



Master 2

Promotion de la Santé et Prévention

Promotion : **2018-2019**

La co-construction d'un référentiel de compétences : un outil qui s'inscrit dans la continuité de la formation

Florent Bathilde

Année universitaire 2018-2019

*Sous la direction de
Carine Simar*

Remerciements

Je souhaite remercier toute l'équipe d'!Dsanté qui ont participé à mon accueil et mon intégration au sein de l'équipe pendant ces cinq mois de stage. D'abord Léo, mon tuteur de stage, qui m'a permis de rencontrer les apprenants de la formation et surtout qui m'a accueilli à Saint-Georges dans les meilleures conditions. Noémie et Capucine pour leur suivi tout au long du stage, leurs précieux conseils pour l'élaboration du référentiel de compétences et leur compagnie au local de Saint-Georges. Aurel pour son aide dans l'analyse statistique et son implication dans la cohésion d'équipe. Keliane, Italo et Terry pour leur aide dans le recueil des données et leur expertise en portugais. Sophie pour ses conseils sur l'élaboration du référentiel de compétences. Et Cassio à qui je souhaite de prendre plaisir dans la poursuite du projet OCS.

Je remercie également ma Directrice de Mémoire, Carine Simar, pour le temps consacré à mon accompagnement dans la rédaction du mémoire et en particulier pour ses conseils et sa bienveillance.

Je remercie aussi les apprenants de la formation qui ont accepté de participer aux entretiens et qui, pour certains, ont même fait un retour sur le référentiel plusieurs mois après les entretiens.

Table des matières

INTRODUCTION	7
.1 PRESENTATION DU TERRITOIRE DE LA GUYANE ET DE L'AMAPA.....	7
.2 DES CONSEQUENCES EN SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	10
.3 MON ROLE DANS LE PROJET OYAPOCK COOPERATION SANTE.....	13
.4 PROBLEMATISATION DU SUJET	15
PARTIE 1: REVUE DE LITTERATURE SUR LA FORMATION POUR ADULTES	17
.1 LA FORMATION POUR ADULTES, DE QUOI S'AGIT-IL?.....	17
.2 L'ACCOMPAGNEMENT OU LA "FORMATION-ACTION" MISE EN ŒUVRE PAR !DSANTE	18
.3 LA CONNAISSANCE DES LEVIERS ET DES FREINS DES APPRENANTS, UNE CONDITION DANS LA FORMATION POUR LES ADULTES	19
.4 L'INGENIERIE DE FORMATION ET LES PRINCIPES ANDRAGOGIQUES	20
.5 LES ENJEUX D'UN REFERENTIEL DE COMPETENCES	21
PARTIE 2: CADRE THEORIQUE DE LA CONCEPTION CONTINUEE DANS L'USAGE	23
.1 L'ANALYSE DE L'ACTIVITE DES PROFESSIONNELS, UNE ETAPE PREALABLE A L'IDENTIFICATION DES COMPETENCES	23
.2 LA CO-CONSTRUCTION D'UN REFERENTIEL ET CADRE THEORIQUE DE LA CONCEPTION CONTINUEE DANS L'USAGE	25
METHODOLOGIE	29
.1 METHODES QUALITATIVES	29
.2 NOTRE ECHANTILLON D'ENQUETE.....	29
.3 LES OUTILS DE RECUEIL DE DONNEES	30
.4 LES TEMPORALITES	33
.5 L'ANALYSE DES DONNEES	33
.6 QUESTIONS ETHIQUES.....	35
RESULTATS	36
.1 ELABORATION DE L'ARTEFACT A PARTIR DE L'ANALYSE DE L'ACTIVITE DES PROFESSIONNELS	36
.2 L'IDENTIFICATION DES COMPETENCES PAR LA DESCRIPTION DES SITUATIONS DE TRAVAIL.....	37
.3 LA PLANIFICATION, LE TRAVAIL EN PARTENARIAT ET UNE COMMUNICATION ADAPTEE PARMIS LES COMPETENCES LES PLUS CITEES	38
.4 L'UTILISATION DES OUTILS ET DES TECHNIQUES D'ANIMATION, UNE PRATIQUE GENERALISEE.....	39
.5 D'AUTRES COMPETENCES, CITEES MOINS SOUVENT	40
.6 LES VERBATIM "BUT" OU LES FACTEURS QUI SOUS-TENDENT L'ACTIVITE DES APPRENANTS.....	41
.7 LA GENESE INSTRUMENTALE PAR LA CONFRONTATION AUX ACTEURS INSTITUTIONNELS PAR UN ENTRETIEN INFORMEL.....	55
DISCUSSION	71
1. NOS RESULTATS A LA LUMIERE DE LA LITTERATURE	71
2. LIMITES DE NOTRE ETUDE EN RAISON DE CERTAINS BIAIS METHODOLOGIQUE.....	74

.3	PISTES DE REFLEXION POUR RENDRE LE REFERENTIEL UTILISABLE DANS LA PRATIQUE.....	75
	CONCLUSION.....	78
	ANNEXES.....	87

Table des illustrations

Figures

Figure 1 Ensemble des verbatim divisées en 4 catégories	36
Figure 2 Description des situations de travail	37
Figure 3 Utilisation des outils et des techniques d'animation	39
Figure 4 Utilisation des techniques et des outils d'animation par métier	39
Figure 5 Les composantes de la motivation	41
Figure 6 Les composantes de la motivation par métier	42
Figure 7 Finalités du travail par métier	43

Tableau

Tableau 1 Les situations de travail en fonction du métier	37
---	----

Liste des sigles

ARS: Agence Régional de Santé

AME: Aide Médicale d'Etat

CDPS: Centre Délocalisé de Prévention et de Soins

CHAR: Centre Hospitalier Andrée Rosemont

CMU-C: Couverture Maladie Universelle complémentaire

DAAC : Développement Accompagnement Animation Coopération

DAPES: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

DPAC : Desenvolvimento, Prevenção, Acompanhamento e Cooperação da Fronteira

ETP: Éducation Thérapeutique du Patient

IST: Infections Sexuellement Transmissibles

OCS: Oyapock Coopération Santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU: Organisation des Nations Unies

ONUSIDA: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

PMI : Protection Maternelle et Infantile

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

PRS: Projet Régional de Santé

PvVIH : Personne Vivant avec le VIH

SRP: Schéma Régional de Prévention

SSR: Santé Sexuelle et Reproductive

UBS : Unidade Básica de Saúde

UNIFAP : Universidade Federal do Amapa

INTRODUCTION

L'introduction qui suit s'attache à présenter le territoire frontalier entre la Guyane et l'État de l'Amapá et les spécificités du territoire d'un point de vue sanitaire. Par un effet de zoom, nous verrons que cette région est considérée comme une zone de vulnérabilités dont les conséquences sont observables sur la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) des populations qui y vivent. Pour lutter contre les problématiques de santé, des stratégies sont mises en œuvres à l'échelle institutionnelle jusqu'au niveau local avec le travail de l'association !Dsanté.

.1 Présentation du territoire de la Guyane et de l'Amapá

.1.1 Un territoire à cheval sur deux continents

La Guyane est un département français situé au nord-est du continent Sud-Américain, entre le Surinam et le Brésil. Le territoire s'étend sur 83 533,9 Km² pour une population estimée à 269 352 habitants en 2016¹. Il s'agit du plus grand département français en termes de superficie mais c'est aussi le moins peuplé avec une densité de population de 3,2 habitants par km² (contre 104,9 habitants par km² pour la France).

La bande côtière longe l'océan Atlantique sur 350 kilomètres². À l'ouest, séparant la Guyane du Surinam, la frontière naturelle est le fleuve Maroni. À l'est, le Fleuve Oyapock sépare la Guyane du Brésil et arrose notamment Saint-Georges-de-l'Oyapock.

La commune de Saint-Georges-de-l'Oyapock, autrefois uniquement desservie par la voie maritime et aérienne, est aujourd'hui accessible par une route qui serpente à travers la forêt, à environ 180 km de la capitale, Cayenne. La commune compte 4076 habitants³, un mélange de populations d'origine amérindienne, créole, brésilienne et métropolitaine.

¹ Comparateur de territoire – Département de la Guyane (973) | Insee. Retrieved August 2, 2019, from <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-973+FRANCE-1>

² Le Territoire - Collectivité Territoriale de Guyane. Retrieved August 2, 2019, from <https://www.ctguyane.fr/le-territoire/>

³ Comparateur de territoire – Département de la Guyane (973) | Insee. Retrieved August 2, 2019, from <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-973+COM-97308>

Quelques structures sanitaires, sociales et éducationnelles 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.

De l'autre côté du fleuve Oyapock se trouve l'Etat brésilien de l'Amapá⁴, accessible en quelques minutes de pirogue depuis l'embarcadère de Saint-Georges-de-l'Oyapock. L'Amapá 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'État du Parà. Cet État a une superficie estimée à 142 470,762 km² et compte 829 494 habitants⁵ en 2018. Les villes les plus peuplées sont Macapá qui est la capitale fédérale avec 493 634 habitants et Santana avec 119 610 habitants en 2018⁶. Au Nord de l'Amapá, voisine de la commune de Saint-Georges-de-l'Oyapock, se trouve la ville brésilienne d'Oiapoque. Oiapoque, accessible en pirogue ou en voiture (par un pont reliant la Guyane au Brésil) depuis Saint-Georges, compte 26 627 habitants en 2018⁷. Quelques structures sanitaires, sociales et éducationnelles sont présentes au centre-ville : des Unité Basique de Soins (UBS), un hôpital, l'association Développement Prévention Accompagnement Coopération fronteira (DPAC), quatre écoles, deux lycées et l'université fédérale de l'Amapá (Universidade Federal do Amapá : UNIFAP).

.1.2 Un territoire qui cumule des vulnérabilités

Les régions de la Guyane française et de l'Amapá partagent de nombreuses similitudes en termes d'enclavement du territoire, de continuité du milieu naturel (climat, forêt, réseau hydrographique) et de partage d'une frontière commune représentée par le fleuve Oyapock, long de 403.44 km⁸. Les populations du bassin de l'Oyapock considèrent le fleuve frontalier comme "un lieu de vie, d'échanges et de communication"⁹ et vivent indifféremment sur l'une ou l'autre des rives.

⁴ Carte du territoire transfrontalier en annexe n°1

⁵ IBGE | Brasil em Síntese | Amapá | Panorama. Retrieved August 2, 2019, from <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/panorama>

⁶ Ibid.

⁷ IBGE | Brasil em Síntese | Amapá | Oiapoque | Panorama. Retrieved August 2, 2019, from <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/oiapoque/panorama>

⁸ Le fleuve Oyapock; Portail national d'accès aux référentiels sur l'eau. Retrieved August 2, 2019, from <http://www.sandre.eaufrance.fr/geo/CoursEau/6---0000>

⁹ Document interne, Association !D Santé, "OCS proposition pédagogique cycle SSR"

Pour comprendre les particularités du bassin Oiapokoï, il convient d'adopter une vision globale, de promotion de la santé, afin de prendre en compte l'ensemble des déterminants sociaux qui agissent sur la santé de ces populations. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), "les déterminants sociaux de santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie."¹⁰

Le modèle de Whitehead et Dalghren distinguent quatre niveaux de déterminants, qui interagissent entre eux, que sont "les facteurs liés au style de vie personnel, aux réseaux sociaux et communautaires, les conditions de vie et de travail, conditions socio-économiques, culturelles et environnementales". En comparaison au reste du Brésil ou à la France métropolitaine, les habitants du territoire de l'Oyapock cumulent des inégalités de santé¹¹ qui augmentent les risques de maladies et diminuent la capacité à prévenir ces maladies.

Parmi ces inégalités, on compte un taux de chômage relativement élevé en Guyane et en particulier à Saint-Georges-de-l'Oyapock (respectivement 35,3% et 57,9% des 15-64 ans en 2019)¹² ainsi que dans l'Amapá (l'Etat brésilien le plus touché avec 20,2% de chômage au premier trimestre 2019). Le niveau d'éducation demeure relativement faible puisque 3 habitants de l'Est guyanais sur 4 n'ont pas de diplôme¹³ tandis qu'à Oiapoque environ 26,49% de la population des jeunes de plus de 15 ans ne sont pas scolarisés¹⁴. Il y a par ailleurs une certaine "fragilité sociale" avec une part de la population couverte par le RSA socle non majoré de 45,4% en 2016 dans l'Est Guyanais (contre 16,7% dans le reste de la Guyane)¹⁵. En termes d'accès à la santé, en Guyane, la part de la population couverte par la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-C) atteint 29% et l'Aide Médicale d'Etat (AME) 8 % de la population en 2017¹⁶. Le recours au soin demeure un problème en raison des "obstacles financiers et la

¹⁰ OMS | Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé). Retrieved August 2, 2019, from https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/

¹¹ Ibid.

¹² Comparateur de territoire – Département de la Guyane (973) | Insee. (n.d.-a). Retrieved August 2, 2019, from <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-973+COM-97308>

¹³ Cameselaa C, Hurpeau. B. (2009). La communauté de communes de l'Est Guyanais : une population jeune sur un vaste territoire. INSEE Antilles-Guyane.

¹⁴ Oiapoque, AP - Escolaridade: Veja nível de instrução da população por cidade do Brasil. (n.d.). Retrieved August 2, 2019, from <http://www.deepask.com/goes?page=oiapoque/AP-Escolaridade:-Veja-o-nivel-de-instrucao-da-populacao-do-seu-municipio>

¹⁵ L'Est Guyanais : un territoire vaste et peu peuplé - Insee Analyses Guyane - 34. (n.d.). Retrieved August 2, 2019, from <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3675727>

¹⁶ Programme régional d'accès à la prévention et aux soins 2018-2022 (PRAPS). (2019). ARS Guyane.

faible démographie médicale, mais aussi les difficultés à s’orienter dans le système de santé, à se projeter dans l’avenir, à se dégager des préoccupations de survie du quotidien, à ressentir les signes de souffrance du corps, à exprimer des demandes”¹⁷. En cas d’urgence ou de pathologies importantes, l’éloignement géographique avec les centres urbains est également un problème (10h de route pour rejoindre Macapa depuis Oiapoque, 2h30 de route pour rejoindre Cayenne depuis Saint-Georges), d’autant plus pour les communes isolées (Camopi, Ouanary, Trois-Saut) où l’intervention par hélicoptère est nécessaire. Enfin, le territoire transfrontalier est caractérisé par d’importants flux migratoires et notamment des flux de populations dites vulnérables. Etre vulnérable, “c’est être exposé à des facteurs de risque (personnels, sociaux, environnementaux), qui mettent à l’épreuve un certain nombre de ressources détenues par des individus, des groupes et des communautés sur un territoire”¹⁸.

Ces vulnérabilités ont des conséquences sur la SSR des populations, notamment en termes de grossesses non désirées, de prévalence des IST ou encore des violences liées au genre.

.2 Des conséquences en Santé Sexuelle et Reproductive

La santé sexuelle est définie par l’OMS comme “un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d’avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence”¹⁹. La santé reproductive “s’intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l’appareil reproducteur à tous les stades de la vie. Elle implique la possibilité d’avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d’avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles désirent”²⁰. La SSR regroupe la santé reproductive et la santé sexuelle concerne, de manière pragmatique, les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), les grossesses non désirées, l’avortement, les violences liées au genre, la contraception et la sexualité de manière générale.

Afin de donner une idée des problématiques rencontrées sur le territoire transfrontalier, quelques données chiffrées sont nécessaires. Les inégalités de santé que l’on a constatées précédemment s’illustrent par une prévalence importante des grossesses non désirées et des IST.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Les déterminants de la vulnérabilité. (2018, Février). IREPS Bretagne.

¹⁹ OMS | Santé sexuelle. (n.d.). Retrieved August 2, 2019, from https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/

²⁰ OMS | Santé reproductive. (n.d.). Retrieved August 2, 2019, from https://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/

Au Brésil, malgré l'expansion des programmes de santé des familles entreprise par le "Departamento de Ações Programáticas Estratégicas" (DAPES), et la baisse de 17 % entre 2004 et 2015 du nombre de grossesses précoces, les naissances de mères adolescentes sont encore de 18 % en 2015 avec 66 % d'entre elles non désirées. Les régions les plus concernées sont le Nord-Est, le Sud-Est puis le Nord²¹.

En Guyane, le taux de fécondité des mineures reste bien plus élevé que celui de la France entière (120 pour 1000 en Guyane contre 80 pour 1000 en France)²². Concernant les infections par le Virus de l'Immunodéficience (VIH), la Guyane est le département français le plus touché avec une prévalence comprise entre 1,18 et 1,35 % en 2017²³, soit un taux de séropositivité 8 fois plus élevé qu'au niveau national. Les violences liées au genre sont également prégnantes en Guyane. Entre mai 2013 et avril 2014, 80% des victimes de violences conjugales étaient des femmes²⁴. Au Brésil, malgré la loi «Maria da Penha» (dispositif légal contre l'agression des femmes au Brésil), 23% des brésiliennes ont déjà été victimes de violence conjugale et dans 70% des cas, il s'agissait de violence physique²⁵.

Face aux problématiques que rencontrent la Guyane et le Nord du Brésil, divers acteurs se mobilisent dans la mise en œuvre de politiques répondant aux besoins des populations. Ces acteurs sont aussi bien des institutions internationales que des acteurs locaux proches des réalités du terrain.

.2.1 Des stratégies institutionnelles pour aborder la SSR

Au niveau international, les institutions telles que l'OMS et l'ONU à travers son Programme Commun des Nations Unies SIDA (ONUSIDA) promeuvent des stratégies en faveur d'une amélioration de la SSR des populations par la mise en place de plans et de stratégies: stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH²⁶ et contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021²⁷, les objectifs

²¹ Ministère de la santé du Brésil. (2017, Mai). Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil. Retrieved August 2, 2019, from <http://www.saude.gov.br/noticias/svs/28344-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>

²² ARS Guyane. (2019). Cadre d'Orientation Stratégique 2018-2028.

²³ Rapport d'activité 2017 du COREVIH Guyane. (2017). COREVIH Guyane.

²⁴ Document interne "Note de cadrage projet OCS." (2017). Association !Dsanté.

²⁵ Ibid.

²⁶ OMS | Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH, 2016-2021. Retrieved August 5, 2019, from <http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/ghss-hiv/fr/>

²⁷ OMS | Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021. Retrieved August 5, 2019, from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/fr/>

90/90/90²⁸, les “directives pour prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement”²⁹.

A l'échelle nationale, la France et le Brésil mettent en œuvre une stratégie d'amélioration de la SSR. La France a lancé en 2017 la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle³⁰ à horizon 2030. Elle s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la SSR dans le cadre de la stratégie nationale de santé et de la stratégie de santé pour les Outre-mer. Au niveau départementale, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Guyane définit les priorités en SSR à travers 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).

Dans le but de coordonner des actions entre le Brésil et la France, l'ARS a créé un groupe de travail mixte pour une coopération transfrontalière dont l'objectif est de “prévenir, traiter et éradiquer les maladies transmissibles, améliorer la surveillance épidémiologique et développer les actions de prévention”³¹. Les 27 et 28 mars 2019 a eu lieu une réunion de travail entre les professionnels de santé de l'Etat de l'Amapa et ceux de la Guyane durant laquelle les acteurs de santé ont échangé sur les projets communs à la frontière. Ces échanges ont permis d'actualiser les axes prioritaires de travail et les actions de coopération à la frontière le long du fleuve Oyapock et plus particulièrement de réaffirmer que “une attention particulière sera donnée à la poursuite du projet Oyapock Coopération Santé (OCS), notamment concernant l'accès aux soins des personnes vivants avec le VIH à Oiapoque qui a débuté en mars 2019”.

.2.2 L'association !Dsanté, un acteur de terrain qui oeuvre au niveau local

Le projet OCS, piloté par l'association !Dsanté, est le projet phare de lutte contre le VIH et de prévention en SSR en zone transfrontalière au sein du bassin de l'Oyapock. Au niveau local, c'est donc

²⁸ ONUSIDA. (2014). 90-90-90: traitement pour tous. Retrieved August 5, 2019, from <https://www.unaids.org/fr/resources/909090>

²⁹ OMS | Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement. (2011). Retrieved August 5, 2019, from https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/fr/

³⁰ Du plan National de lutte contre le VIH/Sida et les IST à la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle. (2017, May 14). Retrieved August 5, 2019, from <https://www.corevih-idfnord.fr/du-plan-national-de-lutte-contre-le-vihsida-et-les-ist-a-la-strategie-nationale-de-sante-sexuelle/>

³¹ ARS Guyane. (2017). Coopération en santé avec le Brésil, plan d'action 2017-2018.

l'association !Dsanté, qui, à partir des constats contextuels et des priorités institutionnelles en SSR a souhaité agir par la création du projet OCS. Ce projet est issu du travail de mobilisation de trois structures porteuses : !Dsanté, DPAC Fronteira et le Centre Hospitalier Andrée Rosemon (CHAR). Il met ainsi en lien, des structures de santé (Centre Hospitalier via le Centre Délocalisé de Prévention et de Soins (CDPS) de Saint-Georges, Unidade Básica de Saúde), des associatifs (!Dsanté, DPAC Fronteira), des universitaires (UNIFAP) et des institutionnelles (Agence Régionale de la Santé, Secrétariat de santé de l'Etat de l'Amapá et d'Oiapoque).

OCS est un projet 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 et la réorientation des services de santé. L'objectif est de permettre aux populations d'avoir "les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci"³². Ce projet est divisé en trois volets³³:

- la prévention combinée en partenariat avec DPAC Fronteira et le CHAR assurant la création d'une file active et le suivi des Personne Vivant avec le VIH (PvVIH) avec un axe sur l'éducation thérapeutique ;
- 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 ;
- le dernier volet, géré par l'association !Dsanté et l'UNIFAP, est relatif à la formation des acteurs locaux, c'est-à-dire des professionnels et des personnes ressources qui vont pouvoir renforcer leurs compétences en éducation à la santé sur la zone transfrontalière.

C'est sur le dernier volet du projet que j'ai pu réaliser ma mission de stage.

.3 Mon rôle dans le projet Oyapock Coopération Santé

Le volet formation du projet OCS concerne la formation d'acteurs locaux et de professionnels ressources.

La formation est divisée en deux cycles. D'abord, un cycle d'enseignement, d'une durée de deux semaines, lui-même décliné en deux modules. D'abord, un module pratique sur le théâtre de l'opprimé par l'apprentissage de la technique du théâtre forum, une technique d'animation dont l'objectif est de "rendre visible les conflits sociaux et politiques en favorisant la prise de parole de groupes marginalisés,

³² OMS. (1986). Promotion de la santé, Charte d'OTTAWA.

³³ Voir annexe n°2: présentation du projet OCS

opprimés par les pouvoirs totalitaires”³⁴. Puis un module théorique sur les fondamentaux en SSR afin que chaque acteur ait des connaissances et des compétences communes.

Le second cycle est sous forme de « formation-action », c’est à dire l’accompagnement des apprenants dans la mise en place de projets afin de venir renforcer leurs connaissances et leurs compétences acquises durant le premier cycle. C’est plus particulièrement sur ce second cycle que je suis intervenu.

Ce stage fait suite au travail déjà réalisé par Noémie Delor, une ancienne étudiante du Master 2 Promotion de la Santé et Prévention, qui a fait un stage d’une durée de 6 mois sur le cycle d’enseignement de ce même projet OCS. Ma mission s’inscrit dans la continuité du sien puisque j’interviens au moment de l’accompagnement des apprenants, suite à une suggestion qu’elle a elle-même formulée: la création d’un guide de compétences “comme un levier pour permettre aux apprenants de valoriser leur travail ainsi que la formation bénéficiée³⁵” et “comme une reconnaissance de leurs capacités, aptitudes et légitimité à agir dans le champ de l’éducation à la santé et plus largement en promotion de la santé”.

.3.1 Les raisons de mon implication dans ce projet

Le choix de ce stage a été motivé par l’envie de participer à la mise en œuvre d’un dispositif de formation ancré dans les principes de promotion de la santé et notamment celui d’approche communautaire.

D’un point de vue personnel, je souhaite acquérir des compétences en lien avec la formation de personnes ainsi que le développement de dynamiques communautaires. Le projet OCS vise la formation d’acteurs locaux et de professionnels ressources en vue de renforcer l’action communautaire, ce qui semble être une démarche pertinente dans ce contexte transfrontalier. En tant qu’association guyanaise composée majoritairement de français métropolitains, !Dsanté a fait le choix de s’appuyer sur des personnes ressources pour répondre à une urgence en santé. En effet, une majorité des apprenants sont des brésiliens qui ont une bonne connaissance des spécificités (culturelles, géographiques, populationnelles, langages) du territoire de l’Amapá et de l’Oyapock. Ainsi, ce stage est l’occasion de découvrir une autre culture et une autre manière de travailler, aussi bien à l’échelle institutionnelle qu’à l’échelle des individus. La position “d’entre deux” qui caractérise le bassin de

³⁴ Document interne, Association !D Santé, “OCS proposition pédagogique cycle SSR”

³⁵ Mémoire de Noémie Delor. (2018). Analyse de la prescription secondaire en éducation à la santé dans un contexte transfrontalier Guyane – Brésil : évolution des tâches réalisées des acteurs locaux.

l'Oyapock permet la confrontation de deux cultures et interroge les manières de les concilier afin de travailler en coopération.

.3.2 La mission de stage

Les deux principales missions de stage sont l'accompagnement et le suivi des apprenants dans la mise en œuvre d'actions de prévention auprès de leurs publics dans le cadre de la formation-action ainsi que la création d'un guide de compétences en lien avec le formateur et les acteurs locaux.

Cette mission d'accompagnement se décline en plusieurs sous-missions: participation à la mise en place d'une ou plusieurs journées d'échange entre les anciens stagiaires, participation au développement du travail en partenariat et de coopération avec les acteurs de la formation et de la prévention des deux côtés de la frontière, participation à l'évaluation des actions menées par les apprenants et participation à la réalisation des bilans d'activité. L'accompagnement et le suivi des apprenants dans la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation à la santé auprès de leurs publics concernent des thématiques en lien avec la SSR. Il s'agit principalement de prévenir les risques de transmission des IST et du VIH, de grossesses non désirées et des violences liées aux genres.

La co-construction d'un référentiel de compétences en lien avec les apprenants de la formation est envisagée comme une production écrite qui finalise ma mission de stage. C'est principalement autour de cette mission que sera construite ma réflexion pour la rédaction de ce mémoire.

.4 Problématisation du sujet

Le référentiel de compétences, en plus d'être utile à l'association, est un médiateur qui suscite du lien avec les apprenants. Il est à envisager comme **complémentaire de la formation**, c'est à dire qui s'inscrit dans la continuité de la formation.

L'enjeu de cette étude est d'exposer la méthode utilisée pour co-construire un référentiel de compétences avec les apprenants d'une formation et comprendre l'impact sur leur **développement professionnel** et leur **professionnalisation**, autrement dit qui favorise le sentiment de légitimité des professionnels à agir en éducation à la santé. Il s'agit de déterminer le modèle de référence que nous pouvons mobiliser, d'abord pour comprendre l'activité professionnel des apprenants mais aussi pour co-construire un référentiel avec les apprenants. Pour cela, je me suis appuyée sur **le cadre théorique de la conception continuée dans l'usage**.

Ce cadre théorique production-utilisation³⁶". L'idée est d'opérer un va-et-vient entre les différentes parties prenantes de la formation, et ce tout au long du processus d'élaboration du référentiel de compétences.

Ainsi, notre étude vise à apporter un éclairage sur la problématique suivante:

La construction d'un référentiel de compétences qui peut être aidant pour la formation, à la fois pour les formateurs mais aussi un élément structurant de l'activité des formés.

Pour éclairer notre problématique, nous allons dans un premier temps nous intéresser aux différents aspects de la formation pour adultes et les enjeux qui y sont liés.

³⁶ Pierre Rabardel, P. P. (2006). Modèles du sujet pour la conception : dialectiques, activités, développement. Revue française de pédagogie.

PARTIE 1: REVUE DE LITTÉRATURE SUR LA FORMATION POUR ADULTES

La formation pour adultes tient sa légitimité de la loi relative à la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente³⁷. Selon les termes de Schwartz, la notion d'éducation permanente renvoie à l'idée "d'une éducation tout au long de la vie qui permet de se former à tous les âges et tous les moments de la vie"³⁸.

D'abord, nous allons voir plus en détails ce qu'est la formation pour adultes et les objectifs qu'elle vise. Nous nous intéresserons à l'accompagnement qu'est la méthode choisie par !Dsanté pour mettre en œuvre la formation pour adultes. Puis, nous verrons qu'elle repose sur des principes éducatifs que l'on appelle andragogie, qui suppose notamment une connaissance des leviers et des freins des apprenants.

.1 La formation pour adultes, de quoi s'agit-il?

Premièrement, il convient de définir ce que l'on entend par la notion de formation. Pour cela, nous utilisons la définition de l'INPES³⁹: "la formation est 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". La formation continue, quant à elle, s'adresse généralement à des personnes ayant préalablement acquis des compétences ou qualifications au cours de formations antérieures ou d'une pratique professionnelle.

Dans le cadre de la formation organisée par !Dsanté, l'on se situe davantage dans le cas d'une "formations de développement", c'est à dire une formation qui vise à développer les capacités de l'apprenant pour une situation professionnelle qui demeure identique, plutôt dans le cadre d'un projet personnel de l'apprenant. En effet, une particularité de la formation en éducation pour la santé est qu'elle concerne souvent des personnes exerçant déjà une activité professionnelle. En ce sens, il s'agit avant tout d'une spécialisation professionnelle et non pas d'une profession.

³⁷ Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente.

³⁸ Bertrand Schwartz. (1964). L'éducation permanente. Esprit.

³⁹ Vanessa Lorto, M.-J. M. (2009). Formation en éducation pour la santé, Repères méthodologiques et pratiques. INPES.

L'éducation pour la santé est une activité qui peut potentiellement concerner tous les professionnels qui influencent la santé des populations. Ainsi, les professionnels peuvent être issus de champs très divers et c'est notamment le cas des apprenants avec lesquels nous travaillons dans notre étude. Ces derniers sont des professionnels qui œuvrent dans le domaine religieux, de la santé ou encore de l'enseignement et sont issus de formations initiales différentes (administration, médicales, paramédicales, médico-sociales, socio-éducatives, psychologiques). Il est donc pertinent d'organiser des temps de formation autour de la dynamique de projet et de proposer un socle de connaissances commun partagé par l'ensemble des professionnels concernés.

De ce fait, la formation doit intégrer une part importante de mise en pratique, ce que nous allons approfondir dans la prochaine partie.

.2 L'accompagnement ou la "formation-action" mise en œuvre par !Dsanté

L'association !Dsanté utilise le terme de "formation-action"⁴⁰ pour qualifier la formation qu'elle a mise en œuvre. C'est à dire que l'action de formation est un processus continu, prenant effet au démarrage de l'action et se poursuivant une fois cette dernière terminée.

La formation-action repose sur deux concepts⁴¹:

- « l'action porte en elle-même le processus de formation, faire pour apprendre, faire c'est apprendre »;
- « l'action, réelle et concrète est de type: projet à réaliser ou problème à résoudre ».

La formation-action est une modalité de formation permettant de s'approcher le plus possible de la construction des compétences. Elle vise le traitement de problèmes ou de projets réels, elle constitue une remarquable opportunité pour entraîner à la combinaison et à la mobilisation de ressources pertinentes (savoirs, savoir-faire, ...), pour créer et mettre en œuvre des compétences.

En pratique, la deuxième phase de formation, la phase d'accompagnement, vise à mobiliser des groupes d'apprenants au sein desquels chacun a des objectifs individuels en fonction de son statut (professionnel ou personne ressource) et un objectif collectif d'auto-support et d'articulation. Les temps d'action et de formation sont confondus. Ils se mettent en place par un processus permanent d'allers et retours entre des étapes de négociation d'objectifs individuels et collectifs, d'émission d'hypothèses,

⁴⁰ Document interne, Association !D Santé, "OCS proposition pédagogique cycle SSR"

⁴¹ CEDIP. Formation-action - Compétences et formation. Retrieved September 1, 2019, from <http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/formation-action-a193.html>

d'élaboration d'outils ou de méthodologies, et d'évaluation de résultats. Par conséquent, des temps individuels et collectifs sont organisés tout au long de cette deuxième phase: 35h en individuel et 21h en collectif.

En conséquence, la démarche de formation en éducation pour la santé privilégie l'agir, c'est à dire que la formation accompagne l'action. C'est une démarche qui tient compte de la pratique professionnelle en matière de santé, des caractéristiques des participants, du cadre institutionnel dans lequel sont mises en œuvre ces formations et des savoirs à acquérir.

Par ailleurs, dans le but de faire un référentiel de compétences qui tiennent compte des attentes des apprenants, il est important de connaître et comprendre les facteurs qui sous-tendent l'activité de professionnels en éducation à la santé. La connaissance des leviers et des freins des apprenants peut permettre de situer les obstacles à leur implication dans des projets de prévention et ainsi de proposer des moyens de dépasser ces obstacles. Nous allons nous intéresser au cas des enseignants.

.3 La connaissance des leviers et des freins des apprenants, une condition dans la formation pour les adultes

Une étude réalisée en 2001 chez les enseignants⁴² montre que 71% des enseignants intègrent déjà l'éducation à la santé à leur activité. Pour la majorité d'entre eux (61%), il s'agit d'une décision de l'enseignant lui-même de l'intégrer au programme de la classe. Pour les autres, l'intégration est liée à une sollicitation institutionnelle (15 %), un événement extérieur (22 %) ou à la suite d'une réflexion collective à l'échelle de l'école (15%).

Parmi les obstacles évoqués par les enseignants, c'est d'abord le manque de temps (49% d'entre eux), le manque de motivation (39%), le manque d'information (30%) et le manque de matériel (28%). Ensuite, sont évoqués la difficulté à intéresser les élèves, le sentiment d'être gêné et une difficulté à intéresser les élèves.

Concernant les thématiques, les enseignants considèrent qu'ils ont un rôle à tenir en éducation à la santé sur des thèmes comme l'alimentation, l'hygiène, le sommeil et les rythmes de vie, les toxicomanies et la sexualité.

⁴² Didier Jourdan, et al. (2002). Education à la santé à l'école: pratique et représentations des enseignants du primaire. Société Française de Santé Publique.

Cette enquête met en évidence l'importance des partenariats mis en œuvre par les enseignants (un tiers des cas) alors que ce n'est généralement pas le cas dans le champ de l'éducation. Le rôle des partenaires reste encore trop "substitutif", c'est à dire que les enseignants ont tendance à se défaire d'une partie de leur mission d'éducation à la santé. Le rôle des partenaires devrait donc permettre un conseil technique et un soutien aux enseignants.

Enfin, l'étude des déterminants de pratique⁴³ menée par Carine Simar et Didier Jourdan montre que l'un des facteurs qui conditionne les pratiques est le fait de bénéficier d'une formation. En effet, le sentiment de compétence (ou d'efficacité personnelle) est l'un des paramètres importants entrant en jeu dans l'activité professionnelle au même titre que celui d'efficacité personnelle. Les résultats montrent également que plus les enseignants ont bénéficié de formation, plus ils ont tendance à mettre en œuvre des pratiques globales, c'est à dire une pratique qui se "situe dans une perspective collective, durable, prenant en compte le développement des élèves dans toutes ses dimensions et abordant spécifiquement des thématiques de santé".

L'articulation entre formation et accompagnement favoriserait le développement et l'intégration de l'éducation à la santé au sein des pratiques des enseignants. Il s'agit de penser le professionnel "comme acteur d'une démarche collective et non objet d'un programme".

L'étude des déterminants de la prise en compte de l'éducation à la santé dans l'activité de certains professionnels révèle l'importance d'agir sur certains leviers en élaborant une formation et un accompagnement qui tient compte des freins et des motivations des apprenants. La mise en place d'une formation doit intégrer ces déterminants, c'est d'ailleurs un des principes de l'andragogie.

.4 L'ingénierie de formation et les principes andragogiques

La formation d'adultes repose sur un modèle éducatif que l'on appelle "l'andragogie⁴⁴", dont nous avons étudié les principes en cours d'éducation à la santé. Nous nous appuyons sur l'article de Philippe Averlant⁴⁵ pour les décrire ici.

D'abord, **les adultes apprenants arrivent avec une expérience préalable**, ce qui rend les groupes hétérogènes et nécessite une adaptation des stratégies d'apprentissage. Ainsi, il est nécessaire de partir

⁴³ Carine Simar, D. J. (2010). Éducation à la santé à l'école : étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré.

⁴⁴ Le terme vient du grec anēr (andros), l'homme adulte, et agō, mener, conduire, élever.

⁴⁵ Philippe Averlant. (2007). Sur la formation pour adultes. Vie sociale et traitements.

des représentations individuelles des apprenants. Les modèles pédagogiques permettant aux participants de construire leurs apprentissages, modifier progressivement leurs représentations et développer leurs compétences sont donc privilégiés.

Ensuite, les adultes sont aptes à apprendre si **les connaissances permettent d'affronter des situations réelles**. L'apprentissage est ainsi associé à un besoin de développement, ce qui implique une alternance entre des temps de formation théorique et des temps de terrain, comme nous l'avons vu dans le cadre de la "formation-action" mise en place par !Dsanté. **Les temps de terrain permettent d'ailleurs de mieux assimiler** les connaissances et les compétences par leur mise en application sur des situations réelles.

En plus d'un besoin de développement professionnel, les adultes sont **motivés par le désir d'accroître leur satisfaction professionnelle, leur estime de soi...**

Par ailleurs, les adultes ont besoin d'être convaincu que la formation reçue servira dans une activité professionnelle future, ce qui est un gage de leur motivation.

Les principes de l'andragogie rappellent l'importance de considérer l'apprenant dans sa globalité, c'est-à-dire en tenant compte de ses expériences passées. Dans le cadre de ma mission de stage, l'élaboration du référentiel de compétences doit nécessairement intégrer ces principes et répondre à certains enjeux que nous détaillons dans la prochaine partie.

.5 Les enjeux d'un référentiel de compétences

Le référentiel de compétences doit être construit en tenant compte des enjeux pour l'association tout en bénéficiant aux apprenants de la formation.

.5.1 Un outil pour un améliorer l'accompagnement par l'association

L'élaboration d'un référentiel de compétences est un outil qui doit bénéficier à l'association !Dsanté. En effet, il doit être un outil qui permet de suivre la montée en compétences des professionnels qui y travaillent et notamment des animateurs de prévention qui sont amenés à agir en éducation à la santé, dans le cadre du projet OCS mais aussi du projet l'École S'EXprime (un autre projet de l'association qui concerne l'éducation à la vie affective et sociale dans des écoles primaires et des collèges de l'île de Cayenne). Le référentiel de compétences est également un outil permettant au chargé de projet de mieux connaître les apprenants de la formation et leur travail. En effet, la personne en charge du projet OCS,

Léonardo Montenegro (mon tuteur de stage) a quitté l'association au mois de juillet 2019. Son remplaçant, Cassio de Figueiredo va ainsi disposer d'un outil lui permettant de mieux comprendre le travail réalisé par les apprenants et ainsi les attentes vis à vis de son rôle d'accompagnement des apprenants. Enfin, mieux connaître les apprenants doit permettre, dans l'avenir, d'être en mesure de proposer des formations plus proches de leurs besoins et qui répondent à leurs attentes.

.5.2 Un outil qui participe à la formation des apprenants

La création d'un guide de compétences a été évoquée comme un moyen de valoriser les compétences acquises par les apprenants au cours de la formation. En effet, au cours des entretiens menés par Noémie Delor, les apprenants disent avoir développé des compétences en SSR. Toutefois, ils ne décrivent pas les compétences qu'ils ont développées et ne parviennent pas toujours à les nommer. De plus, à la fin de la formation de 2018, les apprenants ont complété une évaluation s'intéressant à leurs connaissances. D'une manière générale, ils considèrent avoir acquis des connaissances.

Pourtant, le travail d'accompagnement dans la mise en place d'actions préventives révèle certaines difficultés à mobiliser ces connaissances. Certains apprenants ne sont pas autonomes dans la mise en place des actions. Leonardo, responsable de l'accompagnement des stagiaires, est encore beaucoup sollicité, aussi bien pour l'organisation de réunion de préparation, l'élaboration du contenu théorique, le choix des outils et des techniques d'animation voire même pour participer en tant qu'animateur.

Les enjeux du référentiel de compétences sont doubles puisqu'il doit bénéficier à l'association autant qu'aux formés. Afin de tenir compte de cet enjeu, nous utilisons le cadre théorique de la conception continuée dans l'usage pour réaliser notre étude. Dans la partie 2, nous détaillons les concepts liés au cadre théorique.

PARTIE 2: CADRE THEORIQUE DE LA CONCEPTION CONTINUEE DANS L'USAGE

Nous l'avons vu, beaucoup de facteurs sous-tendent l'activité de professionnels en éducation à la santé. Il est même parfois difficile de mobiliser les personnes pour faire de l'éducation à la santé. De ce fait, il nous a semblé pertinent d'aborder l'élaboration d'un référentiel de compétences sous le prisme de la conception continuée dans l'usage. L'intérêt de ce cadre théorique est de mieux comprendre le travail des professionnels et d'être au plus près de leur pratique. Dans cette partie, nous allons expliciter ce qu'est la conception continuée dans l'usage et définir les concepts qui y sont liés, en essayant de montrer que notre démarche d'enquête s'inscrit dans ce cadre.

.1 L'analyse de l'activité des professionnels, une étape préalable à l'identification des compétences

A ce stade, il est nécessaire de rappeler les enjeux qui sont liés à la co-construction d'un référentiel de compétences. Ce référentiel, en plus d'être utile à l'association, est un médiateur qui suscite du lien avec les apprenants. Il est à envisager comme **complémentaire de la formation**, c'est à dire qui s'inscrit dans la continuité de la formation et ainsi être **un support au développement professionnel**. Le principal enjeu de la co-construction de ce référentiel est d'aboutir à un support qui puisse être complémentaire de la formation et répondre aux objectifs précédemment cités.

Pour bien comprendre ce que l'on entend par le terme de compétences, il est nécessaire de proposer une définition.

1.1. Une définition de la notion de « compétence »

La compétence est une notion polysémique et fait l'objet de différentes définitions en fonction des auteurs. Dans notre étude et pour l'élaboration du référentiel de compétences, nous utiliserons la définition qui a été retenue par le Comité consultatif national publiée dans son premier avis, l'Avis n° 1 du 6 janvier 2009⁴⁶. Selon cette définition, la compétence est à considérer, "non comme un état mais comme un processus qui permet de mettre en synergie des ressources multiples dans une situation professionnelle. Les ressources mobilisées sont diverses : des savoirs, des habilités ou capacités, des ressources à dimension normative (attitudes, valeurs, normes, identité, rapport au savoir...)". Ainsi, la

⁴⁶ Comité consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé. (2012). Référentiel de compétences en éducation pour la santé. INPES.

compétence correspond à “la mise en œuvre par un intervenant en situation, dans un contexte déterminé, d’un ensemble diversifié mais coordonné de ressources pertinentes permettant la maîtrise de la situation”.

Afin d’identifier les compétences pour l’élaboration d’un référentiel, l’analyse de l’activité est une étape incontournable.

.1.1 L’identification des situations de travail pour comprendre les compétences

En s’appuyant sur la littérature et notamment les travaux de Patrick Mayen, l’élaboration d’un référentiel de compétences est d’abord envisagée par l’identification des situations de travail. Il souligne la primauté des situations par rapport aux compétences: “en formation professionnelle, ce qui est premier, ce sont les situations parce que ce sont celles-ci auxquels les professionnels et futurs professionnels seront confrontés”⁴⁷.

Dans le cadre théorique de la didactique professionnelle, l’analyse de l’activité part du “travail dans et sur des situations professionnelles”. Ainsi, la compétence est toujours située dans une situation professionnelle car être compétent pour une situation consiste alors à “pouvoir s’en débrouiller, faire face, se tirer d’affaire, parfois même maîtriser la situation”. Un professionnel compétent est alors capable de maîtriser plusieurs situations professionnelles, plus ou moins complexes, constitutives de son métier.

L’activité peut être appréhendée sous trois angles différents, ce que l’on appelle parfois “les dimensions de l’activité”⁴⁸:

- la dimension technique: elle correspond au domaine travaillé, aux outils et techniques mis en œuvre, aux règles et procédures à respecter;
- la dimension relationnelle: elle correspond aux modes d’intervention auprès du public et aux modes de collaboration avec les autres intervenants, internes ou externes, qui participent à la réalisation de l’activité;
- la dimension organisationnelle: elle rend compte de l’organisation personnelle du travail, de la prise en compte des moyens matériels et humains nécessaires.

⁴⁷ Patrick Mayen, J.-F. M., & Claire Tourmen. (2010). Les situations de travail

⁴⁸ Ibid

L'analyse de l'activité et des situations de travail est réalisée à travers les entretiens, dont nous décrivons la méthodologie plus tard. L'intérêt de s'intéresser à l'activité des professionnels est de proposer un document qui soit adapté à leur travail. Toutefois, pour que l'on puisse réellement parler de co-construction, il est également nécessaire d'élaborer un document qui devienne un "instrument" de travail.

.2 La co-construction d'un référentiel et cadre théorique de la conception continuée dans l'usage

Le terme de co-construction se définit comme "un processus reposant sur une mise en forme d'interactions entre des acteurs afin que ceux-ci élaborent au fil de leurs interactions des accords visant à rendre compatibles des définitions relatives à un changement, à un projet, à une méthode de travail"⁴⁹. Ainsi, la co-construction vise l'implication d'acteurs ayant des intérêts et des points de vue différents afin de travailler avec eux. Plus particulièrement, l'ensemble des parties prenantes désigne les personnes qui interviennent dans la formation: concepteurs, formateurs et utilisateurs.

Pour l'élaboration de notre référentiel, nous nous appuyons sur les travaux de Pierre Rabardel et le **concept de conception continuée dans l'usage**. Depuis les entretiens avec les apprenants jusqu'à la finalisation du référentiel de compétences, nous avons tenté d'inclure l'ensemble des parties prenantes dans le processus. L'objectif est de dépasser l'opposition entre conception et exécution ou entre concepteurs et exécutants. Les usagers deviennent alors des concepteurs potentiels de la formation auxquels ils participent.

L'analyse de l'activité des formés est la première étape dans l'élaboration du référentiel de compétences.

.2.1 L'analyse de l'activité et la conception d'un artefact

Dans notre étude, la co-construction d'un référentiel de compétences suppose de partir de la réalité du travail des apprenants, c'est à dire de comprendre leur travail et plus particulièrement les situations de travail. Pour cela, l'engagement du professionnel dans un processus réflexif est

⁴⁹ Foudriat, M. (2014). La co-construction. In M. Delaloy, M. Foudriat, & F. Noble, Le management des chefs de service dans le secteur social et médico-social (p. 229). Dunod.

incontournable. Cela rejoint la vision de Schön qui considère le professionnel, et notamment les enseignants, comme un “praticien réflexif”⁵⁰.

Dans notre étude, nous avons réalisé des entretiens avec plusieurs professionnels afin qu’ils nous expliquent leur travail. L’explication de leur travail et des situations de travail après qu’elles aient eu lieu s’inscrit dans une pratique réflexive, permise par nos entretiens semi-directifs, que nous détaillerons dans la partie méthodologie.

Le référentiel conçu à partir des entretiens est alors un **artefact** selon les termes de Rabardel: “la notion d'artefact désigne en anthropologie toute chose ayant subi une transformation, même minime, d'origine humaine [...] C'est donc le terme d'artefact que nous utiliserons désormais dans une optique de désignation “neutre” ne spécifiant pas un type de rapport particulier à l'objet. Cependant nous lui donnerons un contenu plus précis que celui de “chose ayant subi une transformation d'origine humaine. En effet, ce qui nous intéresse, c'est la chose susceptible d'un usage, élaborée pour s'inscrire dans des activités finalisées.”⁵¹

En d’autres termes, un artefact est une chose créée par l’homme qui lui donne une signification au cours d’une activité. L’artefact peut être immatériel ou matériel, comme dans notre cas, un référentiel de compétences. Les artefacts sont issus de l’activité et transformés par elle et ils influencent généralement les conditions de travail.

Ainsi, à l’issue des entretiens, le référentiel de compétences que nous avons élaboré est un artefact que l’on appelle “artefact n°0”. Dans le but de **faire évoluer cet artefact en un instrument**, il convient d’intégrer les autres parties prenantes de la formation au processus d’élaboration du référentiel de compétences.

.2.2 La genèse instrumentale par la confrontation aux différentes parties prenantes

Dans le souci de créer un outil qui soit au plus proche de l’activité des professionnels et qui réponde aux attentes des différentes parties prenantes, il est nécessaire de confronter la première version du référentiel, “artefact n°0”, à l’ensemble des acteurs concernés. Dans le cadre de la

⁵⁰ Donald Schön. (1994). Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l’agir professionnel. Montréal : Éditions Logiques.

⁵¹ Pierre Rabardel. (1995). Les hommes et les technologies; approche cognitive des instruments contemporains. Armand Colin.

conception continuée dans l'usage, cette confrontation permet de faire passer notre "artefact n°0" à "instrument n°0".

Selon Rabardel, "l'instrument est une entité mixte qui comprend d'une part, l'artefact matériel ou symbolique et d'autre part, les schèmes d'utilisation, les représentations qui font partie des compétences de l'utilisateur et sont nécessaires à l'utilisation de l'artefact. C'est cette entité mixte, qui tient à la fois du sujet et de l'objet qui constitue l'instrument véritable pour l'utilisateur. [...] L'instrument n'est donc pas « donné » mais doit être élaboré par le sujet. L'appropriation de l'instrument par les utilisateurs résulte d'un processus progressif de genèse instrumentale. [...] L'instrument constitué n'est pas éphémère, il a un caractère permanent et fait l'objet d'une conservation comme moyen disponible pour des actions futures, même si, bien entendu, il évoluera en relation avec les situations d'action auxquelles il sera associé par le sujet.⁵²" En d'autres termes, un instrument est un artefact qui subit l'action de l'Homme pour réaliser des tâches liées à son activité. Un artefact est devenu un instrument quand il a intégré les représentations du professionnel, la réalité du terrain, son activité et son environnement. Un instrument est lié à l'interaction de l'activité du professionnel et de l'objet à réaliser dans un ensemble représentant l'activité. Un instrument est ainsi le produit d'une histoire: l'instrument que l'apprenant X a construit, à partir d'un artefact Y, dans un environnement Z, pour réaliser une tâche T.

Le passage d'artefact à instrument est appelé **la genèse instrumentale**. La genèse instrumentale peut prendre deux directions différentes: **l'instrumentalisation** dirigée vers l'artefact et **l'instrumentation** relative au sujet lui-même.

.2.3 Les notions d'instrumentation et d'instrumentalisation

La genèse instrumentale, c'est à dire le passage d'artefact à instrument, se fait de deux façons différentes: **l'instrumentalisation** et **l'instrumentation**.

Rabardel décrit la genèse instrumentale ainsi: "les instruments sont considérés comme des entités mixtes, c'est-à-dire composés des schèmes d'utilisation du sujet et d'un artefact. [...] La constitution de ses instruments par le sujet relève d'un processus de genèse instrumentale qui concerne aussi bien l'artefact - instrumenta-lisation - que le sujet - instrumentation. [...] L'instrumentalisation est un processus de découverte des propriétés et d'attribution de nouvelles fonctions à l'artefact. [...]"

⁵² Pierre Rabardel. (1995). Qu'est-ce qu'un instrument ? Appropriation, conceptualisation, mises en situation. CNDP – DIE.

L'instrumentation concerne l'évolution des schèmes du sujet: accommodation des schèmes de l'opérateur - les schèmes changent de signification -, assimilation d'un nouvel artefact aux schèmes - l'artefact acquiert une nouvelle signification.⁵³

En d'autres termes, **l'instrumentalisation** tient compte du pouvoir d'agir du professionnel. C'est le résultat d'une évolution de l'artefact vers un instrument grâce à un ensemble de transformations qui prennent en compte la situation nouvelle ou en devenir ainsi que le contexte dans lequel se fait l'évolution de l'instrument. Il s'agit pour le professionnel de s'approprier l'instrument pour l'adapter à sa propre pratique.

A travers **l'instrumentation**, le professionnel peut être amené à apprendre et à faire évoluer sa pratique. L'enjeu de développement professionnel du référentiel de compétences s'exprime notamment par l'instrumentation.

L'explicitation du cadre théorique de la conception continuée dans l'usage est nécessaire car il permet de comprendre le cheminement que nous avons traversé pour l'élaboration de ce référentiel. Dans la partie méthodologie à suivre, nous détaillerons ce qui a été réalisé de manière concrète pour élaborer cet outil et la méthode que nous avons adoptée pour être au plus proche de la réalité des formés, en gardant à l'esprit les notions d'artefact, d'instrument et de genèse instrumentale.

⁵³ Ibid.

METHODOLOGIE

.1 Méthodes qualitatives

Le référentiel de compétences se veut être un outil qui part de l'activité des professionnels et qui est au plus proche de leurs préoccupations. Pour répondre aux mieux à cette exigence, nous avons utilisé des méthodes de recherche qualitatives qui vont nous permettre de partir réellement des apprenants grâce une analyse de l'activité.

.2 Notre échantillon d'enquête

.2.1 Les apprenants

Dans un premier temps, nous nous intéressons à l'activité des apprenants. Il s'agit de 12 professionnels qui ont suivi l'intégralité de la formation d'!Dsanté. Parmi ces douze professionnels, 3 d'entre eux sont des missionnaires catholiques, 2 sont des professeurs dans des collèges et les 7 autres sont des professionnels de la santé (agent de santé, infirmier, psychologue, orthophoniste ou encore kinésithérapeute). Parmi ces douze professionnels, 10 d'entre eux travaillent à Oiapoque et les deux autres travaillent à Saint-Georges. Toutefois, nous ne tenons pas compte de cette particularité dans notre analyse.

Nous avons choisi ces professionnels pour notre étude car ce sont ceux ayant été les plus actifs en éducation à la santé à l'issue de la formation, c'est à dire ceux ayant le plus participé aux différentes actions mis en œuvre conjointement. De ce fait, ces apprenants ont bénéficié d'un plus important accompagnement. Ils sont également plus volontaires pour participer à notre étude.

.2.2 Des acteurs du niveau institutionnel

A) Une responsable de la formation

La responsable de la formation est la personne en charge de déterminer l'organisation des modules, d'élaborer les thématiques en SSR ainsi que leurs objectifs respectifs. Il s'agit de la directrice de l'association !Dsanté qui est la responsable principale sur la formation et qui l'a coordonnée de manière générale.

B) Une formatrice-accompagnatrice

Noémie Delor, aujourd'hui chargée de projet L'école S'exprime, est intervenue au cours de la formation (en tant que stagiaire) puis a participé à la phase d'accompagnement des apprenants.

C) La coordinatrice du projet Oyapock Coopération Santé

La coordinatrice du projet OCS coordonne les relations entre les partenaires du projet. Elle accompagne l'association DPAC Fronteira (partenaire d'!Dsanté sur le projet OCS) dans un processus de professionnalisation. Enfin, elle participe à la planification des activités et à l'évaluation du volet formation du projet OCS, en lien avec le chargé de projet.

.3 Les outils de recueil de données

.3.1 Recension des référentiels existants et revue des documents internes

La conception continuée dans l'usage implique de débiter par ce qui existe déjà, je me suis ainsi appuyé sur les documents internes de l'association tels que le cahier des charges de la formation ou encore le déroulé andragogique de la formation. J'ai également réalisé une revue des référentiels de compétences existants dans le champ de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé. Ainsi, dans le cadre de notre étude, nous utilisons le "Référentiel de compétences en éducation pour la santé⁵⁴" créé en 2012 par l'INPES et le "Cadre de Référence sur les Compétences pour la Promotion de la Santé⁵⁵" du projet CompHP en 2011.

.3.2 L'observation: familiarisation avec le terrain

En début de stage, j'ai privilégié la méthode de l'observation au cours de mes premiers contacts avec les apprenants de la formation. Il s'agissait de réunions de préparation de futures actions d'éducation à la santé, réunissant divers professionnels ayant participé à la formation.

⁵⁴ Comité consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé. (2012). Référentiel de compétences en éducation pour la santé. INPES.

⁵⁵ Colette Dempsey, B. B.-K., & Margaret M. Barry. (2011). Cadre de référence sur les compétences pour la promotion de la santé. Projet CompHP.

A ce moment, je n'avais pas de grille d'observations mais simplement des prises de notes. Il s'agissait de me familiariser avec le terrain, c'est à dire de comprendre les enjeux de la réunion, les acteurs en présence, les interactions entre eux et la manière de s'organiser.

J'ai par ailleurs eu l'occasion d'observer quatre actions en éducation à la santé, menés dans deux collèges d'Oiapoque, impliquant différents professionnels ayant préalablement participé aux réunions.

Ces observations ne sont néanmoins pas suffisantes pour comprendre l'activité de ces professionnels et les entretiens sont donc apparus comme nécessaire à ma réflexion.

.3.3 Les entretiens semi-directifs avec les apprenants

Pour donner suite à la revue de littérature et à mes observations, j'ai réalisé des entretiens individuels de type semi-directifs afin de mieux comprendre l'activité des apprenants en situation de travail. Pour cela, j'ai réalisé deux guides d'entretien⁵⁶ (en français et en portugais) adaptés au niveau de littératie de chacun. L'objectif des entretiens est de comprendre ce que le professionnel fait dans une situation déterminée. Elle vise la verbalisation de l'activité, c'est à dire la succession des actions que l'individu met en œuvre pour effectuer une tâche. Cela suppose que l'interviewer soit en mesure de faire décrire et solliciter les descriptions, c'est à dire demander le détail des actions, leur enchaînement, leur succession. Les entretiens avec les apprenants visent donc une analyse de l'activité et permet de rendre compte de l'activité des apprenants en situation de travail afin d'appréhender les compétences qu'ils mobilisent.

Le guide d'entretien est divisé en quatre parties: les actions mises en place en éducation à la santé, les situations de travail, les éventuels freins/difficultés, l'accompagnement dans le cadre du projet. La partie qui traite des situations de travail est la plus longue car c'est celle qui vise à faire expliciter le plus possible le travail réalisé par le professionnel.

La sélection des apprenants pour la participation aux entretiens s'est faite sur la base du volontariat, en leur demandant leur accord préalable, par message WhatsApp. Puis nous nous rendions directement sur leur lieu de travail pour réaliser l'entretien afin de leur éviter un déplacement. La majorité des entretiens (10 entretiens sur les 12) ont été réalisés en portugais étant donné que le professionnel exerce son activité à Oiapoque (donc au Brésil). Ainsi, j'ai été aidé par deux stagiaires étudiants en licence 2 langues Etrangères Appliquées pour la traduction des guides d'entretien et la conduite des entretiens. Les entretiens avec les apprenants brésiliens ont été systématiquement réalisés en présence

⁵⁶ Guide d'entretien en français en annexe n°3

de ces deux stagiaires qui jouaient le rôle d'interprètes, c'est à dire qu'ils traduisaient les questions du français vers le portugais et reformulaient les réponses des interviewés du portugais vers le français.

.3.4 Des entretiens informels pour un premier retour

Dans le cadre de la conception continuée dans l'usage, il est nécessaire de confronter "l'artefact 0" à l'ensemble des parties prenantes de la formation. Cette première confrontation s'est faite de manière informelle avec deux personnes différentes, au niveau institutionnel: la responsable de la formation ainsi que la formatrice-accompagnatrice.

Les retours ont été retranscrits directement pendant l'entretien, sur un document texte au format numérique. Ces deux entretiens ont permis de faire évoluer la première version du référentiel vers un artefact dans sa version 1.

.3.5 Les questionnaires Google Forms

Suite à ce premier retour, nous souhaitons approfondir le processus d'instrumentation et d'instrumentalisation. Nous avons ainsi élaboré deux questionnaires⁵⁷ (en français et en portugais) destinés aux 12 apprenants ayant participé aux entretiens et un autre questionnaire destiné aux acteurs du niveau institutionnel: la coordinatrice du projet OCS et la formatrice-accompagnatrice (qui a déjà fait un retour sur l'artefact 0 par un entretien informel). Le questionnaire est envoyé à ces différentes personnes accompagné de la seconde version du référentiel de compétences, l'artefact 1.

L'objectif du questionnaire est de recueillir des avis sur la seconde version du référentiel afin de confirmer, améliorer, compléter le contenu du référentiel (tant au niveau du fond que de la forme) et d'aboutir à un document partagé. Il interroge la notion d'instrumentation et d'instrumentalisation, en lien avec notre cadre théorique. Ainsi, les questions concernent la pertinence du référentiel de compétences, sa cohérence avec la réalité du terrain (notion d'instrumentalisation), sa cohérence avec les objectifs de la formation, l'exactitude des compétences identifiées (notion d'instrumentation) et enfin les points forts et les points faibles du référentiel.

⁵⁷ Questionnaire destiné aux apprenants de la formation en annexe n°4

.4 Les temporalités

La formation, d'une durée de 2 semaines, a eu lieu entre le mois d'avril et le mois de mai 2018. A l'issue de la formation, le chargé de projet OCS a pour mission l'accompagnement des apprenants jusqu'à la fin du projet OCS, fin 2020.

Je suis arrivé au sein de l'association le 8 avril 2019, date à partir de laquelle a démarré la période d'observation. Durant un mois, j'ai principalement observé l'organisation des actions en éducation à la santé et le déroulement même de ces actions. Ce temps d'observation m'a permis de préparer des entretiens, qui ont eu lieu pour l'intégralité au cours du mois de mai.

L'analyse des entretiens et l'élaboration de la première version du référentiel se sont achevées à la fin du mois de juillet, après avoir eu l'occasion de m'impliquer davantage dans l'accompagnement des apprenants par la mise en place d'actions d'éducation à la santé. Dans la phase de confrontation de notre artefact, nous avons dans un premier temps confronté l'artefact dans sa version 0 avec 2 acteurs institutionnels, à travers un entretien informel. A l'issue de cette confrontation, nous avons modifié l'artefact 0 qui a évolué en artefact dans sa version 1. Cet artefact 1 a été rapidement envoyé aux 12 apprenants et à 2 responsables au niveau institutionnel, accompagné du questionnaire de confrontation leur étant destiné. La dernière version du référentiel a donc été proposée le 30 août 2019.

.5 L'analyse des données

.5.1 L'observation et les entretiens

Les observations sont les premiers points de repère qui nous permettent de comprendre la manière avec laquelle s'organisent les professionnels pour préparer une action en éducation à la santé. De la même manière, l'observation des actions dans le collège à Oiapoque nous permet d'identifier ce qui a fonctionné ou non au cours de la séance. Les observations sont un point de départ pour l'élaboration d'un guide d'entretien.

Les entretiens, qui rappelons-le, sont une analyse de l'activité des apprenants, sont analysés d'un point de vue qualitatif puis quantitatif. Après retranscription, traduction et lecture à deux reprises des entretiens, nous avons utilisé QDA Miner, un logiciel d'analyse qualitative pour faire une première analyse des entretiens. Le logiciel permet de classer des verbatim par catégories puis de créer des codes. Au total, nous avons sélectionné 202 verbatim à exploiter.

Dans notre analyse qualitative, nous analysons les tâches qui sont décrites par les apprenants dans une situation de travail. Il s'agit alors de réaliser une analyse descendante en identifiant les tâches réalisées par chacune des personnes interviewées et les classer par catégories. Nous avons utilisé 4 catégories dont trois sont inspirées de la méthode utilisée par Philippe Cury dans son travail de thèse⁵⁸. Ainsi, nous distinguons trois caractéristiques d'une tâche que sont:

- la finalité: quel est l'objectif poursuivi qui justifie l'action décrite?
- le but: qu'est-ce qui motive le professionnel à faire cette action?
- l'opération: comment le professionnel procède, de manière concrète?

Une dernière catégorie vient compléter les trois caractéristiques de la tâche:

- outils et techniques d'animation: les outils ou les techniques d'animations utilisées pour faire passer un message au public.

Le choix des cas 4 catégories s'expliquent du fait qu'elles nous permettent par la suite d'identifier plus facilement les informations nécessaires à la construction de notre guide: les facteurs qui sous-tendent leur activité, les compétences, les techniques d'animations les plus utilisés.

Chacune de ces 4 catégories sont ensuite divisées en codes. Concernant le but, les composantes distinguées sont inspirées de ceux utilisés dans l'étude réalisée par Didier Jourdan⁵⁹. Concernant la finalité et l'opération, les codes que nous avons utilisés sont inspirés du référentiel de compétences de l'INPES⁶⁰. Les codes utilisés seront visibles dans la partie "Résultats".

Ensuite, nous analysons ces codes de manière quantitative avec le logiciel Excel. Pour cela, nous avons croisé les différentes variables (métier, catégories, codes) pour définir des occurrences, des moyennes et des pourcentages relatives aux verbatim qui ont été codées.

L'analyse qualitative et quantitative nous permet de construire un artefact n°0.

⁵⁸ Philippe Cury. (2017). Parcours de formation initiale en éducation à la santé et développement professionnel des enseignants débutants : études transversales et suivi longitudinal d'une cohorte.

⁵⁹ Didier Jourdan, et al. (2002). Education à la santé à l'école: pratique et représentations des enseignants du primaire. Société Française de Santé Publique.

⁶⁰ Comité consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé. (2012). Référentiel de compétences en éducation pour la santé. INPES.

.5.2 Les entretiens informels et les questionnaires Google forms

Les 2 entretiens que nous avons menés présentent l'avantage de faire évoluer l'artefact 0 relativement rapidement. En effet, il n'y a pas d'analyse de réponses à faire puisque les retours sont directement retranscrits et discutés au cours de l'entretien. Suite aux premières modifications, la seconde version du référentiel est envoyée aux apprenants et à deux autres acteurs institutionnels, accompagné d'un questionnaire Google forms. Les questionnaire Google forms présente l'avantage d'être plutôt simple d'utilisation et facilite l'analyse des réponses. Toutes les réponses sont regroupées ensembles et sont présentées sous forme de graphique directement exploitables. Les réponses aux questionnaires nous ont permis de faire évoluer la première version du référentiel en tenant compte des remarques. C'est notamment les questions ouvertes qui nous ont permis d'identifier les points à améliorer.

.6 Questions éthiques

Au cours de notre enquête, nous avons abordé des sujets qui ont parfois mis mal à l'aise les apprenants, plus particulièrement au cours des entretiens individuels sur la question des difficultés rencontrées dans la mise en place d'action en éducation à la santé. Il nous semble nécessaire de préserver l'anonymat des professionnels interviewés en ne citant pas leur nom dans le référentiel de compétences, ni-même dans la présentation des résultats.

RESULTATS

Dans cette partie, nous présentons les résultats de notre enquête à la lumière du cadre théorique de la conception continuée dans l'usage.

Nous présenterons d'abord l'artefact 0 issue des observations et des entretiens. Nous exposerons ensuite l'artefact 1 après le processus de genèse instrumentale lié aux entretiens informels avec deux acteurs institutionnels. Enfin, nous proposerons un artefact 2 construit après la diffusion du questionnaire Google forms.

.1 Elaboration de l'artefact à partir de l'analyse de l'activité des professionnels

L'analyse des entretiens semi-directifs menés avec 12 apprenants de la formation nous permet de mieux comprendre l'activité des professionnels et les actions réalisées. Comme nous l'avons vu dans la méthodologie, les verbatim sont classés dans quatre catégories. Trois catégories correspondent à une des caractéristiques de la tâche que sont: la finalité, le but, l'opération, les outils et techniques d'animation. La quatrième catégorie concerne les outils et les techniques d'animation.



Figure 1 Ensemble des verbatim divisées en 4 catégories

On remarque que la répartition entre les catégories est assez équilibrée bien que les verbatims qui décrivent les opérations restent plus nombreuses. L'objectif étant de faire expliciter le plus possible le travail réalisé, il est normal de voir un temps de parole consacré à la description des situations de travail plus important.

.2 L'identification des compétences par la description des situations de travail

La catégorie "opérations" renvoie à la description des situations de travail. Elle représente 38,1% des verbatim totale (77 verbatim) et presque la totalité des professionnels interviewés en ont parlé au moins une fois au cours de leur entretien (100% des enseignants et des missionnaires et 86% des professionnels de santé). Il s'agit donc d'une catégorie importante à analyser, d'autant plus qu'elle constitue notre point de départ pour l'identification des compétences. Le graphique suivant représente la répartition des compétences sur l'ensemble des verbatim décrivant les actions réalisées en situation de travail:

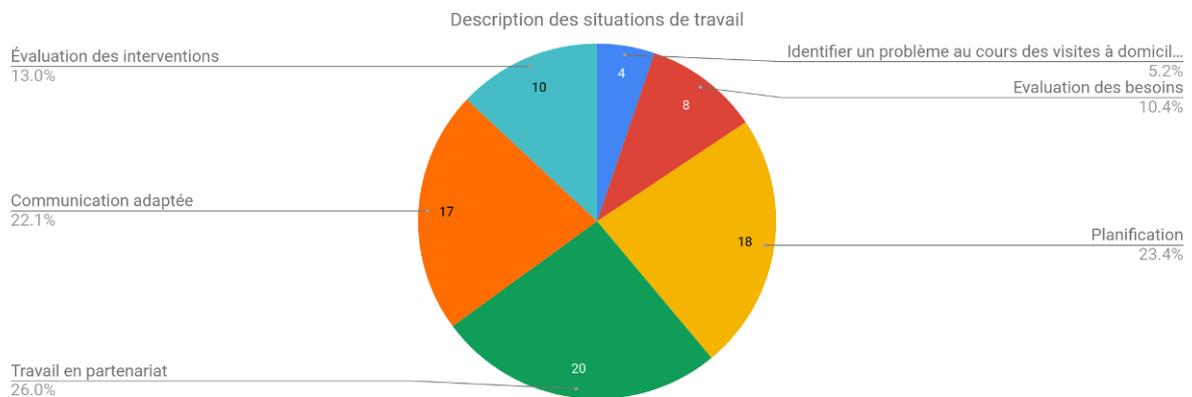


Figure 2 Description des situations de travail

Il est également intéressant de constater que les compétences que nous avons identifiées ne sont pas mobilisées de manière égale entre les professionnels, comme le montre le tableau suivant:

	Identifier un problème au cours des visites à domicile et orienter	Evaluation des besoins	Planification	Travail en partenariat	Communication adaptée	Évaluer la qualité des interventions
Missionnaire	67%	33%	67%	100%	100%	33%
Professionnel de santé	14%	43%	57%	71%	43%	43%
Enseignants	0%	50%	50%	100%	50%	50%

Tableau 1 Les situations de travail en fonction du métier

.3 La planification, le travail en partenariat et une communication adaptée parmi les compétences les plus citées

Le travail en partenariat est évoqué à 20 reprises au cours des entretiens par 10 professionnels différents. Presque tous les professionnels interrogés affirment travailler en partenariat, qu'ils décrivent avec les termes suivants: "j'identifie et je transfère", "on fait de l'orientation", "avec les personnes au sein de l'établissement mais aussi en dehors", "on a besoin de quelques soutiens", etc.

Il ressort principalement que le travail en partenariat consiste à:

- préparer une action en collaboration avec des professionnels issus de diverses disciplines et de secrétariats différents (CRAS, SEMED, NASF...);
- mobiliser une équipe multidisciplinaire sur une action en santé;
- travailler avec des intervenants extérieurs.

La planification des actions est évoquée à 18 reprises par 7 professionnels différents. La planification concerne la phase de préparation, en amont d'actions de prévention ou d'éducation à la santé, comme celles auxquelles j'ai assisté au cours de mes observations. A partir des entretiens, nous pouvons résumer la planification en plusieurs étapes:

- planifier et prioriser régulièrement les actions à mettre en œuvre à l'aide d'un planning;
- réunir l'ensemble des parties prenantes (les structures institutionnelles ainsi que les professionnels de terrain) et définir les thématiques à aborder et les répartir entre les professionnels en fonction des affinités (le professionnel doit se sentir à l'aise avec le sujet);
- identifier et tirer profit des connaissances et des compétences personnelles des intervenants (cuisine, arts, etc.).

Enfin, parmi les actions les plus régulièrement citées, on trouve la communication adaptée, citée 17 fois par 7 apprenants différents. Dans une situation de travail en contact avec le public (en individuel ou en groupe), les professionnels adoptent une posture qui favorise la parole du public. Il s'agit notamment de:

- donner la possibilité au public de choisir les sujets à discuter;
- aborder des sujets qui concernent le public auquel on s'adresse;
- adapter le vocabulaire et le niveau de connaissances en fonction de l'âge du public et de la population concernée.

.4 L'utilisation des outils et des techniques d'animation, une pratique généralisée

Lorsque les professionnels sont interrogés sur les ressources dont ils disposent pour animer une séance d'éducation à la santé face à un groupe, ils font référence à des outils ou des techniques d'animation, que nous détaillons dans le graphique suivant.

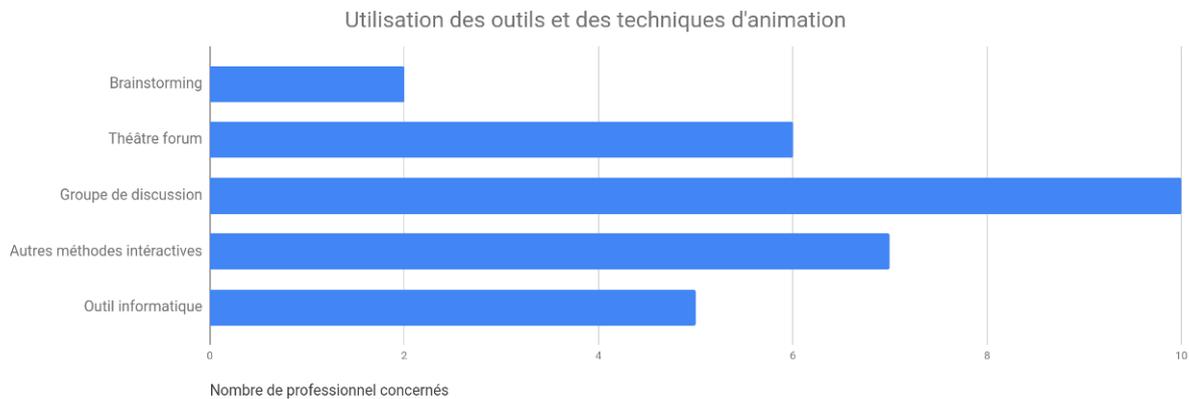


Figure 3 Utilisation des outils et des techniques d'animation

La diffusion des informations par l'utilisation d'outils ou de techniques spécifiques permet de "transmettre les informations et les connaissances de manière claire et simplifiée" et "favoriser la participation". Le code "méthodes interactives d'une manière générale" désigne des outils et des techniques qui favorisent l'interaction mais qui ne sont pas nommés explicitement. Parfois, il s'agit d'outils que les professionnels ont créés eux-mêmes ou adaptés depuis un outil existant. Il est également intéressant de voir la proportion d'utilisation de ces méthodes en fonction des métiers considérés.

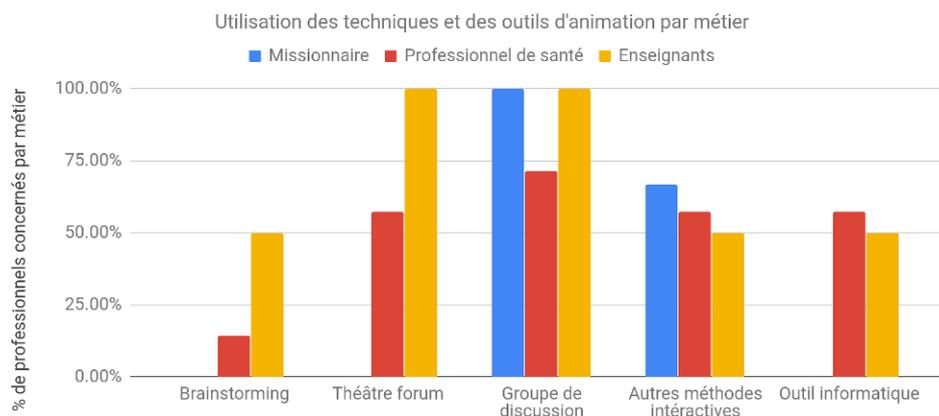


Figure 4 Utilisation des techniques et des outils d'animation par métier

On constate que toutes les catégories de métiers tendent à utiliser les groupes de discussion ou en tout cas des méthodes interactives pour animer des séances en éducation à la santé. En revanche, les missionnaires ne mobilisent pas les mêmes outils que les autres professionnels notamment car ils tendent à élaborer leurs propres outils

Ces résultats montrent que les enseignants et les professionnels de santé se sont davantage emparés des outils présentés au cours de la formation comme le brainstorming ou le théâtre forum. Il semble important de noter que la quasi-totalité des apprenants (100% des missionnaires et des enseignants et 86% des professionnels de santé) utilisent des méthodes qui visent à favoriser les interactions avec le public.

.5 D'autres compétences, citées moins souvent

Les entretiens ont permis d'identifier 3 autres compétences liées à des tâches qui ont été évoquées de manière plus occasionnelle. Parmi ces compétences, on trouve l'identification des besoins au cours d'une visite à domicile qui est une compétence spécifique à certains métiers, notamment les "agents de santé UBS" et les "missionnaires". Cela implique de savoir repérer une situation problématique éventuellement dissimulée, rédiger un rapport et orienter vers le professionnel de santé concerné.

L'évaluation des besoins (évoqué par 5 professionnels différents) se rapproche des compétences en "communication adaptée" citées précédemment dans le sens où l'on favorise une relation horizontale entre le professionnel et le public plutôt qu'une démarche descendante. Dans une situation de travail avec le public, l'évaluation des besoins consiste à "interroger les représentations" des participants en début d'animation, "évaluer les besoins et les attentes" des participants ainsi que "questionner les doutes" en fin de séance pour préparer la suivante.

L'évaluation de la qualité des interventions a été évoquée par 5 professionnels différents mais reste une pratique réalisée de manière plutôt informelle. Selon les apprenants qui en ont parlé, l'évaluation permet de "vérifier la clarté des informations transmises et leur bonne compréhension" par "discussion en fin de séance", "en posant des questions", "par un questionnaire" ou encore à travers "les feed-back des professeurs et des directeurs d'école".

A l'issue de l'analyse des entretiens, nous avons identifié sept compétences qui vont figurer dans le référentiel de compétences. Un autre point de notre enquête a été d'identifier les motivations des apprenants mais également les difficultés.

.6 Les verbatim “but” ou les facteurs qui sous-tendent l’activité des apprenants

Au cours des entretiens, nous nous sommes également intéressés aux motivations des apprenants à intervenir en éducation à la santé, en les questionnant sur les raisons qui les ont motivées à participer à la formation. Aussi, lorsqu’ils décrivent les situations de travail, les professionnels précisent parfois spontanément ce qui les a motivés à agir.

.6.1 La motivation est personnelle, liée au contexte ou encore institutionnelle

Dans le but de faire un référentiel de compétences qui tiennent compte des attentes des apprenants, il est important de connaître les leviers et les freins des apprenants ce qui peut permettre de situer les obstacles à leur implication dans des projets de prévention et ainsi de proposer des moyens de dépasser ces obstacles.

Le graphique suivant montre la répartition des composantes de la motivation sur l’ensemble des 27 verbatim qui évoquent la motivation.



Figure 5 Les composantes de la motivation

Lorsque les professionnels parlent des facteurs qui motivent leur activité en éducation à la santé, on trouve en premier lieu des facteurs personnels (51,9% des verbatim). Les deux autres facteurs qui sous-tendent l’activité sont les éléments du contexte et des besoins institutionnels. Toutefois, on constate que ces buts varient sensiblement en fonction des professionnels.

.6.2 Les buts diffèrent en fonction des professionnels...

Nous avons vu que les apprenants d'une formation pour adultes viennent avec leurs propres attentes vis à vis de la formation et également des motivations qui leur sont propres.

Le graphique suivant rend compte des facteurs de motivations en fonction des professionnels considérés:

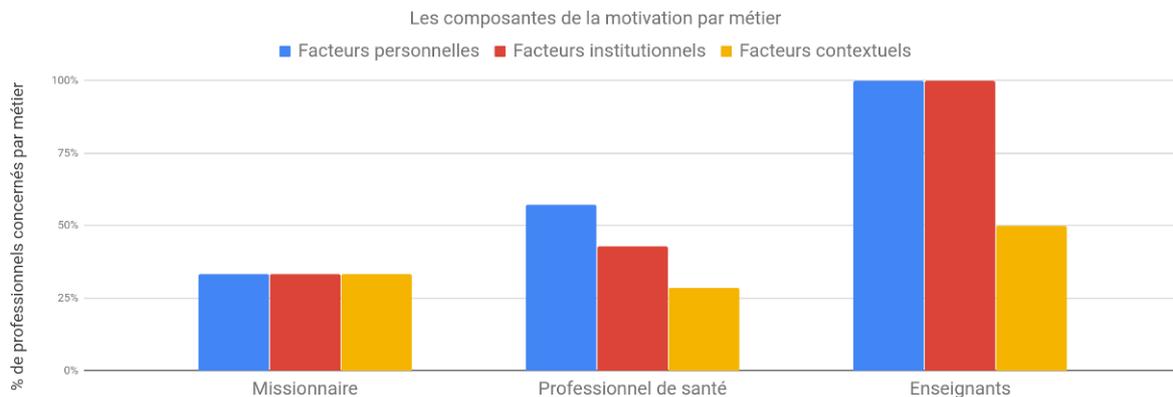


Figure 6 Les composantes de la motivation par métier

Lorsque nous avons questionné les apprenants sur ce point, on s'est rendu compte que la motivation personnelle demeure la première motivation pour l'ensemble des apprenants.

Les enseignants décrivent leur motivation par le souhait de "devenir un meilleur médiateur" ou encore par une "sensibilité à aborder certains sujets en particulier".

Une missionnaire explique son implication par la volonté de "se donner à la cause, en faveur des autres". Tandis que les professionnels de santé mettent en avant "la responsabilité du professionnel de santé à aborder un éventail de thématiques" ou encore de "faire bouger les choses".

Les facteurs institutionnels sont les deuxièmes facteurs les plus cités et renvoie à une motivation externe au professionnel tel que "le projet Politique Pédagogique qui oriente les priorités du plan d'action" dans les établissements scolaires d'Oiapoque. Une missionnaire précise qu'elles reçoivent parfois des "demandes de certains établissements scolaires. Les professionnels de santé sont parfois "sollicités par une Unidade Básica de Saúde pour intervenir dans un établissement scolaire" ou considèrent que "l'éducation à la santé est une facette du travail".

Enfin, les facteurs contextuels sont parmi les facteurs les moins évoqués par les apprenants. Un enseignant souligne néanmoins qu'il met en place des séances qui permettent "d'aborder des problématiques qui touchent directement les élèves à l'école" comme les "grossesses ou le

harcèlement” ou encore qui les touchent “à la maison ou dans la rue” notamment les “violences” ou les situations de “familles recomposées”. Les missionnaires définissent les thématiques abordées en fonction “des besoins observés au cours des visites ou sur les “news du journal régional”.

Les professionnels de santé peuvent recevoir une “demande de l’infirmière scolaire pour aborder des sujets qui ne sont habituellement pas discutés”.

Comme les moteurs ne sont pas les mêmes entre les professionnels et que l’on observe des différences entre les métiers, nous allons nous intéresser aux finalités du travail en éducation à la santé.

.6.3 ... car les finalités ne sont pas les mêmes

Sur le total des 202 verbatim analysées, 42 d’entre elles (soit 20,8%) font référence aux finalités du travail. Les trois catégories de professionnels que nous avons rencontrées ne sont pas animées par les mêmes finalités. Autrement dit, ils ne visent pas les mêmes objectifs dans leur travail en éducation à la santé.

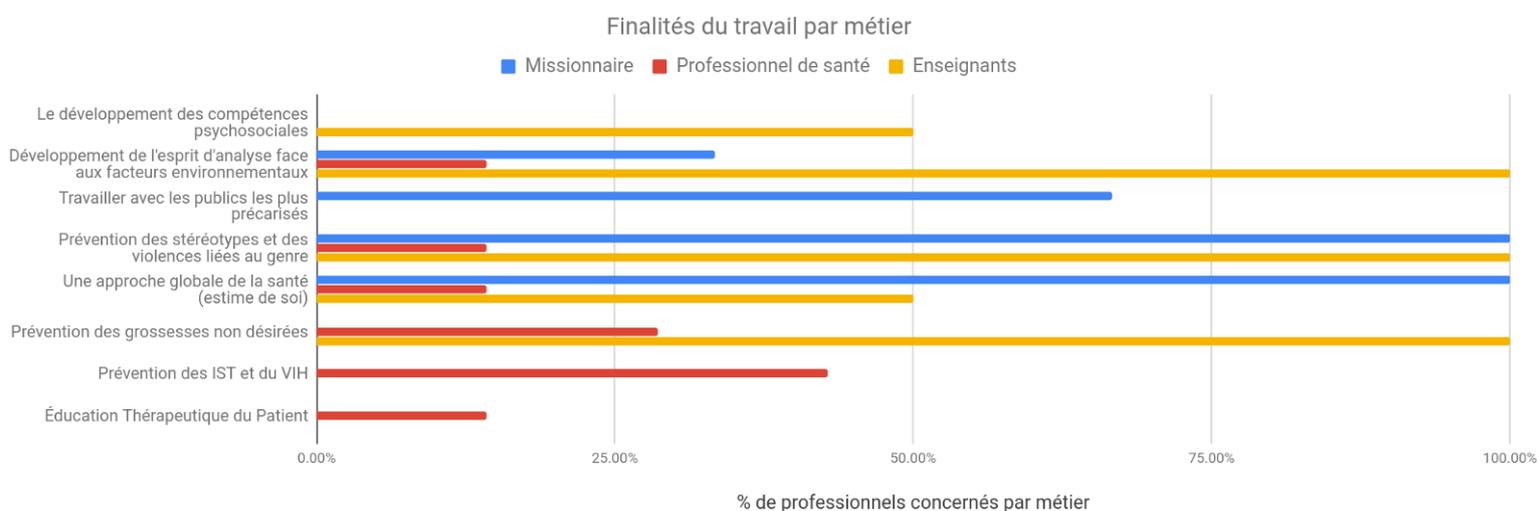


Figure 7 Finalités du travail par métier

Le graphique permet d’identifier les finalités du travail en éducation à la santé pour chacun des métiers. On peut ainsi voir que certains objectifs sont propres à une catégorie de professionnels en particulier, c’est le cas de “la prévention des IST et du VIH” et “l’Éducation Thérapeutique du Patient” (ETP) chez les professionnels de santé, le “travail avec les plus précarisés” chez les missionnaires ou encore “le développement des compétences psychosociales” chez les enseignants. Les autres finalités sont communes à tous les professionnels bien que certains restent davantage concernés que d’autres.

De manière plus détaillée, les finalités du travail évoquées par les professionnels de santé sont:

- la prévention des violences liées au genre: “travailler la question des violences domestiques et des abus sexuels”, “la question du suicide” ;
- avoir une approche globale de la santé, c’est à dire aborder la santé sans focaliser sur une thématique particulière ;
- la prévention des grossesses non désirées: “amélioration du niveau de connaissances sur les moyens de contraception”, “savoir à qui s’adresser pour obtenir un contraceptif”, “prévenir les IST et le VIH” ;
- la prévention combinée: “promouvoir l’utilisation des préservatifs et le recours au dépistage”, encourager “l’observance des soins (PrEP, TPE, TASP) avec l’ETP”;
- l’autonomisation des personnes par l'ETP: rendre le malade “acteur de sa maladie” afin qu’il prenne en charge sa maladie, “permettre au malade de comprendre sa maladie et l’accepter”.

Chez les missionnaires, les finalités évoquées sont:

- la prévention des violences sexuelles et sexistes: “prévenir et dénoncer les abus sexuels”, “conscientiser, prévenir et dénoncer les trafics humains” ;
- l’autonomisation des personnes: “faire prendre conscience aux personnes de leur capacité à agir”, orienter les personnes pour “savoir où chercher de l’aide”, travailler sur le “renforcement de l’estime de soi” ;
- travailler avec des publics précarisés et notamment avec “les enfants et femmes sans abris”.

Enfin, pour les enseignants, les finalités concernent plus particulièrement:

- le développement des compétences psychosociales: “observer les changements du corps et accueillir le regard des autres”, “interroger les relations filles/garçons”, “développer un esprit critique vis à vis de certaines croyances et préjugés” et savoir “exprimer son opinion”;
- le développement de l'esprit d'analyse afin de “faire face aux situations problématiques de l’école”, et les “situations problématiques en dehors de l’école” et “apprendre à gérer un conflit”.

Pour résumer, l’analyse des entretiens a permis de faire expliciter le travail réalisé en éducation à la santé par les apprenants, c’est à dire les objectifs du travail (finalités), la manière de faire (opérations), leurs motivations (buts) ainsi que les outils et les techniques d’animation utilisées. Cette analyse de l’activité nous a permis d’élaborer la première version du référentiel, l’artefact 0.

.6.4 Présentation de l'artefact 0 à partir de l'analyse de l'activité

La première page présente brièvement le contexte d'élaboration du référentiel, les professionnels auxquels est destiné le référentiel et les objectifs de ce dernier. Le but étant que les apprenants puissent se sentir concernés par ce guide dès la lecture de la première page.

Ensuite, le référentiel se divise pour chacun des métiers pour aborder plusieurs items qui visent l'instrumentation, c'est à dire l'évolution de la pratique des formés:

- **les objectifs** de l'éducation à la santé: afin que l'ensemble des professionnels puisse identifier les différents acteurs qui agissent en éducation à la santé et leurs objectifs;
- **les outils et les techniques d'animation**: pour que chaque professionnel puisse se situer dans sa propre pratique et éventuellement la faire évoluer en y intégrant de nouvelles techniques d'animation;
- **les compétences mobilisées**: pour que chaque professionnel puisse se situer et identifier des compétences qu'il maîtrise et d'autres qui sont à acquérir, mais également être en mesure de valoriser ses propres compétences qui n'étaient jusqu'alors pas formalisées;
- **les motivations à intervenir en éducation à la santé et les éventuels freins**: là encore, il s'agit d'identifier des motivations ou des freins qui font partie du travail des formés mais qu'ils n'ont pas nécessairement formalisés par le passé, ce qui permet de prendre du recul sur sa pratique et éventuellement se rassurer (lorsque différents professionnels rencontrent les mêmes difficultés).

Rappelons que l'objectif du référentiel est double puisqu'il doit également bénéficier à l'association !Dsanté. En effet, chacune des parties présentes qui constituent ce référentiel, participe à mieux connaître les formés (les leviers, les freins), les objectifs de leur travail (finalités) et leur manière de travailler (les outils, techniques d'animation et les compétences mobilisées). Le référentiel permet ainsi au chargé de projet, responsable de l'accompagnement des formés, de faire évoluer sa propre pratique vers une plus grande prise en compte des attentes et des besoins des professionnels qu'il accompagne.

Les pages 46 à 54 présentent l'artefact dans sa version 0.

Référentiel de compétences en éducation à la santé dans la région de l'Oyapock

Quels sont les professionnels concernés?

Le présent référentiel de compétences a été réalisé pour être au plus proche de la réalité de terrain des professionnels qui agissent en éducation à la santé. Pour cela, il a été produit suite à des entretiens avec 13 professionnels (issus de la santé, de l'éducation, ou du champ religieux) dans la région de l'Oyapock. Les entretiens visaient à faire s'exprimer ces professionnels sur leur travail en éducation à la santé de manière à comprendre les **motivations des professionnels, les objectifs de leur travail** et les **moyens d'atteindre les objectifs**. De ce fait, il ne s'agit pas d'une liste exhaustive de compétences mais plutôt d'un compte-rendu du travail réalisé par divers professionnels de la région.

Le référentiel identifie le travail et les compétences communes à l'ensemble des professionnels lorsqu'ils interviennent en éducation pour la santé, en relation directe avec le public.

Ces interventions se déroulent dans des contextes et des conditions très diverses (établissements scolaires, établissements de santé ou médico-sociaux, au domicile des habitants). De ce fait, il décrit le travail et les compétences d'éducation pour la santé des professionnels de terrain, dans le cadre d'une relation individualisée ou dans le cadre de l'animation d'actions collectives. Il n'analyse donc pas l'activités des professionnels en situation d'encadrement ou de coordination d'équipes.

Un référentiel de compétences, pourquoi?

- Réaliser une auto-évaluation de ses compétences
- Evaluer les compétences à acquérir ou développer
- Identifier un réseau de professionnels ayant une activité complémentaire
- Comprendre le travail d'autres professionnels appartenant ou non au même métier

L'éducation à la santé chez les enseignants, c'est quoi?

Le développement des compétences psychosociales
<ul style="list-style-type: none">• Observer les changements du corps et accueillir le regard des autres• Interroger les relations filles/garçons• Développer un esprit critique vis à vis de certaines croyances et préjugés• Exprimer son opinion
Développement de l'esprit d'analyse face aux facteurs environnementaux
<ul style="list-style-type: none">• Faire face aux situations problématiques de l'école (bullying, racket, exclusion...)• Faire face aux situations problématiques en dehors de l'école (au sein de la famille, dans la rue)• Apprendre à gérer un conflit

Quels outils et techniques d'animation dans les établissements scolaires?

BATE PAPO (GROUPE DE DISCUSSION)

FAIRE SE RENCONTRER ET FAIRE TRAVAILLER
ENSEMBLE DES ÉLÈVES D'ORIGINES
DIFFÉRENTES

THÉÂTRE FORUM

BRAINSTORMING

Quelles compétences?

COMMUNICATION

- Aborder des sujets qui concernent les élèves et les touchent
- Donner la possibilité aux élèves de choisir les sujets à discuter
- Écouter les élèves raconter leur vécu et en discuter

TRAVAIL EN PARTENARIAT

- Intégrer les autres membres de l'équipe pédagogique dans l'organisation (infirmière scolaire, professeurs, directeur)
- Travailler avec des intervenants extérieurs

Les motivations à intervenir en éducation à la santé

FACTEURS PERSONNELS

- Devenir un meilleur “médiateur” grâce à la maîtrise de plusieurs sujets liés à la santé
- Sensibilité “culturelle” à aborder certains sujets en particulier

FACTEURS INSTITUTIONNELS

- Le projet Politique Pédagogique, sur deux ans, oriente les priorités du plan d’action dans les établissements scolaires d’Oiapoque

FACTEURS LIÉS AU CONTEXTE

- Le Conseiller Principal d’Éducation peut faire des demandes selon les problèmes qu’il identifie
- Aborder des problématiques qui touchent directement les élèves à l’école (grossesses, bullying, etc.)
- Aborder des problématiques qui touchent directement les élèves à la maison ou dans la rue (violences, familles recomposées, etc.)

L'éducation à la santé chez les missionnaires, c'est quoi?

Prévention des violences sexuelles et sexistes
<ul style="list-style-type: none">• Prévenir et dénoncer les abus sexuels• Conscientiser, prévenir et dénoncer les trafics humains
Autonomisation et empowerment des personnes
<ul style="list-style-type: none">• Faire prendre consciences aux personnes de leur capacité à agir• Orienter les personnes pour savoir où chercher de l'aide• Travailler sur le renforcement de l'estime de soi
Réduire les inégalités sociales de santé
<ul style="list-style-type: none">• Travailler avec les enfants et femmes sans abris

Quelles actions?

VISITE DANS LES QUARTIERS VULNÉRABLES ET
PORTE À PORTE DIRECTEMENT CHEZ LES
PERSONNES

GROUPE DE DISCUSSION DANS LES
ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES

METTRE EN PLACE DIFFÉRENTES TECHNIQUES
D'ANIMATION

CRÉATION D'UN MAGAZINE PAPIER VISANT LA
DIFFUSION D'INFORMATIONS

Quelles compétences?

PLANIFICATION

- En début de mois, planifier et prioriser les visites dans les quartiers
- Savoir repérer les besoins des populations au cours des visites

TRAVAIL EN PARTENARIAT

- Avec les structures sociale et de santé
- Préparer les interventions dans les établissements scolaires avec des professionnels de santé

COMMUNICATION

- Créer des outils d'animation adaptés aux différents publics
- Adapter les propos à chaque public

IDENTIFICATION DES ATOUS

- Mobiliser et tirer profit des compétences personnelles des intervenants (cuisine, arts, etc.)

Un frein à l'activité

- Travail en partenariat parfois difficile dû à la réticence de certaines institutions en raison du caractère religieux

Les motivations à intervenir en éducation à la santé

FACTEURS PERSONNELS

Se donner à la cause, en faveur des autres

FACTEURS INSTITUTIONNELS

Demande de certains établissements scolaires

FACTEURS LIÉS AU CONTEXTE

Les thématiques abordées dépendent des besoins observés (au cours des visites ou sur les "news" du journal régional)

L'éducation à la santé chez les professionnels de santé, c'est quoi?

Prévention des violences liées au genre
<ul style="list-style-type: none"> ● Travailler la question des violences domestiques et des abus sexuels ● Travailler la question du suicide
Une approche globale de la santé
<ul style="list-style-type: none"> ● Aborder la santé sans focaliser sur une thématique particulière ● Aborder la santé de manière globale et expliquer les liens qui existent entre les santés (physiologique, mental et social)
Prévention des grossesses non désirées
<ul style="list-style-type: none"> ● Amélioration du niveau de connaissances sur les moyens de contraception ● Savoir à qui s'adresser pour obtenir un contraceptif
Prévention des Infections Sexuellement Transmissibles et du VIH
<ul style="list-style-type: none"> ● Prévention combinée <ul style="list-style-type: none"> ○ utilisation des préservatifs ○ promotion du dépistage ○ observance des soins (PrEP, TPE, TASP) avec l'ETP
Autonomisation des personnes par l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)
<ul style="list-style-type: none"> ● Rendre le malade "acteur de sa maladie" afin qu'il prenne en charge sa maladie ● Permettre au malade de comprendre sa maladie et l'accepter

Quelles actions?

ATELIERS AU SEIN DES STRUCTURES DE SANTÉ

ACTION EN ÉDUCATION À LA SANTÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES

VISITES À DOMICILE POUR REPÉRER LES SITUATIONS NÉCESSITANT UN RECOURS MÉDICAL

ACTIONS DE PRÉVENTION HORS LES MURS, AU CONTACT DES POPULATIONS (ACTIONS DE DÉPISTAGE PAR TROD, SIDACTION, JOURNÉE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA, ETC.)

Quels techniques d'animation de groupe?

BRAINSTORMING POUR FAIRE ÉMERGER LES REPRÉSENTATIONS

ANIMATIONS FAVORISANT L'INTERACTION (THÉÂTRE FORUM OU CERCLES DE DISCUSSION)

ATELIERS CRÉATIFS (DESSIN, MUSIQUE) POUR TRANSMETTRE LES INFORMATIONS

PROPOSER DES ATELIERS EN GROUPE, PAR TRANCHE D'ÂGE, PLUTÔT QU'EN INDIVIDUEL

Quelles compétences?

SAVOIR IDENTIFIER UN PROBLÈME AU COURS DES VISITES À DOMICILE ET ORIENTER

- Savoir repérer une situation problématique éventuellement dissimulée
- Orienter vers le professionnel adéquat
- Rédiger un rapport au professionnel de santé concerné

PLANIFICATION DE SÉANCES DANS LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES

- Réunir l'ensemble des parties prenantes (les structures institutionnelles ainsi que les professionnels de terrain)
- Définir les thématiques à aborder et les répartir entre les professionnels en fonction des affinités (le professionnel doit se sentir à l'aise avec le sujet)

PLANIFICATION D'ATELIERS AU SEIN DES STRUCTURES DE SANTÉ

- Définir un planning des activités
- Inviter les personnes à participer

TRAVAIL EN PARTENARIAT

- Préparer une action en collaboration avec des professionnels issus de diverses disciplines et de secrétariats différents (CRAS, SEMED, NASF...)
- Mobiliser une équipe multidisciplinaire sur une action en santé

EVALUATION DES BESOINS

- Identifier les besoins grâce aux
- Interroger les représentations des participants en début d'animation (brainstorming)
- Evaluer les besoins et les attentes des participants (questionnaire, sondage)
- Questionner les doutes en fin de séances pour préparer la suivante (s'il s'agit de séances avec un suivi)

COMMUNICATION

- Adapter les sujets abordés et le niveau de connaissances en fonction de l'âge du public et de la population concernée
- Adapter les outils et techniques d'animation au public et aux thématiques abordées
- Privilégier des techniques d'animation interactives, favorisant la participation
- Utiliser les nouvelles technologies (ordinateur, vidéoprojecteur, slides) pour animer un atelier

DIFFUSION DES INFORMATIONS

- Passer l'information et les connaissances de manière claire et simplifiée
- Création d'outils de communication adaptés au public cible

IDENTIFICATION DES ATOUTS

- Mobiliser les connaissances et les compétences personnelles des professionnels

ÉVALUER LA QUALITÉ DES INTERVENTIONS

- Vérifier la clarté des informations transmises et leur bonne compréhension (par une discussion en fin de séance, en posant des questions, par un questionnaire)
- A travers les feedbacks des professeurs et des directeurs d'école

Des freins à l'activité

- Manque de matériel (parfois même du matériel de santé basique)
- Manque de personnel donc peu d'ateliers individuels
- Certains traitements préventifs (PrEP) ne sont pas disponibles
- Problèmes de papiers d'identité et de couverture sociale

Les motivations à intervenir en éducation à la santé

MOTIVATIONS PERSONNELLES

- La capacité à aborder un "éventail" de thématiques relève de la responsabilité du professionnel de santé
- Faire "bouger les choses" par l'implication de chaque professionnel de santé

FACTEURS INSTITUTIONNELS

- Sollicitation d'une Unidade Básica de Saúde pour intervenir dans un établissement scolaire
- L'éducation à la santé est une facette du travail

FACTEURS LIÉS AU CONTEXTE

- Demande de l'infirmière scolaire pour aborder des sujets qui ne sont habituellement pas discutés
- En atelier de groupe, les thématiques abordées sont directement liées aux doutes et besoins des participants

.7 La genèse instrumentale par la confrontation aux acteurs institutionnels par un entretien informel

Dans cette partie, nous présentons le processus d'instrumentation et d'instrumentalisation issu de la confrontation de l'artefact 0 auprès de deux acteurs institutionnels, dans le cadre d'une discussion informelle. Les remarques ont porté presque exclusivement sur la forme plutôt que le fond.

.7.1 Synthèse des retours

Les remarques ont été consignées sur un document texte au format numérique que nous présentons ici, sous forme de liste:

- "adapter le niveau de littératie pour rendre le référentiel accessible à tous": à l'issue de cette remarque, nous avons effectivement apporté des modifications en utilisant un vocabulaire plus accessible et en explicitant davantage l'intérêt de chacun des items abordés dans le référentiel;
- faire "une page de couverture" avec le logo de l'association !Dsanté et la date de l'enquête ;
- prévoir "une page de définition pour une base commune": des notions abordées au cours de la formation sont alors rappelées par des définitions (qu'est-ce que la SSR, l'éducation à la santé, la prévention, etc.);
- faire "un mode d'emploi" d'utilisation du référentiel ;
- présenter "des compétences communes à tous les métiers": dans sa première version, le référentiel présentait les compétences en distinguant chaque catégorie de métier, ce que nous avons modifié afin de faire un tableau de compétences partagées ;
- "laisser la possibilité aux stagiaires de compléter, d'ajouter des éléments": nous avons donc ajouter des cases vides en laissant un espace avec des pointillés pour chaque item élaboré à partir des entretiens avec les apprenants.

.7.2 Présentation de l'artefact 1 après confrontation avec les acteurs institutionnels

Dans le processus de genèse instrumentale, l'artefact 0 a évolué vers un artefact 1 qui intègre des évolutions basées sur les retours que nous avons décrits précédemment. Cette nouvelle version reprend les mêmes parties que la précédente. Seules les compétences qui étaient auparavant déclinées pour chaque métier sont désormais **présentées sous la forme d'un tableau commun à l'ensemble des professionnels**. Cette modification permet d'avoir une vision plus globale des

compétences liées à l'éducation à la santé, qui sont souvent communes à tous les métiers. La présentation sous forme de tableau permet également une auto-évaluation de la part des professionnels.

Par ailleurs, nous avons également davantage **adapté ce guide au niveau de littératie des formés**, en utilisant un vocabulaire adapté, en explicitant certains termes et en intégrant une page de définitions qui reprend quelques notions essentielles de la formation et des termes qui figurent dans le référentiel.

Par rapport à l'artefact 0, nous avons ajouté de nouveaux éléments:

- **une page de couverture et un sommaire;**
- **un mode d'emploi** qui explique l'intérêt de chacune des parties du référentiel, comment utiliser le référentiel et comment le remplir de manière autonome.

En dehors de ces modifications et ajouts, la principale évolution concerne la forme, notamment une harmonisation des couleurs, des polices et de la présentation pour chaque métier, afin de rendre plus claire la structure du guide. Cette nouvelle version vise l'instrumentalisation par les apprenants en laissant systématiquement des cases vides à compléter, visant à rendre cet outil personnalisable et favoriser son appropriation.

Les pages 57 à 66 présentent l'artefact dans sa version 1.

Référentiel de compétences en éducation à la santé dans la région de l'Oyapock

Réalisé sur la période de mai 2019 à septembre 2019 en collaboration avec 13 apprenants de la formation en Santé Sexuelle et Reproductive organisée par l'association !Dsanté.

Avec la supervision de la directrice Sophie Rhodes, de la chargée de projet ESEX Noémie Delor et de l'ancien chargé de projet Leonardo Montenegro.



Sommaire

Quels sont les professionnels concernés?	2
Comment utiliser ce référentiel?	3
Des définitions pour avoir une base commune	4
Les compétences en éducation à la santé	5
L'éducation à la santé chez les enseignants, c'est quoi?	6
L'éducation à la santé chez les missionnaires, c'est quoi?	7
L'éducation à la santé chez les professionnels de santé, c'est quoi?	8

Quels sont les professionnels concernés?

Le présent référentiel de compétences a été réalisé pour être au plus proche du travail de terrain des professionnels qui agissent en éducation à la santé.

Pour cela, il a été produit suite à des entretiens avec 13 professionnels (issus de la santé, de l'éducation, ou du champ religieux) dans la région de l'Oyapock. Les entretiens visaient à faire s'exprimer ces professionnels sur leur travail en éducation à la santé de manière à comprendre leurs **motivations**, les **objectifs de leur travail** et les **moyens d'atteindre les objectifs**.

De ce fait, il ne s'agit pas d'une liste exhaustive de compétences mais plutôt d'un compte-rendu du travail réalisé par divers professionnels de la région.

Le référentiel identifie le travail et les compétences communes à l'ensemble des professionnels lorsqu'ils interviennent en éducation pour la santé, en relation directe avec le public.

Ces interventions se déroulent dans des contextes très divers (établissements scolaires, établissements de santé ou médico-sociaux, au domicile des habitants). De ce fait, il décrit le travail et les compétences d'éducation pour la santé des professionnels de terrain, dans le cadre dans le cadre d'actions collectives ou individuelles. Il n'analyse donc pas l'activité des professionnels en situation d'encadrement ou de coordination d'équipes.

Un référentiel de compétences. pourquoi?

- Réaliser une auto-évaluation de ses compétences
- Evaluer les compétences à acquérir ou développer
- Identifier un réseau de professionnels ayant une activité complémentaire
- Comprendre le travail d'autres professionnels appartenant ou non au même métier

Comment utiliser ce référentiel?

Ce référentiel de compétences est un outil **personnel** qui a pour objectif de vous être utile, à vous! Il ne sert pas à rendre compte de votre travail.

C'est un outil **personnalisable** que chaque professionnel est invité à lire puis à remplir, en autonomie. Si vous le souhaitez, il est également possible de le remplir avec l'aide du chargé de projet OCS de l'association !Dsanté, Cassio de Figueiredo.

Dans une première partie, des **définitions** sont proposées dans le but de rappeler des notions de base en lien avec l'éducation à la santé.

Ensuite, la partie "**les compétences en éducation à la santé**" présente les compétences nécessaires à la réalisation d'un travail en éducation à la santé. Les compétences sont communes aux différents métiers (enseignants, missionnaires et professionnels de la santé).

Vous pouvez **réaliser une auto-évaluation** à l'aide de l'échelle suivante:

- Non concerné (NC): si vous jugez que la compétence mentionnée ne correspond pas à votre travail
- Non acquise (NA): si vous ne maîtrisez pas cette compétence
- En cours d'acquisition (EA): si vous avez encore des difficultés avec cette compétence
- Acquise (A): si vous maîtrisez cette compétence

L'objectif est de vous permettre de voir **les compétences que vous possédez, celles qui sont à acquérir, ou celles à développer**.

Il est possible de compléter l'échelle d'évaluation une première fois (la colonne de gauche) et recommencer quelques semaines/mois plus tard (en remplissant la colonne de droite) pour **voir une évolution**.

La suite du référentiel de compétences est divisée par famille de métier.

L'objectif de cette partie est de **comprendre le travail d'autres professionnels** appartenant ou non au même métier.

De la même manière que l'auto-évaluation, cette partie du référentiel peut vous permettre de **situer votre manière de travailler** par rapport à d'autres professionnels.

Pour chaque métier, sont présentés:

- les actions réalisées
- les outils d'animation utilisés
- les freins et les motivations des professionnels

Afin de personnaliser davantage ce guide, vous pouvez ajouter des informations qui vous semblent manquantes dans les espaces laissés libres.

Des définitions pour avoir une base commune

L'éducation pour la santé¹: « tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin ».

La prévention²: « La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences.

La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie. La prévention secondaire et tertiaire vise à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié ; ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, au moyen d'une réadaptation efficace, par exemple ».

La Santé Sexuelle et Reproductive³: « Une bonne santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être total sur le plan physique, mental et social, relativement à tous les aspects du système reproductif. Dans cet état, les personnes sont en mesure de profiter d'une vie sexuelle satisfaisante et sûre et ont la capacité de se reproduire et de décider si elles désirent le faire, quand et comment ».

Les compétences psychosociales⁴: « Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. »

Un outil d'animation⁵: Un outil d'animation est un support utilisé par l'animateur pour s'adresser à un public au cours d'une action en éducation à la santé. Un outil doit être:

- attractif et ludique : l'outil permet d'acquérir des informations ou des compétences dans un contexte détendu et convivial
- participatif : il induit une démarche participative (et non passive) : le destinataire est acteur de son apprentissage et mobilise des capacités d'autonomie et de responsabilité
- interactif : il suscite l'échange et le débat, qui permet d'instaurer une dynamique de groupe

¹ Définition par l'Association Française de Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire

² Définition issue du Glossaire de la promotion de la santé (1999) de l'O.M.S.

³ Définition par le Fonds des Nations unies pour la population

⁴ Définition de l'OMS, Division de la santé mentale et de la prévention des toxicomanies (1993)

⁵ Caractéristiques d'un outil issu du site internet du Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida et pour la santé

Première évaluation				les compétences en éducation à la santé				Seconde évaluation			
N	N	E	A					N	N	E	A
C	A	A						C	A	A	
				Savoir Identifier un problème au cours des visites à domicile et orienter							
				Savoir repérer une situation problématique éventuellement dissimulée							
				Orienter vers le professionnel adéquat							
				Rédiger un rapport au professionnel de santé concerné							
				Evaluation des besoins							
				Interroger les représentations des participants en début d'animation (brainstorming)							
				Evaluer les besoins et les attentes des participants (questionnaire, sondage)							
				Questionner les doutes en fin de séances pour préparer la suivante							
				Planification							
				Planifier et prioriser régulièrement les actions à mettre en œuvre à l'aide d'un planning							
				Réunir l'ensemble des parties prenantes (les structures institutionnelles ainsi que les professionnels de terrain)							
				Définir les thématiques à aborder et les répartir entre les professionnels en fonction des affinités (le professionnel doit se sentir à l'aise avec le sujet)							
				Mobiliser et tirer profit des connaissances et des compétences personnelles des intervenants (cuisine, arts, etc.)							
				Inviter le public à participer à l'action							
				Travail en partenariat							
				Préparer une action en collaboration avec des professionnels issus de diverses disciplines et de secrétariats différents (CRAS, SEMED, NASF...)							
				Mobiliser une équipe multidisciplinaire sur une action en santé							
				Travailler avec des intervenants extérieurs							
				Communication							
				Donner la possibilité au public de choisir les sujets à discuter							
				Aborder des sujets qui concernent le public auquel on s'adresse							
				Adapter le vocabulaire et le niveau de connaissances en fonction de l'âge du public et de la population concernée							
				Écouter les personnes raconter leur vécu et en discuter							
				Diffusion des informations							
				Transmettre les informations et les connaissances de manière claire et simplifiée							
				Savoir créer des outils d'animation							
				Utiliser des outils et techniques d'animation adaptés au public et aux thématiques abordées							
				Privilégier des techniques d'animation interactives, favorisant la participation							
				Utiliser les nouvelles technologies (ordinateur, vidéoprojecteur, slides) pour animer un atelier							
				Évaluer la qualité des interventions							
				Vérifier la clarté des informations transmises et leur bonne compréhension (par une discussion en fin de séance, en posant des questions, par un questionnaire)							
				A travers les feed-back des professeurs et des directeurs d'école							
										
										
										
										

A remplir en deux temps (en cochant) pour observer une évolution dans le temps.

NC : Non concerné NA : Non Acquis EA : En cours d'Acquisition A : Acquis

L'éducation à la santé chez les enseignants. c'est quoi?

Des objectifs	
Le développement des compétences psychosociales	Développement de l'esprit d'analyse
<ul style="list-style-type: none"> • Observer les changements du corps et accueillir le regard des autres • Interroger les relations filles/garçons • Développer un esprit critique vis à vis de certaines croyances et préjugés • Exprimer son opinion 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire face aux situations problématiques de l'école (bullying, racket, exclusion...) • Faire face aux situations problématiques en dehors de l'école (au sein de la famille, dans la rue) Apprendre à gérer un conflit
.....
.....

Quels outils et techniques d'animation dans les établissements scolaires?

Bate papo (groupe de discussion)	Faire se rencontrer et faire travailler ensemble des élèves d'origines différentes
Théâtre forum	Brainstorming
.....
.....

Les motivations à intervenir en éducation à la santé

Facteurs personnels

- Devenir un meilleur "médiateur" grâce à la maîtrise de plusieurs sujets liés à la santé
- Sensibilité "culturelle" à aborder certains sujets en particulier

Facteurs institutionnels

- Le projet Politique Pédagogique, sur deux ans, oriente les priorités du plan d'action dans les établissements scolaires d'Oïapoque

Facteurs liés au contexte

- Le Conseiller Principal d'Éducation peut faire des demandes selon les problèmes qu'il identifie
- Aborder des problématiques qui touchent directement les élèves à l'école (grossesses, bullying, etc.)
- Aborder des problématiques qui touchent directement les élèves à la maison ou dans la rue (violences, familles recomposées, etc.)

6

L'éducation à la santé chez les missionnaires. c'est quoi?

Des objectifs à atteindre
Prévention des violences sexuelles et sexistes
<ul style="list-style-type: none"> • Prévenir et dénoncer les abus sexuels • Conscientiser, prévenir et dénoncer les trafics humains
Autonomisation des personnes
<ul style="list-style-type: none"> • Faire prendre consciences aux personnes de leur capacité à agir • Orienter les personnes pour savoir où chercher de l'aide • Travailler sur le renforcement de l'estime de soi
Réduire les inégalités sociales de santé
<ul style="list-style-type: none"> • Travailler avec les enfants et femmes sans abris
.....
.....
.....
.....

Quelles actions?

Visite dans les quartiers vulnérables et porte à porte directement chez les personnes	Groupe de discussion dans les établissements scolaires
Mettre en place différentes techniques d'animation	Création d'un magazine papier visant la diffusion d'informations
.....
.....

Un frein à l'activité

- Travail en partenariat parfois difficile dû à la réticence de certaines institutions en raison du caractère religieux

Les motivations à intervenir en éducation à la santé

Facteurs personnels

- Se donner à la cause, en faveur des autres

Facteurs institutionnels

- Demande de certains établissements scolaires

Facteurs liés au contexte

- Les thématiques abordées dépendent des besoins observés (au cours des visites ou sur les "news" du journal régional)

7

L'éducation à la santé chez les professionnels de santé. c'est quoi?

Des objectifs à atteindre
Prévention des violences liées au genre
<ul style="list-style-type: none"> ● Travailler la question des violences domestiques et des abus sexuels ● Travailler la question du suicide
Une approche globale de la santé
<ul style="list-style-type: none"> ● Aborder la santé sans focaliser sur une thématique particulière ● Aborder la santé de manière globale et expliquer les liens qui existent entre les santés (physiologique, mental et social)
Prévention des grossesses non désirées
<ul style="list-style-type: none"> ● Amélioration du niveau de connaissances sur les moyens de contraception ● Savoir à qui s'adresser pour obtenir un contraceptif
Prévention des Infections Sexuellement Transmissibles et du VIH
<ul style="list-style-type: none"> ● Prévention combinée <ul style="list-style-type: none"> ○ utilisation des préservatifs ○ promotion du dépistage ○ observance des soins (PrEP, TPE, TASP) avec l'ETP
Autonomisation des personnes par l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)
<ul style="list-style-type: none"> ● Rendre le malade "acteur de sa maladie" afin qu'il prenne en charge sa maladie Permettre au malade de comprendre sa maladie et l'accepter
.....
.....

Quelles actions?

Ateliers au sein des structures de santé	action en éducation à la santé dans les établissements scolaires
Visites à domicile pour repérer les situations nécessitant un recours médical	actions de prévention hors les murs, au contact des populations (actions de dépistage par TROD, Sidaction, Journée Mondiale de lutte contre le SIDA, etc.)
.....
.....

Quelles techniques d'animation de groupe?

Brainstorming pour faire émerger les représentations	Animations favorisant l'interaction (théâtre forum ou cercles de discussion)
Ateliers créatifs (dessin, musique) pour transmettre les informations	Proposer des ateliers en groupe, par tranche d'âge, plutôt qu'en individuel
.....
.....

Des freins à l'activité

- Manque de matériel (parfois même du matériel de santé basique)
- Manque de personnel donc peu d'ateliers individuels
- Certains traitements préventifs (PrEP) ne sont pas disponibles
- Problèmes de papiers d'identité et de couverture sociale

Les motivations à intervenir en éducation à la santé

Motivations personnelles

- La capacité à aborder un "éventail" de thématiques relève de la responsabilité du professionnel de santé
- Faire "bouger les choses" par l'implication de chaque professionnel de santé

Facteurs institutionnels

- Sollicitation d'une Unidade Básica de Saúde pour intervenir dans un établissement scolaire
- L'éducation à la santé est une facette du travail

Facteurs liés au contexte

- Demande de l'infirmière scolaire pour aborder des sujets qui ne sont habituellement pas discutés
- En atelier de groupe, les thématiques abordées sont directement liées aux doutes et besoins des participants

Genèse instrumentale après confrontation aux apprenants et à d'autres acteurs institutionnels par le questionnaire

Dans cette partie, nous rendons compte des résultats du questionnaire envoyé aux apprenants et aux acteurs institutionnels, qui nous a permis de faire évoluer le référentiel dans sa version finale (voir annexe n°7).

.8.1 Principaux résultats du Google forms

Au total, 5 personnes ont répondu aux questionnaires Google forms dont deux personnes du niveau institutionnel (une accompagnatrice-formatrice et la coordinatrice du projet OCS) et quatre apprenants. Nous présentons, de manière synthétique, les réponses que nous avons reçues qui nous ont permis de faire évoluer l'artefact 1 en un artefact 2:

Les principaux retours des acteurs institutionnels:

- mettre en avant les ressources à la disposition des professionnels (les référentiels existants et les structures ressources en éducation à la santé);
- sur la partie concernant les outils, mettre en avant l'outilthèque qui est à disposition des formés, au local de l'association;
- insister davantage sur les enjeux pour les apprenants car l'auto-évaluation n'est pas toujours une pratique habituelle.

Les principaux retours des apprenants:

- mettre davantage en avant les objectifs du référentiel pour encourager les apprenants à réellement faire l'exercice d'auto-évaluation;
- proposer un accompagnement pour que les apprenants s'approprient l'outil.

.8.2 L'artefact n°2, la dernière version du référentiel

Suite aux différents retours que nous venons de décrire, des modifications ont été apportées au référentiel. Compte tenu que la majorité du document reste inchangée, nous présenterons uniquement les différentes parties concernées par les modifications.

Plusieurs informations viennent s'ajouter :

- une page qui présente **les enjeux pour les apprenants et pour l'association** afin qu'ils comprennent les objectifs du guide;

D'autres informations viennent s'ajouter au mode d'emploi:

- **préciser en quoi peut consister l'accompagnement du chargé** de projet en lien avec le référentiel: pour aider à remplir, pour faire le point après remplissage;
- expliciter davantage **l'intérêt des différentes parties du référentiel** pour mieux comprendre la cohérence du guide.

D'autre part, dans un objectif d'instrumentation (évolution de la pratique) dans la partie qui concerne les "outils et techniques d'animation", nous préciserons la possibilité d'emprunter des outils directement au local de l'association !Dsanté à Saint-Georges.

Dans la présentation des "outils et des techniques d'animation", nous avons systématiquement ajouté la mention:

"Des outils d'animation en français et en portugais sont disponibles gratuitement au local de l'association !Dsanté, à Saint-Georges. Les outils portent sur des thématiques variées en lien avec la santé sexuelle et reproductive (contraception, relations fille-garçons, IST, respect du corps) pour un public âgé de 6 ans à 20 ans."

L'artefact n°2 est la dernière version du référentiel qui a intégré les représentations du professionnel, la réalité du terrain, son activité et son environnement. Dans le cadre de la conception continuée dans l'usage, on considère que le référentiel de compétences est à ce stade un instrument.

Les pages 69 et 70 présentent les modifications apportées entre l'artefact 1 et l'artefact 2 : l'explicitation des enjeux pour les apprenants et l'association en page 69 et le mode d'emploi en page 70.

Pourquoi un référentiel de compétences ?

Votre participation à l'élaboration de ce guide de compétences bénéficie à l'association !Dsanté et peut également bénéficier à vous !

Pour l'association !Dsanté, ce référentiel permet de:

- Comprendre en quoi consiste réellement le travail de terrain des professionnels ;
- Connaître les compétences réellement utilisées par les professionnels ;
- Mieux connaître les motivations et les difficultés des professionnels pour adapter l'accompagnement et les futures formations.

Pour vous, professionnels en éducation à la santé, ce référentiel peut permettre:

- Etre mieux accompagné par l'association !Dsanté mais aussi être PLUS accompagné si besoin ;
- Prendre du recul sur votre travail en éducation à la santé ;
- Découvrir de nouvelles techniques d'animations et d'autres manières de travailler;
- Identifier vos compétences en éducation à la santé ;
- Valoriser vos propres compétences auprès d'autres professionnels ou d'autres structures ;
- Identifier d'autres professionnels ayant une activité complémentaire à la vôtre.

Comment utiliser ce référentiel?

Ce référentiel de compétences est un outil **personnel** qui a pour objectif de vous être utile, à vous! Il ne sert pas à rendre compte de votre travail.

C'est un outil **personnalisable** que chaque professionnel est invité à lire puis à remplir, en autonomie.

Si vous le souhaitez, il est également possible de le remplir avec l'aide du chargé de projet OCS de l'association !Dsanté, Cassio de Figueiredo. Il est possible de faire un bilan de votre travail avec lui et partager vos idées pour de futures actions de prévention ou d'éducation à la santé.

Dans une première partie, des **définitions** sont proposées dans le but de rappeler des notions de base en lien avec l'éducation à la santé.

Ensuite, la partie "**les compétences en éducation à la santé**" présente les compétences nécessaires à la réalisation d'un travail en éducation à la santé.

Les compétences sont communes aux différents métiers (enseignants, missionnaires et professionnels de la santé).

Vous pouvez **réaliser une auto-évaluation** à l'aide de l'échelle suivante:

- Non concerné (NC): si vous jugez que la compétence mentionnée ne correspond pas à votre travail
- Non acquise (NA): si vous ne maîtrisez pas cette compétence
- En cours d'acquisition (EA): si vous avez encore des difficultés avec cette compétence
- Acquise (A): si vous maîtrisez cette compétence

L'objectif est de vous permettre de voir **les compétences que vous possédez, celles qui sont à acquérir, ou celles à développer**.

Il est possible de compléter l'échelle d'évaluation une première fois (la colonne de gauche) et recommencer quelques semaines/mois plus tard (en remplissant la colonne de droite) pour **voir une évolution**.

La suite du référentiel permet de **comprendre le travail d'autres professionnels** qui agissent en éducation à la santé.

De la même manière que l'auto-évaluation, cette partie du référentiel peut vous permettre de **situer votre manière de travailler** par rapport à d'autres professionnels.

- les objectifs de l'éducation à la santé: identifier les différents acteurs qui agissent en éducation à la santé et leurs objectifs;
- les outils et les techniques d'animation: pour que chaque professionnel puisse se situer dans sa propre pratique et éventuellement la faire évoluer en y intégrant de nouvelles techniques d'animation;
- les freins et les motivations des professionnels : prendre du recul sur votre pratique et peut-être vous rassurer si vous rencontrez rencontrent les mêmes difficultés que d'autres professionnels

Afin de personnaliser davantage ce guide, vous pouvez ajouter des informations qui vous semblent manquantes dans les espaces laissés libres.

DISCUSSION

1. Nos résultats à la lumière de la littérature

En partie introductive, nous avons décrit les objectifs de la co-construction d'un référentiel de compétences, que nous allons rappeler ici. L'élaboration d'un référentiel s'inscrit **dans la continuité de la formation**. Il doit ainsi participer au **développement professionnel** et à la **professionnalisation** des apprenants.

En s'appuyant sur les retours du questionnaire Google ainsi que sur la littérature, nous allons voir si notre étude permet effectivement d'atteindre ces objectifs.

.1.1 Le développement professionnel et la professionnalisation par la compréhension des enjeux du métier

Les résultats des questionnaires diffusés aux apprenants et aux acteurs institutionnels montrent que le référentiel est perçu comme "utile" par l'ensemble des parties prenantes.

Pour les acteurs institutionnels, le référentiel permet de "cerner ce qu'est concrètement l'éducation à la santé" et amorce une "réflexion et une évolution dans le travail" d'accompagnement des stagiaires.

Du côté des apprenants, le guide de compétences est "synthétique et clair" et "chaque acteur peut s'y retrouver". Aussi, il est considéré comme un outil "à valoriser pour de futures actions" et un outil pour "identifier les compétences et les points à améliorer". En moyenne, il est considéré comme très cohérent avec la pratique des professionnels en éducation à la santé (noté 8 sur une échelle de 1 à 10).

En se référant à la littérature, nous considérons que le référentiel est un outil utile car il contribue au développement professionnel des apprenants.

Chez les enseignants, le **développement professionnel dans une perspective d'apprentissage** est défini comme "un processus par lequel l'enseignant et ses collègues revoient et renouvellent ensemble leur mission comme agents de changement, acquièrent et développent les connaissances, les habiletés et les savoirs essentiels pour un bon exercice professionnel⁶¹".

⁶¹ Christopher Day. (1999). Developing teachers: The challenges of lifelong learning. Falmer Press.

Perrenoud considère dans ses travaux⁶² que la professionnalisation renvoie à l'idée que les apprenants sont amenés à maîtriser le métier, à se responsabiliser et à s'approprier tous les enjeux de la profession pour ainsi agir comme des professionnels compétents. La professionnalisation est alors "l'accès à la capacité de résoudre des problèmes complexes et variés par ses propres moyens, dans le cadre d'objectifs généraux et d'une éthique, sans être tenu de suivre des procédures détaillées conçues par d'autres". C'est donc être capable, davantage que dans un métier d'exécution, d'autonomie et de responsabilité. Les enseignants participent activement au développement de leurs propres pratiques et peuvent les faire évoluer.

En ce sens, le référentiel de compétences permet de comprendre les spécificités propres à chaque métier mais également ce qui est commun à tous les professionnels qui agissent en éducation à la santé (rappeler les définitions et présenter les compétences de manière indifférenciée vise à l'appropriation d'une base commune). Il favorise l'autonomisation des professionnels par l'identification des compétences à acquérir ou à développer.

Si le référentiel est perçu comme utile, nous allons voir que le cadre théorique a permis une construction du référentiel en collaboration.

.1.2 L'intérêt du cadre théorique de la conception continuée dans l'usage

Notre enquête s'appuie sur le cadre théorique de la conception continuée dans l'usage dont le principal intérêt est d'être au plus proche des attentes de l'ensemble des parties prenantes qui sont intégrées au processus.

Le processus de genèse instrumental à travers les entretiens informels et les questionnaires ont mis en évidence que l'artefact 0 n'aurait pas été un outil complet. La conception dans l'usage a permis de faire évoluer cet artefact en intégrant les enjeux institutionnels et en approfondissant les enjeux liés aux apprenants. L'existence d'un artefact n°1 et d'un artefact n°2 témoigne de la volonté de véritablement co-construire cet outil.

Un autre intérêt de ce cadre théorique est de favoriser le développement professionnel **par la recherche ou par la réflexion**, c'est à dire un travail essentiellement intellectuel et amène le professionnel à avoir une réflexion dans le but de théoriser ses actions et son expérience. Les entretiens d'explicitation que nous avons menés avec les apprenants sont une analyse de l'activité à travers lesquels nous avons tenté d'accompagner l'apprenant dans une démarche de

⁶² Philippe Perrenoud. (2001). Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant : professionnalisation et raison pédagogique. ESF.

réflexion sur sa pratique professionnelle. La réflexion sur l'action porte sur les expériences pratiques antérieurement vécues. Elle permet au professionnel de réfléchir sur sa pratique et avoir une analyse critique de manière à en comprendre les effets. Le résultat de son analyse peut alors être mobilisé pour ses actions futures, comme une référence.

D'autre part, le professionnel qui connaît mieux les faiblesses et les forces de sa pratique et devrait être en mesure d'identifier lui-même les besoins spécifiques de sa pratique. C'est ce que nous visons par la co-construction du référentiel, et cela tout au long du processus de genèse instrumentale. Dans la version finale du référentiel, des cases ont été laissées volontairement vides dans le but de permettre aux apprenants de s'approprier l'outil en le complétant eux-mêmes. Le mode d'emploi en début de document favorise également l'appropriation et doit permettre au professionnel de compléter le référentiel de manière autonome, en identifiant lui-même les différents aspects de son métier. Le référentiel permet également de faire une auto-évaluation de ses compétences dans le temps, c'est à dire en le complétant une première fois puis y revenir quelques semaines ou quelques mois plus tard afin d'observer une évolution.

Ces compétences acquises ou développées au cours de la formation-action sont en adéquation avec les objectifs de la formation.

.1.3 Les objectifs de la formation en adéquation avec les compétences identifiées

La formation a été conçue de manière à favoriser le développement d'un socle commun de représentations et de connaissances. Cette base commune a été décrite en amont de la formation et vise notamment à renforcer les compétences en éducation à la santé des professionnels et des personnes ressources de la zone transfrontalière.

En termes de compétences à développer chez les professionnels, la note de cadrage⁶³ précise les objectifs à atteindre:

- former les professionnels et les personnes ressources (français et brésiliens) au théâtre de l'opprimé et aux outils de prévention adaptés en santé;
- former les professionnels et les personnes ressources à la promotion de la santé, au repérage et à l'orientation des personnes victimes de violences;
- mettre en œuvre des programmes d'éducation à la santé auprès de leurs publics afin de rendre pérenne leur action au-delà du projet;
- développer la prévention primaire auprès des jeunes de 3 à 25 ans.

⁶³ Document interne "Note de cadrage projet OCS." (2017). Association !Dsanté.

Ces objectifs, qui ont été décrits en amont de la formation, ont été identifiés au cours de notre enquête, à travers l'observation et les entretiens. Seul le repérage et l'orientation des personnes victimes de violence ne sont pas ressortis de notre enquête. Ce ne sont pas tous les professionnels qui ont évoqué ces compétences mais elles ont été citées au moins une fois. Le référentiel permet de rappeler ce socle commun de compétences à développer.

La mise en perspective des résultats de notre enquête par rapport aux données de la littérature permet de comprendre l'intérêt que représente la co-construction d'un référentiel de compétences dans le développement professionnel des apprenants. Néanmoins, il est nécessaire de préciser que notre enquête présente certaines limites.

.2 Limites de notre étude en raison de certains biais méthodologique

Une prise de recul sur notre étude nous permet de souligner certains biais, en particulier dans la méthodologie d'enquête.

.2.1 Un échantillon non représentatif de l'ensemble des apprenants

D'abord, nous avons fait des entretiens avec 12 apprenants que nous avons choisis pour leur disponibilité et leur implication dans la mise en œuvre de projets en éducation à la santé. Toutefois, la plupart des apprenants qui ont participé à l'étude ont suivi la formation en 2018 seulement quelques apprenants ont été formés en 2017.

Par ailleurs, dans la phase d'analyse des entretiens, nous utilisons les statistiques pour comparer les résultats et notamment les résultats entre les professionnels car cela présente l'avantage de pouvoir comparer facilement. Toutefois, il est nécessaire de préciser que les trois catégories de métier ne sont pas représentées de manière égale. En effet, parmi les 12 participants, on compte 7 professionnels de santé et seulement 3 missionnaires et 2 enseignants. Les données quantitatives sont donc à nuancer au regard de ce déséquilibre.

.2.2 Certaines difficultés rencontrées au cours des entretiens

Une autre difficulté que nous avons rencontrée est liée à une difficulté de communication pendant les entretiens en portugais. En effet, les entretiens avec les professionnels brésiliens ont été réalisés avec le soutien de deux stagiaires qui ont le rôle d'interprète. Or, l'analyse d'activité via les entretiens semi-directifs nécessite que l'interviewer connaisse les enjeux de l'entretien afin de rebondir sur certaines réponses et puisse relancer l'interviewé si nécessaire. Etant donné qu'il

était souvent nécessaire de traduire les réponses des interviewés, l'entretien perdait parfois de sa spontanéité et il n'était pas toujours aisé de relancer pour faire expliciter les réponses.

D'autre part, certains professionnels (2 interviewés sur les 12) n'avaient que peu de temps à nous accorder, ce qui a nécessité d'adapter la durée de l'entretien, rendant l'exercice de l'entretien plus difficile à mener.

.2.3 Peu de retours des apprenants sur la seconde version du référentiel

Une dernière difficulté que nous avons rencontrée est de mobiliser les apprenants pour recueillir leur avis sur la seconde version du référentiel, l'artefact n°1. Pour rappel, nous avons envoyé ce prototype du référentiel accompagné d'un questionnaire Google forms. Toutefois, nous n'avons reçu que peu de retours des apprenants avec le Google Forms (4 sur les 12 apprenants). Cela peut s'expliquer du fait que le remplissage de ce type de questionnaire nécessite une connexion internet, ce qui n'est pas toujours assuré à Oïapoque (taux de réponse de 100% pour les apprenants de Saint-Georges).

Par ailleurs, certains acteurs institutionnels ayant complété le questionnaire (le questionnaire pour les institutionnels étant sensiblement le même que celui pour les apprenants) considèrent que le mode d'administration choisi n'est pas le plus adapté. En effet, afin de favoriser l'expression des personnes, le questionnaire comporte beaucoup de questions ouvertes nécessitant une réflexion. Il aurait peut-être été plus judicieux d'accompagner les questionnés pour y répondre, dans le cadre d'un entretien par exemple.

Bien que les apprenants aient été prévenus, au cours des entretiens, qu'ils seraient de nouveau sollicités pour un retour sur le référentiel, nous supposons que certains ont pu ne pas se sentir concernés plusieurs mois après avoir fait l'entretien. Une relance pour répondre à ce questionnaire Google Forms, une semaine après la première sollicitation, n'a pas permis le recueil de nouvelles réponses.

Néanmoins, bien que notre méthodologie d'enquête souffre de plusieurs biais, le référentiel n'en demeure pas moins utilisable.

.3 Pistes de réflexion pour rendre le référentiel utilisable dans la pratique

Nous avons fait face à une temporalité trop courte qui nous a contrainte à proposer une ultime version du référentiel qui n'intègre pas l'ensemble des apprenants. Pour que l'outil soit utilisable dans la pratique, nous allons voir que certaines étapes intermédiaires sont nécessaires.

.3.1 Des biais qui ne compromettent pas l'utilisation du référentiel de compétences

Il aurait été intéressant d'être présent avec les apprenants pour répondre aux questionnaires Google forms afin d'avoir davantage de réponses. Cela aurait pu permettre d'identifier l'existence de doutes, d'incompréhensions ou d'autres points de blocage vis à vis du référentiel.

Toutefois, bien que nous n'ayons que peu de retour, nous considérons que l'impact sur la dernière version du référentiel, l'artefact n°2, reste négligeable. En effet, les 6 retours que nous avons sur l'artefact 1 suggèrent la nécessité d'explicitier davantage les enjeux du référentiel pour les apprenants, ce que nous avons fait dans l'artefact 2.

Par ailleurs, notre échantillon d'enquête est composé de 12 personnes formées pour la plupart en 2018 et majoritairement composé de professionnels de santé. Nous ne pouvons affirmer que notre échantillon soit pleinement représentatif de l'ensemble des formés. Toutefois, les professionnels de santé sont surreprésentés parmi les personnes formées et actives en éducation à la santé dans le bassin de l'Oyapock. Ainsi, nous considérons que notre échantillon permet d'avoir néanmoins une vision globale du travail en éducation à la santé des acteurs les plus actifs dans le bassin de l'Oyapock.

Pour que ce référentiel soit mobilisable dans la pratique, il est par ailleurs essentiel que celui-ci soit repris par l'association et notamment par le chargé de projet OCS.

.3.2 Favoriser l'appropriation grâce à un suivi de la part de l'association

La conception continuée dans l'usage vise à impliquer les apprenants dans le processus de conception, ce qui doit favoriser leur appropriation du référentiel de compétences.

Néanmoins, nous avons rencontré des difficultés pour mobiliser les apprenants dans la conception de l'artefact 1, c'est à dire pour avoir leurs retours par les questionnaires Google forms. De ce fait, il existe un risque que les apprenants ne s'emparent pas de cet outil. De l'aveu même d'un des apprenants ayant répondu aux questionnaires, la création "un référentiel de compétences qui soit réellement utilisé par la suite est complexe".

Bien que nous ayons essayé de créer un outil plutôt simple à prendre en main et à comprendre de manière autonome, il peut être intéressant d'impliquer le chargé de projet OCS pour favoriser son utilisation et son appropriation. Ce dernier peut accompagner les apprenants pour remplir le référentiel de compétences s'ils le souhaitent, ce qui est possible à l'occasion d'un bilan avec les stagiaires ou dans le contexte de la préparation d'un futur projet. Le chargé de projet a également un rôle à jouer après le remplissage car il peut mesurer l'évolution d'un apprenant, ou encore il

peut identifier d'autres motivations ou d'autres freins qui émergent. Il peut également, comme nous allons le voir, encourager une émulation entre les formés.

.3.3 Encourager les collaborations entre l'ensemble des professionnels de l'éducation à la santé

Au cours de notre étude, nous avons vu que le travail en partenariat est une pratique généralisée chez tous les professionnels de l'éducation en santé. Toutefois, le travail en partenariat reste souvent limité aux personnes issues d'un même "métier". C'est à dire que les professionnels de santé collaborent souvent avec d'autres professionnels de santé mais ne font généralement pas appel à des enseignants ou à des missionnaires dans la préparation et la mise en place d'actions.

Pourtant, nous avons vu que les professionnels mobilisent et maîtrisent des ressources très différentes car les finalités et les motivations ne sont pas les mêmes. Le référentiel de compétences vise à mutualiser ces compétences au sein d'un même document. Or, pour permettre une réelle mutualisation et appropriation de ces compétences, il est nécessaire que ces professionnels se rencontrent et travaillent ensemble, par exemple dans le cadre d'une nouvelle formation.

.3.4 Mobiliser le référentiel de compétences dans la mise en place d'une nouvelle formation

Pour clôturer la partie "discussion", nous souhaitons **élargir la réflexion à une manière de mobiliser cet outil dans le cadre d'une formation**. En effet, les retours des acteurs institutionnels montrent que le référentiel est un outil qui permet d'avoir une vision plus pragmatique du travail des apprenants car il permet de "lister les compétences acquises" et "déterminer ce qui nécessite une intervention en éducation à la santé". Il est également mobilisable dans le futur pour "faire le point sur les compétences à acquérir avec des personnes intégrées au projet après le cycle de formation".

Ainsi, le référentiel est mobilisable pour organiser de nouvelles formations avec d'autres professionnels car il constitue un outil permettant d'anticiper les attentes et les besoins en fonction du profil des différents professionnels. Il permet aussi de fixer des objectifs en termes de compétences à atteindre. Une nouvelle formation serait également envisageable avec les apprenants déjà formés, cela serait l'occasion de faire se rencontrer de nouveau ces professionnels d'horizons différents, dans l'optique de stimuler de futurs partenariats.

CONCLUSION

Ces cinq mois de stage ont porté sur l'accompagnement d'acteurs locaux dans la mise en place d'action d'éducation à la SSR ainsi que la co-construction d'un référentiel de compétences avec eux.

Notre étude s'est concentrée sur la méthode permettant de co-construire un référentiel à partir du modèle théorique de la conception continuée dans l'usage de Pierre Rabardel. Plus précisément, il s'agit de déterminer en quoi la co-construction d'un tel référentiel s'inscrit dans la continuité de la formation et participe au développement professionnel des apprenants.

Notre enquête qualitative a montré que l'ensemble des professionnels qui agissent en éducation à la santé dans le bassin de l'Oyapock partagent des compétences communes et d'autres compétences plus spécifiques à leurs métiers. Pour faire face à une situation professionnelle, les professionnels mobilisent des ressources qui dépendent des finalités de leur travail et de leurs motivations à agir en éducation à la santé.

Le référentiel de compétences a été pensé comme un outil qui sert aussi bien à l'association qu'aux apprenants. Le cadre théorique avec le concept de genèse instrumentale permet d'inclure l'ensemble des parties prenantes de la formation dans l'élaboration du référentiel de compétences. L'implication des apprenants dans ce processus d'élaboration permet de construire un outil au plus proche de leurs attentes et de la réalité de terrain. L'analyse de l'activité participe à un processus réflexif de la part du professionnel qui contribue également à son développement professionnel. Le document final est un outil personnalisable, "simple" d'utilisation, qui permet à chacun des apprenants de réaliser une auto-évaluation de ses compétences, d'évaluer les compétences à acquérir ou à développer, d'identifier un réseau de professionnels ayant une activité complémentaire et de mieux comprendre leur travail.

Mon expérience de stage à Saint-Georges de l'Oyapock, un village relativement isolé, où cohabitent plusieurs cultures m'a permis de découvrir une approche de la santé différente. Les approches communautaires, le travail multidisciplinaire et la coopération entre professionnels semblent être ici, le cadre habituel de référence. La formation d'acteurs locaux dans le but de développer la capacité à planifier et mettre en œuvre des programmes visant à maintenir des communautés en santé est une approche ancrée dans les valeurs de la promotion de la santé.

Cela a pour moi été l'occasion de confronter mes acquis de cette année de Master 2 à une réalité de terrain. J'ai ainsi pu expérimenter pour la première fois le champ de la formation, en tant

qu'accompagnateur mais aussi mesurer la difficulté à mettre en place une démarche participative. Cela me conforte dans l'idée d'approfondir mes connaissances et mes compétences dans le domaine de la formation, d'autant plus si cela concourt à des objectifs d'équité et de justice sociale.

Bibliographie

Ouvrages

- Bertrand Schwartz. (1964). *L'éducation permanente*.
- Christopher Day. (1999). *Developing teachers : The challenges of lifelong learning*.
- Colette Dempsey, B. B.-K., & Margaret M. Barry. (2011). *Cadre de référence sur les compétences pour la promotion de la santé*.
- Comité consultatif national pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé. (2013). *Référentiel de compétences en éducation pour la santé* (p. 98). INPES.
- Donald Schön. (1994). *Le praticien réflexif : À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*.
- Foudriat, M. (2014). La co-construction. In M. Delaloy, M. Foudriat, & F. Noble, *Le management des chefs de service dans le secteur social et médico-social* (p. 229)
- Patrick Mayen, J.-F. M., & Claire Tourmen. (2010). *Les situations de travail*.
- Philippe Averlant. (2007). *Sur la formation pour adultes*.
- Pierre Pastré, P. M., & Gérard Vergnaud. (2006). *La didactique professionnelle*.
- Pierre Rabardel. (1995a). *Les hommes et les technologies; approche cognitive des instruments contemporains*.
- Pierre Rabardel. (1995b). *Qu'est-ce qu'un instrument ? Appropriation, conceptualisation, mises en situation*.
- Pierre Rabardel, P. P. (2006). *Modèles du sujet pour la conception : Dialectiques, activités, développement*.
- Rabardel, P. (1995). *LES HOMMES & LES TECHNOLOGIES. Approche cognitive des instruments contemporains*. Paris: Armand Colin.

Articles

- Cameselaa C, H. B. (2009). *La communauté de communes de l'Est Guyanais : Une population jeune sur un vaste territoire.*
- Carine Simar, D. J. (2010). *Éducation à la santé à l'école : Étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré.*
- Didier Jourdan, et al. (2002). *Education à la santé à l'école : Pratique et représentations des enseignants du primaire.*
- Jérôme Foucaud. (2011). *Éducation et promotion de la santé : Bientôt des référentiels aux niveaux français et européen.*
- Mayen, P., Métral, J.-F., & Tourmen, C. (2010). Les situations de travail. Références pour les référentiels. *Recherche et formation*, (64), 31-46.
- Philippe Perrenoud. (2001). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant : Professionnalisation et raison pédagogique.*
- Vanessa Lorto, M.-J. M. (2009). *Formation en éducation pour la santé, Repères méthodologiques et pratiques.*

Documents institutionnels

- ARS Guyane. (2017). *Coopération en santé avec le Brésil, plan d'action 2017-2018.*
- ARS Guyane. (2019a). *Cadre d'Orientation Stratégique 2018-2028.*
- ARS Guyane. (2019b). *Réunion de coopération en santé avec le Brésil à Oiapoque (AP/Brésil).*
- COREVIH. (2017). *Rapport d'activité 2017*
- OMS. (1986). *Promotion de la santé, Charte d'OTTAWA.*

Documents internes

- Document interne « Note de cadrage projet OCS ».* (2017).

Thèse et mémoire

Noémie Delor. (2018). *Analyse de la prescription secondaire en éducation à la santé dans un contexte transfrontalier Guyane – Brésil : Évolution des tâches réalisées des acteurs locaux.*

Philippe Cury. (2017). *Parcours de formation initiale en éducation à la santé et développement professionnel des enseignants débutants : Études transversales et suivi longitudinal d'une cohorte.*

Article de loi

Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente.

Références internet

CEDIP. (s. d.). Formation-action—Compétences et formation. Consulté à l'adresse

<http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/formation-action-a193.html>

Comparateur de territoire – Département de la Guyane (973) | Insee. (s. d.-a). Consulté à l'adresse

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-973+COM-97308>

Comparateur de territoire – Département de la Guyane (973) | Insee. (s. d.-b). Consulté à l'adresse

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-973+FRANCE-1>

Du plan National de lutte contre le VIH/Sida et les IST à la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle. (2017,

mai 14). Consulté à l'adresse Corevih IDF Nord website: <https://www.corevih-idfnord.fr/du-plan->

[national-de-lutte-contre-le-vihsida-et-les-ist-a-la-strategie-nationale-de-sante-sexuelle/](https://www.corevih-idfnord.fr/du-plan-national-de-lutte-contre-le-vihsida-et-les-ist-a-la-strategie-nationale-de-sante-sexuelle/)

IBGE | Brasil em Síntese | Amapá | Oiapoque | Panorama. (s. d.). Consulté à l'adresse

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/oiapoque/panorama>

IBGE | Brasil em Síntese | Amapá | Panorama. (s. d.). Consulté à l'adresse

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/panorama>

Le fleuve Oyapock; Portail national d'accès aux référentiels sur l'eau. (s. d.). Consulté à l'adresse

SANDRE website: <http://www.sandre.eaufrance.fr/geo/CoursEau/6---0000>

Le Territoire—Collectivité Territoriale de Guyane. (s. d.). Consulté à l'adresse

<https://www.ctguyane.fr/le-territoire/>

Les déterminants de la vulnérabilité. (2018).

L'Est Guyanais : Un territoire vaste et peu peuplé—Insee Analyses Guyane—34. (s. d.). Consulté à

l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3675727>

Ministère de la santé du Brésil. (2017). Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil. Consulté

à l'adresse <http://www.saude.gov.br/noticias/svs/28344-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>

Oiapoque, AP - Escolaridade : Veja nível de instrução da população por cidade do Brasil. (s. d.).

Consulté à l'adresse <http://www.deepask.com/goes?page=oiapoque/AP-Escolaridade:-Veja-o-nivel-de-instrucao-da-populacao-do-seu-municipio>

OMS | Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement. (2011). Consulté à l'adresse WHO website:

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/fr/

OMS | Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé. (s. d.). Consulté à l'adresse WHO website:

https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/

OMS | Santé reproductive. (s. d.). Consulté à l'adresse WHO website:

https://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/

OMS | Santé sexuelle. (s. d.). Consulté à l'adresse WHO website:

https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/

OMS | Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH, 2016-2021. (s. d.). Consulté à l'adresse

WHO website: <http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/ghss-hiv/fr/>

OMS | Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021. (s. d.). Consulté à l'adresse WHO website:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/fr/>

ONUSIDA. (2014). 90-90-90 : Traitement pour tous. Consulté à l'adresse

<https://www.unaids.org/fr/resources/909090>

Liste des annexes

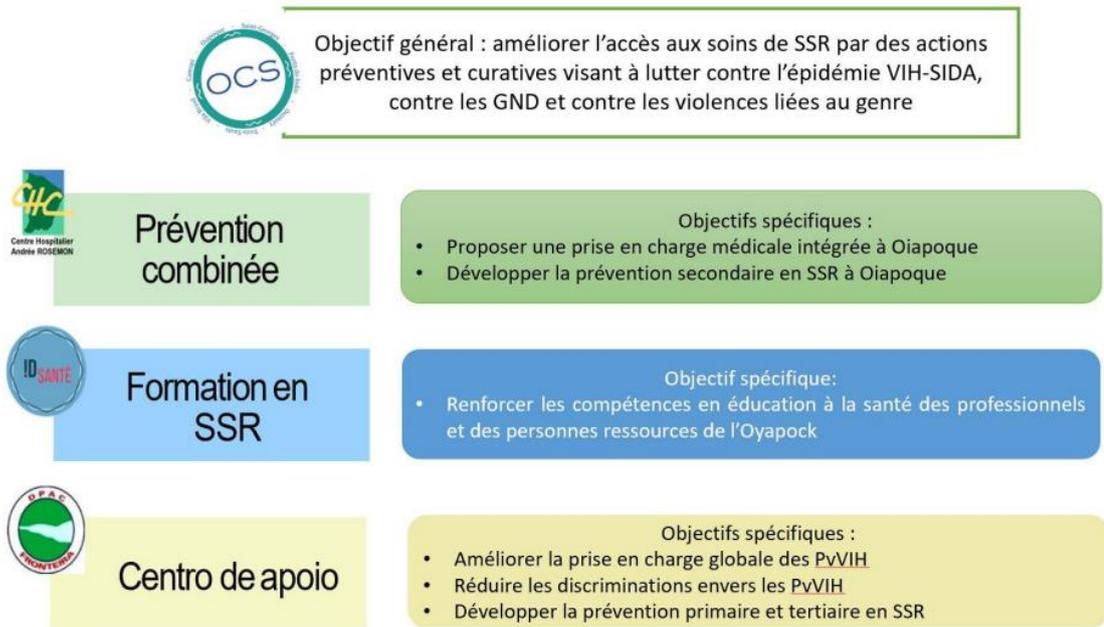
Annexe 1 Carte de la Guyane et de l'Amapá.....	87
Annexe 2 Présentation du projet OCS.....	87
Annexe 3 Guide d'entretien avec les apprenants de la formation	89
Annexe 4 Questionnaire destiné aux apprenants de la formation.....	91
Annexe 5 Questionnaire destiné aux formateurs-accompagnateurs.....	95
Annexe 6 Dernière version du référentiel de compétences.....	99

ANNEXES

Annexe 1 Carte de la Guyane et de l'Amapá



Annexe 2 Présentation du projet OCS



Source : Document interne Association !D Santé

Annexe 3 Guide d'entretien avec les apprenants de la formation

Cet entretien vise la construction d'un référentiel de compétences pour les apprenants de la formation.

Objectifs pour l'association: une meilleure manière de travailler avec les apprenants, plus adaptée avec leur activité et leur manière de travailler.

Objectifs pour les apprenants: valoriser la formation, avancer dans leur travail personnel, valoriser leurs compétences et connaissances.

Identité des stagiaires

- Prénom
- Lieu d'habitation
- Profession?

Actions mis en place

- Avez-vous mis en place des actions en santé (avec ou sans l'accompagnement d'!Dsanté)?
 - Si oui, quelles actions?
 - Si non, pourquoi?
- Avez-vous mis en place des actions qui ne sont pas en lien avec la santé mais qui mobilisent le contenu de la formation (contenu théorique en SSR, technique du théâtre forum, etc.)

Analyse des situations de travail

- Dans votre travail, quelles sont les situations où vous mettez en oeuvre l'éducation/la promotion/la prévention à la santé? (**faire une liste de situations**)
Reformulation: A quel moment pratiquez-vous l'EPS?

Pour chacune des situations décrites dans la question précédente:

- Dans cette situation, pourquoi est-il nécessaire de mettre en oeuvre l'éducation/la promotion/la prévention à la santé?
- Dans cette situation, quels sont les objectifs visés?
- Si je devais faire ce travail à votre place, quelles seraient toutes les étapes à réaliser dans l'ordre chronologique?

Reformulation: Dans cette situation, quelles sont les actions réalisées pour atteindre les objectifs?

Faire expliciter TOUTES les actions réalisées, dans toute leur chronologie de l'amont à l'aval du moment.

- En termes de connaissances, concepts, modes de raisonnement, habiletés techniques et gestuelles, quelles sont les ressources dont vous disposez pour atteindre les objectifs?

Evaluation et freins à la mise en place des actions

- Quel est l'impact de ce travail sur les personnes bénéficiaires? Par quels moyens évaluez-vous l'impact?
- Avez-vous rencontré des difficultés dans la mise en place de vos actions?
- S'il y en a, quels sont les freins à la mise en place d'actions?

Formation et accompagnement dans le cadre d'OCS

- La formation vous a-t-elle fait changer votre manière de travailler? En quoi?
- Que pensez-vous de l'accompagnement par l'association !Dsanté?
- Vis à vis du projet OCS, qu'attendez-vous de plus? Qu'attendez-vous de moins?
 - Pourquoi?

Annexe 4 Questionnaire destiné aux apprenants de la formation

Questionnaire pour l'élaboration d'un référentiel de compétences en éducation à la santé

*Obligatoire

Pourquoi ce questionnaire?

Suite à l'entretien que nous avons réalisé ensemble, !DSanté a réalisé une ébauche du futur "référentiel de compétences en éducation à la santé dans la région de l'Oyapock". Nous souhaitons faire un référentiel de compétences le plus adapté à votre pratique et à vos besoins afin qu'il puisse réellement être utile dans votre travail. Pour cela, nous souhaitons recueillir votre avis sur la première version du référentiel qui vous a été envoyée en même temps que ce questionnaire. Vos remarques vont permettre de faire évoluer le référentiel de compétences.

Durée de remplissage du questionnaire: 10 minutes

Pertinence d'un référentiel de compétences

1. Selon vous, quels sont les enjeux principaux relatif au développement du "référentiel de compétences en éducation à la santé dans la région de l'Oyapock"? *

2. Vous semble-t-il important d'avoir un référentiel de compétences en lien avec les activités en éducation à la santé? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 3.*
 Non *Passez à la question 4.*

L'existence d'un référentiel de compétences vous semble important

3. Pourquoi? *

Passez à la question 5.

L'existence d'un référentiel de compétences ne vous semble pas important

4. Pourquoi? *

Passez à la question 5.

Quel devrait en être le contenu?

5. Quels devraient être les objectifs principaux de ce référentiel de compétences? *

6. Qu'est ce que vous auriez aimé trouver dans ce référentiel que vous n'avez pas trouvé? *

Cohérence du guide avec votre activité

7. Vous diriez que ce référentiel est cohérent avec votre pratique en éducation à la santé, à hauteur de combien? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Incohérent	<input type="radio"/>	Complètement cohérent									

8. Pouvez-vous justifier cette note? *

Cohérence du guide avec vos compétences

9. Selon vous, quelles sont les principales compétences à acquérir et à développer dans au regard de votre pratique en éducation à la santé? *

10. Vous diriez que ce référentiel est cohérent avec les compétences que vous mobilisez en éducation à la santé, à hauteur de combien? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Incohérent	<input type="radio"/>	Complètement cohérent									

11. Pouvez-vous justifier cette note? *

Points forts et point faibles de cette version du référentiel

Vous pouvez donner votre avis aussi bien sur le fond que la forme du guide

12. Selon vous, quels sont les trois points forts du référentiel? *

13. Selon vous, quels sont les trois points faibles du référentiel? *

Des remarques ou des questions?

14. Ecrivez ici toutes les remarques ou questions supplémentaires

Merci beaucoup pour votre aide!

Votre participation à ce questionnaire va nous permettre d'apporter des modifications à cette première version du guide.

Nous pourrions être amené à vous l'envoyer une nouvelle fois en fonction de vos remarques.

Une nouvelle fois, merci pour votre aide!

Fourni par
 Google Forms

Annexe 5 Questionnaire destiné aux formateurs-accompagnateurs

Questionnaire pour l'élaboration d'un référentiel de compétences en éducation à la santé

*Obligatoire

Pourquoi ce questionnaire?

Suite à l'entretien que nous avons réalisé ensemble, !DSanté a réalisé une ébauche du futur "référentiel de compétences en éducation à la santé dans la région de l'Oyapock". Nous souhaitons faire un référentiel de compétences le plus adapté à votre pratique et à vos besoins afin qu'il puisse réellement être utile dans votre travail. Pour cela, nous souhaitons recueillir votre avis sur la première version du référentiel qui vous a été envoyée en même temps que ce questionnaire. Vos remarques vont permettre de faire évoluer le référentiel de compétences.

Durée de remplissage du questionnaire: 10 minutes

Pertinence d'un référentiel de compétences

1. Selon vous, quels sont les enjeux principaux relatif au développement du "référentiel de compétences en éducation à la santé dans la région de l'Oyapock"? *

2. Vous semble-t-il important d'avoir un référentiel de compétences en lien avec les activités en éducation à la santé? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 3.*
 Non *Passez à la question 4.*

L'existence d'un référentiel de compétences vous semble important

3. Pourquoi? *

Passez à la question 5.

L'existence d'un référentiel de compétences ne vous semble pas important

4. Pourquoi? *

Concernant le contenu

5. Quels sont les éléments indispensables qui devraient figurer au sein du "référentiel de compétences en éducation à la santé dans la région de l'Oyapock"? *

6. Quels sont les écueils à éviter? *

Comment faire évoluer le guide?

7. Au regard de votre expérience, quelles sont les préconisations que vous devriez me transmettre afin de faire évoluer ce référentiel? *

8. Qu'est ce que vous auriez aimé trouver dans ce référentiel que vous n'avez pas trouvé? *

Cohérence du guide avec les objectifs de la formation

9. Dans quelles mesures ce référentiel de compétences est cohérent tient compte du travail réalisé dans le cadre de la formation *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Incohérent	<input type="radio"/>	Complètement cohérent									

10. Pouvez-vous justifier cette note? *

11. Vous diriez que les compétences présentées dans le référentiel sont cohérentes avec les objectifs visés par la formation, à hauteur de combien? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Incohérent	<input type="radio"/>	Complètement cohérent									

12. Pouvez-vous justifier cette note? *

Points forts et point faibles de cette version du référentiel

Vous pouvez donner votre avis aussi bien sur le fond que la forme du guide

13. Selon vous, quels sont les trois points forts du référentiel? *

14. Selon vous, quels sont les trois points faibles du référentiel? *

Des remarques ou des questions?

15. Ecrivez ici toutes les remarques ou questions supplémentaires

Merci beaucoup pour votre aide!

Votre participation à ce questionnaire va nous permettre d'apporter des modifications à cette première version du guide.

Nous pourrions être amené à vous l'envoyer une nouvelle fois en fonction de vos remarques.
Une nouvelle fois, merci pour votre aide!

Fourni par
 Google Forms

Référentiel de compétences en éducation à la santé dans la région de l'Oyapock

Réalisé sur la période de mai 2019 à septembre 2019 en collaboration avec 13 apprenants de la formation en Santé Sexuelle et Reproductive organisée par l'association !Dsanté.

Avec la supervision de la directrice Sophie Rhodes, de la chargée de projet ESEX Noémie Delor et de l'ancien chargé de projet Leonardo Montenegro.



Sommaire

Pourquoi un référentiel de compétences ?	2
Quels sont les professionnels concernés?	3
Comment utiliser ce référentiel?	4
Des définitions pour avoir une base commune.....	5
Les compétences en éducation à la santé	6
L'éducation à la santé chez les enseignants, c'est quoi?	7
L'éducation à la santé chez les missionnaires, c'est quoi?	8
L'éducation à la santé chez les professionnels de santé, c'est quoi?	9

Pourquoi un référentiel de compétences ?

Votre participation à l'élaboration de ce guide de compétences bénéficie à l'association !Dsanté et peut également bénéficier à vous !

Pour l'association !Dsanté, ce référentiel permet de:

- Comprendre en quoi consiste réellement le travail de terrain des professionnels ;
- Connaître les compétences réellement utilisées par les professionnels ;
- Mieux connaître les motivations et les difficultés des professionnels pour adapter l'accompagnement et les futures formations.

Pour vous, professionnels en éducation à la santé, ce référentiel peut permettre:

- Etre mieux accompagné par l'association !Dsanté mais aussi être PLUS accompagné si besoin ;
- Prendre du recul sur votre travail en éducation à la santé ;
- Découvrir de nouvelles techniques d'animations et d'autres manières de travailler;
- Identifier vos compétences en éducation à la santé ;
- Valoriser vos propres compétences auprès d'autres professionnels ou d'autres structures ;
- Identifier d'autres professionnels ayant une activité complémentaire à la vôtre.

Quels sont les professionnels concernés?

Le présent référentiel de compétences a été réalisé pour être au plus proche du travail de terrain des professionnels qui agissent en éducation à la santé. Pour cela, il a été produit suite à des entretiens avec 13 professionnels (issus de la santé, de l'éducation, ou du champ religieux) dans la région de l'Oyapock. Les entretiens visaient à faire s'exprimer ces professionnels sur leur travail en éducation à la santé de manière à comprendre leurs **motivations, les objectifs de leur travail** et les **moyens d'atteindre les objectifs**. De ce fait, il ne s'agit pas d'une liste exhaustive de compétences mais plutôt d'un compte-rendu du travail réalisé par divers professionnels de la région.

Le référentiel identifie le travail et les compétences communes à l'ensemble des professionnels lorsqu'ils interviennent en éducation pour la santé, en relation directe avec le public. Ces interventions se déroulent dans des contextes très divers (établissements scolaires, établissements de santé ou médico-sociaux, au domicile des habitants). De ce fait, il décrit le travail et les compétences d'éducation pour la santé des professionnels de terrain, dans le cadre dans le cadre d'actions collectives ou individuelles. Il n'analyse donc pas l'activité des professionnels en situation d'encadrement ou de coordination d'équipes.

Comment utiliser ce référentiel?

Ce référentiel de compétences est un outil **personnel** qui a pour objectif de vous être utile, à vous! Il ne sert pas à rendre compte de votre travail.

C'est un outil **personnalisable** que chaque professionnel est invité à lire puis à remplir, en autonomie.

Si vous le souhaitez, il est également possible de le remplir avec l'aide du chargé de projet OCS de l'association !Dsanté, Cassio de Figueiredo. Il est possible de faire un bilan de votre travail avec lui et partager vos idées pour de futures actions de prévention ou d'éducation à la santé.

Dans une première partie, des **définitions** sont proposées dans le but de rappeler des notions de base en lien avec l'éducation à la santé.

Ensuite, la partie "**les compétences en éducation à la santé**" présente les compétences nécessaires à la réalisation d'un travail en éducation à la santé.

Les compétences sont communes aux différents métiers (enseignants, missionnaires et professionnels de la santé).

Vous pouvez **réaliser une auto-évaluation** à l'aide de l'échelle suivante:

- Non concerné (NC): si vous jugez que la compétence mentionnée ne correspond pas à votre travail
- Non acquise (NA): si vous ne maîtrisez pas cette compétence
- En cours d'acquisition (EA): si vous avez encore des difficultés avec cette compétence
- Acquise (A): si vous maîtrisez cette compétence

L'objectif est de vous permettre de voir **les compétences que vous possédez, celles qui sont à acquérir, ou celles à développer**.

Il est possible de compléter l'échelle d'évaluation une première fois (la colonne de gauche) et recommencer quelques semaines/mois plus tard (en remplissant la colonne de droite) pour **voir une évolution**.

La suite du référentiel permet de **comprendre le travail d'autres professionnels** qui agissent en éducation à la santé.

De la même manière que l'auto-évaluation, cette partie du référentiel peut vous permettre de **situer votre manière de travailler** par rapport à d'autres professionnels.

- les objectifs de l'éducation à la santé: identifier les différents acteurs qui agissent en éducation à la santé et leurs objectifs;
- les outils et les techniques d'animation: pour que chaque professionnel puisse se situer dans sa propre pratique et éventuellement la faire évoluer en y intégrant de nouvelles techniques d'animation;
- les freins et les motivations des professionnels : prendre du recul sur votre pratique et peut-être vous rassurer si vous rencontrez les mêmes difficultés que d'autres professionnels

Afin de personnaliser davantage ce guide, vous pouvez ajouter des informations qui vous semblent manquantes dans les espaces laissés libres.

Des définitions pour avoir une base commune

L'éducation pour la santé¹: « tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin ».

La prévention²: « La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences.

La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie. La prévention secondaire et tertiaire vise à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié ; ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, au moyen d'une réadaptation efficace, par exemple ».

La Santé Sexuelle et Reproductive³: « Une bonne santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être total sur le plan physique, mental et social, relativement à tous les aspects du système reproductif. Dans cet état, les personnes sont en mesure de profiter d'une vie sexuelle satisfaisante et sûre et ont la capacité de se reproduire et de décider si elles désirent le faire, quand et comment ».

Les compétences psychosociales⁴: « Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. »

Un outil d'animation⁵: Un outil d'animation est un support utilisé par l'animateur pour s'adresser à un public au cours d'une action en éducation à la santé. Un outil doit être:

- attractif et ludique : l'outil permet d'acquérir des informations ou des compétences dans un contexte détendu et convivial
- participatif : il induit une démarche participative (et non passive) : le destinataire est acteur de son apprentissage et mobilise des capacités d'autonomie et de responsabilité
- interactif : il suscite l'échange et le débat, qui permet d'instaurer une dynamique de groupe

¹ Définition par l'Association Française de Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire

² Définition issue du Glossaire de la promotion de la santé (1999) de l'O.M.S.

³ Définition par le Fonds des Nations unies pour la population

⁴ Définition de l'OMS, Division de la santé mentale et de la prévention des toxicomanies (1993)

⁵ Caractéristiques d'un outil issu du site internet du Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida et pour la santé

Première évaluation				les compétences en éducation à la santé				Seconde évaluation			
N	N	E	A					N	N	E	A
C	A	A						C	A	A	
				Savoir Identifier un problème au cours des visites à domicile et orienter							
				Savoir repérer une situation problématique éventuellement dissimulée							
				Orienter vers le professionnel adéquat							
				Rédiger un rapport au professionnel de santé concerné							
				Evaluation des besoins							
				Interroger les représentations des participants en début d'animation (brainstorming)							
				Evaluer les besoins et les attentes des participants (questionnaire, sondage)							
				Questionner les doutes en fin de séances pour préparer la suivante							
				Planification							
				Planifier et prioriser régulièrement les actions à mettre en œuvre à l'aide d'un planning							
				Réunir l'ensemble des parties prenantes (les structures institutionnelles ainsi que les professionnels de terrain)							
				Définir les thématiques à aborder et les répartir entre les professionnels en fonction des affinités (le professionnel doit se sentir à l'aise avec le sujet)							
				Mobiliser et tirer profit des connaissances et des compétences personnelles des intervenants (cuisine, arts, etc.)							
				Inviter le public à participer à l'action							
				Travail en partenariat							
				Préparer une action en collaboration avec des professionnels issus de diverses disciplines et de secrétariats différents (CRAS, SEMED, NASF...)							
				Mobiliser une équipe multidisciplinaire sur une action en santé							
				Travailler avec des intervenants extérieurs							
				Communication							
				Donner la possibilité au public de choisir les sujets à discuter							
				Aborder des sujets qui concernent le public auquel on s'adresse							
				Adapter le vocabulaire et le niveau de connaissances en fonction de l'âge du public et de la population concernée							
				Écouter les personnes raconter leur vécu et en discuter							
				Diffusion des informations							
				Transmettre les informations et les connaissances de manière claire et simplifiée							
				Savoir créer des outils d'animation							
				Utiliser des outils et techniques d'animation adaptés au public et aux thématiques abordées							
				Privilégier des techniques d'animation interactives, favorisant la participation							
				Utiliser les nouvelles technologies (ordinateur, vidéoprojecteur, slides) pour animer un atelier							
				Évaluer la qualité des interventions							
				Vérifier la clarté des informations transmises et leur bonne compréhension (par une discussion en fin de séance, en posant des questions, par un questionnaire)							
				A travers les feed-back des professeurs et des directeurs d'école							
										
										
										
										
										

A remplir en deux temps (en cochant) pour observer une évolution dans le temps.
 NC : Non concerné NA : Non Acquis EA : En cours d'Acquisition A : Acquis

L'éducation à la santé chez les enseignants. c'est quoi?

Des objectifs	
Le développement des compétences psychosociales	Développement de l'esprit d'analyse
<ul style="list-style-type: none"> • Observer les changements du corps et accueillir le regard des autres • Interroger les relations filles/garçons • Développer un esprit critique vis à vis de certaines croyances et préjugés • Exprimer son opinion 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire face aux situations problématiques de l'école (bullying, racket, exclusion...) • Faire face aux situations problématiques en dehors de l'école (au sein de la famille, dans la rue) Apprendre à gérer un conflit
.....
.....

Quels outils et techniques d'animation dans les établissements scolaires?

Bate papo (groupe de discussion)	Faire se rencontrer et faire travailler ensemble des élèves d'origines différentes
Théâtre forum	Brainstorming
.....
.....

Des outils d'animation en français sont disponibles gratuitement au local de l'association !Dsanté, à Saint-Georges. Les outils portent sur des thématiques variées en lien avec la santé sexuelle et reproductive (contraception, relations fille-garçons, IST, respect du corps) pour un public âgé de 6 ans à 20 ans."

Les motivations à intervenir en éducation à la santé

Facteurs personnels

- Devenir un meilleur "médiateur" grâce à la maîtrise de plusieurs sujets liés à la santé
- Sensibilité "culturelle" à aborder certains sujets en particulier

Facteurs institutionnels

- Le projet Politique Pédagogique, sur deux ans, oriente les priorités du plan d'action dans les établissements scolaires d'Oiapoque

Facteurs liés au contexte

- Le Conseiller Principal d'Éducation peut faire des demandes selon les problèmes qu'il identifie
- Aborder des problématiques qui touchent directement les élèves à l'école (grossesses, bullying, etc.)
- Aborder des problématiques qui touchent directement les élèves à la maison ou dans la rue (violences, familles recomposées, etc.)

7

L'éducation à la santé chez les missionnaires, c'est quoi?

Des objectifs à atteindre
Prévention des violences sexuelles et sexistes
<ul style="list-style-type: none"> • Prévenir et dénoncer les abus sexuels • Conscientiser, prévenir et dénoncer les trafics humains
Autonomisation des personnes
<ul style="list-style-type: none"> • Faire prendre consciences aux personnes de leur capacité à agir • Orienter les personnes pour savoir où chercher de l'aide • Travailler sur le renforcement de l'estime de soi
Réduire les inégalités sociales de santé
<ul style="list-style-type: none"> • Travailler avec les enfants et femmes sans abris
.....
.....
.....
.....

Quelles actions?

Visite dans les quartiers vulnérables et porte à porte directement chez les personnes	Groupe de discussion dans les établissements scolaires
Mettre en place différentes techniques d'animation	Création d'un magazine papier visant la diffusion d'informations
.....
.....

Des outils d'animation en français sont disponibles gratuitement au local de l'association !Dsanté, à Saint-Georges. Les outils portent sur des thématiques variées en lien avec la santé sexuelle et reproductive (contraception, relations fille-garçons, IST, respect du corps) pour un public âgé de 6 ans à 20 ans."

Un frein à l'activité

- Travail en partenariat parfois difficile dû à la réticence de certaines institutions en raison du caractère religieux

Les motivations à intervenir en éducation à la santé

Facteurs personnels

- Se donner à la cause, en faveur des autres

Facteurs institutionnels

- Demande de certains établissements scolaires

Facteurs liés au contexte

- Les thématiques abordées dépendent des besoins observés (au cours des visites ou sur les "news" du journal régional)

8

L'éducation à la santé chez les professionnels de santé. c'est quoi?

Des objectifs à atteindre	
Prévention des violences liées au genre	
<ul style="list-style-type: none"> ● Travailler la question des violences domestiques et des abus sexuels ● Travailler la question du suicide 	
Une approche globale de la santé	
<ul style="list-style-type: none"> ● Aborder la santé sans focaliser sur une thématique particulière ● Aborder la santé de manière globale et expliquer les liens qui existent entre les santés (physiologique, mental et social) 	
Prévention des grossesses non désirées	
<ul style="list-style-type: none"> ● Amélioration du niveau de connaissances sur les moyens de contraception ● Savoir à qui s'adresser pour obtenir un contraceptif 	
Prévention des Infections Sexuellement Transmissibles et du VIH	
<ul style="list-style-type: none"> ● Prévention combinée <ul style="list-style-type: none"> ○ utilisation des préservatifs ○ promotion du dépistage ○ observance des soins (PrEP, TPE, TASP) avec l'ETP 	
Autonomisation des personnes par l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)	
<ul style="list-style-type: none"> ● Rendre le malade "acteur de sa maladie" afin qu'il prenne en charge sa maladie Permettre au malade de comprendre sa maladie et l'accepter 	
.....	
.....	

Quelles actions?

Ateliers au sein des structures de santé	action en éducation à la santé dans les établissements scolaires
Visites à domicile pour repérer les situations nécessitant un recours médical	actions de prévention hors les murs, au contact des populations (actions de dépistage par TROD, Sidaction, Journée Mondiale de lutte contre le SIDA, etc.)
.....
.....

Quelles techniques d'animation de groupe?

Brainstorming pour faire émerger les représentations	Animations favorisant l'interaction (théâtre forum ou cercles de discussion)
Ateliers créatifs (dessin, musique) pour transmettre les informations	Proposer des ateliers en groupe, par tranche d'âge, plutôt qu'en individuel
.....
.....

Des outils d'animation en français sont disponibles gratuitement au local de l'association !Dsanté, à Saint-Georges. Les outils portent sur des thématiques variées en lien avec la santé sexuelle et reproductive (contraception, relations fille-garçons, IST, respect du corps) pour un public âgé de 6 ans à 20 ans."

Des freins à l'activité

- Manque de matériel (parfois même du matériel de santé basique)
- Manque de personnel donc peu d'ateliers individuels
- Certains traitements préventifs (PrEP) ne sont pas disponibles
- Problèmes de papiers d'identité et de couverture sociale

Les motivations à intervenir en éducation à la santé

Motivations personnelles

- La capacité à aborder un "éventail" de thématiques relève de la responsabilité du professionnel de santé
- Faire "bouger les choses" par l'implication de chaque professionnel de santé

Facteurs institutionnels

- Sollicitation d'une Unidade Básica de Saúde pour intervenir dans un établissement scolaire
- L'éducation à la santé est une facette du travail

Facteurs liés au contexte

- Demande de l'infirmière scolaire pour aborder des sujets qui ne sont habituellement pas discutés
- En atelier de groupe, les thématiques abordées sont directement liées aux doutes et besoins des participants

Bathilde	Florent	Jury le 16/08/2019
Master 2 Promotion de la Santé et Prévention		
La co-construction d'un référentiel de compétences : un outil qui s'inscrit dans la continuité de la formation		
Promotion 2018-2019		
<p>Résumé :</p> <p>Dans le cadre d'un stage sur un projet transfrontalier de promotion de la santé entre la Guyane française et le Brésil.</p> <p>Notre enquête porte sur la co-construction d'un référentiel de compétences à l'issue d'une formation en santé sexuelle et reproductive, dispensée par l'association !Dsanté.</p> <p>En s'appuyant sur le cadre théorique de la conception continuée dans l'usage, l'étude décrit les différentes étapes de l'élaboration d'un outil qui bénéficie à l'association mais également aux apprenants. A l'aide des méthodes qualitatives, notre enquête propose d'analyser la méthode et les effets de cette démarche et plus particulièrement l'impact sur le développement professionnel des formés.</p>		
<p>Mots-clés :</p> <p>conception continuée dans l'usage, développement professionnel, co-construction, référentiel de compétences</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Études en Santé Publique et l'Université Rennes 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		