. Aussi, ces dernières doivent reposer sur une approche systémique en prenant en considération les déterminants susceptibles de créer des écarts entre la tâche et l'activité. A cet effet, le document prescripteur prévue énonce clairement les objectifs en matière d'éducation : « renforcer les compétences en éducation à la santé des professionnels et des personnes ressources de la zone transfrontalière ». Pour y répondre, l'association prévoyait une approche systémique en SSR au vu des données épidémiologiques, toutefois top-down puisque les apprenants n'ont pas été au cœur du processus de l'ingénierie de formation sur la construction des modules andragogiques. Mais également en mettant en place une auto-évaluation sur les savoirs des apprenants puis de s'appuyer sur une démarche et des méthodes actives et participatives

La troisième hypothèse se rapporte à une prescription secondaire sur le développement professionnel des apprenants. En étant en formation, les apprenants se trouvent dans une situation professionnelle qu'elle soit développementale et/ou professionnalisante. Toutefois, les activités d'apprentissages ne suffisent pas, il faut déterminer si elles permettent aux apprenants « d'acquérir à la fois des connaissances et compétences pertinentes et la façon dont ils peuvent transférer ces connaissances dans leurs pratiques »⁹⁵ ; tout en étant en phase avec leur identité professionnelle et leurs convictions dans leurs pratiques habituelles. C'est pourquoi l'identification des tâches représentées des apprenants est essentiel quant à leurs conditions de mise en œuvre. Par exemple, dans le cadre des dispositifs AMVE, ABME et école promotrice de santé, identifier les pratiques et les déterminants qui influencent les tâches des enseignants permet d'adapter aux mieux la formation qui leur sera proposée. Aussi, Timperley H. ajoute que « ce n'est pas le développement professionnel en soi qui pose problème, mais plutôt la façon dont il est réalisé. Les formateurs doivent reconnaître la complexité des pratiques professionnelles et leur apporter de la valeur ajoutée, en accompagnant les enseignants dans la satisfaction des besoins d'un public hétérogène [...] »⁹⁶.

La quatrième hypothèse repose sur le fait que la prescription secondaire s'appuie sur le modèle andragogique pour viser le changement des tâches représentées des apprenants. En tant que tel le document prescripteur s'appuie sur « des principes pédagogique » de formation d'adultes sur la motivation, la participation active, l'expérience vécue, la résolution de problèmes, l'application immédiate et le feed-back. A cet effet, lors des séances, les formateurs ont favorisé un climat d'apprentissage de sorte que qu'il prenne en compte toutes les dimensions de l'individu qui l'ont emmené à se former. Toutefois, ce modèle andragogique doit être également déclinée lors de

⁹⁵ Timperley H., « Le développement professionnel des enseignants et ses effets positifs sur les apprentissages des élèves », *Revue française de pédagogie*, 2011, 174, p31-40

⁹⁶ *ibid*

l'accompagnement en tenant compte des écarts qui pourraient influencer les tâches réalisées des apprenants notamment sur les facteurs de « motivation extérieur » par le soutien du formateur et des « motivations intérieures » lié au sentiment de compétences et de confiance en soi pour garantir la prise en compte total de l'individu qui se trouve encore une fois dans une situation d'apprentissage, à viser cette fois-ci émancipatrice.

C. Prescription secondaire sur l'accompagnement : levier d'empowerment dans les tâches réalisées des apprenants

Enfin, la cinquième hypothèse est relative à la prescription secondaire sur l'accompagnement favorisant l'empowerment des apprenants dans leurs tâches réalisées. Dans les études menées sur les dispositifs AMVE, ABMA et école promotrice de santé, ces programmes proposaient des formations et un accompagnement adapté à chacun des établissements. Il est ressorti aussi que « l'investissement des enseignants est fortement lié à leur intérêt et à leur sentiment de compétences ». A cet effet, la prise en compte des tâches représentées des apprenants dans le cadre de leurs pratiques en éducation à la santé peut permettre de favoriser l'articulation avec l'accompagnement. Cette articulation apparaît importante, pour les enseignants, cela constitue « un appui pour inscrire les questions d'éducation à la santé au cœur de leurs pratiques »⁹⁷. Toutefois, l'accompagnement doit être conçu en tenant compte d'une part des ressources et de moyens dont dispose l'apprenant dans son environnement (y compris à plus large échelle comme avec l'école) et d'autre part des aptitudes et des ressenties individuelles (motivation, confiance en soi etc.) de l'apprenant. Ainsi, l'accompagnateur aura un rôle de soutien et de mise à disposition des ressources et des outils pour les apprenants pour développer et renforcer leur autonomie et leur pouvoir d'agir, en tentant de garder pérenne leur implication en éducation à la santé. Toutefois, à ce stade du mémoire, il est impossible d'affirmer ou d'infirmer que l'accompagnement favorise l'empowerment car les éléments sur ce dernier restent tributaires du contexte même de la formation tant du formateur que des apprenants.

En résumé, l'ensemble des éléments ne permettent qu'en partie de pouvoir répondre à la problématique sur le changement des tâches réalisées des apprenants par la prescription secondaire. En effet, il s'agit d'un processus qui doit être analysée à partir de l'accompagnement et ce même après pour en déduire de cet impact. Néanmoins, l'association développe effectivement une

⁹⁷ Pizon Frank, Jourdan Didier, Simar Carine et Berger Dominique, « Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants », Travail et formation en éducation, 2010

prescription secondaire en éducation à la santé, développement professionnel et andragogique. Quant à l'accompagnement, celui-ci peut toujours être envisagé comme un levier d'empowerment.

II. Limites de mon étude

Durant mon enquête et avec une prise de recul sur cette dernière, des biais sont à souligner tant sur la partie qualitative que quantitative.

A. Biais méthodologiques

Tout d'abord un biais méthodologique renvoyant à un recueil d'informations, d'une part insuffisante qui ne permet pas de répondre à la totalité de la problématique notamment en creusant plus sur les pratiques et les représentations des formateurs qui contribuent à l'évolution des tâches réalisées des apprenants. D'autre part, incomplet et difficile car selon moi, les apprenants ainsi que les formateurs côtés brésiliens éprouvent des difficultés à mettre des mots sur des notions pour qu'elles soient plus explicites tant pour eux que pour l'enquêteur. En conséquence, dans ces entretiens, les questions de relance ont été systématiques afin de pouvoir creuser leur réponse. Parfois, il s'est avéré que je devais être plus explicite sur les questions orientant de ce fait leurs réponses. De plus, concernant les questionnaires, toutes les questions étaient fermées afin de faciliter la tâche et le remplissage pour les apprenants, de ce fait les réponses étaient orientées. Ils ont également été administrés après les entretiens et portaient sur les représentations et les pratiques des apprenants avant la formation, les données recueillies ne sont pas brutes car elles ont dû permettre aux apprenants de réfléchir sur le concept de l'éducation à la santé et influencer quelques peu leurs réponses. Aussi, il m'était apparu important dans une première partie de rappeler la définition de l'éducation à la santé suite aux réponses eut en entretien et dont le concept était encore flou pour certains. Cette définition a été choisie par stratégie afin que les apprenants soient capables de pouvoir répondre aux questions.

B. Biais de désirabilité sociale

Ensuite un biais de désirabilité sociale notamment lors de quelques entretiens et observations. En effet, lors des entretiens, pour certains des apprenants et formateurs rencontrés, il est arrivé que ces derniers ne soient pas seuls entourés soit de leurs collègues de formation soit du responsable de la formation de Saint-Georges de l'Oyapock, influençant sûrement les réponses par une valorisation. Aussi, ma position de stagiaire en tant que chargée de projet reste toutefois délicate, en effet, ayant moi-même participé à la formation, mes questions pouvaient être interprétées comme une forme d'évaluation personnelle, un rendre compte à la structure associative, bien que ma démarche dans le cadre du mémoire ait été expliquée au préalable.

C. Biais d'exhaustivité et de représentativité

Puis des biais liés à l'exhaustivité et la représentativité. Concernant, les entretiens ces derniers n'ont pas été exhaustifs, en effet avec la barrière de la langue, je n'ai pu rebondir sur certaines réponses qui me paraissaient importantes après retranscription. Pour ce qui est de la représentativité sur la partie qualitative notamment des entretiens, celle-ci est d'une part limitée au nombre d'apprenants que j'ai pu avoir en entretien pour l'année 2018, par conséquent il ne représente pas l'ensemble des apprenants ayant participé à la formation, et d'autre part, une inégale répartition des apprenants en formation sur le territoire.

III. Quelles perspectives pour la formation-accompagnement ?

Suite à l'ensemble des éléments recueillies et à ma position de stagiaire cinq perspectives sont à envisager.

A. Mise en place d'« éducation post-universitaire » et organisation de journée d'échanges

L'idée de mettre en place des EPU avait déjà été évoquée par la directrice de l'association, les entretiens n'ont fait que consolider cette dernière. En effet, bien que possédant quelques données sur l'accompagnement et qui n'a pas nécessairement fondé le cœur de ce mémoire, reste une action importante qui ne peut être retirée de la formation et qui doit être pensée en articulation avec cette dernière. La formation à elle seule ne suffit pas de permettre aux apprenants d'acquérir de solides connaissances et de prendre à leur tour des décisions et de développer toutes leurs capacités. Les connaissances peuvent être approfondies et retravaillées en individuel ou en collectif selon les groupes projets formés par la mise en place à l'occasion d' « EPU »⁹⁸ informelle pour assurer cette continuité lorsque celle-ci se révèlera nécessaire. En complément ces EPU, la création d'une plateforme collective pour alimenter les outils et les techniques andragogiques avec les différents acteurs. Mais aussi sur des temps plus formels, l'organisation de journée de restitutions où chacun des apprenants puissent restituer les actions qui ont été menées afin de créer un échange sur leurs pratiques professionnelles, reprendre ou améliorer des actions, développer leur aspect critique. Ces journées peuvent aussi permettre de consolider la dynamique de groupe qui existait lors de la formation pour que celle-ci perdure et que les apprenants s'appuient les uns sur les autres dans la création de partenariats.

⁹⁸ Il ne s'agit pas de formation pure d'EPU mais d'en créer des mêmes types plus informels.

B. Création d'un guide de compétences pour les acteurs locaux

Ensuite, il s'est avéré aussi, que les apprenants ont encore quelques difficultés à prendre conscience de l'intérêt et de la portée de la formation surtout de l'accompagnement. En effet, jusqu'à aujourd'hui, le chargé de projet est d'un soutien remarquable en leur proposant des activités qui pourraient être mises en place, questionnant ainsi l'empowerment des apprenants et leur prise de conscience vis-à-vis de ce dernier module. En effet, l'accompagnement a pour objectif de « s'approcher le plus possible de la construction des compétences »⁹⁹, or la construction de cette dernière nécessite d'avoir une démarche réflexive sur ses propres pratiques pour en mesurer les effets. C'est pourquoi, la création d'un guide de compétences adapté au contexte de la zone transfrontalière et surtout à leur niveau de littératie en santé peut être un bon moyen de retracer leurs parcours depuis la formation. Un guide qui peut prendre appui sur celui qui a été élaboré par l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé (UIPES), le « compHP handbook » mettant l'accent sur les compétences en promotion de la santé des professionnels. Aussi, il peut être envisagé comme un levier pour permettre aux apprenants de valoriser leur travail ainsi que la formation bénéficiée dans le cadre professionnel, comme une reconnaissance de leur capacités, aptitudes et légitimité à agir dans le champ de l'éducation à la santé et plus largement en promotion de la santé. En effet, la valorisation des compétences des apprenants relève jusqu'à ce jour de l'informel, bien que le chargé de projet conserve des traces écrites des avancées de projet de ces derniers.

C. Plaidoyer pour la pérennité et la création d'autres formations

Puis à un niveau macro, développer un plaidoyer pour les formations en promotion de la santé sur le territoire guyanais et brésiliens à l'échelle nationale des deux pays accessibles pour tous. Il peut permettre à l'échelon national de pouvoir mobiliser les acteurs clés à investir dans ce champ qu'est la formation-accompagnement, d'une part pour développer la promotion de la santé sur ces territoires et d'autre part pour conférer plus de moyens et de ressources aux acteurs relais dans les zones isolées pour traiter des problématiques en SSR. Aussi, ce plaidoyer peut permettre également aux apprenants qui y ont participé, de faire valoir leurs connaissances et leurs compétences acquises dans le champ de la promotion de la santé. Enfin, à ce jour seul l'association !D Santé propose une formation et ne peut à elle seule, assumer une charge de travail importante pour un territoire aussi vaste qu'est l'Est Guyanais et le Nord du Brésil.

⁹⁹ Document interne, Association !D Santé, « Note de cadrage projet OCS »,

D. Suite du modèle de la psychologie ergonomique : post-formation

Enfin, le cadre théorique n'a montré qu'une partie du travail qui a été fait en formation-accompagnement. L'idée serait de continuer cette recherche sur la partie accompagnement de manière plus approfondie sur les pratiques post-formation des apprenants et de mieux identifier les déterminants et les facteurs qui vont conditionner leurs nouvelles tâches réalisées.

Toutefois, ces perspectives vont être confrontées à des difficultés notamment à la fois pour le chargé de projet et les apprenants. Le chargé de projet a une charge de travail pour 22 apprenants qu'il doit suivre tout au long de l'année dont la majorité sont à Oiapoque nécessitant des temps de déplacement à prévoir, en effet, la communication avec Oiapoque avec internet reste compliqué, les échanges se font essentiellement en présentiel et selon la disponibilité des apprenants en plus de leur travail respectif.

Conclusion

Durant ces six mois de stage qui ont porté sur la formation-accompagnement en SSR, j'ai pu suivre l'intégralité du processus de mise en œuvre à l'accompagnement des apprenants. Mon travail s'est concentré sur l'analyse de la formation à partir du modèle de psychologie ergonomique repris par J. Leplat en France et vu en cours d'éducation à la santé avec C. Simar. Plus précisément, il s'agit de déterminer en quoi la formation permet de développer des connaissances et des pratiques communes pour les acteurs locaux sur le territoire transfrontalier. Les hypothèses étaient axées sur l'éducation à la santé, le développement professionnel, le modèle andragogique et l'empowerment dans le cadre de la formation. Pour répondre à la problématique et aux hypothèses je me suis appuyée sur un cadre théorique : tâche prescrite, tâche représentée et tâche réalisée à partir des trois points de vue des acteurs dont les responsables de formation, les formateurs et les apprenants. Il est ressorti que l'association développe effectivement une formation d'éducation à la santé qui est explicite s'appuyant sur le développement professionnel des acteurs. Cependant, sur les tâches que se représentent les acteurs / apprenants en éducation à la santé, celles-ci restent flou notamment sur le concept même d'éducation à la santé. L'accompagnement permettra de venir restaurer ce flou conceptuel par un appui du chargé de projet quant au développement des actions à mettre en œuvre dans le cadre de leur formation. Aussi, l'accompagnement par le chargé de projet permettra de développer l'autonomie et le pouvoir d'agir des apprenants sur leurs compétences attrait à l'éducation à la santé par exemple sur la méthodologie de projet à adopter, l'utilisation des outils et techniques en animation et leurs pratiques réflexives. Toutefois, cette affirmation est à prendre avec modération, en effet, même si certaines études démontrent que l'accompagnement est un levier essentiel en formation et qu'il s'intègre dans un pan plus large que l'éducation à la santé, l'accompagnement reste tributaire des personnes qui y sont incluses et de l'environnement dans lequel il se déroule.

Pour cela, il est possible de mener à bien cette réflexion en réappliquant le cadre théorique élaboré ici, à l'accompagnement. Ce cadre théorique viserait à mieux saisir les pratiques professionnelles à l'œuvre, la compréhension autour des compétences et connaissances à mobiliser, les déterminants et les facteurs à l'œuvre ainsi que la posture de l'accompagnateur pour affirmer ou infirmer que l'accompagnement est un levier d'empowerment. Enfin, l'idéal de la formation serait que les acteurs relais soient autonomes dans leur démarche d'éducation à la santé voire de promotion de la santé afin d'assurer la pérennité des actions en SSR car il n'existe pas à ce jour de porteur en dehors de l'association !D Santé.

Au-delà des aspects de la problématique de recherche d'autres perspectives sont à envisager. Tout d'abord, l'élaboration d'un guide de compétences afin de montrer le chemin parcouru par les apprenants tout au long de cette formation. Celui-ci s'inscrirait dans une optique plus formelle de développement professionnel des acteurs qu'ils pourraient valoriser dans le cadre de leur vie active, bien que ces derniers reçoivent une attestation de formation. Mais aussi permettre au chargé de projet ainsi qu'à l'association et à l'UNIFAP d'une part de suivre leurs apprenants tout au long de l'année et d'autre part de consolider leurs efforts dans ce projet visant à former des acteurs relais. A cet effet, la formation est également un point d'entrée, une stratégie, pour l'association et l'UNIFAP afin d'identifier les ressources et les moyens disponibles de part et d'autre des rives mais aussi de saisir les mécanismes qui sont à l'œuvre par rapport aux données épidémiologiques en SSR. In fine de mieux cibler les besoins des acteurs relais. Ensuite, l'association envisage de réaliser une formation-accompagnement sur un autre territoire isolé qui fait partie du projet OCS, dans le sud de la Guyane et au nord du Brésil : Camopi et Vila Brazil. Les problématiques en SSR y sont présentes toutefois sont à prendre en considération d'autres thématiques toutes aussi prégnantes : le suicide et l'alcoolisme. Une étude exploratoire est amenée à se réaliser d'ici la fin de l'année pour mettre en place et adapter aux mieux cette formation aux acteurs. Pour cette étude exploratoire, la nécessité d'avoir un guide permettra de cibler les acteurs présents dans cette zone et les thématiques à conduire dans le cadre de la formation. Ce guide est actuellement en cours de rédaction, il est possible d'y ajouter l'identification des tâches représentées des acteurs sur cette zone en déterminant quelles sont leurs pratiques et leurs représentations en éducation à la santé, ainsi que leurs attentes vis-à-vis de la formation.

Pour résumé, le travail sur ce mémoire a été quelque peu difficile car il m'a fallu maîtriser des concepts que nous avons survolé en cours d'éducation à la santé portant sur la formation. Malgré ce long démarrage, il m'a permis d'une part d'appréhender les contours liés à la formation pour adultes et l'accompagnement en mobilisant les concepts qui les composent : du développement professionnel à l'identité professionnelle en passant par le modèle andragogique et les études qui ont été menées dans le cadre des formations enseignantes liées au modèle de la psychologie ergonomique. D'autre part, de pouvoir mettre en pratique ce que j'ai pu voir en cours et de saisir l'intérêt de ces concepts et ce modèle. Toutefois, ce travail aurait pu être amélioré avec un temps de recherche qui aurait dû commencer dès le début de la formation me permettant d'avoir le plus de données sur les formateurs et les apprenants. Hormis cet aspect négatif, ce stage restera une belle aventure pour clôturer cette année de Master 2. En effet, j'ai pu y développer d'une part des

compétences en matière d'ingénierie de formation sur la construction des déroulés andragogiques, l'organisation et la mise en place d'animation, l'accompagnement et le suivi des stagiaires dans leurs activités, et d'autre part, acquérir des connaissances en SSR que je ne possédais pas au départ. Néanmoins, ces acquis ne sont que temporaires et nécessite de ma part de continuer à me former dans ce domaine qui est si vaste, in fine de m'insérer dans une dynamique de formation continue. De plus, à l'issu de ce stage, une opportunité au sein de l'association a pu se concrétiser, je continuerai à y travailler non plus en tant que stagiaire mais comme chargée de projet sur d'autres projets en gardant une mission sur le projet OCS : l'évaluation, ainsi que le soutien au chargé de projet dans le développement des activités par les apprenants.

Bibliographie

Ouvrages :

Barbier J.-M., *Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation*, Paris : Ret., 2005, p. 60

Jorro A., *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, Louvain-la-Neuve, Belgique, De Boeck Supérieur, 2013, 362 p.

Jourdan D., *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 160 p.

Lemonnier F., Bottéro J. et al., *Référentiel de bonnes pratiques, Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité*, Saint-Denis, Editions INPES, 2005

Lorto V., Moquet M.-J., *Formation en éducation pour la santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2009 : 100 p.

Pommier J., Breton E. et al., *La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone*, Rennes, Presse de l'EHESP, 2017, 537 p.

Terrot N., *Histoire de l'éducation des adultes en France*. Paris, L'Harmattan, 1997, 345 p.

Articles :

Brodiez-Dolino, A. « La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique », *Informations sociales*, 2015, vol. 188, no. 2, p. 10-18

Calas F., Reynaud C. et al., « Education à la santé et pensée complexe : une approche globale pour la formation des enseignants », *Recherches en didactique des sciences et des technologies*, 2012, p. 106-130

Cameselaa C, Hurpeau B., « La communauté de communes de l'Est Guyanais : une population jeune sur un vaste territoire », *INSEE Antilles-Guyane, Guyane – La Région*, 2009

Grenand F. « Enjeux de territoires sur une frontière méconnue. Entre la France et le Brésil : le fleuve Oyapock ». *Confins*, 2012, n° 16

Guével M-R, Pommier J. et al, « Evaluation d'un dispositif de formation et d'accompagnement en promotion de la santé dans les écoles primaires françaises : implications pour la pratique », *IUHPE – Global Health Promotion*, Vol. 20, Supp. 2, 2013

Laberge D., Une nouvelle approche de l'éducation, *Revue internationale d'éducation de Sèvres*, 1999, p. 65-99.

Leplat J., Hoc J-M., « Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations », *Cahier de psychologie cognitive*, 1983, p 49-63.

Pizon F., Jourdan D. et al., « Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants », *Travail et formation en éducation*, 2010

Simar C., Jourdan D., « Education santé à l'école : étude des déterminants des pratique des enseignants du premier degré », *Revue des sciences de l'éducation*, 2010, vol. 36, n°3, p 739-760

Sorensen K, Van den Broucke S, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012

Timperley H., « Le développement professionnel des enseignants et ses effets positifs sur les apprentissages des élèves », *Revue française de pédagogie*, 2011, 174, p31-40

Références internet :

Collectivité Territoriale de Guyane (2001), « Le territoire », <https://www.ctguyane.fr/le-territoire/>, 01/09/2018

Deespask, « Escolaridade : Veja nivel de instrucao da populacao por cidade do Brasil – Macapa, AP », <http://www.deepask.com/goes?page=macapa/AP-Escolaridade:-Veja-o-nivel-de-instrucao-da-populacao-do-seu-municipio>, 01/09/2018

Education nationale, « le parcours éducatif de santé », <http://www.education.gouv.fr/cid109047/le-parcours-educatif-de-sante.html>, 01/09/2018

Escolas Inf. BR, « Escolas publica e particulares de Oiapoque /AP », <http://www.escolas.inf.br/ap/oiapoque>, 01/09/2018

Géoconfluence, « territoires, territorialisation, territorialité », <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/territoires-territorialisation-territorialite>, 01/09/2018

Haute Autorité de Santé, « ETP », https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp, 01/09/2018

Hypergeo, « Frontière », <http://www.hypergeo.eu/spip.php?article16>, 01/09/2018

IBGE, « Panorama população Oiapoque », <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/oiapoque/panorama>, 01/09/2018

INSEE (2015) « Recensement de la population en Guyane en 2015 », <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3291260>, 01/09/2018

INSEE, Dossier complet – Département de la Guyane 973, https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-973#tableau-EMP_G2, 01/09/2018

Legifrance, « Loi du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans lecadre de l'éducation permanente », <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000687666>, 01/09/2018

Meirieu, « Penser l'éducation et la formation », <https://www.meirieu.com/COURS/PENSEREDUCFOR.pdf>, 01/09/2018

MZ Portal, « Amapà ledera ranking nacional de desemprego em 2018, aponta IBGE », <http://mzportal.com.br/?p=30526>, 01/09/2018

Wikipedia, « Frontière entre le Brésil et la France », https://fr.wikipedia.org/wiki/Fronti%C3%A8re_entre_le_Br%C3%A9sil_et_la_France, 01/09/2018

Documents institutionnels :

Bodart Senn J., Schröder-Naef R., Examen thématique de l'apprentissage des adultes : Suisse. Rapport de base, OCDE, 2000, p. 4

Cahier des charges de l'ARSIF

Charte d'Ottawa, OMS, 1986

Coopération en santé avec le Brésil, plan d'action 2017-2018, ARS GUYANE, 2017

COS 2018-2028, ARS Guyane

Déclaration d'intention entre la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé du gouvernement de la République Française et le Ministre de la Santé du gouvernement de la République Fédérale du Brésil pour l'établissement d'un partenariat stratégique en matière de politiques de santé, ARS Guyane, 2012

Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014, Ministère de la Santé et des Sports

PRPAS 2018-2022, ARS Guyane

PRS 2018-2022, ARS Guyane

PRS Nord-Pas-de Calais : Les territoires de santé, ARS Nord-Pas-de-Calais Stratégie nationale de santé sexuelle

Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

Documents internes :

Document interne, Association !D Santé, « OCS proposition pédagogique cycle SSR »

Document interne, Association !D Santé, « grossesses mineures sur l'est : le point de vue d'une sage-femme »

Document interne, Association !D Santé, « Note de cadrage projet OCS »

Thèse : Corinne Ambroise, Étude du développement professionnel des enseignants-débutants par le biais des souvenirs de leurs premières expériences et de leurs croyances d'efficacité, Education, Thèse, Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II, 2016.

Cours EHESP : C. Simar, cours d'éducation à la santé février 2018, EHESP

Conférence : Tâche et activité en didactique du français : contribution de la psychologie ergonomique, Conférence de Goigoux R.

Colloque : Nagels M., Alglave N., Devenir soignant-éducateur en formation en soins infirmiers. CREAD- Université Rennes 2. Symposium Éducation et santé : le temps des émancipations ? (2eme partie) aspects méthodologiques et praxéologiques., May 2012, Rennes, France. pp.1-10, 2012.

Table des annexes

Annexe 1 : Cartographie Guyane Brésil	66
Annexe 2 : Schéma projet OCS	66
Annexe 3 : Schéma volet formation du projet OCS.....	67
Annexe 4 : Cadre théorique : quelle analyse de la formation ?	68
Annexe 5 : Schéma récapitulatif des méthodes mixtes	69
Annexe 6 : Guide d'entretien directrice association	70
Annexe 7 : Guide d'entretien responsable de formation	71
Annexe 8 : Guide d'entretien formateurs	72
Annexe 9 : Guide d'entretien apprenants.....	74
Annexe 10 : Tableau récapitulatif de mon échantillon d'étude.....	76
Annexe 11 : Tableau des caractéristiques générales des apprenants	80

Annexe 1 : Cartographie Guyane et Brésil



Source : Google, « carte Guyane Brésil », https://www.google.com/search?q=carte+guyane+br%C3%A9sil&rlz=1C1REZA_enFR735FR738&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKFwj3uMCs86HdAhULBsAKHT_dC8IQ_AUICigB&biw=1600&bih=730&dpr=2#imgrc=7ymbbc2jgvA6FM, 04/09/18

Annexe 2 : Schéma projet OCS



Objectif général : améliorer l'accès aux soins de SSR par des actions préventives et curatives visant à lutter contre l'épidémie VIH-SIDA, contre les GND et contre les violences liées au genre



Prévention combinée

Objectifs spécifiques :

- Proposer une prise en charge médicale intégrée à Oiapoque
- Développer la prévention secondaire en SSR à Oiapoque



Formation en SSR

Objectif spécifique:

- Renforcer les compétences en éducation à la santé des professionnels et des personnes ressources de l'Oyapock



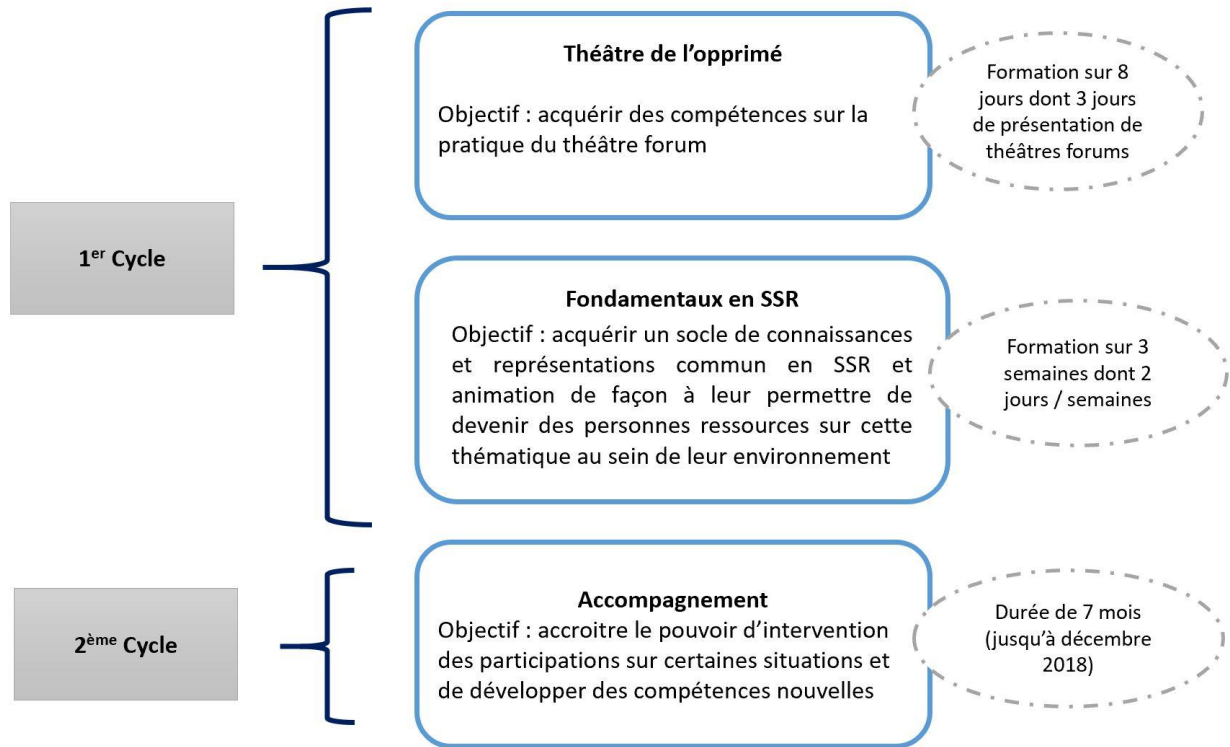
Centro de apoio

Objectifs spécifiques :

- Améliorer la prise en charge globale des PvVIH
- Réduire les discriminations envers les PvVIH
- Développer la prévention primaire et tertiaire en SSR

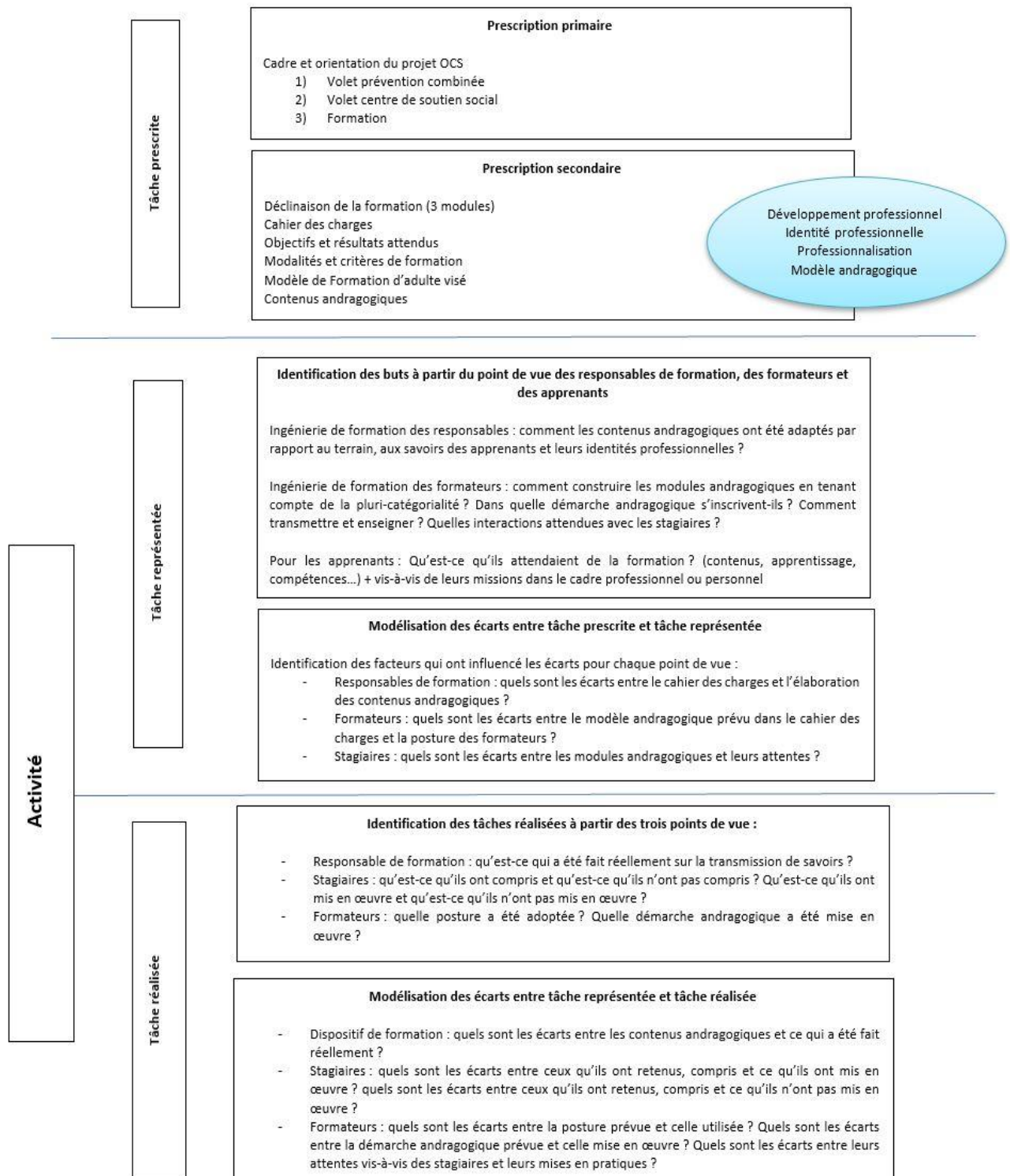
Source : Document interne Association !D Santé

Annexe 3 : Schéma volet formation du projet OCS

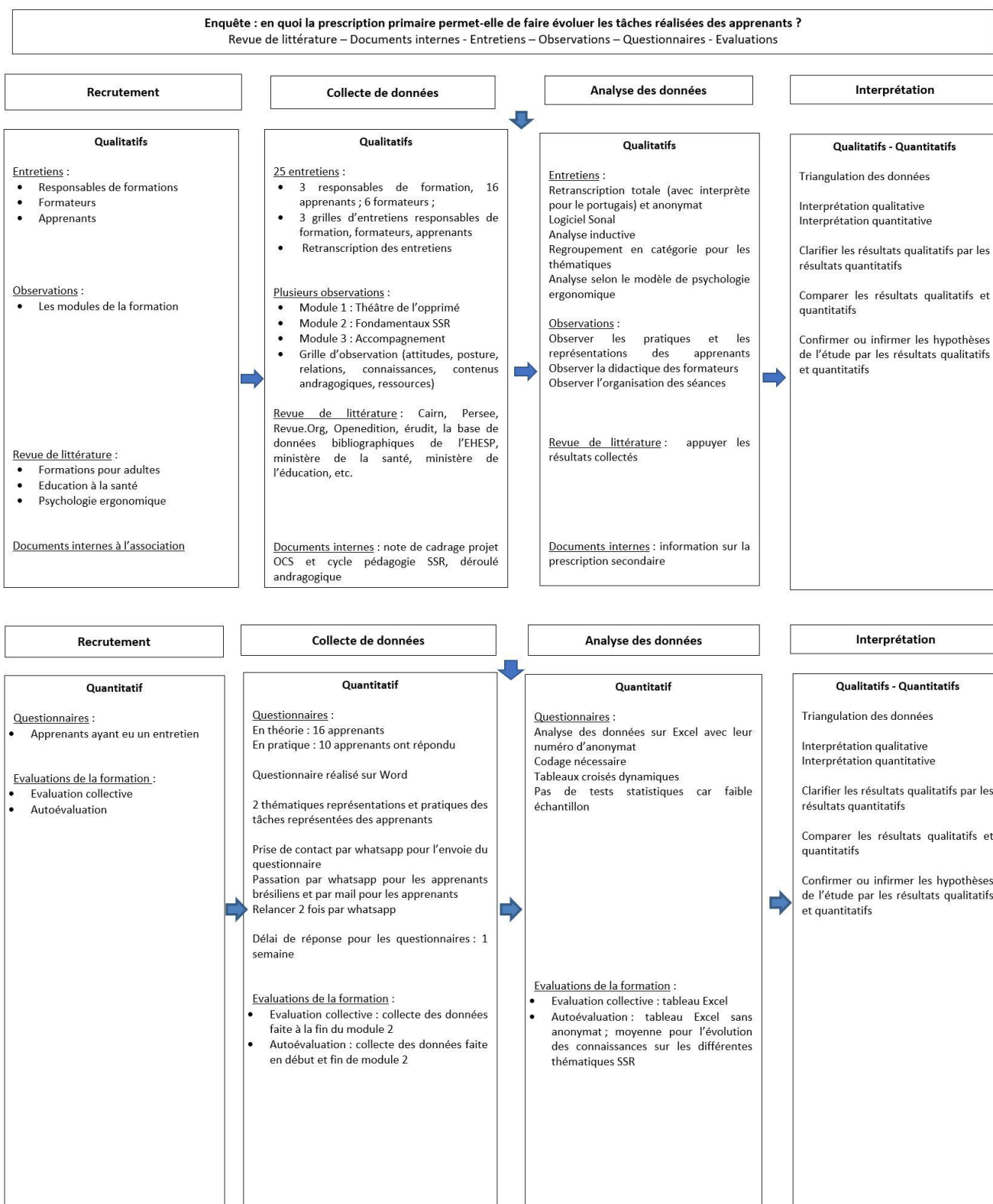


Source : Document interne Association !D Santé

Annexe 4 : Cadre théorique : Quelle analyse de la formation pour adultes ?



Annexe 5 : Schéma récapitulatif des méthodes mixtes



Source : Ce schéma a été inspiré par le projet « Centre de Loisirs en Santé » dans le cadre du M2 PSP par Plas M., Mettelle L., Guetaz S., Delor N

Annexe 6 : Guide entretien directrice association

Partie présentation

Nom

Poste

Structure

Partie : La construction de la formation

- 1) Comment l'idée de la formation à émerger dans ce projet global OCS ?
- 2) Sur quelle base vous avez élaboré la formation ?
- 3) Il y a-t-il des choses qui ont été modifiée après la rédaction de la note de cadrage ?
- 4) Quelles ont été les leviers et les freins à la construction de la formation ?
- 5) En quoi la formation se différencie des autres formations par d'autres organismes ?
- 6) Quelles sont pour vous les principes de la formation pour adultes ?
- 7) Votre expérience vécue a-t-elle influencer la mise en place de la formation ?

Partie : Recrutement des intervenants

- 8) Comment avez-vous recruté les intervenants pour les deux saisons de formation ?

Partie : Avenir de la formation

- 9) Si le projet OCS s'arrête, seriez-vous amené a gardé la formation des acteurs relais sur la zone transfrontalière ?
- 10) Comment adapteriez-vous la formation ?

Annexe 7 : Guide entretien responsable de formation

Partie 1 : Théâtre de l'opprimé et Fondamentaux en SSR

I/ Tâche représentée

- 1) Vos attentes par rapport au théâtre de l'opprimé, fondamentaux SSR ?
- 2) Avez-vous eu des échanges avec les comédiens, les formateurs avant leur intervention pour adapter les contenus ?
- 3) Que pensez-vous de la pratique du TF et des fondamentaux en SSR vis-à-vis :
 - De la mise en pratique sur le terrain
 - Des savoirs liés aux stagiaires
 - De la prise en compte des identités professionnelles
- 4) Aviez-vous des aprioris quant à leur participation sur le module 1 et 2 ?

II/ Tâche réalisée

- 5) A l'issue du théâtre forum et des fondamentaux en SSR selon vous :
 - Les stagiaires ont-ils acquis le bagage nécessaire pour le pratiquer / mettre en place des actions ?
 - Les stagiaires se sentiront-ils capable de mettre en pratique le théâtre forum / des actions ?
- 6) Quels sont selon vous, les leviers et les freins à la pratique du TF par les stagiaires ?
- 7) Comment avez-vous trouvé les stagiaires durant cette période de formation ?

Partie 2 : accompagnement

- 8) Comment envisages-tu l'accompagnement ?
- 9) Quelle serait selon toi les freins et les leviers à l'accompagnement des stagiaires ?

Partie 3 : formation transfrontalier

- 10) Que pensez-vous de la formation globalement ?

Annexe 8 : Guide entretien pour les formateurs (SSR)

I/ Présentation

Nom

Poste

Structure

Niveau d'étude / quelle classe dernièrement fréquentée

II/ Tâche représentée

- 1) Demander s'il se souvienne du concept de l'éducation à la santé, leur demander une définition + l'imprimer au besoin
- 2) Dans le cadre de votre travail, l'éducation à la santé fait-elle partie de vos missions ?
- 3) Connaissez-vous le concept de santé sexuelle et reproductive ? Si oui quelle définition en quelques mots ?
- 4) Comment avez-vous entendu parler de la formation ?
- 5) Quelles sont pour vous les principes de la formation pour adultes ? Etes-vous à l'aise auprès de ce public ?
- 6) Que pensiez-vous qu'il était attendu de vous pour la formation ?
 - Qu'en attendiez-vous de votre côté ?
- 7) Quelle méthodologie utilisée vous d'habitude pour construire vos interventions ?
 - Comment intervenez-vous habituellement ?
- 8) Avez-vous eu le choix de la thématique à travailler ? vous sentiez vous à l'aise sur la thématique que vous deviez présenter ?
- 9) Etiez-vous d'accord avec les objectifs de séances ?
- 10) Vous êtes-vous senti à l'aise sur la méthodologie du déroulé pédagogique ? Avez-vous eu suffisamment d'aide pour le mettre en pratique ?
- 11) Avez-vous pris en compte le fait que le public soit de différents niveaux ? Avez-vous des inquiétudes ?
- 12) Aviez-vous assez d'éléments / d'informations pour adapter les contenus au contexte de la zone transfrontalière ? (Problématiques, contexte SSR)
- 13) Qu'attendiez-vous des stagiaires ? (Connaissances Relations)

III/ Tâche réalisée

- 14) Comment avez-vous trouvé la formation sur votre temps d'intervention ?

- 15) Le déroulé que vous aviez préparé était-il adapté à la réalité ?
- 16) Qu'avez-vous du adapter et comment ?
- 17) Est-ce que les différents niveaux des apprenants ont impacté sur votre intervention ?
- 18) Allez-vous réutiliser la technique du déroulé dans vos futures interventions ?
- 19) Quelles représentations exprimées par les stagiaires vous ont le plus marqué ?
- 20) Quel type d'interaction avez-vous eu avec les stagiaires ?

III/ Information

- 21) Avez-vous trouvé intéressant que cette formation soit binational / transfrontalier ? Si oui pourquoi, si non pourquoi ?

Annexe 9 : Guide entretien apprenants

Partie 1 : Présentation générale

Prénom

Lieu de résidence

Dernière classe fréquentée

Situation professionnelle

Partie 2 : Tâche représentée

- 22) Demander s'il se souvienne du concept de l'éducation à la santé, leur demander une définition + l'imprimer au besoin
- 23) Dans le cadre de votre travail, l'éducation à la santé font-ils partie de vos missions ?
- 24) Comment avez-vous entendu parler de la formation ?
- 25) Quelles étaient vos attentes lorsque vous aviez entendu parler de la formation en SSR ? (en termes de contenus, de connaissances et de compétences, missions)
- 26) Que pensiez-vous de la SSR avant la formation ?
- 27) C'est vous qui avez demandé à votre chef pour participer à la formation ou c'est vous qui l'avez imposé ? (dépend des stagiaires)

Partie 3 : Tâche réalisée

- 28) Qu'avez-vous pensé de la formation ?
- 29) Qu'avez-vous apprécié au niveau des intervenants ? Qu'est ce que vous avez le moins aimé ?
- 30) Que vous à apporter la formation ?
- 31) Pouvez-vous me donner quelques mots sur ce que représente la SSR pour vous ?
- 32) Il y a-t-il des sujets que vous n'avez pas compris durant la formation SSR ? Sur quoi auriez vous aimé passer plus de temps ?
- 33) La formation vous a-t-elle fait changer votre manière de travailler ? (dépend des personnes)
- 34) Pensez-vous pouvoir réutiliser vos nouvelles connaissances en théâtre et en SSR ?
 - Quelles actions avez-vous déjà mis en place ? (question à rebondir)
 - Avez-vous prévu de mettre en place une/des action(s) ? (question à rebondir)
- 35) Qu'attendez-vous du module accompagnement ? (vis-à-vis des formateurs, supports, outils...)

Partie 4 : la formation en générale

36) Avez-vous trouvé intéressant que cette formation soit binational / transfrontalier ? Si oui pourquoi, si non pourquoi ?

Annexe 10 : Questionnaire sur les représentations et pratiques des acteurs

Comme vous le savez, je rédige un TCC qui porte sur la formation. Après vous avoir interrogé, des questions me semblaient encore importantes, c'est pour ça que je vous fais parvenir ce questionnaire.

Le questionnaire a pour objectif d'analyser vos représentations et pratiques professionnelles d'avant la formation. Il n'est pas soumis à un jugement.

N'oubliez pas de mettre votre prénom, le questionnaire sera anonymisé par la suite !

Prénom.....

Partie 1 : Définition de l'éducation à la santé

L'éducation à la santé vise l'accroissement des connaissances en santé et le développement des capacités des individus et des communautés en santé. Elle se fait au travers des activités éducatives (exemple : éducation à la sexualité avec le jeu de l'oie sur le VIH / IST ; l'arbre à problème...).

L'éducation à la santé se fait tout au long de la vie des individus et des communautés.

Partie 2 : Vos représentations AVANT la formation

N°	Propositions	Pas d'accord	Indifférent	D'accord
1)	Il revient principalement aux professionnels de santé d'assurer l'éducation à la santé			
2)	L'éducation à la santé est de la responsabilité des familles uniquement			
3)	En tant qu'acteur vous n'avez pas le droit de donner conseils dans le domaine de la santé			
4)	L'éducation à la santé n'est pas votre affaire car vous n'êtes pas compétent dans ce domaine			
5)	Dans votre cadre d'intervention, l'éducation à la santé doit se limiter à des informations scientifiques (alimentation, drogue, sexualité...)			
6)	L'éducation à la santé consiste principalement à développer des capacités			

	personnelles de votre public cible (estime de soi, gestion du stress...)			
7)	L'éducation à la santé, c'est apprendre à avoir certains comportements adaptés pour favoriser la santé			
8)	Eduquer à la santé, c'est faire acquérir des connaissances médicales ou scientifiques permettant de se maintenir en bonne santé			
9)	Eduquer à la santé, c'est prendre en compte les personnes (histoire de vie, capacités...), l'environnement...			
10)	L'éducation à la santé fait partie de l'école et doit s'enseigner à l'école			
11)	L'éducation à la santé peut se faire en dehors du système scolaire			
12)	Votre organisme laisse peu de place à l'éducation à la santé dans votre travail			

A votre avis, quelle est l'importance de..... dans vos actions / interventions / programmes en éducation à la santé ?

N°	Propositions	Très important	Assez important	Pas très important
13)	Faire participer les familles et les parents			
14)	Faire participer la communauté locale			
15)	Faire participer vos collègues et votre organisme			
16)	Utiliser les ressources / médias locaux			
17)	Travailler dans le cadre d'un projet			

18) Depuis quand pratiquez vous l'éducation à la santé ?

- Depuis quelques mois (après la formation)
- Depuis plus de 3 ans
- Durant les 3 dernières années
- Je n'en fais pas

Partie 3 : Vos pratiques professionnelles AVANT la formation

19) Dans votre travail, l'éducation à la santé repose sur :

- Des animations dynamiques (exemple : ateliers de travail, groupe de parole, débats)
- Des conférences

- Des cours d'informations
- Distribution de flyers, poster
- Des vidéos
- Autre :

20) Dans votre travail, vous privilégiez les approches par :

- Population (adolescents, parents, enfants, jeunes, personnes âgées)
- Thématique (IST, contraception, grossesse précoce...)
- Milieu de vie (école, lycée, université, quartier, marché...)
- Autre :

21) Dans votre travail, vous pratiquez des actions plutôt :

- Individuelles participatives
- Individuelles non participatives
- Collectives participatives
- Collectives non participatives
- Aucune des propositions

22) Lors de la mise en place d'une animation vous vous informez sur :

- Le contexte de votre lieu d'animation
- Les connaissances de votre public
- Les représentations de votre public
- Les thématiques prioritaires à aborder
- Les partenariats et les soutiens d'acteurs possibles
- Les ressources humaines, matérielles, financières locales
- Les outils pédagogiques mobilisables selon le public (arbre à problème, d'accord / pas d'accord)
- Les messages à faire passer
- Une évaluation à la fin de la séance
- Aucune des propositions

23) Lors de la mise en place d'une animation, fixez-vous des objectifs ?

- Oui Non

Etes vous d'accord ou pas d'accord avec les affirmations suivantes :

N°	Propositions	Pas d'accord	Indifférent	D'accord
24)	Le premier facteur de réussite d'une activité est la préparation de la séance d'intervention / d'animation (exemple : utiliser une méthodologie 1) d'accord / pas d'accord – 2) explication – 3) activité de compréhension du sujet)			
25)	Pour faire passer des connaissances, il est préférable de mettre le public en activité (ex : animation dynamique)			
26)	Pour prévenir les problèmes de santé, il vaut mieux un message simplifié plutôt qu'un message complet et compliqué			
27)	La maîtrise du sujet compte plus que la qualité de l'intervention			
28)	Le message de santé doit passer qu'il soit simple ou compliqué, c'est aux publics de s'adapter pour le comprendre			
29)	L'intervenant doit être capable de s'adapter aux demandes et aux caractéristiques des personnes			

30) Dans votre travail, vos actions, interventions, en éducation à la santé sont :

- Ponctuels
- Occasionnels
- Jamais

31) Dans votre travail, l'éducation à la santé est-elle une obligation de la part des politiques, de votre hiérarchie ?

- Oui
- Non

32) Vous êtes plutôt :

- Animateur
- aide à la préparation de l'intervention
- Animateur et aide à la préparation de l'intervention
- Aucune des propositions

Annexe 10 : Tableau récapitulatif de l'échantillon de mon étude

Qui ?	Combien ?	Critères inclusions	Critères exclusion
Les responsables de formation	3	2 côtés guyanais 1 côté brésilien	Aucun
Les intervenants-formateurs	13	Binôme français – brésilien	Aucun
Les apprenants	22	Participation au théâtre de l'opprimé, fondamentaux en SSR et accompagnement Participation aux fondamentaux en SSR et accompagnement Français et brésiliens	Participation uniquement au théâtre de l'opprimé Des invités Les acteurs ayant quitté la formation en cours

Annexe 11 : Tableau caractéristiques générales des apprenants

Apprenants		Sexe		Lieu de résidence	
Prévue	Réelle	Homme	Femme	Brésil	Guyane
22	16	3	14	12	4

Apprenants		Participation formation		Parcours scolaire	
Prévue	Réelle	Module 1 2 et 3	Module 2 et 3	Enseignement supérieur	Lycée
22	16	14	2	13	3

Résumé

Mon stage s'est déroulé sur un projet binational de promotion de la santé entre la Guyane et le Brésil. Dont l'un des volets porte sur la formation-accompagnement pour adultes en éducation à la santé sur la santé sexuelle et reproductive. Ce travail s'inspire du modèle de la psychologie ergonomique et la question se pose de savoir en quoi la prescription secondaire permet-elle de faire évoluer les tâches réalisées des apprenants ? Cette étude propose d'analyser à l'aide des méthodes mixtes, d'une part l'activité des apprenants sur leurs tâches représentées et d'autre part, l'activité des responsables de formation et des formateurs qui contribuent à l'évolution des tâches réalisées des apprenants. Il s'agit à l'issue de ce travail, de pouvoir proposer un retour réflexif sur les perspectives de ce dispositif.