

**Master Sciences, Technologies, Santé**  
**Mention Santé Publique**

**Parcours Santé internationale**

Promotion 2018-2019

**EDUCATION A LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE EN GUYANE :**  
**FREINS A LA MISE EN PLACE DES INTERVENTIONS PAR LES**  
**PROFESSIONNELS**

Mémoire de stage réalisé du 01 avril au 30 août 2019  
Guyane Promo Santé, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé, Cayenne,  
France

Soutenu publiquement le 18 septembre 2019 à Bordeaux  
Par **Méloé VINCENT** née le 15 février 1993

Directeur de stage : Pascale SORIN

Tuteur de stage : Maxime INGHELS

Rellecteur : Joseph LARMARANGE

Composition du jury de soutenance :

Renaud BECQUET, Valérie BRIAND, Joanna ORNE-GLIEMANN, Mélanie PLAZY, Thierry  
TIENDREBEOGO

## Remerciements

*Je tiens à remercier sincèrement Pascale Sorin, directrice de stage, pour sa disponibilité et son accompagnement tout au long de ce stage. Merci de m'avoir donné l'occasion de découvrir la Guyane et de connaître les valeurs de la promotion de la santé.*

*Je remercie particulièrement Maude Leguistin pour son accompagnement méthodologique et sa bienveillance.*

*Je remercie également tous les membres de l'équipe de Guyane Promo Santé, Christelle Fourestier, Sonia Landais, Barbara Gontier, Estelle Tournadre, Léa Bourse, Fany Eleski, Flozia Mande, Jean-Luc Bauza et Patricia Leandry de m'avoir accueillie au sein de Guyane Promo Santé. Se sentir écoutée et comprise m'a permis de réaliser ce stage dans les meilleures conditions.*

*Je remercie particulièrement Maxime Inghels pour sa patience et son expertise. Merci de m'avoir guidée tout au long de ce stage.*

*Ensuite, je remercie mes parents et mes sœurs pour leur soutien encore et toujours inébranlable.*

*Je remercie Lucie Peters et Jeanne Duchesne pour leur sincère amitié.*

*Enfin, un grand merci aux professionnels interrogés, pour la qualité des échanges, le temps consacré à cette étude et surtout pour leur engagement sur les questions de santé sexuelle et reproductive en Guyane.*

## Sommaire

I.	INTRODUCTION.....	8
I.1	La santé sexuelle et reproductive chez les jeunes.....	8
I.2	L'Education à la vie affective et sexuelle (EVAS) .....	9
I.2.1	Apport de l'EVAS .....	9
I.2.2	Principes directeurs d'une intervention en EVAS .....	10
I.2.3	Méthodes pédagogiques et compétences des éducateurs en EVAS .....	11
I.2.4	Mise en place d'une intervention en EVAS .....	12
I.3	L'EVAS en Guyane .....	12
I.4	Problématique .....	14
II.	OBJECTIFS .....	16
III.	MÉTHODOLOGIE .....	16
III.1	Population d'étude.....	16
III.2	Méthode de sélection de la population .....	16
III.3	Modes et outils de recueil.....	17
III.4	Données collectées .....	17
III.5	Cadre conceptuel .....	18
III.6	Plan d'analyse.....	21
IV.	ORGANISATION DE LA MISSION TERRAIN.....	22
V.	RÉSULTATS .....	24
V.1	Description de l'échantillon.....	24
V.2	Freins identifiés dans la mise en place d'interventions en EVAS .....	27
V.2.1	Facteurs individuels déterminant la mise en place des interventions.....	27
V.2.2	Facteurs liés à l'interaction entre le public et l'intervenant .....	29
V.2.3	Facteurs liés à l'environnement d'intervention .....	31
V.2.4	Facteurs liés à l'environnement administratif .....	34
V.3	Interactions entre les freins identifiés dans la mise en œuvre d'intervention en EVAS	39
V.3.1	Interactions entre la motivation, environnement d'intervention et environnement administratif.....	39
V.3.2	Interaction entre les compétences, environnement d'intervention et environnement administratif .....	40
V.3.3	Interactions entre la collaboration interprofessionnelle, niveau individuel et environnement administratif .....	41
VI.	DISCUSSION .....	42
VI.1	Rappel des principaux résultats.....	42
VI.2	Validité interne .....	45
VI.2.1	Choix de l'échantillon .....	45

VI.2.2	Production des données.....	45
VI.2.3	Analyse des données.....	46
VI.3	Validité externe.....	47
VI.3.1	Rôle de l'environnement administratif et d'intervention sur la mise en place des interventions.....	47
VI.3.2	Compétences perçues des intervenants et manque de formation.....	48
VI.3.3	Une collaboration interprofessionnelle freinée à tous les niveaux.....	48
VI.3.4	Tabou autour de la sexualité, vers une évolution des représentations ?.....	49
VII.	RECOMMANDATIONS.....	50
VIII.	CONCLUSION.....	52
IX.	Références bibliographiques.....	53
X.	Annexes.....	58

## Résumé

**Contexte :** En Guyane, les besoins en santé sexuelle et reproductive sont importants et non couverts chez les jeunes. L'éducation à la vie affective et sexuelle (EVAS) est un moyen pour favoriser, de façon précoce, la santé sexuelle et le développement affectif, sexuel et relationnel des jeunes. En Guyane, les interventions en EVAS se déroulent en milieu scolaire et dans les structures hors scolaire (e.g. établissements et services sociaux et médico-sociaux) auprès des jeunes de 3 à 25 ans. Néanmoins des difficultés persistent dans leur mise en place. Cette étude cherche à comprendre les freins et les leviers rencontrés par les professionnels dans la mise en place de ces interventions en Guyane. **Méthode :** Pour cette étude, une enquête qualitative a été réalisée. Des entretiens semi-directifs auprès d'intervenants en EVAS ont été menés. Des observations non participantes, auprès d'intervenants réalisant des interventions en EVAS en milieu scolaire, contextualisent les propos recueillis lors des entretiens. Pour l'analyse, nous avons créé un cadre conceptuel de quatre niveaux écologiques. Chaque niveau regroupe différents facteurs pouvant influencer les pratiques des intervenants en EVAS. Les données ont été traitées par analyse thématique. **Résultats :** 13 entretiens individuels et 3 entretiens collectifs ont été réalisés. Les 20 intervenants interviewés sont de professions (e.g. médicales, secteur socio-éducatif) et de milieux (e.g. écoles, associations) variés. Des freins à la mise en œuvre des interventions en EVAS se retrouvent aux quatre niveaux du cadre conceptuel. Au niveau individuel, les intervenants ressentent un manque de compétences. Au niveau du public d'intervention, des difficultés dans l'interaction entre l'intervenant et le public sont présentes. Au niveau de l'environnement d'intervention, ils évoquent un manque de ressources humaines et matérielles ainsi que des relations interprofessionnelles parfois complexes. Au niveau de l'environnement administratif, des éléments comme le manque de clarté et d'accessibilité des recommandations en EVAS freinent la mise en place des interventions. Des difficultés organisationnelles et un manque d'engagement de la part de l'institution impactent la mise en place des interventions. **Conclusion :** Nous recommandons : (i) favoriser la collaboration interprofessionnelle, (ii) renforcer les compétences des intervenants (iii) encourager le déploiement des interventions sur le territoire, (iv) améliorer les conditions de travail des intervenants, (v) favoriser la reconnaissance des enjeux de l'EVAS par les équipes de direction.

## Abstract

**Background:** In French Guiana, unmet need in sexual and reproductive health represent an important issue among young people. Emotional and sexual life education can improve sexual health along with emotional, sexual and interpersonal development of young people. In French Guiana, interventions on emotional and sexual life education take place in school environment and out-of-school facilities (e.g. medico-social establishment) among 3 to 25-year-olds. However, there are remaining challenges for their full implementation. **Methods:** For the purpose of this study, a qualitative survey was conducted. Semi-structured interviews with professionals implementing interventions were carried out. Some non-participatory observations in school environment contextualized speeches collected during the interviews. For the analysis, we created a conceptual framework. It included four ecological levels which could influence professional practices. Data were analysed by thematic analysis. **Results:** 13 individual interviews and 3 group interviews were conducted. The persons interviewed were from various backgrounds (e.g. medical, paramedical, socio-educational) and environments (e.g. schools, associations). Barriers to implementation of emotional and sexual life education interventions emerged at the four levels of the conceptual framework. At the individual level, professionals expressed a lack of skills. At the level of beneficiaries, the interaction between professionals and beneficiaries of the interventions could be complex. At the intervention environment level, there were a lack of human and material resources as well as sometimes complex interprofessional relations. At the administrative environment level, elements such as lack of clarity and access to the guidelines on emotional and sexual life interventions limited their implementation. The managerial difficulties and lack of commitment of the institution also affected the implementation of interventions. **Conclusion:** We recommend to: (i) promote interprofessional collaboration, (ii) strengthen professional skills, in accordance with guidelines, (iii) encourage the deployment of interventions on the territory, (iv) improve the working conditions of professionals, (v) promote the recognition of emotional and sexual life education in institution.

## Liste des acronymes

ARS : Agence régionale de santé

CeGIDD : Centre gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

CESC : Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

CER : Centre d'éducation renforcé

CPOM : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

CNS : Conseil national du sida et des hépatites virales

Crips : Centre Régional d'Information de Prévention du Sida

EVAS : Éducation à la vie affective et sexuelle

ESSMS : Établissements et services sociaux et médico-sociaux

FNES : Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé

GPS : Guyane promo santé

IEM : Institut d'éducation motrice

IMED : Institut médico-éducatif départemental

Ireps : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

IST : Infections sexuellement transmissibles

MDA : Maison des adolescents

MECS : Maison d'enfants à caractère social

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des Nations unies

PMI : Protection infantile et maternelle

PRS : Projet régional de santé

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VPH : Virus de papillome humain

Samsah : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

Sessad : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

Ulis : Unités localisées pour l'inclusion scolaire

Unesco : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture

## Liste des tableaux

Tableau 1. Cadre conceptuel : analyse par niveau écologique des barrières à la mise en place d'intervention en EVAS en Guyane. ....	20
Tableau 2. Profession des intervenants interrogés, en Guyane, en 2019 (n=20).....	24
Tableau 3. Structure de rattachement des professionnels interrogés, en Guyane, en 2019 (n=20).....	25
Tableau 4. Observations non-participantes réalisées en Guyane, en 2019. ....	25
Tableau 5. Présentation par niveau écologique des freins à la mise en place des interventions en EVAS et leurs manifestations dans le discours des intervenants, en Guyane, en 2019. ...	44

## Table des annexes

Annexe 1 : Fiche présentant la Guyane.....	58
Annexe 2 : Liste des établissements susceptibles de mettre en place des interventions en EVAS, en Guyane, en 2019.....	60
Annexe 3 : Outil de recueil de l'enquête qualitative, étude des freins à la mise en place d'interventions en EVAS, en Guyane, en 2019.....	61
Annexe 4 : Grille d'analyse utilisée pour l'étude des freins à la mise en place d'interventions en EVAS, en Guyane, en 2019.....	62
Annexe 5 : Diagramme de Gantt suivi pendant l'étude des freins à la mise en place d'interventions en EVAS, en Guyane, en 2019.....	63
Annexe 6 : Projet 2019-20 Vie Affective et Sexuelle / Santé Sexuelle et Reproductive, développé par GPS .....	64

# I. INTRODUCTION

## I.1 La santé sexuelle et reproductive chez les jeunes

Les enfants et les jeunes (encadré 1), représentent 50 % de la population mondiale et sont une force positive de développement lorsqu'ils disposent des connaissances et des opportunités dont ils ont besoin pour s'épanouir (1). La jeunesse est une période se caractérisant par une maturation physique et sexuelle mais aussi par le développement de l'identité, de l'acquisition des compétences nécessaires pour remplir son rôle d'adulte et établir des relations d'adulte. En matière de santé sexuelle et reproductive (encadré 1), il s'agit d'un groupe présentant des spécificités et ayant des besoins particuliers. Il s'agit également d'un moment où les risques sont importants et au cours duquel le contexte social peut exercer une influence déterminante (2).

Malgré l'importance de la santé sexuelle et reproductive chez les jeunes, la couverture de leurs besoins reste imparfaite.

Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont la principale cause de décès chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans, dans les pays à revenu faible et modéré (3). Les adolescentes enceintes sont alors davantage susceptibles d'abandonner leur scolarité et d'interrompre leur éducation, ce qui réduit leurs chances de trouver un emploi et limite leurs perspectives par la suite (3).

Barth et al. mettent en évidence l'importance des abus sexuels sur mineur : environ 20 % des femmes et entre 5 % et 10 % des hommes, rapportent avoir été victimes de violences sexuelles dans leur enfance (4).

Les adolescents sont particulièrement touchés par le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les Infections sexuellement transmissibles (IST). En 2015, le VIH/sida constitue la neuvième cause de mortalité à l'échelle mondiale pour ce public (3). Chaque année, 333 millions de nouveaux cas d'IST curables sont estimés, les 20-24 ans sont les plus touchés, suivis des 15-19 ans (3).

Enfin, les jeunes rencontrent des barrières dans leur accès à l'information sur la santé sexuelle et reproductive (5,6).

### Encadré 1 : Définitions

#### **Les enfants et les jeunes :**

Il n'existe pas de consensus sur la tranche d'âge à prendre en compte lorsqu'il s'agit des jeunes. L'Organisation des Nations unies (ONU) considère le jeune comme une personne âgée de 15 à 24 ans. Le terme enfant désigne par conséquent toute personne âgée de moins de 14 ans. L'adolescence, période de préparation à l'âge adulte, est comprise entre 10 et 19 ans (2).

#### **La santé sexuelle et reproductive :**

Elle englobe des dimensions du « bien-être physique, affectif, mental et social en lien avec la sexualité, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité » (3).

## I.2 L'Education à la vie affective et sexuelle (EVAS)

### I.2.1 Apport de l'EVAS

La santé sexuelle et reproductive est une composante essentielle du développement des enfants et des jeunes. Il est donc nécessaire de veiller à son maintien à travers diverses actions. A chaque étape du parcours de vie d'un individu, il existe un ensemble interdépendant de facteurs influençant les comportements et les choix. En ce qui concerne la santé des enfants et des jeunes, en plus des facteurs individuels biologiques et sociaux (e.g. l'âge de la puberté, l'âge des premiers rapports sexuels) et des facteurs du macrosystème (e.g. accès à l'éducation, normes sociales sur le genre), la structure familiale ou le milieu de vie (e.g. milieu scolaire, groupe de pairs) sont particulièrement déterminants (2,7). Dans une démarche de promotion de la santé, l'EVAS s'inscrit dans ces différents niveaux. De façon précoce, dès la petite enfance, elle permet d'agir sur les comportements sexuels à risque (e.g. rapports sexuels non protégés, multipartenariat) et de renforcer les facteurs de protection<sup>1</sup> chez les enfants et les jeunes (e.g. confiance en soi, acquisition d'habiletés sociales, utilisation de stratégies d'adaptation efficaces). Elle permet aussi de limiter les violences et de lutter contre les préjugés (9).

L'EVAS fait partie de l'obligation des Etats de veiller au respect du droit à la santé sexuelle et reproductive et est reconnue comme une composante importante des interventions relatives à la santé des adolescents (2). Elle s'inscrit alors dans les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction, à savoir : renforcer les connaissances et les aptitudes, renforcer les moyens d'action individuels et sociaux, mettre en place un environnement sûr et favorable, et fournir des services de santé et de conseil (2).

Pour l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (Unesco), l'EVAS<sup>2</sup> est « un processus d'enseignement et d'apprentissage fondé sur un programme portant sur les aspects cognitifs, affectifs, physiques et sociaux de la sexualité. Elle vise à doter les enfants et les jeunes de connaissances, d'aptitudes, d'attitudes et de valeurs qui leur donneront les moyens de s'épanouir – dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité –, de développer des relations sociales et sexuelles respectueuses, de réfléchir à l'incidence de leurs choix sur leur bien-être personnel et sur celui des autres et, enfin, de comprendre leurs droits et de les défendre tout au long de leur vie » (3).

L'EVAS chez les adolescents et les jeunes adultes permet d'acquérir (2) :

- des connaissances et des capacités de réflexion ;
- des valeurs positives, notamment le respect de l'égalité des sexes, de la diversité et des droits humains ;
- des attitudes et des aptitudes qui contribuent à l'établissement de relations sûres, saines et positives.

L'EVAS est un moyen pour favoriser la santé, la santé sexuelle et le développement affectif, sexuel et relationnel de tous les jeunes. Elle contribue alors à réduire les prises de risques en

---

<sup>1</sup> Les facteurs de protection sont considérés comme des modérateurs du risque. Ce sont surtout les facteurs psychosociaux et psychoaffectifs qui favorisent la capacité d'un individu à s'adapter à traverser des expériences personnelles plus ou moins difficiles et à franchir des étapes dans son développement personnel (8).

<sup>2</sup> L'Unesco utilise le terme d'éducation à la sexualité complète. L'OMS utilise le terme d'éducation à la sexualité. Pour ce mémoire, nous utiliserons celui privilégié en promotion de la santé : éducation à la vie affective et sexuelle.

augmentant l'utilisation de dispositif de prévention (e.g. préservatifs) et des méthodes contraceptives. L'EVAS délivrée dans les écoles est également apparue comme une intervention efficace et économique qui contribue à la prévention du VIH, à réduire les IST ainsi que les grossesses précoces. Il est démontré que l'EVAS n'a pas d'incidence sur l'exposition sexuelle des jeunes : elle n'augmente pas la fréquence des rapports sexuels, le taux d'infection aux IST et au VIH (3).

## I.2.2 Principes directeurs d'une intervention en EVAS

Dans la littérature, il n'y a pas de consensus sur les principes directeurs et le contenu des interventions en EVAS. Ils varient selon les pays, les époques, les courants de pensées, les disciplines. Ils sont néanmoins à la base du processus de l'évaluation des bonnes pratiques en matière d'éducation à la sexualité (3,10). Nous présentons ici les éléments essentiels, non exhaustifs, d'une intervention en EVAS.

Une intervention en EVAS peut être mise en place auprès d'un large public, des enfants initiant leur scolarité (dès 3 ans, en crèche, tôt dans la relation à l'autre) jusqu'à l'âge adulte en passant par l'adolescence. Elle intègre l'apprentissage des aspects cognitifs, émotionnels, sociaux, interactifs, et physiques de la sexualité. Le contenu des apprentissages dépend de l'âge du public : il s'adapte aux différents niveaux de développement et est dispensée au moment où les messages liés à la santé sexuelle et reproductive et aux relations interpersonnelles ont le plus de chances d'être assimilées. Ces messages prennent en compte l'évolution des besoins et des capacités des jeunes.

Le contenu doit être basé sur des **données factuelles** concernant la santé sexuelle et reproductive, la sexualité et les comportements. L'EVAS offre ainsi l'occasion d'acquérir des **connaissances sur la sexualité**. Elle aborde les questions relatives à la santé sexuelle et reproductive, mais aussi à l'anatomie et la physiologie sexuelle et reproductive, à la puberté, à la contraception moderne, la grossesse et l'accouchement, et aux IST, VIH/sida. Cependant, elle ne doit pas se réduire à des informations sur la reproduction, les risques et les maladies mais doit aussi privilégier une approche positive de la santé en incluant notamment les facteurs protecteurs.

Les apprentissages doivent favoriser l'**autonomisation des apprenants** en améliorant leurs compétences en matière d'analyse, de communication sur les sujets en lien avec la sexualité, les relations interpersonnelles, les normes culturelles et sociales ou encore le consentement et l'intégrité physique. Elle permet de **développer les compétences** pour la vie courante nécessaires pour l'adoption de choix sains. Cela inclut la capacité de réfléchir et de prendre des décisions éclairées, de communiquer et de négocier efficacement. Ces compétences peuvent aider les enfants et les jeunes à nouer des relations respectueuses et saines avec les membres de leur famille, leurs pairs, leurs amis et leurs partenaires.

L'éducation à la sexualité doit être un **processus éducatif continu** qui commence dès le plus jeune âge, et dans lequel les nouvelles informations s'appuient sur les connaissances déjà acquises. Elle est dispensée avec régularité aux apprenants tout au long de leur éducation, plutôt qu'à l'occasion d'une intervention unique.

### **I.2.3 Méthodes pédagogiques et compétences des éducateurs en EVAS**

En EVAS, l'OMS et l'Unesco insistent sur l'utilisation de méthodes pédagogiques<sup>3</sup> spécifiques permettant de faciliter le processus d'apprentissage chez les enfants.

Les intervenants doivent recourir à diverses méthodes pédagogiques interactives, participatives et axées sur l'apprenant. Ces méthodes permettent la participation active des enfants et des jeunes et les aident à intérioriser l'information, en opposition aux méthodes pédagogiques transmissives ou inductives. Il ne s'agit pas pour l'éducateur d'apporter uniquement de l'information aux jeunes mais aussi d'instaurer un temps et un espace de dialogue, de débats, leur permettant de susciter leur réflexion, de s'exprimer sur les questions qu'ils se posent, les préoccupations qui les concernent. Ces méthodes, comme les jeux de rôles ou la réflexion en groupes correspondent alors à des objectifs d'apprentissage précis (3). D'autre part, il est essentiel d'aborder les comportements en santé de manière positive en évitant une approche strictement préventive centrée sur le risque. Cette approche négative de la sexualité ne répond pas aux besoins d'information et de compétences des jeunes. La sexualité doit être considérée en tant que potentiel positif de l'être humain (9,10).

Afin de mettre en place une intervention en EVAS, les intervenants doivent acquérir certaines compétences. Les compétences des intervenants en EVAS regroupent un ensemble d'attitudes, d'aptitudes et de connaissances. Ces compétences sont mobilisées ensemble pour une action efficace dans un contexte particulier (10).

#### ***Attitudes des intervenants :***

Pour les intervenants en EVAS, il est essentiel qu'ils soient conscients de leurs propres attitudes, normes et valeurs associées à la sexualité et de comprendre dans quelle mesure celles-ci influencent leur vie professionnelle, notamment leur comportement conscient et inconscient face aux apprenants. Les attitudes particulièrement importantes pour les intervenants en EVAS sont (10) :

- l'engagement pour l'EVAS ;
- le respect de la vie privée et la compréhension des limites de chacun (e.g. s'abstenir de partager des informations personnelles concernant leur propre sexualité, être conscient de leurs propres limites) ;
- l'ouverture d'esprit et le respect d'autrui (e.g. comprendre et respecter les perspectives liées aux choix sexuels, aux comportements et aux expressions de la sexualité).

#### ***Aptitudes des intervenants :***

Les aptitudes font référence aux capacités qu'un intervenant doit acquérir pour faciliter l'apprentissage et la réflexion du public sur la vie affective et sexuelle. Les aptitudes particulièrement importantes sont (10) :

- la capacité de créer et de préserver un environnement sûr, inclusif et propice à l'apprentissage (i.e. instaurer une politique de non-jugement) ;
- la capacité d'utiliser des approches d'enseignement et d'apprentissage interactives (e.g. savoir utiliser des techniques d'animation favorisant le dialogue entre jeunes durant l'intervention) ;
- la capacité de communiquer de façon efficace (e.g. s'adapter au langage du public) ;

---

<sup>3</sup> Une méthode pédagogique est un moyen permettant de transmettre un contenu éducatif, en tenant compte de la diversité des modalités d'apprentissage des individus, et aidant chaque enfant à s'intéresser activement au contenu éducatif et à apprendre plus efficacement (3).

- la capacité de favoriser une réflexion sur les croyances et les valeurs.

### **Connaissances des intervenants :**

Les intervenants en EVAS peuvent être amenés à travailler dans divers environnements et avec divers groupes cibles. Être capables d'adapter leurs connaissances aux besoins des apprenants (e.g. âge, niveau de développement) est crucial pour les intervenants. Les connaissances à développer pour les intervenants en EVAS sont (10) :

- les connaissances des thèmes pertinents de l'EVAS
- les connaissances fondamentales de la promotion de la santé et de la psychologie ;
- les connaissances sur la manière de dispenser l'EVAS, tout en rendant le contenu accessible au public (connaissances des méthodes pédagogiques).

#### **I.2.4 Mise en place d'une intervention en EVAS**

Selon les principes directeurs, la mise en place d'une intervention en EVAS doit être développée dans le sens d'un projet d'établissement. Il est important de prévoir des séances multiples, échelonnées sur plusieurs années. Dans une démarche de promotion de la santé, plusieurs étapes de la démarche de projet doivent être mises en place, afin de réaliser des actions pertinentes et adaptées aux besoins et aux demandes des publics.

La mise en place d'une intervention en EVAS dans une structure nécessite l'implication de différents acteurs (e.g. enseignants, infirmiers, assistants sociaux, éducateurs spécialisés). Dans un premier temps, il est nécessaire de constituer l'équipe et d'associer les partenaires. Ensuite, l'analyse de la situation permet d'identifier les besoins de santé des personnes concernées et de dégager des priorités d'action. Le fait d'associer l'ensemble des acteurs (jeunes, parents, communauté éducative, etc.) à cette phase d'analyse permet de prendre en compte leurs besoins mais également de les intégrer dès le début du projet. Cela favorise une plus grande implication de leur part dans la suite du projet. L'objectif du projet en EVAS se définit alors avec la population concernée et les partenaires.

Pour la mise en œuvre du projet, la démarche de planification permet de prévoir tous les éléments nécessaires au bon déroulement du projet : l'organisation, les besoins, les ressources, le calendrier. Elle est élaborée avec l'ensemble des acteurs concernés.

La démarche d'évaluation doit être mise en place dès l'élaboration du projet. Elle constitue un processus de réflexion et de remise en question tout au long du déroulement du projet.

Enfin, après la réalisation des interventions, il est important de communiquer et de valoriser le projet. A toutes les étapes de mise en œuvre, la participation des bénéficiaires doit être privilégiée (11).

### **I.3 L'EVAS en Guyane**

La France insiste sur la promotion de la santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes et sur la prise en compte des spécificités de l'outre-mer dans la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, définie par le Ministère de la Solidarité et de la Santé (12). La volonté de développer les interventions en promotion de la santé et en éducation pour la santé est clairement exposée dans le Projet Régional de Santé Guyane 2018-2027 (13).

En France, l'EVAS peut se dérouler en milieu scolaire comme dans des structures amenées à accueillir des enfants et des jeunes. Les intervenants en EVAS sont issus de profession et de secteur variés (e.g. enseignant, animateur, infirmier, médecin, travailleur social, éducateur

spécialisé). Il s'agit de toute personne ou professionnel en posture d'éducateur dans une intervention d'éducation pour la santé. En éducation pour la santé, il n'existe pas en France de formation initiale dédiée (14). De manière générale, les professionnels mettent en place les interventions en plus de leurs missions principales. « En France, l'éducation pour la santé, [dont l'EVAS fait partie] n'est ni une discipline académique spécifique ni un métier officiellement répertorié. Il s'agit d'un ensemble d'activités de différents types (individuel/collectif) et domaines. Elles mobilisent des apports issus de plusieurs disciplines : médecine, santé publique, sciences de l'éducation, psychologie, anthropologie, etc. Enfin, elles peuvent être exercées par des intervenants non professionnels et professionnels très diversifiés. Environ 50 métiers relevant des Codes de la santé, de l'éducation ou de l'action sociale et des familles sont potentiellement concernés dans la mesure où ils peuvent inclure, de façon régulière ou plus ponctuelle, des actions d'éducation pour la santé. Au total, le périmètre pourrait englober près de 2.5 millions de professionnels. L'enjeu en termes de formation est considérable car chaque année environ 250 000 étudiants sont engagés dans le cursus de formation correspondants à ces métiers. On note également une forte hétérogénéité en termes de formation et de niveau de diplômes » (15).

Les interventions se distinguent selon qu'elles soient réalisées dans les établissements scolaires et ceux non-scolaires. Les interventions en EVAS dépendent du Ministère de l'Education nationale et de la Jeunesse ainsi que du Ministère des Solidarités et de la Santé.

**En milieu scolaire**, l'éducation à la sexualité est obligatoire et inscrite dans le Code de l'Education depuis la loi du 4 juillet 2001. L'article L. 312-16 est ainsi libellé : « *Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances présentent une vision égalitaire des relations entre les femmes et les hommes. Elles contribuent à l'apprentissage du respect dû au corps humain. Elles peuvent associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du Code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n°85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la Santé peuvent également y être associés* » (16).

En cas d'implication d'un partenaire, les interventions sont assurées par un binôme de professionnels comprenant toujours un personnel de l'éducation nationale. Elles se déroulent sous la responsabilité pédagogique d'un membre de l'équipe éducative. Les interventions en EVAS s'inscrivent dans le projet d'école ou le projet d'établissement et sont mises en œuvre dans le cadre du conseil d'école (école élémentaire) ou du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) (collège et lycée). Cette mise en œuvre doit se faire à travers les enseignements et des séances spécifiques (17).

**Dans les Établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)**, le Code de l'action sociale et des familles prévoit la mise en place d'actions éducatives, médico-éducatives et pédagogiques adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge (18). La loi prévoit également l'obligation de dispenser une information et une éducation à la sexualité et à la contraception dans toute structure accueillant des personnes en situation de handicap (16,19). Ces établissements regroupent l'ensemble des structures dont la vocation est d'accueillir et accompagner, dans leur enceinte ou de manière ambulatoire, pour une brève durée ou au long cours, des personnes en situations de handicap, dépendantes ou en situation d'exclusion sociale (20).

La mise en œuvre d'intervention d'éducation à la sexualité, au sein d'un ESSMS est possible selon deux approches : via une approche globale en lien avec le projet d'établissement ou de

service, ou via une entrée thématique en veillant autant que possible à prendre en compte le niveau politique et l'environnement de vie, à favoriser la participation, à intégrer une démarche éducative et à mobiliser les services de santé. L'article L. 1411-1-2 de la loi de modernisation du système de santé souligne ainsi : « Les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physique, social et économique favorables à la santé. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé » (21).

Des interventions d'EVAS peuvent également être mises en place dans les **lieux d'accueil et d'écoute pour les jeunes** (e.g. Maison des adolescents, points d'écoute jeunes, etc.), **dans des associations** (22) et sont dans les missions des Protections maternelles et infantiles (PMI) et Centres d'éducation et de Planification Familiale (CPEF), services des Conseils départementaux et des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD).

## I.4 Problématique

La Guyane est un département français d'Amérique présentant des caractéristiques socio-démographiques et sanitaires particulières (document présenté en Annexe 1, page 58-59).

Le territoire Guyanais est grand et fortement enclavé. L'arrière-pays constitue 90 % du département et est couvert de forêts tropicales denses, uniquement accessible que par voies aériennes ou fluviales, régulièrement non navigables. L'offre de santé est alors répartie de façon inégale sur le territoire et reste limitée. L'offre médico-sociale souffre d'un sous équipement et les actions de prévention, elles, d'une faiblesse structurelle (23,24).

La population y est jeune et cosmopolite. En 2015, une personne sur deux à moins de 25 ans et un tiers de la population est de nationalité étrangère. Les principales communautés représentées sont les communautés surinamaises, haïtiennes et brésiliennes (25).

En Guyane, les besoins en santé sexuelle et reproductive chez les jeunes sont importants. En 2015, le nombre d'enfant par femme est de 3,60 contre 1,96 en Métropole (26). Le taux de fécondité chez les mères adolescentes (âgées au plus de 19 ans) est de 65 ‰, nettement supérieur à celui de la Guadeloupe (15 ‰), de la Martinique (11 ‰) et de la France métropolitaine (9 ‰), tout en restant proche de la moyenne de la zone Caraïbes et Amérique Latine (62 ‰) (25). En ce qui concerne les Interruptions volontaires de grossesses (IVG), des inégalités de territoire sont également présentes. En 2016, le total d'IVG en Guyane était de 27,5 pour 1000 femmes de 15-49 ans, contre 13,9 pour 1000 en France métropolitaine. La proportion d'IVG réalisée chez les femmes mineures de 15 à 17 ans était alors de 21,4 % en Guyane contre 6,6% en France métropolitaine (27).

Ce département français d'Amérique connaît une situation épidémiologique relative au VIH/sida plus défavorable qu'en métropole avec une incidence et une prévalence de l'infection plus élevées. La Guyane reste le territoire ayant le taux estimé de sérologie VIH positive le plus élevé de France, avec 7 sérologies positives pour 1 000 tests réalisés en 2015 (2,3 sérologies positives VIH pour 1 000 tests réalisés en Martinique et 3 en Guadeloupe) (28). Pour les IST, peu de données épidémiologiques sont disponibles en Guyane et ne permettent pas d'avoir une vision précise de cette problématique chez les jeunes (23). Toutefois, une étude récente a montré que la prévalence de l'infection au virus du papillome humain (VPH)

chez les femmes résidant dans les communes isolées du Maroni et de l'Oyapock était de 35 % (29). L'ensemble de ces indicateurs suggèrent des actions de prévention insuffisante (23). Enfin, la violence est très présente en Guyane. Parmi les guyanais âgés de 18 à 75 ans, 7 % ont subi des violences physiques ou sexuelles en 2013 ou 2014. Cette proportion est plus importante que celle observée en France métropolitaine et aux Antilles (5 %) et une guyanaise, âgée de 15 à 39 ans, sur dix a été victime de violences physiques ou sexuelles dans son ménage en 2013 ou 2014 (30). Aussi, les représentations sociales de l'homosexualité et du VIH/sida persistent et contribuent à la banalisation des attitudes stigmatisantes (23). La précarité économique et sociale ainsi que certains contextes de sexualité, comme la précocité des rapports, le multipartenariat, la fréquence des rapports sexuels payés ou les violences sexuelles concourent à une vulnérabilité des jeunes face aux problématiques de santé sexuelle et reproductive en Guyane (13,23).

L'EVAS se pose alors comme un moyen d'action pour agir de façon précoce sur la santé des enfants et des adolescents. Cependant, des difficultés existent pour mettre en place ces interventions (31). En France, l'application de la loi imposant la mise en place d'intervention en EVAS dans les écoles rencontre notamment des difficultés. Les interventions ne sont pas toujours mises en place dans les établissements amenés à accueillir les jeunes (32). La qualité des interventions semble elle aussi variable. Selon Rochigneux et al., dans une étude de 2007, « 33 % des enseignants interrogés déclarent ne pas faire de l'éducation à la sexualité. L'éducation à la sexualité prend essentiellement une dimension informative sous forme de séquences de classe et non une dimension globale, dans le cadre d'un projet [...]. Le développement des compétences psychosociales et les approches affectives et sociales de la sexualité restent abordés de façon très marginale. Les deux thèmes traités principalement sont l'apport de connaissances dans le domaine biophysique et dans celui de la prévention notamment des IST. Ceci conduit à une réification de l'éducation à la sexualité et pose la question de la pertinence de cette dernière. En effet, n'aborder que des contenus relatifs aux risques des pratiques sexuelles ou des contenus biophysiques et anatomiques propose une vision de la sexualité décalée de la réalité vécue par les élèves » (33). En Guyane, le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS), dans un rapport de 2018, met en avant une résistance « d'origine multiple d'une partie de la communauté éducative à s'investir dans l'éducation à la sexualité » malgré les efforts engagés au niveau Rectorat pour compenser les faiblesses observées (23).

Au vu des indicateurs de santé sexuelle et reproductive, chez les jeunes guyanais et des spécificités socio-démographiques propres à la Guyane, il nous semble important de favoriser la mise en place d'interventions en EVAS en Guyane. En ce sens, nous souhaitons mieux comprendre les freins et leviers rencontrés par les professionnels dans la mise en place d'interventions en EVAS auprès des jeunes guyanais.

## II. OBJECTIFS

### **Objectif principal :**

Identifier les freins rencontrés par les professionnels dans la mise en place des interventions collectives en EVAS, auprès des publics de 3 à 25 ans, en Guyane, en 2019.

### **Retombées attendues :**

Cette étude permettra de déterminer les leviers d'action possibles afin de pallier les différents obstacles à la mise en place des interventions collectives en EVAS sur l'ensemble du territoire guyanais.

## III. MÉTHODOLOGIE

Afin de répondre à l'objectif principal de notre étude, l'enquête qualitative a été privilégiée car l'objectif de cette étude est de documenter, de manière fine, les différentes pratiques et représentations des intervenants en EVAS. Par le discours, il est possible de toucher les systèmes de représentations et les actions qui en découlent et avoir une vision fine des facteurs influençant la mise en place des interventions par les professionnels.

### **III.1 Population d'étude**

La population cible et la population source est l'ensemble des professionnels mettant en place des interventions collectives en EVAS, auprès d'un public de 3 à 25 ans, en Guyane, en 2019.

### **III.2 Méthode de sélection de la population**

Les intervenants en EVAS ont été sélectionnés par convenance. Nous avons interrogé différents intervenants en termes d'origine professionnelle (professionnel de la santé, de l'enseignement et du secteur social) et géographiques. Le nombre d'intervenants à interroger a été déterminé par saturation des données. Autrement dit, à partir du moment où les informations recueillies apparaissaient comme redondantes et qu'aucune nouvelle barrière n'émergeait dans le discours des intervenants (i.e. pas d'éléments d'explication supplémentaires), le processus de recrutement était interrompu.

Comme nous l'avons présenté dans l'introduction, les interventions en EVAS peuvent être mises en place dans différentes structures et par différents professionnels. Nous avons souhaité avoir un échantillon composé d'intervenants de professions et de structures variés afin d'obtenir un aperçu large des barrières à la mise en place des interventions en EVAS en Guyane. Pour sélectionner notre échantillon, nous nous sommes basés sur une liste, non exhaustive, des établissements susceptibles de mettre en place des interventions en EVAS sur le territoire guyanais (document présenté en Annexe 2, page 60). Cette base

d'échantillonnage s'appuie sur des échanges informels réalisés avec des professionnels de l'éducation pour la santé et des registres des structures intervenant en EVAS de l'Ireps et du Rectorat.

### **III.3 Modes et outils de recueil**

Pour cette enquête qualitative, nous avons réalisé à la fois des entretiens et des observations.

Des entretiens semi-directifs en face-à-face et par téléphone ont été réalisés auprès des intervenants. Ces entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après avoir recueilli le consentement éclairé de l'enquêté. En cas de refus de l'enregistrement, les propos ont été recueillis par prise de notes. L'outil de recueil est un guide d'entretien. Celui-ci a été réalisé après avoir été testé lors d'entretiens préliminaires (document présenté en Annexe 3, page 61). Les thématiques abordées à l'aide du guide sont présentées dans la partie III.4..

Des conversations informelles avec différentes parties prenantes des interventions en EVAS ainsi que des groupes de travail sur la thématique sont venues enrichir ce travail.

Des observations non participantes ont également été réalisées. Ces observations viennent contextualiser les propos recueillis lors des entretiens, pour mettre en perspective les différentes barrières évoquées par les professionnels. L'outil de recueil utilisé était la prise de notes manuelle.

Au début de chaque entretien, les personnes enquêtées étaient informées de la confidentialité de l'entretien et de l'anonymisation des données lors de la retranscription. Les données collectées (retranscription des entretiens) ont été stockées sur un fichier Word protégées par un mot de passe. Dans chaque entretien, le nom et le prénom des participants ont été anonymisés. Dans le cas où une personne physique était mentionnée lors de l'entretien, son nom et prénom étaient également anonymisés. Pour les observations et échanges informels, les notes recueillies manuellement ont été retranscrites sur un fichier Word également protégé par un mot de passe. Après avoir été saisis les enregistrements et feuilles de prise de notes ont été détruites.

### **III.4 Données collectées**

Les questions abordées dans les guides d'entretien portaient sur les interventions en EVAS mises en place par les enquêtés. Cinq grands thèmes ont été abordés :

- le parcours professionnel de la personne interrogée ;
- le public d'intervention ;
- la démarche d'intervention : objectifs de l'intervention, thématiques abordées, ressources, déroulé, participation du public ;
- la mise en place de l'intervention : demande initiale de l'intervention, stratégie d'intervention, mise en œuvre du projet, adaptation des interventions, évaluation ;
- la gestion de l'intervention : implication de la communauté, communication et dynamique au sein de l'institution sur l'EVAS, collaboration entre les différents intervenants.

Les relances, basées sur le discours émergent, étaient alors orientées sur les difficultés que les professionnels ont rencontré pendant la mise en place de leurs interventions.

### III.5 Cadre conceptuel

La mise en place d'une intervention en promotion de la santé et en prévention est complexe. Il existe de nombreux cadres conceptuels et théories expliquant les pratiques des professionnels dans le domaine de la santé. Afin d'avoir une vision large des facteurs pouvant influencer ces pratiques, nous nous sommes basés sur le cadre conceptuel de Schuster et al. Ces auteurs analysent par niveau écologique les barrières rencontrées par les professionnels de santé pour mettre en place les services de prévention de la transmission verticale du VIH en Afrique Sub-Saharienne (34). Les niveaux écologiques représentent alors différents environnements gravitant autour des professionnels et influençant leur performance.

Dans notre cadre conceptuel, le professionnel est placé au centre de l'analyse. Il s'agit de rendre compte de l'effet des différents environnements du professionnel sur sa capacité et sa possibilité à mettre en œuvre des interventions en EVAS. L'environnement peut être conceptualisé comme une configuration hiérarchisée composée de différents facteurs imbriqués les uns dans les autres et susceptibles d'agir sur l'individu (35). Pour notre étude, nous avons retenu quatre environnements définis par niveau.

Le **niveau « Individu »** se concentre sur les facteurs individuels, propres à l'intervenant et pouvant influencer la mise en place d'une intervention. Ce niveau englobe plusieurs dimensions relatives à l'individu (Tableau 1).

La motivation au travail possède deux composantes. La motivation intrinsèque qui est le désir personnel de réaliser une action par intérêt, challenge, satisfaction personnelle. Elle est dépendante de caractéristiques personnelles comme les besoins, les pulsions, l'instinct, la satisfaction personnelle, les traits de personnalité. La motivation extrinsèque, qui se définit comme la motivation venant de l'extérieur et dépendante de la situation, de l'environnement de travail, de la nature de l'emploi, du mode de management des supérieurs (36). Un manque de motivation intrinsèque peut se traduire par une lassitude dans les tâches accomplies, une frustration, du stress et venir influencer le travail des professionnels (37). Au niveau extrinsèque, cela peut se manifester par un manque de satisfaction au niveau de la rémunération ou un manque de reconnaissance du travail accompli (38,39). Nous avons choisi de nous intéresser à la motivation des professionnels car dans le domaine de la santé et plus largement au travail, la performance des services de santé dépend de la motivation des professionnels, et influence la qualité, l'efficacité et l'équité des services mis en place, directement médié par le degré de volonté du professionnel à s'impliquer dans la réalisation de ses tâches (36).

Les compétences se définissent par l'ensemble des connaissances, attitudes et aptitudes des professionnels. Un manque de compétences peut alors impacter la mise en place d'une intervention en santé (40). Pour les interventions en EVAS, cela peut se manifester par un manque de connaissance sur les thèmes relatifs à la vie affective et sexuelle (connaissances), des difficultés pour mettre une distance sur son parcours personnel (attitudes) ou des difficultés pour animer une séance collective (aptitudes).

Le sentiment de compétence ou sentiment d'efficacité fait référence à la perception d'un individu sur sa propre capacité pour accomplir une tâche (41). Il contribue alors à déterminer « l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixé, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'il éprouve lorsqu'il rencontre des obstacles » (41). Un faible sentiment de compétence peut se manifester par un manque de confiance sur les

compétences professionnelles et tient une place importante dans la performance au travail (42).

Le **niveau « *Public d'intervention* »** s'intéresse aux facteurs liés à la population ciblée par l'intervention.

Ce niveau, comprend les interactions entre le public et l'intervenant qui peuvent influencer la mise en œuvre des interventions. Nous entendons par interactions, toutes les actions réciproques entre deux ou plusieurs individus au cours desquelles des informations sont partagées. Cette dimension est importante car l'intervenant en EVAS est en contact direct avec la population et joue un rôle d'animation de groupe. Il est notamment amené à saisir les représentations pour mettre en réflexion le groupe, à répondre aux questions et à apporter des repères adaptés aux besoins. L'intervenant doit d'une part adapter les contenus des interventions au public d'intervention selon l'âge ou le niveau de développement mais aussi adapter la façon dont le message est transmis. La qualité des échanges entre le public et le professionnel tout au long de l'intervention influence la qualité de l'intervention, la mise en confiance du public et donc la capacité du public à participer, à recevoir les messages (10). Les difficultés au niveau de l'interaction peuvent se manifester par un manque de considération sur les attentes du public de la part des intervenants ou des difficultés pour communiquer (e.g. barrière de la langue) sur la thématique (e.g. tabou sur la sexualité).

Le **niveau « *Environnement d'intervention* »** correspond à l'environnement de travail dans lequel l'intervenant évolue et met en place ses interventions. Il peut s'agir de la structure de rattachement du professionnel ou d'une structure où le professionnel vient réaliser ces interventions. Dans ce niveau, la mise en place des interventions peut être déterminée par plusieurs facteurs.

Le lieu de l'intervention peut influencer la mise en place d'intervention en santé. Cela peut se traduire par l'isolement géographique de certaines structures.

Les moyens humains mis à disposition peuvent influencer la réalisation des interventions (37). Un manque de ressources humaines peut se manifester par la charge de travail des professionnels.

Les ressources matérielles sont également importantes pour réaliser des interventions de prévention (43). Un manque de matériel pédagogique (outils d'intervention) peut avoir un effet sur la compréhension des contenus des interventions en EVAS.

Enfin, les relations interprofessionnelles sont déterminantes pour la mise en place d'interventions (44). Nous entendons par relations interprofessionnelles, l'ensemble des rapports qui s'établissent dans le cadre du travail entre les intervenants mettant en place les actions d'EVAS. D'Amour et al. expliquent que chaque professionnel adopte, à travers sa formation, une vision des pratiques professionnelles centrée sur sa discipline et ancrée dans un cadre théorique fort (44). De plus Berger et al. soulignent que les conceptions des enseignants et futurs enseignants sur leur pratique d'enseignement sont déterminées en partie par leurs représentations sociales et leurs conceptions individuelles de la thématique (45). Celles-ci sont donc très variables d'un individu à l'autre. L'absence de langage commun peut alors expliquer la complexité des relations interprofessionnelles et limiter la collaboration entre professionnels (44). La dynamique de collaboration interprofessionnelle peut aussi être déterminée par des éléments propres à l'organisation (coordination, communication, leadership, partage de valeurs communes, gestion des conflits) (44). Des difficultés dans les relations interprofessionnelles peuvent se manifester par une mauvaise entente au travail ou encore par un manque d'échange entre les professionnels.

**Tableau 1. Cadre conceptuel : analyse par niveau écologique des barrières à la mise en place d'intervention en EVAS en Guyane.**

<b>Niveaux écologiques</b>	<b>Déterminants de la mise en place des interventions</b>	<b>Exemples de manifestations</b>
<b>Individu</b>	motivation intrinsèque	manque d'intérêt pour son travail, stress, charge émotionnelle du travail
	motivation extrinsèque	manque de reconnaissance du travail des professionnels, salaire insuffisant
	connaissances	manque de connaissances sur les thèmes et concepts en EVAS, absence de connaissance des recommandations
	aptitudes	difficulté pour animer une séance collective
	attitudes	difficultés pour aborder les questions relatives à la sexualité
	sentiment de compétence	manque de confiance sur les compétences professionnelles
<b>Public d'intervention</b>	interactions public-intervenant	manque de considération des attentes du public barrières de la langue tabou sur la sexualité
<b>Environnement d'intervention</b>	lieu d'intervention	isolement géographique
	ressources humaines	charge de travail
	ressources matérielles	manque de matériels pédagogiques, outils non adaptés au public
	relations interprofessionnelles	mauvaise entente au travail
<b>Environnement administratif</b>	formation	manque d'échanges sur les pratiques professionnelles manque de formation, contenu de formation inadapté
	recommandations sur l'EVAS	manque de clarté et d'accessibilité des recommandations pour les intervenants et l'administration
	relation avec l'institution	incohérence des discours entre l'intervenant et l'institution (établissement d'accueil et de rattachement de l'intervenant), rapports conflictuels
	engagement de l'institution sur la thématique	manque de retour sur les interventions manque de supervision
	management	manque de planification des interventions manque de coordination des intervenants

Enfin, le **niveau « Environnement administratif »** fait référence à l'environnement permettant à l'intervenant de mettre en place des interventions au sein des structures accueillant ou accompagnant des jeunes. L'administration peut se traduire par l'ensemble des supérieurs hiérarchiques gravitant autour du professionnel, dans sa structure de rattachement et/ou dans la structure où celui-ci met en place les interventions. L'environnement administratif, se traduit également par les facteurs organisationnels permettant la mise en place des interventions au sein des structures.

La formation est un élément important de la mise en œuvre d'intervention en santé (46). Les professionnels peuvent manifester un manque de formation ou un contenu de formation non adapté.

Des recommandations sont nécessaires pour mettre en place une intervention en santé (37). Nous entendons par recommandations l'ensemble des référentiels, normes ou standards guidant et encadrant la pratique des intervenants pour mettre en place des actions d'EVAS. Des difficultés peuvent se retrouver au niveau de leur clarté ou de leur accessibilité.

Les relations qu'entretiennent les professionnels avec leur institution déterminent la mise en place des interventions de santé (47). Des difficultés peuvent exister à ce niveau et se traduire par une incohérence des discours entre l'intervenant et l'institution, par l'expression de ces cadres. L'institution fait référence ici à la fois à la structure de rattachement de l'intervenant et à la structure où celui-ci met en place les interventions.

Le niveau d'engagement de l'institution peut influencer la mise en place d'une intervention de santé (48). Un engagement limité de la part de la hiérarchie peut se traduire par un manque de retour sur les interventions, ou encore par un manque de supervision.

Enfin, le management est essentiel dans la mise en place d'intervention en santé (47). Des difficultés peuvent alors être retrouvées au niveau de la planification des interventions et de la coordination des intervenants.

### **III.6 Plan d'analyse**

Dans cette enquête, nous analysons les freins à la mise en place des interventions, comme définies dans les principes directeurs sur l'EVAS, présentées en introduction.

Pour cela, nous avons réalisé une analyse par thématique.

Une première lecture de l'ensemble des entretiens a été effectuée afin de faire émerger les grands thèmes dans chaque discours recueillis. En se basant sur le cadre conceptuel créé pour l'enquête (tableau 1), cette première lecture, nous a permis de réaliser la grille d'analyse (document présenté en Annexe 4, page 62).

Les verbatims se rapportant aux grands thèmes identifiés ont ensuite été classés dans cette grille d'analyse.

Enfin, nous avons réalisé une analyse comparée du discours de chaque interviewé, sur chaque thème. Nous avons alors voulu repérer dans les thèmes émergents, les variations ou récurrences au sein du corpus ainsi que les éléments venant expliquer ces variations.

## IV. ORGANISATION DE LA MISSION TERRAIN

Nous avons réalisé ce stage au sein de Guyane Promo Santé (GPS), Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé et Centre Régional d'Information de Prévention du Sida (Ireps/Crips). GPS est une association à but non lucratif régie par la loi de 1901 et créée en 2007 et membre de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES). Il s'agit d'une fédération d'acteurs de l'éducation pour la santé en Guyane. Elle compte 53 membres dont 34 associations. Les missions de GPS s'inscrivent dans la Stratégie nationale de santé. Ces partenaires financiers sont l'Agence régionale de santé de Guyane (ARS), le Conseil Régional, la ville de Cayenne, la Collectivité territoriale de Guyane et Santé Publique France. Son but est d'appuyer le développement régional de l'éducation et de la promotion de la santé, mutualiser, développer et améliorer la qualité des ressources documentaires et améliorer les compétences des acteurs et la qualité des actions. En ce sens, GPS propose différentes activités définies dans un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) :

- animation du réseau ;
- documentation et outils ;
- formation ;
- conseil en méthodologie de projet ;
- appui aux politiques de santé ;
- déploiement de projet de promotion de la santé sur le territoire ;
- plateforme éducation thérapeutique du patient.

GPS avec l'appui de l'ARS de Guyane et du Rectorat, souhaitait participer à l'amélioration de la mise en place des interventions en EVAS en Guyane, au sein d'établissements scolaires ou de toutes autres structures accueillant ou accompagnant des enfants et des jeunes. La demande de l'ARS s'inscrit dans le Projet Régional de Santé de Guyane 2018-2027.

L'objectif initial du stage était de travailler sur la création d'un outil destiné à apporter aux intervenants en EVAS de la ressource adaptée au territoire. Ce projet était à l'initiative de l'ARS de Guyane en collaboration avec le Rectorat. Un site internet rassemblant des descriptions détaillées sur les méthodes et outils pour les intervenants en EVAS avait été envisagé. Lors des premiers comités de pilotage et groupes de travail sur le projet, les professionnels présents ont été interrogés sur leurs besoins et leurs attentes vis-à-vis de cet outil. Plusieurs problématiques importantes sur la mise en place des interventions en Guyane sont ressorties de ces groupes de travail. L'outil envisagé ne pouvant pas y répondre en globalité, il a été décidé de réaliser une enquête sur les barrières à la mise en place des interventions en EVAS, auprès des professionnels. Les recommandations émises à la fin de l'enquête avaient pour but de réorienter le projet initial.

L'ensemble des étapes de la mise en œuvre de l'enquête sont présentées dans un diagramme de Gantt (document présenté en Annexe 5, page 63). Le premier mois de stage a donc permis de redéfinir les missions de stage et les objectifs de l'enquête ainsi que la méthodologie. Ce début de stage a également été consacré à la réalisation d'un travail de recherche sur les structures et les professionnels susceptibles de réaliser des interventions. Les entretiens préliminaires auprès de professionnels nous ont ensuite permis de développer le guide d'entretien et de définir le cadre conceptuel nécessaire à l'analyse ainsi que la grille d'analyse. Dans un deuxième temps, nous avons sollicité par mail les professionnels recensés pour la réalisation d'un entretien. Pour faciliter l'organisation de l'enquête, un tableau Excel avec les coordonnées et dates d'entretien et/ou d'observation a été réalisé. Les professionnels ont

accueilli très positivement cette enquête et les premiers entretiens ont pu être réalisés rapidement. Les entretiens ont été retranscrits au fur et à mesure de l'enquête ainsi que la rédaction des notes des observations non-participantes.

A la saturation des données, nous avons débuté l'analyse des entretiens. Cette phase d'analyse s'est achevée par la rédaction des recommandations. Celles-ci ont été présentées à l'ensemble de l'équipe de GPS, fin juillet.

En réponse aux recommandations émises, GPS développe un projet en vie affective et sexuelle. Pendant le mois d'août, j'ai participé, avec la chargée de projet en santé sexuelle et reproductive de GPS et ma directrice de stage, à la définition des axes de travail pour ce projet.

Le mois d'août a également été consacré à la rédaction du mémoire et à la diffusion des résultats aux différentes parties prenantes de l'étude : ARS, Rectorat et personnes enquêtées.

## V. RÉSULTATS

Dans cette partie, nous présentons les freins identifiés dans la mise en place des interventions en EVAS en fonction des niveaux écologiques. Nous présentons également les principales interactions entre ces freins.

### V.1 Description de l'échantillon

Dans cette enquête, nous avons réalisé 16 entretiens semi-directifs. Ceux-ci ont été réalisés par téléphone (6) et en face à face (10). Pour les entretiens réalisés par téléphone, une première rencontre a été réalisée avant l'entretien, à l'exception d'une personne. Nous avons réalisé 3 entretiens collectifs. Le discours de 20 professionnels est donc représenté dans 16 entretiens. Les entretiens ont duré entre 34 et 83 minutes.

La profession des personnes interrogées est présentée dans le tableau 2 (Tableau 2).

Dans notre échantillon, les professionnels travaillent pour différents types de structures. Le tableau 3 présente le nombre de professionnel interrogé par structure de rattachement (Tableau 3). Il est à noter que chaque professionnel rattaché à une structure peut être amené à intervenir dans une autre structure. Par exemple, un professionnel rattaché à une association peut intervenir en milieu scolaire comme dans une structure médico-sociale. Le milieu d'intervention est très variable d'un professionnel à l'autre. C'est pourquoi, dans le tableau 3, nous présentons simplement les structures de rattachement des intervenants pour avoir un aperçu du type de structure pouvant mettre en place des interventions (Tableau 3).

**Tableau 2. Profession des intervenants interrogés, en Guyane, en 2019 (n=20).**

Profession	Nb d'entretien individuel	Nb d'entretien collectif
Infirmier	2	3 <sup>a</sup>
Infirmier scolaire	2	
Psychologue	0	2
Sage-femme	3	
Coordinateur médical	1	
Responsable prévention	2	
Educateur spécialisé	1	2
Professeur des écoles	1	
Enseignant	1	

<sup>a</sup> Les trois entretiens collectifs étaient composés de 2 infirmiers et un éducateur spécialisé (entretien 1), et d'un infirmier et un psychologue (entretiens 2 et 3).

**Tableau 3. Structure de rattachement des professionnels interrogés, en Guyane, en 2019 (n=20).**

Type de structure	Effectif
Milieu scolaire	
Ecole élémentaire	1
Collège	3
Structures médico-sociales	
IEM	1
IMED	2
Sessad/Samsah	3
PMI	2
MDA	2
CeGIDD	1
Association	4
<b>Total</b>	<b>20</b>

IEM : Institut d'éducation motrice ; IMED : Institut médico-éducatif départemental ; Sessad : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile / Samsah : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ; PMI : Protection infantile et maternelle ; MDA : Maison des adolescents ; CeGIDD : Centre gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

Les observations non-participantes ont été réalisées en milieu scolaire (Tableau 4), aucune n'a été réalisée en dehors du scolaire. L'ensemble des cycles (1, 2 et 3) ont été observés.

**Tableau 4. Observations non-participantes réalisées en Guyane, en 2019.**

Milieu scolaire	Nb de classe observée
Elémentaire	
CP	3
CM1	1
CM2	1
Collège	
5 <sup>ème</sup>	2
4 <sup>ème</sup>	1
3 <sup>ème</sup>	1
Lycée	
2 <sup>nd</sup>	2
<b>Total</b>	<b>11</b>

CP : Cours primaire ; CM1/CM2 : Cours moyen 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année

Pour mieux comprendre les différents types d'interventions mis en place par les professionnels, nous présentons dans l'encadré ci-dessous plusieurs schémas d'intervention (encadré 2). L'encadré 3 donne un exemple, tiré d'une observation non-participante, d'une intervention réalisée en milieu scolaire (encadré 3).

#### Encadré 2 : Illustration des origines et affectation des intervenants

##### **Schémas d'intervention en EVAS :**

- L'intervenant travaille pour une structure et réalise des interventions dans un autre établissement. Par exemple, une sage-femme de PMI intervient au collège et au lycée.
- Le professionnel travaille pour une structure et réalise des interventions dans son propre établissement. Par exemple, un infirmier met en place des interventions dans un IME ou un éducateur spécialisé met en place des interventions dans une Maison d'Enfant à Caractère social (MECS). Dans ces structures, le professionnel peut faire appel de façon ponctuelle à des intervenants extérieurs.
- L'intervenant travaille pour une association et réalise des interventions dans d'autres structures ou directement auprès du public, dans leur milieu de vie.

#### Encadré 3 : Exemple d'intervention

Mme X est animatrice de prévention dans une association de prévention. Elle intervient en ESSMS ainsi que dans les collèges et lycées de Cayenne, de la 5<sup>ème</sup> à la 1<sup>ère</sup>. Dans ces établissements, elle réalise des interventions ponctuelles.

Dans les collèges et lycées, elle participe au CESC, quand elle y est invitée et que celui-ci est fonctionnel. Elle détermine alors avec les infirmiers scolaires des établissements les thématiques à aborder avec les élèves.

De manière générale, elle réalise des interventions de 1h30 à 2h, avec des groupes de 10-15 élèves.

Aujourd'hui, elle intervient auprès des 2<sup>nd</sup>. Lorsqu'elle arrive dans l'établissement, l'infirmier scolaire l'attend, ils ont organisé ensemble un planning des activités, et elle prévient toujours la veille de sa venue.

Dans la salle, les élèves arrivent petit à petit. Ils ont été avertis qu'ils devaient assister à une intervention mais n'en connaissent pas le sujet.

Pendant l'intervention, les élèves sont assis, placés en demi-cercle face à l'intervenante. Pendant toute l'intervention, c'est l'animatrice qui échange par les élèves, l'infirmier, placé derrière les élèves, n'intervient pas.

Elle commence l'intervention en se présentant et en posant, avec les élèves, le cadre d'intervention : non-jugement, respect de la vie privée, confidentialité, écoute et bienveillance.

L'intervention débute par un brainstorming autour du mot « sexualité » écrit sur un tableau. Les élèves doivent écrire chacun sur une feuille, plusieurs mots leur faisant penser à la thématique. Ils doivent ensuite se regrouper pour choisir ensemble 3 mots qu'ils viendront présenter au tableau. Le débat débute alors sur les thèmes choisis par les élèves. Les élèves sont calmes et intéressés. Quelques rires leurs échappent mais la parole est libérée et ils posent des questions.

L'intervenante travaille les représentations, apporte des éclaircissements et des notions sur les différentes thématiques. Pendant cette intervention, elle insiste notamment sur la notion de consentement, la protection contre les IST, la contraception, les orientations sexuelles, les différents types de relations, les personnes de confiance. Elle termine l'intervention en présentant les structures pouvant accueillir les jeunes et les personnes ressources.

## V.2 Freins identifiés dans la mise en place d'interventions en EVAS

Selon le cadre conceptuel développé, nous retrouvons des freins à la mise en place des interventions en EVAS sur l'ensemble des niveaux écologiques étudiés. Les freins sont, pour la plupart, interdépendants et jouent sur le fait de mettre en place ou non une intervention mais aussi sur la réalisation des interventions de manière conforme aux bonnes pratiques en EVAS. Nous présentons dans cette partie, les freins à la mise en œuvre des interventions par niveau écologique ainsi que les éléments pouvant influencer les difficultés évoquées par les professionnels.

### V.2.1 Facteurs individuels déterminant la mise en place des interventions

#### V.2.1.1 Motivation au travail des intervenants

Dans les entretiens, les professionnels se sentent investis par la thématique et ont la volonté de mettre en place des interventions en EVAS. Pourtant, au niveau de la motivation intrinsèque, le manque de retour sur l'efficacité de leurs interventions joue sur cette motivation. Hormis la satisfaction du public, directement perceptible après la séance d'éducation, les intervenants n'ont pas de visibilité sur les résultats de leurs actions. Les professionnels sont conscients du temps nécessaire au changement de comportement en santé mais frustrés face au manque d'effet perçu de leurs actions. Selon Diez et Carton, la reconnaissance au travail, et notamment la reconnaissance des résultats, est un facteur déterminant la motivation des professionnels. Il suppose que « l'individu agi[t] en vue de résultats positifs qui sont le moteur de son activité » (42). En promotion de la santé, l'évaluation d'intervention est complexe et les résultats sur les déterminants de la santé difficilement mesurables à court terme (49).

*« Après je vois que j'ai toujours autant de grossesse chez les mineures, j'ai regardé les chiffres cette année, ça n'a pas énormément bougé. Ça c'est un peu déprimant mais bon, ce n'est pas grave, je continue quand même. » (Sophie<sup>4</sup>, sage-femme)*

Au niveau de la motivation extrinsèque, les intervenants ne se sentent pas suffisamment soutenus et reconnus par leur institution<sup>5</sup>. Le travail des professionnels n'est pas toujours valorisé ainsi que le résultat de leurs interventions.

*« Je crois que c'est ce qui m'a fait lâcher le lycée. Je me suis dit tant pis pour les élèves, là vraiment on patine dans la semoule. La MFR [Maisons familiales rurales d'éducation et d'orientation], j'avais demandé qu'il y ait quelqu'un. Le prof, il est toujours là. Ils sont motivés. Ils me rappellent 12 fois, tu viens, tu viens. Ils ne me demandent pas si j'ai une salle. Les gamins leur posent des questions, ils en ont besoin, il y a un internat. Ils ont de gamines enceintes, ils sont hyper demandeurs. Tu vois que ce n'est pas la même motivation, ni des gamins, ni des personnes qui encadrent forcément c'est plus motivant pour nous. » (Anne-Marie, sage-femme)*

---

<sup>4</sup> Les prénoms utilisés pour présenter les verbatims ont été changés.

<sup>5</sup> L'institution fait référence à la structure de rattachement de l'intervenant et/ou à la structure où celui-ci met en place les interventions.

### V.2.1.2 Connaissances, aptitudes et attitudes des intervenants

Les intervenants interrogés mettent en avant des difficultés au niveau de leurs connaissances, aptitudes et attitudes en matière d'interventions en EVAS. Ce manque de compétences déclaré par les professionnels traduit un faible sentiment de compétence et freine à la mise en place des interventions en EVAS.

Ils évoquent un manque de connaissances sur certains thèmes de l'EVAS, comme les déterminants sociaux et culturels de la sexualité<sup>6</sup>. Ils pensent également ne pas avoir suffisamment de connaissances sur le développement psycho-affectif, du comportement et de la socialisation chez les enfants et les jeunes, pour pouvoir, par exemple, adapter les interventions à l'âge de leur public. Ces difficultés sont particulièrement évoquées par les professionnels accompagnant un public en situation de handicap. En effet, ceux-ci ne pensent pas avoir suffisamment de connaissances dans ces domaines pour adapter leurs interventions au niveau de compréhension et au moyen de communication de leur public. Les intervenants mettent en avant un manque de connaissances sur les méthodes pédagogiques à utiliser auprès de leur public et sur certaines étapes de l'intervention, comme l'évaluation. Ils souhaitent avoir un retour sur leurs interventions mais ne savent pas toujours comment réaliser cette étape.

*« Ça [l'évaluation] on arrive à le faire à l'oral, à l'écrit on ne fait pas trop. On a beaucoup de mal, comme beaucoup d'association qui font de la promotion de la santé, à évaluer réellement en fait l'impact qu'on peut avoir. La satisfaction intuitivement on est bien accueilli, on est très présent depuis de longue année dans les quartiers. Certains quartiers, on y est depuis 3 ans consécutivement, le lien est là. Mais l'impact en tout cas de nos activités, ça c'est quelque chose sur lequel on souhaite travailler, pour mieux s'ajuster en fait parce qu'il y a intuitivement à l'oral la satisfaction, elle est plutôt bien, voire très bien. Les usagers nous renvoient cette idée-là. Mais je pense qu'il y aurait une méthodologie peut-être à chercher pour avoir un retour vraiment plus, on va dire, véridique. Le faire juste à la fin de l'animation, je pense que ce n'est pas simple. Pour nous et pour les personnes. Mais ça peut-être déjà une première partie, juste sur le moment pour avoir une idée [...]. On est plus en demande de méthodologie vraiment éprouvée. Et l'idée c'est comment ils se servent, ou ne se servent pas des savoirs êtres, des savoirs dont on leur parle pendant les animations. » (Magalie, coordinatrice médicale)*

*« Après ce que j'aimerais mettre en place, ce serait une évaluation pour voir déjà si à la fin ils sont satisfaits de l'intervention et puis voir aussi quelles informations ils ont retenu [...]. Je ne sais pas trop comment, ni comment faire mais c'est quelque chose que je voudrais voir. » (Mathilde, responsable de prévention)*

L'attitude pendant l'intervention est un élément important pour les intervenants. Dans leur discours, la posture<sup>7</sup> d'éducateur est cependant difficile à acquérir. Ils s'accordent sur le fait qu'il est nécessaire de travailler sur ses propres représentations avant la mise en place d'intervention et qu'il s'agit d'un processus long et complexe.

---

<sup>6</sup> L'OMS donne plusieurs exemples des déterminants sociaux et culturels de la sexualité : les normes et valeurs sociales, culturelles et religieuses dans les différentes sociétés ; l'influence de la pression des pairs, les médias, la pornographie, les lois réglant les décisions dans le domaine de la sexualité, les relations et le comportement (9).

<sup>7</sup> Le terme « posture » est utilisé par les professionnels interrogés et fait référence aux attitudes que doivent avoir les intervenants en EVAS.

*« C'est qu'en général il y a : « comment je vais aborder ce sujet-là ». Parce que c'est vrai il y a toute la part émotionnelle, éducative qu'on a reçue qui est là et comment se séparer de ça pour rentrer, ce n'est pas toujours aussi simple, il y a des gens qui ont du mal. » (Soraya, psychologue)*

En ce qui concerne les aptitudes, les intervenants ne se sentent pas toujours en capacité d'utiliser des approches d'enseignement et d'apprentissage interactives et participatives pour notamment susciter le débat, faire vivre le groupe et amener le public à réfléchir sur leur croyance et valeur en matière de vie affective et sexuelle. L'intervention collective nécessite à la fois d'être en capacité de communiquer face à un groupe, sur des thèmes considérés comme complexes et parfois controversés.

Enfin, créer un environnement sûr et inclusif pour accueillir sans jugement les représentations du public leur pose parfois des difficultés. L'expérience détermine de façon importante ce sentiment de compétence (11). Les intervenants expliquent que l'expérience professionnelle facilite la mise en place des interventions et l'acquisition de la posture d'éducateur sur la thématique. Certains d'entre eux évoquent alors ne pas avoir suffisamment d'expérience pour aborder tous les sujets de la thématique.

Chez certains professionnels, des représentations persistent sur l'efficacité de la prévention par la peur ou sur l'efficacité d'une posture descendante et non interactive.

*« Et enfin en classe de 3<sup>ème</sup>, on rentre dans des choses un peu plus méchantes, on rentre dans les addictions, dans les tournantes, dans alcool et sexe, dans sexe contre argent. On est vraiment plus violent. Avec des exemples coton, bon. Là on est vraiment dans le presque vrai. » (Christophe, infirmier scolaire)*

Les observations de terrain viennent étayer cette hypothèse. Certaines interventions peuvent être basées sur ces méthodes pédagogiques (méthodes pédagogiques transmissives, inductives, non interactive et approche préventive centrée sur le risque), avec par exemple l'utilisation d'images sur les conséquences d'IST, l'utilisation de termes médicaux non adaptés au public ou la transmission de message sans la participation du public.

## **V.2.2 Facteurs liés à l'interaction entre le public et l'intervenant**

L'interaction entre le public et l'intervenant tient une place importante dans les discours recueillis. Cette interaction, indispensable au bon déroulement des interventions est parfois limitée par les représentations des intervenants sur les attentes du public en matière d'EVAS et par des difficultés au niveau de la communication entre le professionnel et son public d'intervention. Les différences de représentations socio-culturelles sur la vie affective et sexuelle entre l'intervenant et le public viennent également jouer sur cette interaction et freiner la mise en place des interventions.

### **V.2.2.1 Représentations des intervenants sur les attentes du public**

Dans les entretiens, nous pouvons retrouver un décalage entre les objectifs des professionnels et les attentes du public en ce qui concerne les thèmes à aborder lors de l'intervention. Les professionnels ont parfois des difficultés à recueillir le point de vue du public et les interventions d'éducation à la sexualité ne sont pas toujours fondées sur la demande réelle du public. Les intervenants peuvent alors décider des thématiques à aborder sans prendre en considération les attentes des jeunes.

*« Donc j'ai l'impression d'en parler et en fait nan ce n'était pas suffisamment pour eux. En plus comme ce n'est pas palpable, c'est difficile. C'est de l'émotion même si j'ai eu le sentiment de leur en parler. » (Brigitte, infirmière)*

*« Parce que c'est vrai que des fois quand on me dit d'intervenir, il y a toujours un thème conducteur. Mais si quand je fais l'intervention, je vois, c'est arrivée l'année dernière avec des 5<sup>ème</sup> [classe de collège], on me dit tu fais sur le respect, le comportement des garçons ça ne va pas et quand je commence l'intervention ils n'arrêtent pas de poser des questions sur le préservatif, sur ceci sur cela, je dis bah écoutez là je vais vous monter comment on met un préservatif, je vais rester dans le respect mais je réponds. » (Brigitte, infirmière)*

*« C'est elle [l'infirmière scolaire] qui choisit, ce qu'elle trouve en fait le plus pertinent pour leur classe, pour leur établissement, en fonction de ce qu'elles ont comme problématiques dans leur infirmerie. C'est un peu chiant pour moi parce que tout le monde me demande des ateliers contraception, c'est un peu chiant mais bon c'est normal de commencer par ça j'imagine » (Anne-Marie, sage-femme).*

Dans le domaine de la promotion de la santé, partir de la demande du public est un élément essentiel. Il s'agit alors de recueillir les attentes, les besoins mais aussi les représentations du public pour concevoir, avec lui, une intervention adaptée (3). Dans cette enquête, beaucoup d'interventions sont conçues à partir des représentations des professionnels sur les attentes du public en matière de vie affective et sexuelle. Mettre en place des interventions ponctuelles, sans la participation du public pour la conception du projet semble influencer de façon négative le déroulement de l'intervention.

*« Après les jeunes n'étaient pas forcément réceptifs. Ils ne voulaient pas parler de ça, ils n'étaient pas du tout réceptifs [...]. J'ai un peu galéré (rire) [...]. Ils n'étaient réceptifs parce que... je pense qu'il y avait des jeunes un peu rebelles aussi, qui n'avaient pas forcément envie d'être là déjà. Je pense qu'il y a ça d'abord. Après ça dépend, au tout début, après à la fin j'ai réussi à créer un petit lien de confiance avec eux, ils ont réussi à échanger, ils étaient beaucoup plus calmes, mais au début c'était assez compliqué. Je pense qu'ils n'avaient pas forcément envie d'être là et de parler de sexualité, ils connaissent tout déjà (rire). » (Mathilde, responsable de prévention)*

*« En tant qu'animateur on sait quel message mais il faut aussi accepter que ça vienne d'eux. On n'arrivera pas forcément là où on voulait arriver. » (Clarisse, infirmière)*

### **V.2.2.2 Communication entre le public et l'intervenant**

Des difficultés de communication sont présentes entre le public et l'intervenant et se posent comme frein à la mise en place des interventions en EVAS. Les différences de statut, d'âge ou encore de langue entre les intervenants et le public sont à l'origine de ces difficultés. L'intervenant n'est pas toujours en mesure d'adapter son intervention au mode de communication et au niveau de compréhension de son public. Les contenus de l'intervention peuvent être adaptés au public d'intervention mais la façon de transmettre les messages et de communiquer n'est parfois pas appropriée (e.g. complexité des termes utilisés, barrières de la langue). Dans ce cas, l'échange pendant l'intervention peut être considérablement réduit.

*« C'est vrai qu'il y a pas mal de famille non francophone. Donc il y a la barrière de la LSF [Langue des signes française] par rapport à la surdité, puis la barrière de la langue et de la famille derrière. » (Stéphanie, éducatrice spécialisée)*

*« Avec les petits, il y en a deux qui on a vraiment beaucoup de mal à parler donc ils peuvent dire oui, non, fâché, mangé, mais on ne peut pas échanger. » (Nicole, infirmière)*

*« C'est plus la mise en confiance par rapport au sujet, par rapport à nous, on n'est même pas de Saint-Georges, ils ne nous connaissent pas, ils parlent portugais [...]. Déjà les jeunes ne nous connaissent pas, on est adulte, ils nous parlent de leur sexualité. C'est chaud... » (Soraya, psychologue)*

### **V.2.2.3 Inadéquation des représentations sur la sexualité entre les publics et les intervenants**

Les professionnels mettent en avant la présence d'un certain tabou autour de la thématique vie affective et sexuelle chez leur public d'intervention. Des différences de représentations socio-culturelles autour de la sexualité apparaissent également entre les intervenants et leur public. Cependant, ces différences ne semblent pas être une barrière à la mise en place des interventions. De façon variable, selon la posture de l'intervenant, elles peuvent venir limiter l'interaction entre le public et le professionnel ou au contraire venir enrichir la réflexion pendant l'animation.

*« Sur la pilule il y avait des trucs rocambolesques, on tombe des nus, des croyances sur des choses qui nous paraissent nous banales. » (Corinne, infirmière)*

*« C'est vraiment très particulier ici, avec toutes les personnes qui viennent de partout, qu'on a ici. Les concepts ne sont pas les mêmes dans leur tête, dans leur famille, dans leur environnement. » (Christophe, infirmier scolaire)*

*« Donc s'il y a des personnes que je perturbe par rapport au discours parce qu'il y a des religieux des machins là. Si c'est gênant pour vous, il faut nous le dire, à l'infirmière comme ça on s'organise et on voit si on réadapte certaine chose ou bien on peut libérer cette personne parce qu'elle n'est pas capable d'entendre ce qu'on lui dit, ça on peut le comprendre. » (Jean-Luc, responsable de prévention)*

## **V.2.3 Facteurs liés à l'environnement d'intervention**

### **V.2.3.1 Lieu de l'intervention**

Les inégalités territoriales présentent en Guyane posent de réelles difficultés pour les professionnels de santé. Certaines structures, localisées en territoires isolés, sont seulement accessibles par voies fluviales ou aériennes et les professionnels ne peuvent pas toujours effectuer les déplacements dans ces territoires. Le secteur d'intervention de certains professionnels est vaste et il leur est difficile d'en couvrir tous les établissements.

*« Je pense effectivement que Kourou, Sinnamary, Iracoubo se sont des communes du centre littoral où on ne s'arrête jamais. On va à Saint-Laurent, on va à Saint-Georges, celles-là on passe. Je comprends que ça doit être très problématique, mais je suis toute seule. Ah oui je comprends. Je suis intervenue à certain moment, de façon ponctuelle à Sinnamary, Iracoubo, Maripasoula. Il y a encore 2 ans j'allais à Kourou. Je faisais un établissement, qui me sollicitait. Là je ne peux plus. L'année dernière encore, j'ai été à Macouria. Cette année, j'ai dit non. » (Brigitte, infirmière)*

Le type de structure joue également sur la mise en place des séances. Dans les structures où le public n'est pas « captif » (hors établissement scolaire ou structure médico-sociales), les intervenants ont des difficultés pour rassembler les bénéficiaires et réaliser les interventions.

*« Après j'ai aussi des jeunes mineures qui ne sont pas scolarisées et celles-là pour les atteindre c'est compliqué. » (Sophie, sage-femme)*

*« Pour créer des groupes, des dynamiques, euh nous c'est une grosse difficulté qu'on a ici. » (Clarisse, infirmière)*

### **V.2.3.2 Ressources humaines**

La charge de travail des intervenants est un frein important à la mise en place des interventions en EVAS. Le sous-effectif des professionnels chargés des interventions ainsi que le turn-over des professionnels en Guyane viennent jouer sur cette charge de travail et sur la pérennisation des projets.

*« Parce qu'il y a tellement de turn-over en Guyane, ce serait dommage de mettre qu'une personne dans le circuit comme si c'était lui la propriété du projet. Après les personnes sont libres de partir, et quand elles s'en vont l'établissement... je trouve que c'est un gros problème. » (Mariam, psychologue)*

*« Donc c'est vrai que la configuration de l'établissement, la taille de l'établissement, sont importants pour rester dans une dimension humaine. Quand on est dans des établissements qui étaient fait pour accueillir 700 élèves mais que depuis le quota a doublé. Et bien forcément même si chacun essaie de, on n'est plus, pour employer le terme à la mode, dans la bienveillance. De l'équipe, des enseignants, des élèves par rapport aux adultes, des adultes par rapport aux élèves. Les adultes, ils ne sont pas nombreux. Il y a 1700 élèves à gérer, ben si on ne hausse pas le ton, on va se faire manger la laine sur le dos. » (Brigitte, infirmière)*

De plus, les interventions collectives en EVAS s'ajoutent souvent aux missions principales des intervenants en venant accentuer leur charge de travail. De fait, certains intervenants ayant une autre activité peuvent laisser de côté l'EVAS s'ils ne sont pas expressément sollicités pour le faire.

*« Maintenant on est super sollicité donc du coup moi s'ils ne me sollicitent pas je n'ai pas le temps de venir les stimuler. Les missions de prévention font parties de mon boulot [...] mais ce ne sont pas mes missions principales, j'ai plein d'autre travail à côté. Si on ne vient pas me solliciter je n'ai pas le temps de courir après les profs, les gens et les institutions. » (Anne-Marie, sage-femme)*

Ensuite, la taille du groupe, parfois imposée aux professionnels a une importance sur la mise en place des interventions. Conscients de l'efficacité réduite des interventions réalisées en grand groupe car ne facilitant pas la prise de parole de chaque bénéficiaire et l'échange, certains professionnels ne souhaitent plus réaliser leurs interventions dans ces conditions.

*« Après je pense vraiment que pour des ateliers comme ça, le groupe classe n'est pas pertinent, ils sont trop nombreux. Parler à 25, il n'y a pas de place pour tout le monde, c'est dommage. Au moins diviser en 2. Oui c'est ça la posture et un nombre qui fait que tout le monde peut exister. Je pense que c'est vraiment important parce que ce n'est pas toujours ceux qui parlent le plus qui sont les plus représentatifs et puis on s'en fiche qu'ils soient représentatifs, c'est que chacun des jeunes puissent, pas forcément avoir appris un truc ce*

*jour mais avoir eu un truc qui l'a interpellé et qui l'a fait un peu réfléchir. » (Lucie, éducatrice spécialisée)*

*« C'est pour ça quand des fois les infirmières me disent mais pourquoi tu ne les prends pas en classe entière, ils ne sont pas nombreux. Je dis non moi je reste sur 15 élèves maximum. Parce que classe entière, 28-30 nan c'est illusoire. On n'y arrivera pas. » (Brigitte, infirmière)*

### **V.2.3.3 Ressources matérielles**

Le matériel pédagogique utilisé lors des interventions n'est pas toujours adapté au moyen de communication et au niveau de compréhension du public. Cela peut nécessiter un accompagnement supplémentaire ou la création d'outil avant de pouvoir proposer une intervention. Ce facteur est particulièrement présent dans le champ du handicap, où les interventions se basent plus souvent à partir de matériels pédagogiques (jeu, outil de manipulation) favorisant le dialogue et l'échange, pour s'adapter au moyen de communication du public.

*« En fait moi ce qui m'a manqué ce sont des outils manuels, tu sais, que tu peux manipuler en fait. Des outils de manipulations [...]. Mais ouais vie affective et sexuelle avec les petits, il manque vraiment vraiment vraiment d'outils. » (Nicole, infirmière)*

*« Là ils avaient besoin, dans le handicap, quand même de moyen technique. Là, il manque quand même des choses là-dessus. Parce qu'avec les autistes. Enfin bon on a trouvé quelque chose, ils avaient un petit peu besoin de soutien là-dessus. » (Brigitte, infirmière)*

En dehors du champ du handicap, le manque de matériel n'est pas un élément représentant une barrière à la mise en place des interventions. Au contraire, les intervenants insistent davantage sur l'importance de la posture à avoir face au bénéficiaire. Pour eux celle-ci est déterminante de la qualité des interventions et de leur interaction avec le public.

*« Moi je pense que vraiment l'idée c'est de dépasser ça. L'outil, je n'ai pas de mot en tête, c'est un prétexte. On s'en fou en fait de lire la règle du jeu en fait. Mais ça c'est de la posture. » (Lucie, éducatrice spécialisée)*

*« L'outil aussi c'est nous, la posture. L'outil c'est nous. » (Soraya, psychologue)*

Certains acteurs mettent simplement en avant le fait que le public ne s'identifie pas toujours au support proposé, notamment du fait de l'utilisation d'outils réalisés en Métropole ou non actualisés. En ce qui concerne les ressources matérielles, des difficultés se retrouvent plutôt au niveau de l'accessibilité des outils. Les outils de manipulation ne sont pas toujours disponibles sur l'ensemble du territoire et les professionnels ont des difficultés pour trouver les outils en fonction des objectifs de l'intervention définis. Enfin, dans certains territoires isolés, le manque de connexion internet est une difficulté supplémentaire pour avoir accès aux outils dématérialisés.

*« Après les outils comme je dis c'est toujours bien de pouvoir changer un petit peu, d'avoir plus de chose. Je trouve qu'on a déjà pas mal de choses. Après il faut savoir où les trouver, les connaître. » (Sophie, sage-femme)*

### V.2.3.4 Relations interprofessionnelles

Les intervenants évoquent un manque d'échanges sur leurs pratiques professionnelles. Ils se sentent parfois seuls et n'ont pas toujours l'occasion de connaître les pratiques de chacun sur la thématique. Ceux-ci insistent sur l'importance de l'échange autour de leur pratique et déplorent l'absence d'un avis extérieur ou de leurs pairs sur leurs interventions et leur manière de faire.

*« Au moins avoir des retours, parler avec d'autres personnes qui font des interventions [...]. Et c'est aussi pour ça quand on se regroupe sur des journées de formation, de mise au point de chose comme ça, c'est ça qui est aussi important faire du lien entre nous. » (Sophie, sage-femme)*

*« Par exemple, la Croix-Rouge, les filles sont infirmières, je ne sais pas de quoi elles se sont inspirées par exemple, en termes de façon de faire. Je serais curieuse de voir comment ça se passe. » (Lucie, éducatrice spécialisée)*

D'autre part, des difficultés au niveau de la collaboration interprofessionnelle émanent du discours des intervenants et semblent freiner la mise en place des interventions auprès du public. Les intervenants, de parcours professionnels variables, ont des discours différents sur la façon de mettre en place une intervention. Ces divergences d'opinion sont présentes au niveau de la posture à avoir auprès du public, des thèmes à aborder, sur la méthodologie de projet ou encore sur les objectifs de l'intervention. La confrontation entre les différents modes d'interventions peut parfois mener à des incompréhensions fortes entre professionnels, voire à des conflits d'opinion et de représentations. Dans certains cas, le professionnel peut se désengager de l'intervention où les relations interprofessionnelles sont conflictuelles.

*« Après il y a des infirmières qui voulaient qu'on intervienne sur une heure, sur toutes les classes. Et quand je leur ai dit non, on ne fait pas comme ça, ciblez-nous un public, présentez un projet, le but c'est on vient cette année et après vous ne le redemandez pas. On ne le dit pas aussi crument. Ça n'a pas correspondu à leur demande. » (Clarisse, infirmière)*

*« En CM2 quand je parlais du clitoris, j'ai failli la [enseignante] tuer quoi. Avec ces grands yeux derrière, elle s'est assise sur une chaise. Je me suis dit : « mon dieu elle est morte ». Alors que moi franchement et les gamins c'est comme ça, ils en parlent naturellement c'est de l'anatomie [...]. La prof elle a failli mourir, bon bref. Elle m'a dit oh là là je ne savais pas que vous alliez au fond comme ça. Pourquoi quel fond ? » (Anne-Marie, sage-femme)*

## V.2.4 Facteurs liés à l'environnement administratif

### V.2.4.1 Manque de formation ressenti par les professionnels

En particulier pour les professionnels intervenant auprès de public en situation de handicap, le manque de formation est présenté comme un frein important à la mise en place d'intervention auprès de ce public.

*« Je ne suis pas formée à savoir de tel âge à tel âge on peut parler de ça. Je suis formée à comment fonctionne le système reproductif mais après pour dire de tel âge à tel âge on peut dire ça aux enfants et pas ça, ça je pense que c'est important. » (Corinne, infirmière)*

*« Mais ça c'est pareil, je n'ai pas été formé pour m'adresser à des jeunes en situations de handicap, donc ça me fait un petit peu peur mais je vais gérer, je tenterai le truc. » (Sophie, sage-femme)*

Pour l'ensemble des milieux d'intervention, un questionnement émerge sur la mise en place des interventions après avoir participé aux formations. Les professionnels ne se sentent pas toujours assez accompagnés et formés pour acquérir notamment la posture d'éducateur. Par exemple, même après avoir réalisé les formations et assisté à plusieurs interventions, un intervenant exprime ne pas être suffisamment en confiance pour réaliser seul sa première intervention. Acquérir la posture d'éducateur est un cheminement, un processus long. Le manque de formation et d'accompagnement se pose ici comme un frein important à la mise en place des interventions chez les intervenants.

Sophie, éducatrice spécialisée évoque la formation à laquelle elle a participé :

*« L'idée de [la posture] mais à mon goût, pas assez mis en pratique en fait. Parce que c'est facile à dire, parce que le vrai truc c'est que c'est plus difficile à faire. Que moi je suis aidée parce que j'ai pratiqué un peu l'impro. Et que je pense que ça aide. Et pour moi cette formation, elle manque. »*

*« En fait c'est ça. Même si on a la formation et on a l'outil, et l'outil il faut se l'approprier. C'est marqué d'une certaine façon mais nous on peut l'utiliser d'une autre façon. Il faut après la mise en pratique alors que souvent c'est là où on est seule. » (Brigitte, infirmière)*

#### **V.2.4.2 Recommandations sur les interventions en EVAS**

Les recommandations sur la mise en place d'intervention en EVAS ne semblent pas correspondre aux réalités des intervenants et à leur conception de l'EVAS. Il s'agit d'un frein à la mise en œuvre d'intervention, à leur sens, efficace. Le discours des intervenants sur les recommandations d'EVAS laisse transparaître une certaine frustration face au temps dédié aux interventions de promotion de la santé. Dans les établissements où le format de l'intervention est de deux heures, le temps d'échange est trop court et ne permet pas d'aborder en profondeur l'ensemble des thèmes demandés. Pour que le public puisse intégrer les notions et amorcer une réflexion sur les sujets abordés, les professionnels insistent sur le fait que le format actuel des interventions n'est pas adapté. Il s'agit d'un processus long, qui doit être accompagné et retravaillé au fil du temps.

*« Et puis pareil 2h. Parce que moi comme je dis, je ne peux pas donner un cours et donc si on veut que les jeunes réfléchissent posent des questions, il faut leur donner le temps [...]. Donc une intervention d'une heure si tu as déjà perdu 15-20 min. Après l'intérêt c'est de faire connaître aussi les lieux où ils peuvent aller. Donc parler de la PMI, la Croix-Rouge etcétera, donc là encore ça prend 15-20 min. Donc 2h pour moi c'est le minimum. » (Brigitte, infirmière)*

*« Vous voyez c'est vraiment un travail sur le moyen long terme, ça ne se fait pas là on fait une intervention et ça y est. Non, je ne suis pas d'accord avec ça. Ça doit faire partie de la vie scolaire des élèves pendant toute leur scolarité. En tout cas moi, c'est comme ça. C'est un sujet qui est permanent. » (Christophe, infirmier scolaire)*

*« Notre but c'est qu'il y ait une sexualité épanouie et réfléchi et consentie de chaque jeune mais il faudrait... quand on nous dit sur 2 heures, une classe, une année, c'est impossible de voilà. » (Clarisse, infirmière)*

*« C'est pour ça que nous ici on ne fait pas d'intervention d'une heure, c'est trop court. Il y a au moins un quart d'heure où je comprends où vous êtes. En une heure il n'y a pas le temps. Pour moi ce qui est important c'est de prendre le temps. Oui ça prend du temps pour le coup mais la supposition derrière c'est de dire certes j'ai pris le temps mais j'ai avancé. J'ai peut-être avancé que de ça mais j'ai avancé. Alors que si j'étais partie de là où ils ne sont pas, oui moi j'ai distribué mon information mais par contre je ne peux avoir aucun retour sur ce qu'ils en font parce que peut-être ils leur manquaient ce qu'il y a avant, ou qu'ils étaient beaucoup plus loin que ça, je ne sais pas. » (Lucie, éducatrice spécialisée)*

Ensuite, les professionnels évoquent un manque de clarté et d'accessibilité des recommandations sur la mise en place des interventions d'EVAS. Pour eux, les contenus des différentes thématiques et notions à aborder, notamment en fonction du niveau de compréhension du public, ne sont pas suffisamment explicites. Ce manque de clarté, particulièrement présent dans les ESSMS et pour les interventions en école élémentaire, a des conséquences sur la conception des interventions.

*« Après moi ce que je dirais c'est qu'effectivement c'est un sujet vaste dans lequel je n'ai pas su trouver, on en parlait ensemble à la réunion de vendredi, d'avoir une liste des thématiques qui peuvent être abordé dans le cadre de vie affective et sexuel. Donc ça, ça me manque. » (Nicole, infirmière)*

La variété des discours recueillis sur les compétences à développer en tant qu'intervenant et sur les modes d'intervention en EVAS laisse également transparaître un manque de clarté dans les recommandations. Selon Berger et al., « la nature spécifique de l'éducation à la santé, de part sa proximité entre l'intime et le social, de part l'importance du développement des compétences psychosociales qu'elle implique, de part la nature hybride et complexe des savoirs scientifiques, de part aussi l'incidence sociale des questions soulevées lui confère de ce fait une place particulière sur les plans didactique et pédagogique » (50). Face à la complexité de la thématique, les intervenants se sentent souvent perdus dans leur pratique. Pour les questions sociales relatives à la sexualité et plus particulièrement à la vie affective, les intervenants questionnent même leur place d'éducateur dans ce domaine. Ce manque de légitimité, parfois ressenti chez ces professionnels, semble donc lié au domaine d'intervention et pose des difficultés aux professionnels.

*« Oui et les filles est-ce que ça les gênes ou pas elles, mine de rien je ne sais pas à Cayenne comment c'est mais ici [Saint-Laurent du Maroni] ce ne sont pas les mêmes codes ça c'est sur et est-ce que nos normes sont meilleures ? Et entre la génération des jeunes de 15 ans d'aujourd'hui et la mienne de 35 ans, ce ne sont pas les mêmes pratiques et dans la drague et dans la sexualité et dans tout sans doute. Il y a peut-être des trucs qui me choque dans ma propre culture finalement mais comme je suis loin je ne me rends même pas compte. » (Lucie, éducatrice spécialisée)*

#### **V.2.4.3 Difficultés dans l'organisation des interventions**

Les facteurs organisationnels permettant la mise en place des interventions tiennent une place importante dans le discours des intervenants.

Dans les structures devant mettre en place des interventions en EVAS, les professionnels évoquent des difficultés pour suivre la démarche méthodologique nécessaire à leur mise en place. Ils éprouvent notamment des difficultés pour se rassembler et constituer une équipe en impliquant l'ensemble des partenaires ainsi que pour analyser la situation, définir les objectifs et donc planifier les interventions. Des problèmes organisationnels sont alors fréquemment rencontrés par les professionnels lors de la réalisation des interventions.

*« Oui les réunions préparatoires sont importantes, parce que par rapport au fait qu'il y ait beaucoup de partenaires, d'acteurs. Dans cette réunion, ça me laisse le temps quand je discute avec le référent, est-ce que tu as demandé à quelqu'un d'autre de venir sur cette thématique, quelle classe il voit, de quoi il parle pour qu'on puisse aussi trouver le lien dans le discours. Par exemple des fois quand il y a des jeunes qui me posent des questions sur les IST, écoutez je vais vous répondre mais sachez que vous allez avoir une intervention cette année ou l'année prochaine avec un autre organisme qui va vraiment vous parler des IST, je leur donne une certaine réponse mais je ne vais pas aller en profondeur. Donc dans la réunion préparatoire j'essaie toujours de savoir qui fait quoi sur quelle section pour travailler dans une continuité. Donc c'est vrai que la réunion préparatoire est un moment important. Et ça c'est un peu shunté des fois, par manque de temps. » (Brigitte, infirmière)*

*« Le frein ça va être l'organisation de la structure, où des fois on arrive, la classe n'est pas là ou on va la chercher nous-même. C'est dommage parce qu'on perd du temps. On a qu'une heure et demie, et on a déjà une demi-heure de perdue. Ça va être plus ça le frein. » (Mathilde, responsable de prévention)*

*« Déjà, il faut le temps qu'ils arrivent, qu'ils s'installent. Il y a toujours un moment même si on a planifié, ils vont arriver en retard parce qu'il n'était pas au courant, parce que le prof a oublié, parce que la salle a changé donc on perd du temps sur l'intervention. » (Brigitte, infirmière)*

Entre les structures et au sein d'une même institution, des difficultés dans la coordination des intervenants sont également visibles. Ces difficultés semblent jouer sur l'optimisation de la mise en place des interventions, dans les structures. Les intervenants n'ont également pas de regard sur les interventions réalisées par d'autres intervenants dans les autres structures.

*« C'est important parce que des fois il y a des infirmières qui font des demandes d'action de prévention, sauf que le CPE [conseiller principal d'éducation] n'est pas au courant, sauf que l'AS [assistante sociale] n'est pas au courant qu'il y a cette intervention, du coup elle peut faire la même demande auprès de quelqu'un d'autre. Ils ne se coordonnent pas, c'est dommage. » (Clarisse, infirmière)*

#### **V.2.4.4 Relation entre les intervenants et l'institution**

Tout comme pour les publics d'intervention, il existe une inadéquation entre les représentations des personnels d'établissement et les intervenants. Pour les professionnels, l'institution, par l'expression de ces cadres, n'a pas toujours connaissance des recommandations sur la thématique et a des représentations sur l'EVAS. Dans ce cas, les intervenants et l'institution ne perçoivent pas de la même manière les objectifs définis pour ces interventions. Cette différence de discours est présentée comme un frein important pour mettre en place un projet et impulser une dynamique d'établissement commune sur la thématique.

*« Et il [le chef d'établissement] me dit : « vous leur passez des diapositives de maladies, de choses pas jolies à voir ? ». Je lui dis : « non ». « Ah c'est vraiment dommage, à une époque, il y en avait qui leur passait ces diapos et au moins ça leur fait super peur et je pense que c'est bien de leur faire peur ». Waouh, bon bah ce n'est pas du tout ma manière de faire et si c'est travailler avec des gens comme ça on ne s'entendra pas et on n'y arrivera pas. » (Anne-Marie, sage-femme)*

*« Là je suis en train de faire les CM2 [cours moyen 2<sup>ème</sup> année] et il y a du boulot. Je viens de comprendre pourquoi, tu as un directeur d'école qui dit carrément de ne pas aborder la thématique, pas se mettre en danger, je ne sais pas quoi, je ne sais pas trop ce qu'il m'a*

*sorti, quel danger je ne sais pas. Donc du coup j'ai passé beaucoup de temps avec lui, c'est pour ça que je suis autant en retard. Ça m'a pris plein de temps d'intervention. » (Anne-Marie, sage-femme)*

#### **V.2.4.5 Engagement de l'institution sur la thématique**

Dans l'ensemble des structures représentées, le discours des professionnels met en exergue une réelle volonté de voir la thématique investie par l'institution, et ce pour tous les publics d'intervention.

*« C'est essentiel pour nous qu'il y ait cette volonté d'inclusion, qu'ils [les élèves des unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS)] soient au contact des autres. Il y a une intervention pour les classes de 6<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, lycée, il n'y a pas de raison qu'eux n'y soient pas et qu'à chaque fois on pense les choses à part pour eux. C'est ce qui a tendance à se faire. Donc j'espère que ça a vocation à évoluer. » (Stéphanie, éducatrice spécialisée auprès de jeunes en situation de handicap)*

Cependant, la dynamique autour de l'éducation à la sexualité est encore, difficilement appliquée dans certains établissements. Pour les professionnels, l'implication de l'institution, dans laquelle l'intervention a lieu, est vécue comme un facteur déterminant pour mettre en place des interventions. En conscience des problématiques parfois vécues par l'administration, les professionnels déplorent le manque d'investissement de la part de leur hiérarchie sur la thématique.

Brigitte, infirmière évoque le discours de sa direction :

*« A côté on a des personnes qui nous demande des statistiques : « Ecoutez, vous me dites que c'est important ce que vous faites mais quand je vois les chiffres des grossesses chez les mineurs, c'est toujours pareil » [...]. C'est pour ça que je fais tous ces bilans [Brigitte montre les évaluations papiers] pour leur dire bah regardez, même si on ne voit pas le chiffre des grossesses chez les mineures diminuer. Mais justement posez-vous la question. Que la grossesse chez les mineures ce n'est qu'un problème de contraception. »*

*« Et comme je le dis. Peut-être que ça embête souvent, mais aussi de la supervision. Parce que nous, on n'a jamais de supervision, une fois et encore et moi je trouve que ça manque énormément » (Brigitte, infirmière).*

Pour les professionnels, le manque d'engagement de l'institution sur la thématique se traduit également par des difficultés managériales autour de la mise en œuvre des interventions. Les ressources humaines et matérielles ne sont pas toujours mises à disposition, ainsi que le temps nécessaire pour monter les projets.

*« Je ne peux pas blâmer le chef d'établissement. Il a un établissement à faire tourner. Il fait avec les moyens qu'on lui a donné, et les moyens matériels et les moyens humains. C'est vrai que c'est tous ensemble qu'il faut arriver à se coordonner, faire une cohésion, c'est compliqué, c'est lourd, c'est difficile. C'est un petit peu de chacun, qui doit y arriver. » (Brigitte, infirmière)*

*« Par contre au lycée, j'ai arrêté de faire les interventions. Le principal est complètement, on n'était pas du tout aidé. On faisait des trucs dans notre coin avec l'infirmière, il n'est pas du tout soutenant sur le plan logistique, auprès des profs. Donc les profs ne sont pas là. Ils sont tous partis faire des photocopies quand on intervient. La moitié des élèves sont là, il n'y a personne qui fait l'appel, on ne sait pas où est la mallette. Une fois sur deux les salles on nous les a piqués, il y a un autre cours dedans. Si tu n'as pas le soutien de*

*l'établissement au niveau logistique et organisationnel et au niveau des profs, quelqu'un qui leur dit, là là c'est sur les heures de cours, c'est prioritaire, il faut que vous soyez là, il faut que vous écoutiez l'intervention pour faire un relai. Franchement quand tu n'as pas le chef d'établissement derrière en fait, c'est la misère en fait. » (Anne-Marie, sage-femme)*

Les observations de terrain viennent appuyer le discours des professionnels recueillis sur ce thème. En effet, à plusieurs reprises, la direction avait oublié que l'intervention avait lieu. Les élèves et les classes n'étaient pas toujours disponibles et les équipes pédagogiques pas toujours averties. Les intervenants observés, conscients de la portée limitée de ce type d'intervention, étaient alors frustrés de devoir intervenir dans ces conditions.

### **V.3 Interactions entre les freins identifiés dans la mise en œuvre d'intervention en EVAS**

Selon notre cadre conceptuel, nous retrouvons des freins à la mise en place des interventions en EVAS sur l'ensemble des niveaux écologiques étudiés. Néanmoins, ces niveaux écologiques ne sont pas indépendants et les déterminants de ces différents niveaux interagissent entre eux. Les principales interactions entre les différents déterminants ressortant du discours des professionnels sont présentées ci-après.

#### **V.3.1 Interactions entre la motivation, environnement d'intervention et environnement administratif**

Dans cette enquête, au niveau individuel, la mise en place des interventions est en partie liée à la motivation intrinsèque et extrinsèque des professionnels. Cette motivation peut être influencée par l'environnement d'intervention. En effet, le manque de ressources humaines et le manque de collaboration interprofessionnelle viennent impacter cette motivation.

*« Parce que c'est vrai que des fois on se sent un peu seul. Des fois on a envie de se dire, j'arrête tout parce que, ça sert à quoi finalement. » (Sophie, sage-femme)*

*« Nan mais c'est vrai que... Je te le dis ça fait depuis 2007 que je cours à droite à gauche pour informer tout ça et que jusqu'à présent malgré les relances, les demandes par la hiérarchie, à tout le monde, pour dire que les instructions ne vont pas aussi loin que je puisse le faire et qu'il faudrait commencer à recruter quelqu'un et le former sur le tas pour ne pas. Moi je ne vais pas animer jusqu'à la retraite. [...] Dans le temps je me débattais comme un diable pour être partout je passais des semaines sur le fleuve, une semaine à Maripasoula pour intervenir ensuite prendre l'avion pour arriver à Grand-Santi. » (Jean-Luc, responsable de prévention)*

D'autres part, la motivation des intervenants est influencée par l'environnement administratif. Les difficultés managériales et le manque d'engagement de l'institution sur la thématique influence alors la motivation des professionnels.

*« Ça ne se passait pas bien, on en a eu marre en fait, d'arriver les élèves n'était pas là, la salle était prise, les profs n'étaient pas là, ouai on va arrêter, on va recadrer. Le CESC ont n'a pas été invité. Donc vraiment pas un lycée soutenant en termes de prévention, de logistique, donc on a arrêté en fait, parce qu'après on devient presque malveillant. On*

*commençait en pestiférant les interventions, ils nous ont encore zappé. » (Anne-Marie, sage-femme)*

Selon Franco et al., l'environnement administratif, et notamment le management d'une structure est un déterminant de la motivation des professionnels au travail. L'appui de l'institution se traduit par l'allocation de ressources matérielles et humaines suffisantes, la définition de rôles clairs pour chaque professionnel, la définition de stratégies et d'objectifs ainsi que par le soutien dans la planification des activités. La reconnaissance de la part de l'institution passe aussi par la valorisation du travail accompli par le professionnel. L'ensemble de ces éléments favorise la motivation du professionnel, pour accomplir les tâches qui lui sont confiées et s'en sentir capable (36). Ici, les professionnels ressentent un manque d'engagement de la part de l'institution, vis-à-vis de la thématique en général mais aussi sur leur investissement pour mettre en place les interventions. Le manque de valorisation des actions des professionnels semble influencer leur motivation et donc influencer la mise en place des interventions. Ce manque de reconnaissance peut aussi se traduire par un désaccord entre les objectifs poursuivis par l'institution et ceux du professionnel. Selon Franco et al., la motivation au travail est possible s'il existe un alignement entre les objectifs poursuivis par l'individu et ceux de l'institution (36).

En l'absence d'investissement de la part de l'institution sur les questions d'EVAS, le point de départ des interventions émane souvent d'une initiative personnelle. Dans les structures où les professionnels se sentent soutenus, que ce soit en termes de moyens humains et matériels mais aussi en termes de reconnaissance sur l'utilité de leur travail, ils semblent davantage engagés dans leurs missions. Au contraire, un manque d'investissement de l'établissement et l'absence de priorités données à l'éducation à la santé peut amener l'intervenant à renoncer à la mise en place des interventions.

*« Je crois que je suis allée proposer directement mes services parce que j'aime bien faire ça. » (Anne-Marie, sage-femme)*

*« Ce n'est pas sensé venir que d'une initiative perso de l'infirmière ou d'un prof qui fait telle demande, ça doit rentrer dans le projet d'établissement [...]. C'est beaucoup sur l'initiative. Nous clairement on travaille avec qui, enfin, tu travailles avec les gens avec qui on travaille bien, qui sont motivés, on tourne toujours à peu près avec les mêmes professeurs » (Soraya, psychologue)*

*« Et c'est vrai que chacun aime bien amener son petit projet, avoir sa reconnaissance par rapport à son petit projet. C'est vrai, il faut le reconnaître aussi » (Brigitte, infirmière)*

### **V.3.2 Interaction entre les compétences, environnement d'intervention et environnement administratif**

Le manque de compétences ressentis par les professionnels est une barrière importante à la mise en place des interventions. Dans le discours des professionnels, plusieurs facteurs de l'environnement d'intervention et administratif limitent le sentiment de compétence perçu des intervenants et ainsi la mise en place des interventions.

Au niveau de l'environnement d'intervention, les professionnels déplorent un manque d'échanges sur leurs pratiques professionnelles. Ils se sentent parfois isolés pour mettre en place leurs interventions et la collaboration entre les professionnels reste encore difficile à mettre en œuvre. Le développement des compétences professionnelles peut passer par les échanges entre professionnels (51). Ce manque d'échanges ne semble pas permettre de favoriser le sentiment de compétence des professionnels.

Au niveau de l'environnement administratif, les intervenants ne se sentent pas suffisamment formés et accompagnés pour mettre en place les interventions. Ils mettent en avant la nécessité d'avoir un retour sur leur pratique pour pouvoir être plus en confiance, être rassurés quant au bien-fondé de leur façon d'intervenir et se sentir plus légitime dans leur pratique. Ce sentiment fait appel à l'expérience indirecte, qui consiste en un apprentissage reposant sur le phénomène des comparaisons sociales, c'est-à-dire sur l'observation (41).

*« Et ça m'a vachement rassuré, parce que je me suis aperçue que je faisais des trucs, que je n'étais pas à côté de la plaque, il y a des moments où tu doutes. C'était bien de se rendre compte qu'elles avaient des trucs et que je faisais presque pareil. J'étais descendue à Saint-Laurent pour voir leurs interventions. C'est cool on dit la même chose. Ça m'a super rassuré, parce qu'à des moments je me disais je fais mon truc dans mon coin. Donc ça c'était bien. » (Anne-Marie, sage-femme)*

Toujours au niveau de l'environnement administratif, le manque de compétences ressenti par les professionnels semble également lié au manque de clarté des recommandations. La thématique est complexe (49) et les intervenants sont confrontés à de nombreux changements et défis dans leurs pratiques. Dans le milieu scolaire, l'OMS évoque « des classes de plus en plus multiculturelles, une attention croissante à l'intégration des apprenants avec besoins d'apprentissage spéciaux et la nécessité d'utiliser plus efficacement les technologies de l'information et de la communication, de s'engager plus dans la planification au sein des cadres d'évaluation et de responsabilisation ainsi que de renforcer l'implication des parents dans la vie scolaire. Ces changements et ces défis ont de profondes retombées sur la formation des éducateurs et les compétences qu'ils doivent acquérir » (10).

*« C'est vrai que maintenant on commence à insister sur le fait que, c'est le plaisir, c'est l'émotion, il faut essayer de cheminer là-dedans, ce n'est pas évident parce que ça fait partie de l'intimité des personnes. » (Brigitte, infirmière)*

### **V.3.3 Interactions entre la collaboration interprofessionnelle, niveau individuel et environnement administratif**

Dans cette enquête, au niveau de l'environnement d'intervention, la mise en place des interventions est en partie liée aux relations interprofessionnelles.

Ce déterminant peut être influencée par le niveau individuel. En effet, la divergence des conceptions et des pratiques professionnelles en EVAS vient impacter cette collaboration.

Des facteurs de l'environnement administratif viennent également freiner la pratique collaborative. Les professionnels insistent sur le manque d'appui de l'institution pour mettre en œuvre les interventions d'EVAS. L'institution, parfois perçue comme non soutenante et fédératrice sur la thématique, ne favorise pas l'action autour d'un objectif commun, définition de la collaboration. La hiérarchie a un rôle de management et de gestion de ressources humaines en entretenant le climat social, en gérant les interactions et les conflits interprofessionnels ou en constituant des équipes de travail (52). Ici, l'absence de leadership sur la thématique évoqué par les professionnels ne semble pas favoriser la collaboration interprofessionnelle. Du temps, nécessaire à la réalisation de moments d'échanges ou à la construction des projets d'intervention, n'est pas toujours mis à disposition des équipes. De plus, les intervenants amenés à travailler au sein d'une même structure n'ont pas toujours la même hiérarchie. Face à une grande variété d'acteurs, d'institutions et d'administrations, le leadership semble déterminant pour favoriser la collaboration interprofessionnelle mais complexe à définir et à mettre en œuvre.

## VI. DISCUSSION

### VI.1 Rappel des principaux résultats

L'objectif de notre étude était de documenter les freins rencontrés par les intervenants en EVAS dans l'exercice de leur profession. Des barrières à différents niveaux écologiques de notre conceptuel ont été retrouvées. Les intervenants mettent alors en avant des problématiques rencontrées à chaque étape d'une intervention. Le tableau 5 présente un résumé des barrières principales rencontrées par les professionnels pour mettre en place les interventions en EVAS. Dans ce tableau, nous présentons également comment ces difficultés peuvent se manifester dans le discours des professionnels interrogés (Tableau 5).

Au niveau de l'individu, les intervenants sont investis par la thématique et convaincus de l'intérêt de l'EVAS. Cependant, dans leur discours plusieurs éléments viennent jouer sur leur motivation pour mettre en place les interventions.

Au niveau de la motivation intrinsèque, le manque de visibilité sur l'efficacité des interventions impacte la mise en place des interventions.

La motivation extrinsèque est, elle, influencée par le manque de reconnaissance de l'investissement des professionnels mettant en place les interventions en EVAS.

Les professionnels interrogés évoquent un manque de compétence sur la thématique. Cela leur pose des difficultés pour mettre en place l'ensemble des étapes d'une intervention, pour aborder tous les thèmes relatifs à la vie affective et sexuelle mais aussi pour adapter leur discours au public d'intervention. Pour les professionnels, se sentir compétent pour pouvoir intervenir auprès du public est un processus long, nécessitant du temps et un travail d'introspection important.

Au niveau « public d'intervention », des facteurs viennent limiter l'interaction entre les intervenants et le public d'intervention et donc freiner la mise en place et le déroulement des interventions.

Les représentations des intervenants sur les attentes des jeunes en matière de vie affective et sexuelle ne permettent pas toujours de mettre en place des interventions basées sur la demande réelle du public.

Les difficultés de communication entre le public et l'intervenant freine également la mise en place d'intervention d'EVAS et limite les échanges pendant l'intervention.

Des différences de représentations socio-culturelles autour de la sexualité apparaissent également entre les intervenants et leur public et peuvent limiter leurs interactions.

Des facteurs liés à leur environnement d'intervention ont également une influence sur la mise en place des interventions en EVAS.

La charge de travail et l'isolement géographique des intervenants ne permet pas de mettre en place les interventions dans toutes les structures et impacte la qualité des interventions.

Les intervenants évoquent un manque d'accessibilité du matériel pédagogique, au niveau de sa mise à disposition et de son adéquation avec le public.

Les relations interprofessionnelles sont parfois conflictuelles. Les intervenants, devant collaborer pour mettre en place les interventions, n'arrivent pas toujours à avoir un discours commun autour de la thématique.

L'environnement administratif tient une place importante dans le discours des professionnels.

Les intervenants mettent en avant un manque de formation, facteur présenté comme étant un frein important à la mise en place des interventions.

Les intervenants évoquent un manque de clarté et d'accessibilité des recommandations sur les interventions en EVAS impactant leur mise en place.

Des difficultés au niveau de l'organisation des interventions comme le manque de planification des interventions et de coordination entre les acteurs influencent de façon importante la mise en place des interventions.

Le manque de discours commun sur la façon de mettre en place les interventions entre l'institution et les intervenants ne permet pas d'impulser une dynamique de projet d'établissement sur la thématique.

Les intervenants insistent sur le manque de volonté de la part de leur institution à mettre en place les interventions en EVAS. Ce manque d'engagement et l'absence de priorité donnée à l'EVAS est un élément déterminant de la mise en œuvre des interventions.

Certaines associations entre des déterminants à la mise en place des interventions ont été mises en évidence.

La motivation des intervenants est influencée par le manque de ressources humaines et la manque de collaboration interprofessionnelle, au niveau de l'environnement d'intervention. L'environnement administration impacte également la motivation des professionnels à travers les difficultés organisationnelles et la manque d'engagement de l'institution sur l'EVAS.

Des éléments liés à l'environnement d'intervention et à l'environnement administratif viennent jouer sur ce sentiment de compétence. Les professionnels expriment ne pas suffisamment échanger sur leurs pratiques et ne se sentent pas assez formés et accompagnés. Ils insistent sur la complexité de la thématique, sur le manque de clarté et d'accessibilité des recommandations en EVAS. Ils se sentent parfois perdus, voire en perte de légitimité pour aborder les thèmes relatifs à la vie affective.

Enfin, la collaboration interprofessionnelle est impactée par la différence des conceptions et de pratiques en EVAS au niveau individuel. Cette collaboration est également influencée par l'environnement administratif. Le manque d'engagement de l'institution sur l'EVAS ne favorise pas une dynamique commune sur la thématique et ainsi la mise en œuvre d'interventions collaboratives et interprofessionnelles dans un objectif commun.

**Tableau 5. Présentation par niveau écologique des freins à la mise en place des interventions en EVAS et leurs manifestations dans le discours des intervenants, en Guyane, en 2019.**

<b>Niveaux écologiques</b>	<b>Freins à la mise en place des interventions</b>	<b>Manifestions dans le discours des professionnels</b>
<b>Individu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>motivation intrinsèque altérée</li> <li>manque de motivation extrinsèque</li> <li>faible sentiment de compétence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>frustration face au manque de visibilité sur l'efficacité des interventions</li> <li>manque de reconnaissance de l'investissement des professionnels</li> <li>sentiment de ne pas avoir les connaissances sur la thématique</li> <li>sentiment de ne pas avoir suffisamment développé la posture d'éducateur</li> <li>sentiment de ne pas avoir les aptitudes pour mettre en place les interventions</li> </ul>
<b>Public d'intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>difficulté dans l'interaction intervenant-public</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>public non réceptif pendant l'intervention</li> <li>difficultés pour transmettre certains messages</li> </ul>
<b>Environnement d'intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>lieu d'intervention</li> <li>manque de ressources humaines</li> <li>manque de matériel</li> <li>relations interprofessionnelles complexes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>difficultés pour atteindre le public hors milieu scolaire et hors ESSMS</li> <li>isolement géographique</li> <li>surcharge de travail évoquée par les professionnels</li> <li>matériel pédagogique non disponible dans certains territoires</li> <li>matériel pédagogique non adapté pour certains publics d'intervention</li> <li>difficultés pour collaborer</li> <li>incompréhension entre professionnels sur les différentes pratiques professionnelles</li> <li>manque d'échanges des pratiques</li> <li>sentiment de solitude</li> </ul>
<b>Environnement administratif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>manque de formation</li> <li>manque de clarté et d'accessibilité des recommandations</li> <li>relations avec l'institution</li> <li>manque d'engagement de l'institution</li> <li>difficultés managériales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>manque d'accompagnement</li> <li>manque de formation sur la thématique</li> <li>manque de clarté sur les notions à aborder en fonction de l'âge, du type de public</li> <li>difficultés pour trouver les principes directeurs pour chaque milieu d'intervention</li> <li>connaissances limitées sur les pratiques en EVAS au niveau de l'administration</li> <li>objectifs d'intervention différents entre l'institution et les intervenants sur la thématique</li> <li>représentations sur l'EVAS différentes entre l'institution et l'intervenant</li> <li>manque de supervision</li> <li>manque de volonté de la part de l'institution pour mettre en place les interventions</li> <li>manque d'appui logistique pour mettre en œuvre les interventions</li> <li>difficultés pour se coordonner entre intervenants</li> <li>difficultés pour planifier les interventions</li> </ul>

## **VI.2 Validité interne**

Le discours des intervenants recueilli dans le cadre de cette enquête nous a permis de mettre en évidence les freins à la mise en place des interventions en EVAS en Guyane. Il est donc important de discuter la façon dont ce discours a été produit, et donc la qualité des données recueillies, ainsi que la méthode d'analyse.

### **VI.2.1 Choix de l'échantillon**

L'enquête qualitative ne vise pas la représentativité des résultats. Dans notre enquête, il s'agissait d'identifier des barrières à la mise en place des interventions collectives pour notre échantillon.

Nous avons souhaité recueillir le discours des professionnels intervenants dans différentes zones géographiques et différentes structures. Dans nos résultats, les freins mis en avant par les professionnels semblent se retrouver dans l'ensemble des structures étudiées. Cependant, en ce qui concerne les ESSMS, nous avons un aperçu limité des barrières rencontrées dans les structures rattachées à l'aide sociale à l'enfance et à la Projection judiciaire de la jeunesse. Les échanges informels laissent supposer des problématiques plus profondes dans ces établissements, où les interventions d'EVAS ne semblent pas ou peu mises en place. Pour les établissements médico-sociaux accueillant un public en situation de handicap, les intervenants semblent également avoir plus de difficultés, malgré un travail de réflexion engagé à ce sujet. Les barrières à la mise en place des interventions dans certains ESSMS peuvent donc être différentes. Il s'agirait d'approfondir les recherches sur la mise en place des interventions dans les ESSMS en général.

Nous avons choisi d'interroger des professionnels expérimentés sur l'objet d'étude. Les intervenants ont alors une réflexion avancée sur leur pratique et donne, avec recul, une analyse détaillée de leurs interventions en EVAS. Cependant, des intervenants en début de carrières pourraient ne pas présenter les mêmes problématiques. Malgré tout, le fait de pointer des difficultés chez des professionnels expérimentés, laisse supposer que les professionnels débutants observeront des difficultés semblables.

### **VI.2.2 Production des données**

L'entretien semi-directif a pour objectif de favoriser la production d'un discours sur un ensemble de thèmes, au moyen de stratégies d'écoute et d'intervention. Il est alors possible de toucher de façon fine, les systèmes de représentations, la complexité des logiques de pensées, et les actions qui en découlent. La mode de recueil utilisé est donc en cohérence avec l'objectif de notre enquête.

L'entretien est une situation sociale de rencontre et d'échange, l'interaction entre l'enquêté et l'enquêteur est donc déterminante pour la production du discours.

La façon d'être de l'enquêteur tient une place importante sur la production de ces données. Dans cette enquête, nous avons appliqué une posture d'écoute active pendant les entretiens. Nous avons accompagné le discours par des signes non verbaux d'empathie, sans jugement, reformulé lorsque cela était nécessaire et accepté les silences. Plusieurs professionnels ont évoqué des éléments qu'ils ne voulaient pas voir apparaître dans les retranscriptions laissant supposer qu'un climat de confiance avait été instauré. Cependant, il faut noter que l'attitude à avoir pendant les échanges, pour notamment laisser place au discours, s'est développée au fur et à mesure de l'enquête. Pour les entretiens réalisés en fin d'enquête, les échanges sont

plus fluides, la parole des enquêtés plus libérées. Ce facteur est donc à prendre en compte pour la qualité des données produites.

D'autre part, pour le mode de recueil en face-à-face, un biais de prévarication peut être présent. Les intervenants peuvent ne pas avoir abordés toutes les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans l'exercice de leurs fonctions. Il est important également de prendre en compte l'existence de différences entre les pratiques réelles et celles déclarées. Les observations de terrain ont permis de mettre en perspectives les discours recueillis et de compenser en partie ce biais d'information. Par téléphone ce biais d'information était réduit. L'enquêté ne voit pas l'enquêteur et peut donc se sentir plus libre. Cependant, avec ce mode de recueil, la communication non-verbale ne pouvait pas être investiguée et l'interaction entre l'enquêté et l'enquêteur limitée.

Pour favoriser la production du discours, plusieurs éléments sont déterminants.

Le guide d'entretien nous a permis de recueillir un discours plus linéaire et structuré. Celui-ci a été ajusté après des entretiens préliminaires afin de correspondre au mieux au contexte et au sujet d'étude.

La stratégie d'intervention pendant l'entretien joue également sur la production du discours et peut l'influencer dans son contenu (53). Ici, nous avons principalement utilisé une stratégie d'intervention par relance. Ces relances suivaient le guide d'entretien mais ont pu varier d'un entretien à l'autre.

Ensuite, l'environnement dans lequel se tient l'entretien détermine en partie son déroulement. Par faisabilité, les entretiens ont été principalement réalisés sur le lieu de travail des enquêtés. Plusieurs entretiens ont été interrompu par le travail de l'enquêté. Pendant ces entretiens, la disponibilité de l'enquêté n'était pas optimale et cela a pu jouer sur la qualité des discours produits. De plus, ce type d'environnement n'est pas propice pour faire émerger un discours libéré : « dans son bureau, l'interviewé s'inscrit davantage dans un rôle professionnel qui facilite la production d'un discours soutenu et maîtrisé sur des thèmes opératoires » (53). Pour l'EVAS, une part importante de cette thématique est liée aux représentations des professionnels sur la sexualité. Certains thèmes sortant du cadre professionnel peuvent donc ne pas avoir été investigués en profondeur.

Enfin, dans notre enquête, les entretiens réalisés avec plusieurs professionnels n'ont pas permis de travailler en profondeur l'ensemble des thèmes du guide d'entretien, notamment certains éléments concernant l'environnement administratif. De plus, lors de ces échanges, les interactions (non-verbales) entre les professionnels n'ont pas été analysées.

### **VI.2.3 Analyse des données**

L'analyse par thématique permet de rechercher une cohérence entre les entretiens sur une thématique donnée. Ce type d'analyse permet de mettre en avant des modèles explicatifs sur des pratiques ou de représentations (53) et est adaptée à notre sujet d'étude.

Pour cette analyse, nous avons réalisé une grille d'analyse basée sur le cadre conceptuel défini pour l'étude. Celle-ci nous permet d'avoir une vision large des facteurs pouvant influencer les pratiques des intervenants en EVAS. Cependant, ce cadre conceptuel n'est pas exhaustif. Certaines dimensions et interactions entre différents déterminants ne sont pas modélisées. Des barrières à la mise en place des interventions peuvent ne pas avoir été questionnées. D'autres part, il est important de souligner que ce cadre conceptuel a pu orienter la lecture des entretiens. En effet, dans les enquêtes qualitatives, l'analyse est indissociable des représentations de l'enquêteur sur le sujet d'étude. Malgré le travail de recherche réalisé pour appuyer les concepts émanant du discours des professionnels, nous ne pouvons pas mettre de côté la possibilité d'une certaine interprétation lors de la lecture du corpus.

Notre travail tient compte de l'ensemble des biais présentés et reste prudent quant à la signification des résultats. Néanmoins, cette enquête est un premier abord des difficultés rencontrées par les intervenants pour mettre en place les interventions en EVAS en Guyane.

## **VI.3 Validité externe**

### **VI.3.1 Rôle de l'environnement administratif et d'intervention sur la mise en place des interventions**

Dans cette enquête, nous montrons que l'environnement d'intervention influence en partie la mise en place des interventions en Guyane. Les professionnels évoquent un manque de ressources humaines pour pouvoir mettre en œuvre les interventions dans l'ensemble des milieux de vie et sur l'ensemble du territoire. Les études de Nekaa et al. et de Schaffer et al. montrent que, en milieu scolaire, le nombre d'élèves par établissement a un lien avec la mise en place de séances en éducation à la santé (dont l'EVAS fait partie) et impacte les pratiques des infirmières scolaires (45,54). Plus le nombre d'élèves est important, moins les interventions sont réalisées (54).

Ensuite, au niveau de l'environnement administratif, nous insistons sur le rôle de l'institution pour la mise en œuvre des interventions. Les études de Rochigneux et al. et Nekaa et al. viennent appuyer ce propos en évoquant le fait que l'institution peut produire des obstacles à la mise en place des interventions, en opposition à la motivation des intervenants pour réaliser les séances. La volonté de l'équipe de direction est, pour ces auteurs, un facteur conditionnant de façon significative les pratiques en éducation à la sexualité (33,45). Rochigneux et al. évoquent également que les représentations du personnel d'encadrement sont une résistance majeure à la mise en place des projets éducatifs en lien avec la sexualité (33). Dans notre enquête, en l'absence d'une dynamique d'établissement autour de la thématique, la mise en place des interventions peut être à l'initiative du professionnel, et donc influencée par sa propre motivation. Dans une étude réalisée auprès d'infirmiers scolaires, le point de départ des interventions d'éducation à la santé (dont l'EVAS) repose principalement sur une décision personnelle. Elles n'émanent pas toujours d'une sollicitation institutionnelle (55). L'étude de Rochigneux et al. met également en avant cette problématique. Pour les auteurs, le démarrage du travail en éducation à la sexualité est conditionné davantage par une décision individuelle que par une démarche collective (33).

Lorsque le point de départ de l'intervention provient d'une initiative personnelle, nous pouvons nous interroger sur la réalisation des interventions dans l'ensemble des établissements devant mettre en place les interventions. Dans les établissements où les professionnels ne s'investissent pas ou plus, les interventions peuvent ne plus être mises en place. Cela semble être principalement le cas dans les établissements où la thématique n'est pas reconnue par la hiérarchie. La répartition équitable des interventions est alors mise en question. En Guyane, dans un contexte de turn-over des intervenants, faire reposer les interventions sur la motivation des intervenants semble donc précaire pour la pérennisation des actions. L'engagement de l'institution paraît alors essentiel.

### **VI.3.2 Compétences perçues des intervenants et manque de formation**

Dans notre enquête, les intervenants ne se sentent pas toujours compétents pour pouvoir mettre en place des interventions en EVAS. Pour Rochigneux et al., ce sentiment paraît être un obstacle à la généralisation de la mise en œuvre de projets d'éducation à la sexualité et signe une fragilité dans la façon dont les personnels se perçoivent (33). Dans notre étude, les professionnels ne se sentent pas toujours compétents pour adopter la posture d'éducateur. Nekaa et al. mettent également en avant que les infirmières ont des difficultés pour déterminer leur posture lors des interventions d'éducation pour la santé et pour passer des connaissances déclaratives, acquises en formation initiale ou continue, aux connaissances procédurales (savoir-faire) (45). Pour Rochigneux et al., avec un faible sentiment de compétence, il est plus difficile de proposer un dispositif pédagogique centré sur une approche de la personne et de son intimité (33).

D'autre part, nous évoquons des besoins de formation non satisfait chez les professionnels interrogés. Nekaa et al. mettent également en avant un besoin de formation en éducation pour la santé chez les infirmiers scolaires interrogés (45). Dans l'étude de Berger et al., l'absence de formation influence de manière significative la pratique de l'éducation à la santé (tout thème de santé confondu) par les infirmiers scolaires (55).

Ensuite, nous supposons un lien entre le manque de compétences ressenti par les professionnels avec le manque de formation exprimé. Pour Rochigneux et al., la formation est un facteur influençant la représentation de l'éducation à la sexualité par les enseignants. Il s'agit d'un facteur influençant la pratique et modifiant le sentiment de compétence (33). Plusieurs études recensées dans le référentiel de compétences pour les éducateurs à la santé sexuelle montrent également que « la formation peut aider les éducateurs à se sentir plus à l'aise lors des discussions avec les apprenants sur des questions liées à la sexualité et à être plus convaincus que leur approche complète et holistique de l'éducation sexuelle est bien légitime » (10).

### **VI.3.3 Une collaboration interprofessionnelle freinée à tous les niveaux**

L'EVAS impliquant un nombre important d'acteurs, la question de la collaboration interprofessionnelle est centrale pour le bon déroulement d'une intervention. Néanmoins, notre étude, et celles réalisées dans d'autres contextes, montrent des obstacles à cette collaboration au niveau individuel et administratif.

Au niveau individuel, la collaboration est en partie freinée par des différences de conceptions sur les pratiques professionnelles entre intervenants. Rochigneux et al. vont dans ce sens en montrant que la fonction exercée par les personnels a une incidence sur l'approche de l'éducation à la sexualité et conduit à une conception différente de celle-ci (33). Berger et al. mettent, eux, en avant que les représentations sociales et les conceptions des professionnels influencent leurs pratiques déclarées sur l'EVAS (56).

Au niveau de l'environnement administratif, un manque d'engagement de l'institution était prégnant sur la pratique collaborative. Au Québec, l'étude de Bouchard et al. montre également que la pratique collaborative en éducation pour la santé est déterminée par des facteurs relatifs à l'institution. Pour ces auteurs, l'appui des instances internes, passant par l'encouragement, le soutien de l'ensemble du personnel, le prêt du matériel nécessaire à la tenue de l'activité, est un élément favorisant la collaboration interprofessionnelle (57).

Le manque de collaboration entre les différents acteurs impliqués dans la mise en place d'une intervention en EVAS contribue au sentiment d'isolement des intervenants. Dans l'étude de Nekaa et al. les infirmiers scolaires déclarent, en majorité, mener leurs actions d'éducation

pour la santé avec un partenaire (extérieur ou membre de l'équipe éducative). Cependant, plus d'un quart d'entre eux déclarent travailler seuls et près de la moitié évoquent un sentiment d'isolement professionnel (45).

#### **VI.3.4 Tabou autour de la sexualité, vers une évolution des représentations ?**

Dans notre enquête, le discours des professionnels interrogés ne laisse pas transparaître de tabou important autour de la sexualité. Ils n'éprouvent pas de difficulté pour aborder cette thématique. En tant que professionnels expérimentés, ceux-ci ont réalisé un travail important sur leurs représentations vis-à-vis de la thématique. Le tabou ne semble également pas présent chez leur public d'intervention. La parole est libérée chez les élèves, les interventions les intéressent, la thématique les questionne. Au contraire, lorsque l'intervenant perçoit une certaine gêne chez le public d'intervention, il trouve là tout l'intérêt de la séance et tente de libérer la parole, trouve des moyens pour travailler sur ces questions dites sensibles. Cependant, les intervenants éprouvent des difficultés pour aborder les questions relatives à la sexualité avec les autres acteurs (hors intervenants) et l'entourage des publics d'intervention (e.g. famille).

Chez les professionnels devant collaborer avec les intervenants interrogés, la sexualité semble parfois être un sujet tabou (e.g. gênes pour aborder l'ensemble des thèmes avec le public). Des différences de représentations socio-culturelles sur la vie affective et sexuelle semblent alors exister. Il serait pertinent de travailler de façon plus approfondie sur le tabou socio-culturel autour de la sexualité chez les intervenants, pour définir le rôle de ces représentations sur la collaboration interprofessionnelle.

Pour les intervenants interrogés, des représentations sociales sur la sexualité des jeunes semblent persister dans l'environnement familial du public d'intervention, et particulièrement pour le public en situation de handicap. Il existe encore un certain tabou pour aborder les questions de sexualité entre le public et son environnement familial. Dans notre étude, nous avons choisi de ne pas analyser l'influence de l'environnement social sur la mise en place des interventions. Cet aspect serait à prendre en compte pour déterminer s'il s'agit ou non d'un frein important à la mise en place des interventions en Guyane.

Ces difficultés pour aborder les questions relatives à la sexualité se retrouvaient dans d'autres contextes. Dans la littérature, le contexte socio-culturel apparaît comme déterminant dans la mise en place des interventions en EVAS. Des difficultés pour aborder les questions relatives à la sexualité se retrouvent entre les différents intervenants et les acteurs (e.g. intervenants, professeurs, chefs d'établissement) mais aussi entre intervenants et public d'intervention (incluant l'entourage -e.g. famille- de ces publics) (58,59).

## VII. RECOMMANDATIONS

L'EVAS est un moyen pour favoriser la santé sexuelle et le développement affectif, sexuel et relationnel de tous les jeunes. Elle contribue également au développement de relations vers plus d'égalité et de respect entre les personnes quels que soient leur sexe, genre ou orientation sexuelle. Cela permet également de s'ouvrir à l'acceptation de la différence et à la tolérance, élément particulièrement pertinent dans un contexte interculturel.

Notre étude met en avant différents freins à la mise en place des interventions en EVAS en Guyane. Nous proposons donc les recommandations suivantes, en vue d'améliorer leurs mises en place. Nous souhaitons tendre vers le développement d'interventions de qualité, en référence aux principes directeurs en EVAS et donc efficaces. Nous souhaitons également veiller à développer une offre d'interventions en EVAS équitable pour l'ensemble de la population ciblée par ces actions sur le territoire guyanais et ainsi veiller à la diminution des inégalités sociales et territoriales de santé. Enfin, notre travail se centrant sur les professionnels de santé, il nous paraît important de veiller à la qualité de vie au travail des intervenants lors de la mise en place des interventions en EVAS.

Dans cette étude, nous insistons sur la motivation des intervenants. La motivation au travail des professionnels est déterminante de la performance du système de santé, pour sa qualité, son équité et son efficacité (36). Agir sur les éléments influençant cette motivation, mis en évidence dans cette enquête, nous semble alors essentiel pour pérenniser les interventions sur le territoire guyanais.

Ensuite, une partie de notre étude se concentre sur les compétences de professionnels. La qualité et l'impact de l'EVAS dépend des compétences des éducateurs et des méthodes pédagogiques employées (3,56). En ce sens, il paraît pertinent de favoriser le développement des compétences des professionnels ainsi que leur sentiment de compétences. Nous insistons donc sur la formation et l'échange des pratiques entre professionnels pour y contribuer et permettre l'émergence d'une culture commune autour de la thématique.

Enfin, les interventions en EVAS mettent en jeu une multitude d'acteurs. Nous souhaitons donc agir en vue d'améliorer la collaboration des professionnels intervenant en EVAS en Guyane. Il s'agit alors de faire découvrir les spécificités et les compétences des professionnels concernés afin de renforcer les compétences mais aussi de favoriser la satisfaction et la motivation au travail (60).

En considérant le caractère interdépendant des freins à la mise en place des interventions, nous supposons un effet en synergie des recommandations proposées. Une recommandation émise dans un axe peut être amenée à jouer sur un niveau différent.

### **Axe 1. Favoriser la collaboration interprofessionnelle**

- Développer les échanges entre intervenants
- Favoriser l'émergence d'une culture commune entre les intervenants
- Développer les compétences de collaboration des intervenants
- Renforcer le management des équipes mettant en place les interventions en EVAS

### **Axe 2. Renforcer la formation et les compétences des intervenants**

- Soutenir la professionnalisation des intervenants, en particulier sur les aspects méthodologiques et pédagogiques
- Développer une offre de formation interdisciplinaire en EVAS
- Développer une réflexion commune sur l'offre de formation en vie affective et sexuelle en Guyane
- Favoriser les transferts de pratiques et de connaissances entre professionnels
- Rendre accessible les connaissances et les recommandations en matière d'EVAS

### **Axe 3. Encourager le déploiement des interventions sur le territoire**

- Améliorer l'organisation des interventions en EVAS au sein des établissements
- Améliorer la coordination des intervenants
- Favoriser une répartition équitable des interventions sur le territoire et auprès des différents lieux d'interventions, en particulier dans les ESSMS et pour les populations hors milieu scolaire

### **Axe 4. Améliorer les conditions de travail des intervenants**

- Mettre à disposition des ressources pédagogiques et outils, en particulier pour le public en situation de handicap
- Améliorer la capitalisation des expériences, des actions afin de pallier la problématique du turn-over des professionnels en Guyane
- Renforcer les moyens humains

### **Axe 5. Favoriser la reconnaissance des enjeux de l'EVAS par les équipes de direction**

- Développer les échanges sur les représentations l'EVAS entre les intervenants et les équipes de direction
- Favoriser la transmission des recommandations sur l'EVAS aux équipes de direction
- Renforcer la mise en place de projet d'établissement sur la thématique

GPS propose de mettre en œuvre un projet Vie affective et sexuelle / Santé sexuelle et reproductive en réponse aux recommandations émises, de septembre à 2019 à septembre 2020 (document présenté en Annexe 6, page 64-65). Les actions développées dans ce projet s'inscrivent dans les axes 1,2 et 4 présentés ci-dessus.

## VIII. CONCLUSION

Les résultats de notre étude mettent en avant les freins et les leviers pour mettre en place des interventions en EVAS en Guyane. En termes de santé publique, les recommandations ont été élaborées pour lever les freins identifiés et ainsi améliorer la mise en place des interventions sur le territoire. Il s'agit alors de tendre vers la mise en place d'interventions en EVAS de qualité, en référence aux principes directeurs sur la thématique. Nous voulons aussi contribuer au développement de l'offre en interventions dans les structures accueillant ou accompagnant des enfants et des jeunes pour veiller à la répartition équitable de l'offre sur le territoire guyanais. En ce sens, nous souhaitons que l'ensemble des enfants et jeunes guyanais ait un accès équitable à des interventions de qualité et favorisant le développement de comportements protecteurs en matière de vie affective et sexuelle et ce dès le plus jeune âge.

Ce stage a été l'occasion de développer mes compétences en méthodologie d'enquête qualitative, de l'écriture du protocole d'enquête à la diffusion des recommandations. Dans ce travail qualitatif, les échanges avec des intervenants investis sur un sujet que j'affectionne ont été une source d'enrichissement. Evoluer au sein d'une instance de santé publique et avec une équipe pluridisciplinaire, dynamique et bienveillante a été une expérience riche en apprentissages et en rencontres humaines. Ce stage, orienté vers la promotion de la santé, m'a également permis d'avoir une nouvelle perspective sur les comportements en santé et sur la manière de penser les actions de prévention. Ayant, une formation initiale en sciences maïeutiques, ce stage ont été l'occasion de questionner mon parcours vis-à-vis de la prévention et de la promotion de la santé. Mieux comprendre l'influence des environnements et des comportements individuels sur la santé des individus est essentiel pour toucher au plus près la santé des populations. Ce stage conforte donc mon intérêt pour travailler sur les questions de prévention en santé, et en particulier dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

## IX. Références bibliographiques

1. Nations Unies. (page consultée le 16 août 2019). Les jeunes, [en ligne]. <https://www.un.org/fr/sections/issues-depth/youth-0/index.html>
2. OMS. Recommandations de l'OMS relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction [Internet]. 2019 [cité 12 août 2019]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311413/9789242514605-fre.pdf?ua=1>
3. UNESCO, UNICEF, UNFPA, ONU Femmes, OMS, ONUSIDA. Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité. Une approche factuelle [Internet]. 2018 [cité 12 août 2019]. Disponible sur: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183281\\_fre](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183281_fre)
4. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 1 juin 2013;58(3):469-83.
5. Inghels M, Coffie PA, Larmarange J. Health care, needs and barriers in seeking medical care for global health and sexual and reproductive health, among students from Félix Houphouët-Boigny University, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Rev Epidemiol Sante Publique*. sept 2017;65(5):369-79.
6. Lince-Deroche N, Hargey A, Holt K, Shochet T. Accessing Sexual and Reproductive Health Information and Services: A Mixed Methods Study of Young Women's Needs and Experiences in Soweto, South Africa. *Afr J Reprod Health*. mars 2015;19(1):73-81.
7. Mmari K, Blum RW. Risk and protective factors that affect adolescent reproductive health in developing countries: A structured literature review. *Glob Public Health*. 1 juill 2009;4(4):350-66.
8. Varescon I. Les consommations à risque chez les jeunes : facteurs de protection et de vulnérabilité. *Santé En Action*. 2014;(429):24-5.
9. OMS Bureau régional pour l'Europe. Standards pour l'éducation sexuelle en Europe [Internet]. 2013 [cité 5 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/11/Standards-OMS\\_fr.pdf](https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/11/Standards-OMS_fr.pdf)
10. OMS Bureau régional pour l'Europe. Questions de formation : Répertoire des compétences fondamentales pour les éducateurs à la santé sexuelle [Internet]. 2017 [cité 5 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/Training\\_matters\\_FR.pdf](https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Training_matters_FR.pdf)
11. Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Bretagne (Ireps). Boîte à outils méthodologique pour les porteurs d'actions d'éducation vie affective et sexuelle des jeunes. 2012 [cité 5 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/guidevasireps56.pdf>
12. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle [Internet]. 2017 [cité 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>

13. Agence régionale de santé de la Guyane. Projet régional de santé Guyane 2018-2028. Cadre d'orientation stratégique [Internet]. 2018 [cité 3 août 2019]. Disponible sur: [https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/agence\\_r\\_gionale\\_de\\_sant\\_guyane/PRS2\\_COS%20guyane%20valide.pdf](https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/agence_r_gionale_de_sant_guyane/PRS2_COS%20guyane%20valide.pdf)
14. Véret J-L. Les métiers en éducation pour la santé. Santé Publique. 2007;19(hs):65-72.
15. Hamel E, Foucaud J. Référentiel de compétences en éducation pour la santé : une ressource commune pour les professionnels de l'éducation, de la santé et du social. In: Réseau des universités pour l'éducation à la santé (UNIRÉS). Education à la santé et complexité : recherches, formations, pratiques. 2014. p. 251-259.
16. France. Ministère de l'Education nationale et de la jeunesse. Article L. 312-16. du Code de l'Education (loi du 4 juillet 2001). (Page consultée le 8 avril 2019). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071191&idArticle=LEGIARTI000006524777>
17. France. Ministère de l'Education nationale et de la jeunesse. Bulletin officiel de l'Education nationale. Circulaire n°2018-111 du 12-9-2018. (Page consultée le 8 avril 2019). Disponible sur : [https://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin\\_officiel.html?cid\\_bo=133890](https://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=133890)
18. France. Ministère des solidarités et de la santé. Article L311-1 du Code de l'action sociale et des familles (loi n°2011-525 du 17 mai 2011 – art.191). (Page consultée le 8 avril 2019). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797366&dateTexte=&categorieLien=cid>
19. France. Ministère des solidarités et de la santé. Article L.6121-6 du Code de la santé publique (loi n°2010-1563 du 16 décembre 2010 - art. 52 (V)). (Page consultée le 8 avril 2019). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006690790&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20030906>
20. France. Ministère des solidarités et de la santé. Article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (loi n°2019-791 du 26 juillet 2019 - art. 30). (Page consultée le 8 avril 2019). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000020892821>
21. Santé publique france. Promouvoir la santé et le bien-être dans le champ médico-social auprès des personnes en situation de handicap [Internet]. [cité 5 août 2019]. Disponible sur: <https://www.clapeaha.fr/wp-content/uploads/2018/06/Guide-PSH-FNES-VF-pdf.pdf>
22. Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, Ministère des sports. Accompagnement à la vie relationnelle, affective et sexuelle. Education à la sexualité et prévention des violences sexuelles [Internet] 2019. [cité 5 août 2019]. Disponible sur : [http://www.jeunes.gouv.fr/IMG/UserFiles/Files/GuideSexualite\\_2019\\_VF%202019.pdf](http://www.jeunes.gouv.fr/IMG/UserFiles/Files/GuideSexualite_2019_VF%202019.pdf)
23. Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS). Avis et recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises [Internet] 2018. [cité 5 août 2019]. Disponible sur : [https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/03/2018-01-18\\_avi\\_fr\\_prise\\_en\\_charge.pdf](https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/03/2018-01-18_avi_fr_prise_en_charge.pdf)

24. Agence Régionale de Santé de la Guyane. Schéma d'organisation médico-sociale de la Guyane 2011-2015 [Internet]. 2012 [cité 15 août 2019]. Disponible sur: [https://www.guyane.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/SOMS\\_Guyane\\_2011\\_Vdefinitive\\_Correction.pdf](https://www.guyane.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/SOMS_Guyane_2011_Vdefinitive_Correction.pdf)
25. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). La Guyane, une région jeune et cosmopolite. Insee Analyses Guyane. janv 2019;(35).
26. Insee. Recensement de la population en Guyane. La démographie guyanaise toujours aussi dynamique. Insee Analyses Guyane. janv 2018;(27).
27. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. Etudes et Résultats. juin 2017;(1013).
28. Cellule d'intervention en région de Santé publique France (Cire) Antilles, Cire Guyane. Bulletin de veille sanitaire Antilles-Guyane. IST-VIH. déc 2016;(3).
29. Dufit V, Adenis A, Douine M, Najjoullah F, Kilie O, Molinié V, et al. Épidémiologie de l'infection à papillomavirus humains chez les femmes âgées de 20 à 65 ans résidant dans des communes isolées de Guyane française: adapter l'action au territoire. Bull Épidémiologique Hebd. 2016;(34):588-97.
30. Insee. De nombreuses victimes de délinquance d'appropriation et de violences en Guyane. Insee Analyses Guyane. janv 2017;(20).
31. Keogh SC, Stillman M, Awusabo-Asare K, Sidze E, Monzón AS, Motta A, et al. Challenges to implementing national comprehensive sexuality education curricula in low- and middle-income countries: Case studies of Ghana, Kenya, Peru and Guatemala. Brownie SM, éditeur. PLOS ONE. 11 juill 2018;13(7):e0200513.
32. Haut conseil à l'égalité (HCE). Rapport relatif à l'éducation à la sexualité [Internet]. 2016 [cité 15 août 2019]. Disponible sur: [http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_rapport\\_sur\\_l\\_education\\_a\\_la\\_sexualite\\_synthese\\_et\\_fiches\\_pratiques.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_sur_l_education_a_la_sexualite_synthese_et_fiches_pratiques.pdf)
33. Rochigneux J-C, Berger D, Courty P, Jourdan D. Éducation à la sexualité en SEGPA : analyse des représentations et des pratiques des équipes pédagogiques. Carrefours Educ. 2007;24(2):73-87.
34. Schuster RC, McMahon DE, Young SL. A comprehensive review of the barriers and promoters health workers experience in delivering prevention of vertical transmission of HIV services in sub-Saharan Africa. AIDS Care. 2 juin 2016;28(6):778-94.
35. Bressoux P, Coustère P, Leroy-Audouin C. Les modèles multiniveau dans l'analyse écologique : le cas de la recherche en éducation. Rev Fr Sociol. mars 1997;1(38).
36. Franco LM, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. Soc Sci Med. 1 avr 2002;54(8):1255-66.
37. Buskens I, Jaffe A. Demotivating infant feeding counselling encounters in southern Africa: Do counsellors need more or different training? AIDS Care. 1 mars 2008;20(3):337-45.

38. Ledikwe JH, Kejelepula M, Maupo K, Sebetso S, Thekiso M, Smith M, et al. Evaluation of a well-established task-shifting initiative: the lay counselor cadre in Botswana. *PloS One*. 2013;8(4):e61601.
39. Leshabari SC, Blystad A, de Paoli M, Moland KM. HIV and infant feeding counselling: challenges faced by nurse-counsellors in northern Tanzania. *Hum Resour Health*. 24 juill 2007;5(1):18.
40. Shah S, Rollins NC, Bland R. Breastfeeding Knowledge Among Health Workers in Rural South Africa. *J Trop Pediatr*. 1 févr 2005;51(1):33-8.
41. Rondier M. A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. *Oriental Sc Prof*. 15 sept 2004;33(3):475-6.
42. Diez R, Carton P. De la reconnaissance à la motivation au travail. *Expans Manag Rev*. 2013;150(3):104-12.
43. Doherty TM, McCoy D, Donohue S. Health system constraints to optimal coverage of the prevention of mother-to-child HIV transmission programme in South Africa: Lessons from the implementation of the national pilot programme. *Afr Health Sci*. sept 2005;5(3):213-8.
44. D'amour D, Ferrada-Videla M, Rodríguez LSM, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005;19(Suppl):116-31.
45. Nekaa M, Berger D. Les infirmières de l'Éducation nationale en France : une étude mixte sur les pratiques en éducation et promotion de la santé. *Rech Soins Infirm*. 2018;135(4):14.
46. Wanyu B, Diom E, Mitchell P, Tih PM, Meyer DJ. Birth Attendants Trained in "Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission" Provide Care in Rural Cameroon, Africa. *J Midwifery Womens Health*. 24 déc 2010;52:334-41.
47. Tavrow P, Kim Y-M, Malianga L. Measuring the quality of supervisor-provider interactions in health care facilities in Zimbabwe. *Int J Qual Health Care*. déc 2002;14(Suppl 1):57-66.
48. Asefa A, Mitike G. Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) of HIV services in Adama town, Ethiopia: clients' satisfaction and challenges experienced by service providers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 1 févr 2014;14(1):57.
49. El Hage F. L'éducation à la santé entre simplification et complexité : recherche, formation et intervention éducative. In: Réseau des universités pour l'éducation à la santé (UNIRÉS). *Éducation à la santé et complexité : recherches, formations, pratiques*. 2014. p 27-42.
50. Berger D, Pizon F, Bencharif L, Jourdan D. Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes. *Didaskalia*. 2009;(34).
51. Mohib N. Développer des compétences ou comment s'engager dans l'agir professionnel. *Form Empl*. 31 juill 2011;(114):55-71.
52. Dollet A. Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé. *Rech Soins Infirm*. 13 oct 2014;118(3):62-74.
53. Blanchet A, Gotman A. *L'entretien*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Armand Colin; 2007.

54. Schaffer MA, Anderson LJW, Rising S. Public Health Interventions for School Nursing Practice. *J Sch Nurs*. juin 2016;32(3):195-208.
55. Berger D, Nekaa M, Courty P. Infirmiers scolaires : représentations et pratiques d'éducation à la santé. *Santé Publique*. 21(6):641-57.
56. Berger D, Bernard S, Wafo F, Hrairi S, Balcou M, Carvalho GS. Éducation à la santé et à la sexualité : qu'en pensent les enseignants ? Étude comparative dans 15 pays. *Carrefours Léducation*. 2011;32(2):81-103.
57. Bouchard M-C, Gallagher F, Tribble DS-C. Déterminants des pratiques collaboratives en milieu scolaire dans la promotion d'une saine alimentation et de l'activité physique et rôle de l'infirmière dans ces pratiques. *Rech Soins Infirm*. 15 avr 2015;120(1):61-77.
58. Hrairi S. Éducation à la sexualité en Tunisie, attentes des élèves et conceptions des enseignants. *Sante Publique (Bucur)*. 18 juill 2017;29(3):405-14.
59. Khalaf ZF, Low WY, Merghati-Khoei E, Ghorbani B. Sexuality Education in Malaysia: Perceived Issues and Barriers by Professionals. *Asia Pac J Public Health*. juill 2014;26(4):358-66.
60. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 22 juin 2017;(6).
61. Insee. Poursuite de la transition démographique en Guyane - Légère inflexion de la natalité. *Insee Analyses Guyane*. janv 2016; (12).

## X. Annexes

### Annexe 1 : Fiche présentant la Guyane

#### Fiche pays : La Guyane



#### Population (2016) :

- 269 352 habitants
- 35 % de la population de nationalité étrangère : Surinamais, Brésiliens, Haïtiens
- Age moyen : 25 ans
- Fécondité : 3,82 enfants par femme en 2017

#### Géographie :

- Superficie : 86 504 km<sup>2</sup>
- 90 % du territoire : forêt tropicale dense

#### Indicateurs (2016) :

- Indice de développement humain : 0,739
- Espérance de vie : 76,4 ans (homme) / 82 ans (femme) en 2015
- Taux de mortalité : 3,5 décès/1000 habitants
- Taux de mortalité infantile : 11,6 décès/1000 naissances vivantes
- Produit intérieur brut/hab : 15 416 euros

La Guyane est un département et une région d'outre-mer située au nord-est de l'Amérique du Sud. Elle partage ses frontières avec le Brésil à l'est et au sud et avec le Suriname à l'ouest. La Région Guyane, s'étend sur un vaste territoire dont l'essentiel est recouvert par la forêt amazonienne. C'est la deuxième région de France la moins peuplée alors qu'il s'agit de la deuxième région pour la superficie.

La Guyane a débuté sa transition démographique, avec le passage à un régime de faible mortalité. La baisse récente de la fécondité indique le début de la deuxième phase de cette transition (61). Le taux de croissance annuel de la population est de +2,2 % par an, essentiellement dû à un solde naturel positif. L'espérance de vie a fortement augmenté depuis 1990 (66,6 ans pour les hommes et 76,1 ans pour les femmes en 1990).

Plus du tiers des habitants (35,1 %) est de nationalité étrangère : « l'immigration brésilienne, la plus ancienne, s'est développée dès les années 60. Les flux en provenance du Suriname ont, eux, fortement augmenté durant la guerre civile dans ce pays (1982-1992), alors que l'immigration haïtienne entamée dans les années 80 avec les premiers troubles politiques s'est accrue dans les années 90 avec les regroupements familiaux et après quelques années de stabilisation a recommencé à augmenter sensiblement à partir de 2016 » (13).

Ces flux migratoires et la pluralité ethnique et culturelle de la population posent des défis aux systèmes de santé, dont la multitude des langages et des représentations culturelles de la maladie ainsi que la méconnaissance des dispositifs d'aide sociale par ces populations. Le caractère conjoncturel de ces mouvements migratoires rend également difficile la planification de l'offre régionale de soins (13).

La Guyane se compose de trois bassins de population : Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni, reliés par un unique axe routier régional, et de 22 communes. La population est concentrée à 80 % le long de la bande côtière bordée par l'océan Atlantique, ce qui correspond à environ 10 % du territoire. Le réseau routier ne dessert pratiquement que cette partie côtière, en reliant les villes de Saint-Laurent-du-Maroni jusqu'à Saint Georges. L'arrière-pays, constituant 90 % du territoire est couvert de forêts tropicales denses et n'est accessible que par voie aériennes ou fluviales, régulièrement non navigables (13). Les trois bassins urbains isolés les uns des autres concentrent la quasi-totalité des services et de l'activité économique.

L'une des principales difficultés rencontrées par la Guyane est le niveau élevé de chômage. Il touche 34 % des 15-64 ans en 2014. Le retard de développement économique se traduit par des niveaux élevés de pauvreté : la part de la population couverte par les minima sociaux est plus importante qu'en métropole (27,5 % en Guyane contre 7,25 %) (23).

Au niveau épidémiologique, les pathologies infectieuses et parasitaires tiennent encore une place importante en Guyane. Les maladies non transmissibles, comme la diabète, l'obésité et l'hypertension artérielle ont également une forte prévalence (13).

En ce qui concerne l'offre des services de santé, celle-ci est marquée par des zones de fragilités importantes, notamment au niveau de l'offre de prévention. La Guyane accuse un retard important dans le taux d'équipement en ESSMS et les structures sont principalement concentrées à Cayenne et Kourou. La Guyane est également marquée par le faible nombre des acteurs dans le champ de la prévention collective et un fort turn-over des équipes (13).

Annexe 2 : Liste des établissements susceptibles de mettre en place des interventions en EVAS, en Guyane, en 2019.

Type d'établissement	Structures
<b>Milieu scolaire</b>	
<b>Etablissements médico-sociaux</b>	<p>CAMSP : Centres d'action médico-sociale précoce</p> <p>CAMSP : centres d'action médico-sociale précoce) /CMPP : centre médico-psycho-pédagogique) /Sessad "Les Alizés" / "Main dans la Main"</p> <p>CME « Les Citronnelles » : Centre Médico-Educatif</p> <p>CMS l'EBENE : Centre Médico-Social</p> <p>IME "Les Clapotis"</p> <p>IME "Yépi Kaz"</p> <p>IMED Léopold Héder</p> <p>ITEP Félix Eboué : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique</p> <p>MAS de Kourou : Maison d'accueil spécialisée</p> <p>MAS l'EBENE : Maison d'accueil spécialisée</p> <p>Samsah</p> <p>SESAM St Laurent du Maroni / Cayenne : Services d'aide et d'accompagnement à la personne</p> <p>Sessad Autisme/ TED</p> <p>Sessad "Le Colibri"</p>
<b>Etablissements et services sociaux</b>	<p>CAE Courbaril : Centre d'accueil et d'éducation</p> <p>CER de Guyane : Centre éducatif renforcé</p> <p>Foyer la providence : Foyer de l'enfance</p> <p>MECS Mahury et Lamirande : Maison d'enfant à caractère social</p> <p>UHJM : Unité d'hébergement jeunes majeurs</p>
<b>Associations de prévention</b>	<p>ADER : Actions pour le Développement, l'Education et la Recherche</p> <p>AIDES Guyane</p> <p>DAAC : Développement, Accompagnement, Animation, Coopération</p> <p>Entr'AIDES Guyane</p> <p>GADJ : Guyane Accompagnement Développement Jalonnés</p> <p>ID Santé</p> <p>Le Refuge</p> <p>Planning Familial</p>
<b>Services de l'Etat</b>	<p>CeGIDD</p> <p>CPEF</p> <p>CPS : Centre de Prévention Santé (Croix-Rouge)</p> <p>Espace Ecoute Ado - PMI</p> <p>MDA</p> <p>PMI</p>

### **Guide d'entretien**

**Date :** \_/\_/\_

#### **Présentation :**

Bonjour, je suis Méloé, je suis étudiante en santé publique et je fais une étude sur les interventions collective d'éducation à la vie affective et sexuelle hors et en milieu scolaire. C'est une étude portée par Guyane Promo Santé (Instance régionale d'éducation et de promotion et de la santé), l'Agence régionale de santé de Guyane et le Rectorat. Dans ce cadre, je rencontre des acteurs en éducation à la vie affective et sexuelle dans des structures accueillant ou accompagnant des enfants et des jeunes, de 3 à 25 ans, afin de connaître leur expérience sur les interventions collectives mises en place sur cette thématique.

Cet entretien est anonyme et les données utilisées pour l'étude seront également anonymisées. Est-il possible de vous enregistrer ?

#### **Consigne initiale :**

- Présentez-vous et présentez le public auprès de qui vous intervenez ?
- Parlez-moi des interventions en EVAS que vous avez construites et mises en place dans votre structure ?

#### **Thèmes :**

##### ***La démarche d'intervention***

- Messages : les objectifs des interventions, les savoirs développés
- Thématiques : les contenus abordés
- Ressources : les techniques et outils utilisés
- Déroulé d'une intervention : les étapes de l'interventions mises en place (brise-glace, cadre de l'intervention, etc.), nombre d'interventions
- Participation du public

##### ***La mise en place des interventions en EVAS***

- Demande : le diagnostic initial, d'où vient la demande d'interventions
- Stratégie d'intervention : comment et avec qui l'intervention s'est-elle construite ?
- Mise en œuvre du projet : démarche de planification, organisation
- Adaptation et réorientation des interventions
- Evaluation de l'intervention

##### ***La gestion de l'intervention***

- Communauté : implication de la communauté (e.g. parents)
- Communication, dynamique au sein de l'institution sur l'EVAS
- Collaboration entre les différents intervenants
- Effets contraires ou indésirables des interventions

Annexe 4 : Grille d'analyse utilisée pour l'étude des freins à la mise en place d'interventions en EVAS, en Guyane, en 2019.

**Entretien n°x**

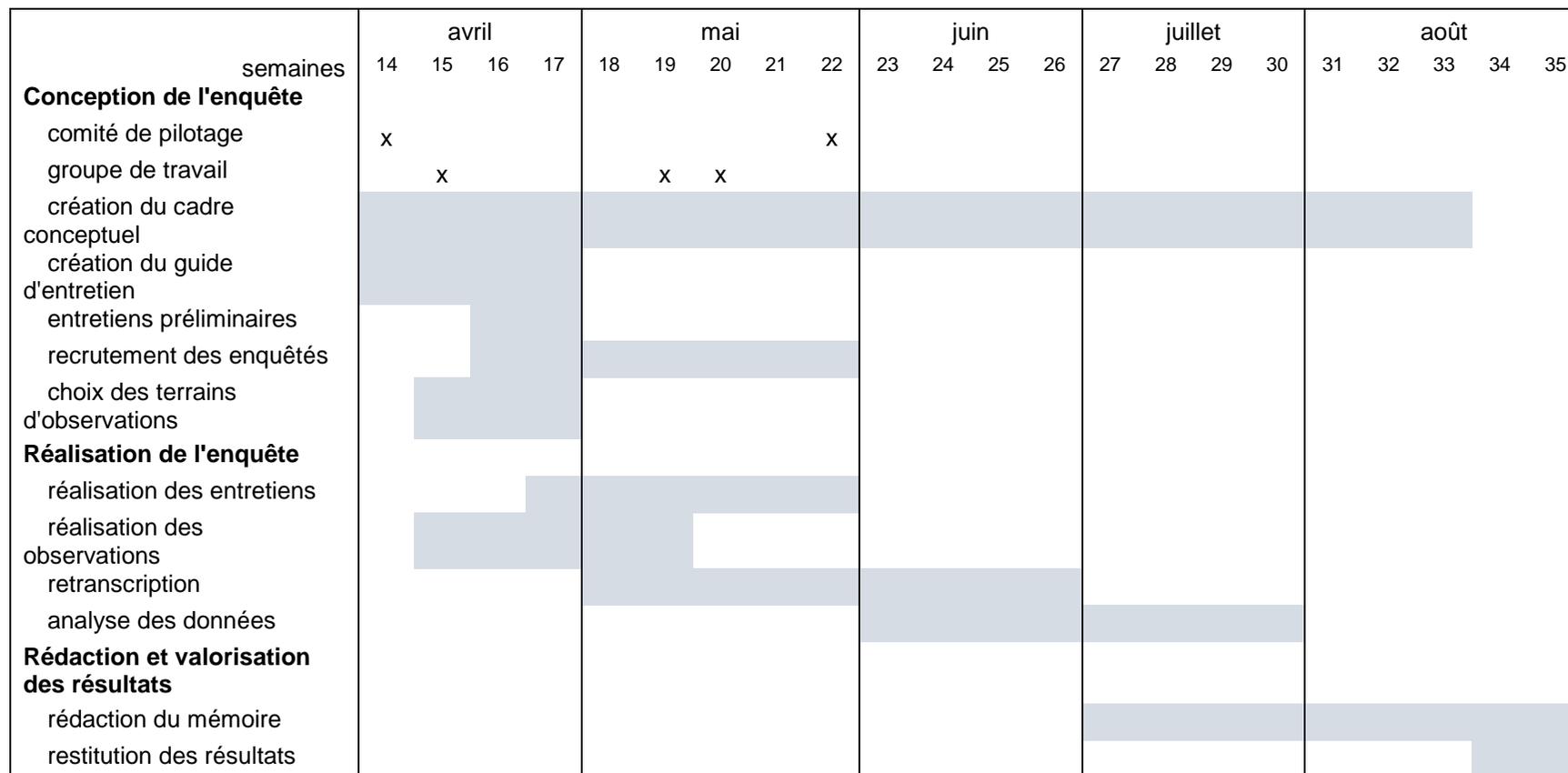
Profession de l'intervenant:

Structure de l'intervenant :

Thèmes	Sous-thèmes	verbatim	notes
<b>Individu</b>	motivation intrinsèque	<i>ex : "Après je vois que j'ai toujours autant de grossesse chez les mineures, j'ai regardé les chiffres cette année, ça n'a pas énormément bougé. Ça c'est un peu déprimant mais bon, ce n'est pas grave, je continue quand même."</i>	ex : motivation en lien avec l'absence visibilité sur l'efficacité des interventions, ici sur le chiffre des grossesses (les résultats)
	motivation extrinsèque		
	connaissances		
	aptitudes		
	attitudes		
	interactions avec le public		
<b>Public d'intervention</b>	lieu d'intervention		
<b>Environnement d'intervention</b>	ressources humaines		
	ressources matérielles		
	relations interprofessionnelles		
	formation		
<b>Environnement administratif</b>	recommandations sur l'EVAS		
	relation avec l'institution		
	engagement de l'institution sur la thématique		
	management		
<b>Autres</b>			

Le code couleur a été utilisé pour faire apparaître les thèmes dans les entretiens retranscrits

Annexe 5 : Diagramme de Gantt suivi pendant l'étude des freins à la mise en place d'interventions en EVAS, en Guyane, en 2019.





## Projet GPS 2019/2020 Interventions en éducation à la VAS/SSR

Promoteur	Nom : Guyane Promo Santé		
	Adresse :		
	Téléphone :	Mail :	
	Fax :		
	Siret :		
Responsable légal :			
Nom du projet	<b>Projet Interventions VAS-SSR</b>		
Axes stratégiques du PRS (cocher la case correspondante X)	Santé sexuelle et reproductive	x	
	Vie affective et sexuelle	.x	
		.	
<b>Objectif opérationnel du PRS poursuivi par l'action</b>	<p>Développer la prévention universelle afin de créer un environnement favorable à la sante pour tous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionnaliser et impulser le partage d'une culture commune en promotion de la santé</li> <li>- Structurer et coordonner l'offre en matière de prévention universelle</li> <li>- Développer un message pour tous en prenant en compte la littératie en santé</li> </ul>		
Objectifs poursuivis par l'action	<p>L'ensemble des actions proposées sont issues d'un diagnostic réalisé en 2019 dans le cadre d'un stage de Master 2 en Santé Publique et découlent d'échanges entre Guyane Promo Santé et les acteurs suivis en accompagnements méthodologiques et pédagogiques sur la thématique VAS.</p> <p>Les 3 axes poursuivis par l'action :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Collaboration et mutualisation</li> <li>2. Ressources et accompagnement</li> <li>3. Offre de formation</li> </ol>		
Public concerné	Les professionnels amenés à intervenir sur la thématique VAS/SSR		
Zone géographique	Guyane		
Période	Septembre 2019 à septembre 2020		
Ressources humaines	50% ETP chargée de projet GPS /Stagiaire master (6 mois)		
Partenaires	Réseau associatif, MDA, Rectorat		
Financement	CPOM : 75j + 20 000 euros (ex-BAO) AAP SSR Jeunes 2019 : complément pour prestataires (à chiffrer)		

## Contenu du projet

OBJECTIFS	ACTIONS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer les échanges de pratiques entre intervenants</li> <li>- Partager les savoirs, mutualiser les expériences et les ressources entre professionnels</li> <li>- Favoriser l'émergence d'une culture commune</li> </ul>	<p><i>Animation de temps d'échanges de pratique et de réflexion entre intervenants.</i></p> <p><i>Animation d'ateliers pédagogiques (présentation d'outils et/ou de techniques d'animation)</i></p> <p><i>Mise en place d'une plate-forme de communication collaborative (SLACK)</i></p> <p><i>Participation aux groupes de travail existants (COREVIH, ARS, Coordination territoriale, Rectorat) et séminaires</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer une réflexion commune sur l'offre de formation en vie affective et sexuelle en Guyane</li> </ul>	<p><i>Mise en place d'un groupe de travail "formation VAS", réalisation d'un diagnostic des formations VAS sur le territoire (Contenu, public, forces, faiblesses)</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagner les professionnels intervenants et mettre à disposition des ressources pédagogiques</li> <li>- Créer des outils d'intervention adaptés au territoire</li> <li>- Rendre accessible les connaissances et les recommandations en matière d'éducation à la vie affective et sexuelle</li> </ul>	<p><i>Création et alimentation d'un lieu de curation de ressources en ligne permettant d'organiser et de partager des contenus numériques sur la thématique (Pearltree)</i></p> <p><i>Rédaction de productions documentaires (vulgarisation des données probantes et effort de littératie en santé)</i></p> <p><i>Accompagnement individualisé des projets (méthodologie, pédagogie, temps de formation in situ...)</i></p> <p><i>Création ou adaptation de nouveaux outils d'intervention :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vidéo d'animation sur le consentement</li> <li>- Photo-expression Vie affective et sexuelle pour les jeunes</li> <li>- Outil de Réduction des Risques sexuels (partenariat MDM, Entraides, !D Santé, Coordination territoriale, Kikiwi) (APP SSR)</li> <li>- Guide pédagogique « Interventions VRAS en cycle 2 et 3 » (partenariat !D Santé)</li> </ul>

## **RESUME :**

**Contexte :** En Guyane, les besoins en santé sexuelle et reproductive sont importants et non couverts chez les jeunes. L'éducation à la vie affective et sexuelle (EVAS) est un moyen pour favoriser, de façon précoce, la santé sexuelle et le développement affectif, sexuel et relationnel des jeunes. En Guyane, les interventions en EVAS se déroulent en milieu scolaire et dans les structures hors scolaire (e.g. établissements et services sociaux et médico-sociaux) auprès des jeunes de 3 à 25 ans. Néanmoins des difficultés persistent dans leur mise en place. Cette étude cherche à comprendre les freins et les leviers rencontrés par les professionnels dans la mise en place de ces interventions en Guyane.

**Méthode :** Pour cette étude, une enquête qualitative a été réalisée. Des entretiens semi-directifs auprès d'intervenants en EVAS ont été menés. Des observations non participantes, auprès d'intervenants réalisant des interventions en EVAS en milieu scolaire, contextualisent les propos recueillis lors des entretiens. Pour l'analyse, nous avons créé un cadre conceptuel de quatre niveaux écologiques. Chaque niveau regroupe différents facteurs pouvant influencer les pratiques des intervenants en EVAS. Les données ont été analysées par analyse thématique. **Résultats :** 13 entretiens individuels et 3 entretiens collectifs ont été réalisés. Les 20 intervenants interviewés sont de professions (e.g. professions médicales, secteur socio-éducatif) et de milieux (e.g. écoles, associations) variés. Des freins à la mise en œuvre des interventions en EVAS se retrouvent aux quatre niveaux du cadre conceptuel. Au niveau individuel, les intervenants ressentent un manque de compétences. Au niveau du public d'intervention, des difficultés dans l'interaction entre l'intervenant et le public sont présentes. Au niveau de l'environnement d'intervention, ils évoquent un manque de ressources humaines et matérielles ainsi que des relations interprofessionnelles parfois complexes. Au niveau de l'environnement administratif, des éléments comme le manque de clarté et d'accessibilité des recommandations en EVAS freinent la mise en place des interventions. Des difficultés organisationnelles et un manque d'engagement de la part de l'institution impactent la mise en place des interventions. **Conclusion :** Nous recommandons : (i) favoriser la collaboration interprofessionnelle, (ii) renforcer les compétences des intervenants, (iii) encourager le déploiement des interventions sur le territoire, (iv) améliorer les conditions de travail des intervenants, (v) favoriser la reconnaissance des enjeux de l'EVAS par les équipes de direction.

**Mots-clés :** éducation à la vie affective et sexuelle, Guyane

## **ABSTRACT**

**Background:** In French Guiana, unmet need in sexual and reproductive health represent an important issue among young people. Emotional and sexual life education can improve sexual health along with emotional, sexual and interpersonal development of young people. In French Guiana, interventions on emotional and sexual life education take place in school environment and out-of-school facilities (e.g. medico-social establishment) among 3 to 25-year-olds. However, there are remaining challenges for their full implementation. **Methods:** For the purpose of this study, a qualitative survey was conducted. Semi-structured interviews with professionals implementing interventions were carried out. Some non-participatory observations in school environment contextualized speeches collected during the interviews. For the analysis, we created a conceptual framework. It included four ecological levels which could influence professional practices. Data were analysed by thematic analysis. **Results:** 13 individual interviews and 3 group interviews were conducted. The persons interviewed were from various backgrounds (e.g. medical, paramedical, socio-educational) and environments (e.g. schools, associations). Barriers to implementation of emotional and sexual life education interventions emerged at the four levels of the conceptual framework. At the individual level, professionals expressed a lack of skills. At the level of beneficiaries, the interaction between professionals and beneficiaries of the interventions could be complex. At the intervention environment level, there were a lack of human and material resources as well as sometimes complex interprofessional relations. At the administrative environment level, elements such as lack of clarity and access to the guidelines on emotional and sexual life interventions limited their implementation. The managerial difficulties and lack of commitment of the institution also affected the implementation of interventions. **Conclusion:** We recommend to: (i) promote interprofessional collaboration, (ii) strengthen professional skills, in accordance with guidelines, (iii) encourage the deployment of interventions on the territory, (iv) improve the working conditions of professionals, (v) promote the recognition of emotional and sexual life education in institution.

**Key Words:** sexual education, French Guiana